



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

PEDOMAN

MANAJEMEN PELAYANAN GIZI SPESIFIK DI PUSKESMAS UNTUK PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING DI INDONESIA



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
2021

KATA PENGANTAR

Visi Indonesia 2020-2024, adalah terwujudnya Indonesia maju yang berdaulat, mandiri, dan berkepribadian berlandaskan gotong royong melalui Misi Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia dan juga merupakan salah satu strategi RPJMN Bidang Kesehatan, yaitu **Percepatan Perbaikan Gizi Masyarakat**. Stunting merupakan salah satu masalah gizi balita terutama di negara berkembang yang dapat menyebabkan daya tahan tubuh, kecerdasan, produktivitas menurun. Stunting adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, yang ditandai dengan panjang/tinggi badannya berada di bawah standar antropometri anak yang ditetapkan.

Prevalensi Balita stunting di Indonesia pada tahun 2019 sebesar 27,67% yang ditargetkan pada 2024 turun menjadi 14% dan wasting dari 14% menjadi 7%. Target penurunan tersebut memerlukan kerja cerdas bagi seluruh jajaran baik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah Provinsi, Kabupaten/Kota termasuk Puskesmas. Penanggulangan stunting di Indonesia dilakukan secara nasional dengan pendekatan lintas program (LP) yang dikenal dengan intervensi gizi spesifik dan lintas sektor (LS) atau intervensi gizi sensitif. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di garda terdepan dalam menurunkan stunting. Buku pedoman ini menetapkan delapan intervensi gizi spesifik dalam menurunkan prevalensi stunting yang harus dijalankan oleh Puskesmas dengan manajemen Puskesmas.

Manajemen pelayanan gizi spesifik diharapkan dapat menunjang percepatan perbaikan gizi masyarakat di Indonesia. Kami berharap pedoman manajemen pelayanan gizi spesifik di Puskesmas dapat menjadi acuan bagi tenaga gizi atau tenaga pelaksana gizi dalam meningkatkan kualitas pelayanan gizi spesifik di Puskesmas.

Jakarta, Desember 2021
Direktur Gizi Masyarakat



Dr. Dhian P. Dipo, MA

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI	i
Daftar Tabel	iii
Daftar Bagan	v
Daftar Gambar	vi
Daftar Lampiran	ix
Daftar Singkatan	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	4
C. Sasaran	5
D. Landasan Hukum.....	5
BAB II ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT, DAN RUANG LINGKUP INTERVENSI GIZI SPESIFIK DI PUSKESMAS.....	9
A. Arah Kebijakan dan Strategi Perbaikan Gizi Masyarakat.....	9
B. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024	10
C. Sasaran Strategis dan Strategi Operasional Pembinaan Gizi Masyarakat	12
D. Ruang Lingkup Intervensi Gizi Spesifik di Puskesmas	15

BAB III MANAJEMEN PELAYANAN GIZI SPESIFIK DI PUSKESMAS.....	17
A. Manajemen Pelayanan Gizi Spesifik.....	17
B. Lingkup Pelayanan Gizi di Puskesmas	18
C. Peran Tenaga Gizi/Tenaga Pelaksana Gizi.....	19
D. Manajemen Program Gizi di Puskesmas	21
1. Perencanaan Program Gizi di Puskesmas (P1)	23
2. Penggerakan dan Pelaksanaan Program Gizi di Puskesmas (P2)	
.....	39
3. Pengawasan dan Pengendalian dan Penilaian kinerja	
Program Gizi di Puskesmas (P3)	42
 BAB IV IMPLEMENTASI MANAJEMEN INTERVENSI GIZI SPESIFIK DI	
PUSKESMAS.....	53
A. Perencanaan (P1).....	54
B. Penggerakan dan Pelaksanaan (P2)	77
C. Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3)	92
 BAB V MONITORING DAN EVALUASI	108
A. Monitoring dan Evaluasi Intervensi Gizi Spesifik	108
B. Tujuan	109
C. Prinsip Pelaksanaan.....	109
D. Penanggung Jawab	110
E. Langkah Monitoring	110
F. Indikator Monitoring.....	110
G. Mekanisme Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi	112
H. Pelaporan Hasil Monitoring dan Evaluasi	116
 DAFTAR PUSTAKA.....	117

LAMPIRAN	120
-----------------------	------------

Daftar Tabel

Tabel 2.1	Indikator Program Gizi Masyarakat	14
Tabel 3.1	Contoh Tabel Identifikasi Masalah Gizi di Puskesmas X Tahun 2020	27
Tabel 3.2	Contoh Matriks Prioritas Masalah dengan Metode USG	29
Tabel 3.3	Contoh Tabel Pemecahan Masalah di Puskesmas	33
Tabel 3.4	Contoh Pendekatan PDIME yang Diintegrasikan Pada Proses Manajemen di Puskesmas (P1, P2, P3)	51
Tabel 4.1	Tabel Bantu Rencana Kegiatan (RUK)	57
Tabel 4.1.1	Contoh Tabel Bantu RUK Suplementasi TTD pada Remaja Putri dan Ibu Hamil	61
Tabel 4.1.2	Contoh Tabel Bantu RUK Pemberian MT Untuk Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang	63
Tabel 4.1.3	Contoh Tabel Bantu RUK Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)	65
Tabel 4.1.4	Contoh Tabel Bantu RUK Pemantauan Pertumbuhan (PP) Balita	66
Tabel 4.1.5	Contoh Tabel Bantu RUK Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas	69
Tabel 4.1.6	Contoh Tabel Bantu RUK Suplementasi Taburia untuk Balita Usia 6-59 bulan	71
Tabel 4.1.7.1	Contoh Tabel Bantu RUK Pencegahan Balita Gizi Buruk	75
Tabel 4.1.7.2	Contoh Tabel Bantu RUK Tatalaksana Gizi Buruk	75
Tabel 4.2	Tabel Bantu RPK	79
Tabel 4.2.1	Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Suplementasi TTD pada Ibu Hamil dan Remaja Putri (12-18 tahun)	81

Tabel 4.2.2	Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Pemberian MT Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang.....	81
Tabel 4.2.3	Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Pemberian Makan Bayi dan Anak.....	82
Tabel 4.2.4	Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Pemantauan Pertumbuhan (PP) Balita	84
Tabel 4.2.5	Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas.....	86
Tabel 4.2.6	Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Suplementasi Taburia untuk Balita Usia 6-59 Bulan.....	88
Tabel 4.2.7.1	Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan Gizi Buruk pada Balita	90
Tabel 4.2.7.2	Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Tatalaksana Gizi Buruk ..	91
Tabel 4.3	PDCA terhadap Masalah Intervensi Gizi Spesifik	95
Tabel 4.3.1	Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pemberian Suplemen Tablet Tambah Darah (TTD) Berdasarkan PDCA.....	97
Tabel 4.3.2	Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pemberian MT Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang Berdasarkan PDCA	99
Tabel 4.3.3	Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) Berdasarkan PDCA.....	100
Tabel 4.3.4	Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pemantauan Pertumbuhan (PP) Balita Berdasarkan PDCA.....	102
Tabel 4.3.5	Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas Berdasarkan PDCA.....	103
Tabel 4.3.6	Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Suplementasi Taburia untuk Balita Usia 6-59 Bulan Berdasarkan PDCA	104
Tabel 4.3.7.1	Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pencegahan Balita Gizi Buruk	105
Tabel 4.3.7.2	Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Tatalaksana Gizi Buruk.....	106
Tabel 5.1	Indikator Monitoring 8 Intervensi Gizi Spesifik.....	111

Daftar Bagan

Bagan 2.1	Arah dan Kebijakan Strategi Nasional.....	11
Bagan 3.1	Manajemen Puskesmas	21
Bagan 3.2	Siklus Manajemen Puskesmas	22
Bagan 3.3	Tahapan Kegiatan Perencanaan (P1) di Puskesmas.....	23
Bagan 3.4	Tahapan Melakukan Perumusan Masalah.....	25
Bagan 3.5	Contoh <i>Fishbone</i> /Tulang Ikan di Puskesmas X Tahun 2020	30
Bagan 3.6	Perencanaan pada Puskesmas yang menerapkan Badan Pelayanan Umum Daerah (BLUD)	38
Bagan 3.7	Tahapan Kegiatan Penilaian Kinerja	44
Bagan 4.1	Mekanisme Perencanaan (P1) di Puskesmas	55
Bagan 4.2	Pengisian Tabel Bantu RPK Bulanan dari Tabel Bantu RUK.....	80
Bagan 4.3	Komponen Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3)	93
Bagan 4.4	Siklus Manajemen Puskesmas dan Siklus PDCA	94
Bagan 5.1	Monitoring Pelayanan Intervensi Gizi Spesifik.....	112
Bagan 5.2	Konsep Evaluasi Pelayanan Intervensi Gizi Spesifik	115

Daftar Gambar

Gambar 4.1	Komponen Penggerakan dan Pelaksanaan	77
Gambar 4.2	Pembahasan Intervensi Gizi Spesifik pada Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas.....	79

Daftar Lampiran

Lampiran 1. Contoh Tabel Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas	120
Lampiran 2. Tahapan Kegiatan Siklus Manajemen Puskesmas (Contoh untuk siklus tahun 2020, 2021, dan 2022).....	121
Lampiran 3. Contoh Tabel Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Puskesmas.....	125
Lampiran 4. Tabel Definisi Operasional Indikator Intervensi Gizi Spesifik.....	126

Daftar Singkatan

1000 HPK	1000 Hari Pertama Kehidupan
Alkes	Alat Kesehatan
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASI	Air Susu Ibu
BB	Berat Badan
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
Catin	Calon pengantin
CFC	<i>Community Feeding Center</i>
CTPS	Cuci Tangan Pakai Sabun
DAK	Dana Alokasi Khusus
e-PPGBM	Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
Fasyankes	Fasilitas Pelayanan Kesehatan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
IMD	Inisiasi Menyusu Dini
KEK	Kekurangan Energi Kronik
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	Kartu Menuju Sehat
LPLPO	Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat
LiLA	Lingkar Lengan Atas
LKD	Lembaga Kemasyarakatan Desa
Lokmin	Lokakarya Mini
LP	Lintas Program
LS	Lintas Sektor
MMD	Musyawarah Masyarakat Desa
MP-ASI	Makanan Pendamping Air Susu Ibu

MTBS	Manajemen Terpadu Balita Sakit
Musrenbang	Musyawarah Rencana Pembangunan
Musrenbangdes	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa
Musrenbangkab/kota	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kabupaten/Kota
Musrenbangmat	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kecamatan
NSPK	Norma Standar Prosedur Kriteria
OPD	Organisasi Perangkat Daerah
P1	Perencanaan
P2	Penggerakan dan Pelaksanaan
P3	Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja
PAG	Proses Asuhan Gizi
PAUD	Pendidikan Anak Usia Dini
PB	Panjang Badan
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Action</i>
PDIME	Pengkajian Diagnosis Intervensi Monitoring dan Evaluasi
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
PES	<i>Problem, Etiologi, Symptom</i>
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PIS-PK	Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PKP	Penilaian Kinerja Puskesmas
PMBA	Pemberian Makan Bayi dan Anak
PMT	Pemberian Makanan Tambahan
Polindes	Pondok Bersalin Desa
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	Puskesmas Pembantu
Rematri	Remaja Putri
Renstra	Rencana Strategis

Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RKA	Rencana Kerja dan Anggaran
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPK	Rencana Pelaksanaan Kegiatan
RTK	Rumah Tunggu Kelahiran
RTL	Rencana Tindak Lanjut
RUK	Rencana Usulan Kegiatan
SDIDTK	Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang
SIGIZI	Sistem Informasi Gizi
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SMD	Survei Mawas Diri
SOP	Standar Operasional Prosedur
SPM	Standar Pelayanan Minimal
Stranas	Strategi Nasional
T	Tidak Naik
TB	Tinggi Badan
TFC	<i>Therapeutic Feeding Center</i>
TG	Tenaga Gizi
TPG	Tenaga Pelaksana Gizi
TTD	Tablet Tambah Darah
USG	<i>Urgency, Seriousness, Growth</i>
WUS	Wanita Usia Subur

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Prevalensi Balita stunting di Indonesia mengalami penurunan. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi stunting mengalami penurunan dari 37,2% (Riskesdas, 2013) menjadi 30,8%. Hasil Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2019, prevalensi Balita stunting sebesar 27,67%. Namun, angka tersebut masih mencerminkan banyaknya Balita yang mengalami stunting di Indonesia.

Stunting terkait dengan banyak faktor risiko, antara lain faktor asupan gizi ibu dan anak, status kesehatan Balita, ketahanan pangan, lingkungan sosial dan kesehatan, lingkungan pemukiman, kemiskinan, dan lain-lain (UNICEF, 2013; WHO, 2013). Berbagai penelitian dunia menunjukkan bahwa prevalensi stunting dapat diturunkan secara signifikan dengan meningkatkan cakupan intervensi gizi spesifik hingga $\geq 90\%$ (Bhutta dkk., 2013).

Permasalahan gizi pada ibu hamil sering terjadi karena adanya masalah pada saat remaja dan sebelum hamil. Kekurangan gizi kronis dan anemia pada remaja berdampak buruk pada kesehatan dan perkembangan mereka. Tingginya angka malnutrisi pada remaja putri, berkontribusi pada peningkatan morbiditas dan mortalitas pada kehamilan dan persalinan, serta peningkatan risiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Kondisi ini berkontribusi pada siklus malnutrisi antar generasi.

Setelah bayi lahir, hal penting yang menentukan pertumbuhan dan perkembangan dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) adalah pemberian makan pada bayi dan anak (PMBA). PMBA mencakup pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif dan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang adekuat sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan dan dilanjutkan sampai usia 59 bulan. Angka cakupan bayi yang mendapat ASI Eksklusif pada tahun 2020 sebesar 66,06% (Profil Kesehatan Indonesia, 2021). Meskipun angka tersebut sudah melampaui target Rencana Strategi Kesehatan tahun 2020 yaitu 40%, namun masih perlu ditingkatkan untuk pencapaian lebih optimal. Pada tahun 2018, proporsi makanan beragam yang dikonsumsi anak usia 6-23 bulan secara nasional sebesar 46,6%. Angka ini perlu ditingkatkan untuk memberikan MP-ASI yang berkualitas kepada anak.

Permasalahan gizi pada Balita, remaja putri (Rematri), dan ibu hamil memerlukan upaya perbaikan gizi. Tujuan perbaikan gizi untuk meningkatkan mutu gizi perorangan dan masyarakat. Hal tersebut dapat dicapai melalui perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang; perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik dan kesehatan; peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; serta peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 43 tahun 2019, Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama.

Program gizi merupakan salah satu bagian dari pelayanan UKM esensial di Puskesmas.

Program gizi dalam Strategi Nasional (Stranas) Percepatan Pencegahan Stunting dibedakan menjadi dua, yaitu pelayanan gizi spesifik dan sensitif. Pelayanan gizi spesifik merupakan intervensi gizi lintas program kesehatan yang menasar penyebab langsung stunting antara lain kurangnya asupan makanan dan gizi serta penyakit infeksi. Intervensi gizi sensitif merupakan intervensi yang dilaksanakan oleh lintas sektor (LS) kesehatan, antara lain peningkatan penyediaan air bersih dan sanitasi, peningkatan akses pangan bergizi, dan sebagainya.

Pemerintah telah membuat target dalam perbaikan kualitas kesehatan ibu dan anak yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Rencana pemerintah terkait dengan program kesehatan masyarakat fokus pada penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, penurunan prevalensi stunting dan wasting. Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 memuat indikator yang selaras dan mendukung indikator RPJMN 2020-2024.

Dalam rangka mendukung pencapaian Stranas Percepatan Pencegahan Stunting tahun 2018-2024 dan RPJMN 2020-2024, maka diperlukan intervensi gizi spesifik yang bermutu di Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Pelayanan gizi spesifik yang bermutu, dimulai dari input dan proses pelayanan yang dikelola dengan baik. Hingga saat ini, Puskesmas belum memiliki pedoman manajemen pelayanan gizi yang dapat

digunakan sebagai acuan untuk melaksanakan proses intervensi yang berkualitas. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan RI menyusun Buku Pedoman Manajemen Pelayanan Gizi Spesifik Untuk Percepatan Penurunan Stunting di Indonesia yang dapat digunakan oleh Kepala Puskesmas, TG/TPG dan tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan pelayanan gizi spesifik yang bermutu.

Pedoman ini membantu Kepala Puskesmas, TG/TPG dan tenaga kesehatan lainnya untuk merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi pelayanan gizi spesifik di Puskesmas dengan menggunakan pendekatan Perencanaan (P1), Penggerakan dan Pelaksanaan (P2) dan Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja (P3). Dengan demikian, pelayanan gizi spesifik yang bermutu dapat terlaksana dan bermanfaat untuk masyarakat.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum:

Tersedianya panduan manajemen pelayanan gizi spesifik bagi TG/TPG di Puskesmas untuk memudahkan peningkatan kualitas pelayanan gizi, dalam rangka percepatan penurunan stunting.

2. Tujuan Khusus

Panduan manajemen pelayanan gizi spesifik di Puskesmas memiliki tujuan khusus, yaitu dipahaminya:

- a. Arah kebijakan strategi upaya perbaikan gizi masyarakat dalam upaya percepatan penurunan stunting.

- b. Manajemen pelayanan gizi spesifik dalam menurunkan prevalensi Balita stunting.
- c. Implementasi manajemen intervensi gizi spesifik.
- d. Monitoring dan evaluasi pelayanan gizi spesifik.

C. Sasaran

- 1. Kepala Puskesmas.
- 2. TG/TPG di Puskesmas.

D. Landasan Hukum

- 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
- 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005 – 2025.
- 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
- 5. Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2019 tentang Tenaga Kesehatan.
- 6. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.
- 7. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang ASI Eksklusif.

8. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
9. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.
10. Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan.
11. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.
12. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional Tahun 2020 – 2024.
13. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting.
14. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 Tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi.
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi.
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak.
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang.

19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi.
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2019 tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi.
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia.
26. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
27. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.
28. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

29. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
30. Surat Edaran No. HK. 02.02/v/393/2020 tentang Pelayanan Gizi dalam Pandemi COVID-19.

BAB II

ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT, DAN RUANG LINGKUP INTERVENSI GIZI SPESIFIK DI PUSKESMAS

A. Arah Kebijakan dan Strategi Perbaikan Gizi Masyarakat

Salah satu prioritas pembangunan RPJMN tahun 2020-2024 adalah meningkatnya status gizi masyarakat. Sasaran utamanya adalah menurunkan prevalensi stunting dan wasting masing-masing menjadi 14% dan 7% pada tahun 2024.

Dalam rangka pencapaian prioritas yang telah ditetapkan, perlu ada kebijakan dan strategi operasional serta kegiatan yang spesifik dan terukur setiap tahun di setiap tingkat baik di pusat maupun daerah. Pemerintah menetapkan stunting dan wasting sebagai sasaran utama pembangunan kesehatan dalam kurun waktu 2020-2024. Dalam rangka mendukung hal tersebut, telah ditetapkan arah pembinaan gizi masyarakat untuk mencegah dan menanggulangi permasalahan beban gizi ganda yang mencakup:

1. Percepatan penurunan stunting dengan peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan, dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi.

2. Peningkatan intervensi yang bersifat *life saving* dengan didukung data yang kuat, termasuk fortifikasi dan pemberian *multiple micronutrient*.
3. Penguatan advokasi, komunikasi sosial, dan perubahan perilaku hidup sehat terutama mendorong pemenuhan gizi seimbang berbasis konsumsi pangan.
4. Penguatan sistem surveilans gizi.
5. Peningkatan komitmen dan pendampingan bagi daerah dalam intervensi perbaikan gizi dengan strategi sesuai kondisi setempat dan respons cepat perbaikan gizi dalam kondisi darurat.

B. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024

Visi dan misi Presiden adalah terwujudnya Indonesia maju yang berdaulat, mandiri, dan berkepribadian berlandaskan gotong royong dengan meningkatkan Sumber Daya Manusia (SDM). Salah satu yang dilakukan melalui Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024, adalah percepatan penurunan kematian ibu dan stunting. Bagan 2.1 menjelaskan arah kebijakan dan Stranas Kementerian Kesehatan, yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, yang didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi.

Bagan 2.1 Arah dan Kebijakan Strategi Nasional



Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Sasaran prioritas program pembinaan gizi masyarakat yaitu a) ibu hamil kurang energi kronik (KEK); b) kabupaten/kota yang melaksanakan surveilans gizi; c) Puskesmas mampu tatalaksana gizi buruk pada Balita; d) bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif.

Pencapaian sasaran diukur dengan menggunakan 4 (empat) Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) pembinaan gizi masyarakat, yaitu:

- 1) Prevalensi ibu hamil KEK;
- 2) Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan surveilans gizi;
- 3) Persentase Puskesmas mampu tatalaksana gizi buruk pada Balita;
- 4) Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif.

C. Sasaran Strategis dan Strategi Operasional Pembinaan Gizi Masyarakat

Dari dokumen sasaran Stranas Kementerian Kesehatan, Direktorat Gizi Masyarakat menjabarkan kembali menjadi Rencana Aksi Kegiatan (RAK), dengan sasaran strategis sebagai berikut:

1. Meningkatkan status gizi wanita usia subur 15-49 tahun, termasuk ibu hamil dan 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 fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) dan tenaga kesehatan untuk pelayanan gizi yang berkualitas.
6. Meningkatkan kesadaran gizi masyarakat melalui pendidikan gizi, kampanye, dan komunikasi perubahan perilaku.
7. Meningkatkan respons cepat penanganan gizi pada situasi bencana.
8. Meningkatkan sistem monitoring, evaluasi, dan surveilans.
9. Memperkuat penyusunan regulasi dan kebijakan gizi dengan dukungan bukti-bukti ilmiah terkini.
10. Meningkatkan advokasi, koordinasi, dan kerja sama dengan LP dan LS.

Untuk mendukung implementasi dan sasaran strategis tersebut, maka telah ditetapkan 4 (empat) strategi operasional, yaitu:

1. Peningkatan kapasitas SDM.
2. Peningkatan kualitas pelayanan gizi
3. Penguatan edukasi gizi
4. Penguatan manajemen intervensi gizi di Puskesmas dan Posyandu.

Dalam implementasi 4 strategi operasional tersebut perlu didukung surveilans gizi yang berkualitas dan dilakukan secara terus menerus.

Pelaksanaan intervensi gizi agar dapat terukur, maka implementasi pada keempat strategi operasional menggunakan indikator yang sejalan dengan RPJMN dan RENSTRA seperti yang tertuang pada Perpres nomor 72 tahun 2021 (lihat Tabel 2.1).

Tabel 2.1 Indikator Program Gizi Masyarakat

NO	INDIKATOR	RPJMN	RENSTRA		INDIKATOR SPESIFIK PRIORITAS	INDIKATOR SPESIFIK PERPRES	TARGET				
			IKK	IKP			2020	2021	2022	2023	2024
1	Prevalensi Stunting (pendek dan sangat pendek) pada balita.	√					24,1	21,1	18,4	16	14
2	Prevalensi Wasting (Gizi Kurang dan Gizi Buruk) pada balita.	√					8,1	7,8	7,5	7,3	7
3	Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK).	√		√			16	14,5	13	11,5	10
4	Cakupan Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapat ASI Eksklusif.	√	√		√ (promosi dan konseling menyusui)		40	45	50	55	60
5	Jumlah balita yang mendapatkan suplementasi gizi mikro.	√			√ (pemberian suplementasi gizi mikro)		90.000	140.000	190.000	240.000	290.000
6	Persentase Kabupaten/Kota melaksanakan Surveilans Gizi.	√	√				51	70	90	100	100
7	Persentase Puskesmas mampu Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita.		√				10	20	30	45	60
8	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapatkan tambahan asupan gizi.				√	√		82	85	87	90
9	Persentase ibu hamil yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan.				√	√		50	60	70	80
10	Persentase remaja putri yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 52 tablet.				√	√		40	45	50	58
11	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat air susu ibu (ASI) Eksklusif.				√	√		65	70	75	80
12	Persentase bayi usia 6-23 bulan mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI).				√ (promosi dan konseling PMBA)	√		50	60	70	80
13	Persentase balita gizi buruk yang mendapat pelayanan tatalaksana gizi buruk.				√	√		80	83	87	90
14	Persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya.				√	√		65	75	85	90
15	Persentase balita gizi kurang yang mendapat tambahan asupan gizi.				√	√		75	80	85	90

Sumber: Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021

D. Ruang Lingkup Intervensi Gizi Spesifik di Puskesmas

Ruang lingkup pelayanan intervensi gizi spesifik di Puskesmas berdasarkan Stranas Percepatan Pencegahan Stunting tahun 2018-2024 terdiri dari tiga kelompok, yaitu:

1. Intervensi Prioritas

Intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak langsung pada pencegahan stunting dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas.

2. Intervensi Pendukung

Intervensi yang berdampak secara tidak langsung pada pencegahan stunting melalui mekanisme perbaikan gizi dan kesehatan, yang dilakukan setelah intervensi prioritas terpenuhi.

3. Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu

Intervensi yang diberikan kepada kelompok sasaran tertentu sesuai dengan kondisi, termasuk saat darurat bencana.

Sasaran dari intervensi gizi spesifik sebagaimana diatur pada Perpres 72 tahun 2021, yaitu

- a. Remaja.
- b. Calon pengantin
- c. Ibu hamil.
- d. Ibu menyusui.
- e. Anak berusia 0 (nol)- 59 (lima puluh sembilan) bulan.

