

**PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM REHABILITASI ANAK BALITA KURANG GIZI MELALUI
'PROGRAM EDUKASI DAN REHABILITASI GIZI' (PERGIZI)
(COMMUNITY PARTICIPATION IN REHABILITATION OF MALNUTRITION UNDER-FIVE
CHILDREN THROUGH THE 'NUTRITION EDUCATION AND REHABILITATION PROGRAM'
(PERGIZI))**

Yekti Widodo¹, Sri Muljati² dan Salimar¹

ABSTRACT

Improving severe and moderate malnourished children should be implemented in a comprehensive program, as integration, sustainable, public private partnership through community empowerment. To know increase community participation in malnutrition children rehabilitation through Nutrition Education and Rehabilitation Program (PERGIZI). PERGIZI's intervention involves: health dan nutrition education, food supplementation (mothers cooked and gave their children eat together), health examination, medicinal therapy, micronutrient, and community participation. Community participation measured through energy, foodstuff or money contribution and engaged active in planning, management, monitoring, and give solution to performing PERGIZI. Intervention is done with by mother, cadre, and Puskesmas's health staff, up to 24 weeks, with activity frequency as much 30 times. Community participation in PERGIZI's management high enough, appear from present mother, cadre, and society leaders in rural community deliberation to planning activity and makes deal. Community participation up to observable performing in collaboration among mother with cadre and contribution as energy and money from mother. Nutritional status improved target PERGIZI makes a abode can keep despite 'help' is discontinued. That thing points out to mark sense mother skill and ability improving in nurses and feed child and empowerment effort begin to give positive result. PERGIZI can help to improving child nutritional status and increases optimalisasi tacling program success malnutrition children.

Keywords: PERGIZI, community participation, malnutrition under-five children

ABSTRAK

Program penanggulangan anak balita gizi buruk dan gizi kurang harus dilakukan secara terpadu, berkelanjutan, bersinergi, melibatkan lintas program, serta berbasis pemberdayaan masyarakat. Penelitian ini bertujuan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan anak balita gizi buruk dan gizi kurang melalui 'Program Edukasi dan Rehabilitasi Gizi' (PERGIZI). Intervensi PERGIZI meliputi: edukasi gizi dan kesehatan, pemberian makanan tambahan (PMT) berupa nasi, lauk dan sayur yang dimasak dan dimakan bersama, pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, pemberian sirop suplemen mineral *zinc*, serta penumbuhan partisipasi masyarakat. Partisipasi ibu balita serta masyarakat diukur melalui kontribusi tenaga, bahan makanan atau uang serta secara aktif terlibat dalam perencanaan, penyelenggaraan, pemantauan, dan pemecahan masalah selama pelaksanaan PERGIZI. Intervensi dilaksanakan bersama oleh ibu balita, kader, dan petugas kesehatan Puskesmas setempat selama 24 minggu, dengan frekuensi kegiatan sebanyak 30 kali. Partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan PERGIZI cukup tinggi, yang tampak dari kehadiran ibu balita, kader, dan tokoh masyarakat dalam musyawarah masyarakat desa untuk merencanakan kegiatan dan membuat kesepakatan. Partisipasi masyarakat selama pelaksanaan tampak dalam kerja sama antara ibu balita dengan kader serta kontribusi berupa tenaga dan uang dari ibu balita. Peningkatan status gizi anak balita tetap dapat dipertahankan meskipun 'bantuan' mulai dihentikan. Hal tersebut menunjukkan adanya peningkatan keterampilan dan kemampuan ibu dalam merawat anak balita dan memberinya makanan serta upaya pemberdayaan mulai memberikan hasil positif. PERGIZI dapat membantu menanggulangi anak balita gizi kurang dan gizi buruk dan meningkatkan optimalisasi keberhasilan program penanggulangan anak balita gizi buruk dan gizi kurang. [Penel Gizi Makan 2012, 35(2): 136-149]

Kata kunci: PERGIZI, partisipasi masyarakat, anak balita gizi kurang, anak balita gizi buruk

¹ Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes, Kemenkes R.I. Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta

² Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik, Badan Litbangkes, Kemenkes R.I. Jl. Dr. Sumeru 63 Bogor
e-mail : fat_han_an@yahoo.co.id

PENDAHULUAN

Status gizi sangat menentukan kualitas sumber-daya manusia. Kurang gizi berdampak pada penurunan kualitas sumberdaya manusia. Kurang gizi pada masa anak balita dapat mengakibatkan kegagalan pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan kecerdasan, menurunkan produktivitas, serta meningkatkan kesakitan dan kematian. Kurang gizi yang terjadi pada masa balita dapat berakibat negatif terhadap perkembangan kecerdasan pada masa dewasa.^{1,2}

Data kasus anak balita gizi kurang dan gizi buruk di Indonesia masih tinggi. Hal tersebut menunjukkan bahwa program penanggulangan anak balita gizi kurang dan gizi buruk yang dilakukan selama ini belum efektif. Program penanggulangan anak balita gizi kurang dan gizi buruk di Indonesia dilakukan melalui Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-Pemulihan) selama 90 hari, berupa makanan pabrian dan perawatan di rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan status gizi dan kesehatan yang telah dicapai selama mendapat bantuan PMT atau selama dirawat di rumah sakit sering tidak dapat dipertahankan agar tetap baik dan sehat setelah bantuan berakhir atau sepulang dari rumah sakit.³

Informasi tersebut menunjukkan bahwa program penanggulangan anak balita gizi kurang dan gizi buruk yang selama ini dilakukan masih memiliki kelemahan, di antaranya adalah:

1. Keterbatasan daya tampung, ketersediaan sumberdaya manusia dan logistik sehingga tidak semua anak balita gizi buruk dan gizi kurang dapat direhabilitasi.⁴
2. Selama mengikuti program pemulihan anak balita gizi buruk dan gizi kurang, orang tua balita tersebut tidak mampu belajar dan meningkatkan kemampuan atau keterampilan cara merawat anak dan memberi makanan kepada anak. Akibatnya, hasil yang telah dicapai selama mendapat bantuan PMT dan perawatan di rumah sakit, sering tidak dapat ditingkatkan dan dipertahankan setelah bantuan PMT berakhir atau pulang dari rumah sakit.⁵
3. Pemberian bantuan PMT pabrian cenderung menciptakan ketergantungan dan menghambat kemandirian keluarga anak balita gizi kurang dan gizi.⁵

4. Program penanggulangan anak balita gizi kurang dan gizi buruk belum dilakukan secara terpadu, bersinergi, berkelanjutan, dan berkemitraan, serta belum tercipta kerja-sama yang baik dengan lintas program dan lintas sektor.⁵
5. Program bersifat *top-down* sehingga tidak secara aktif melibatkan partisipasi masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program.⁶

Program pemulihan anak balita gizi buruk atau gizi kurang harus dilakukan secara terpadu, yaitu melalui program yang melibatkan lintas-program dan lintas-sektor, serta berbasis prakarsa dan pemberdayaan masyarakat.^{5,6,7} Oleh karena itu selain pemberian PMT, pemulihan anak balita gizi buruk dan gizi kurang harus didukung dengan strategi penyuluhan (edukasi) yang efektif, pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, pemberian sirop zinc, serta menumbuhkan potensi masyarakat untuk berprakarsa melalui upaya pemberdayaan masyarakat.^{8,9,10,11,12} Salah satu model penanggulangan anak balita gizi kurang dan gizi buruk berbasis pemberdayaan masyarakat adalah melalui Program Edukasi dan Rehabilitasi Gizi (PERGIZI).