Intervensi gizi spesifik terhadap seluruh sasaran tersebut meliputi:

1. Suplementasi TTD pada Ibu Hamil dan Remaja Putri (12-18 tahun).
2. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Ibu Hamil KEK.
3. Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).
4. Pemantauan Pertumbuhan (PP) Balita.
5. Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas.
6. Suplementasi Taburia ¹ untuk Balita Usia 6-59 bulan.
7. Pemberian Makanan Tambahan untuk Balita Gizi Kurang.
8. Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita.

Delapan intervensi gizi spesifik ini dilaksanakan karena memiliki daya ungkit terhadap percepatan dan penurunan stunting, namun Puskesmas diharapkan dapat melakukan kegiatan di luar delapan intervensi gizi spesifik sesuai dengan kondisi dan permasalahan di masing-masing wilayah Puskesmas.

¹ Intervensi Taburia belum menjadi program nasional. Saat ini baru dilakukan pada beberapa kabupaten/kota terpilih lokus stunting dan secara bertahap akan dilakukan di kabupaten/kota yang lain.

BAB III

MANAJEMEN PELAYANAN GIZI SPESIFIK DI PUSKESMAS

A. Manajemen Pelayanan Gizi Spesifik

Dalam rangka melaksanakan intervensi gizi spesifik di Puskesmas, dibutuhkan pelaksanaan manajemen Puskesmas secara terpadu yang melibatkan peran LP dan LS. Manajemen Puskesmas antara lain meliputi Perencanaan (P1), Penggerakan dan Pelaksanaan (P2), serta Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja (P3). Manajemen pelayanan gizi spesifik di Puskesmas adalah rangkaian tahapan kegiatan yang dilakukan untuk memastikan terlaksananya intervensi gizi spesifik dan pelayanan yang bermutu, tepat sasaran, serta terintegrasi dengan proses pelaksanaan manajemen Puskesmas. Pelaksana manajemen pelayanan gizi spesifik di Puskesmas tidak hanya oleh TG; tetapi apabila tidak tersedia TG, maka akan dilaksanakan oleh TPG yang ditugaskan oleh Kepala Puskesmas. Dokter, perawat, petugas Farmasi, petugas laboratorium dan lintas program juga terlibat dalam program gizi sejak dari tahap perencanaan.

B. Lingkup Pelayanan Gizi di Puskesmas

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas, tercantum bahwa Puskesmas memiliki fungsi penyelenggaraan, pengintegrasian, dan pengkoordinasian penyelenggaraan UKM dan UKP. UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menangguhkan timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pelayanan UKM meliputi UKM esensial dan UKM Pengembangan.

Dalam penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas, pelayanan gizi merupakan salah satu dari kegiatan UKM esensial yang meliputi:

- a. Pelayanan promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan lingkungan.
- c. Pelayanan kesehatan keluarga.
- d. Pelayanan gizi.
- e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Pelayanan gizi di Puskesmas terdiri dari beberapa kegiatan, meliputi suplementasi gizi (TTD, PMT, vitamin A, dan Taburia), konseling PMBA, deteksi dini Balita gizi buruk, pemantauan pertumbuhan Balita, dan pemantauan status gizi. Pelaksanaan pelayanan gizi dapat dilakukan oleh TG maupun TPG. Tim Asuhan Gizi Puskesmas yang terdiri dari TG dan petugas kesehatan lainnya (dokter, perawat, dan/atau bidan) perlu dibentuk untuk

melakukan tatalaksana gizi buruk. Asuhan gizi merupakan serangkaian kegiatan yang terorganisir/terstruktur untuk mengidentifikasi kebutuhan gizi dan penyediaan asuhan tersebut dalam rangka mencapai pelayanan gizi paripurna yang bermutu.

UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan. Pelayanan gizi, meliputi pencegahan dan tatalaksana gizi buruk dan rujukan kasus gizi buruk.

C. Peran Tenaga Gizi/Tenaga Pelaksana Gizi

Perbaikan gizi yang menjadi tanggung jawab Puskesmas dilakukan oleh TG/TPG dengan latar belakang pendidikan gizi. Apabila belum ada, dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan lainnya (bidan/perawat) yang bertugas sebagai TPG. Tenaga Gizi/TPG di Puskesmas sebagai penanggung jawab program gizi sekaligus sebagai pelaksana asuhan gizi, mempunyai tugas pokok dan fungsi (Tupoksi) sebagai berikut:

1. Melakukan penyusunan dan pelaksanaan (P1), (P2), (P3) pelayanan gizi di Puskesmas bekerja sama dengan penanggung jawab program kesehatan lainnya.
2. Melakukan asuhan gizi individu dan masyarakat.
3. Melakukan kegiatan surveilans gizi.

Peningkatan kompetensi TG/TPG Puskesmas dapat dipenuhi melalui pelatihan terkait gizi, antara lain:

1. Pelatihan Pencegahan dan Tatalaksana Anak Gizi Buruk pada Balita,
2. Pelatihan Konseling Menyusui,
3. Pelatihan Konseling Pemberian Makan pada Bayi dan Anak (PMBA),
4. Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan,
5. Pelatihan Manajemen Puskesmas,
6. Orientasi Proses Asuhan Gizi Puskesmas (PAG),
7. Pelatihan surveilans gizi.

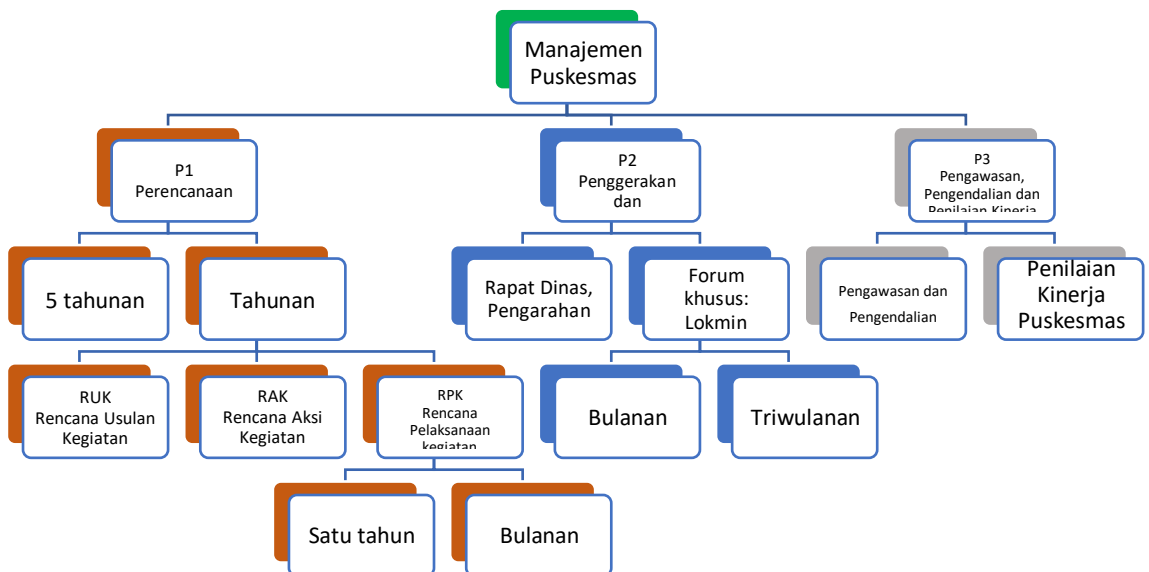
Catatan:

1. Penyelenggara pelatihan harus memberikan sertifikat pelatihan, jika belum diberikan sertifikat, setidaknya harus diberikan surat keterangan dari Dinkes.
2. Peningkatan kompetensi di atas wajib diberikan kepada TG/TPG walau tidak secara berurutan.

D. Manajemen Program Gizi di Puskesmas

Manajemen program gizi di Puskesmas terintegrasi dengan siklus pelaksanaan manajemen Puskesmas seperti yang tampak pada Bagan 3.1 di bawah.

Bagan 3.1 Manajemen Puskesmas



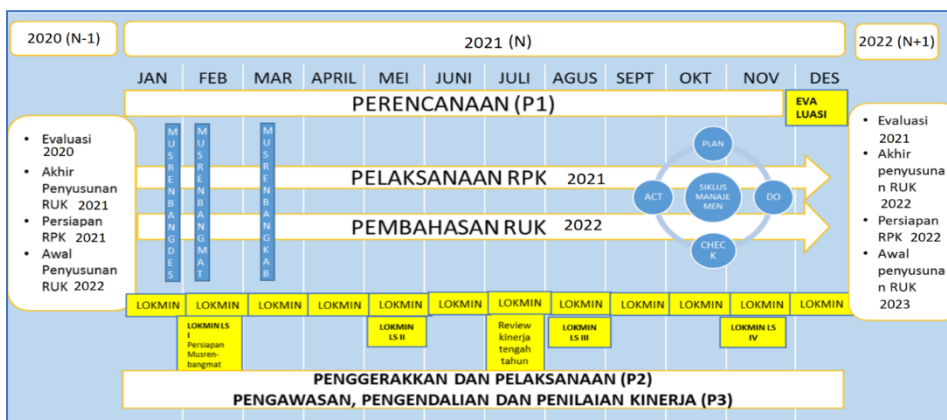
Sumber: Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer berdasarkan Pedoman Manajemen Pelayanan Puskesmas Tahun 2016.

Siklus manajemen Puskesmas merupakan suatu rangkaian rutin berkesinambungan (P1, P2, P3) yang harus dipantau secara berkala dan teratur, dan dikendalikan sepanjang waktu agar kinerja dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam satu siklus ***“Plan-Do-Check-Action (PDCA)”***.

Masing-masing tahapan dilakukan bersama oleh TG/TPG di Puskesmas melalui serangkaian proses. Proses ini kemudian dibahas bersama dengan penanggung jawab program kesehatan terkait dan menghasilkan dokumen Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK). Setiap pelaksanaan RPK akan selalu dilakukan mekanisme PDCA secara berkala (misalnya satu bulan sekali), untuk memastikan kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan, target yang ditetapkan, dan prioritas masalah. Bila terdapat yang tidak sesuai, segera melakukan upaya perbaikan (*corrective action*) dengan melakukan inovasi. Hasil dari perbaikan dapat berupa penyusunan kembali RPK, agar hasilnya sesuai yang direncanakan.

Pelaksanaan operasional serta pengembangan kegiatan pelayanan gizi, harus dilakukan dengan mengikuti siklus manajemen Puskesmas yang dapat dilihat dalam Bagan 3.2.

Bagan 3.2 Siklus Manajemen Puskesmas



Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas

Pada Bagan 3.2 di atas terlihat proses perencanaan (RUK, RPK) yang bersifat dinamis dan dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang dihadapi program gizi atau masukan dari Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) tingkat desa/kelurahan, tingkat kecamatan dan tingkat kabupaten/kota. Siklus PDCA perlu menjadi perhatian TG/TPG, agar setiap proses yang tidak sesuai dengan perencanaan dapat segera diperbaiki. Dengan dilaksanakannya siklus ini, TG/TPG Puskesmas dapat segera mengetahui kendala atau permasalahan yang dihadapi dalam melaksanakan rencana kegiatan.

1. Perencanaan Program Gizi di Puskesmas (P1)

Perencanaan program gizi di Puskesmas disusun melalui identifikasi masalah gizi di wilayah kerja secara tepat berdasarkan data yang akurat. Data yang akurat menghasilkan perencanaan yang tepat sasaran.

Bagan 3.3 Tahapan Kegiatan Perencanaan (P1) di Puskesmas



Bagan 3.3 di atas menggambarkan proses penyusunan rencana program gizi lima tahunan dan tahunan di Puskesmas. Perencanaan lima tahunan berisikan indikator, target, rencana kegiatan pelayanan kesehatan untuk satu periode. Perencanaan tahunan berisikan upaya kegiatan yang dilakukan untuk mencapai

target indikator kinerja setiap tahun dan merupakan penjabaran dari lima tahunan. Capaian kinerja tahunan digunakan sebagai bahan rencana lima tahunan dan masukan dalam penyusunan Aksi Konvergensi Kabupaten/Kota, untuk mendukung Stranas Percepatan Penurunan Stunting.

Tahapan penyusunan perencanaan tahunan program gizi di Puskesmas dijelaskan lebih rinci sebagai berikut:

a. Persiapan

Pada tahap ini TG/TPG mempelajari:

- 1) Rencana lima tahunan Puskesmas.
- 2) Penjabaran tahunan rencana capaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) tingkat kabupaten/kota yang berkaitan dengan program gizi.
- 3) Target program gizi yang disepakati bersama dinas kesehatan kabupaten/kota yang menjadi tanggung jawab Puskesmas.
- 4) Data terkait gizi dan determinannya, misalnya data Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat *online* (e-PPGBM), Riskesdas, dan SSGBI.
- 5) Norma Standar Prosedur Kriteria (NSPK) program gizi dan NSPK lainnya, antara lain Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik/Non-Fisik untuk Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dalam penyusunan perencanaan Puskesmas.

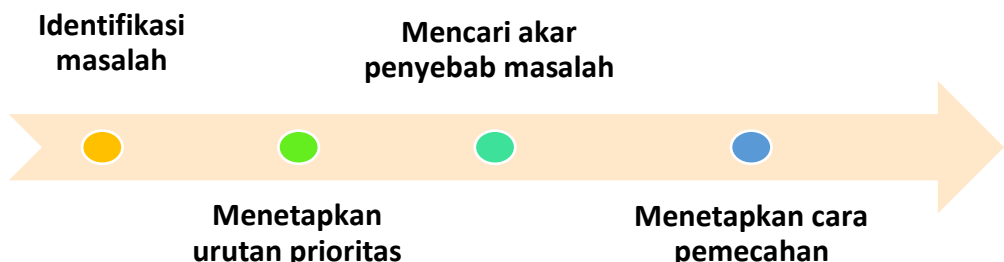
b. Analisis Situasi

Tahap ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi data mengenai keadaan dan masalah kesehatan terkait program gizi yang dihadapi Puskesmas. Jika diperlukan data kualitatif, dapat dilanjutkan dengan Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD), dan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Kebutuhan pelayanan dan pemenuhan harapan masyarakat yang rasional dirumuskan sesuai dengan keadaan wilayah kerja Puskesmas dengan tetap memperhatikan integrasi LP dan LS. Langkah analisis situasi selengkapnya dapat mengacu kepada Buku Pedoman Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi tahun 2021.

c. Perumusan Masalah

Setelah melakukan analisis situasi, TG/TPG di Puskesmas selanjutnya melakukan perumusan berbagai masalah program gizi. Masalah muncul karena adanya kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Tahapan melakukan perumusan masalah tergambar pada Bagan 3.4.

Bagan 3.4 Tahapan Melakukan Perumusan Masalah



Perumusan masalah dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

1) Identifikasi Masalah

Hal yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Tenaga Gizi/TPG melakukan identifikasi masalah dengan membuat daftar masalah yang dikelompokkan menurut indikator kinerja, target, pencapaian, dan kesenjangan.
- b. Capaian dari target yang dilaksanakan oleh Puskesmas mempunyai kontribusi terhadap capaian target nasional.
- c. Menghitung kesenjangan berdasarkan dari jumlah sasaran yang disepakati oleh Dinkes Kabupaten.
- d. Contoh tabel untuk membantu indentifikasi masalah dapat dilihat pada Tabel 3.1 di bawah ini.

**Tabel 3.1 Contoh Tabel Identifikasi Masalah Gizi di Puskesmas X
Tahun 2020**

No.	INDIKATOR KINERJA	TARGET TAHUN 2020 (%)	PENCAPAIAN TAHUN 2020			KESEN- JANGAN (%)
			Jumlah Sasaran	Capaian	Capaian % (d/c*100)	
	A	b	c	d	e	f (b-e)
1.	Cakupan suplementasi vitamin A pada bayi dan Balita.	100	1335	1335	100	0
2.	Persentase pemberian 90 TTD pada ibu hamil.	100	*367	195	53	47
3.	Persentase Suplementasi TTD pada Rematri.	100	995	756	76	24
4.	Persentase Balita gizi kurang yang mendapat Makanan Tambahan.	100	14	12	86	14
5.	Persentase ibu hamil KEK yang mendapat Makanan Tambahan.	100	290	247	85	15
6.	Cakupan Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai tatalaksana gizi buruk.	100	8	2	25	75
7.	Cakupan bayi baru lahir mendapatkan IMD.	100	347	181	52	48
8.	Persentase rumah tangga mengonsumsi garam beryodium.	100	50	33	66	34
9.	Persentase bayi < 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif.	100	359	70	19	81
10.	Cakupan ibu hamil anemia.	**20	*367	301	82	62

*Jumlah ibu hamil di wilayah Puskesmas.

**Contoh perkiraan cakupan di wilayah Puskesmas.

Keterangan:

Dari 12 indikator kinerja di atas, ternyata kesenjangan yang paling tinggi adalah:

- 1) Bayi < 6 bulan tidak mendapatkan ASI Eksklusif sebesar 81%,
- 2) Cakupan Balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai tatalaksana gizi buruk sebesar 75%,

3) Cakupan ibu hamil anemia sebesar 62%.

Ketiga indikator kinerja ini perlu digali permasalahannya. Masalah dirumuskan berdasarkan prinsip 5W1H (*What, Who, When, Where, Why and How*), yaitu apa masalahnya, siapa yang berperan dalam masalah ini, sejak kapan masalah itu terjadi, dimana lokasi yang terbanyak itu terjadi, mengapa dan bagaimana masalah itu terjadi.

2) Menetapkan Urutan Prioritas Masalah

Penetapan prioritas masalah dapat dilakukan melalui pertemuan LP atau LS untuk membuat kesepakatan bersama dengan TG/TPG. Sangat disarankan untuk memilih 3 prioritas masalah dalam satuan waktu yang bersamaan.

Bila tidak dicapai kesepakatan dalam menetapkan prioritas masalah, dapat digunakan metode lain, yaitu menggunakan metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG). Urutkan prioritas masalah dengan metode USG, ditetapkan berdasarkan:

- a. Seberapa mendesaknyanya masalah gizi harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia (*urgency/urgensi*).
- b. Beberapa isu serius permasalahan gizi tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang ditimbulkan bila penundaan pemecahan masalah isu tersebut tidak dipecahkan (*seriousness/keseriusan*). Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah gizi dapat menimbulkan masalah lain yang lebih serius bila dibandingkan dengan masalah lain yang berdiri sendiri. *Seriousness* dilihat dari dampak masalah tersebut terhadap

produktivitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, dan membahayakan sistem atau tidak.

- c. Seberapa kemungkinannya isu masalah gizi menjadi berkembang, terkait adanya masalah yang dapat memperburuk keadaan (*growth*/perkembangan isu).

Metode USG dapat digunakan oleh TG/TPG untuk menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan masalah dengan menggunakan skala nilai 1 – 5 atau 1 – 10 seperti yang tercantum pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Contoh Matriks Prioritas Masalah dengan Metode USG

NO.	MASALAH	U	S	G	TOTAL
1	Cakupan Balita gizi buruk mendapat tata laksana gizi buruk.	5	4	3	11
2	Cakupan ibu hamil anemia.	4	4	4	12
3	Cakupan bayi mendapat ASI Eksklusif.	3	5	5	13

Keterangan:

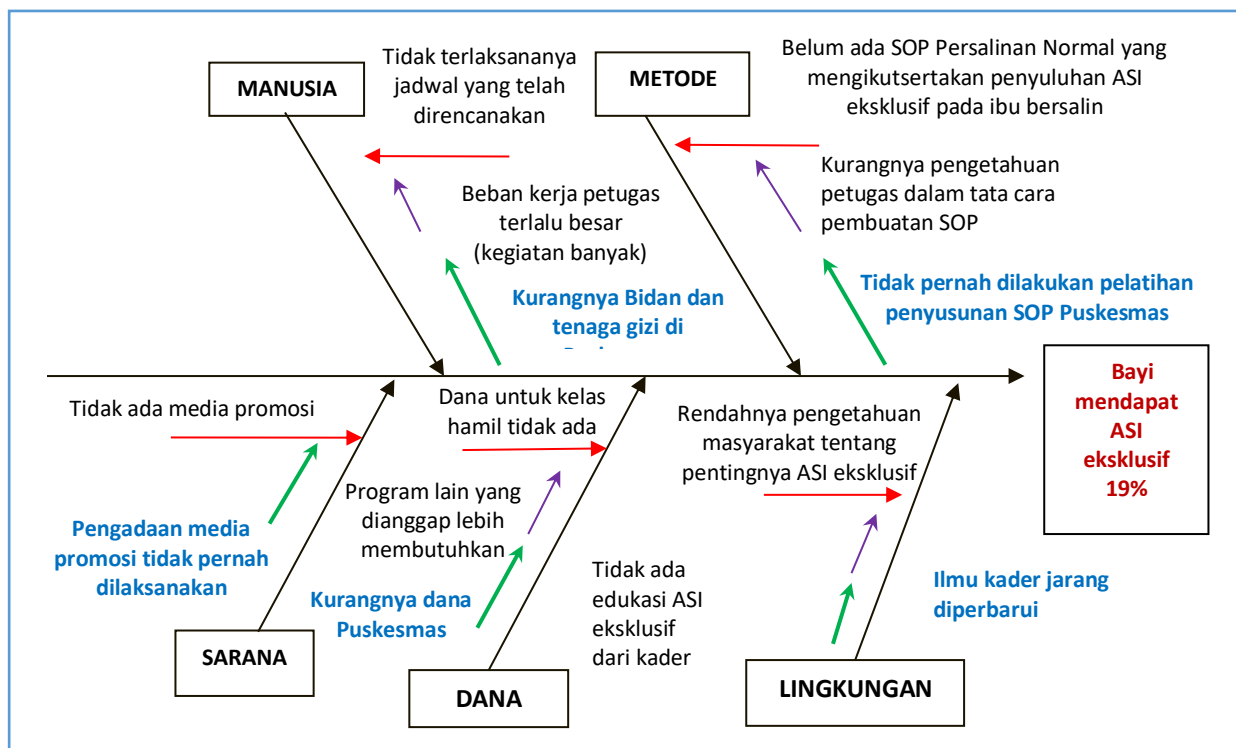
Berdasarkan skala likert 1-5 (5=sangat besar, 4=besar, 3=sedang, 2=kecil, 1=sangat kecil). Atas dasar contoh tersebut maka urutan prioritas masalah adalah 1) Cakupan bayi mendapatkan ASI eksklusif, 2) cakupan ibu hamil anemia, 3) cakupan Balita gizi buruk mendapat tatalaksana gizi buruk.

3) Mencari Akar Penyebab Masalah

Setelah TG/TPG menentukan urutan prioritas masalah, selanjutnya setiap masalah dicari akar penyebab dari masalah tersebut. Akar penyebab masalah dapat dilakukan dengan diagram *fishbone* dan diagram pohon masalah. Hal ini dilakukan berdasarkan urutan prioritas masalah yang dimulai dari urutan prioritas pertama. Bila masalah gizi yang dihadapi banyak, TG/TPG Puskesmas

menentukan prioritas akar penyebab masalah. Identifikasi penyebab masalah perlu dikonfirmasi dengan data Puskesmas. Bagan 3.5 merupakan contoh penggunaan diagram *fishbone*/tulang ikan dalam mencari akar penyebab masalah, dengan memperhatikan faktor SDM, metode, sarana, dana, dan lingkungan.

Bagan 3.5 Contoh *Fishbone*/Tulang Ikan di Puskesmas X Tahun 2020



Untuk menentukan akar penyebab masalah yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan program gizi, maka TG/TPG di Puskesmas selalu mencari kemungkinan penyebab dengan kata “mengapa” atau “why”. Kemungkinan-kemungkinan penyebab tersebut dituliskan oleh TG/TPG di Puskesmas pada diagram “tulang ikan” sesuai urutan penyebabnya.

Tenaga Gizi/TPG selanjutnya mengidentifikasi solusi dari setiap penyebab masalah tersebut dalam Bagan 3.5, serta mengidentifikasi sumber dukungan yang tersedia dari LP dan LS terkait, masyarakat, maupun Dinkes kabupaten/kota dalam upaya pemecahan masalah tersebut.

4) Menetapkan Cara Pemecahan Masalah

Setelah akar masalah diuraikan dan dikelompokkan, maka TG/TPG menetapkan solusi atau alternatif cara pemecahan masalah yang dapat dilakukan berdasarkan kesepakatan di antara petugas gizi dengan didahului *brainstorming* (curah pendapat). Bila tidak terjadi kesepakatan, dapat digunakan tabel cara pemecahan masalah. Langkah-langkah pemecahan masalah sebagai berikut:

- a. Menyampaikan curah pendapat (*brainstorming*) untuk membangkitkan ide/gagasan/pendapat tentang suatu topik atau masalah tertentu dari setiap TG/TPG dalam periode waktu yang singkat dan bebas dari kritik. Manfaat dari curah pendapat adalah untuk:
- 1) Mendapatkan ide/pendapat/gagasan sebanyak-banyaknya.
 - 2) Pengembangan kreativitas berpikir dari petugas gizi dalam menjalankan tugasnya.
 - 3) Memacu keterlibatan seluruh petugas Puskesmas.
- b. Bila tidak terjadi kesepakatan, digunakan metode tabel cara pemecahan masalah seperti pada Tabel 3.3 berikut:

Tabel 3.3 Contoh Tabel Pemecahan Masalah di Puskesmas

Masalah	Penyebab Masalah	Alternatif Pemecahan Masalah	Pemecahan Masalah Terpilih	Keterangan
Bayi mendapat ASI Eksklusif 19%.	Rendahnya pengetahuan ibu atau adanya tabu (faktor budaya).	Penyegaran kembali pengetahuan kader tentang pentingnya ASI Eksklusif.		
		Kunjungan rumah ibu yang sedang menyusui bayi < 6 bulan.	Kunjungan rumah ibu yang sedang menyusui bayi < 6 bulan.	
		Penyediaan <i>leaflet</i> atau sarana promosi Kesehatan tentang ASI Eksklusif.	Penyediaan <i>leaflet</i> atau sarana Promosi Kesehatan tentang ASI Eksklusif	Berkoordinasi dengan Promosi Kesehatan.
		Penyuluhan tentang ASI Eksklusif.	Penyuluhan tentang ASI Eksklusif	
		Pelatihan Kader.		