Program Edukasi dan Rehabilitasi Gizi (PERGIZI) bertujuan untuk mengoptimalkan keberhasilan program peningkatan status gizi anak balita yang selama ini telah dilakukan, melalui kegiatan: penyuluhan (edukasi), PMT-Bersama, pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, pemberian sirop zinc, yang dilaksanakan secara terpadu dengan melibatkan masyarakat. PERGIZI merupakan upaya pemberdayaan masyarakat yang dilaksanakan dengan cara membantu, memfasilitasi, dan memotivasi ibu balita gizi kurang dan gizi buruk untuk meningkatkan status gizi anaknya dengan memanfaatkan potensi yang terdapat pada diri dan keluarganya melalui perubahan perilaku dalam merawat anak dan memberi makanan kepada anak. Indikator utama PERGIZI adalah peningkatan status gizi dan kesehatan anak balita, partisipasi masyarakat, serta perubahan perilaku ibu balita. Tulisan ini menyajikan hasil penelitian yang berkaitan dengan indikator partisipasi masyarakat dan perubahan perilaku ibu balita dalam merawat anak dan memberi makanan kepada anak.

METODE

Rancangan Penelitian dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian operasional (*operational research*) dengan desain kuasi eksperimen, yaitu rancangan sebelum dan sesudah intervensi menggunakan satu kelompok (*one group before and after intervention design*). Penelitian dilakukan di dua wilayah kecamatan yang mempunyai prevalensi anak balita gizi kurang cukup tinggi ($>20\%$), yaitu Kecamatan Sepatan, Kabupaten Tangerang dan Kecamatan Cidahu, Kabupaten Sukabumi.

Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah semua anak balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur ($BB/U < -2 SD$),¹³ di 6 Posyandu yang meliputi 6 desa, di wilayah penelitian.

Strategi dan Cara Intervensi

Strategi dan cara intervensi penelitian ini adalah memadukan program penanggulangan anak balita gizi buruk dan gizi kurang yang selama ini telah dilakukan melalui pemberian makanan tambahan (PMT) dengan pemeriksaan kesehatan, pengobatan, dan pemberian *micronutrient*, yang didukung dengan strategi penyuluhan (edukasi) yang efektif. Intervensi penelitian juga melibatkan ibu balita gizi buruk dan gizi kurang untuk berpartisipasi aktif dan memberikan kontribusi dalam upaya memperbaiki keadaan gizi anak. Jenis kontribusi ibu balita dapat berupa tenaga, uang, atau bahan makanan sesuai kesepakatan bersama diantara ibu balita. Semua kegiatan intervensi dikemas dalam satu kegiatan yang disebut Program Edukasi dan Rehabilitasi Gizi disingkat PERGIZI.

Komponen PERGIZI meliputi: edukasi (penyuluhan) gizi dan kesehatan, pemantauan dan pengukuran berat badan anak balita, pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, PMT berupa nasi, lauk, sayur, dan buah yang dimakan bersama, serta pemberian sirop zinc. Kegiatan intervensi dilakukan selama 24 minggu, dengan frekuensi kegiatan sebanyak 30 kali, yang dilaksanakan secara terpadu melalui kerja sama antara tenaga kesehatan (Puskesmas), kader Posyandu, TP PKK, ibu balita sasaran PERGIZI, dan tim peneliti sebagai pendamping.

Selama ini program rehabilitasi anak balita gizi buruk dan gizi kurang adalah diberi bantuan berupa makanan tambahan baik bahan makanan lokal, susu, ataupun makanan pabrikan sehingga menimbulkan ketergantungan. Pada penelitian ini makanan tambahan yang diberikan adalah nasi lauk, sayur, dan buah. Dana untuk pengadaan bahan makanan tersebut bersumber dari kontribusi ibu balita dan anggota masyarakat lain, serta bantuan dari dana penelitian yang diberikan kepada kader tanpa sepengetahuan ibu balita. Bantuan dana pengadaan bahan makanan dari penelitian adalah Rp 2.500 per anak per kegiatan atau Rp 75.000 per anak untuk 30 kali kegiatan.

Cara Pelaksanaan PERGIZI

Pelaksanaan intervensi melalui PERGIZI diawali dengan kegiatan sosialisasi kepada pelaksana program tingkat Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan tingkat desa. Tahap berikutnya adalah Pelatihan Penatalaksanaan Anak Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang Melalui PERGIZI, bagi petugas kesehatan dan kader Posyandu. Setelah tenaga kesehatan dan kader Posyandu dilatih, kemudian dilakukan penapisan anak balita gizi buruk dan gizi kurang di 6 Posyandu terpilih, sebagai calon sasaran intervensi PERGIZI. Sasaran PERGIZI adalah semua anak usia 6-54 bulan yang mempunyai status gizi buruk dengan indeks antropometri $BB/U < -3 SD$,¹³ dan gizi kurang dengan indeks antropometri $BB/U < -2$.¹³

Setelah penapisan anak balita gizi buruk dan gizi kurang kemudian diselenggarakan kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) untuk membuat kesepakatan bersama. Peserta MMD meliputi petugas kesehatan, pemerintah desa terutama kepala desa, TP PKK, tokoh masyarakat, kader Posyandu, dan orang tua anak balita gizi buruk dan gizi kurang serta dihadiri tim peneliti sebagai pendamping. Pada saat MMD disampaikan penjelasan tujuan, jenis kegiatan, cara melaksanakan kegiatan, waktu dan jadwal pelaksanaan kegiatan, pembagian tugas dan peran, penyiapan peralatan dan bahan, biaya kegiatan, kontribusi dari peserta musyawarah, serta sistem pemantauan dan pencatatan semua kegiatan PERGIZI selama 24 minggu.

Berdasarkan hasil kesepakatan pada saat MMD, maka dilaksanakan kegiatan pemulihan anak balita gizi buruk dan gizi kurang melalui PERGIZI. Kegiatan utama

PERGIZI adalah memperbaiki cara merawat anak dan memberi makanan kepada anak balita melalui penyuluhan dan PMT berupa makan pokok, lauk, sayur, dan buah yang dimasak bersama oleh kader dan ibu balita dan dimakan bersama di tempat kegiatan. Selain penyuluhan dan PMT-bersama juga dilakukan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, pemberian *micronutrient* berupa

sirop zinc. Semua kegiatan PERGIZI dilaksanakan secara terpadu melalui kerja sama antara tenaga kesehatan, kader Posyandu, TP PKK, ibu balita, tokoh masyarakat, dan tim peneliti sebagai pendamping. Jadwal pelaksanaan kegiatan PERGIZI selama 24 disajikan pada tabel matriks berikut.