Tabel 3.3 merupakan salah satu contoh pemecahan masalah intervensi gizi di Puskesmas. Ada 8 intervensi gizi yang sudah ditetapkan sebagai intervensi gizi spesifik yang prioritas. Dalam menentukan operasional pemecahan masalah terpilih, digunakan mekanisme/penjabaran yang sama seperti di atas, dengan melibatkan LP dan LS.

CARA PEMECAHAN MASALAH MELALUI CURAH PENDAPAT

Kesepakatan di antara anggota tim dengan didahului curah pendapat. Berikut adalah beberapa tipe cara melakukan curah pendapat:

- 1) Terstruktur, setiap anggota tim menyampaikan ide secara bergiliran.
- 2) Tidak terstruktur, tiap peserta yang punya ide dapat langsung menyampaikan.
- 3) Semua berdasarkan atas hasil analisis penyebab masalah, tinjau dari 3 aspek: di kekuatan sumber daya, dengan pendekatan yang paling memungkinkan sebagai rumusan strategi dan taktik.

d. Penyusunan Perencanaan Program Gizi yang Terintegrasi dengan Perencanaan Puskesmas

Setelah cara pemecahan masalah didapatkan, TG/TPG menyusun perencanaan, penganggaran, dan sumber pembiayaan program gizi berdasarkan hasil persiapan, analisis situasi, dan perumusan masalah yang dilakukan dengan mengacu pada format (RUK, RKA, RPK) yang telah ditetapkan di Puskesmas atau mengacu pada Permenkes Nomor 44 Tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas. Perencanaan program gizi mempunyai berbagai sumber pembiayaan yang sudah dialokasikan, sehingga diperlukan SDM yang mampu membuat perencanaan yang baik, agar penggunaan biaya dapat optimal. Beberapa contoh sumber pembiayaan yang dapat dimanfaatkan, antara lain:

- 1) Penggunaan DAK Non-fisik bidang kesehatan atau disebut dana BOK mengacu pada Petunjuk Teknis Penggunaan DAK Non-fisik bidang kesehatan. Dana BOK di Puskesmas digunakan untuk kegiatan promotif dan preventif, antara lain: kegiatan PMBA, PMT, kunjungan rumah bagi Balita dan ibu hamil bermasalah gizi. Penggunaan DAK fisik, mengacu pada Petunjuk Operasional Penggunaan DAK Fisik bidang kesehatan. Dana tersebut digunakan untuk penyediaan makanan tambahan bagi ibu hamil KEK dan Balita gizi kurang dan penyediaan alat antropometri. Penggunaan dana kapitasi Puskesmas antara lain untuk jasa pelayanan dan dukungan biaya operasional kesehatan.

- 2) Penggunaan dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes)/kelurahan sesuai dengan pedoman pemanfaatannya antara lain untuk mendukung operasional dalam memastikan cakupan pelayanan intervensi spesifik dan dikoordinasikan dengan program dan sektor lainnya.
- 3) Penggunaan dana dengan alokasi anggaran lainnya harus dikoordinasikan dengan unit program dan sektor lainnya.
- 4) Perencanaan program gizi merupakan bagian dari proses perencanaan Puskesmas sehingga TG/TPG di Puskesmas perlu memperhatikan jadwal penyusunan perencanaan di tingkat Puskesmas. Perencanaan program gizi harus sudah selesai sebelum pembahasan perencanaan tingkat Puskesmas. Tenaga Gizi/TPG harus sudah menyerahkan kepada tim manajemen Puskesmas untuk dikompilasi menjadi perencanaan tingkat Puskesmas.

a) Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Pemecahan masalah, disusun TG/TPG di Puskesmas menjadi RUK program gizi. Contoh penyusunan RUK dapat dilihat pada bagian Lampiran 1. Semua pemecahan masalah dituliskan pada RUK dengan mengidentifikasi kegiatan yang akan dilakukan Puskesmas. Dukungan dari Dinkes kabupaten/kota dan LS terkait sangat diperlukan agar memudahkan penyusunan Rencana Kerja Anggaran (RKA).

RUK program gizi akan diintegrasikan dengan RUK program kesehatan dengan mempertimbangkan akar masalah yang lebih dominan, ketersediaan sumber daya, terutama anggaran dan SDM. RUK program gizi yang sudah disatukan dalam perencanaan Puskesmas, selanjutnya akan diproses sesuai siklus manajemen Puskesmas. Selanjutnya, RUK akan dibahas pada forum musyawarah perencanaan pembangunan (Musrenbang) tingkat desa, tingkat kecamatan dan tingkat kabupaten/kota.

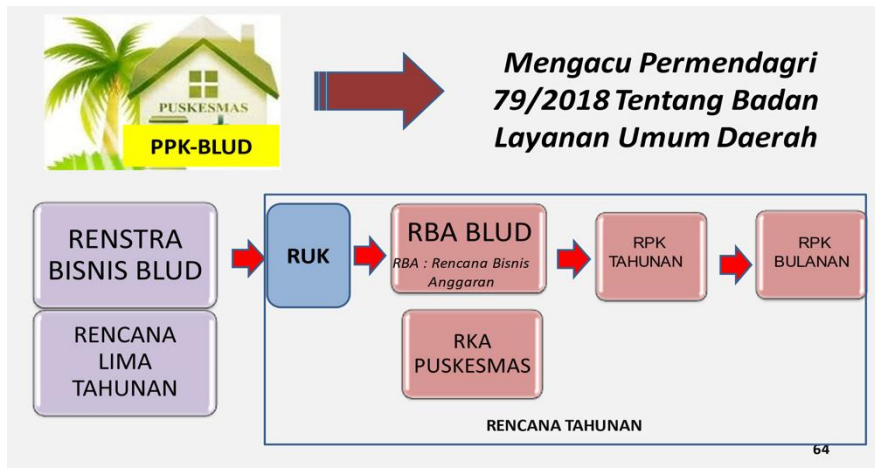
b) Rencana Kerja Anggaran (RKA)

Setelah selesai pembahasan RUK pada forum Musrenbang tingkat Kecamatan, maka Puskesmas akan menerjemahkan kegiatan pada RUK yang menjadi tanggung jawab Puskesmas sesuai format dan ketentuan penyusunan RKA. Selanjutnya RKA akan dibahas pada Musrenbang tingkat kabupaten/kota, di mana peran Dinkes kabupaten/kota sangat penting dalam mengawal agar perencanaan ini dapat disetujui pada forum tersebut.

c) Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Setelah RKA disetujui selanjutnya tim manajemen Puskesmas akan menyampaikan kepada TG/TPG untuk menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) tahunan dan bulanan program gizi. Tenaga Gizi/TPG melaksanakan kegiatan sesuai dengan RPK bulanan yang sudah disusun. Tahapan kegiatan siklus manajemen Puskesmas (contoh untuk siklus tahun 2020 (N-1), 2021 (N) dan 2022 (N+1) (tahun 2021 merupakan tahun sedang berjalan) dapat

dilihat pada bagian Lampiran 2. Tenaga Gizi/TPG yang telah melaksanakan pola pengelolaan keuangan Badan Pelayanan Umum Daerah (BLUD), menggunakan format/formulir perencanaan yang disesuaikan dengan peraturan pengelolaan BLUD yang berlaku.



Bagan 3.6 Perencanaan pada Puskesmas yang menerapkan Badan Pelayanan Umum Daerah (BLUD)

Sumber: Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer berdasarkan Pedoman Manajemen Pelayanan Puskesmas Tahun 2016.

Peran TG/TPG di Puskesmas dalam menyusun perencanaan (P1):

- Memastikan seluruh kebijakan NSPK terkait program gizi sudah ditetapkan di Puskesmas.
- Memastikan ketersediaan sumber daya (sarana, prasarana, SDM, alat kesehatan/Alkes, obat) terkait program gizi tersedia.
- Menentukan target sasaran dan indikator keberhasilan program gizi mengacu pada target dan indikator yang sudah ditentukan oleh Dinkes kabupaten/kota.
- Mencari sumber penyebab program gizi serta upaya penyelesaiannya dengan LP terkait.

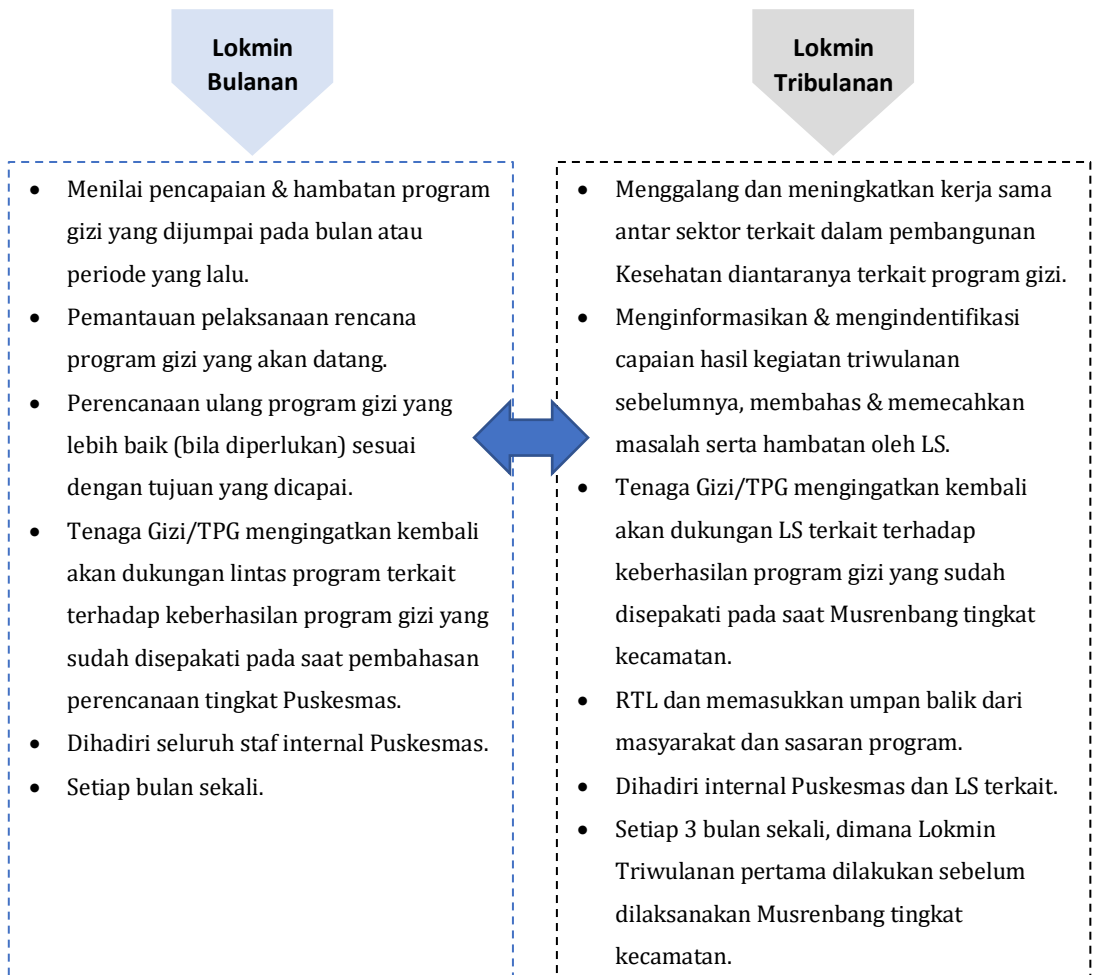
2. Penggerakan dan Pelaksanaan Program Gizi di Puskesmas (P2)

Penggerakan dan pelaksanaan Program Gizi merupakan implementasi kegiatan yang telah disusun TG/TPG pada RPK dan terintegrasi dengan program Puskesmas lainnya; contohnya, dari hasil identifikasi pemecahan masalah ditemukan masih ada 48% bayi yang tidak mendapat ASI Eksklusif dan pemecahan masalahnya melalui penyegaran kembali pengetahuan kader tentang pentingnya ASI Eksklusif.

Penggerakan meliputi pengorganisasian, persiapan pelaksanaan kegiatan, penentuan sasaran program, jumlah, rencana peningkatan kapasitas dan kemampuan teknis SDM gizi, perencanaan sarana dan prasarana pendukung program gizi masyarakat. Penggerakan dan pelaksanaan harus terintegrasi dengan program di Puskesmas serta memperhatikan siklus

manajemen Puskesmas.

Pelaksanaan program/kegiatan dapat dilakukan melalui berbagai cara, antara lain rapat dinas, pengarahan pada saat apel pegawai, dan pertemuan Lokakarya Mini (Lokmin) Puskesmas untuk membahas rencana pelaksanaan kegiatan. Pelaksanaan kegiatan dari setiap program disesuaikan dengan jadwal RPK bulanan. Lokmin Puskesmas dilaksanakan setiap bulan (Lokmin bulanan) dan Triwulan.



Peran TG/TPG di Puskesmas dalam Penggerakan dan Pelaksanaan Program Gizi di Puskesmas (P2):

- Menjalankan tugas dan fungsinya dengan komitmen yang tinggi.
- Mampu melakukan kerja sama antar pelaksana/pengelola program.
- Memastikan kegiatan dilaksanakan sesuai RPK.
- Mengkoordinasikan dengan Kepala Puskesmas terkait kesiapan anggaran untuk digunakan.
- Memastikan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan target sasaran program (proses PDCA), bila terjadi *gap* atau kesenjangan pencapaian segera rubah strategi dengan mengupayakan inovasi.
- Melakukan komunikasi dan koordinasi internal (LP) dan eksternal (LS).
- Mengkoordinasikan dengan LP tentang kegiatan yang akan dilaksanakan secara terintegrasi misalnya kesiapan dari bagian kefarmasian terkait ketersediaan tablet Fe, kesiapan dari bagian laboratorium terkait pelaksanaan pemeriksaan *feces* anak

3. **Pengawasan dan Pengendalian dan Penilaian kinerja Program Gizi di Puskesmas (P3)**

Pengawasan Puskesmas dibedakan menjadi dua, yaitu :

- 1) Pengawasan internal adalah pengawasan yang dilakukan oleh Puskesmas sendiri, baik oleh kepala Puskesmas, tim audit internal maupun setiap penanggung jawab dan pengelola/pelaksana program.
- 2) Pengawasan eksternal adalah pengawasan yang dilakukan oleh instansi dari luar Puskesmas antara lain Dinkes kabupaten/kota, institusi lain yang terkait, dan/atau masyarakat.

Pengawasan yang dilakukan mencakup aspek administratif, sumber daya, pencapaian kinerja program, dan teknis pelayanan terkait pelayanan gizi spesifik di Puskesmas. Apabila ditemukan adanya ketidaksesuaian baik terhadap pelaksanaan rencana kegiatan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) implementasi program gizi spesifik, perlu dilakukan pembinaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pengawasan dilakukan melalui kegiatan supervisi yang dapat dilakukan secara terjadwal atau sewaktu-waktu dengan menggunakan daftar tilik.

Pengendalian adalah serangkaian aktivitas untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan cara membandingkan capaian saat ini dengan target yang telah ditetapkan pada perencanaan. Jika terdapat ketidaksesuaian, maka harus dilakukan upaya perbaikan (*corrective action*). Kegiatan pengendalian ini harus dilakukan secara terus menerus.

Pengendalian dapat dilakukan secara berjenjang oleh Dinkes kabupaten/kota, kepala Puskesmas, maupun penanggung jawab program

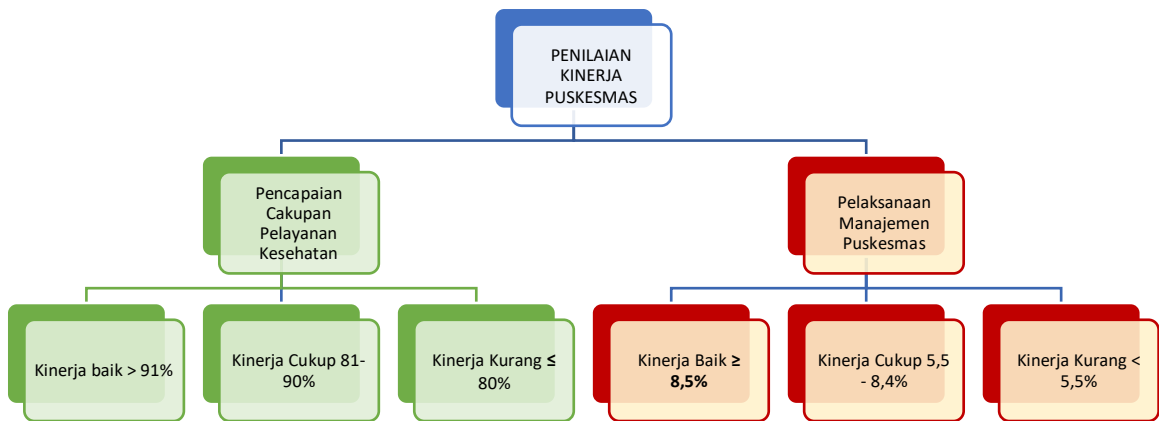
Tujuan dari pengawasan dan pengendalian implementasi program gizi adalah sebagai berikut:

- a. Mengetahui sejauh mana pelaksanaan pelayanan gizi spesifik, apakah sesuai dengan standar atau rencana kerja, apakah tersedia sumber daya dan digunakan sesuai dengan yang dibutuhkan.
- b. Mengetahui adanya kendala dan hambatan dalam melaksanakan pelayanan gizi spesifik, sehingga dapat ditetapkan pemecahan masalah sedini mungkin.
- c. Mengetahui adanya penyimpangan pada pelaksanaan pelayanan gizi spesifik sehingga dapat segera dilakukan tindakan perbaikan/koreksi.
- d. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya penyimpangan dan penyebabnya, sehingga dapat mengambil keputusan untuk melakukan koreksi pada pelaksanaan kegiatan gizi spesifik atau program terkait.
- e. Memberikan informasi/laporan kegiatan kepada Kepala Puskesmas sebagai pengambil keputusan tentang adanya hal-hal yang harus ditindaklanjuti dengan penyesuaian kegiatan.
- f. Kepala Puskesmas memberikan informasi tentang akuntabilitas pelaksanaan dan hasil kinerja program/kegiatan kepada Dinkes kabupaten/kota secara berkelanjutan dan dari waktu ke waktu.

Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP)

Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu proses mengumpulkan, menganalisis, dan memanfaatkan informasi secara obyektif dan sistematis untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan Puskesmas yang disediakan, serta sasaran yang dicapai. Untuk memudahkan pelaksanaannya digunakan pula bagan sarang laba-laba atau diagram radar sehingga mudah diketahui tingkat kesenjangan pencapaian dan ketidakserasian antar hasil cakupan kegiatan pada setiap desa/kelurahan di wilayah kerja Puskesmas. Hasil analisis dari bagan ini digunakan sebagai bahan penyusunan perencanaan tahun selanjutnya (Bagan 3.7).

Bagan 3.7 Tahapan Kegiatan Penilaian Kinerja



Sumber: Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer berdasarkan Pedoman Manajemen Pelayanan Puskesmas Tahun 2016.

Peran TG/TPG di Puskesmas dalam PKP adalah melakukan pengumpulan dan analisis informasi pelaksanaan program gizi spesifik untuk dinilai efektivitas dan efisiensinya. Hasil penilaiannya akan diverifikasi oleh Kepala Puskesmas dan selanjutnya akan menjadi bagian dari penilaian kinerja Puskesmas.

Tujuan dilaksanakannya penilaian kinerja adalah agar TG/TPG:

- a. Mendapatkan gambaran hasil cakupan kegiatan, mutu kegiatan, dan manajemen pelayanan gizi spesifik Puskesmas pada akhir tahun kegiatan.
- b. Mendapatkan masukan untuk penyusunan rencana kegiatan di tahun yang akan datang.
- c. Dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah pelayanan gizi spesifik di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja.
- d. Mengetahui dan menilai mutu pelayanan gizi spesifik di Puskesmas.
- e. Dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya.

Ruang Lingkup Penilaian Kinerja Gizi Spesifik di Puskesmas

Pencapaian cakupan pelayanan gizi spesifik meliputi:

1. UKM antara lain terkait:
 - a. Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).
 - b. Pemantauan Pertumbuhan dan Pemantauan Status Gizi.
 - c. Suplementasi Gizi:
 - 1) TTD bagi ibu hamil,
 - 2) TTD bagi Rematri.
 - 3) Suplementasi kapsul vitamin A (6-59 bulan);
 - 4) Suplementasi kapsul vitamin A pada ibu nifas;
 - 5) Suplementasi Taburia (6-59 bulan).
 - d. Pemberian MT bagi ibu hamil KEK dan Balita gizi kurang (6-59 bulan).
2. UKP antara lain:
 - a. Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita (0-59 bulan).
 - b. Rujukan bagi gizi buruk.

Pelaksanaan manajemen Puskesmas dalam penyelenggaraan kegiatan, meliputi:

 - a. Proses penyusunan perencanaan, penggerakan pelaksanaan, dan pelaksanaan penilaian kinerja;
 - b. Manajemen sumber daya termasuk manajemen sarana, prasarana, alat, obat, SDM yang terkait dengan implementasi pelayanan gizi spesifik;
 - c. Program pemberdayaan masyarakat;
 - d. Manajemen data dan informasi;
 - e. PIS-PK.

Mutu pelayanan Puskesmas, meliputi:

- a. Penilaian input pelayanan gizi spesifik berdasarkan pedoman yang berlaku.
- b. Penilaian proses pelayanan gizi spesifik antara lain dengan menilai tingkat kepatuhannya terhadap pedoman yang telah ditetapkan.
- c. Penilaian output pelayanan gizi spesifik berdasarkan upaya kesehatan yang diselenggarakan.

Pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas

1. Di tingkat Puskesmas, TG/TPG :
 - a. Mengumpulkan data hasil kegiatan pencapaian kinerja dan mutu program gizi spesifik.
 - b. Melaporkan hasil capaian program kepada kepala Puskesmas untuk dikompilasi bersama dengan program lainnya.
 - c. Menghitung hasil kegiatan. Hasil kegiatan adalah hasil pada periode waktu tertentu. Penetapan periode waktu penilaian ini dilakukan oleh Dinkes kabupaten/kota bersama Puskesmas.
 - d. Data untuk menghitung hasil kegiatan diperoleh dari Sistem Informasi Puskesmas (SIP), yang mencakup pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya; survei lapangan; laporan LS terkait; dan laporan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.

- e. Melakukan analisis terhadap hasil yang telah dicapai dibandingkan dengan target yang ditetapkan, identifikasi kendala/hambatan, mencari penyebab dan latar belakangnya, mengenali faktor-faktor pendukung dan penghambat.
 - f. Bersama-sama tim manajemen Puskesmas, menyusun rencana pemecahannya dengan mempertimbangkan kecenderungan timbulnya masalah (ancaman) ataupun kecenderungan untuk perbaikan (peluang).
 - g. Melaksanakan tindak lanjut rencana pemecahan dari hasil analisis yang dijadikan dasar dalam penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) untuk tahun (n+1); n adalah tahun berjalan.
 - h. Menyampaikan hasil perhitungan, analisis data dan usulan rencana pemecahannya kepada Pembina program gizi di Dinkes kabupaten/kota untuk diberikan umpan balik.
2. Di tingkat kabupaten/kota, pembina TG/TPG di Puskesmas:
- a. Melakukan verifikasi analisis data dan pemecahan masalah yang telah disampaikan TG/TPG di Puskesmas, dan mendampingi Puskesmas dalam pembuatan rencana usulan kegiatan.
 - b. Mengirim umpan balik ke TG/TPG di Puskesmas dalam bentuk penetapan kelompok tingkat kinerja program gizi Puskesmas.

- c. Penetapan target dan dukungan sumber daya terhadap masing-masing Puskesmas dalam melaksanakan program gizi berdasarkan evaluasi hasil kinerja Puskesmas dan rencana usulan kegiatan tahun depan.