Tabel 1
Matriks Jadwal Kegiatan PERGIZI Selama 24 Minggu

No	Jenis Kegiatan	Minggu Ke-																								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	PMT-Bersama	7x	7x	3x	3x	2x	1x	1x	-	1x	-	1x	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x
2	Pemberian <i>micronutrient</i>	7x	7x	7x	7x	7x	7x	7x	7x	7x	7x	7x	7x	1x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Penimbangan berat badan	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	-	1x	-	1x	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x
4	Penyuluhan gizi- kes	7x	7x	3x	3x	2x	1x	1x	-	1x	-	1x	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x
5	Pemeriksaan- pengobatan	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x	-	-	-	1x

Keterangan: ...x = frekuensi kegiatan pada minggu tersebut.

Micronutrient = Sirop zinc (Zinc-C)

Cara Pemantauan dan Pengumpulan Data

Pemantauan pelaksanaan kegiatan dilakukan bersama oleh kader, petugas kesehatan dan tim peneliti. Pemantauan dilakukan secara terus menerus terhadap proses pelaksanaan, masalah dan kendala yang terjadi, pemecahan masalah, dan hasil atau manfaat kegiatan. Pengumpulan dan pencatatan data dilakukan bersama oleh tim peneliti bersama dengan kader Posyandu, menggunakan formulir pencatatan data yang telah disediakan. Data yang dikumpulkan selama pelaksanaan intervensi meliputi: berat badan anak balita, keluhan sakit yang diderita anak balita, porsi makan yang dihabiskan pada saat makan bersama, pemberian sirop zinc, dan morbiditas anak balita.

HASIL

Hasil penapisan di 6 Posyandu ditemukan 139 anak balita gizi kurang dan gizi buruk berdasarkan indeks BB/U. Dari 139 anak balita gizi kurang dan gizi buruk, hanya 110 anak balita (79,2%) yang hadir ketika kegiatan PERGIZI dimulai. Ada 29 anak balita (20,8%) yang tidak mau hadir sejak awal kegiatan PERGIZI dimulai. Alasan orang tua balita tersebut adalah: keberatan memberikan kontribusi (11 orang), merasa tidak enak jika tidak memberi kontribusi (7 orang), dan orang tua repot (11 orang).

Pada akhir penelitian dari 110 anak balita yang pada awalnya mengikuti kegiatan PERGIZI, hanya ada 90 anak balita yang dapat dievaluasi, terdiri dari 23 anak balita gizi buruk dan 67 anak balita gizi kurang. Kelompok umur sampel dan karakteristik orang tua sampel disajikan pada diagram Tabel 2.

Tabel 2
Kelompok Umur Sampel dan Karakteristik Orang Tua Sampel

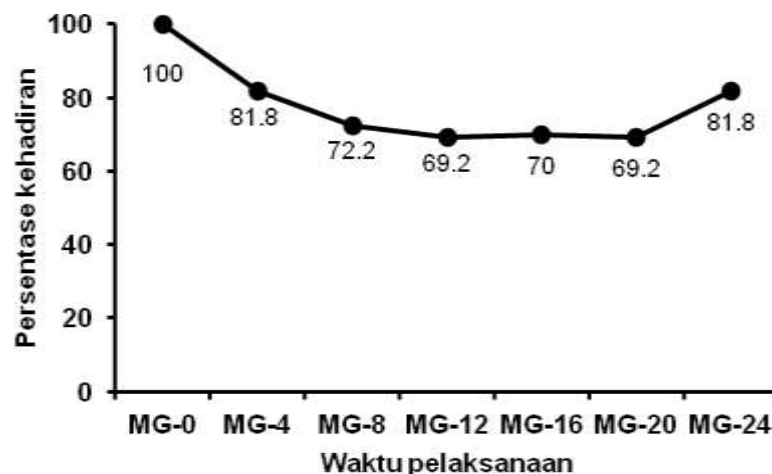
No	Karakteristik	Gizi Buruk		Gizi Kurang	
		n	%	n	%
1	Kelompok Umur Sampel				
	6-11 bulan	1	4,3	2	3
	12-23 bulan	5	21,7	27	40,3
	24-35 bulan	10	43,5	15	22,4
	36-47 bulan	7	30,5	15	22,4
	48-59 bulan	0	0,0	8	11,9
2	Tingkat Pendidikan Ayah				
	SD	13	56,5	39	59,1
	SMP	10	43,6	14	21,2
	SMA	0	0,0	11	16,7
	Perguruan Tinggi	0	0,0	2	3,0
3	Tingkat Pendidikan Ibu				
	SD	16	69,6	37	55,2
	SMP	6	26,1	18	26,9
	SMA	1	4,3	10	14,9
	Perguruan Tinggi	0	0,0	3	3,0
4	Pekerjaan Ayah				
	Tani/Buruh/Ojek	13	56,6	42	63,6
	Wiraswasta	5	21,7	12	18,2
	Swasta	5	21,7	11	16,7
	PNS	0	0	1	1,5
5	Pekerjaan Ibu				
	Ibu Rumah Tangga	20	87,0	57	85,1
	Tani/Buruh	0	0,0	5	7,4
	Wiraswasta	1	4,3	2	3,0
	Swasta	2	8,7	3	4,5

**Ada satu anak balita yang ayahnya telah meninggal dunia*

Partisipasi Ibu Balita

Data kehadiran 90 anak balita sasaran PERGIZI yang disajikan adalah kehadiran pada minggu ke-0, minggu ke-4, minggu ke-8, minggu ke-12, minggu ke-16, minggu ke-20, dan minggu ke-24. Alasannya pada saat itu kegiatan PERGIZI dilakukan kegiatan

lengkap, meliputi: penimbangan berat badan, makan PMT-bersama, penyuluhan, serta pemeriksaan dan pengobatan oleh tenaga kesehatan. Data kehadiran anak balita sasaran PERGIZI dalam mengikuti kegiatan disajikan pada Gambar 1.



Gambar 1
Grafik Persentase Kehadiran Anak Balita dalam Kegiatan PERGIZI
pada Minggu Ke -0, -4, -8, -12, -16, -20, dan -24

Partisipasi ibu balita dalam mengikuti kegiatan PERGIZI dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori, yaitu: tidak aktif (frekuensi kehadiran 5-9 kali); kurang aktif (frekuensi kehadiran 10-19 kali) dan aktif

(frekuensi kehadiran 20-30 kali). Data partisipasi ibu balita dalam mengikuti kegiatan PERGIZI berdasarkan frekuensi kehadiran disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3
Partisipasi Ibu Balita Menurut Frekuensi Kehadiran Mengikuti Kegiatan PERGIZI

No	Kategori Partisipasi	Gizi Buruk		Gizi Kurang	
		n	%	n	%
1	Tidak aktif (5-9 kali hadir)	1	4,3	2	3,0
2	Kurang aktif (10-19 kali hadir)	3	13,0	13	19,4
3	Aktif (20-30 kali hadir)	19	82,7	52	77,6

Partisipasi ibu balita dalam mengikuti pelaksanaan kegiatan PERGIZI ternyata cukup tinggi. Hal tersebut tidak terlepas dari peran, dukungan, dan tanggung jawab yang sangat tinggi dari para kader Posyandu, kader PKK, tokoh masyarakat, Kepala Puskesmas, TPG, dan bidan desa. PERGIZI merupakan upaya pemberdayaan masyarakat untuk membantu, memotivasi, dan memfasilitasi ibu balita gizi kurang dan gizi buruk guna meningkatkan status gizi anaknya dengan memanfaatkan semua potensi yang ada pada dirinya, keluarga, kader, dan anggota masyarakat.