Peran TG/TPG dalam Pengawasan dan Pengendalian dan Penilaian kinerja Program Gizi di Puskesmas (P3):

- Memastikan kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan NSPK yang berlaku.
- Mencatat hasil kegiatan dan melaporkan hasil kegiatan sesuai jadwal.
- Melakukan Komunikasi dan koordinasi internal (LP) dan eksternal (LS).
- Melakukan koreksi/perbaikan bila ada kegiatan atau target program yang belum sesuai dengan yang sudah ditetapkan (proses PDCA),
- Melakukan evaluasi capaian program dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan.
- Membuat kajian pencapaian dan menentukan rencana tindak lanjut.
- Melakukan penilaian program gizi mengikuti format Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP).
- Mendapatkan pembinaan dari pembina program gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota secara terpadu, terintegrasi lintas program, dan berkesinambungan serta mendapatkan *feedback* terhadap hasil Penilaian Kinerja Puskesmas terkait program gizi.

e. Proses Asuhan Gizi di Puskesmas

Dalam manajemen pelayanan gizi, TG/TPG di Puskesmas melakukan pendekatan asuhan gizi yang meliputi proses Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Monitoring, dan Evaluasi (PDIME) untuk melengkapi hasil P1, P2, dan P3. Proses Asuhan Gizi (PAG) merupakan hubungan TG/TPG dengan klien dalam memberikan pelayanan gizi. Dalam pelaksanaannya, TG/TPG harus mempunyai kompetensi konseling dan edukasi sehingga mampu memberikan intervensi gizi yang efektif.

Fokus dari PAG di masyarakat adalah upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Pada tatanan ini, TG/TPG harus mampu memberikan pelayanan gizi, menerapkan kebijakan serta melaksanakan program/kegiatan pelayanan gizi, dan memperbaiki pola makan masyarakat. Peningkatan pelayanan gizi yang bermutu dilakukan dengan pendekatan PDIME. Pelaksanaannya perlu didukung dengan manajemen yang terintegrasi dan berkolaborasi dengan profesi kesehatan lainnya. Tim Asuhan Gizi diperlukan dalam penatalaksanaan gizi buruk di Puskesmas.

Integrasi PDIME ke dalam P1, P2, P3 dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain: Perencanaan (P1) dapat dilengkapi dengan Pengkajian (P) dan Diagnosis (D) Penggerakan Pelaksanaan (P2) dapat dilengkapi dengan Intervensi (I) Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian (P3) dapat dilengkapi dengan Monitoring (M) dan Evaluasi (E). Tabel di bawah ini menggambarkan integrasi antara manajemen Puskesmas dengan PAG di Puskesmas (PDIME).

Tabel 3.4 Contoh Pendekatan PDIME yang Diintegrasikan Pada Proses Manajemen di Puskesmas (P1, P2, P3)

Manajemen Puskesmas Proses Asuhan Gizi	P Pengkajian	D Diagnosis	I Intervensi	M Monitoring	E Evaluasi
P1 Perencanaan					
P2 Penggerakan Pelaksanaan					
P3 Penilaian, Pengawasan Pengendalian					

Langkah pelaksanaan PDIME:

Langkah 1: Pengkajian (P)

1. Hasil pengukuran antropometri: hasil pemantauan pertumbuhan, BB/U, TB/PB/U, TB/PB/BB; prevalensi gizi kurang/buruk; hasil Lingkar Lengan Atas (LiLA).
2. Mempelajari hasil laboratorium: profil anemia gizi besi, profil gula darah.
3. Mempelajari riwayat gizi: ketersediaan makan di masyarakat, fasilitas menyusui, akses aktivitas fisik.
4. Mempelajari lingkungan/sosial ekonomi, seperti sanitasi lingkungan, sumber air bersih, lokasi geografis, akses terhadap pelayanan kesehatan dan gizi.

Langkah 2: Diagnosis (D) Gizi

Merumuskan diagnosis gizi berdasarkan hasil pengkajian yang memuat tentang masalah/*problem*, kemungkinan akar penyebab/*etiology*, dan *symptom*/gejala (PES). Diagnosis gizi dapat dirumuskan dalam 3 kategori yaitu domain asupan (misal: asupan zat besi yang rendah), domain klinis (misal: kesehatan mulut yang buruk menyebabkan asupan gizi tidak adekuat), dan domain perilaku dan lingkungan (sikap keluarga yang menganggap anemia gizi pada ibu hamil bukanlah masalah karena tidak terakses informasi).

Langkah 3: Intervensi (I) Gizi

1. Melakukan intervensi berdasarkan penyebab masalah.
2. Melakukan edukasi/penyuluhan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat.
3. Melakukan konseling gizi kepada pasien/klien dalam menetapkan pilihan makanan bergizi.
4. Menghitung kebutuhan kalori dan zat gizi sesuai status gizi dan umur sasaran untuk Pemberian Makanan Tambahan lokal.
5. Menuliskan preskripsi diet (menu diet) anjuran asupan energi dan zat gizi untuk pasien/klien untuk klien rawat inap
6. Melakukan koordinasi asuhan gizi dengan:
 - a. Tenaga medis, TG/TPG, dan tenaga kesehatan lainnya.
 - b. Pihak instansi lainnya yang dapat mendukung perbaikan gizi.
7. Merujuk pasien/klien ke RS sesuai kriteria pasien yang harus dirujuk.
8. Menindaklanjuti rujukan balik ketika pasien/klien pulang dari RS.

Langkah 4: Monitoring dan Evaluasi

Memantau, mengukur dan mengevaluasi keberhasilan pelayanan gizi berdasarkan indikator yang ditetapkan.

BAB IV

IMPLEMENTASI MANAJEMEN INTERVENSI GIZI SPESIFIK DI PUSKESMAS

Pelayanan gizi merupakan salah satu bagian dari UKM esensial yang wajib dilaksanakan. Implementasi program gizi memerlukan upaya inovatif agar dapat mencapai target indikator yang telah ditetapkan. Tenaga gizi/TPG harus menggunakan Pedoman Manajemen Puskesmas dengan tahapan (P1), (P2), dan (P3). Tahapan ini merupakan siklus manajemen Puskesmas yang digunakan oleh seluruh program pelayanan kesehatan. Pelayanan gizi harus diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan yang lain.

Pelayanan gizi juga merupakan bagian dari UKP terutama di Puskesmas Rawat Inap, karena membutuhkan penyusunan menu/diet serta penyelenggaraan makanan bagi klien/pasien. Dengan demikian, asuhan gizi di Puskesmas dibutuhkan untuk intervensi gizi, baik di UKM maupun UKP.

Pada bab ini, implementasi manajemen intervensi gizi spesifik akan diterapkan dalam 8 intervensi, yaitu:

1. Suplementasi TTD pada Ibu Hamil dan Remaja Putri (12-18 tahun).
2. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Ibu Hamil KEK.
3. Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).
4. Pemantauan Pertumbuhan (PP) Balita.
5. Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas.

6. Suplementasi Taburia untuk Balita Usia 6-59 bulan.
7. Pemberian Makanan Tambahan untuk Balita Gizi Kurang.
8. Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita.

Implementasi dari 8 intervensi gizi spesifik ini menggunakan tahapan P1, P2 dan P3 yang diuraikan secara terpisah. Tahapan salah satu intervensi, mulai dari perencanaan sampai dengan monitoring evaluasi (P1, P2 dan P3), dapat dilihat pada sub judul masing-masing intervensi.

Contoh:

Implementasi Suplementasi TTD pada remaja putri dan ibu hamil, maka secara keseluruhan dapat dilakukan, melihat:

1. Perencanaan (P1): Tabel 4.1.1,
 2. Penggerakan dan Pelaksanaan (P2): Tabel 4.2.1,
 3. Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja (P3): Tabel 4.3.1.
- Demikian berlaku untuk intervensi lainnya.

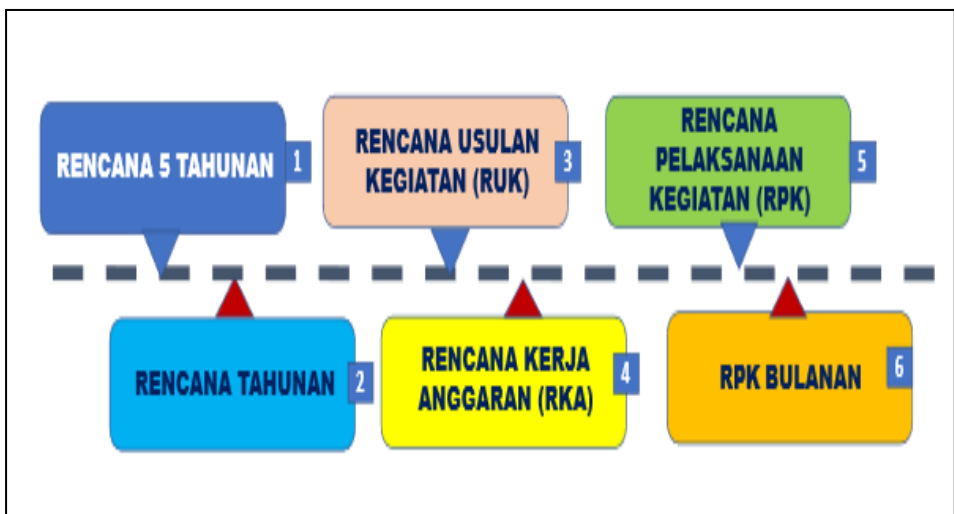
A. Perencanaan (P1)

Delapan kegiatan pelayanan intervensi gizi spesifik diawali dengan tahapan P1. Tahapan perencanaan pelayanan gizi di dalam bab ini, sudah melalui tahap persiapan dan analisis situasi. Tahapan ini penting dilakukan oleh TG/TPG agar pelayanan gizi **terintegrasi** dengan program kesehatan lainnya, sesuai dengan mekanisme manajemen Puskesmas. Pada tahapan perencanaan, terlebih dahulu dilakukan identifikasi masalah gizi pada kelompok

sasaran ibu, bayi, dan anak Balita serta remaja putri (Rematri). Pada proses asuhan gizi, **Pengkajian (P)** dan **Diagnosis Gizi** merupakan bagian dari tahapan P1 dalam manajemen Puskesmas.

Perencanaan pelayanan gizi spesifik di Puskesmas harus diawali dengan input, antara lain terkait dengan SDM, dana, sarana, prasarana, jadwal koordinasi, dan jadwal pelaksanaan. Masing-masing intervensi mempunyai persiapan yang berbeda-beda yang perlu diperhatikan pada saat perencanaan. Namun, dalam melakukan perencanaan pelayanan gizi spesifik di Puskesmas tetap harus mengikuti mekanisme yang dilakukan oleh Puskesmas seperti Bagan 4.1 di bawah ini.

Bagan 4.1 Mekanisme Perencanaan (P1) di Puskesmas



Keterangan:

1. Rencana 5 tahunan merupakan rencana kegiatan intervensi gizi spesifik yang mencakup indikator dan target untuk 5 tahun yang akan datang.
2. Rencana tahunan merupakan rencana kegiatan intervensi gizi spesifik di Puskesmas yang dilakukan dalam satu tahun, untuk mendukung tercapainya kegiatan dalam kurun waktu 5 tahun.
3. Rencana Usulan Kegiatan (RUK) merupakan rencana usulan kegiatan gizi spesifik pada tahun berjalan berdasarkan perencanaan tahunan yang telah disusun dan akan dilaksanakan pada satu tahun yang akan datang.
4. Rencana Kerja Anggaran (RKA) merupakan dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi program kegiatan Puskesmas termasuk intervensi gizi berdasarkan RUK yang telah disetujui kemudian menjadi dokumen Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD).
5. Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dibuat tahunan dan bulanan yang merupakan rincian rencana kegiatan gizi spesifik dalam satu tahun, yang kemudian dijabarkan untuk dilaksanakan per bulan, dengan mempertimbangkan target capaian dan ketersediaan sumber daya.

Rencana kegiatan 5 tahunan, rencana tahunan, RUK, RPK tahunan dan bulanan, mempunyai komponen *input*, proses dan *output*. Dalam tabel bantu pada bab ini, hanya diuraikan komponen *input* (tidak seluruh *input* dikemukakan), sehingga hanya hal penting saja yang perlu diperhatikan dalam pelayanan gizi spesifik. Faktor *input* yang dimaksud terdiri dari SDM, sarana, prasarana serta jadwal yang perlu dipersiapkan.

Pada dasarnya perencanaan kegiatan di Puskesmas **menggunakan Tabel 1 RUK (lihat lampiran)**, untuk mempermudah pengisian tabel RUK Puskesmas, maka digunakan tabel bantu seperti Tabel 4.1.

Tabel bantu dapat digunakan untuk menyusun rencana kegiatan program gizi spesifik yang nantinya dimasukkan untuk penyusunan RUK Puskesmas.

Tabel 4.1 Tabel Bantu Rencana Kegiatan (RUK)

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Keterangan tabel:

1. Kolom (1) Prioritas Masalah, merupakan rumusan masalah prioritas pada kegiatan intervensi gizi spesifik yang cakupannya belum mencapai target (disesuaikan dengan target masing-masing daerah).
2. Kolom (2) Penyebab Masalah, merupakan hal-hal penyebab dari masalah di kolom pertama.
3. Kolom (3) Pemecahan Masalah, adalah langkah-langkah kegiatan yang akan dilakukan.
4. Kolom (4) RUK, adalah kegiatan terpilih yang akan diusulkan.
5. Kolom (5) Sumber Dana, adalah dukungan dana untuk pelaksanaan kegiatan dari berbagai sumber.

Isi contoh tabel bantu di masing masing Puskesmas dapat berbeda-beda, sehingga contoh dalam bab ini dapat berbeda dengan yang ada di wilayah kerja pengguna pedoman. Tabel bantu ini dapat menjadi masukan ke dalam tabel RUK Puskesmas.

Tabel 4.1 merupakan contoh **tabel bantu RUK untuk 8 intervensi gizi pada tahap perencanaan (P1) di Puskesmas**, serta sudah melalui tahapan identifikasi dan prioritas masalah. Pemecahan masalah dengan mencantumkan kegiatan, sudah ditentukan berdasarkan pembahasan LP dan LS.

4.1.1 Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) Pada Remaja Putri dan Ibu Hamil

Hal yang perlu di perhatikan dalam persiapan adalah:

1. SDM

- a. Tenaga gizi/TPG dan penanggung jawab farmasi Puskesmas.
- b. Ketersediaan TTD.
 - 1) Jumlah kebutuhan TTD untuk seluruh sasaran ibu hamil dan Rematri.
 - 2) Ketersediaan TTD di Puskesmas disesuaikan dengan jumlah kebutuhan berdasarkan sasaran program, yaitu institusi pendidikan (SMP/MT.s dan SMA/SMK/MA atau yang sederajat), dan ibu hamil:

Contoh perhitungan kebutuhan TTD untuk **Rematri**:

- a. Jumlah sasaran Rematri misalkan 1.000 orang.
- b. Jumlah kebutuhan TTD: $1.000 \text{ Rematri} \times 52 \text{ tablet} = 52.000 \text{ tablet}$.
- c. Kebutuhan tidak terduga sebagai *Buffer stock* adalah $10\% \times 52.000 = 5.200 \text{ tablet}$.
- d. Jumlah kebutuhan TTD adalah $52.000 + 5.200 = 57.200 \text{ tablet}$.
 - Perhitungan kebutuhan dengan menambahkan 10% - 50% dari kebutuhan per sasaran pemberian, agar tidak ada kekosongan logistik.
 - Jika ada sisa stok, maka perhitungan total kebutuhan akan dikurangi dengan sisa stok yang ada.

Contoh perhitungan kebutuhan TTD untuk **ibu hamil**:

- a. Jumlah ibu hamil berdasarkan data riil/proyeksi misalkan 1.000 orang.
 - b. Jumlah TTD yang dibutuhkan/disediakan: 1.000 ibu hamil x minimal 90 tablet = minimal 90.000 tablet.
 - c. Kebutuhan tidak terduga: $10\% \times 90.000 \text{ tablet} = 9.000 \text{ tablet}$.
 - d. Jumlah kebutuhan/disediakan: $\text{minimal } 90.000 + 9000 = \text{minimal } 99.000 \text{ tablet}$.
 - e. Perhitungan kebutuhan dengan menambahkan 10% - 50% dari kebutuhan per sasaran pemberian, agar tidak ada kekosongan logistik.
 - f. Jika ada sisa stok, maka perhitungan total kebutuhan akan dikurangi dengan sisa stok yang ada.
2. Merencanakan jadwal tertulis pendistribusian TTD sesuai dengan dosis sasaran.
 - a. Rematri (12-18 tahun): satu tablet setiap minggu sepanjang tahun.
 - b. Ibu hamil (1 TTD setiap hari selama kehamilan minimal 90 tablet, dimulai sedini mungkin dan dilanjutkan sampai masa nifas).
 3. Merencanakan pendampingan, dengan menentukan pendamping minum TTD baik pendamping Rematri maupun ibu hamil (misal: guru, nenek, ibu, dan suami serta keluarga lainnya).

Tabel 4.1.1 Contoh Tabel Bantu RUK Suplementasi TTD pada Remaja Putri dan Ibu Hamil

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
1. Masih rendahnya cakupan TTD minimal 90 tablet pada ibu hamil. 2. Masih rendahnya cakupan TTD Rematri minimal 52 tablet.	1. Kurangnya sosialisasi tentang mekanisme pendistribusian TTD yang sesuai sasaran. 2. Pencatatan dan pelaporan Suplementasi TTD kepada sasaran tidak lengkap.	1. Pertemuan koordinasi serta sosialisasi perencanaan distribusi TTD. 2. Identifikasi sasaran sesuai kriteria.	Kegiatan Pertemuan untuk perencanaan: 1. Identifikasi sasaran sesuai kriteria dari laporan rutin dari berbagai sumber (Puskesmas, bidan desa, praktik swasta, sekolah atau Posyandu Remaja); 2. Penyuluhan/ edukasi serta konseling. 3. Pendampingan sasaran dalam meminum TTD.	APBD/ APBN/ dana lain.
3. Kepatuhan minum TTD rendah.	Rasa TTD dengan aroma yang tidak bisa diterima/ membuat mual/ lupa meminum/ bosan.	Penunjukkan pendampingan.		

Contoh tabel bantu RUK di atas dapat disesuaikan berdasarkan prioritas masalah di Puskesmas setempat.

4.1.2 Pemberian Makanan Tambahan (MT) Untuk Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang

MT dapat diberikan dalam bentuk makanan lokal dan biskuit yang dibuat dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral.

Hal yang perlu di perhatikan dalam persiapan adalah:

1. Ketersediaan MT Biskuit bagi ibu hamil KEK dan Balita (6-59 bulan) Gizi Kurang

1) Sasaran ibu hamil, ukuran LiLA < 23.5.

MT Biskuit bagi ibu hamil KEK untuk pemulihan yang dianjurkan adalah biskuit yang sudah diformulasi khusus dan difortikasi dengan vitamin dan mineral.

MT biskuit untuk ibu hamil KEK diberikan selama minimal 90 hari.

a) Pada kehamilan trimester I diberikan 2 keping biskuit lapis per hari.

b) Pada kehamilan trimester II dan III diberikan 3 keping biskuit lapis per hari.

MT biskuit untuk ibu hamil KEK, setiap bungkusnya berisi 3 keping biskuit lapis dengan berat 60 gram.

2) Sasaran Balita usia 6-59 bulan dengan kategori gizi kurang (berdasarkan indeks BB/PB atau BB/TB) *z-score* -3 SD sampai dengan <-2 SD.

MT Pemulihan diberikan biskuit selama minimal 90 hari:

1) Pada usia 6-11 bulan diberikan 8 keping (2 bungkus) per hari.

2) Usia 12-59 bulan diberikan 12 keping (3 bungkus) per hari.

Tiap bungkus MT Balita berisi 4 keping biskuit dengan berat 40 gram. Biskuit dapat langsung dikonsumsi atau terlebih dahulu ditambah air matang dalam mangkok.

2. Merencanakan jadwal tertulis pendistribusian MT; dari dinas kesehatan ke Puskesmas dan dari Puskesmas ke Posyandu/sasaran.

Tabel 4.1.2 Contoh Tabel Bantu RUK Pemberian MT Untuk Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
Rendahnya cakupan MT Ibu hamil KEK dan MT Balita gizi kurang.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendataan (ibu hamil KEK dan anak Balita gizi kurang) yang dilakukan belum terkoordinasi. Sebagian dilakukan oleh tim desa, sebagian oleh bidan di desa. 2. Kurang pahamnya kader tentang sasaran (standar ibu hamil KEK dan Balita gizi kurang). 3. Kepatuhan untuk mengonsumsi MT masih rendah. 	<p>Melakukan koordinasi serta sosialisasi tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perencanaan MT kepada ibu hamil KEK dan Balita gizi kurang. 2. Pendataan sasaran (ibu hamil KEK dan Balita gizi kurang) secara benar. 	<p>Kegiatan Pertemuan untuk perencanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi sasaran sesuai kriteria dari laporan rutin dari berbagai sumber (Puskesmas, Posyandu, Posbindu, bidan praktik swasta). 2. Pengadaan jumlah MT sesuai dengan sasaran. 3. Penyuluhan/ edukasi serta konseling. 4. Pendampingan sasaran dalam mengonsumsi MT biskuit. 	APBN/ APBD, sumber dana lain

Contoh tabel bantu RUK di atas dapat disesuaikan berdasarkan prioritas masalah di Puskesmas setempat.

4.1.3 Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

Hal yang perlu di perhatikan dalam persiapan adalah:

1. SDM
 - a. SDM **kader atau ibu PKK** yang sudah/harus terpapar dengan konseling/edukasi, yang pesan pokoknya adalah: pentingnya

melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), ASI Eksklusif, Makanan Pendamping ASI (pada Balita usia 6-23 bulan).

Pesan dalam MP-ASI yang perlu dipahami kader, ibu PKK serta sasaran adalah; **frekuensi** pemberian makanan dalam sehari, **jumlah** pemberian makanan atau **porsi** untuk sekali makan, **tekstur** makanan, **variasi** makanan sesuai umur bayi dan anak Balita. Pemberian MP-ASI disarankan untuk berkonsultasi dengan TG/TPG.

Konseling MP-ASI perlu menekankan kandungan karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral dalam jumlah yang cukup (Pedoman Pemberian Bayi dan Anak, 2020).

- 1) Karbohidrat dapat diperoleh dari bahan makanan pokok seperti beras, biji-bijian, jagung, gandum, sagu, dan umbi-umbian.
- 2) Protein hewani dapat diperoleh dari unggas, hati, telur, ikan, daging sapi, susu dan produk olahannya. Pemberian protein hewani dalam MP ASI diprioritaskan, karena mengandung asam amino yang lengkap.
- 3) Protein nabati dapat diperoleh dari kacang-kacangan seperti kacang kedelai, kacang hijau, kacang polong, kacang tanah, tempe, tahu, dan lain-lain.
- 4) Lemak sebagai sumber energi yang efisien. Lemak dapat diperoleh dari berbagai jenis minyak (minyak kelapa sawit, minyak bekatul, minyak wijen, dll), margarin, mentega, santan dan bahan makanan lainnya yang berasal dari bahan makanan hewani dan bahan makanan nabati.

- 5) Vitamin dan mineral diperoleh dari buah dan sayuran, terutama yang berwarna kuning, oranye dan hijau, tetapi kandungan seratnya tinggi. Pemenuhan kebutuhan vitamin dan mineral dapat diperoleh dari bahan makanan lain yaitu sumber karbohidrat, protein hewani, dan protein nabati.

Tabel 4.1.3 Contoh Tabel Bantu RUK Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
1. Rendahnya cakupan ASI Eksklusif.	1. Banyaknya kader/ibu PKK yang belum menguasai konseling menyusui. 2. Banyaknya ibu yang belum mengetahui tentang pentingnya IMD dan ASI Eksklusif.	1. Melakukan orientasi konseling menyusui kepada kader/ibu PKK.	1. Melakukan orientasi konseling menyusui kepada kader/ibu PKK.	APBN/ APBD/ dana lain.
2. Rendahnya IMD.		2. Melakukan konseling kepada ibu tentang pentingnya IMD dan ASI Eksklusif.	2. Melakukan konseling kepada ibu tentang pentingnya IMD dan ASI Eksklusif.	
3. Kurangnya tenaga konselor.				

Contoh tabel bantu RUK di atas dapat disesuaikan berdasarkan prioritas masalah di Puskesmas setempat.

4.1.4 Pemantauan Pertumbuhan Balita

Hal yang perlu di perhatikan dalam persiapan adalah:

a. SDM

Kader: Kemampuan kader tentang pertumbuhan yang meliputi; a) cara menimbang, b) cara *ploting*, dan menarik garis dalam KMS, c) mencatat hasil penimbangan, dan d) cara menginterpretasikan hasil penimbangan.

b. Sarana pemantauan pertumbuhan seperti antropometri (alat ukur Tinggi/Panjang Badan, BB) yang sudah dikalibrasi.

Tabel 4.1.4 Contoh Tabel Bantu RUK Pemantauan Pertumbuhan (PP) Balita

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
Rendahnya cakupan D/S.	1. Kurangnya pengetahuan ibu terhadap pentingnya pemantauan pertumbuhan. 2. Kurangnya kehadiran petugas ke Posyandu. 3. Jadwal Posyandu tidak sesuai dengan keinginan masyarakat. 4. Kurangnya pembinaan petugas kesehatan terhadap pentingnya pemantauan pertumbuhan.	Penyuluhan tentang pentingnya pemantauan pertumbuhan.	Penyuluhan pemantauan pertumbuhan.	APBD/ Sumber Dana lainnya.

Contoh tabel bantu RUK di atas dapat disesuaikan berdasarkan prioritas masalah di Puskesmas setempat.

4.1.5 Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas

Hal yang perlu diperhatikan dalam persiapan adalah:

- a. Memastikan ketersediaan kapsul vitamin A

Ketersediaan kapsul vitamin A di Puskesmas disesuaikan dengan jumlah kebutuhan berdasarkan sasaran program, yaitu:

- **Contoh perhitungan kebutuhan kapsul vitamin A untuk 6-11 bulan.**

- 1) Jumlah bayi 6-11 bulan = 5.000 jiwa.
- 2) Jumlah kebutuhan kapsul 1 tahun (2 periode pemberian bulan Februari dan Agustus) adalah $5.000 \text{ bayi} \times 1 \text{ kapsul} = 5.000 \text{ kapsul}$.
- 3) Kebutuhan tidak terduga: $10\% \times 5.000 \text{ kapsul} = 500 \text{ kapsul}$.
- 4) Jumlah kebutuhan kapsul = 5.500 kapsul.

- **Contoh perhitungan kebutuhan kapsul vitamin A untuk 12-59 bulan.**

- Jumlah Balita 12-59 bulan = 55.000 jiwa.
- Kebutuhan kapsul dalam 1 tahun = $55.000 \times 2 = 110.000 \text{ kapsul}$.
- Kebutuhan tidak terduga: $10\% \times 110.000 \text{ kapsul} = 11.000 \text{ kapsul}$.
- Total kebutuhan kapsul adalah 121.000 kapsul.

- **Contoh perhitungan kebutuhan kapsul vitamin A untuk ibu nifas.**
 - 1) Jumlah ibu melahirkan 7.000 jiwa.
 - 2) Jumlah kebutuhan kapsul dalam 1 tahun = 7.000×2
kapsul = 14.000 kapsul.
 - 3) Kebutuhan tak terduga: $10\% \times 14.000 = 1.400$ kapsul.
 - 4) Total kebutuhan kapsul adalah 15.400 kapsul.
- **Contoh perhitungan TOTAL kebutuhan kapsul vitamin A dalam 1 tahun untuk semua sasaran.**
 - 1) Kapsul biru untuk bayi 6-11 bulan 5.500 kapsul.
 - 2) Kapsul merah (Balita dan ibu nifas) = 121.000 kapsul +
15.400 kapsul = 136.400 kapsul.

Catatan:

- Perhitungan kebutuhan dengan menambahkan 10% - 50% dari kebutuhan per-sasaran pemberian, agar tidak ada kekosongan logistik.
- Jika ada sisa stok, maka perhitungan total kebutuhan akan dikurangi dengan sisa stok yang ada.

Tabel 4.1.5 Contoh Tabel Bantu RUK Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
Rendahnya cakupan kapsul vitamin A pada sasaran (Balita dan ibu nifas) belum sesuai.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan data sasaran (Balita dan ibu nifas) untuk distribusi kapsul Vitamin A. 2. Pendataan sasaran distribusi kapsul vitamin A belum sesuai. 3. Ibu melahirkan tidak di Fasyankes: contoh di Rumah Tunggu Kelahiran (RTK). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendataan sasaran sesuai usia Balita. 2. Dilakukan <i>home visit</i> ke Balita yang tidak datang ke Posyandu 3. Pendataan sasaran distribusi kapsul vitamin A disesuaikan. 4. Pendataan ibu hamil yang melahirkan di luar Fasyankes: contoh di RTK. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Balita yang datang ke Posyandu dan koordinasi dengan kader dan kepala desa untuk mendapatkan jumlah data sasaran. 2. Menghitung kebutuhan vitamin A untuk Balita. 3. Identifikasi / pendataan ibu nifas, termasuk memanfaatkan data PIS-PK. 4. Koordinasi dengan kerabat atau kepala desa dalam distribusi dan Suplementasi Kapsul Vitamin A di RTK dan di luar Fasyankes seperti Bidan Praktik Mandiri. 	APBD

Contoh tabel bantu RUK di atas dapat disesuaikan berdasarkan prioritas masalah di Puskesmas setempat.

4.1.6 Suplementasi Taburia Untuk Balita Usia 6-59 Bulan

Suplementasi Taburia merupakan tambahan multivitamin dan mineral untuk memenuhi kebutuhan gizi dan tumbuh kembang Balita usia 6-59 bulan. Dengan prioritas Balita usia 6-24 bulan.

Hal yang perlu diperhatikan dalam persiapan adalah:

a. Ketersediaan Taburia

Cara perhitungan kebutuhan sasaran adalah:

Contoh:

- 1) Jumlah Balita gizi kurang usia 6-24 bulan: 500 anak x 15 saset x bulan = 30.000 saset.
- 2) Jumlah Balita gizi kurang usia 25-59 bulan: 1000 anak x 15 saset x 4 bulan = 60.000 saset.
- 3) Cadangan/stok 10%: $10\% \times (30.000 + 60.000 \text{ saset}) = 9.000 \text{ saset}$.
- 4) **Total kebutuhan:** $30.000 + 60.000 + 9.000 \text{ saset} = 99.000 \text{ saset}$

Kebutuhan suplementasi Taburia dimasukkan dalam RUK dan diusulkan melalui dinkes kabupaten/kota. Perlu diperhitungkan sisa stok yang ada dan cadangan sebesar 10 – 50%.

b. Merencanakan jadwal tertulis:

- 1) Pengambilan Taburia dari Dinkes kabupaten/kota.
- 2) Distribusi Taburia ke Posyandu setiap bulan.
- 3) Rencana pemantauan kepatuhan konsumsi Taburia oleh kader dan TG/TPG.

c. Merencanakan jadwal pertemuan dan koordinasi LP:

Rencana integrasi dalam pencatatan-pelaporan untuk pemesanan pengeluaran/distribusi Suplementasi Taburia diajukan dengan menggunakan formulir Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat (LPLPO).

**Tabel 4.1.6 Contoh Tabel Bantu RUK Suplementasi Taburia
untuk Balita Usia 6 – 59 bulan**

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
1. Rendahnya cakupan Suplementasi Taburia	1. Balita tidak datang ke Posyandu. 2. Petugas kesehatan tidak mendistribusikan ke sasaran. 3. Kurangnya edukasi dari petugas kesehatan ke orang tua sasaran.	1. Penyuluhan tentang manfaat dan penggunaan bubuk Taburia bagi Balita 6-59 bulan. 2. Monitoring distribusi Taburia ke sasaran.	1. Identifikasi sasaran yang tidak ke Posyandu. 2. Konseling PMBA. 3. Membuat rencana penyuluhan tentang manfaat dan penggunaan bubuk Taburia. 4. Membuat rencana mekanisme monitoring Taburia melalui ibu Balita. 5. Pendampingan agar Balita mengonsumsi Taburia.	BOK
2. Kepatuhan mengonsumsi Taburia kurang.	1. Rasanya tidak enak, bau obat. 2. Cara penggunaan Taburia tidak sesuai pedoman. 3. Orang tua tidak memberikan karena BB Balita sudah naik.			

Contoh tabel bantu RUK di atas dapat disesuaikan berdasarkan prioritas masalah di Puskesmas setempat.

4.1.7 Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk

Hal yang perlu diperhatikan dalam persiapan:

1. Tugas Kader

Dalam upaya pencegahan dan tatalaksana gizi buruk, kader mempunyai peranan yang penting, yaitu: menemukan kasus dan pendampingan Balita rawat jalan melalui Pemantauan Pertumbuhan di Posyandu. Kegiatan Pemantauan Pertumbuhan perlu dilaksanakan setiap bulan untuk deteksi dini terjadinya hambatan pertumbuhan (*growth faltering*). Selain kader, keluarga dan masyarakat perlu terlibat dalam menemukan kasus dan pendampingan Balita rawat jalan.

Pencegahan Gizi Buruk:

- a. Deteksi dini kasus gizi buruk melalui pemantauan pertumbuhan Balita di Posyandu.
- b. Perhatian khusus bagi Balita yang tidak pernah/jarang/tidak hadir di Posyandu.
- c. Pantau ibu hamil KEK dan bayi BBLR.

2. Tugas petugas kesehatan adalah:

Penatalaksanaan gizi buruk:

- a. Identifikasi jumlah dan analisis
 - Balita gizi buruk berdasarkan pemantauan pertumbuhan di Posyandu:
 1. Bayi usia < 6 bulan dan balita usia > 6 bulan dengan BB < 4 kg.
 2. Balita usia 6-59 bulan tanpa komplikasi medis*
 3. Balita usia 6-59 bulan dengan komplikasi medis*

- Kriteria Balita yang perlu dirujuk bila:
 1. Balita teridentifikasi mengalami hambatan pertumbuhan, antara lain BB tidak naik (T).
 2. Balita usia 6-59 bulan dengan LiLA warna kuning (11,5 cm s/d < 12,5 cm) atau warna merah (< 11,5 cm)
 3. Balita usia 6-59 bulan dengan LiLA warna hijau (> 12,5 cm), terlihat sangat kurus
 4. Balita dengan BB/PB atau BB/TB -3 SD sd -2 SD
 5. Balita dengan BB/PB atau BB/TB < -3 SD
 6. Balita dengan pitting edema bilateral
 7. Bayi usia < 6 bulan yang mengalami kesulitan menyusui, baik disebabkan karena faktor bayi maupun faktor ibu.
 8. Balita usia > 6 bulan dengan BB < 4 kg

Catatan:

* Tanda-tanda komplikasi medis:

- 1) Anoreksia
- 2) Dehidrasi berat (muntah terus menerus, diare)
- 3) Letargi atau penurunan kesadaran
- 4) Demam tinggi
- 5) Pneumonia berat (sulit bernapas atau bernapas cepat)
- 6) Anemia berat

- b. Lakukan juga kajian kesehatan Balita gizi buruk dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) bekerja sama dengan Tim asuhan Gizi Puskesmas yaitu dokter, bidan dan TG/TPG.

- c. Hitung kebutuhan makanan tambahan (MT) dan makanan formula untuk gizi buruk pada saat perawatan dan pemulihan (sesuai Pedoman Tatalaksana Gizi Buruk):
 - 1) F-75 dan F-100 atau bahan makanan untuk membuat Formula gizi (bila dibuat sendiri);
 - 2) Vitamin A sesuai usia sasaran Balita gizi buruk;
 - 3) Taburia; dan
 - 4) Zink.
- d. Menyusun jadwal pemantauan LP dan LS (terutama kader/kepala desa) terhadap Balita gizi buruk dalam masa pemulihan.
- e. Menyusun rencana kegiatan pelatihan TG/TPG dalam penatalaksanaan gizi buruk.
- f. Menyusun rencana kegiatan *refreshing* kader atau kepala desa/tokoh masyarakat dalam identifikasi dan pemantauan pemulihan gizi buruk dan pengelolaan CFC.
- g. Menyusun kegiatan bersama LS dalam meningkatkan ketahanan pangan keluarga.

Tabel 4.1.7.1 Contoh Tabel Bantu RUK Pencegahan Balita Gizi Buruk

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
Deteksi dini untuk mencegah Balita gizi buruk oleh kader belum optimal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan penimbangan jarang dilaksanakan. 2. Balita tidak menimbang-kan BB di Posyandu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deteksi dini untuk mencegah gizi buruk melalui pemantauan pertumbuhan Balita. 2. Peningkatan kemampuan kader dalam deteksi dini untuk mencegah gizi buruk dan pemantauan tahap pemulihan Balita gizi buruk di rumah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat rencana pembinaan/ orientasi teknis kepada kader tentang deteksi dini untuk mencegah gizi buruk melalui pemantauan pertumbuhan Balita. 2. Merencanakan pertemuan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan untuk pencegahan dan pemantauan masa pemulihan Balita gizi buruk. 	BOK

Tabel 4.1.7.2 Contoh Tabel Bantu RUK Tatalaksana Gizi Buruk

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
Belum semua Puskesmas Mampu melaksanakan tatalaksana gizi buruk pada Balita.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tim Asuhan Gizi belum terbentuk. 2. Tim Asuhan Gizi belum dilatih. 3. Puskesmas belum menyusun SPO. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membentuk Tim Asuhan Gizi Puskesmas. 2. Mengusulkan Tim Asuhan Gizi untuk dilatih. 3. Menyusun SPO. 4. Menyediakan sarana dan prasarana. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat perencanaan pelatihan tatalaksana gizi buruk bagi Tim Asuhan Gizi Puskesmas. 2. Merencanakan pemenuhan kebutuhan obat dan bahan formula 	BOK

Prioritas Masalah	Penyebab Masalah	Pemecahan Masalah	Rencana Usulan Kegiatan	Sumber Dana
	4. Belum tersedianya sarana dan prasarana.		F75 dan F100/ PMT/Taburia zat gizi mikro lainnya. 3. Membuat rencana koordinasi LP dan LS untuk membuat CFC (peningkatan ketahanan pangan Keluarga).	

Contoh tabel bantu RUK di atas dapat disesuaikan berdasarkan prioritas masalah di Puskesmas setempat.

Penting diperhatikan, bahwa tahap P1 manajemen Puskesmas menggunakan minimal 3 tabel, yang perlu di isi yaitu:

1. Rencana Usulan Kegiatan (RUK)
2. Rencana Kegiatan Anggaran (RKA)
3. Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Tahunan dan Bulanan

Bab ini tidak membahas RKA dan RPK tahunan, namun, lebih menjelaskan RPK bulanan. RPK bulanan merupakan tindak lanjut dari RPK tahunan yang dapat digunakan sebagai pegangan dalam pelaksanaan kegiatan.

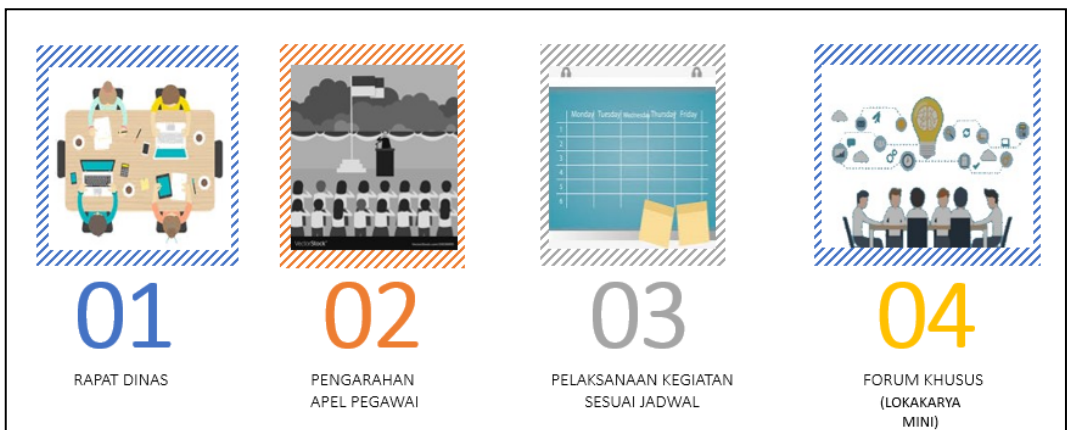
B. Penggerakan dan Pelaksanaan (P2)

Pembahasan tentang kegiatan pelayanan gizi spesifik pada P2 dilakukan dengan menggunakan **Tabel RPK bulanan yang sudah disetujui. Pelaksanaan kegiatan tersebut merupakan kegiatan berdasarkan RPK pada tahun berjalan.**

Pembahasan pelaksanaan kegiatan harus menjadi agenda pada saat rapat dinas, pengarahan apel pegawai, dan Lokmin, agar pelaksanaan kegiatan dapat berjalan dengan baik. Kegiatan intervensi gizi spesifik harus dituangkan dalam jadwal, sehingga mudah dalam memonitor kesesuaian pelaksanaan dengan jadwal yang direncanakan.

Ilustrasi komponen penggerakan dan pelaksanaan yang dapat dilihat pada Gambar 4.1.

Gambar 4.1 Komponen Penggerakan dan Pelaksanaan



Pelayanan Gizi dalam P2, selain terintegrasi dengan lintas program, juga **harus terintegrasi dengan Intervensi (I) asuhan gizi**. Forum yang digunakan untuk membahas perkembangan pelaksanaan kegiatan termasuk pelaksanaan intervensi kegiatan spesifik adalah **Lokmin**.

1. Lokmin Bulanan

Pelaksanaan kegiatan gizi spesifik perlu dibicarakan pada Lokmin bulanan. Hal ini dilakukan untuk mengintegrasikan dengan program kesehatan lainnya (LP). Hal yang perlu didiskusikan adalah:

- a) Pencapaian dan hambatan yang dijumpai pada pada bulan atau periode yang lalu.
- b) Pemantauan dan pelaksanaan yang akan datang.
- c) Perencanaan ulang untuk mendapatkan tahapan kegiatan intervensi gizi spesifik yang lebih baik, sesuai tujuan yaitu upaya penurunan stunting.

2. Lokmin Triwulan

Hasil pelaksanaan kegiatan gizi spesifik yang sudah dibicarakan dan disepakati di Lokmin bulanan akan menjadi bahan pertemuan dengan LS di Lokmin Triwulan untuk mendapatkan masukan.

Ilustrasi pelaksanaan Lokmin Puskesmas dijabarkan sebagai berikut (Gambar 4.2)

Gambar 4.2 Pembahasan Intervensi Gizi Spesifik pada Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas



Agar pelaksanaan kegiatan intervensi gizi spesifik sesuai dengan yang direncanakan, maka dalam kegiatan P2 di Puskesmas digunakan formulir/tabel bantu RPK bulanan dengan **mencantumkan indikator terpilih, sesuai dengan intervensinya.**

Tabel 4.2 Tabel Bantu RPK Bulanan

Uraian Kegiatan	Sasaran	Lokasi Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Keterangan:

Kolom (1): Uraian kegiatan merupakan uraian kegiatan intervensi gizi spesifik dan yang diambil dari RPK.

Kolom (2): Sasaran dari kolom (1).

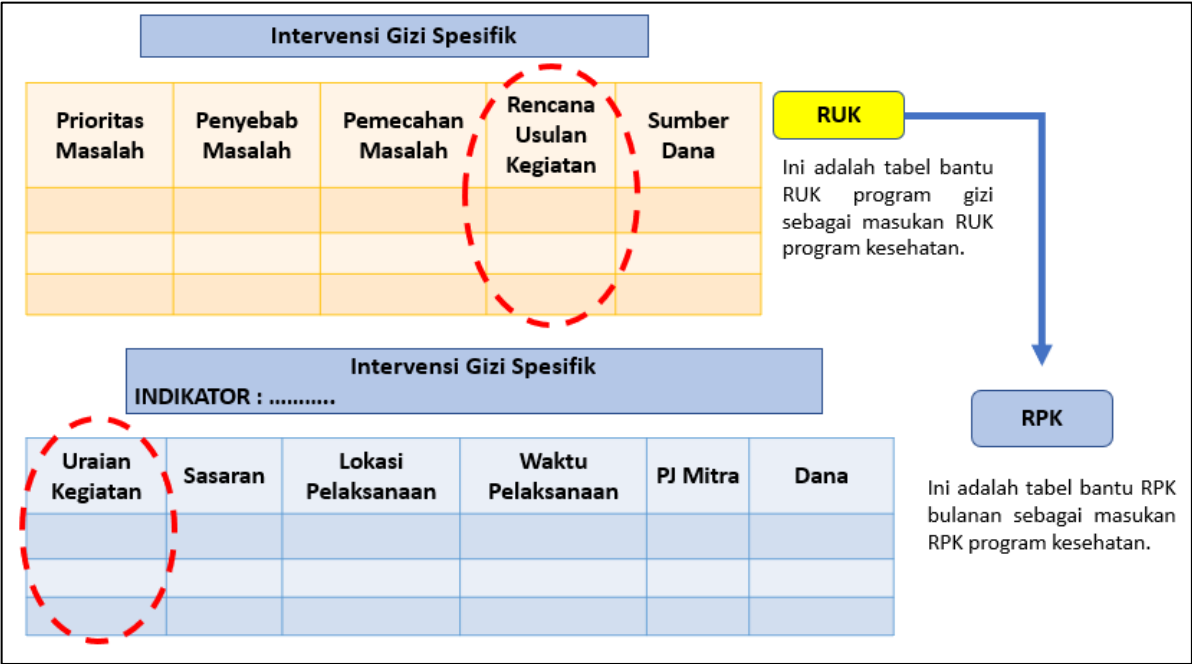
Kolom (3): Lokasi pelaksanaan pada kolom (1).

Kolom (4): Waktu yang ditentukan dan disepakati untuk kegiatan pada kolom (1).

Kolom (5): Pendanaan dari kolom (1).

Pada bagian ini akan diberikan contoh pelaksanaan kegiatan intervensi gizi spesifik (dengan indikatornya), dengan menggunakan tabel bantu RPK bulanan (alat bantu) berdasarkan tabel bantu RUK. Sebagai tindak lanjut hasil, tabel bantu RPK bulanan dimasukkan ke dalam tabel RPK Puskesmas.

Bagan 4.2 Pengisian Tabel Bantu RPK Bulanan dari Tabel Bantu RUK



Oleh karena masing-masing Puskesmas mempunyai kegiatan yang berbeda-beda, maka pengisian tabel bantu RPK bulanan perlu disesuaikan dengan kondisi setempat. Prinsip dari penggunaan tabel ini harus sejalan dengan tabel bantu RUK yang ada di P1. Selanjutnya akan disajikan contoh tabel bantu tersebut untuk ke 8 intervensi gizi spesifik.

4.2.1 Suplementasi TTD pada Ibu Hamil dan Remaja Putri (12-18 tahun)

Tabel 4.2.1 Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Suplementasi TTD pada Ibu Hamil dan Remaja Putri (12-18 tahun)

Indikator: Cakupan Remaja Putri (Rematri) dan Ibu hamil Mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)					
Uraian Kegiatan	Sasaran	Lokasi Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan	PJ & Mitra	Dana
1. Pelaksanaan identifikasi sasaran sesuai kriteria dari laporan rutin dan sumber data lainnya.	1 orang Petugas kesehatan di Puskesmas, 2 orang Bidan Praktik Mandiri, dan 10 orang bidan desa.	Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu), Bidan Praktik Mandiri, bidan desa.	Disesuaikan	Kepala Puskesmas, Posyandu, Organisasi Perangkat Daerah (OPD), tokoh agama, tokoh masyarakat, sekolah.	APBD/APBN/ sumber dana lain.
2. Penyuluhan/edukasi serta konseling tentang pentingnya TTD dari TG/TPG, kader kepada kelompok sasaran (rematri dan ibu hamil).	Seluruh Rematri baik di sekolah maupun di luar sekolah, 5 orang ibu hamil.				
3. Rencana pendampingan bagi sasaran yang tercatat pada mekanisme pencatatan dan pelaporan yang terintegrasi pada buku KIA.	Seluruh Rematri di sekolah, 5 orang ibu hamil.				

Contoh tabel di atas dapat disesuaikan berdasarkan perencanaan di Puskesmas setempat.

4.2.2 Pemberian Makanan Tambahan (MT) Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang

Tabel 4.2.2 Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Pemberian MT Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang

Indikator: Cakupan Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang yang Mendapat Makanan Tambahan					
Uraian Kegiatan	Sasaran	Lokasi Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan	PJ & Mitra	Dana
1. Melakukan skrining dan identifikasi sasaran sesuai kriteria dari laporan rutin dan sumber data lainnya (Puskesmas, Posyandu, bidan desa, bidan praktik swasta) dengan menghitung jumlah MT sesuai dengan sasaran.	1. Seluruh Ibu hamil dengan ukuran LILA < 23,5 Bumil KEK. 2. Seluruh Balita usia 6 – 59 bulan dengan kategori gizi kurang (BB/PB atau BB/TB) z- score – 3 SD sampai dengan < 2 SD.	Puskesmas, Posyandu, atau tempat lain yang disepakati warga.	Disesuaikan dengan jadwal yang disepakati.	Petugas Puskesmas (TG/TPG), kader Posyandu, bidan desa, tokoh masyarakat.	APBD/APBN /sumber dana lain.
2. Pendampingan sasaran, pencatatan konsumsi MT bumil KEK, balita gizi kurang.					

Contoh tabel di atas dapat disesuaikan berdasarkan perencanaan di Puskesmas setempat.

4.2.3 Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

Tabel 4.2.3 Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA)

Indikator: Cakupan Bayi Baru lahir mendapat Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Cakupan Bayi Usia Kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif					
Uraian Kegiatan	Sasaran	Lokasi Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan	PJ & Mitra	Dana
1. Melakukan identifikasi balita per kelompok umur.	Seluruh Balita usia 0 – 6 bulan Usia > 6 – 23 bulan Usia > 24 bulan	Puskesmas, Posyandu, Bidan Praktik Mandiri, klinik bersalin, di rumah sasaran.	Menyesuaikan	Tenagas kesehatan (Nakes) Puskesmas, keluarga, aparat desa, tokoh masyarakat.	APBN/APB D/ dana lain.
2. Melakukan orientasi PMBA dengan cara konseling tentang IMD dan Asi Eksklusif	Seluruh Ibu hamil yang akan melakukan IMD Ibu balita yang memberikan ASI Eksklusif.				
3. Melakukan monitoring dan pencatatan ibu bersalin yang melakukan IMD serta memberikan ASI Eksklusif.	Seluruh ibu bersalin yang melakukan IMD dan ASI Eksklusif.				
Indikator: Cakupan Balita Usia di atas 6 bulan Mendapat MP-ASI					
Melakukan konseling menyusui.	Seluruh ibu Balita	Puskesmas, kelas ibu Balita, Posyandu, klinik.	Menyesuaikan	Tenagas Kesehatan (Nakes) Puskesmas, keluarga, aparat desa, tokoh masyarakat.	APBN/APBD / dana lain.

Contoh tabel di atas dapat disesuaikan berdasarkan perencanaan di Puskesmas setempat.