Ibu balita dan anggota masyarakat dilibatkan secara aktif dalam merencanakan, menyelenggarakan, monitoring dan evaluasi, serta mengatasi kendala yang ada selama penyelenggaraan kegiatan PERGIZI. Selain ibu balita, sasaran pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan PERGIZI adalah kader Posyandu, kader PKK, tokoh masyarakat, termasuk pemerintahan desa dan Puskesmas. Potensi keluarga anak balita sasaran PERGIZI untuk memberikan kontribusi sebenarnya cukup besar. Hal ini tampak dari kepemilikan barang berharga keluarga anak balita gizi kurang dan gizi buruk, seperti disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4
Kepemilikan Barang Berharga Keluarga Anak Balita Sasaran PERGIZI

No	Jenis Barang yang Dimiliki	Gizi Buruk		Gizi Kurang	
		n	%	n	%
1	Televisi	17	73,9	54	80,6
2	DVD player	7	30,4	23	34,3
3	Hand-phone	13	56,5	42	62,7
4	Kulkas	10	43,5	24	35,8
5	Sepeda motor	12	52,2	30	44,8
6	Mobil	0	0,0	3	4,5
7	Rekening di bank	4	17,4	17	25,4
8	Perhiasan emas	2	8,7	22	32,8
9	Rumah	11	47,8	44	65,7

Pada Tabel 4 tampak bahwa keluarga anak balita gizi kurang dan gizi buruk sasaran PERGIZI bukan keluarga yang hidupnya serba kekurangan, karena sebagian keluarga mempunyai kulkas, sepeda motor, bahkan memiliki mobil. Berdasarkan kepemilikan barang berharga, keluarga anak balita gizi buruk dan gizi kurang dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu: keluarga tidak mampu

(miskin) adalah keluarga yang sama sekali tidak memiliki atau yang hanya memiliki 3 jenis barang berharga; kurang mampu (agak miskin) adalah keluarga yang memiliki 4 sampai 6 jenis barang berharga; dan keluarga mampu (kaya) adalah keluarga yang memiliki 7 sampai 9 jenis barang berharga. Kategori keluarga anak balita gizi buruk dan gizi kurang sasaran PERGIZI disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5
Kategori Keluarga Anak Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang Sasaran PERGIZI

No	Kategori Keluarga Anak Balita	Gizi Buruk		Gizi Kurang	
		n	%	n	%
1	Tidak mampu (miskin)	13	56,6	34	50,8
2	Kurang mampu (agak miskin)	9	39,1	22	32,8
3	Mampu (kaya)	1	4,3	11	16,4

Selama pelaksanaan kegiatan PERGIZI, partisipasi dan kontribusi dari ibu balita, kader, dan anggota masyarakat cukup tinggi, khususnya dari ibu balita. Data jenis

kontribusi dan frekuensi ibu balita memberikan kontribusi selama mengikuti kegiatan PERGIZI disajikan pada Tabel 6.

Tabel 6
Jenis dan Frekuensi Kontribusi Ibu Balita Selama Mengikuti Kegiatan PERGIZI

No	Kontribusi Ibu Balita	Gizi Buruk		Gizi Kurang	
		n	%	n	%
1	Jenis kontribusi				
	• Tidak pernah	0	0,0	10	14,9
	• Tenaga	1	4,3	3	4,5
	• Uang	11	47,8	33	49,3
	• Tenaga dan uang	11	47,8	21	31,3
2	Frekuensi kontribusi				
	• Tidak pernah	0	0,0	10	14,9
	• 1 s.d. 9 kali	6	26,1	15	22,4
	• 10 s.d. 19 kali	6	26,1	16	23,9
	• 20 s.d. 30 kali	11	47,8	26	38,8

Pada Tabel 6 tampak bahwa jenis dan frekuensi kontribusi ibu balita berupa tenaga dan uang selama penyelenggaraan kegiatan PERGIZI cukup tinggi. Hal tersebut menunjukkan potensi masyarakat khususnya keluarga anak balita gizi kurang dan gizi buruk dapat diberdayakan, dan upaya pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan PERGIZI mendapat tanggapan positif dari masyarakat. Besar kontribusi masyarakat (ibu balita gizi kurang dan gizi buruk) berupa uang, ditentukan berdasarkan kesepakatan ketika dilakukan MMD. Besarnya uang kontribusi bervariasi, yaitu berkisar antara Rp 1.000 sampai dengan Rp 3.000 tergantung hasil kesepakatan. Kontribusi tidak dipaksakan, bila ibu balita tidak mempunyai uang, tidak perlu sungkan, yang penting mau datang sesuai jadwal.

Peran kader dalam penyelenggaraan PERGIZI sangat banyak, tenaga beberapa kader juga memberikan kontribusi berupa uang dan bahan makanan. Kontribusi dari Puskesmas adalah obat-obatan dan tenaga kesehatan untuk memeriksa anak balita, dan PMT berupa susu instant dan biskuit, khususnya dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang. PMT berupa susu diberikan kepada anak balita sasaran PERGIZI untuk diminum di PERGIZI, sedangkan biskuit diberikan sebagai snack dan sebagian dibawa pulang untuk dimakan di rumah. Hal tersebut menunjukkan adanya keterpaduan dalam penanggulangan anak balita gizi kurang dan gizi buruk.

Partisipasi dan kontribusi ibu balita dan masyarakat dalam mengikuti dan melaksanakan kegiatan PERGIZI tidak sia-sia, karena dapat membantu meningkatkan

status gizi anak balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 23 anak balita gizi buruk setelah diintervensi melalui kegiatan PERGIZI selama 24 minggu, 3 anak balita (13,0%) berhasil ditingkatkan status gizinya menjadi gizi baik dan 11 anak balita (47,8%) berhasil ditingkatkan menjadi gizi kurang. Pada anak balita gizi kurang, dari 67 anak balita gizi kurang, setelah diintervensi melalui kegiatan PERGIZI selama 24 minggu, 29 anak balita (43,3%) berhasil ditingkatkan status gizinya menjadi gizi baik. Jadi, secara keseluruhan upaya rehabilitasi anak balita gizi buruk dan gizi kurang melalui kegiatan PERGIZI dapat membantu meningkatkan status gizi 43 anak balita (47,8%) dari sasaran rehabilitasi. Pada akhir kegiatan PERGIZI masih ada 9 anak balita gizi buruk yang tetap buruk dan 2 anak balita gizi kurang yang turun menjadi gizi buruk.