Keterangan:

1. Dalam memberikan informasi kepada ibu Balita, kader agar melihat pesan pada buku Kesehatan Ibu Anak (KIA).
2. Kegiatan pokok dari P2 disesuaikan dengan RUK pada P1.
3. Indikator yang digunakan adalah:
 - a) Cakupan bayi baru lahir yang mendapat IMD;
 - b) Cakupan bayi usia Kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif;
 - c) Cakupan bayi usia 6 bulan mendapat MPASI.
4. Perlu diperhatikan pada petugas gizi di Puskesmas, saat pelaksanaan intervensi gizi PMBA memetakan lokasi yang mempunyai kasus:

- a. Persentase ibu hamil KEK di wilayah kerja Puskesmas;
- b. Persentase bayi BBLR;
- c. Persentase bayi 0-6 bulan yang tidak naik BB;
- d. Pengaruh /dukungan keluarga dalam memberi ASI Eksklusif,

Hal tersebut di atas memengaruhi keberhasilan kegiatan PMBA.

5. Jika cakupan IMD rendah, maka tindak lanjutnya adalah:
Lakukan observasi, untuk mendapatkan informasi tentang:
 - a. Pengetahuan tenaga kesehatan penolong persalinan melakukan IMD.
 - b. Pelatihan IMD bagi petugas kesehatan.
 - c. Dukungan keluarga dan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - d. Pengetahuan dan motivasi ibu tentang IMD.
6. Jika cakupan ASI Eksklusif bayi usia 0-6 bulan rendah, maka tindak lanjutnya adalah:
Lakukan observasi, untuk mendapatkan informasi tentang:
 - a. Pengetahuan ibu dan keluarga tentang ASI Eksklusif.
 - b. Dukungan keluarga dan dukungan Fasyankes.
 - c. Jumlah/proporsi ibu bekerja di wilayah tersebut.
7. Jika ada ibu yang memberikan MP-ASI tidak benar, maka tindak lanjutnya adalah:
Lakukan observasi, untuk mendapatkan informasi tentang:
 - a. Pengetahuan ibu/pengasuh tentang MP-ASI.
 - b. Daya beli penyediaan bahan MP-ASI.
 - c. Ketersediaan bahan makanan untuk MP-ASI.
 - d. Dukungan keluarga, tempat bekerja.

4.2.4 Pemantauan Pertumbuhan (PP) Balita

Tabel 4.2.4 Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Pemantauan Pertumbuhan (PP) Balita

Indikator: Cakupan Balita yang ditimbang berat badannya (D/S) Cakupan Balita ditimbang yang Naik Berat Badannya (N/D) Cakupan Balita memiliki Buku Kesehatan Ibu Anak (KIA)/Kartu Menuju Sehat (KMS) (K/S)					
Uraian Kegiatan	Sasaran	Lokasi Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan	PJ & Mitra	Dana
Memberikan penyuluhan tentang pentingnya pemantauan pertumbuhan.	Seluruh ibu Balita.	Puskesmas Posyandu	Menyesuaikan	TG/ Tenaga Puskesmas, bidan desa, kader.	APBD/ APBDes

Contoh tabel di atas dapat disesuaikan berdasarkan perencanaan di Puskesmas setempat.

Hal yang perlu diperhatikan pada pelaksanaan:

1. Pada saat penyuluhan harus menggunakan media yang menarik dan dapat menimbulkan interaktif dari sasaran.
2. Pada saat *refreshing*, kader diberikan kesempatan untuk latihan mengukur, *plotting* hasil pengukuran berat badan (BB) pada Buku KIA (KMS) dan mencatat pada buku bantu dengan tepat dan benar:
 - a. Pada saat menimbang posisi timbangan di titik nol.
 - b. Pengukuran panjang badan (PB) harus dikoreksi dengan faktor koreksi ditambah 0,7 cm, posisi bayi lurus antara kepala dan kaki.

- c. Memastikan posisi anak Balita berdiri tegap, pandangan lurus kedepan, dan kaki menempel tegak lurus di dinding.
3. Pendampingan dan bimbingan teknis kepada kader yang hasil pengukurannya dan *ploting* hasil penimbangan keliru dan interpretasi hasil pengukuran yang tepat.
4. Koordinasi dengan Guru Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) untuk tetap memantau pertumbuhan dan perkembangan anak Balita di PAUD.
5. Memastikan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dilakukan sesuai standar dan didokumentasikan/dicatat pada format SDIDTK dan buku catatan dan penimbangan.
6. Memeriksa laporan dari Posyandu dan memberikan umpan balik kepada kader secara langsung/daring atau tatap muka.

Catatan:

1. Balita yang tidak hadir, ditanyakan mengapa tidak hadir ke Posyandu dan berikan konseling tentang pentingnya memantau pertumbuhan dan perkembangan Balita.
2. Identifikasi anak Balita yang grafik pertumbuhannya tetap, gizi kurang atau gizi buruk.

4.2.5 Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas

Tabel 4.2.5 Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas

Indikator: Cakupan Balita 6-59 bulan Mendapat Kapsul Vitamin A					
Uraian Kegiatan	Sasaran	Lokasi Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan	PJ & Mitra	Dana
Melakukan identifikasi dan kebutuhan Balita untuk mendapatkan data sasaran penerima kapsul vitamin A.	Seluruh Balita 6-11 bulan dan diatas 12-59 bulan.	Posyandu, rumah sasaran	Disesuaikan sebelum bulan vitamin A.	TG/TPG, bidan desa, kader, dan kepala desa.	Puskesmas
Indikator: Cakupan Balita 6-59 bulan Mendapat Kapsul Vitamin A					
Melakukan identifikasi dan kebutuhan ibu nifas penerima kapsul vitamin A.	Seluruh ibu nifas di wilayah kerja Puskesmas.	Puskesmas, klinik bersalin, Bidan Praktik Mandiri	Minimal di akhir tahun untuk periode satu tahun	TG/TPG dibantu kader atau bidan desa.	Puskesmas

Contoh tabel di atas dapat disesuaikan berdasarkan perencanaan di Puskesmas setempat.

Hal yang perlu diperhatikan adalah:

1. Memastikan kapsul vitamin A yang diberikan sesuai sasaran; untuk bayi 6-11 bulan adalah kapsul vitamin A warna biru dan untuk Balita usia 12-59 bulan adalah kapsul vitamin A warna merah serta dikonsumsi secara utuh.
2. Balita yang belum mendapatkan atau tidak hadir saat penimbangan di Posyandu agar diberikan di rumah (*sweeping*).
3. Memastikan kapsul vitamin A warna merah yang diberikan kepada ibu nifas sebanyak 2 kali setelah melahirkan.
4. Ibu nifas yang melahirkan di rumah juga diberikan kapsul vitamin A di rumah atau Rumah Tunggu Kelahiran (RTK).
5. Bila kapsul vitamin A warna biru kurang, maka tidak diperkenankan memberikan kapsul vitamin A warna merah dengan membagi 2.

4.2.6 Suplementasi Taburia untuk Balita Usia 6-59 Bulan

Tabel 4.2.6 Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Suplementasi Taburia untuk Balita Usia 6-59 Bulan

Indikator: Jumlah Balita yang Mendapatkan Suplementasi Gizi Mikro (Taburia)					
Uraian Kegiatan	Sasaran	Lokasi Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan	PJ & Mitra	Dana
1. Identifikasi sasaran Balita yang tidak ke Posyandu.	Seluruh Balita.	Posyandu/ Balai Desa, Puskesmas.	Menyesuaikan	TG/ TPG	Puskesmas
2. Melakukan penyuluhan dan konseling kepada sasaran tentang manfaat dan penggunaan bubuk Taburia.					
3. Membuat mekanisme pelaksanaan monitoring Taburia, melalui ibu Balita.	TG/TPG	Puskesmas	Pada saat menyusun perencanaan Puskesmas/ Lokmin.	TG/ TPG	Puskesmas

Contoh tabel di atas dapat disesuaikan berdasarkan perencanaan di Puskesmas setempat.

Hal yang perlu diperhatikan saat pelaksanaan:

1. Beri kesempatan semua kader untuk berlatih memberikan penyuluhan manfaat Taburia dan cara menggunakan serta menyimpan bubuk Taburia sesuai pedoman.
2. Mekanisme monitoring Taburia harus berjenjang dari kader ke orang tua, TG/TPG kepada kader atau *sampling* ke orang tua Balita.
3. Monitoring dilakukan berkala waktu paling kritis (pada saat awal pemberian, dan pertengahan periode ketika Balita sudah mulai bosan)
4. Monitoring diintegrasikan dengan kegiatan lain Posyandu.
5. Pastikan pemberian dan penyimpanan tepat dan benar.

4.2.7 Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita

Tabel 4.2.7.1 Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan Pencegahan Gizi Buruk pada Balita

Indikator: Cakupan kasus gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar					
Uraian Kegiatan	Sasaran	Lokasi Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan	PJ & Mitra	Dana
1. Membuat rencana pembinaan/ orientasi teknis kepada kader tentang deteksi dini untuk mencegah gizi buruk melalui pemantauan pertumbuhan Balita.	Kader Posyandu	Puskesmas/ Posyandu	Disesuaikan	TG/TPG Puskesmas	Puskesmas
2. Merencanakan pertemuan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan untuk pencegahan dan pemantauan masa pemulihan Balita gizi buruk.					Puskesmas, dana desa, kecamatan

**Tabel 4.2.7.2 Contoh Tabel Pelaksanaan Kegiatan
Tatalaksana Gizi Buruk**

Indikator: Cakupan kasus gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar					
Uraian Kegiatan	Sasaran	Lokasi Pelaksanaan	Waktu Pelaksanaan	PJ & Mitra	Dana
1. Pembentukan Tim Asuhan Gizi Puskesmas untuk Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk.	Tim Asuhan Gizi Puskesmas: 1 orang dokter, 1 orang TG/TPG dan 1 orang bidan atau perawat.	Puskesmas	Disesuaikan	Kepala Puskesmas	Dinkes/ Puskesmas.
2. Pelatihan Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita bagi Tim Asuhan Gizi Puskesmas.		Dinkes dan RS (lokasi praktik)		Kepala Dinkes kabupaten/kota.	
3. Pemenuhan sarana dan prasarana untuk perawatan Balita gizi buruk	Sarana perawatan gizi buruk tersedia di Puskesmas. 1 set antropometri, 1 set <i>home economic</i> , obat-obatan, bahan untuk membuat F75 dan F100 sebanyak pasien.	Dinkes kabupaten/kota			

Contoh tabel di atas dapat disesuaikan berdasarkan perencanaan di Puskesmas setempat.

Hal yang harus diperhatikan:

1. Pencegahan gizi buruk, dalam hal pemberian: ASI Eksklusif, Gizi seimbang dalam Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), Cuci tangan Pakai Sabun (CTPS) dengan air mengalir, pemantauan pertumbuhan anak Balita secara rutin dan imunisasi dasar lengkap.
2. Hasil pengukuran antropometri dan pemeriksaan MTBS, untuk penetapan diagnosis Balita gizi buruk tanpa atau dengan komplikasi.
3. Kejelasan peran dari Tim Asuhan Gizi, sektor terkait dan keluarga/masyarakat dalam pencegahan dan tatalaksana gizi buruk.
4. Pemantauan perawatan dan pemberian makanan anak pada masa pemulihan gizi buruk.
5. Pemantauan jumlah anak Balita gizi buruk yang *drop out* atau meninggal.
6. Mobilisasi sumber makanan keluarga untuk peningkatan ketahanan pangan/pemanfaatan lahan di sekitar keluarga.

C. Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3)

Tahapan P3 pelayanan gizi spesifik dilakukan berdasarkan hasil P1 dan P2 setiap pelayanan kegiatan intervensi gizi spesifik dan harus mendapat masukan Monitoring dan Evaluasi asuhan gizi. Secara spesifik komponen P3 dijabarkan sebagai berikut (Bagan 4.3).

Bagan 4.3 Komponen Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja (P3)



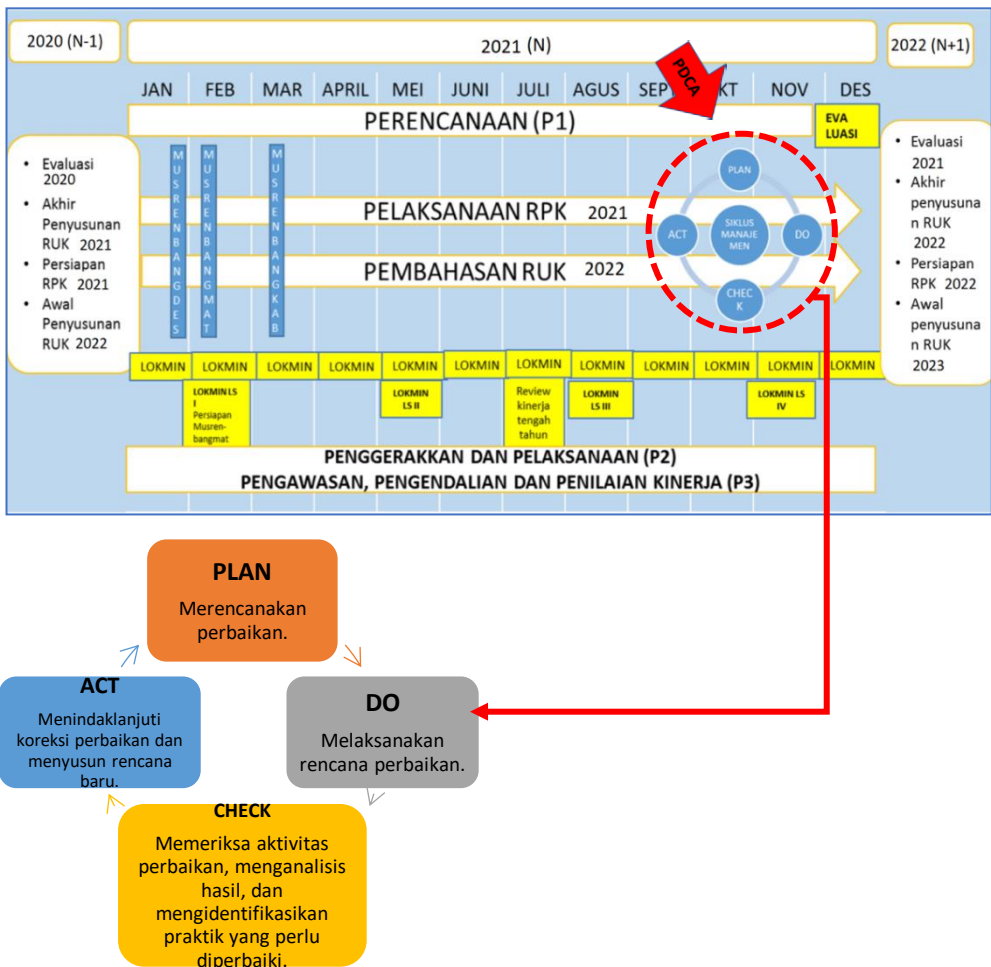
Sumber: Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer berdasarkan Pedoman Manajemen Pelayanan Puskesmas Tahun 2016.

Pengawasan internal dilakukan oleh Kepala Puskesmas terhadap para penanggung jawab program, termasuk program gizi. Setiap penanggung jawab program, harus mempunyai hasil pelaksanaan tertulis yang akan dimintai pertanggungjawabannya sesuai dengan pelaksanaan kegiatan yang telah disusun. Salah satu cara untuk memonitor kegiatan pelayanan gizi yang mudah dilakukan adalah **“Plan-Do-Check-Action (PDCA)”**. Tujuan dari PDCA adalah melakukan koreksi bila ada kegiatan atau target program yang belum sesuai dengan perencanaan. Apabila seluruh rangkaian kegiatan sudah sesuai, maka pelaksanaan kegiatan terus dilakukan.

Dalam bab ini, PDCA merupakan alat untuk mengoreksi kegiatan intervensi gizi spesifik yang ada pada matriks RPK bulanan yang sudah dilaksanakan pada tahun

berjalan. Apabila berdasarkan koreksi melalui PDCA kegiatan yang dilakukan tidak sesuai dan tidak mencapai target, maka kegiatan PDCA terus dilakukan sehingga mendapat kegiatan yang tepat sesuai masalah yang ada dan target tercapai.

Bagan 4.4 Siklus Manajemen Puskesmas dan Siklus PDCA



Sumber: Siklus PDCA disadur dari Terra Vanzant Stern (2019).

Dalam melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap pelaksanaan RPK, dapat digunakan Tabel 4.3 PDCA terhadap masalah intervensi gizi spesifik di bawah ini.

Tabel 4.3 PDCA terhadap Masalah Intervensi Gizi Spesifik

Masalah (1)				
Pemecahan Masalah (2)				
Perencanaan (PLAN) (3)	Pelaksanaan (DO) (4)	Periksa hasilnya (CHECK) (5)	Tindak lanjut (ACTION) (6)	Keterangan (7)

Keterangan:

1. Kolom (1): Masalah yang diambil dari tabel bantu RPK merupakan uraian kegiatan yang sudah dilakukan dalam tahun berjalan.
2. Kolom (2): Pemecahan masalah dari kolom nomor 1.
3. Kolom (3): Plan adalah membuat perencanaan kegiatan hasil pemecahan masalah nomor 2.
4. Kolom (4): Pelaksanaan kegiatan dari kolom nomor 3.
5. Kolom (5): Memeriksa kegiatan apakah sudah sesuai dengan rencana.
6. Kolom (6): Mengambil tindakan koreksi perbaikan atas penyimpangan yang ada dengan menyusun rencana baru.
7. Kolom (7): Keterangan yang melengkapi kolom 6.

4.3.1 Pemberian Suplemen Tablet Tambah Darah

Apabila dalam pelaksanaan kegiatan (pada tabel RUK) masih menemui masalah, maka bagian ini menyajikan contoh perbaikan kinerja berdasarkan PDCA.

1. Masalah

- a. Masih rendahnya cakupan TTD minimal 90 tablet pada ibu hamil (yang seharusnya diberikan sedini mungkin pada ibu hamil).
- b. Masih rendahnya cakupan TTD Rematri minimal 52 tablet.

2. Penyebab Masalah

- a. Kurangnya sosialisasi tentang pentingnya Suplementasi TTD sesuai sasaran, mekanisme pendistribusian TTD serta tenaga pelaksana pendistribusian.
- b. Kurangnya tenaga pendamping dalam memonitor pencatatan pelaporan serta ketaatan sasaran mengonsumsi TTD.

**Tabel 4.3.1 Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pemberian
Suplemen Tablet Tambah Darah (TTD) Berdasarkan PDCA**

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa hasilnya (CHECK)	Tindak lanjut (ACTION)	Keterangan
1. Identifikasi sasaran oleh 1 orang petugas kesehatan di Puskesmas, 2 orang bidan praktik mandiri, 10 orang bidan desa.	Pelaksanaan identifikasi sudah dilakukan hanya oleh petugas kesehatan di Puskesmas dan 5 orang bidan desa.	Pelaksanaan identifikasi belum dilakukan oleh seluruh pemangku kepentingan.	1. Memberikan penyuluhan kepada seluruh pemangku kepentingan akan pentingnya TTD kepada ibu hamil dan Rematri. 2. Suplementasi TTD di Posyandu bagi Rematri di luar sekolah dan ibu hamil.	Faktor Penyebab sulitnya mengonsumsi TTD hendaknya dicatat oleh TG/TPG/ kader untuk dicarikan solusi.
2. Penyuluhan/ edukasi serta konseling tentang pentingnya TTD dari TG/TPG, kader kepada kelompok sasaran (Rematri dan ibu hamil).	1. Pelaksanaan penyuluhan Suplementasi TTD bagi Rematri dilakukan di sekolah. 2. Pelaksanaan penyuluhan bagi 5 orang ibu hamil dilakukan di Puskesmas.	1. Penyuluhan TTD untuk Rematri belum menjangkau seluruhnya terutama di luar sekolah dan ibu hamil. 2. Penyuluhan TTD untuk ibu hamil sudah mencapai seluruh sasaran.		
3. Pendampingan bagi sasaran yang	Pendampingan mengonsumsi TTD dilakukan bagi seluruh	Pendampingan seluruh Rematri di dalam dan luar	Membuat kesepakatan dalam pertemuan	

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa hasilnya (CHECK)	Tindak lanjut (ACTION)	Keterangan
tercatat pada mekanisme pencatatan dan pelaporan yang terintegrasi pada buku KIA.	Rematri di dalam dan luar sekolah dan 5 orang ibu hamil.	sekolah dalam mengonsumsi TTD belum semua dilakukan; pendampingan sasaran 5 orang ibu hamil sudah dilakukan.	untuk melakukan pendampingan mengonsumsi TTD bagi seluruh Rematri di dalam dan luar sekolah.	

4.3.2 Pemberian MT Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang

Apabila dalam pelaksanaan kegiatan (pada tabel RUK) masih menemui masalah, maka bagian ini menyajikan contoh perbaikan kinerja berdasarkan PDCA.

1. Masalah

Masih rendahnya cakupan MT Ibu hamil KEK dan MT Balita gizi kurang.

2. Penyebab Masalah

- a. Pendataan (ibu hamil KEK dan Balita gizi kurang) yang dilakukan mungkin belum terkoordinasi (sebagian dilakukan oleh tim desa, sebagian oleh bidan di desa).
- b. Kurang pahamnya kader tentang sasaran (standar ibu hamil KEK dan Balita gizi kurang).
- c. Kepatuhan untuk mengonsumsi MT masih rendah.

Tabel 4.3.2 Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pemberian MT Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang Berdasarkan PDCA

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa hasilnya (CHECK)	Tindak lanjut (ACTION)	Ket
1. Melakukan skrining dan identifikasi berkala dengan sasaran sesuai kriteria dari laporan rutin dan sumber data lainnya (Puskesmas, Posyandu Remaja, bidan desa, bidan praktik swasta, sekolah) dengan menghitung jumlah MT sesuai dengan sasaran.	Pelaksanaan pembagian MT ibu hamil KEK baru mencapai 40%, dan 50% Balita gizi kurang.	1. Mengecek distribusi MT sesuai sasaran dan sesuai jadwal yang disepakati. 2. Bila pemberian MT pada sasaran belum mencapai target maka perlu lebih proaktif.	Dibuatkan jadwal setiap bulan untuk melakukan pendistribusian secara intensif dan proaktif ke sasaran, agar semua sasaran mendapatkan TTD.	
2. Penyuluhan/edukasi serta konseling.				
3. Pendampingan sasaran, pencatatan konsumsi MT bumil KEK, Balita gizi kurang.				

4.3.3 Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

Apabila dalam pelaksanaan kegiatan (pada tabel RUK) masih menemui masalah, maka bagian ini menyajikan contoh perbaikan kinerja berdasarkan PDCA.

1. Masalah

- a. Rendahnya cakupan ASI Eksklusif.
- b. Rendahnya IMD.
- c. Kurangnya tenaga konselor.

2. Penyebab Masalah

- a. Banyaknya kader/ibu PKK yang belum menguasai konseling menyusui.
- b. Banyaknya ibu yang belum mengetahui tentang pentingnya IMD dan ASI Eksklusif.

Tabel 4.3.3 Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) Berdasarkan PDCA

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa Hasilnya (CHECK)	Tindak Lanjut (ACTION)	Ket
1. Melakukan identifikasi berkala Balita per kelompok umur.	Melakukan identifikasi terkini Balita per kelompok umur.	Identifikasi data sesuai dengan Balita per kelompok umur.	Melakukan identifikasi berkala Balita per kelompok umur.	
2. Melakukan orientasi PMBA dengan cara konseling tentang IMD dan ASI Eksklusif.	Orientasi kader untuk konseling tentang PMBA oleh Gizi/TPG Puskesmas tentang IMD dan ASI Eksklusif.	Orientasi kader untuk konseling PMBA tentang IMD dan ASI Eksklusif baru dilaksanakan 50% kader.	Dilakukan prioritas bagi kader yang belum mendapatkan orientasi konseling PMBA tentang IMD dan ASI Eksklusif.	
3. Melakukan monitoring dan pencatatan ibu bersalin yang melakukan IMD serta memberikan ASI Eksklusif.	Pelaksanaan pencatatan semua ibu bersalin yang melakukan IMD serta memberikan ASI Eksklusif.	Pencatatan baru dilaksanakan pada 50% ibu bersalin yang melakukan IMD serta memberikan ASI eksklusif.	Melakukan koordinasi penanggung-jawab program agar pencatatan pelaporan dilakukan sesuai standar.	

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa Hasilnya (CHECK)	Tindak Lanjut (ACTION)	Ket
4. Melakukan konseling menyusui bagi ibu Balita.	Melakukan konseling menyusui bagi semua ibu Balita di wilayah Puskesmas.	Konseling menyusui baru dilakukan pada 50% ibu Balita.	Konseling menyusui pada ibu Balita yang belum pernah mendapatkan konseling.	

4.3.4 Pemantauan Pertumbuhan (PP) Balita

Apabila dalam pelaksanaan kegiatan (pada tabel RUK) masih menemui masalah, maka bagian ini menyajikan contoh perbaikan kinerja berdasarkan PDCA.

1. Masalah

Rendahnya cakupan D/S.

2. Penyebab Masalah

- a. Kurangnya pengetahuan ibu terhadap pentingnya pemantauan pertumbuhan.
- b. Kurangnya kehadiran petugas ke Posyandu.
- c. Jadwal Posyandu tidak sesuai dengan keinginan masyarakat.
- d. Kurangnya pembinaan petugas kesehatan terhadap pentingnya pemantauan pertumbuhan.

**Tabel 4.3.4 Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pemantauan
Pertumbuhan (PP) Balita Berdasarkan PDCA**

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa Hasilnya (CHECK)	Tindak Lanjut (ACTION)	Ket
Memberikan penyuluhan tentang pentingnya pemantauan pertumbuhan.	Balita hadir di Posyandu sebesar 55%.	Banyak ibu Balita yang enggan datang ke Posyandu dengan berbagai alasan (sudah lebih dari 3 tahun, Posyandu jauh, waktu tidak sesuai).	Melakukan pemberdayaan masyarakat untuk menghadirkan Balita ke Posyandu.	

4.3.5 Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas

Apabila dalam pelaksanaan kegiatan (pada tabel RUK) masih menemui masalah, maka bagian ini menyajikan contoh perbaikan kinerja berdasarkan PDCA.

1. Masalah

- a. Cakupan kapsul vitamin A pada sasaran (Balita dan ibu nifas) belum mencapai target.

2. Penyebab Masalah

- a. Hambatan akses untuk menjangkau sasaran.
- b. Ibu melahirkan tidak di Fasyankes.

Tabel 4.3.5 Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Suplementasi Kapsul Vitamin A pada Balita dan Ibu Nifas Berdasarkan PDCA

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa Hasilnya (CHECK)	Tindak Lanjut (ACTION)	Ket
1. Melakukan identifikasi dan kebutuhan Balita untuk mendapatkan data sasaran penerima kapsul vitamin A.	Balita yang mendapat vitamin A mencapai 80%.	20% Balita yang tidak mendapatkan vitamin A kebanyakan tidak hadir di Posyandu.	Lebih proaktif/ mendatangi Balita/ <i>home visit</i> .	
2. Melakukan identifikasi dan kebutuhan ibu nifas penerima kapsul vitamin A.	Ibu nifas yang mendapat vitamin A 100%.	Semua ibu nifas sudah mendapatkan vitamin A.	Melanjutkan pemberian vitamin A kepada semua ibu nifas.	

4.3.6 Suplementasi Taburia untuk Balita Usia 6-59 Bulan

Apabila dalam pelaksanaan kegiatan (pada tabel RUK) masih menemui masalah, maka bagian ini menyajikan contoh perbaikan kinerja berdasarkan PDCA.

1. Masalah

Rendahnya cakupan Suplementasi Taburia .

2. Penyebab Masalah

- a. Balita tidak datang ke Posyandu.
- b. Petugas kesehatan tidak mendistribusikan ke sasaran.
- c. Kurangnya edukasi dari petugas kesehatan ke orang tua sasaran.

**Tabel 4.3.6 Contoh Tabel Perbaikan Kinerja
Suplementasi Taburia untuk Balita Usia 6-59 Bulan
Berdasarkan PDCA**

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa hasilnya (CHECK)	Tindak lanjut (ACTION)	Ket
1. Identifikasi sasaran Balita yang tidak ke Posyandu.	Melakukan identifikasi sasaran Balita yang akan mendapat Taburia.	20% Balita yang tidak mendapatkan Taburia kebanyakan tidak hadir di Posyandu.	Lebih proaktif/ mendatangi Balita/ <i>home visit</i> .	
2. Melakukan penyuluhan dan konseling kepada sasaran tentang manfaat dan penggunaan bubuk Taburia	Melaksanakan penyuluhan dan konseling kepada ibu Balita tentang manfaat dan penggunaan bubuk Taburia.	Tidak seluruh ibu Balita mendapatkan penyuluhan dan konseling tentang manfaat dan penggunaan bubuk Taburia.	Pengusulan pelaksanaan penyuluhan dan konseling tentang manfaat dan penggunaan bubuk Taburia bagi ibu Balita.	
3. Membuat mekanisme pelaksanaan monitoring Taburia, melalui ibu Balita.	Membuat mekanisme pelaksanaan monitoring Taburia, melalui ibu Balita.	Mekanisme monitoring sudah dibuat.	Tingkatkan pelaksanaan monitoring Taburia.	

4.3.7 Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita

Apabila dalam pelaksanaan kegiatan (pada tabel RUK) masih menemui masalah, maka bagian ini menyajikan contoh perbaikan kinerja berdasarkan PDCA.

1. Masalah

- a. Deteksi dini Balita gizi buruk oleh kader belum optimal.
- b. Belum semua Puskesmas mampu melaksanakan tatalaksana gizi buruk pada Balita.

2. Penyebab Masalah

- a. Tim Asuhan Gizi belum terbentuk.
- b. Tim Asuhan Gizi belum belum dilatih.
- c. Belum tersedianya sarana dan prasarana.

Tabel 4.3.7.1 Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Pencegahan Balita Gizi Buruk

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa hasilnya (CHECK)	Tindak lanjut (ACTION)	Ket.
1. Membuat rencana pembinaan/ orientasi teknis kepada kader tentang deteksi dini untuk mencegah gizi buruk melalui pemantauan pertumbuhan Balita.	Belum dilaksanakan pembinaan/ orientasi kader Posyandu dalam pemantauan pertumbuhan anak Balita untuk deteksi dini Balita gizi buruk.	Belum seluruh kader Posyandu mengikuti pembinaan/ orientasi pemantauan pertumbuhan anak Balita untuk deteksi dini Balita gizi buruk.	Melaksanakan pembinaan/ orientasi kader Posyandu tentang pemantauan pertumbuhan anak Balita untuk deteksi dini Balita gizi buruk.	
2. Merencanakan pertemuan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan untuk pencegahan dan pemantauan masa pemulihan Balita gizi buruk.	Pembinaan teknis belum dilaksanakan terhadap seluruh TG/TPG dalam pencegahan dan deteksi dini serta surveilans gizi buruk.	Belum seluruh TG/TPG memperoleh pembinaan dalam pencegahan dan deteksi dini serta surveilans gizi buruk.	1. Pembinaan dilakukan secara intensif dan proaktif. 2. Pembinaan dapat dilakukan ketika kegiatan sedang berlangsung.	

Tabel 4.3.7.2 Contoh Tabel Perbaikan Kinerja Tatalaksana Gizi Buruk

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa hasilnya (CHECK)	Tindak lanjut (ACTION)	Ket
1. Pembentukan Tim Asuhan Gizi Puskesmas untuk Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk.	Pembentukan Tim Asuhan Gizi Puskesmas dengan SK kepala Puskesmas.	Tim Asuhan Gizi Puskesmas sudah terbentuk tetapi belum dapat memberikan pelayanan tatalaksana gizi buruk.	Tim Asuhan Gizi Puskesmas diusulkan untuk mengikuti Pelatihan Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita.	
2. Pelatihan Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita bagi Tim Asuhan Gizi Puskesmas.	1. Tim Asuhan Gizi Puskesmas mengikuti pelatihan Pencegahan dan Tatalaksana Gizi buruk. 2. Tenaga Gizi/ TPG melakukan asuhan gizi secara tim.	Tim Asuhan belum terkoordinasi dalam melakukan tatalaksana gizi buruk sehingga belum sesuai standar.	1. Pertemuan koordinasi pelaksanaan kegiatan pencegahan dilaksanakan dengan menggunakan jadwal tetap. 2. Pertemuan Tim Asuhan Gizi sesuai kebutuhan dalam tatalaksana gizi buruk.	Manfaat kan pertemuan Lokmin untuk pencegahan dan pertemuan Tim Asuhan Gizi.

Perencanaan (PLAN)	Pelaksanaan (DO)	Periksa hasilnya (CHECK)	Tindak lanjut (ACTION)	Ket
3. Pemenuhan sarana dan prasarana untuk perawatan Balita gizi buruk	Belum semua kebutuhan sarana dan prasaran dapat terpenuhi terutama bahan formula F75 dan F100.	Belum dapat memperkirakan jumlah pasien gizi buruk dengan baik.	Identifikasi pasien serta menyusun rencana pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana perawatan Balita gizi buruk	

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI

A. Monitoring dan Evaluasi Intervensi Gizi Spesifik

Monitoring pelayanan intervensi gizi spesifik di Puskesmas, merupakan aktivitas yang dilakukan untuk memantau kegiatan/komponen kegiatan yang sedang berjalan (apakah kegiatan pemantauan dapat membantu pelaksana program berjalan sesuai dengan rencana; apa saja faktor penghambat dan pendukung selama implementasi). Kegiatan monitoring dapat dilakukan dengan PDCA, seperti yang telah dijelaskan pada bagian P3 dalam Bab IV. Selanjutnya, petugas membahas hasil monitoring pada kegiatan Lokmin bulanan. Hasil monitoring akan dijadikan sebagai masukan untuk perbaikan atau peningkatan kualitas implementasi program.

Evaluasi pelayanan intervensi gizi spesifik merupakan sebuah proses penilaian sistematis terhadap keseluruhan program yaitu desain, dan pencapaian program yang dilaksanakan sebagai pembelajaran, pengambilan keputusan, dan memberikan rekomendasi serta tindak lanjut. Evaluasi dilakukan untuk menilai capaian program dengan membandingkan target yang telah ditetapkan pada awal tahun program dengan capaian.

Dalam buku pedoman ini, hasil monitoring dan evaluasi pelayanan intervensi gizi spesifik merupakan bagian yang terintegrasi dengan kegiatan monitoring dan evaluasi program kesehatan lainnya di Puskesmas.

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelayanan gizi spesifik diselaraskan dengan mekanisme surveilans, dengan memasukkan 8 intervensi gizi spesifik. TG/TPG tidak hanya menyediakan hasil pelayanan 8 intervensi gizi spesifik ini, tetapi juga pelayanan gizi yang terintegrasi dengan unit kesehatan lain. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelayanan gizi spesifik menggunakan indikator yang tercantum dalam Tabel 5.1.

B. Tujuan

1. Memonitor pelaksanaan kegiatan pelayanan intervensi gizi spesifik di Puskesmas.
2. Mengevaluasi hasil pelaksanaan kegiatan pelayanan intervensi gizi spesifik di Puskesmas.
3. Mengidentifikasi masalah dan pemecahan masalah.
4. Memberi masukan, rekomendasi, dan Rencana Tindak Lanjut (RTL).

C. Prinsip Pelaksanaan

1. Mempunyai tujuan yang jelas.
2. Dilakukan terintegrasi, baik LP maupun LS.
3. Mempunyai rencana pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi yang dituangkan dalam jadwal tertulis.
4. Dilakukan secara berkala.
5. Mempunyai hasil yang tercatat/ada sumber yang jelas.
6. Berorientasi pada peningkatan mutu/kualitas program perbaikan gizi.
7. Kepastian pelaksanaan tindak lanjut berdasarkan hasil evaluasi.

D. Penanggung Jawab

Pihak yang bertanggungjawab dalam melakukan monitoring dan evaluasi adalah Dinkes Kabupaten/Kota dan Puskesmas. Kegiatan tersebut dilakukan oleh penanggung jawab Gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan TG/TPG di Puskesmas.

E. Langkah Monitoring dan Evaluasi

1. Setiap Puskesmas melakukan monitoring terhadap program menggunakan indikator yang telah ditetapkan. Monitoring dilakukan dari tingkat kabupaten/kota berdasarkan ketentuan yang berlaku, misalnya wilayah/lokasi memiliki masalah gizi yang tinggi atau wilayah/lokasi yang merupakan prioritas kegiatan.
2. Menggunakan instrumen atau poin-poin monitoring dan evaluasi sesuai masalah di wilayah.
3. Mengumpulkan dan mencatat hasil monitoring dan evaluasi sesuai dengan panduan dan ketentuan yang berlaku.
4. Menganalisis hasil monitoring dan evaluasi.
5. Konsolidasi untuk membahas hasil monitoring dan evaluasi.
6. Menyampaikan hasil monitoring dan evaluasi kepada Kepala Dinkes Kabupaten/Kota dan Kepala Puskesmas.

F. Indikator Monitoring

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan intervensi gizi spesifik menggunakan indikator sesuai dengan Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Indikator Monitoring Untuk 8 Intervensi Gizi Spesifik

Sasaran	Indikator
Cakupan Remaja Putri (Rematri) dan Ibu hamil mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	
Ibu Hamil	1. Σ dan % Bumil mendapat TTD, minimal 90 tablet, 2. Σ dan % Bumil mengonsumsi TTD minimal 90 tablet.
Remaja Putri (Rematri)	1. Σ dan % Rematri mendapat TTD, minimal 52 tablet. 2. Σ dan % Rematri mengonsumsi TTD minimal 52 tablet.
Cakupan Ibu Hamil KEK dan Balita Gizi Kurang yang Mendapat Makanan Tambahan (MT)	
Ibu hamil KEK	1. Σ dan % Bumil KEK mendapat MT sesuai standar. 2. Σ dan % Bumil KEK mengonsumsi MT sesuai standar.
Balita gizi kurang	1. Σ dan % balita gizi kurang mendapat MT sesuai standar. 2. Σ dan % balita gizi kurang mengonsumsi MT sesuai standar.
Cakupan Pemberian Makanan Balita	
Bayi Baru Lahir	1. Cakupan Bayi Baru Lahir Mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
Bayi usia < 6 bulan	1. Cakupan Bayi Usia Kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif.
Cakupan bayi usia 6-23 bulan mendapat MPASI*	1. Cakupan Bayi Usia di atas 6 bulan yang mendapat MP ASI.
Pemantauan Pertumbuhan	
Balita	1. Cakupan balita yang ditimbang berat badannya (D/S). 2. Cakupan Balita ditimbang yang Naik Berat Badannya (N/D). 3. Cakupan Balita memiliki Buku Kesehatan Ibu Anak (KIA)/Kartu Menuju Sehat (KMS) (K/S).
Suplementasi Kapsul Vitamin A bagi Balita dan Ibu Nifas	
Balita	1. Cakupan balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A.
Ibu nifas	1. Cakupan ibu nifas mendapat 2 kapsul vitamin A selama masa nifas.
Suplementasi Gizi Mikro	
Balita	1. Jumlah balita yang mendapatkan suplementasi gizi mikro/Taburia.
Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita	
Balita	1. Cakupan kasus gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar.

Keterangan:

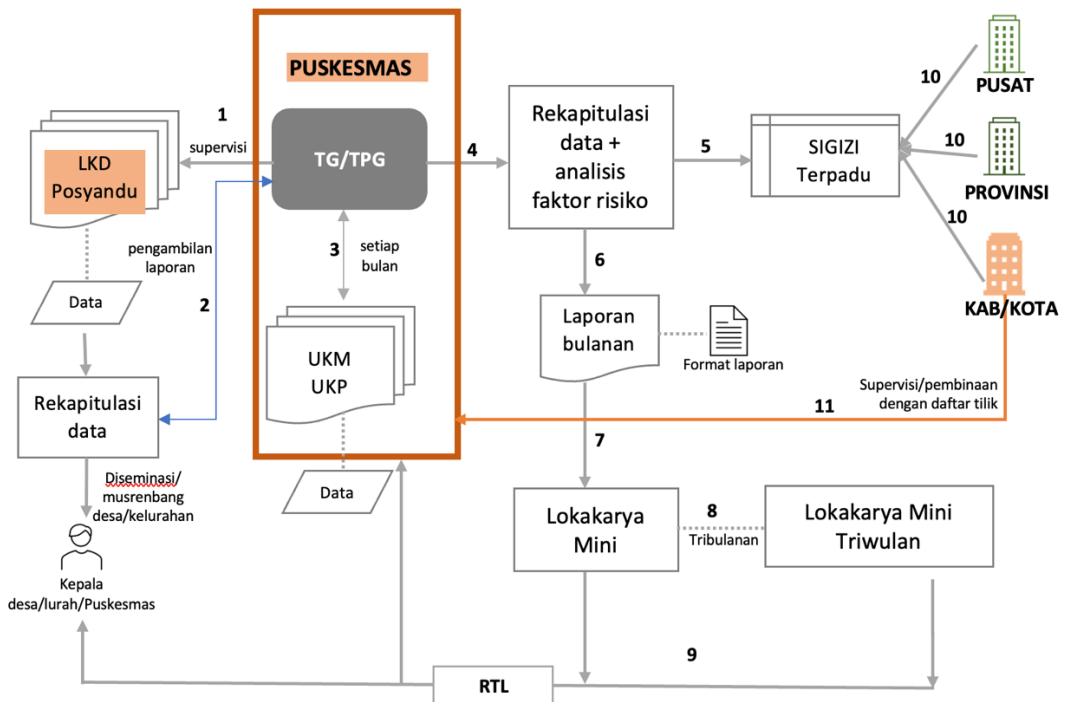
*Jika data tersedia di Puskesmas.

G. Mekanisme Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi

1. Monitoring

Mekanisme kegiatan monitoring yang dilakukan setiap bulan digambarkan pada Bagan 5.1 berikut ini:

Bagan 5.1 Monitoring Pelayanan Intervensi Gizi Spesifik



Keterangan:

Tenaga Gizi/TPG merupakan orang kunci yang akan memonitoring pelayanan intervensi gizi spesifik di Puskesmas.

- 1) Proses monitoring dimulai dengan pendampingan yang dilakukan secara rutin oleh TG/TPG dalam pelaksanaan Lembaga Kemasyarakatan Desa (LKD) Posyandu (Balita) setiap bulannya. Proses pendampingan dilakukan terhadap

pendaftaran Balita, ibu hamil, ibu menyusui; penimbangan dan pengukuran Balita; pencatatan hasil penimbangan dan pengukuran; penyuluhan dan pelayanan gizi bagi ibu Balita, ibu hamil dan ibu menyusui; dan pelayanan kesehatan, KB dan Imunisasi (5 Langkah Posyandu). Kegiatan yang dilakukan di Posyandu Balita dicatat oleh kader kesehatan, yang meliputi hasil penimbangan, jumlah sasaran Balita (S), jumlah Balita yang mempunyai buku KIA/KMS (K) jumlah Balita ditimbang (D), jumlah Balita naik berat badannya (N), jumlah Balita yang tidak naik berat badannya (T), dan cakupan sasaran sesuai indikator intervensi gizi spesifik. Kader melakukan rekapitulasi data Posyandu Balita. Data ini akan digunakan oleh Puskesmas dan selain itu juga disampaikan dalam kegiatan musrenbang desa/kelurahan.

- 2) Tenaga Gizi/TPG mengambil data rekapitulasi Posyandu yang telah dibuat oleh kader.
- 3) Tenaga Gizi/TPG mengambil data pelayanan intervensi gizi spesifik dari Puskesmas (UKM & UKP).
- 4) Tenaga Gizi/TPG melakukan rekapitulasi data di wilayah cakupan Puskesmas. Petugas diharapkan dapat melakukan kegiatan surveilans apabila menemukan kasus gizi buruk dengan mengikuti Buku Panduan Surveilans Gizi. Kegiatan surveilans akan menghasilkan informasi terkait sebaran Balita dengan gizi buruk, faktor risiko Balita yang mengalami gizi buruk, dan informasi lainnya yang terkait dengan LS atau LP.
- 5) Data gizi setiap bulan diinput ke dalam aplikasi SIGIZI Terpadu.

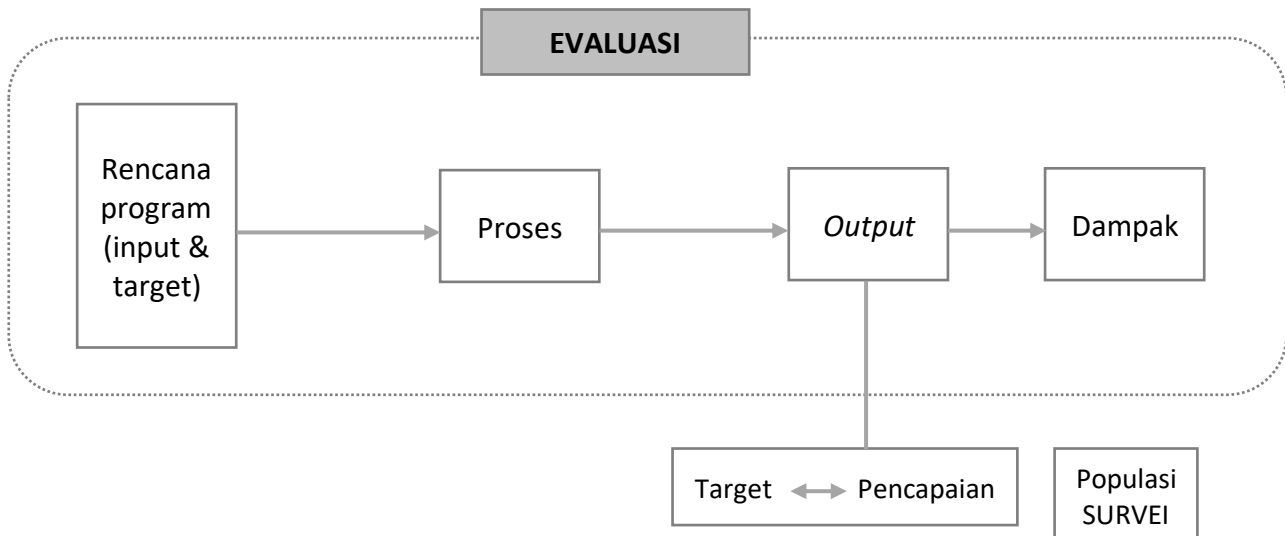
- 6) Selain melakukan input data ke dalam aplikasi, TG/TPG juga membuat laporan intervensi gizi spesifik ke dalam format laporan bulanan Puskesmas.
- 7) Laporan gizi akan didiskusikan setiap bulannya dalam kegiatan Lokmin Puskesmas. Pada lokakarya tersebut akan dilakukan pembahasan terkait capaian yang baik atau kesenjangan/permasalahan dalam implementasi pelayanan gizi spesifik dalam kurun waktu sebulan yang melibatkan LS.
- 8) Laporan gizi juga akan didiskusikan setiap tiga bulan dalam kegiatan Lokmin Triwulan yang melibatkan LS dan Kepala Desa/Lurah. Pada lokakarya ini, juga akan dilakukan pembahasan terkait capaian yang baik atau kesenjangan/permasalahan, dan dukungan yang diperlukan untuk mengatasi kesenjangan/permasalahan dalam implementasi pelayanan gizi spesifik dalam kurun waktu 3 bulan terakhir.
- 9) Hasil pembahasan baik dari Lokmin bulanan dan Triwulan akan menghasilkan RTL untuk perbaikan pelayanan intervensi gizi spesifik di Puskesmas dan juga di LKD Posyandu.
- 10) Kementerian Kesehatan, Dinkes Provinsi dan Kabupaten/Kota melakukan monitoring melalui SIGIZI.
- 11) Dinkes Kabupaten/Kota melakukan pembinaan ke Puskesmas apabila terdapat Puskesmas yang belum optimal mencapai target dari 18 indikator intervensi gizi spesifik atau Puskesmas yang memiliki data capaian sangat tinggi. Dinkes Kabupaten/Kota akan menggunakan daftar tilik yang tersedia untuk membantu melakukan pembinaan/supervisi fasilitatif.

2. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai perbedaaan capaian program dengan target yang telah ditetapkan pada awal tahun dengan capaian di akhir tahun. Umumnya, evaluasi dilakukan pada akhir tahun implementasi, namun dapat juga dilakukan dalam kurun waktu beberapa tahun, misalnya untuk melihat kesenjangan pelayanan intevensi spesifik di masyarakat (populasi); evaluasi untuk melihat dampak dapat dilakukan dalam kurun waktu 3-5 tahun.

Pelaksanaan evaluasi dapat digambarkan seperti di bawah ini:

Bagan 5.2 Konsep Evaluasi Pelayanan Intervensi Gizi Spesifik



H. Pelaporan Hasil Monitoring dan Evaluasi

Pelaporan hasil monitoring dan evaluasi dilakukan secara berjenjang, dari Puskesmas ke Dinkes Kabupaten/Kota. Pelaksanaan pelaporan disepakati setiap *mid*-semester/6 bulan dan/atau akhir tahun, untuk selanjutnya dibahas dan ditetapkan rekomendasi serta tindak lanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? *Lancet*. 2013;382(9890):452–77.
2. GAIN. 2014. *Landscape Report on Adolescent and Material Nutrition in Indonesia*. Geneva.
3. Kemenkes. 2011. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Jakarta.
4. Kemenkes. 2012. Buku Saku Lintas Diare Untuk Petugas Kesehatan. Jakarta.
5. Kemenkes. 2013. Panduan Manajemen Suplementasi Taburia . Jakarta.
6. Kemenkes. 2014. Pedoman Pelayanan Gizi Puskesmas. Jakarta.
7. Kemenkes. 2015. Pedoman Gizi Seimbang (Pedoman Teknis bagi Petugas dalam Memberikan Penyuluhan Gizi Seimbang). Jakarta.
8. Kemenkes. 2015. Pedoman Penatalaksanaan Pemberian Tablet Tambah Darah. Jakarta.
9. Kemenkes. 2015. Pendek (Stunting) di Indonesia: Masalah dan Solusinya, Trihono, Atmarita, dkk. Jakarta.
10. Kemenkes. 2016. Panduan Manajemen Terintegrasi Suplementasi Vitamin A. Jakarta.
11. Kemenkes. 2016. Pedoman Manajemen Pelayanan Puskesmas Tahun 2016. Jakarta.