BAHASAN

Program Edukasi dan Rehabilitasi Gizi (PERGIZI) adalah kegiatan yang berupaya membantu, memfasilitasi, dan memotivasi ibu balita gizi kurang dan gizi buruk untuk meningkatkan status gizi anaknya dengan memanfaatkan semua potensi yang ada pada dirinya, keluarga, dan masyarakat. Pemanfaatan semua potensi tersebut dilakukan melalui upaya pemberdayaan dan prakarsa masyarakat. Upaya dimaksudkan untuk mengubah perilaku orang tua dalam merawat anak dan memberi makanan kepada anak. Selain itu juga untuk meningkatkan partisipasi dan kontribusi masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan pemantaua, evaluasi, dan mengatasi kendala yang muncul selama

melaksanakan kegiatan PERGIZI. Jadi, sasaran upaya pemberdayaan masyarakat selain partisipasi dari ibu balita sasaran kegiatan PERGIZI, adalah partisipasi dari kader Posyandu, kader PKK, tokoh masyarakat termasuk unsur pemerintahan desa dan Puskesmas.

Kondisi sebagian masyarakat di enam Posyandu sasaran PERGIZI, termasuk kelompok menengah ke bawah, tinggal di pemukiman padat dengan sanitasi lingkungan yang kurang baik. Menurut informasi dari Puskesmas setempat daerah tersebut termasuk wilayah “kantong” gizi kurang dan gizi buruk serta penyakit kronis yaitu TB paru. Tujuan utama penelitian ini adalah menanggulangi anak balita gizi buruk dan gizi kurang melalui intervensi yang dikemas dalam kegiatan PERGIZI. Indikator keberhasilan penelitian ini diukur menggunakan variabel utama yaitu peningkatan status gizi anak balita gizi buruk menjadi gizi kurang dan gizi baik, serta peningkatan status gizi anak balita gizi kurang menjadi gizi baik.

Ada lima unsur internal (dalam diri orang tua anak balita) yang dapat membantu keberhasilan orang tua dalam meningkatkan status gizi anak melalui perubahan perilaku dalam merawat anak dan memberi makanan kepada anak, yaitu:

1. **Tegar** adalah orang tua anak tidak tersinggung dan menjadi putus asa apabila anaknya termasuk menderita gizi kurang atau buruk serta bertekad untuk berusaha meningkatkan status gizi anaknya.
2. **Sadar** adalah orang tua segera sadar bahwa cara merawat anak dan memberi makanan kepada anak yang selama ini dilakukan belum tepat sehingga tidak memberikan hasil yang baik terhadap status gizi dan kesehatan anaknya.
3. **Ikhtiar** adalah berusaha dengan sungguh-sungguh untuk meninggalkan perilaku yang tidak sehat dan tidak tepat dan berusaha dengan sungguh-sungguh untuk mengikuti dan melakukan perilaku yang sehat dan tepat dalam merawat anak dan memberi makanan kepada anak.
4. **Sabar** adalah berusaha menekan perasaan ingin cepat berhasil dengan cara menyadari bahwa upaya merehabilitasi atau menyembuhkan anak gizi kurang atau gizi buruk memerlukan pengorbanan perasaan, waktu, tenaga, dan biaya yang tidak sedikit.

5. **Mandiri** adalah tidak tergantung pada bantuan orang lain karena yang dapat membantu dan melakukan agar anak menjadi sehat dan tidak menderita gizi kurang atau gizi buruk adalah orang tuanya bukan orang lain.

Upaya edukasi untuk menumbuhkan kesadaran ibu balita, bahwa cara merawat anak dan memberi makanan kepada anak yang selama ini dilakukan tidak tepat, merupakan tahap sangat menentukan keberhasilan upaya peningkatan status gizi anak. Oleh karena itu strategi yang diterapkan adalah dengan menunjukkan bukti nyata yang selalu melekat dalam diri anaknya, yaitu kurus, kecil, pendek, sering sakit (penyakit), kotor, dan lainnya. Keadaan anaknya adalah bukti kesalahan dan kegagalan orang tua dalam merawat anak dan memberi makanan kepada anak. Apabila cara merawat anak dan memberi makanan kepada anak selama ini sudah benar, anaknya tidak mungkin menjadi sasaran utama kegiatan PERGIZI, karena anaknya pasti sehat dan berat badannya sesuai standar.

Bagi ibu balita yang tidak segera sadar, pasti akan bereaksi untuk membela diri dan mencari pembenaran bahwa selama ini sudah melakukan yang benar, menyalahkan generasi sebelumnya karena faktor keturunan, bahkan ada yang menyalahkan lingkungan dan orang lain seperti diguna-guna. Alasan faktor keturunan adalah alasan yang sangat potensial dimanfaatkan untuk menumbuhkan kesadaran, karena generasi sebelumnya yaitu orang tua, kakek-nenek, dan *embah-embahnya* telah menurunkan dan mewariskan kebiasaan atau cara yang salah dalam merawat anak dan memberi makanan kepada anak, sehingga keturunannya kurus, pendek, *penyakit*, kotor, dan sebagainya. Jadi saat ini adalah kesempatan terbaik bagi ibu untuk menurunkan dan mewariskan keturunan yang lebih baik, lebih sehat, dan lebih cerdas. Strategi menumbuhkan dan membangun kesadaran seperti ini telah dicoba selama pelaksanaan PERGIZI dan hasilnya sangat baik untuk meningkatkan partisipasi dan mempercepat perubahan perilaku.

Upaya rehabilitasi dengan cara menumbuhkan kemandirian ibu balita dalam meningkatkan status gizi dan kesehatan anak merupakan hal yang cukup sulit dicapai. Hal ini karena beberapa faktor internal dan eksternal pada keluarga balita

gizi kurang dan gizi buruk yang mempengaruhi keberhasilan meningkatkan kemandirian orang tua balita, di antaranya adalah:

1. Keterbatasan ekonomi dan keterbatasan kemampuan mengelola sumberdaya keluarga balita gizi kurang dan gizi buruk.
2. Keterbatasan pengetahuan, kemampuan dan keterampilan dalam menyediakan, mengolah dan menyajikan makanan bergizi bagi anak balita.
3. Pemberian bantuan PMT bagi anak balita gizi kurang dan gizi buruk yang selama ini telah dilakukan oleh berbagai institusi yang tidak disertai upaya mengubah perilaku dalam merawat anak dan memberi makanan kepada anak balita agar menjadi lebih sehat dan lebih baik dan pemberdayaan keluarga balita.
4. Persepsi anggota masyarakat dan tokoh masyarakat serta pemerintah desa yang menganggap bahwa penanggulangan balita gizi kurang dan gizi buruk adalah kewajiban pemerintah khususnya Kementerian Kesehatan maupun Dinas Kesehatan.

Hasil pemantauan selama 24 minggu program berlangsung menunjukkan adanya partisipasi ibu balita dalam mengikuti kegiatan cukup tinggi. Hal ini diduga karena pada kegiatan PERGIZI anak balita mendapat 'vitamin' yang dapat menambah nafsu makan anak selama 12 minggu, pemeriksaan dan pengobatan setiap 4 minggu sekali, PMT bersama berupa nasi, sayur, lauk, buah, dan snack serta merasa ada peningkatan nafsu makan anak.

Upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan tingkat partisipasi ibu balita dalam mengikuti program adalah melakukan kunjungan rumah yang dilakukan oleh kader. Hal ini dilakukan untuk memotivasi dan mengingatkan jadwal kegiatan PERGIZI agar tetap aktif mengikuti kegiatan. Oleh karena itu sampai akhir kegiatan partisipasi ibu balita sasaran PERGIZI untuk mengikuti kegiatan dapat dipertahankan relatif cukup tinggi.

Tanggapan masyarakat yang cukup positif khususnya dari ibu balita gizi kurang dan gizi buruk terhadap penyelenggaraan PERGIZI telah dapat memberikan dampak yang besar terhadap upaya peningkatan status gizi anak balita sasaran PERGIZI. Hal ini diduga karena program perbaikan gizi balita yang dilakukan melalui PERGIZI berbeda dengan program perbaikan gizi

yang biasa dilakukan melalui Puskesmas. Komponen PERGIZI lebih lengkap dan cara mengurangi kegiatan dilakukan secara bertahap, agar hasil yang telah dicapai dan pola perilaku ibu balita yang sudah tercipta tetap bisa dipertahankan dan ditingkatkan. Status gizi anak balita yang telah mengalami peningkatan juga dapat dipertahankan tetap mengalami perbaikan, meskipun pemberian PMT bersama, dan sirup zinc telah dihentikan secara bertahap.

Pada akhir intervensi masih terdapat anak balita yang tetap menderita gizi buruk bahkan ada yang yang awalnya gizi kurang pada akhir intervensi justru menjagi gizi buruk. Dugaan faktor penyebab yang berkaitan dengan kondisi anak tersebut sangat beragam dan tidak sama untuk setiap anak. Beberapa penyebab yang berkaitan dengan "kegagalan" upaya rehabilitasi tersebut diantaranya adalah: anak mengalami diare yang berulang, sering sakit panas batuk dan pilek, nafsu makan tetap sulit, anak termasuk BBLR, orang tua kurang telaten dan kurang gigih dalam memberi makanan kepada anak, serta dicurigai menderita TB paru, karena sebagian besar tinggal di daerah kantong TB paru.

Peningkatan status gizi yang dicapai dalam kegiatan PERGIZI cukup baik karena pada akhir kegiatan anak balita yang mengalami peningkatan dan berhasil mempertahankan status gizi tetap gizi baik, meskipun pemberian sirup zink telah dihentikan 12 minggu sebelumnya dan PMT-bersama diberikan 4 minggu sekali. Jadi dapat dinyatakan *bahwa kegiatan PERGIZI selama 24 minggu dapat membantu meningkatkan berat badan dan status gizi anak balita sasaran kegiatan PERGIZI dan perbaikan status gizi tersebut tetap dapat dipertahankan agar tetap baik meskipun "pemberian bantuan" telah dihentikan.*

Kemampuan ibu balita mempertahankan dan meningkatkan status gizi anaknya tetap baik diperkirakan masih tetap bisa dipertahankan dan ditingkatkan pasca pelaksanaan kegiatan PERGIZI. Peningkatan status gizi dan kesehatan anak balita sasaran PERGIZI yang tetap dapat dipertahankan, secara *tersirat menunjukkan adanya peningkatan keterampilan dan kemampuan ibu balita dalam memberi makanan dan merawat anak.* Hal ini menunjukkan adanya perubahan perilaku dan terjadinya adopsi cara merawat anak dan memberi makanan kepada anak yang lebih baik, yang telah dilakukan selama mengikuti kegiatan PERGIZI.

Perubahan perilaku dan adopsi cara merawat anak dan memberi makanan kepada anak, yang terjadi pada ibu anak balita gizi buruk dan gizi kurang selama mengikuti PERGIZI menunjukkan bahwa perilaku masyarakat bisa diubah. Perubahan perilaku ibu balita menjadi lebih mudah dan cepat, apabila dilakukan dengan cara mengajarkan serta mengajak ibu balita untuk mempraktikkan langsung perilaku yang dimaksud, seperti memasak, cuci tangan dengan sabun, dan memberi makanan kepada anak bersama-sama. Disamping itu juga merupakan dampak dari motivasi tanpa henti dan penyuluhan secara intensif yang dilakukan oleh kader maupun tenaga kesehatan. Hal ini membuktikan bahwa bukan masyarakat yang tidak mau disadarkan, tetapi bagaimana upaya penyadaran itu dilakukan secara sistematis serta dapat mengatasi masalah yang dirasakan dan dihadapi oleh masyarakat.

Jadi, program dan penyuluhan yang dilaksanakan harus sesuai dengan masalah yang dirasakan oleh masyarakat serta sasaran penyuluhan.¹⁴ Saran atau nasihat yang diberikan harus dirasa mudah dan dapat mengatasi masalah yang dirasakan. Selain itu penyuluhan harus dilakukan secara sistematis dan dampak penyuluhan yang diberikan harus dievaluasi dan segera dicarikan alternatif lain untuk mengatasi masalah bila alternatif saran atau nasihat sebelumnya tidak berhasil.¹⁵ Oleh karena itu perlu sering dilakukan interaksi antara sasaran penyuluhan dengan penyuluh, baik dalam keadaan formal maupun non-formal.

Unsur edukasi merupakan komponen utama dari PERGIZI karena dapat memberikan dampak yang luar biasa dan bersifat jangka panjang. Hal ini sering kurang disadari oleh pengambil kebijakan dan pengelola program kesehatan, sehingga program banyak program yang dilaksanakan mengalami kegagalan, karena tidak disertai dengan sistem dan strategi edukasi yang tepat dan memberikan solusi bagi yang mempunyai masalah. Oleh karena itu pengembangan dan penerapan sistem dan strategi penyuluhan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat perlu diterapkan dan diprioritaskan dalam upaya peningkatan status gizi dan kesehatan masyarakat.

Faktor lain yang diduga berhubungan dengan tingkat partisipasi ibu balita sasaran PERGIZI dalam mengikuti kegiatan adalah pemberian 'vitamin' berupa sirop zinc. Pada awal pelaksanaan kegiatan makan bersama,

banyak anak balita yang mengalami keluhan sulit makan dan tidak nafsu makan. Hal tersebut merupakan masalah yang biasa terjadi pada anak balita gizi buruk dan gizi kurang. Upaya untuk membantu meningkatkan nafsu makan anak balita diberi sirop zinc.¹¹ Berdasarkan hasil penelitian dapat sirop zinc dapat membantu meningkatkan nafsu makan dan harganya relatif murah.

Menurut ibu balita pemberian sirop zinc dapat meningkatkan nafsu makan anaknya. Selain itu kegiatan makan bersama di PERGIZI dapat memberikan suasana yang menyenangkan bagi anak sehingga anak mau makan. Bagi ibu anak balita kegiatan makan bersama dapat memotivasi dirinya agar lebih sabar dan telaten dalam memberi makanan kepada anak. Motivasi oleh kader ketika kegiatan makan bersama agar anak-anak menghabiskan porsi makannya dan agar ibu balita lebih sabar dan telaten memberi makanan kepada anak juga telah memberikan dampak cukup besar terhadap peningkatan status gizi sasaran PERGIZI.

Kegiatan pemeriksaan dan pengobatan terhadap sasaran PERGIZI setiap 4 minggu sekali juga merupakan hal yang dibutuhkan oleh ibu balita sasaran PERGIZI. Hal ini tampak ketika jadwal pemeriksaan ibu balita lebih sabar menanti untuk mendapat layanan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan. Pemeriksaan kesehatan dan pemberian sirop zinc atau 'vitamin' merupakan solusi yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan ibu anak balita serta sesuai dengan masalah yang dirasakan.

Kontribusi dari masyarakat khususnya ibu anak balita sasaran PERGIZI berupa tenaga dan uang menunjukkan bahwa masyarakat mau berkorban, baik tenaga maupun uang untuk mengatasi masalah gizi dan kesehatan anaknya. Meskipun dari aspek pendidikan dan pekerjaan, orang tua anak balita sasaran PERGIZI termasuk keluarga menengah ke bawah, namun cukup banyak di antara keluarga tersebut yang memiliki barang berharga keluarga. Hal tersebut menunjukkan potensi keluarga untuk memberikan kontribusi cukup besar.

Partisipasi ibu balita dalam memberikan kontribusi dalam kegiatan PERGIZI tidak sama. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi masyarakat cenderung semakin tinggi jumlah ibu balita yang memberikan kontribusi dalam kegiatan PERGIZI. Di samping keadaan sosial

ekonomi keluarga balita, partisipasi kontribusi juga dipengaruhi kemampuan kader untuk memotivasi meyakinkan ibu balita bahwa yang paling bertanggung jawab terhadap keadaan gizi dan kesehatan anak balita adalah orang tuanya.

Hasil meta-analisis terhadap model rehabilitasi anak balita gizi buruk dan gizi kurang berbasis masyarakat, yang dikembangkan sejak tahun 1980-1998 hanya 33 persen model dapat memberikan hasil efektif. Sebagian besar model yang efektif tersebut dilakukan dengan memberikan "bantuan" makanan tinggi energi dan tinggi protein, berupa makanan utama atau snack untuk 1-3 kali makan dalam sehari dengan jangka waktu rehabilitasi (*treatment*) berkisar antara 2 sampai 12 minggu, yang dimaksudkan untuk memberikan kecukupan gizi.¹⁶ PERGIZI merupakan UKBM alternatif untuk penanggulangan anak balita gizi buruk dan gizi kurang, selain pemberian makanan tambahan (PMT) pabrikaan selama 90 hari, *therapeutic feeding center* (TFC), Pos Gizi, Panti Pemulihan Gizi, atau Klinik Gizi. Berbagai model tersebut tentunya memiliki persamaan dan perbedaan, keunggulan dan keterbatasan serta keunikan masing-masing. Hasil penelitian dan pengembangan model rehabilitasi (penanggulangan) anak balita gizi buruk dan gizi kurang yang berbasis masyarakat menunjukkan tingkat *efficacy* dan *effectiveness* berbeda-beda.³

Model PERGIZI tersebut hampir sama dengan model-model yang telah dikembangkan, karena PERGIZI juga memberikan bantuan berupa makanan utama yaitu nasi, lauk, dan sayur, serta snack atau buah. Hal yang berbeda adalah jadwal pelaksanaan PERGIZI yaitu mengurangi kegiatan secara bertahap, dari kegiatan setiap hari menjadi setiap 4 minggu sekali, pemberian sirup zinc dan mengajak masyarakat untuk memberikan kontribusi. Sebenarnya prioritas kegiatan PERGIZI adalah pada 4 minggu pertama, karena 67 persen kegiatan intervensi dilakukan pada periode waktu tersebut. Kegiatan PERGIZI pada minggu-minggu berikutnya lebih ditujukan untuk memelihara perubahan perilaku dan mempertahankan serta meningkatkan hasil yang telah dicapai agar tetap baik.

PERGIZI merupakan model UKBM 'baru' yang dapat dipilih sebagai program alternatif dalam penanggulangan anak balita gizi kurang dan gizi buruk di tingkat komunitas (masyarakat). Berdasarkan hasil evaluasi dan pengamatan selama

pelaksanaan kegiatan PERGIZI di 6 desa (6 Posyandu) dapat dinyatakan bahwa PERGIZI mempunyai beberapa keunggulan komparatif, di antaranya adalah:

1. PERGIZI melibatkan masyarakat sejak proses perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi kegiatan, agar masyarakat merasa memiliki program.
2. PERGIZI sesuai dengan masalah yang dirasakan (anak sering sakit dan susah makan) dan kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat (pemeriksaan dan pengobatan serta peningkatan nafsu makan).
3. PERGIZI diselenggarakan di tempat yang mudah dijangkau oleh masyarakat, yaitu di sekitar tempat tinggal anak balita gizi buruk dan gizi kurang, sehingga menghemat biaya transportasi bagi orang tua anak balita.
4. PERGIZI mempercepat perubahan perilaku ibu balita dalam merawat dan memberi makanan kepada anak menjadi perilaku yang lebih sehat dan lebih baik, dan perubahan perilaku tersebut bersifat permanen, karena ibu balita telah merasakan manfaat dan hasil yang nyata, yaitu peningkatan nafsu makan, berat badan, kesehatan, dan perkembangan sosial anak.
5. PERGIZI menumbuhkan kemandirian dan mengurangi ketergantungan karena ibu balita dan masyarakat diajak untuk peduli dan memberikan kontribusi dalam mengatasi masalah balita gizi kurang dan gizi buruk, sehingga peningkatan status gizi dan kesehatan yang telah dicapai tetap dapat dipertahankan dan ditingkatkan meskipun kegiatan PERGIZI telah 'berakhir'.
6. Dalam jangka panjang biaya penanggulangan balita gizi kurang dan gizi buruk melalui PERGIZI relatif lebih murah daripada *therapeutic feeding center* (TFC), Klinik Gizi, dan PMT-Pemulihan berupa makanan pabrikaan. Hal ini dikarenakan PERGIZI dapat menumbuhkan kemandirian dan mengurangi ketergantungan melalui kontribusi orang tua anak balita dan masyarakat, serta adanya perubahan perilaku dan peningkatan kemampuan ibu balita tentang cara merawat anak dan memberi makanan kepada anak ke arah yang lebih sehat dan lebih baik.

Selain mempunyai keunggulan komparatif, PERGIZI juga mempunyai beberapa keterbatasan dan kelemahan, diantaranya adalah:

1. PERGIZI memerlukan waktu dan tenaga yang cukup banyak, karena harus berkumpul, memasak, menunggu, dan dilakukan setiap hari, terutama pada 2 minggu pertama dan 3 kail seminggu pada 2 minggu berikutnya, sehingga dianggap sangat merepotkan terutama bagi ibu balita.
2. PERGIZI memerlukan sumber dana yang selalu tersedia selama pelaksanaan kegiatan, karena tidak semua ibu balita sasaran PERGIZI dapat memberikan kontribusi, sedangkan mencari sumber dana atau bantuan dari anggota masyarakat yang lain juga tidak mudah dan tidak semua kader bisa melakukan.
3. PERGIZI memerlukan komitmen, koordinasi, monitoring, dan evaluasi serta supervisi yang ketat dan terencana, sehingga perlu perencanaan yang matang bila akan dilaksanakan dalam wilayah yang luas dan dalam waktu yang bersamaan.
4. Bila dana bersumber dari anggaran pemerintah administrasi pertanggungjawabannya dianggap sulit dan merepotkan.

Keberhasilan ibu balita dalam meningkatkan status gizi anak melalui kegiatan PERGIZI merupakan wujud kerja sama yang harmonis dan terpadu antara ibu balita, kader, petugas kesehatan, melalui upaya pemberdayaan masyarakat. PERGIZI merupakan salah satu wahana atau wadah Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang khusus membantu mengatasi anak balita yang mengalami gangguan gizi. Upaya untuk menurunkan kasus gangguan gizi terutama gizi kurang dan gizi buruk adalah melakukan upaya pencegahan sejak janin dalam kandungan atau masa kehamilan.

KESIMPULAN

1. Penyelenggaraan kegiatan PERGIZI selama 24 minggu dapat membantu meningkatkan status gizi dan kesehatan anak balita sasaran kegiatan PERGIZI dan peningkatan yang telah dicapai dapat dipertahankan tetap baik meskipun "pemberian bantuan" telah dihentikan.

Peningkatan status gizi dan kesehatan anak yang bisa dipertahankan menunjukkan adanya perubahan perilaku yang bersifat permanen dan peningkatan kemampuan ibu balita dalam memberi makanan dan merawat anak.

2. PERGIZI merupakan model alternatif untuk menanggulangi balita gizi kurang dan gizi buruk berbasis pemberdayaan masyarakat melalui empat unsur, yaitu: (1) edukasi, (2) PMT bersama, (3) pemeriksaan kesehatan, pengobatan dan pemberian *micronutrient* dan (4) menumbuhkan partisipasi masyarakat untuk memberikan kontribusi, berupa bahan makanan, tenaga, atau uang.
3. Kegiatan PERGIZI yang dilaksanakan oleh kader merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan fungsi dan kinerja kader Posyandu, melalui peningkatan keterampilan dan kemampuan kader dalam membantu ibu balita untuk merawat dan memberi makanan anak gizi kurang dan gizi buruk.

SARAN

1. Upaya peningkatan status gizi anak balita gizi buruk dan gizi kurang harus dilakukan secara terpadu melalui kegiatan penyuluhan, pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, pemberian PMT berupa makan pokok, lauk, dan sayur, pemberian 'vitamin' penambah nafsu makan, serta mengajak masyarakat untuk memberikan kontribusi berupa bahan makanan, tenaga, atau uang.
2. Anak balita sasaran PERGIZI yang telah mengalami perbaikan status gizi harus tetap dipantau melalui kegiatan Posyandu, agar status gizinya tetap baik dan sehat. Anak balita gizi buruk dan gizi kurang yang belum mengalami perbaikan bahkan semakin menurun selama mengikuti kegiatan PERGIZI perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan yang memadai agar mendapat pemeriksaan dan terapi yang lebih tepat.
3. PERGIZI perlu dikembangkan dan diterapkan di daerah yang mempunyai prevalensi gizi kurang dan gizi buruk tinggi (>20%) dengan monitoring dan evaluasi yang terencana dan sistematis.

4. Mengembangkan sistem 'orang tua asuh' untuk penyelenggaraan PERGIZI dengan melakukan kerja sama dengan dunia usaha atau institusi lain yang peduli dengan penanggulangan anak balita gizi kurang dan gizi buruk.

RUJUKAN

1. Brown KH, Dewey KG, Allen LH. *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge*. Geneva: WHO, 1998.
2. Murray C, Lopez A. "Gender and nutrition in the global burden of Disease, 1990 to 2020". In: *Challenges for the 21st Century: A Gender Perspective on Nutrition through the Life Cycle. Paper from the ACC/SCN 25th Session Symposium*, Oslo, Norway, 30 March and 1 April, 1998. p. 67-82.
3. Briend A, Prudhon C, Prinzo ZW, Daelmans B, Mason JB. Putting the management of severe malnutrition back on the international health agenda. *Food Nutr Bull*. 2006; 27(3): 189-196.
4. Myatt M, Khara T, Collins S. A Review of methods to detect cases of severely malnourished children in the community for their admission into community-based therapeutic care programs. *Food Nutr Bull*. 2006; 27(3 Suppl): S7-23.
5. Djajanegara SO. *Empowering the poor for better health: back to basics*. In Proceedings of Workshop on accelerating recovery of the impact of crisis on the health of poor. National Research Council and the Ministry of Health, RI. 19-20 November 2002; Jakarta; 2002.p.65-77.
6. Santoso P. Pembaruan kebijakan publik: Menuju kebijakan berbasis prakarsa masyarakat. *Populasi*. 2004; 15(1): 3.
7. Zeitlin M. *Gizi Balita di Negara-negara Berkembang: Peran Pola Asuh Anak, Pemanfaatan Hasil Studi Penyimpangan Positif untuk Program Gizi*. Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi. VII, Jakarta; 2000. p125-144.
8. Asian Development Bank. Proposed Loan and Technical Assistance Grant Republic of Indonesia: Nutrition Improvement through Community Empowerment Project. Manila: ADB, 2007.
9. Heaver R. Participatory rural appraisal: potential applications in family planning, health and nutrition programmes. *RRA Notes* 1992; 16: 13-21.
10. Hotland H. *Methodologies for the analysis and planning of rural development*. In: http://www.snvworld.org/cds/rqMRD/rural-development/index_eng.htm. 2001. (diunduh 16 September 2010)
11. Mundiastuti L, Wirjatmadi B. Perbedaan status gizi anak usia 1-3 tahun yang mendapat dan tidak mendapat seng di Kelurahan Jagir Kecamatan Wonokromo dan Kelurahan Bendul Merisi Kecamatan Wonocolo Kota Surabaya. *Tesis*. Surabaya: Universitas Airlangga, 2002.
12. Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*. 1990; 86: 874-882.
13. World Health Organization. *WHO Anthro for personal computers, version 3.2.2, January 2011: software for assessing growth and development of the world's children*. Geneva, Switzerland: WHO, 2011. Available from: <http://www.who.int/childgrowth/software/en/> (diunduh 20 Januari 2012)
14. Dahama OP, Bhatnagar OP. *Education and Communication for Development*. New Delhi, Bombay, Calcuta: Oxford & IBH Publishing, 1980.
15. Graef JA, Elder JP, Boot EM. *Komunikasi untuk Kesehatan dan perubahan Perilaku*. [diterjemahkan, Hasanbasri M. 1993. *Communication for Health and Behavior Change*. Jossey Bass Inc.]. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1996.
16. Ashworth A. Efficacy and effectiveness of community-based treatment of severe malnutrition. *Food Nutr Bull*. 2006; 27(3): S24-S48.