12. Kemenkes. 2017. Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Jakarta.
13. Kemenkes. 2017. Buku Panduan Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM) *Offline*, Sistem Informasi Gizi Terpadu. Jakarta.
14. Kemenkes. 2018. Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS). Jakarta.
15. Kemenkes. 2018. Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas. Jakarta.
16. Kemenkes. 2018. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Jakarta.
17. Kemenkes. 2019. Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk. Jakarta.
18. Kemenkes. 2019. Petunjuk Teknis Makanan Tambahan Balita dan Ibu Hamil. Jakarta.
19. Kemenkes. 2019. Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI). Jakarta.
20. Kemenkes. 2020. Pedoman Pemberian Makan Bayi dan Anak. Jakarta.
21. Kemenkes. 2020. Pedoman Pelayanan Gizi Pada Masa Tanggap Darurat COVID-19 untuk Tenaga Kesehatan. Jakarta.
22. Kemenkes. 2020. Pedoman Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi Ibu Hamil pada masa COVID-19 bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta.
23. Kemenkes. 2020. Pedoman Pemberian Tablet Tambah Darah (TD) bagi Remaja Putri pada masa COVID-19 bagi Tenaga Kesehatan. Jakarta.

24. Kemenkes. 2021. Pedoman Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi, Jakarta.
25. Kemenkes. 2021 Pedoman Pemantauan Pertumbuhan. Jakarta.
26. Kemenkes. 2020. Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Berupa Biskuit bagi Balita Kurus dan Ibu Hamil KEK. Jakarta.
27. Kemenkes. 2020. Petunjuk Teknis Pelayanan Puskesmas Pada Masa Pandemi COVID-19. Jakarta.
28. Kemenkes. 2021. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021. Jakarta.
29. Setwapres RI dan Kemenko Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. 2018. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2024. Jakarta.
30. UNICEF. 2013. *Improving Child Nutrition*. Geneva.
31. Vanzant Stern, Terra. 2016. *Leaner Six Sigma Making Lean Six Sigma Easier and Adaptable to Current Workplaces*. UK: Routledge, Taylor & Francis Group.
32. WHO. 2013. *Childhood Stunting: Context, Causes, and Consequences. WHO Conceptual Framework*. Geneva.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Contoh Tabel Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas

Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung jawab	Kebutuhan Sumber Daya		Mitra Kerja	Waktu Pelaksanaan												Kebutuhan Anggaran	Indikator Kinerja	Sumber Pembiayaan
					Alat	Tenaga		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Pemantauan ASI Eksklusif	Bayi 0-6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif	Busui	7 desa	Petugas Gizi		Bides	Kadus, kader	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Terlaksananya sosialisasi dan refreshing KPASI	
Penyediaan leaflet atau sarana promosi kesehatan tentang ASI eksklusif	Tersedianya sarana promosi tentang ASI Eksklusif	-	100 buah	Ka. TU	Dana	Tim Pengadaan		x												600.000	Terlaksananya pengadaan leaflet untuk ASI Eksklusif	
Penyuluhan tentang ASI eksklusif	Pengetahuan masyarakat tentang ASI Eksklusif	Masyarakat	7 desa	Petugas Gizi	TOA, LCD, Layar, alat peraga	Petugas Gizi	Kadus, kader										x					

Lampiran 2. Tahapan Kegiatan Siklus Manajemen Puskesmas (Contoh untuk siklus tahun 2020, 2021 dan 2022)

Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksanaan	Pihak Terkait	Keluaran
Evaluasi kinerja Puskesmas tahun 2020 melalui Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP)	Desember 2020	Puskesmas	Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas tahun 2020
Persiapan penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) tahun 2021 berdasarkan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) yang telah disetujui dan dibandingkan dengan hasil kinerja Puskesmas tahun 2020	Desember 2020	Puskesmas		Draf RPK tahun 2021
Analisis situasi dan pelaksanaan Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) sebagai bahan penyusunan RUK tahun 2022 dan Rencana lima tahunan periode 2022 s/d 2026, dengan pendekatan <i>Top-Down</i> dan <i>Bottom-Up</i> bila Puskesmas baru menyusun.	Awal Januari 2021	Desa/ Kelurahan	Pemangku kepentingan tingkat Desa/ Kelurahan	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil analisa situasi • Hasil SMD dan MMD • Usulan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat desa/kelurahan sesuai harapan rasional masyarakat desa/kelurahan

Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksanaan	Pihak Terkait	Keluaran
Bila belum memiliki Rencana lima tahunan, sebaiknya disusun terlebih dahulu untuk lima tahun ke depan.				
Lokakarya Mini (Lokmin) Bulanan Pertama	Minggu Kedua Januari 2021	Puskesmas		<ul style="list-style-type: none"> • Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan Januari tahun 2021 • Bahan Musrenbangdes tahun 2021 • Draf RUK tahun 2022 • Draf Rencana Lima Tahunan 2020 s.d. 2024 (d disesuaikan dengan yang telah disusun Puskesmas)
Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa (Musrenbangdes)	Minggu keempat Januari 2021	Desa/ Kelurahan	Pemangku kepentingan tingkat Desa/Kelurahan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyesuaian draf RUK tahun 2022 dengan hasil Musrenbangdes.

Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksanaan	Pihak Terkait	Keluaran
				<ul style="list-style-type: none"> Penyesuaian draf Rencana Lima Tahunan 2022 s.d 2026 dengan hasil Musrenbangdes bila Puskesmas baru menyusun.
Lokmin Bulanan Kedua	Awal Minggu pertama Februari 2021	Puskesmas		<ul style="list-style-type: none"> Kesiapan pelaksanaan kegiatan bulan Februari tahun 2021 Bahan Lokmin Triwulan Pertama
Lokmin Triwulan Pertama	Akhir Minggu Pertama Februari 2021	Puskesmas	LS terkait dan tokoh masyarakat di Kecamatan	<ul style="list-style-type: none"> Bahan Musrenbangmat bidang kesehatan Tahun 2021
Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kecamatan (Musrenbangmat)	Minggu kedua Februari 2021	Kecamatan	Pemangku kepentingan tingkat Kecamatan	<ul style="list-style-type: none"> Penyesuaian draf RUK tahun dengan hasil Musrenbangmat.

Tahapan	Waktu Pelaksanaan	Pelaksanaan	Pihak Terkait	Keluaran
				<ul style="list-style-type: none"> • Penyesuaian draf Rencana Lima Tahunan 2022 s.d. 2026 dengan hasil Musrenbangmat bila Puskesmas baru menyusun
Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kabupaten/Kota (Musrenbangkab/kota)	Maret 2020	Kabupaten/ Kota	Pemangku kepentingan Tk. Kab/kota	<ul style="list-style-type: none"> • Penyesuaian draf RUK tahun 2022 dengan hasil Musrenbangkab. • Penyesuaian draf. • Rencana Lima Tahunan (2022 s.d 2026) dengan hasil Musrenbangkab bila Puskesmas baru menyusun

Lampiran 3. Contoh Tabel Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Puskesmas

No	Upaya Kesehatan	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target Sasaran	Penanggung jawab	Ferekuensi kegiatan	Waktu Pelaksanaan												Rincian pelaksanaan	Petugas/ mitra kerja	Lokasi Pelaksanaan	Biaya (Rp)
								J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
1	Program	PELAKSANAAN																					
	II																						
	1	Pemantauan ASI Eksklusif	Untuk meningkatkan cakupan bayi dengan ASI Eksklusif	Bayi usia 0-6 bulan	30 posyandu	TPG	*2x/ tahun			x			x							Melaksanakan pemantauan ASI Eksklusif	Petugas Pustu, kader posyandu, kadas	Posyandu	
	2	Penyediaan leaflet atau sarana promosi kesehatan tentang ASI eksklusif	Tersedianya sarana promosi tentang ASI Eksklusif	-		Tim Pengadaan	1x/ tahun		x											Melaksanakan penyediaan leaflet atau sarana promosi kesehatan tentang ASI Eksklusif dan stunting	Tim pengadaan	Puskesmas	600.000
	3	Penyuluhan tentang ASI eksklusif	Pengetahuan masyarakat tentang ASI Eksklusif	Masyarakat	7 desa	TPG	1x/ tahun										x			Melaksanakan penyuluhan tentang ASI Eksklusif	Petugas Pustu, Perbekel, kader posyandu, kadas	Posyandu	
		*2x setiap tahun tergantung bulan kelahiran																					

Lampiran 4. Tabel Definisi Operasional Indikator Intervensi Gizi Spesifik

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
a.	Suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) bagi ibu hamil	1.	Σ dan % ibu hamil mendapat TTD Minimal 90 Tablet Selama Masa Kehamilan.	Ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD) sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah minimal 90 tablet selama masa kehamilan.	Mencatat jumlah TTD yang diberikan kepada ibu setiap kali melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan dan mengecek kartu monitoring konsumsi TTD.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap waktu saat mendapat dan mengonsumsi TTD, Rekapitulasi laporan dilakukan setiap 3 bulan dan Laporan tahunan diperoleh berdasarkan kumulatif bulan Januari sampai Desember.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	TPG
		2.	Σ dan % ibu hamil mengonsumsi TTD minimal 90 Tablet Selama Masa Kehamilan.	Ibu hamil yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah minimal 90 tablet selama masa kehamilan.	Merekap jumlah ibu hamil yang sudah mendapatkan TTD minimal 90 tablet dan merekap jumlah ibu hamil yang sudah mengonsumsi TTD minimal 90 tablet.		Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	TPG

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
					Menghitung persentase ibu hamil yang mendapat TTD minimal 90 tablet dengan membagi jumlah ibu hamil mendapat TTD minimal 90 tablet dengan jumlah ibu hamil yang ada.			
					Menghitung persentase ibu hamil yang mengonsumsi TTD minimal 90 tablet dengan membagi jumlah ibu hamil mengonsumsi TTD minimal 90 tablet dengan jumlah ibu hamil yang ada.			
b	Suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) bagi Remaja Putri	1	Σ dan % Remaja Putri mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) setiap minggu.	Remaja perempuan berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) seminggu sekali yang sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi	Siswi mencatat TTD yang didapat dan diminum pada kartu monitoring suplementasi remaja putri.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap waktu saat mendapat dan mengonsumsi TTD, Rekapitulasi laporan dilakukan setiap 3 bulan dan Laporan tahunan diperoleh berdasarkan kumulatif bulan Januari sampai Desember.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
				elemental dan 0,4 mg asam folat.				
		2	Σ dan % remaja putri mengonsumsi TTD setiap minggu.	Remaja perempuan berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SMP/SMA atau sederajat mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) seminggu sekali yang sekurangnya mengandung zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,4 mg asam folat.	Merekap jumlah TTD yang diterima dan diminum (angka 1) serta jumlah minggu yang dilalui siswi sejak bersekolah ditempat tersebut atau memasuki usia 12 tahun berdasarkan formulir pemantauan program TTD rematri.		Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	
					Menghitung cakupan jumlah tablet yang diterima terhadap jumlah minggu yang dilalui dan persentase jumlah tablet yang diminum terhadap jumlah minggu yang dilalui. Perhitungan ini dilakukan setiap 3 bulan (triwulan).			
					Menghitung cakupan jumlah tablet yang diterima terhadap			

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
					jumlah minggu yang dilalui dan persentase jumlah tablet yang diminum terhadap jumlah minggu yang dilalui. Perhitungan ini dilakukan setiap 3 bulan (triwulan)			
					Cakupan rematri minum TTD dihitung dengan membagi jumlah rematri minum TTD terhadap seluruh remaja putri 12-18 tahun yang ada/terdaftar disekolah tersebut.			
c	Pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil KEK	1	Σ dan % Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang Mendapat Makanan Tambahan (PMT) sesuai standar.	Ibu hamil dengan risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK) yang ditandai dengan ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm yang mendapat makanan tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk	Melakukan pemeriksaan LiLA ibu hamil dan mencatat/entri hasil pengukuran.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap waktu, pada saat ibu menerima makanan tambahan.	Laporan rutin Puskesmas	

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
				makanan tambahan pabrikan.				
					Menentukan jumlah sasaran ibu hamil yang diperiksa LiLA dan kategori LiLA (KEK/Normal).	Rekapitulasi laporan dilakukan setiap bulan.		
					Mencatat/entri pemberian PMT pada ibu hamil dengan kategori KEK.	Rekapitulasi data tahunan diperoleh melalui penjumlahan data bulan Januari sampai Desember (kumulatif).		
		2	Σ dan % Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) dengan LiLA < 23.5 cm yang Mengonsumsi MT sesuai standar.	Ibu hamil dengan risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK) yang ditandai dengan ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm yang mengonsumsi makanan tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan.	Melakukan pemeriksaan LiLA ibu hamil dan mencatat/entri hasil pengukuran.		Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	
					Menentukan jumlah sasaran ibu hamil yang diperiksa LiLA dan			

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
					kategori LiLA (KEK/Normal).			
					Mencatat/entri makanan tambahan yang dikonsumsi oleh ibu hamil dengan kategori KEK.			
d	Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)	1	Cakupan Bayi Baru Lahir Mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD).	proses menyusui yang dimulai segera setelah lahir dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya dan berlangsung minimal 1 (satu) jam.	Mencatat/entri bayi baru lahir dan praktik IMD.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap waktu saat bayi baru lahir.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	
					Menghitung persentase bayi baru lahir hidup mendapat IMD dengan membagi jumlah bayi mendapat IMD terhadap jumlah bayi baru lahir hidup yang ada.	Rekapitulasi laporan dilakukan setiap bulan.		
						Laporan tahunan diperoleh melalui penjumlahan data bulan Januari sampai Desember (kumulatif).		

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
		2	Cakupan Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan Mendapat ASI Eksklusif.	Bayi usia 0 bulan 5 bulan 29 hari yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral berdasarkan <i>recall</i> 24 jam.	Mencatat/entri hasil <i>recall</i> ASI Eksklusif setiap bulan dari catatan ASI Eksklusif pada KMS Balita.	<i>Recall</i> /entri data dilakukan setiap bulan.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	
					Rekapitulasi hasil <i>recall</i> ASI Eksklusif setiap bulan Februari dan Agustus.	Rekapitulasi laporan dilakukan bulan Februari dan Agustus		
					Menentukan jumlah bayi yang masih ASI Eksklusif berdasarkan kelompok umur 0 bulan, 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, 5 bulan dan 0 sampai 5 bulan.	Laporan tahunan diperoleh melalui penjumlahan data bulan Februari dan Agustus dengan pertimbangan balita yang di <i>recall</i> pada bulan Februari berbeda dengan bayi yang di <i>recall</i> pada bulan Agustus.		
					Menghitung persentase bayi yang masih ASI Eksklusif dengan membagi bayi yang masih ASI dengan seluruh bayi yang di <i>recall</i> berdasarkan kelompok umur.			

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
		3	Cakupan bayi usia 6-23 bulan mendapat MPASI *)	Persentase Anak Umur 6-23 Bulan yang Menerima 4 (Empat) Kelompok Makanan dalam 24 jam terakhir.	Menanyakan makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh anak 6-23 bulan dalam 24 jam terakhir.	dilaksanakan melalui survei setahun sekali (Integrasi Susenas atau survei lain).	Susenas	
				7 jenis makanan: padi-padian dan umbi-umbian, makanan dari kacang-kacangan, susu dan produk olahannya, daging, telur, buah dan sayur sumber vitamin A, serta buah dan sayuran lainnya. Anak yang mengonsumsi minimal 4 (empat) kelompok ragam makanan pada hari sebelumnya dapat dikatakan bahwa pemenuhan kebutuhan makanan yang bersumber dari hewan, sayur, dan buah-buahan, selain makanan pokok				

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
				seperti padi-padian dan umbi-umbian telah tercukupi. Batas minimal 4 (empat) jenis makanan dipilih berhubungan dengan kualitas ragam makanan tambahan yang diberikan baik untuk anak yang masih diberikan ASI ataupun yang sudah tidak diberikan ASI lagi.				
e	Pemantauan Pertumbuhan	1	% balita yang dipantau pertumbuhan di Posyandu setiap bulan (D/S).	Anak yang berusia 0 bulan sampai 59 bulan yang ditimbang berat badannya (D/S).	Mengidentifikasi dan entri seluruh sasaran yang ada di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan kecamatan, Desa/Kelurahan, RW atau Desa.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap bulan saat melakukan pemantauan pertumbuhan.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	
					Pencatatan/entri hasil pemantauan pertumbuhan dalam buku KIA/KMS dan formulir pencatatan hasil pemantauan	Rekapitulasi laporan dilakukan setiap bulan dikenal dengan laporan SKDN.		

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
					pertumbuhan. Pemantauan pertumbuhan balita di Pendidikan Anak usia Dini (PAUD) atau tempat penimbangan lainnya dicatat di Posyandu asal atau Posyandu dimana PAUD berada.			
					Menghitung persentase balita yang melakukan penimbangan terhadap jumlah balita yang ada.	Laporan tahunan diperoleh untuk melihat gambaran rerata balita ditimbang berat badannya dengan menjumlahkan capaian bulan Januari sampai Desember kemudian dicari reratanya.		
		2	% Balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D).	Anak yang berusia 0 bulan sampai 59 bulan yang memiliki grafik berat badan mengikuti garis pertumbuhan atau kenaikan berat badan pada bulan ini dibandingkan bulan sebelumnya sesuai standar. Persentase balita ditimbang yang naik	Mengidentifikasi dan entri seluruh sasaran yang ada di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan kecamatan, Desa/Kelurahan, RW atau Desa.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap bulan saat melakukan pemantauan pertumbuhan.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
				berat badannya adalah jumlah balita yang naik berat badannya terhadap jumlah balita yang ditimbang dikurangi balita tidak ditimbang bulan lalu dan balita baru dikali 100%.				
					Pencatatan/entri hasil penimbangan berat badan dan mengidentifikasi kenaikan berat badan hasil penimbangan bulan ini dibandingkan bulan sebelumnya.	Rekapitulasi laporan dilakukan setiap bulan dikenal dengan laporan SKDN.		
					Menghitung balita dengan kelengkapan data penimbangan bulan ini dan bulan lalu (D terkoreksi atau D aksen = D') dengan mengurangi jumlah D dengan jumlah balita yang tidak ditimbang bulan lalu (O) dan jumlah balita baru melakukan pemantauan pertumbuhan (B).	Laporan tahunan diperoleh untuk melihat gambaran rerata balita ditimbang berat badannya dengan menjumlahkan capaian bulan Januari sampai Desember kemudian dicari reratanya.		

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
					Menghitung persentase balita naik berat badannya terhadap jumlah balita yang ditimbang (D').			
		3	Cakupan Balita memiliki Buku Kesehatan Ibu Anak (KIA)/ Kartu Menuju Sehat (KMS) (K/S).	Anak yang berusia 0 bulan sampai 59 bulan yang memiliki buku berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, bayi dan anak balita) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu serta grafik pertumbuhan anak yang dapat dipantau setiap bulan atau kartu yang memuat kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks Antropometri berat badan menurut umur yang dibedakan	Mengidentifikasi dan entri seluruh sasaran yang ada di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan kecamatan, Desa/Kelurahan, RW atau Desa.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap bulan saat melakukan pemantauan pertumbuhan.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
				berdasarkan jenis kelamin.				
					Pencatatan/entri kepemilikan buku KIA.	Rekapitulasi laporan dilakukan setiap bulan dikenal dengan laporan SKDN.		
					Menghitung persentase balita memiliki buku KIA terhadap jumlah balita yang ada.	Laporan tahunan diperoleh untuk melihat gambaran kepemilikan buku KIA dengan menggunakan data bulan Desember sebagai kondisi akhir dari periode pelaksanaan program.		
f	Pemberian Kapsul Vitamin A	1	Cakupan balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A.	Bayi umur 6 sampai 11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna biru dengan kandungan vitamin A sebesar 100.000 Satuan Internasional (SI) dan anak umur 12 sampai 59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna merah dengan kandungan	Mencatat/entri balita mendapat kapsul vitamin A setiap bulan Februari dan Agustus.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap bulan Februari dan Agustus.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
				vitamin A sebesar 200.000 SI.				
					Rekapitulasi laporan balita mendapat kapsul vitamin A setiap bulan Februari dan Agustus.	Rekapitulasi laporan juga dilakukan setiap bulan Februari dan Agustus.		
					Menghitung persentase balita yang mendapat vitamin A terhadap jumlah balita yang ada berdasarkan kelompok umur 6 – 11 bulan, 12 – 59 bulan dan 6 -59 bulan.	Laporan tahunan untuk cakupan bayi umur 6 – 11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A diperoleh melalui penjumlahan data bulan Februari dan Agustus sedangkan data cakupan balita umur 12 – 59 bulan yang mendapat kapsul		
						Vitamin A menggunakan data bulan Agustus.		
		2	Cakupan ibu nifas mendapat 2 kapsul vitamin A selama masa nifas	Ibu baru melahirkan sampai hari ke-42 yang mendapat 2 kapsul vitamin A yang mengandung vitamin A dosis 200.000 Satuan Internasional (SI), satu kapsul diberikan segera setelah melahirkan dan kapsul kedua diberikan minimal	Mencatat/entri seluruh ibu nifas.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap waktu, pada saat ibu bersalin.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
				24 jam setelah pemberian pertama.				
					Mencatat jumlah Vitamin A yang didapat ibu nifas saat bersalin.	Rekapitulasi laporan dilakukan setiap bulan.		
					Menghitung persentase ibu nifas yang mendapat vitamin A.	Rekapitulasi data tahunan diperoleh melalui penjumlahan data bulan Januari sampai Desember (kumulatif).		
g	Suplementasi Taburia untuk anak usia 6-59 bulan	1.	Jumlah balita yang mendapat suplementasi gizi mikro.	Balita usia 6 – 59 bulan dengan kategori berat badan kurang (BB/U < - 2SD) yang mendapat suplementasi Taburia minimum 60 saset selama 4 bulan.	Entri data jumlah distribusi Taburia pada sasaran.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap waktu, pada saat dilakukan pelayanan kesehatan Balita (Taburia didistribusikan).	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	
					Menghitung jumlah Balita menerima Taburia dan jumlah saset yang diterima.	Rekapitulasi laporan dilakukan setiap bulan		
						Rekapitulasi sasaran yang menerima Taburia.		
						Rekapitulasi data tahunan diperoleh berdasarkan		

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
						penjumlahan dari Januari sampai Desember (kumulatif).		
h	Pemberian makanan tambahan (PMT) untuk balita gizi kurang	1	Cakupan balita gizi kurang yang mendapat Makanan Tambahan sesuai standar.	Balita usia 6 bulan sampai dengan 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score -3 SD sampai kurang dari -2 SD yang yang mendapat tambahan asupan gizi selain makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan.	Mencatat/entri data hasil pemantauan pertumbuhan atau pelayanan kesehatan balita untuk mengetahui kategori status gizi.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap waktu saat balita mendapat makanan tambahan.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	
					Rekapitulasi balita dengan status gizi kurang.	Rekapitulasi laporan juga dilakukan setiap bulan.		

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
					Mencatat/entri data distribusi makanan tambahan.	Laporan tahunan diperoleh melalui penjumlahan data bulan Januari sampai Desember (kumulatif).		
					Menghitung persentase balita gizi kurang yang mendapat makanan tambahan dengan membagi jumlah balita gizi kurang yang mendapat makanan tambahan dengan jumlah balita gizi kurang yang ada.			
		2	Σ dan % balita gizi kurang yang mengonsumsi Makanan Tambahan sesuai standar.	Balita usia 6 bulan sampai dengan 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score -3 SD sampai kurang dari -2 SD yang mengonsumsi makanan tambahan asupan	Menghitung persentase balita gizi kurang yang mengonsumsi makanan tambahan dengan membagi jumlah balita gizi kurang yang mengonsumsi makanan tambahan dengan jumlah balita gizi kurang yang mendapat makanan tambahan.	Laporan tahunan diperoleh melalui penjumlahan data bulan Januari sampai Desember (kumulatif).	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
				gizi selain makanan tambahan pabrikan.				
i	Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita	1.	Cakupan kasus gizi buruk mendapat perawatan sesuai standar.	Anak usia 0 - 59 bulan yang memiliki tanda klinis gizi buruk dan atau indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) dengan nilai Z-score kurang dari -3 SD atau LiLA < 11,5 cm pada balita usia 6 - 59 bulan yang di rawat inap maupun rawat jalan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sesuai dengan tatalaksana gizi buruk.	Mencatat/entri data hasil pemantauan pertumbuhan atau pelayanan kesehatan balita untuk mengetahui kategori status gizi.	Pencatatan/entri data dilakukan setiap waktu saat balita mendapat pelayanan tatalaksana gizi buruk.	Laporan rutin Puskesmas/SIGIZI	
					Rekapitulasi balita dengan status gizi buruk.	Rekapitulasi laporan juga dilakukan setiap bulan.		

No.	Intervensi	No.	Indikator	Definisi operasional	Cara ukur	Frekuensi Pengambilan data	Sumber Data	Penanggung Jawab
					Mencatat/entri data pelayanan tatalaksana gizi buruk.	Laporan tahunan diperoleh melalui penjumlahan data bulan Januari sampai Desember (kumulatif).		
					Menghitung persentase balita gizi buruk yang mendapat perawatan dengan membagi jumlah balita gizi buruk yang ada.			

TIM PENYUSUN

Direktorat Gizi:

Sekretariat Wakil Presiden:

Tim Konsultan:

Ria Soekarno, S.K.M., M.C.N.

dr. Gita Maya Koemara Sakti, M.H.A.

Sri Andewi, S.K.M., M.Kes.

Dr. Tiopan Sipahutar

dr. Lily Sriwahyuni Sulistyowati, M.M.

Vunny Wijaya, M.A.

Bank Dunia:

