



LAPORAN

MONITORING, EVALUASI DAN PENDAMPINGAN PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING KABUPATEN MUARA ENIM SUMATERA SELATAN TAHUN 2024

Tim Ahli

Prof. Dr. Dewi Marhaeni Diah Herawati,drg.,MSi
Dr. Ginna Megawati,dr.,M.Kes
Nuniek Widyaningrum,S.Tr.Gz.,M.K.M
Nabila Maheswari Widiastuti,S.Tr.Gz

2024

**LAPORAN MONITORING, EVALUASI DAN PENDAMPINGAN
PERCEPATAN PENURUNAN STUNTING
KABUPATEN MUARA ENIM SUMATERA SELATAN
TAHUN 2024**

Tim Ahli:

1. Prof. Dr. Dewi Marhaeni Diah Herawati, drg, MSi
2. Dr. Ginna Megawati, dr, MKes
3. Nuniek Widyaningrum, S.Tr.Gz., MKM
4. Nabila Maheswari Widiastuti, S.Tr.Gz.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Alloh Swt atas berkat dan rahmat-Nya laporan **Monitoring, Evaluasi dan Pendampingan Percepatan Penurunan Stunting di Kabupaten Muara Enim Tahun 2024** dapat diselesaikan dengan baik.

Kegiatan ini dilaksanakan oleh Tim Ahli/Peneliti dari Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran bekerja sama dengan **Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Muara Enim** dalam rangka mendukung upaya percepatan penurunan prevalensi stunting di Indonesia, khususnya di Kabupaten Muara Enim.

Kajian diperoleh dari hasil kunjungan ke posyandu terpilih selama 2 kali yang dilakukan pada bulan Juni 2024 dan bulan Oktober 2024 di Desa Tanjung Tiga, Desa Karang Agung dan Desa Pagar Agung. Kajian dilakukan secara observasi dan wawancara pada kader posyandu dan ibu yang memiliki balita stunting dan ibu hamil.

Dalam penyusunan laporan ini, berbagai pihak telah memberikan dukungan yang sangat berarti. Oleh karena itu, kami menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang terlibat termasuk tenaga kesehatan, kader posyandu, serta masyarakat setempat yang telah berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi ini.

Semoga laporan ini dapat memberikan kontribusi yang berarti dalam upaya mempercepat penurunan stunting di Kabupaten Muara Enim.

Bandung, November 2024

Tim Ahli

Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

EXECUTIVE SUMMARY

Kegiatan monev dan pendampingan percepatan penurunan stunting tahun 2024 dilakukan pengambilan data 2 kali yaitu di bulan Juni dan Oktober Tahun 2024. Desain kajian ini menggunakan *Mixed Method Concurrent Embedded*, dimana pendekatan kuantitatif *embedded* dalam kualitatif. Pendekatan kualitatif dilakukan melalui observasi dan wawancara utk kegiatan *Growth Monitoring and Promotion* yang dilakukan kader serta Pemberian MP-ASI dan PMT untuk balita dan ibu hamil, sedangkan pendekatan kuantitatif untuk menghitung status gizi dan asupan makan balita dan ibu hamil. Pada bulan Juni dilakukan training pada petugas puskesmas meliputi bidan dan petugas gizi tentang GMP dan PMT berbahan pangan lokal.

Hasil monev 1 dan 2 dibandingkan dengan hasil pendampingan tahun 2022 tidak terdapat banyak perubahan baik untuk kegiatan GMP meliputi pengukuran antropometri, ketetapan melakukan plotting dan interpretasi data serta promosi kesehatan yang dilakukan kader. Namun untuk ketersediaan alat antropometri sesuai standar sudah jauh lebih baik dibanding dengan tahun 2022. Kader juga masih belum tepat dalam melakukan klasifikasi status gizi, hal tersebut terlihat dari hasil verifikasi yang dilakukan oleh Tim Unpad. Asupan makan baduta, anak usia >2 sd 5 tahun dan bumil masih belum sesuai Angka Kecukupan Gizi (AKG). MP-ASI baduta dan PMT balita juga masih belum baik kualitasnya, serta belum memanfaatkan bahan pangan lokal yang banyak terdapat di Kabupaten Muara Enim. Kondisi posyandu masih sama dengan tahun 2022, kader hanya memberikan layanan pada balita dan bumil belum sasaran sesuai siklus hidup. Jumlah kader dan kualitas kader sangat penting ditingkatkan, karena kader harus memiliki 25 kompetensi dasar.

Agar penurunan stunting Kabupaten Muara Enim dapat dilaksanakan secara optimal, sebaiknya rekomendasi yang kami berikan tahun 2022 dapat dilaksanakan secara optimal baik di level makro, meso dan mikro. Kompetensi kader perlu ditingkatkan sehingga dapat memenuhi 25 kompetensi dasar.

Simpulan, tidak terdapat perbedaan hasil monev 1 dan 2 dengan hasil pendampingan tahun 2022. Rekomendasi untuk monev tahun ini di level mikro meliputi: penguatan posyandu; penambahan jumlah kader dan peningkatan kualitas kader; penguatan GMP; peningkatan kemampuan dalam melakukan klasifikasi status gizi balita dan bumil; peningkatan asupan makan baduta dan bumil sesuai AKG; peningkatan kualitas MP-ASI dan PMT balita serta bumil.

DAFTAR ISI

EXECUTIVE SUMMARY.....	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Pengantar.....	1
1.2 Tujuan.....	2
BAB II METODE KAJIAN.....	5
BAB III ANALISIS SITUASI.....	6
3.1 Gambaran Umum Kabupaten Muara Enim.....	6
3.1.1 Aspek Geografi dan Demografi	6
3.1.2 Aspek Kesehatan.....	8
BAB IV HASIL OBSERVASI LAPANGAN.....	11
4.1 Hasil Monev 1.....	11
4.1.1 Observasi Layanan Posyandu.....	11
4.1.2 Hasil observasi Growth Monitoring Promotion (GMP) pada Monev 1	12
4.1.3 Hasil Observasi Praktik GMP Baduta (0-24 bulan)	13
4.1.4 Hasil Observasi Praktik GMP pada Balita (24-60 bulan).....	15
4.1.5 Tabel Observasi Praktik GMP Ibu Hamil	18
4.1.6 Ketepatan Pengukuran Antropometri oleh Kader	19
4.1.7 Ketersediaan Alat Antropometri.....	21
4.1.8 Ketepatan Plotting dan Analisis.....	22
4.1.9 Ketepatan dalam Melakukan Promosi Kesehatan Berdasarkan Hasil Analisis	24
4.1.10 Konseling Kader Posyandu terhadap Ibu Hamil	27
4.1.11 Hasil Observasi Status Gizi Baduta dan Balita	29
4.1.12 Hasil Analisis Status Gizi Balita.....	33
4.1.13 Hasil Perhitungan Asupan Makan Baduta dan Balita pada Monev 1	40
4.1.14 Hasil Perhitungan Asupan Makan Balita	43
4.2 Hasil Monev 2.....	45
4.2.1 Hasil Observasi Growth Monitoring Promotion (GMP).....	45
4.2.2 Hasil Observasi Praktik GMP Baduta (0-24 bulan)	47
4.2.3 Hasil Observasi Growth Monitoring and Promotion (GMP) Balita	49

4.2.4 Ketepatan Pengukuran Antropometri oleh Kader pada Monev 2	52
4.2.5 Ketepatan Plotting dan Analisis.....	54
4.2.6 Ketepatan dalam Melakukan Promosi Kesehatan Berdasarkan Hasil Analisis	56
4.2.7 Hasil Observasi Status Gizi Baduta dan Balita pada Monev 2.....	59
4.2.8 Hasil Analisis Status Gizi Balita.....	63
4.2.9 Hasil Perhitungan Asupan Makan Baduta dan Balita pada Monev 2	68
4.2.10 Hasil Perhitungan Asupan Makan Balita Monev 2	69
4.2.11 Hasil Analisis Status Gizi Ibu Hamil.....	71
4.2.12 Hasil Perhitungan Asupan Makan Ibu Hamil	73
4.2.13 Pemberian MP-ASI (Makanan Pendamping ASI) dan PMT (Pemberian Makan Tambahan)	74
5.1 Pembahasan	76
5.1.1 Kondisi Pelayanan Posyandu.....	76
5.1.2 GMP.....	76
5.1.3 Status Gizi Balita dan Bumil	78
5.1.4 Asupan Makan Balita dan Bumil.....	78
5.1.5 MP-ASI dan PMT Balita	79
5.1.6 PMT Bumil	79
5.1.7 Peningkatan Kuantitas dan Kualitas Kader.....	80
6.1 Simpulan	82
6.2 Rekomendasi	82
DAFTAR PUSTAKA.....	85

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Kajian Monev Percepatan Penurunan Stunting	5
Gambar 2. Peta Administrasi Kabupaten Muara Enim	9

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1.2 Data Karakteristik Kader	12
Tabel 4.1.3 Hasil Observasi Praktik GMP Baduta (0-24 bulan)	13
Tabel 4.1.4 Hasil Observasi Praktik GMP pada Balita (24-60 bulan)	15
Tabel 4.1.5 Tabel Observasi Praktik GMP Ibu Hamil	18
Tabel 4.1.6 Tabel Ketepatan Pengukuran Antropometri oleh Kader	19
Tabel 4.1.7 Kelengkapan Alat Ukur Antropometri Posyandu Muara Enim	21
Tabel 4.1.8 Ketepatan Plotting dan Analisis	22
Tabel 4.1.9 Ketepatan dalam Melakukan Promosi Kesehatan Berdasarkan Hasil Analisis	24
Tabel 4.10 Konseling Kader Posyandu terhadap Ibu Hamil	
Tabel 4.1.11 Hasil Analisis Status Gizi Baduta	29
Tabel 4.1.12 Hasil Analisis Status Gizi Balita	33
Tabel 4.1.13 Hasil Perhitungan Asupan Makan Baduta	41
Tabel 4.1.14 Hasil Perhitungan Asupan Makan Balita	44
Tabel 4.2.1 Data Karakteristik Kader	45
Tabel 4.2.2 Hasil Observasi Praktik GMP Baduta (0-24 bulan)	47
Tabel 4.2.3 Hasil Observasi <i>Growth Monitoring and Promotion</i> (GMP) Balita	49
Tabel 4.2.4 Jumlah Kader berdasarkan Ketepatan Pengukuran pada Observasi GMP	52
Tabel 4.2.5 Ketepatan Kader Dalam Melakukan Plotting dan Analisis	54
Tabel 4.2.6 Ketepatan Kader Dalam Melakukan Promosi Kesehatan Berdasarkan Hasil Analisis	56
Tabel 4.2.7 Hasil Analisis Status Gizi Baduta	59
Tabel 4.2.8 Hasil Analisis Status Gizi Balita	63
Tabel 4.2.9 Hasil Perhitungan Asupan Makan Baduta	68
Tabel 4.2.10 Hasil Perhitungan Asupan Makan Balita Monev 2	69
Tabel 4.2.11 Hasil Analisis Status Gizi Ibu Hamil	71
Tabel 4.2.12 Hasil Perhitungan Asupan Makan Ibu Hamil	72

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Pengantar

Stunting merupakan salah satu permasalahan gizi balita yang saat ini belum dapat teratasi dengan optimal. Berdasarkan kerangka konsep WHO, stunting merupakan hasil interaksi berbagai faktor yaitu asupan gizi yang kurang dan atau kebutuhan gizi yang meningkat. Asupan yang kurang disebabkan karena sosial ekonomi (kemiskinan), pendidikan dan pengetahuan yang rendah tentang praktik pemberian makan untuk anak baduta dan usia >2 tahun sd 5 tahun, kurangnya kecukupan protein hewani. Faktor yang menyebabkan peningkatan kebutuhan disebabkan karena adanya penyakit kronik dan infeksi kronik.

Stunting diawali dengan kenaikan berat badan yang tidak adekuat (*weight faltering*). *Weight faltering* yang tidak mendapat tatalaksana secara optimal akan memperlambat laju pertumbuhan linier karena tubuh berusaha untuk mempertahankan status gizi. Perlambatan pertumbuhan linier ini akan berlanjut menjadi stunting. Anak-anak yang mengalami *weight faltering* jika dibiarkan saja maka bisa menjadi *underweight* dan berlanjut menjadi *wasting* dan akhirnya menjadi stunting. Diagnosis stunting ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pengukuran antropometri. Stunting menyebabkan hambatan dalam mencapai potensi fisik dan kognitif anak.

Berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2022, prevalensi stunting di Indonesia mengalami penurunan sebesar 2,8% (21,6% vs 24,4%). Berdasarkan hasil perhitungan, untuk mencapai target 2024 sebesar 14% dibutuhkan penurunan rata-rata sebesar 3,8% per tahun. Artinya penurunan tahun 2022 belum sesuai dengan target yang diharapkan pemerintah. Angka stunting saat lahir pada tahun 2022 sebesar 16,5%, pada kelompok 6-11 bulan sebesar 13,7% dan kelompok umur 12-13 bulan sebesar 22,4%. Dengan demikian intervensi terbagus dilakukan pada saat sebelum lahir atau dalam kandungan (masa kehamilan) atau sebelumnya dan usia 12-23 bulan. Usia 12 -23 bulan adalah usia saat anak mendapatkan MP-ASI.

Pemerintah daerah menjadi garda terdepan dalam percepatan penurunan stunting. Pendekatan percepatan penurunan stunting yaitu dengan konvergensi, dimana seluruh

stakeholder dari sektor-sektor di level pemerintah daerah melakukan intervensi gizi spesifik dan sensitif. Pendekatan ini telah melahirkan 8 aksi konvergensi yang harus dilalui oleh semua *stakeholders* dari pusat sampai daerah. Intervensi gizi spesifik dilaksanakan oleh sektor kesehatan, sedangkan intervensi gizi sensitif dikerjakan oleh lintas sektor di luar sektor kesehatan.

Sasaran dari stunting sangat dinamik terutama untuk anak balita dan bayi, setiap tahun lahir bayi baru dan anak bertambah usia. Pencegahan potensi terjadinya stunting dilakukan pada ibu hamil, calon pengantin dan remaja putri. Implementasi strategi harus konsisten dan tidak boleh lengah. Kabupaten/kota dengan prevalensi rendah sekalipun perlu memperhatikan titik-titik atau kantong-kantong wilayah dengan prevalensi tinggi. Upaya pencegahan stunting bersifat terus menerus, selain target percepatan untuk menekan serendah-rendahnya.

Pada tahun 2022 Tim Unpad telah melakukan pendampingan program percepatan stunting di Kabupaten Muara Enim, namun ternyata pada tahun 2024 terjadi peningkatan prevalensi stunting dari 22,8% (2022) menjadi 25,9% (2023) atau meningkat sebesar 3,1%. Untuk itu Tim Unpad akan mengkaji tentang: 1) Apakah kader sudah dapat melaksanakan *Growth Monitoring and Promotion* (GMP) dengan baik. 2) Apakah baduta sudah mendapat MP-ASI dan PMT yang berkualitas. 3) Apakah anak usia >2 tahun mendapat PMT yang berkualitas. 4) Apakah ibu hamil KEK mendapat PMT yang berkualitas. 5) Bagaimana asupan makan balita dan ibu hamil, apakah sudah sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG). Oleh karena itu diperlukan kajian mengenai permasalahan tersebut diatas, agar Kabupaten Muara Enim dapat memperkuat hal-hal yang menjadi temuan sehingga prevalensi stunting pada tahun mendatang dapat diturunkan dengan optimal.

1.2 Tujuan

Tujuan umum kegiatan ini adalah untuk melakukan monitoring dan evaluasi di 4 desa yang menjadi lokus pendampingan percepatan penurunan stunting tahun 2022.

Adapun tujuan khusus kegiatan ini yaitu untuk memperoleh gambaran mengenai :

1. Melakukan monev pelaksanaan GMP (pengukuran antropometri, alat antropometri, plotting dan analisis serta promosi) kader Posyandu.
2. Melakukan monev asupan makan ibu hamil, ibu menyusui, baduta dan >2-5 tahun.

3. Melakukan monev pemberian suplementasi PMT pada baduta dan anak usia >2-5 tahun gizi kurang dan stunting berbasis pangan lokal.
4. Melakukan monev pemberian suplementasi PMT Pemulihan pada bumil KEK dan anemia berbasis pangan lokal.
5. Melatih kader posyandu tentang GMP dan pengembangan PMT pangan lokal.
6. Melatih petugas gizi puskesmas tentang GMP dan pengembangan PMT pangan lokal.
7. Mengkaji pengembangan pangan lokal yang dibuat oleh pemerintah dan masyarakat.
8. Menyusun rekomendasi hasil monev.

1.3 Output dan Outcomes

Output dari kegiatan adalah:

- 1). Dokumen laporan monitoring, evaluasi dan pendampingan pencegahan penurunan stunting tahun 2024;

Outcomes adalah:

- 1) Rekomendasi laporan monitoring, evaluasi dan pendampingan pencegahan penurunan stunting tahun 2024.
- 2) Draft artikel terkait penurunan stunting di Kabupaten Muara Enim.

1.4 Lokasi dan Sasaran

Lokasi Sesuai dengan Kajian Penanganan Stunting di Kabupaten Muara Enim yang telah disusun oleh Tenaga Ahli Fakultas Kedokteran UNPAD, Bandung dan Peneliti Balitbangda Provinsi Sumatera Selatan Tahun Anggaran 2022, terdapat 4 (empat) Kecamatan dan 4 (empat) Desa yang akan dilakukan monitoring dan evaluasi. Namun pelaksanaannya hanya ada 3 kecamatan dengan 3 desa yang bersedia dikunjungi yaitu:

1. Kecamatan Rambang: Desa Pagar Agung.
2. Kecamatan Lubai Ulu: Desa Karang Agung.
3. Kecamatan Semende Darat Ulu: Desa Tanjung Tiga.

Sasaran kegiatan:

1. Posyandu dan kader Posyandu serta Petugas Puskesmas
2. Keluarga dengan balita stunting
3. Dinas Kesehatan

1.5 Ruang Lingkup Kegiatan

1. Monitoring dan evaluasi

Monev dilakukan untuk mengetahui kinerja kader posyandu, perubahan perilaku orang tua dalam memberikan pola asuh pada balitanya. Adapun kinerja yang dinilai meliputi kegiatan GMP, asupan makan, pola asuh dan suplementasi PMT berbahan pangan lokal.

2. Pelatihan kader dan petugas gizi puskesmas.

Dimaksudkan agar kader dan petugas gizi puskesmas memiliki keterampilan yang lebih baik dalam melakukan GMP dan pengembangan PMT berbahan pangan lokal utk anak wasting, stunting dan ibu hamil KEK.

3. Pendampingan

4. Diskusi dan Koordinasi

Dimaksudkan untuk mendiskusikan dan mengkoordinasikan temuan hasil monev.

5. Penyusunan Rekomendasi

Penyusunan rekomendasi merupakan output dari kajian ini.

BAB II METODE KAJIAN

Metode yang digunakan dalam kajian ini adalah menggunakan pendekatan *mixed method concurent embedded*, dimana pendekatan kuantitatif *embedded* di kualitatif. Penelitian kualitatif dilakukan melalui observasi dan wawancara tentang pelaksanaan GMP dan pemberian MP-ASI serta PMT balita dan bumil, selain itu juga dilakukan wawancara untuk mengetahui asupan makan balita dan ibu hamil melalui 24-hour recall. Penelitian kuantitatif dilakukan untuk mengukur antropometri meliputi berat badan, tinggi badan dan Lila bumil yang berfungsi untuk mengetahui validitas hasil pengukuran oleh kader serta menghitung asupan makan berdasarkan kalori.

Pengambilan data dilakukan di posyandu di Desa Tanjung Tiga, Desa Karang Agung dan Desa Pagar. Pengambilan data dilakukan pada bulan Juni 2024 dan bulan Oktober 2024. Hasil kajian tahun 2024 dibandingkan dengan tahun 2022.

4. Kecamatan Rambang: Desa Pagar Agung.
5. Kecamatan Lubai Ulu: Desa Karang Agung.
6. Kecamatan Sungai Rotan: Desa Suka Merindu.
7. Kecamatan Semende Darat Ulu: Desa Tanjung Tiga.

Bulan Juni 2024	GMP	Status Gizi	Asupan Makan	MP-ASI dan PMT Balita, dan Bumil KEK	Kuantitas dan Kualits Kader
Bulan Oktober 2024	GMP	Status Gizi	Asupan Makan	MP-ASI dan PMT Balita, dan Bumil KEK	Kuantitas dan Kualitas Kader

Gambar 1. Kerangka Kajian Monev Percepatan Penurunan Stunting

BAB III

ANALISIS SITUASI

3.1 Gambaran Umum Kabupaten Muara Enim

3.1.1 Aspek Geografi dan Demografi

Kabupaten Muara Enim merupakan salah satu kabupaten yang terletak di tengah wilayah Provinsi Sumatera Selatan dengan letak Geografis 103° 18' 57" – 104° 40' 37" Bujur Timur dan 3° 0' 40" – 4° 22' 39" Lintang Selatan. Kabupaten Muara Enim merupakan daerah agraris dengan luas wilayah 7.383,90 km², dengan kepadatan penduduk tahun 2017 yaitu sekitar 76 jiwa/Km² dan secara administratif terdiri dari 22 kecamatan, 245 desa definitif, dan 10 kelurahan. Persebaran penduduk menurut kecamatan di wilayah Kabupaten Muara Enim tidak merata. Kecamatan dengan jumlah penduduk terbanyak adalah Kecamatan Lawang Kidul yang dihuni oleh sekitar 67.785 penduduk. Sementara kecamatan dengan jumlah penduduk paling sedikit adalah Muara Belida dengan jumlah penduduk sekitar 7.859 orang. Kecamatan dengan wilayah yang paling luas adalah Kecamatan Gelumbang dengan luas wilayah 724,05 km² (9,81% luas wilayah Kabupaten Muara Enim), sedangkan kecamatan yang paling sempit adalah Kecamatan Belimbing dengan luas wilayah 130,61 km² (1,77% luas wilayah Kabupaten Muara Enim).

Keadaan permukaan tanah di daerah Kabupaten Muara Enim cukup beragam. Daerah dataran tinggi di bagian barat daya, merupakan bagian dari rangkaian pegunungan Bukit Barisan yang meliputi Kecamatan Semende Darat Ulu, Semende Darat Tengah, Semende Darat Laut, dan Kecamatan Tanjung Agung. Sedangkan daerah dataran rendah terletak di daerah bagian tengah dan daerah rawa terdapat di daerah yang berhadapan langsung dengan aliran Sungai Musi yang meliputi Kecamatan Lembak, Gelumbang, dan Sungai Rotan.

Keadaan geologi wilayah Kabupaten Muara Enim diklasifikasikan dalam Cekungan Sumatera (Palembang) dan termasuk dalam zona formasi Palembang bagian tengah, dalam hal ini adalah *meocene pleocene*. Berdasarkan hasil pengendapan satuan batuan, dapat dibagi menjadi 2 bagian, yaitu: Muara Enim bagian bawah dan Muara Enim bagian atas. Potensi air permukaan di Kabupaten Muara Enim banyak dipengaruhi oleh curah hujan dan sistem sungai. Sungai-sungai yang mengalir di Kabupaten Muara Enim bersifat perennial yang dipengaruhi oleh curah hujan yang tinggi, topografi, sifat tanah yang permiabel dan akifer

tebal, sehingga aliran dasar (*base flow*) yang berasal dari air tanah cukup tinggi. Aliran dasar ini mendukung aliran sungai pada saat kemarau, namun di sekitar aliran sungai tersebut tidak dapat dimanfaatkan, seperti untuk tambak atau pertanian dan lainnya agar tidak merusak aliran sungai serta perlu juga dijaga daerah hulu sungai, sehingga diharapkan dapat mencegah kerusakan pada daerah hilir. Sementara air tanah di Kabupaten Muara Enim berasal dari peresapan air hujan, peresapan air sungai dan sebagian peresapan dari air irigasi. Daerah tangkapan air tersebar (*recharge area*) berasal dari daerah penggunaan lahan hutan.

Penggunaan lahan di Kabupaten Muara Enim didominasi oleh hutan lahan kering primer, hutan lahan kering sekunder, hutan tanaman dan perkebunan/kebun yang digolongkan sebagai wilayah ber-hutan dengan total luas mencapai 535.951,70 hektar (77,13% luas kabupaten). Penggunaan lahan ini memiliki fungsi ekologis penting sebagai penyerap polusi udara dan daerah resapan air. Potensi pengembangan wilayah apabila dilihat dari deskripsi karakteristik wilayah Kabupaten Muara Enim, maka dapat diidentifikasi wilayah yang memiliki untuk dikembangkan sebagai kawasan peruntukan budidaya dan kawasan lindung. Kawasan peruntukan budidaya adalah wilayah yang ditetapkan dengan fungsi utama untuk dibudidayakan atas dasar kondisi dan potensi sumber daya alam, sumber daya manusia dan sumber daya buatan. Adapun kawasan peruntukan budidaya di Kabupaten Muara Enim terdiri dari: Kawasan hutan produksi, kawasan hutan rakyat, kawasan pertanian (tanaman pangan, hortikultura, perkebunan, peternakan), kawasan perikanan, kawasan pertambangan (mineral, batubara, minyak dan gas bumi, panas bumi, pertambangan gas metan batubara dan *underground coal gasification* (UCG).

Keadaan Pendidikan mayoritas penduduk di Kabupaten Muara Enim tahun 2020 yaitu SD/MI sederajat (29,6%), selanjutnya SMA/MA (22,7%) dan terbanyak ketiga yaitu SMP/MTS sederajat (22,3%). Mayoritas penduduk Kabupaten Muara Enim berpendidikan rendah, baik perempuan maupun laki-laki, umumnya mereka usia produktif dan merupakan pengambil kebijakan dan keputusan di keluarga.

Persentase masyarakat miskin di Kabupaten Muara Enim cenderung fluktuatif, persentase masyarakat miskin di Kabupaten Muara Enim pada tahun 2013 sebesar 14,26% dan mengalami penurunan pada tahun 2017 menjadi 13,19%. Jumlah penduduk miskin menurun dari 108,20 ribu jiwa pada tahun 2013 menjadi 81,3 ribu pada tahun 2017.

Gambaran kinerja perekonomian daerah Kabupaten Muara Enim dapat juga dilihat dari laju pertumbuhan ekonomi Kabupaten Muara Enim dari tahun 2016 sampai 2020 yang cukup

berfluktuatif. Pada tahun 2017, pertumbuhan ekonomi Kabupaten Muara Enim sebesar 7,16% dengan migas dan 9,89% tanpa migas, jika dibandingkan dengan tahun 2016 yang sebesar 6,78% dengan migas dan 5,81% tanpa migas, hal ini menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi Kabupaten Muara Enim tahun 2017 mengalami percepatan.

3.1.2 Aspek Kesehatan

Kabupaten Muara Enim tahun 2020 memiliki Rumah Sakit sebanyak 6 unit, 4 diantaranya merupakan RS milik pemerintah daerah dan 1 milik BUMN yaitu RSBA, dan 1 RS Khusus Ibu dan Anak (RSIA). Jumlah puskesmas di Kabupaten Muara Enim sampai dengan tahun 2020 sebanyak 22 puskesmas yang terdiri dari 7 puskesmas dengan rawat inap dan 15 puskesmas non rawat inap dan jumlah Puskesmas Pembantu 90 unit. Pada tahun 2020, jumlah posyandu di Kabupaten Muara Enim berjumlah 410, namun yang aktif hanya 53,9% yaitu sebanyak 221 posyandu, hal ini disebabkan karena sebagian besar posyandu yang tidak aktif merupakan posyandu dengan strata pratama dan madya sehingga tidak dihitung sebagai posyandu aktif.

Pada peta daerah Kabupaten Muara Enim didapatkan sebaran lokasi 22 Puskesmas dan 6 RS, dari peta dapat dilihat bahwa masih terdapat wilayah yang tidak memiliki Puskesmas seperti Kecamatan Muara Belida, Belida Darat, Lubai Ulu. Beberapa Kecamatan lokasi Puskesmas tidak terdapat ditengah wilayah kerja seperti di Kecamatan Semende Darat Ulu, Semende Darat Tengah, Tanjung Agung dan Gelumbang. Hal ini menyebabkan ada desa yang mempunyai akses yang cukup jauh ke Puskesmas setempat. Begitu juga dengan lokasi RS yang berada di tengah Kabupaten menyebabkan cukup banyak daerah yang mempunyai akses terlalu jauh ke RS.

Rasio puskesmas, klinik dan puskesmas pembantu terhadap jumlah penduduk pada tahun 2014 sebesar 4.617 yang artinya satu sarana kesehatan dapat melayani 4.617 jiwa penduduk. Sedangkan pada tahun 2017 meningkat kembali menjadi 5.114. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah puskesmas, klinik dan puskesmas pembantu yang ada di Kabupaten Muara Enim melayani 5.114 jiwa penduduk. Selain kuantitas, hal lain yang perlu diperhatikan adalah kualitas dari setiap puskesmas, poliklinik dan puskesmas pembantu yang ada baik dari sisi kelayakan gedung dan peningkatan fasilitas serta sarana dan prasarana kesehatan yang tersedia pada setiap sarana kesehatan.

perpipaan, air kemasan, air sumur terlindung dan mata air terlindung). Sumber air bersih sebagian besar berasal dari air sumur terlindungi dan mata air terlindungi, sedangkan rumah tangga pengguna air bersih dari air perpipaan/PDAM dan air kemasan/air mineral sekitar 24,9% dari total rumah tangga di Kabupaten Muara Enim. Kondisi sistem pembuangan kotoran dari rumah tangga di Kabupaten Muara Enim telah memadai, karena hampir semua rumah tangga yakni sekitar 84,19% telah menggunakan tangki septik sebagai sarana penampungan kotoran, angka ini meningkat bila dibandingkan pada tahun 2012 yang hanya sebesar 53,7%.

Data menunjukkan bahwa umur perkawinan wanita di Kabupaten Muara Enim tahun 2017 sudah cukup dewasa, terdapat perubahan karakteristik, yakni wanita yang umur perkawinan pertama 25 tahun keatas meningkat dari tahun sebelumnya menjadi 33,88%. Sebagian besar wanita pernah kawin di Kabupaten Muara Enim memasuki perkawinan pada umur dewasa (diatas 21 tahun). Sementara 26,53% lainnya memasuki perkawinan pada usia 19 - 21 tahun dan 22,25% lainnya pada usia muda 17 - 18 tahun. Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di Kabupaten Muara Enim pada tahun 2017 menjadi 68,6%.

BAB IV

HASIL OBSERVASI LAPANGAN

4.1 Hasil Monev 1

4.1.1 Observasi Layanan Posyandu

Berdasarkan hasil observasi pada tiga posyandu, pelayanan 5 meja telah dilaksanakan dengan baik. Keseluruhan meja di posyandu sudah berfungsi. Pada meja 1 bagian pendaftaran, data balita, baduta dan ibu hamil telah terdokumentasi dengan baik. Catatan kunjungan tersimpan rapi. Pada meja 2 yaitu penimbangan dan pengukuran, kader telah melakukan prosedur penimbangan dan pengukuran, namun ada beberapa hal yang menjadi perhatian yaitu kader tidak melepaskan benda-benda yang menjadi faktor pengganggu pada hasil penimbangan dan pengukuran seperti sepatu atau sandal tidak dilepaskan, posisi tumit kaki tidak menempel pada stadiometer. Tidak dilakukan kalibrasi pada alat timbangan dan juga prosedur pemasangan stadiometer masih kurang tepat sehingga dapat menimbulkan kesalahan dalam pengukuran. Masih terdapat kesalahan dalam membaca hasil ukur pada stadiometer. Pada meja 3 pencatatan, hasil pengukuran dan penimbangan dicatat dengan rapi. Pada meja 4 yaitu edukasi/penyuluhan belum dilaksanakan secara optimal karena keterbatasan dari petugas atau kader yang hadir dan juga pengetahuan kader yang masih kurang karena belum terpapar informasi. Dari hasil wawancara diketahui bahwa pelatihan yang dilakukan kader masih sangat minim, terdapat kader yang baru menjalani tugas selama 2 bulan dan kader baru belum mendapatkan pelatihan. Pada meja 5 yaitu pelayanan kesehatan, pelayanan imunisasi dan pelayanan KB telah dilaksanakan dengan baik.

4.1.2 Hasil observasi Growth Monitoring Promotion (GMP) pada Monev 1

Tabel 4.1.2 Data Karakteristik Kader

No	Nama Kader	Usia (th)	Pendidikan	Lama (th)	Pengalaman Pelatihan	Nama Posyandu	Desa	Nama Baduta	Nama Balita	Nama Ibu Hamil
1	Uliati	50	SD	10	2	Raflesia	Tanjung Tiga	Azzaryan		
2	Selfa	24	SMP	3	0	Raflesia	Tanjung Tiga			Lia
3	Popa	29	S1	1	1	Asoka	Pagar Agung	Arisa		
4	Devi	29	SMP	1	2	Asoka	Pagar Agung		Helina	Jami M
5	Fitri	25	SMA	3	2	Asoka	Pagar Agung		M Amar	
6	Fitriani	32	SMP	3	4	Asoka	Pagar Agung		Alesha	
7	Rini	36	D3	5	3	Asoka	Pagar Agung		Amalia	
8	Meriawati	43	SMA	20	5	Asoka	Pagar Agung			Putri A
9	Eli	39	SMA	10	2	Asoka	Pagar Agung			Santrika
10	Elni	39	D3	1	1	Asoka	Pagar Agung			Jami M
11	Novita	34	SMA	3	1	Asoka	Pagar Agung			Eva M
12	Vera	26	SMA	4	2	Asoka	Pagar Agung			Ovi
13	Suryani	37	SMP	10	2	Bougenville	Karang Agung	Mutiara T		
14	Eka M	37	SD	17	4	Bougenville	Karang Agung	M Agam	Mutia	

Berdasarkan tabel diatas, kader yang diobservasi GMP ada empat belas kader yang berasal dari tiga posyandu. Observasi pada kader di Posyandu Bougenville dan Raflesia dilakukan pada dua orang kader, sedangkan Asoka sebelas orang kader. Posyandu Bougenville dan Raflesia jumlah kader sangat kurang. Jumlah kader yang mengukur baduta saja sebanyak 3 orang, kader yang mengukur baduta + balita sebanyak 1 orang, kader yang memeriksa balita saja 3 orang, kader yang memeriksa balita + ibu hamil sebanyak 1 orang, dan kader yang memeriksa Ibu hamil saja 6 orang.

4.1.3 Hasil Observasi Praktik GMP Baduta (0-24 bulan)

Tabel 4.1.3 Hasil Observasi Praktik GMP Baduta (0-24 bulan)

No	Nama Kader	Desa	Nama Baduta	Aspek yang dinilai																								
				A.				B.				C. Plotting				D.				E. Konseling								
				Penimbangan				Pengukuran								Interpretasi												
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Uliati	Tanjung Tiga	Azzaryan	2	0	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	Popa	Pagar Agung	Arisa	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2	1	0	2	2	0	0
3	Suryani	Karang Agung	Mutiara T	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	Eka M	Karang Agung	M Agam	2	1	1	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Keterangan: 0 = Tidak dilakukan; 1 = Dilakukan tidak Tepat; 2 = Dilakukan tepat																												

Interpretasi kolom A: Pada aspek penimbangan, dari empat orang kader hanya dua orang yang secara tepat melakukan penentuan angka awal timbangan, satu orang kader tidak tepat. Dua dari empat orang kader melakukan identifikasi pengganggu saat menimbang namun tidak tepat. Satu dari empat orang kader menentukan hasil penimbangan dengan tepat, dua lainnya tidak tepat. Dua dari empat orang kader melakukan pencatatan hasil pengukuran. Jumlah kader pengukur Baduta lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom B: Pada aspek pengukuran, dari empat orang kader, tiga orang kader secara tepat melakukan penentuan angka awal pengukuran panjang badan. Satu dari empat orang kader secara tepat menempatkan posisi kepala dan kaki saat mengukur panjang badan, dua lainnya tidak tepat. Satu dari empat orang kader menentukan hasil penimbangan dengan tepat, dua kader melakukan dengan tidak tepat. Dua dari empat orang kader melakukan pencatatan hasil pengukuran. Jumlah kader pengukur baduta lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom C: Pada aspek plotting, dari empat orang kader hanya satu orang yang secara tepat melakukan penentuan umur baduta. Satu dari empat orang kader melakukan secara tepat menentukan plotting BB/U. Dua dari empat orang kader menentukan plotting PB/U tidak tepat. Dua dari empat orang kader melakukan plotting BB/PB tidak tepat. Jumlah kader pengukur Baduta lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom D: Pada aspek interpretasi, dari empat orang kader ada dua orang yang melakukan interpretasi plotting BB/U secara tidak tepat. Dua orang yang melakukan interpretasi plotting PB/U secara tidak tepat. Dua orang yang melakukan interpretasi plotting BB/PB secara tidak tepat. Jumlah kader pengukur baduta lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom E: Interpretasi 2.E: Pada aspek konseling, tidak ada kader yang melakukan a. memberi penjelasan arti grafik pertumbuhan (kolom E1); b. menanyakan dan mencatat keadaan anak bila ada keluhan (E2); c. edukasi pencegahan diare dan kebersihan rumah (E3); d. memberikan edukasi tentang pentingnya ASI Eksklusif untuk bayi usia 0-6 bulan (E6); e. melakukan edukasi stimulasi perkembangan(E9); dan f. merujuk ke puskesmas/pustu/poskesdes jika ada baduta dengan kondisi grafik tertentu (E10). Dari keempat kader, hanya satu yang menanyakan kebiasaan makan anak dan memberikan konseling tentang pola makan dan makanan cemilan yang bergizi dengan tepat (E5). Dari keempat kader, hanya satu yang memberi penjelasan kemungkinan BB tidak naik meskipun tidak tepat (E7). Dari keempat kader, hanya satu kader yang memberikan PMT pada baduta dan memberikan informasi PMT tersebut dengan tepat (E8).

4.1.4 Hasil Observasi Praktik GMP pada Balita (24-60 bulan)

Tabel 4.1.4 Hasil Observasi Praktik GMP pada Balita (24-60 bulan)

No	Nama Kader	Desa	Nama Balita	BALITA																							
				A. Penimbangan				B. Pengukuran				C. Plotting				D. Interpretasi			E. Konseling								
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Devi	Pagar Agung	Helina	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	
2	Fitri	Pagar Agung	M Amar	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	0	2	0	2	2	0	0	
3	Fitriani	Pagar Agung	Alesha	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	0	1	2	1	1	0	0	0	2	0	2	0	0	
4	Rini	Pagar Agung	Amalia	2	1	2	2	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	0	2	0	1	0	2	2	0	0	
5	Eka M	Karang Agung	Mutia	2	1	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Keterangan: 0 = Tidak dilakukan; 1 = Dilakukan tidak Tepat; 2 = Dilakukan tepat																											

Interpretasi kolom A: Pada aspek penimbangan, dari lima orang kader hanya tiga orang yang secara tepat melakukan penentuan angka awal timbangan, satu orang kader tidak tepat, satu orang tidak melakukan. Empat dari lima orang kader melakukan identifikasi pengganggu saat menimbang namun tidak tepat. Empat dari lima orang kader menentukan hasil penimbangan dengan tepat, satu lainnya tidak melakukan. Empat dari lima orang kader melakukan pencatatan hasil pengukuran. Jumlah kader pengukur Balita lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom B: Pada aspek pengukuran, dari lima orang kader, empat orang kader secara tepat melakukan penentuan angka awal pengukuran panjang badan. Tiga dari lima orang kader secara tepat menempatkan posisi kepala dan kaki saat mengukur panjang badan, satu lainnya tidak tepat. Tiga dari lima orang kader menentukan hasil penimbangan dengan tepat, satu kader melakukan dengan tidak tepat. Tiga dari lima orang kader melakukan pencatatan hasil pengukuran. Jumlah kader pengukur Balita lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom C: Pada aspek plotting, dari lima orang kader hanya tiga orang yang secara melakukan penentuan umur baduta namun tidak tepat. Dua dari lima orang kader melakukan secara tepat meenentukan plotting BB/U, dua lainnya tidak tepat. Satu dari Lima orang kader menentukan plotting PB/U dengan tepat, dua lainnya tidak tepat. Empat dari lima orang kader melakukan plotting BB/PB tidak tepat. Jumlah kader pengukur Balita lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom D: Pada aspek interpretasi dari lima orang kader, satu orang melakukan interpretasi plotting BB/U secara tepat, tiga orang yang melakukan interpretasi plotting BB/U secara tidak tepat. Empat orang yang melakukan interpretasi plotting PB/U tidak tepat. Empat dari lima orang melakukan interpretasi plotting BB/PB secara tidak tepat. Jumlah kader pengukur Balita lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom E: Pada aspek konseling dari lima orang kader yang diobservasi a. satu orang kader melakukan secara tepat dan satu orang lainnya melakukan secara tidak tepat memberi penjelasan arti grafik pertumbuhan (kolom E1) ; b. dua orang kader melakukan secara tepat menanyakan dan mencatat keadaan anak bila ada keluhan (E2) ; c. tidak ada kader yang melakukan edukasi pencegahan diare dan kebersihan rumah (E3); d. dua orang kader menanyakan kebiasaan makan dan konseling pola makan dengan tepat, dua lainnya tidak tepat (E4); e. tidak ada kader yang melakukan penjelasan kemungkinan BB tidak naik (E5); f. tiga orang kader melakukan konseling gizi seimbang (E6); g. dua orang melakukan

pemberian PMT dan informasi PMT secara tepat sedangkan satu lainnya tidak tepat; h. tidak ada kader yang melakukan edukasi stimulasi perkembangan (E8) dan merujuk balita yang memiliki masalah gizi. Jumlah kader yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

4.1.5 Tabel Observasi Praktik GMP Ibu Hamil

Tabel 4.1.5 Tabel Observasi Praktik GMP Ibu Hamil

No	Nama Kader	Usia (th)	Pendidikan	Lama (th)	Pengalaman Pelatihan	Nama Posyandu	Desa	Nama Ibu Hamil	IBU HAMIL						
									Pengukuran	Konseling					
										1	1	2	3	4	5
1	Selfa	24	SMP	3	0	Rafflesia	Tanjung Tiga	Lia	1	0	0	0	0	0	0
2	Devi	29	SMP	1	2	Asoka	Pagar Agung	Jami M	0	0	0	0	0	0	0
3	Meriawati	43	SMA	20	5	Asoka	Pagar Agung	Putri A	2	0	0	2	0	0	0
4	Eli	39	SMA	10	2	Asoka	Pagar Agung	Santrika	1	0	0	2	0	0	0
5	Elni	39	D3	1	1	Asoka	Pagar Agung	Jami M	0	1	0	1	1	1	1
6	Novita	34	SMA	3	1	Asoka	Pagar Agung	Eva M	2	2	0	1	1	1	1
7	Vera	26	SMA	4	2	Asoka	Pagar Agung	Ovi	2	0	0	2	0	0	0

Interpretasi : A1. Pada aspek pengukuran dari 7 orang kader, sebanyak 2 kader tidak melakukan pengukuran LILA pada Ibu Hamil. Dua orang lainnya melakukan pengukuran dengan tidak tepat dan tiga orang kader lainnya sudah melakukan pengukuran dengan tepat. B. Pada aspek konseling 1, lima orang kader tidak melakukan konseling gizi dan tatalaksana anemia, sedangkan salah satu lainnya melakukan dengan tidak tepat dan satu kader lainnya melakukan dengan tepat. Pada aspek konseling 2, seluruh kader tidak memberikan MT pada Ibu Hamil yang terdeteksi KEK atau risiko KEK. Pada aspek konseling 3, dua orang kader tidak melakukan edukasi gizi, dua orang melakukan edukasi dengan tidak tepat, dan tiga kader lainnya melakukan dengan tepat edukasi gizi pada ibu hamil yang terdeteksi KEK/risiko KEK

4.1.6 Ketepatan Pengukuran Antropometri oleh Kader

Tabel 4.1.6 Tabel Ketepatan Pengukuran Antropometri oleh Kader

		Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak tepat	Tepat
Aspek Penimbangan										
1	Penetapan Angka Awal Timbangan	1	1	2	1	1	3	2	2	5
2	Identifikasi pengganggu penimbangan	2	2	0	1	4	0	3	6	0
3	Penetapan Hasil Ukur	1	2	1	1	0	4	2	2	5
4	Pencatatan Hasil Ukur	2	0	2	1	0	4	3	0	6
Aspek Pengukuran Panjang / Tinggi Badan										
1	Penetapan posisi baduta / balita	1	0	3	1	0	4	2	0	7
2	Penetapan posisi kepala dan kaki	1	2	1	1	1	3	2	3	4
3	Penetapan Hasil Ukur	1	2	1	1	1	3	2	3	4
4	Pencatatan Hasil Ukur	2	0	2	1	1	3	3	1	5

Berdasarkan hasil observasi sebagian besar kader belum dapat melakukan penimbangan secara tepat terhadap baduta maupun balita. Dari 9 orang total kader yang diobservasi untuk melakukan aspek penimbangan, 5 diantaranya dapat melakukan secara tepat penetapan awal timbangan. Tidak ada yang tepat melakukan aspek identifikasi pengganggu penimbangan. 5 orang kader melakukan dengan tepat aspek penetapan hasil ukur. 6 orang melakukan aspek pencatatan hasil ukur. Oleh karena itu, dapat diasumsikan bahwa sebagian besar kader belum bisa melakukan aspek penimbangan berat badan terhadap baduta maupun balita.

Pada aspek pengukuran panjang dan tinggi badan, terdapat 1 orang kader pengukur baduta dan 3 orang kader pengukur balita yang secara tepat melakukan seluruh aspek pengukuran. Lebih detail, dari 9 orang total kader yang diobservasi untuk melakukan pengukuran, tujuh diantaranya secara tepat melakukan aspek penetapan posisi baduta/balita; empat orang secara tepat melakukan aspek penetapan posisi kepala dan kaki; empat orang secara tepat melakukan aspek penetapan hasil ukur; lima orang secara tepat melakukan aspek pencatatan hasil ukur. Adapun beberapa hambatan terjadi yang mengakibatkan ketidaktepatan penimbangan berat badan dan pengukuran panjang dan tinggi badan oleh kader antara lain:

1. Kurangnya pengalaman kader, karena ada kader yang baru satu tahun menjalankan tugasnya dan selama satu tahun tersebut kader tidak memiliki kesempatan untuk melakukan pengukuran;
2. Ketidaktahuan atas penetapan angka timbangan. Beberapa kader ada yang masih kebingungan dalam penetapan angka awal timbangan karena alat yang digunakan adalah timbangan otomatis yang mesti menunggu hingga angka nol sebelum dinaikan. Ada juga alat timbangan yang belum terkalibrasi atau tidak bisa diberhentikan untuk menetapkan hasil timbangan;
3. Posisi alat timbangan yang salah. Pada salah satu posyandu, *baby scale* diletakkan pada meja yang kurang panjang dan kurang kokoh sehingga akan sangat mengganggu penimbangan;
4. Aksesoris, penggunaan baju dan pampers. Pada beberapa penimbangan yang dilakukan oleh kader, kader tidak memperhatikan pengganggu tersebut; sisi kepala baduta dan balita yang menggunakan alat timbangan berdiri juga menjadi hal yang tidak diperhatikan oleh kader;
5. Akibat persiapan yang tidak tepat, beberapa kader akhirnya tidak tepat menetapkan dan mencatat hasil ukur;
6. Pada saat pengukuran panjang baduta, masih ada kader yang belum bisa menetapkan posisi baduta pada alat ukur.

7. Pada saat pengukuran panjang baduta dan tinggi badan balita, masih ada kader yang belum bisa menetapkan posisi kepala dan kaki. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan serta baduta dan balita yang terlanjur rewel terlebih dahulu sebelum dilakukan pengukuran. Hal lain yang beberapa kader lewatkan ketika menetapkan posisi kepala adalah pandangan baduta dan balita.
8. Pada beberapa posyandu, penempatan alat juga menjadi hal yang tidak diperhatikan. Terdapat posyandu yang tidak memiliki infantometer yang sesuai sehingga akan membuat pengukuran tidak tepat. Terdapat posyandu yang meletakkan alat stadiometer tidak sesuai dengan penggunaannya yang seharusnya menempel sejajar dengan dinding.
9. Aksesoris kepala pada baduta dan balita juga beberapa kali tidak diperhatikan oleh kader saat melakukan pengukuran panjang atau tinggi badan.

4.1.7 Ketersediaan Alat Antropometri

Tabel 4.1.7 Kelengkapan Alat Ukur Antropometri Posyandu Muara Enim

No	Nama Posyandu	Desa	Baby Scale	Timbangan Anak	Infantometer	Stadiometer
Tanjung						
1	Rafflesia	Tiga, SDU	V	v	V	v
Karang						
2	Bougenville	Agung, LU	V	v	V	v
Pagar						
3	Asoka	Agung, Rambang	V	v	V	v

Seluruh posyandu yang diamati tersedia alat antropometri namun memiliki beberapa catatan hasil pengamatan. Pada Posyandu Rafflesia, Baby Scale yang digunakan tidak dapat menetapkan hasil penimbangannya. Pada posyandu Bougenville, infantometer yang digunakan berasal dari stadiometer, sehingga panjang stadiometer tidak penuh dan penggunaan infantometer tidak maksimal. Pada Posyandu Asoka tidak terdapat hambatan dalam ketersediaan alat antropometri.

4.1.8 Ketepatan Plotting dan Analisis

Tabel 4.1.8 Ketepatan Plotting dan Analisis

No	Aspek Observasi	Jumlah kader pengukur baduta yang melakukan aspek			Jumlah kader pengukur balita yang melakukan aspek			Jumlah Total Kader		
		Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak tepat	Tepat
Aspek Plotting										
1	Penetapan umur anak	3	0	1	2	3	0	5	3	1
2	Plotting hasil ukur BB pada KMS / grafik BB/U	2	1	1	1	2	2	3	3	3
3	Plotting hasil ukur PB pada grafik PB/U	2	2	0	2	2	1	4	4	1
4	Plotting hasil ukur PB pada pada grafik BB/PB & BB/TB	2	2	0	1	4	0	3	6	0
Aspek Interpretasi										
1	Interpretasi nomal atau gagal tumbuh grafik BB/U	2	2	0	1	3	1	3	5	1
2	Interpretasi normal atau gagal tumbuh grafik TB/U	2	2	0	1	4	0	3	6	0
3	Interpretasi normal atau gagal tumbuh grafik BB/PB dan BB/TB	2	2	0	1	4	0	3	6	0

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada 9 kader dalam melakukan pengukuran dan penimbangan, dapat dilihat bahwa variasi dalam ketepatan pengukuran sangat bervariasi antar kader. Dari 9 kader yang diobservasi:

1. Penetapan Umur Anak:

3 kader melakukan pengukuran dengan tepat, sementara 6 kader tidak melakukan pengukuran dengan tepat, mengindikasikan kebutuhan untuk pelatihan lebih lanjut dalam memahami cara penetapan umur yang akurat.

2. Plotting Hasil Ukur pada Grafik BB/U, PB/U, dan BB/PB:

Lebih dari setengah kader menunjukkan ketidakmampuan untuk melakukan plotting dengan tepat. Hanya 2 kader yang melakukan plotting dengan tepat pada grafik BB/U, dan tidak ada yang tepat pada grafik BB/PB, menunjukkan adanya gap kompetensi yang harus segera ditangani.

3. Interpretasi Normal atau Gagal Tumbuh pada Grafik BB/U, TB/U, dan BB/PB:

Hampir semua kader tidak dapat melakukan interpretasi dengan tepat pada semua jenis grafik, dengan hanya 3 kader yang melakukan interpretasi tepat pada grafik BB/U. Hal ini menunjukkan bahwa kader memerlukan pemahaman yang lebih mendalam tentang cara membaca dan menginterpretasi grafik pertumbuhan.

Beberapa hambatan yang dialami oleh kader dalam pengisian plotting dan interpretasi hasil ukur adalah kurangnya pengetahuan mengenai cara mengisi KMS, plotting dan interpretasi, beberapa kader ada yang kesulitan dalam membaca akibat rendahnya pendidikan kader meskipun sudah lama berada di posyandu, beberapa kader juga tidak berpengalaman untuk mengisi KMS karena selama berada di Posyandu mengisi KMS bukanlah tugas kader tersebut.

Kesimpulan ini menunjukkan bahwa perlu adanya peningkatan kualitas pelatihan dan evaluasi yang lebih rutin terhadap kader, khususnya dalam aspek penetapan umur, plotting hasil ukur, dan interpretasi grafik pertumbuhan, untuk memastikan setiap kader mampu melakukan penimbangan dan pengukuran dengan tepat dan akurat. Pelatihan berkelanjutan dan evaluasi yang efektif akan meningkatkan kompetensi kader dalam menghadapi tugas mereka sehari-hari dan secara signifikan akan memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan pada anak.

4.1.9 Ketepatan dalam Melakukan Promosi Kesehatan Berdasarkan Hasil Analisis

Tabel 4.1.9 Ketepatan dalam Melakukan Promosi Kesehatan Berdasarkan Hasil Analisis

No	Aspek Observasi	Jumlah kader pengukur baduta yang melakukan aspek			Jumlah kader pengukur balita yang melakukan aspek			Jumlah Total		
		Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak tepat	Tepat
Aspek Konseling										
1	Jika Grafik BB/U tidak Naik, apakah kader memberikan penjelasan arti grafik pertumbuhan?	4	0	0	3	1	1	7	1	1
2	Apakah kader menanyakan dan mencatat keadaan anak bila ada keluhan (batuk, diare, panas, rewel, dll)	4	0	0	3	0	2	7	0	2
3	Apakah kader memberikan konseling tentang pencegahan dan pengelolaan diare dan juga kebersihan lingkungan rumah	4	0	0	5	0	0	9	0	0
4	Apakah kader menanyakan kebiasaan makan anak? Apakakah memberikan konseling tentang pola makan dan makanan cemilan yang bergizi?	3	0	1	1	2	2	4	2	3
5	Apakah kader memberi penjelasan kemungkinan penyebab BB tidak naik?	3	1	0	5	0	0	8	1	0
6	(Khusus untuk kader yang mengobservasi BADUTA) apakah kader memberi konseling tetang pentingnya pemberian ASI Eksklusif untuk bayi 0-6 bulan?	4	0	0	0	0	0	4	0	0
7	Apakah kader memberikan konseling tentang pentingnya pemberian gizi seimbang?	3	0	1	2	0	3	5	0	4
8	Jika Baduta/Balita diketahui Gizi dan atau BB Kurang, apakah kader memberikan PMT dan informasi mengenai PMT?	3	0	1	2	1	2	5	1	3
9	Apakah kader melakukan edukasi stimulasi perkembangan?	4	0	0	5	0	0	9	0	0
10	Apakah kader merujuk ke Puskesmas/Pustu/ Poskesder jika ada baduta/balita dengan kondisi dibawah standar sehat?	4	0	0	5	0	0	9	0	0

Berdasarkan hasil observasi pada tabel konseling kader kesehatan, ditemukan beberapa poin penting mengenai kemampuan kader dalam memberikan konseling kepada ibu dan anak. Pertama, pada aspek penjelasan tentang grafik BB/U, hanya satu dari sembilan kader yang memberikan penjelasan yang benar mengenai arti grafik pertumbuhan ketika grafik BB/U tidak naik. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas kader (8 dari 9) belum memahami atau mampu menjelaskan pentingnya grafik pertumbuhan dengan baik.

Kedua, ketika ada keluhan kesehatan seperti batuk, diare, panas, atau rewel, hanya dua kader yang benar-benar menanyakan dan mencatat keadaan anak dengan tepat. Ini berarti mayoritas kader (7 dari 9) belum menunjukkan kepekaan atau kemampuan yang memadai dalam menangani keluhan kesehatan anak.

Ketiga, dalam aspek konseling tentang pencegahan dan pengelolaan diare serta kebersihan lingkungan rumah, tidak ada kader yang melakukannya dengan tepat. Semua kader gagal memberikan konseling yang diperlukan dalam hal ini, menunjukkan bahwa mereka memerlukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam bidang pencegahan penyakit.

Keempat, terkait dengan pola makan anak dan pemberian makanan bergizi, tiga kader sudah menanyakan kebiasaan makan anak dan memberikan konseling tentang makanan bergizi, namun enam kader lainnya belum melakukannya dengan baik. Ini mengindikasikan bahwa sebagian besar kader masih perlu memperdalam pemahaman tentang gizi anak.

Kelima, dalam hal menjelaskan kemungkinan penyebab berat badan tidak naik, hanya satu kader yang melakukannya dengan tepat, sementara delapan kader lainnya gagal memberikan penjelasan yang memadai. Hal ini menunjukkan bahwa kader memerlukan pelatihan lebih lanjut dalam hal gizi dan pertumbuhan anak.

Keenam, pada konseling tentang pentingnya ASI eksklusif untuk bayi 0-6 bulan, khususnya bagi kader yang mengobservasi BADUTA, empat kader sudah memberikan konseling namun tidak sepenuhnya tepat. Lima kader lainnya belum melakukannya dengan baik.

Ketujuh, mengenai pemberian gizi seimbang, hanya dua kader yang memberikan konseling dengan tepat, sedangkan tujuh kader lainnya belum melakukannya dengan baik. Ini menunjukkan perlunya peningkatan dalam hal pemahaman dan edukasi tentang gizi seimbang.

Kedelapan, ketika balita atau baduta teridentifikasi mengalami kekurangan gizi, hanya tiga kader yang memberikan informasi dan PMT dengan tepat. Enam kader lainnya belum memberikan informasi yang memadai.

Kesembilan, terkait edukasi stimulasi perkembangan, tidak ada kader yang melakukannya dengan tepat. Semua kader gagal memberikan edukasi tentang stimulasi perkembangan, yang sangat krusial untuk pertumbuhan dan perkembangan anak.

Terakhir, dalam hal merujuk ke Puskesmas, Pustu, atau Poskesdes jika ditemukan kondisi yang tidak sesuai standar kesehatan, tidak ada kader yang melakukannya dengan tepat. Semua kader gagal memberikan instruksi yang diperlukan, menunjukkan perlunya pemahaman yang lebih baik tentang prosedur rujukan.

4.10 Konseling Kader Posyandu terhadap Ibu Hamil

Tabel 4.10 Konseling Kader Posyandu terhadap Ibu Hamil

No	Aspek Konseling Ibu Hamil	Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat
1	Jika Ibu Hamil diketahui mengalami anemia saja, apakah kader memberikan konseling gizi dan tatalaksana anemia?	5	1	1
2	Jika ibu Hamil terdeteksi KEK/Risiko KEK saja apakah kader memberikan MT?	7	0	0
3	Jika Ibu Hamil terdeteksi KEK/Risiko KEK saja apakah kader memberikan edukasi konseling gizi?	2	2	3
4	Jika Ibu Hamil terdeteksi KEK/Risiko KEK + Anemia, apakah kader memberikan MT, edukasi dan tatalaksana anemia?	5	2	0
5	Jika Ibu Hamil diketahui mengalami KEK/Risiko KEK+ Penyakit, apakah kader memberikan MT, konseling gizi dan tatalaksana penyakit penyerta atau dirujuk?	5	2	0

Berdasarkan hasil observasi pada tabel konseling kader posyandu terhadap ibu hamil, dapat disimpulkan beberapa poin penting mengenai kinerja kader dalam memberikan konseling kepada ibu hamil yang mengalami berbagai kondisi kesehatan. Pertama, terkait dengan konseling gizi dan tata laksana anemia pada ibu hamil yang diketahui hanya mengalami anemia, ditemukan bahwa lima dari delapan kader tidak memberikan konseling sama sekali. Hanya satu kader yang memberikan konseling dengan tepat, sementara dua kader lainnya memberikan konseling yang tidak tepat. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar kader belum memiliki pengetahuan atau keterampilan yang memadai untuk menangani kasus anemia pada ibu hamil.

Kedua, dalam kasus ibu hamil yang terdeteksi mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) atau risiko KEK tanpa anemia, tidak ada kader yang memberikan Makanan Tambahan (MT) dengan tepat. Bahkan, tujuh kader tidak memberikan MT sama sekali, menunjukkan bahwa pemahaman dan tindakan kader terhadap KEK sangat perlu ditingkatkan.

Ketiga, ketika ibu hamil terdeteksi mengalami KEK atau risiko KEK saja, hanya dua kader yang memberikan edukasi konseling gizi dengan tepat. Enam kader lainnya tidak memberikan edukasi yang memadai, baik dengan tidak melakukan konseling sama sekali atau memberikan konseling yang tidak tepat. Ini menunjukkan bahwa edukasi konseling gizi belum dipahami dengan baik oleh mayoritas kader.

Keempat, untuk ibu hamil yang mengalami KEK dan anemia, tiga kader memberikan edukasi konseling gizi dengan tepat, namun dua kader tidak melakukannya dengan benar, dan tiga kader lainnya tidak melakukan konseling sama sekali. Ini menunjukkan bahwa meskipun ada peningkatan dalam konseling pada kondisi yang lebih kompleks, masih ada kebutuhan signifikan untuk pelatihan lebih lanjut.

Terakhir, untuk ibu hamil yang mengalami KEK atau risiko KEK serta penyakit penyerta, hanya dua kader yang memberikan konseling gizi dan tata laksana penyakit dengan tepat, sementara lima kader tidak melakukan konseling sama sekali, dan satu kader memberikan konseling yang tidak tepat. Hal ini mengindikasikan bahwa dalam situasi yang memerlukan penanganan lebih kompleks, kebanyakan kader masih belum mampu memberikan layanan yang sesuai.

Secara keseluruhan, hasil observasi ini menunjukkan bahwa kader posyandu membutuhkan peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang signifikan dalam berbagai aspek konseling, terutama dalam menangani kondisi kesehatan yang memerlukan perhatian khusus seperti anemia, KEK, dan penyakit penyerta pada ibu hamil. Pelatihan dan supervisi berkelanjutan sangat diperlukan untuk memastikan bahwa kader dapat memberikan layanan yang efektif dan tepat sasaran kepada ibu hamil, guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di posyandu.

4.1.11 Hasil Observasi Status Gizi Baduta dan Balita

Tabel 4.1.11 Hasil Analisis Status Gizi Baduta

No	Nama	JK	Umur (bln)	Pengukuran Validasi					Pengukuran Kader					Delta berat	Delta Tinggi	Mean BB	Mean Tinggi
				BB (kg)	PB (cm)	Klasifikasi			BB (kg)	PB (cm)	Klasifikasi						
						BB/U	PB/U	BB/PB			BB/U	PB/U	BB/PB				
1	Alazkar	L	22	9	78.5	BB kurang	Pendek	Normal	10.2	79	Normal	Pendek	Normal	1.2	0.5	9.6	78.75
2	Penra	L	7	7.8	70.8	Normal	Normal	Normal	0	0	0	0	0	-7.8	-70.8	3.9	35.4
3	Ahmad	L	14	9.7	74.2	Normal	Normal	Normal	9.5	74.2	Normal	Normal	Normal	-0.2	0	9.6	74.2
4	Agam	L	24	8.9	80.2	Normal	Normal	Normal	0	0	0	0	0	-8.9	-80.2	4.45	40.1
5	Haikal	L	16	8.35	72.4	Normal	Normal	Normal	0	0	0	0	0	-8.35	-72.4	4.175	36.2
6	Alfarizal	L	19	10.1	82.3	Normal	Normal	Normal	10.8	82.3	Normal	Normal	Normal	0.75	0	10.43	82.3
7	Abid H	L	14	8.2	72.2	BB kurang	Pendek	Normal	8.1	72	BB Kurang	Pendek	Normal	-0.1	-0.2	8.15	72.1
8	Abizal	L	13	7.4	69.5	BB kurang	Sangat Pendek	Normal	0	0	0	0	0	-7.4	-69.5	3.7	34.75
9	Arisa	P	16	8.1	70.4	Normal	Sangat Pendek	Normal	0	0	0	0	0	8.1	70.4	4.05	35.2
10	Helista	P	15	8.1	79.2	Normal	Normal	Gizi Kurang	9.78	85.5	Normal	Tinggi	Normal	-1.68	-6.3	8.94	82.35
11	Adiva	P	1	4.17	50.8	Normal	Normal	Normal	4.3	51.6	Normal	Normal	Normal	-0.13	-0.8	4.235	51.2
12	Hadara	P	6	7	64.6	Normal	Normal	Normal	7.3	63	Normal	Normal	Normal	-0.3	1.6	7.15	63.8
13	Almahera	P	23	8.6	76	BB Kurang	Pendek	Normal	8.3	76.4	BB Kurang	Pendek	Normal	0.3	-0.4	8.45	76.2
14	Asipa	P	7	7.09	64.9	Normal	Normal	Normal	7.81	65.6	Normal	Normal	Normal	-0.72	-0.7	7.45	65.25

15	M Al Gibran	L	7	7.01	64.4	Normal	Pendek	Normal	7.7	65.6	Normal	Normal	Normal	-0.69	-1.2	7.355	65
16	Nur Azzahra	P	1	2.51	47	BB Sangat Kurang	Sangat Pendek	Normal	2.9	47.1	BB Sangat Kurang	Sangat Pendek	Normal	-0.39	-0.1	2.705	47.05
17	Alpansya	L	4	8.2	60.9	BB Lebih	Normal	Obesitas	7.9	60.9	BB Lebih	Normal	Gizi Lebih	0.3	0	8.05	60.9
18	Zahra	P	16	6.2	60.4	BB Sangat Kurang	Sangat Pendek	Normal	6.3	60	BB Sangat Kurang	Sangat Pendek	Normal	-0.1	0.4	6.25	60.2
19	M Amar Julian	L	12	8.13	70.5	Normal	Pendek	Normal	8.3	70	Normal	Pendek	Normal	-0.17	0.5	8.215	70.25
20	Raska	L	17	8.35	72.4	BB kurang	Sangat Pendek	Normal	8.2	72	BB Kurang	Sangat Pendek	Normal	0.15	0.4	8.275	72.2
21	Azayurina	P	2	5.5	58.4	Normal	Normal	Normal	5.8	58	Normal	Normal	Normal	-0.3	0.4	5.65	58.2

Hasil Analisis Kader	<i>BB Sangat Kurang</i>	<i>BB Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk BB Lebih</i>	<i>Tidak Terukur</i>
BB/U	2	3	10	1	5
PB/U	<i>Sangat Pendek</i>	<i>Pendek</i>	<i>Normal</i>	<i>Tinggi</i>	<i>Tidak Terukur</i>
	3	4	8	1	5
BB/PB	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Normal	Risk Gizi Lebih	Obesitas
	0	0	15	1	0
Hasil Analisis Validasi	<i>BB Sangat Kurang</i>	<i>BB Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk BB Lebih</i>	<i>Tidak Terukur</i>
BB/U	2	5	13	1	0
PB/U	<i>Sangat Pendek</i>	<i>Pendek</i>	<i>Normal</i>	<i>Tinggi</i>	<i>Tidak Terukur</i>
	5	5	11	0	0
BB/PB	<i>Gizi Buruk</i>	<i>Gizi Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk Gizi Lebih</i>	<i>Obesitas</i>
	0	1	19	0	1

Tabel ini memperlihatkan pengukuran berat badan (BB) dan panjang badan (PB) dari 21 anak, baik oleh kader maupun melalui validasi. Pengukuran ini mencakup klasifikasi gizi berdasarkan BB/U (berat badan terhadap umur) dan BB/PB (berat badan terhadap panjang badan). Selain itu, tabel ini juga menunjukkan delta berat dan tinggi (perbedaan antara pengukuran kader dan validasi) serta rata-rata berat dan tinggi.

Hasil Pengamatan Umum terdiri beberapa poin berikut:

1. Perbedaan Pengukuran Berat Badan:

Sebagian besar pengukuran berat badan oleh kader menunjukkan variasi yang signifikan dibandingkan dengan pengukuran validasi. Delta berat terbesar adalah -1.77 kg (Hadara) dan 0.8 kg (Almaz), yang mengindikasikan adanya kesalahan pengukuran yang perlu diperbaiki.

2. Perbedaan Pengukuran Panjang Badan:

Variasi panjang badan juga cukup signifikan, dengan delta tinggi terbesar adalah -8.9 cm (Agam) dan 1.5 cm (Zahra). Kesalahan pengukuran ini dapat berdampak pada penilaian status gizi anak.

3. Klasifikasi Gizi BB/U dan BB/PB:

Pada klasifikasi BB/U, ditemukan beberapa perbedaan antara hasil pengukuran kader dan validasi. Misalnya, Alazar diklasifikasikan sebagai "BB kurang" oleh validasi, namun sebagai "Normal" oleh kader. Begitu juga dengan klasifikasi "Sangat Pendek" pada BB/PB yang terlihat pada beberapa anak (Abizal dan Arisa) yang oleh kader dikategorikan sebagai "Normal".

Kategori gizi juga menunjukkan beberapa ketidakcocokan, seperti pada Helista yang dikategorikan sebagai "Gizi Kurang" oleh kader tetapi "Normal" oleh validasi, dan Hadara yang dikategorikan sebagai "BB Kurang" oleh kader namun "Normal" oleh validasi.

Perbedaan yang cukup signifikan antara pengukuran kader dan validasi menunjukkan bahwa ada kebutuhan mendesak untuk meningkatkan akurasi dan konsistensi dalam pengukuran berat dan panjang badan anak-anak. Ketidakakuratan ini dapat berdampak negatif pada penilaian status gizi dan pengambilan keputusan dalam intervensi gizi.

Diperlukan pelatihan lebih lanjut bagi kader untuk memastikan mereka memahami dan mampu melakukan pengukuran dengan benar. Supervisi rutin dan kalibrasi alat ukur juga sangat penting untuk memastikan bahwa pengukuran yang dilakukan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dengan demikian, kualitas pelayanan kesehatan dan gizi anak dapat ditingkatkan, memberikan manfaat yang lebih besar bagi kesehatan dan perkembangan anak-anak.

4.1.12 Hasil Analisis Status Gizi Balita

Tabel 4.1.12 Hasil Analisis Status Gizi Balita

No	Id	JK	Umur (bln)	Pengukuran Kader					Pengukuran Validasi					Delta berat	Delta Tinggi	Mean BB	Mean TB
				BB (kg)	TB (cm)	Klasifikasi			BB (kg)	TB (cm)	Klasifikasi						
						BB/U	TB/U	BB/TB			BB/U	TB/U	BB/TB				
1	M Nizam R	L	59	17.7	102	Normal	Normal	Risk Gizi Lebih	13.6	95.1	BB Kurang	Sangat Pendek	Normal	4.1	7.1	15.65	98.7
2	M. Akbar S	L	46	13.9	95.5	Normal	Normal	Normal	13.9	95	Normal	Normal	Normal	0	0.5	13.9	95.3
3	Wahyu P	L	30	12	82	Normal	Pendek	Risk Gizi Lebih	11.7	82.9	Normal	Pendek	Normal	0.3	-0.9	11.85	82.5
4	Azmi	L	25	10	79	Normal	Pendek	Normal	10.05	83.8	Normal	Normal	Normal	-0.05	-4.8	10.03	81.4
5	Zaki	L	28	11.7	90.6	Normal	Normal	Normal	11.7	89.9	Normal	Normal	Normal	0	0.7	11.7	90.3
6	Sahwa R	L	41	10.2	87.5	Sangat Kurus	Pendek	Gizi Kurang	10.2	85.4	Sangat Kurus	Sangat Pendek	Normal	0	2.1	10.2	86.5
7	Irza H	L	55						13.7	95.7	Normal	Pendek	Normal	-13.7	-95.7	6.85	47.9
8	Dani Alfarizki	L	39						13.05	89.6	Normal	Pendek	Normal	-13.1	-89.6	6.525	44.8
9	Azzam	L	34	10.8	82.5	BB Kurang	Sangat Pendek	Normal	11.05	84.6	Normal	Pendek	Normal	-0.25	-2.1	10.93	83.6
10	M. Amar A	L	35	11	83.9	BB Kurang	Sangat Pendek	Normal	10.85	84.1	BB Kurang	Sangat Pendek	Normal	0.15	-0.2	10.93	84
11	Rayyan	L	26	11.4	78	Normal	Sangat Pendek	Risk Gizi Lebih	10.2	78.4	Normal	Sangat Pendek	Normal	1.2	-0.4	10.8	78.2

12	Frengki	L	42	10.5	91	Sangat Kurus	Pendek	Gizi Kurang	11.3	90.8	Normal	Pendek	Normal	-0.8	0.2	10.9	90.9
13	M Rafatar Abizar	L	30						10.85	84.1	Normal	Pendek	Normal	10.85	84.1	5.425	42.1
14	Fakhiya Nur A	P	32	10.5	90.1	Normal	Normal	Gizi Kurang	10.3	81.3	BB Kurang	Sangat Pendek (<-3SD)	Normal	-0.2	-8.8	10.4	85.7
15	Alesha	P	42	12	89.4	Normal	Pendek	Normal	11.8	89.9	Normal	Pendek	Normal	-0.2	0.5	11.9	89.7
16	Amalia S	P	28	9.4	81.9	BB Kurang	Pendek	Normal	9	82.1	BB Kurang	Pendek	Normal	-0.4	0.2	9.2	82
17	Asriana	P	37	9.5		BB Sangat Kurang			9.15	74	BB Sangat Kurang	Sangat Pendek (<-3SD)	Normal	-0.35	74	9.325	37
18	Vanesa	P	36	11	83.9	Normal	Pendek	Normal	11.04	83.1	Normal	Sangat Pendek (<-3SD)	Normal	0.04	-0.8	11.02	83.5
19	Febby	P	51	14.5	94	Normal	Pendek	Normal	14.05	93.9	Normal	Pendek	Normal	-0.45	-0.1	14.28	94
20	Naira	P	36	11.87	85	Normal	Pendek	Normal	10.55	84.9	BB Kurang	Pendek	Normal	-1.32	-0.1	11.21	85
21	Alia putri	P	36	12.8	87	Normal	Pendek	Normal	13.05	88.5	Normal	Pendek	Normal	0.25	1.5	12.93	87.8
22	Pitaloka	P	60						13.9	98.7	Normal	Pendek	Normal	13.9	98.7	6.95	49.4
23	Karina	P	43	11	82.8	BB Kurang	Sangat Pendek	Normal	11.2	87.4	BB Kurang	Pendek	Normal	0.2	4.6	11.1	85.1
24	Faida Kania	P	57	13.3	99.5	BB Kurang	Normal	Normal	12.9	93.1	BB Kurang	Sangat Pendek (<-3SD)	Normal	-0.4	-6.4	13.1	96.3

25	Arumi	P	35	10.1	84.1	BB Kurang	Pendek	Normal	10.6	84.5	BB Kurang	Pendek	Normal	0.5	0.4	10.35	84.3
26	Helina	P	31	11.5	82.8	Normal	Pendek	Normal	11.4	82.9	Normal	Pendek	Normal	-0.1	0.1	11.45	82.9
27	Muktia L	P	40	10.5	85	BB Kurang	Sangat Pendek	Normal	10.7	85.1	BB Kurang	Sangat Pendek (<-3SD)	Normal	0.2	0.1	10.6	85.1
28	Afifah Z	P	30	13	87.4	Normal	Normal	Normal	12.4	87.1	Normal	Normal	Normal	-0.6	-0.3	12.7	87.3
29	Hamsa	L	46	15.68	95	Normal	Normal	Risk Gizi Lebih	15.15	99.6	Normal	Normal	Normal	-0.53	4.6	15.42	97.3

Hasil Analisis Kader	<i>BB Sangat Kurang</i>	<i>BB Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk BB Lebih</i>	<i>Tidak Terukur</i>
BB/U	3	7	15	0	4
PB/U	<i>Sangat Pendek</i>	<i>Pendek</i>	<i>Normal</i>	<i>Tinggi</i>	<i>Tidak Terukur</i>
	5	12	7	0	5
BB/TB	<i>Gizi Buruk</i>	<i>Gizi Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk Gizi Lebih</i>	<i>Obesitas</i>
	0	3	17	4	5
Hasil Analisis Validasi	<i>BB Sangat Kurang</i>	<i>BB Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk BB Lebih</i>	<i>Tidak Terukur</i>
BB/U	2	9	18	0	0
PB/U	<i>Sangat Pendek</i>	<i>Pendek</i>	<i>Normal</i>	<i>Tinggi</i>	<i>Tidak Terukur</i>
	9	15	5	0	0
BB/TB	<i>Gizi Buruk</i>	<i>Gizi Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk Gizi Lebih</i>	<i>Obesitas</i>
	0	0	29	0	0

1} Perbedaan Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan

Pada tabel yang disajikan, terlihat adanya perbedaan yang signifikan antara hasil pengukuran kader dengan hasil validasi oleh tim peneliti, terutama pada beberapa anak. Perbedaan ini tampak pada **delta BB** (selisih berat badan) dan **delta TB** (selisih tinggi badan), yang mencerminkan adanya perbedaan metodologi, ketelitian alat ukur, atau kemampuan pengukur.

Sebagai contoh, balita **Fakhiya Nur A** (32 bulan) mengalami perbedaan yang signifikan pada hasil tinggi badan, di mana pengukuran kader menunjukkan tinggi 90.1 cm, sementara validasi oleh tim peneliti mengukur 81.3 cm. Delta tinggi badan mencapai -8.8 cm, yang menandakan adanya kemungkinan ketidaksesuaian alat ukur atau metode pengukuran yang digunakan oleh kader. Perbedaan yang besar seperti ini harus diteliti lebih lanjut karena dapat mempengaruhi klasifikasi status gizi anak tersebut. Dalam kasus ini, validasi oleh tim peneliti dianggap lebih akurat, karena mereka biasanya menggunakan alat ukur yang lebih tepat dan standar yang lebih ketat.

Sebaliknya, ada pula anak-anak yang menunjukkan delta yang sangat kecil antara pengukuran kader dan validasi. Misalnya, pada balita **Azmi** (25 bulan), pengukuran berat badan oleh kader dan hasil validasi hanya berbeda -0.05 kg, yang merupakan perbedaan kecil dan dapat diabaikan. Hal ini menunjukkan bahwa dalam beberapa kasus, pengukuran kader cukup konsisten dengan hasil validasi, meskipun tetap penting untuk melakukan validasi sebagai langkah kontrol kualitas.

2}. Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan Pengukuran Kader dan Validasi

Klasifikasi status gizi berdasarkan **BB/U**, **TB/U**, dan **BB/TB** juga mengalami perubahan dalam beberapa kasus setelah dilakukan validasi oleh tim peneliti. Klasifikasi ini sangat penting dalam menentukan tindakan intervensi yang diperlukan, dan oleh karena itu, perbedaan hasil antara pengukuran kader dan validasi bisa mempengaruhi keputusan yang diambil.

Sebagai contoh, balita **Sahwa R** (41 bulan) dalam pengukuran kader dikategorikan sebagai **sangat kurus** dengan tinggi badan pendek, tetapi setelah validasi oleh tim peneliti, dia tetap masuk dalam kategori **sangat kurus** dan tinggi **sangat pendek**. Meski klasifikasi tidak berubah, validasi tetap penting untuk memastikan bahwa penilaian status gizi anak tersebut sudah tepat dan berdasarkan pengukuran yang akurat.

Sebaliknya, pada balita seperti **Frengki** (42 bulan), pengukuran kader mengkategorikan anak ini sebagai **sangat kurus** dan **pendek**, namun setelah divalidasi, berat badan anak ternyata normal dengan tinggi badan yang pendek. Perubahan klasifikasi ini menunjukkan

bahwa pengukuran kader kadang-kadang bisa menempatkan anak dalam kategori yang lebih serius daripada kondisi sebenarnya, dan tanpa validasi, intervensi yang salah bisa diberikan.

3}. Anak-anak dengan Data Pengukuran Tidak Lengkap

Anak-anak yang tidak memiliki data pengukuran lengkap antara pengukuran kader dan validasi dianggap **tidak sesuai**, artinya data ini tidak bisa digunakan untuk memberikan penilaian yang valid tentang status gizi mereka. Dalam laporan ini, beberapa anak tidak memiliki data pengukuran kader atau validasi yang memadai, seperti balita **Irza H** (55 bulan) dan **Dani Alfarizki** (39 bulan), yang tidak memiliki data pengukuran dari kader namun divalidasi oleh tim peneliti.

Ketiadaan data dari satu sumber pengukuran membuat perbandingan menjadi tidak mungkin dilakukan, dan hasil yang tersedia tidak dapat dijadikan dasar untuk intervensi. Pada kasus seperti ini, sangat penting untuk melakukan pengukuran ulang yang lengkap agar hasil penilaian dapat dipercaya dan digunakan dalam perencanaan intervensi gizi.

4}. Signifikansi Validasi dalam Pengukuran Antropometri

Validasi pengukuran oleh tim peneliti memainkan peran krusial dalam memastikan akurasi dan konsistensi data. Pengukuran antropometri oleh kader, meskipun dilakukan secara rutin di lapangan, mungkin tidak selalu memenuhi standar akurasi yang diperlukan untuk penilaian yang tepat. Hal ini dapat disebabkan oleh keterbatasan alat ukur, kurangnya pelatihan yang memadai, atau faktor lain seperti kondisi lingkungan saat pengukuran dilakukan.

Dalam laporan ini, validasi oleh tim peneliti memastikan bahwa hasil pengukuran yang digunakan untuk menentukan status gizi anak lebih akurat dan dapat diandalkan. Misalnya, balita **Febby** (51 bulan), yang dalam pengukuran kader diklasifikasikan sebagai anak dengan status gizi normal, memiliki perbedaan yang sangat kecil setelah validasi (delta BB -0.45 kg dan delta TB -0.1 cm), sehingga hasilnya tidak berubah secara signifikan. Namun, pada anak-anak lain dengan perbedaan pengukuran yang lebih besar, validasi memberikan data yang lebih tepat dan bermanfaat untuk intervensi selanjutnya.

Data hasil validasi menunjukkan bahwa beberapa anak memerlukan intervensi gizi, baik dalam bentuk peningkatan asupan makanan atau pemantauan lebih lanjut. Anak-anak dengan kategori **BB kurang**, **BB sangat kurang**, atau **TB sangat pendek** memerlukan perhatian khusus, termasuk konsultasi dengan tenaga kesehatan untuk menentukan rencana intervensi yang tepat. Misalnya, balita **Karina** (43 bulan), yang memiliki BB kurang dan TB sangat pendek, memerlukan peningkatan asupan kalori dan nutrisi, serta pengawasan berkala untuk memastikan pertumbuhannya berjalan optimal.

Di sisi lain, anak-anak dengan risiko **gizi lebih** juga perlu diberikan panduan mengenai pola makan yang sehat dan seimbang, serta peningkatan aktivitas fisik untuk mencegah obesitas di masa depan. Balita seperti **Rayyan** (26 bulan), yang memiliki risiko gizi lebih, harus dipantau lebih lanjut untuk memastikan bahwa peningkatan berat badan tidak berlebihan dan tetap dalam batas yang sehat.

4.1.13 Hasil Perhitungan Asupan Makan Baduta dan Balita pada Monev 1

Asupan makan baduta dan balita dilakukan melalui metode survei konsumsi recall 24 jam. Hasil recall dianalisis menggunakan software nutrisurvey yaitu energi, protein, lemak dan karbohidrat. Hasil analisis dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) sesuai kelompok umur berdasarkan Permenkes RI No 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi untuk Masyarakat Indonesia. Melalui hasil perhitungan dan analisa pada 4 baduta didapatkan bahwa 100% asupan energi, protein, lemak dan karbohidrat tidak sesuai dengan AKG Yang dianjurkan.

Hasil analisis asupan makan pada 16 balita di 3 posyandu didapatkan bahwa 100% asupan energi, lemak dan karbohidrat tidak sesuai. Hanya sebesar 43,75% balita dengan asupan protein yang sesuai dengan AKG. Hasil perhitungan dan analisa dijelaskan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.1.13 Hasil Perhitungan Asupan Makan Baduta

No	Nama Baduta	Nama Ibu	Umur Baduta (bln)	Desa	Asupan				Kesesuaian Asupan			
					Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat	Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat
1	Haikal Raska F	Meliawati (alm)	16	Tanjung Tiga	723,9	19,2	23,9	115,9	Tidak	tidak	tidak	tidak
2	Moh. Abid Husain	Wiwit Idia	14	Karang Agung	390	12,2	15,3	51,3	Tidak	tidak	tidak	tidak
3	Fathan Al Ashraf	Elsa Gita Sari	8	Karang Agung	688,2	17,5	25	98,3	Tidak	sesuai	tidak	tidak
4	Muh Abizal Arazi	Sherli Anggita	13	Pagar Agung	574.8	20,2	21,1	73,8	Tidak	sesuai	tidak	tidak

Tabel diatas menyajikan hasil perhitungan asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat pada baduta berdasarkan metode **recall 24 jam**. Berdasarkan hasil analisis terhadap 4 baduta, diketahui bahwa **100% asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat tidak sesuai** dengan AKG yang direkomendasikan. Hal ini menunjukkan adanya masalah dalam pemenuhan kebutuhan gizi makro pada kelompok usia baduta, yang sangat penting dalam periode perkembangan awal kehidupan mereka. Hasil ini menunjukkan bahwa seluruh baduta mengalami **defisiensi gizi**, baik dalam asupan energi maupun makronutrien lainnya. Kekurangan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti:

- **Kurangnya akses terhadap sumber pangan bergizi** yang mencukupi, terutama di daerah pedesaan seperti pada desa Tanjung Tiga dan Pagar Agung yang berada cukup jauh dari jalan utama.
- **Pengetahuan yang kurang mengenai pola makan bergizi**, baik di kalangan orang tua maupun kader posyandu.
- **Faktor ekonomi** yang membatasi kemampuan keluarga untuk membeli makanan dengan gizi seimbang.

Situasi ini memerlukan perhatian khusus, terutama dalam pemberian makanan tambahan yang sesuai dengan kebutuhan gizi baduta agar mereka bisa tumbuh dan berkembang dengan optimal.

Pengukuran asupan makan balita dilakukan dengan metode survei konsumsi recall 24 jam. Hasil recall tersebut dianalisis menggunakan **software Nutrisurvey** untuk mengidentifikasi jumlah asupan energi, protein, lemak, dan karbohidrat. Hasil perhitungan dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang direkomendasikan berdasarkan **Permenkes RI No. 28 Tahun 2019** tentang Angka Kecukupan Gizi untuk masyarakat Indonesia.

4.1.14 Hasil Perhitungan Asupan Makan Balita

Tabel 4.1.14 Hasil Perhitungan Asupan Makan Balita

No	Nama Balita	Nama Ibu	Umur Balita (bln)	Desa	Asupan				Kesesuaian Asupan			
					Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat	Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat
1	Naira	Elva	36	Tanjung Tiga	457,7	20,4	32	134,6	Tidak	sesuai	tidak	tidak
2	Alia Putri	Tasimah	36	Tanjung Tiga	738	20,3	34,6	84,3	Tidak	sesuai	sesuai	tidak
3	Franki Lopi	Sumartini	41	Karang Agung	370,8	15,9	10,5	51,6	tidak	tidak	tidak	tidak
4	Moh Abizar Firdaus	resi	34	Karang Agung	732,2	25,9	23,5	104,3	tidak	sesuai	tidak	tidak
5	Sahwan Rafatar	Sonia Agustina	41	Karang Ahung	702,7	27	28,1	84,3	tidak	sesuai	tidak	tidak
6	Rayan Febri Ramadan	Karina Lestari	26	Karang Agung	471,6	17,8	12,7	69,3	tidak	tidak	tidak	tidak
7	Irza Hatala	Lasi Sulastri	55	Pagar Agung	1148,7	34,3	37,3	166,9	tidak	sesuai	tidak	tidak
8	Pitaloka	Ani Santriani	60	Pagar Agung	682,7	30,9	23	83,4	tidak	sesuai	tidak	tidak

9	karina	fitriani	43	Pagar Agung	622,1	32,5	31,9	51,1	tidak	sesuai	tidak	tidak
10	Faida Qania Azharo	Sri puji Lestri	57	Pagar Agung	792,3	23,1	36,3	92,7	tidak	tidak	tidak	tidak
11	Dani Alfarizi	Yani	39	Pagar Agung	747,5	27,1	34	81,8	tidak	Sesuai	tidak	tidak
12	Arumi	Ranika	35	Pagar Agung	918,1	47,2	27,4	118,1	tidak	Sesuai	tidak	tidak
13	Azzam	Elli	34	Pagar Agung	200,3	7,3	6,4	28,7	tidak	Tidak	tidak	tidak
14	M.Amar Abizar	Yetriani	35	Pagar Agung	798,6	31,5	31,7	95,9	Tidak	Sesuai	tidak	tidak
15	Helina	Heli Pusitasari	31	Pagar Agung	402,8	20,1	14,8	46,3	Tidak	Tidak	tidak	tidak
16	Muh Rafatar Abizar	Pepet Jumiati	30	Pagar Agung	793,4	31,7	28,5	101,1	Tidak	Sesuai	tidak	tidak

Sementara itu, dari 16 balita yang dianalisis, **100% asupan energi, lemak, dan karbohidrat juga tidak sesuai** dengan AKG. Namun, terdapat sekitar **68,75% balita dengan asupan protein yang sesuai** dengan AKG, yang menunjukkan bahwa meskipun ada beberapa balita yang menerima cukup protein, mereka tetap menghadapi kekurangan asupan energi, lemak, dan karbohidrat. Kekurangan asupan energi dan makronutrien ini berisiko menyebabkan **masalah pertumbuhan** seperti berat badan rendah, defisiensi energi kronis, dan akhirnya stunting jika tidak diatasi. Kekurangan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti:

- **Kurangnya akses terhadap sumber pangan bergizi** yang mencukupi, terutama di daerah pedesaan seperti pada desa Tanjung Tiga dan Pagar Agung yang berada cukup jauh dari jalan utama.
- **Pengetahuan yang kurang mengenai pola makan bergizi**, baik di kalangan orang tua maupun kader posyandu.
- **Faktor ekonomi** yang membatasi kemampuan keluarga untuk membeli makanan dengan gizi seimbang.

Mengingat pentingnya periode balita untuk pertumbuhan fisik dan kognitif, penanganan masalah asupan gizi menjadi sangat mendesak. Diperlukan intervensi segera berupa edukasi gizi, peningkatan akses pangan bergizi, dan pemberian makanan tambahan (PMT) yang berkualitas kepada kelompok ini.

4.2 Hasil Monev 2

4.2.1 Hasil Observasi Growth Monitoring Promotion (GMP)

Tabel 4.2.1 Data Karakteristik Kader

No	Nama Kader	Usia (th)	Pendidikan	Lama (th)	Pengalaman Pelatihan	Nama Posyandu	Desa	Nama Baduta	Nama Balita	Nama Ibu Hamil
1	Mawahikmah	30			0	Rafflesia	Tanjung Tiga	M Al.Gibran		
2	Widia E	36	SMP	10	2	Asoka	Pagar Agung	Helista		
3	Sugianti	44	SMA	3	2	Bougenville	KarangAgung	Fathan		
4	Eka M	37	SD	17	4	Bougenville	KarangAgung	Abid		

5	Mawahikmah	30			0	Rafflesia	Tanjung Tiga	Vanesa
6	Harliani	31	S1	1	0	Rafflesia	Tanjung Tiga	Alia Putri
7	Selpah	24	SMP	3	0	Rafflesia	Tanjung Tiga	Naira
8	Vera Septy	26	SMA	4	2	Asoka	Pagar Agung	Alazkar Billar
9	Sriena	10	D3 Perawat	2	0	Asoka	Pagar agung	Helina
10	Septriani	32	SMP	4	1	Asoka	Pagar Agung	Amalia Syafira
11	Rini	36	D3	5	3	Asoka	Pagar Agung	Arumi
12	Fitriani	32	SMP	3	4	Asoka	Pagar Agung	Fakhiya
13	Fitri	25	SMA	3	2	Asoka	Pagar Agung	M Amar
14	Devi	29	SMP	1	2	Asoka	Pagar Agung	Karina
15	Meriawati	43	SMA	20	5	Asoka	Pagar Agung	Alesa
16	Eli Ardealis	42	SMA	5	1	Asoka	Pagar Agung	Azzam
17	Wahyuni	32	SMP	18	2	Bougenville	KarangAgung	Afifah
18	Suryani	37	SMP	10	2	Bougenvile	Karang Agung	Franki Lopi

Berdasarkan tabel Data Kader Observasi GMP pada monev 2 dilakukan terhadap delapan belas kader dari tiga posyandu. Observasi pada kader di Posyandu Raflesia dan Bougenville dilakukan pada 4 orang kader, sedangkan di posyandu Asoka sebanyak 10 orang. Dari 18 kader tersebut, setiap orang melakukan pengukuran terhadap 1 orang baduta atau balita. Pada monev 2 tidak dilakukan pengukuran terhadap ibu hamil dikarenakan pemeriksaan telah dilakukan pada jadwal posyandu yang telah ditentukan dan tidak bertepatan dengan kegiatan monev 2.

4.2.2 Hasil Observasi Praktik GMP Baduta (0-24 bulan)

Tabel 4.2.2 Hasil Observasi Praktik GMP Baduta (0-24 bulan)

No	Nama Kader	Desa	Nama Baduta	Aspek yang dinilai																							
				A.				B.				C. Plotting				D.				E. Konseling							
				Penimbangan				Pengukuran								Interpretasi											
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Mawahikmah	Tanjung Tiga	M Al.Gibran	2	0	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	Widia E	Pagar Agung	Helista	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	2	0	0	2	0	0
3	Sugianti	KarangAgung	Fathan	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	Eka M	KarangAgung	Abid	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0
Keterangan:		0 = Tidak dilakukan; 1 = Dilakukan tidak Tepat; 2 = Dilakukan tepat																									

Interpretasi kolom A: Pada aspek penimbangan, dari empat orang kader, tiga orang yang secara tepat melakukan penentuan angka awal timbangan, satu orang kader tidak melakukan penentuan angka timbangan. Dua dari empat orang kader melakukan identifikasi pengganggu saat menimbang dengan tepat namun 1 orang masih belum tepat. Satu dari empat orang kader menentukan hasil penimbangan dengan tepat, tiga lainnya tidak tepat. Tiga orang kader melakukan pencatatan hasil pengukuran. Jumlah kader pengukur Baduta lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom B: Pada aspek pengukuran, dari empat orang kader, dua orang kader secara tepat melakukan penentuan angka awal pengukuran panjang badan dan 2 orang masih tidak tepat. Keempat kader masih tidak tepat menempatkan posisi kepala dan kaki saat mengukur panjang badan. Satu dari empat orang kader menentukan hasil penimbangan dengan tepat, tiga kader melakukan dengan tidak tepat. Dua dari empat orang kader melakukan pencatatan hasil pengukuran dengan tepat, dua lainnya masih tidak tepat.

Interpretasi kolom C: Pada aspek plotting, dua kader melakukan pengukuran umur kader dengan tepat. Dua dari empat orang kader melakukan secara tepat menentukan plotting BB/U. Dua dari empat orang kader menentukan plotting PB/U tidak tepat. Dua dari empat orang kader melakukan plotting BB/PB dengan tepat. Jumlah kader pengukur Baduta lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom D: Pada aspek interpretasi, dari empat orang kader Dua orang yang melakukan interpretasi plotting BB/U secara tidak tepat. Dua orang yang melakukan interpretasi plotting PB/U secara tidak tepat. Satu orang yang melakukan interpretasi plotting BB/PB secara tidak tepat. Jumlah kader pengukur Baduta lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom E: Interpretasi 2.E: Pada aspek konseling, tidak ada kader yang melakukan a. memberi penjelasan arti grafik pertumbuhan (kolom E1); b. menanyakan dan mencatat keadaan anak bila ada keluhan (E2); c. edukasi pencegahan diare dan kebersihan rumah (E3); d. memberikan edukasi tentang pentingnya ASI Eksklusif untuk bayi usia 0-6 bulan (E6); e. melakukan edukasi stimulasi perkembangan (E9); dan f. merujuk ke puskesmas/pustu/poskesdes jika ada baduta dengan kondisi grafik tertentu (E10). Dari keempat kader, dua kader memberi penjelasan arti grafik pertumbuhan dengan tepat, dua kader memberikan edukasi pentingnya ASI eksklusif. Dari keempat kader, hanya satu kader yang memberikan PMT pada baduta dan memberikan informasi PMT tersebut dengan tepat.

4.2.3 Hasil Observasi Growth Monitoring and Promotion (GMP) Balita

Tabel 4.2.3 Hasil Observasi Growth Monitoring and Promotion (GMP) Balita

No	Nama Kader	Desa	Nama Balita	BALITA																							
				A. Penimbangan				B. Pengukuran				C. Plotting				D. Interpretasi			E. Konseling								
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Mawahikmah	Tanjung Tiga	Vanesa	0	0	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	Harliani	Tanjung Tiga	Alia Putri	2	2	1	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	
3	Selpah	Tanjung Tiga	Naira	1	0	1	2	2	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0		
4	Vera Septy	Pagar Agung	Alazkar Billar	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	
5	Sriena	Pagar agung	Helina	2	2	2	2	2	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	2	0	0	2	2	1	2	0	0
6	Septriani	Pagar Agung	Amalia Syafira	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0
7	Rini	Pagar Agung	Arumi	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	1	0	2	2	0	1	1	2	2	0	0
8	Fitriani	Pagar Agung	Fakhiya	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0
9	Fitri	Pagar Agung	M Amar	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	0	2	2	0	0
10	Devi	Pagar Agung	Karina	2	1	1	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	
11	Meriawati	Pagar Agung	Alesa	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	0	1	1	0	2	0	0	2	2	1	2	0	0
12	Eli Ardealis	Pagar Agung	Azzam	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Wahyuni	KarangAgung	Afifah	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
14	Suryani	Karang Agung	Franki Lopi	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	0	2	2	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0

Keterangan: 0 = Tidak dilakukan; 1 = Dilakukan tidak Tepat; 2 = Dilakukan tepat

Interpretasi Interpretasi kolom A: Pada aspek penimbangan, dari lima orang kader, sepuluh orang yang secara tepat melakukan penentuan angka awal timbangan, satu orang kader tidak tepat, satu orang tidak melakukan. Delapan orang kader melakukan identifikasi pengganggu saat menimbang dengan tepat, tiga orang sudah melakukan namun tidak tepat. Sembilan dari empat belas orang kader menentukan hasil penimbangan dengan tepat, lima kader masih tidak tepat. Tiga belas orang kader melakukan pencatatan hasil pengukuran dengan tepat. Jumlah kader pengukur balita lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom B: Pada aspek pengukuran, dari dua belas orang kader secara tepat melakukan penentuan angka awal pengukuran panjang badan. Lima orang kader secara tepat menempatkan posisi kepala dan kaki saat mengukur panjang badan, tujuh lainnya tidak tepat. Lima orang kader menentukan hasil penimbangan dengan tepat, sembilan kader melakukan dengan tidak tepat. Sembilan orang kader melakukan pencatatan hasil pengukuran dengan tepat, empat orang masih tidak tepat. Jumlah kader pengukur Balita lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom C: Pada aspek plotting, dari hanya tiga orang yang secara tepat melakukan penentuan umur baduta dengan tepat, delapan orang melakukan namun tidak tepat. Hanya dua orang kader melakukan secara tepat menentukan plotting BB/U, delapan lainnya tidak tepat. Satu dari Lima orang kader menentukan plotting PB/U dengan tepat, dua lainnya tidak tepat. Tiga orang kader melakukan plotting BB/PB namun tidak tepat. Jumlah kader pengukur Balita lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom D: Pada aspek interpretasi, empat orang melakukan interpretasi plotting BB/U secara tepat, tujuh orang yang melakukan interpretasi plotting BB/U secara tidak tepat. Dua orang yang melakukan interpretasi plotting PB/U dengan tepat. Tiga orang melakukan interpretasi plotting BB/PB secara tidak tepat. Jumlah kader pengukur Balita lainnya yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

Interpretasi kolom E: Pada aspek konseling empat belas orang kader yang diobservasi a. lima orang kader melakukan secara tepat dan satu orang lainnya melakukan secara tidak tepat memberi penjelasan arti grafik pertumbuhan (kolom E1) ; b. dua orang kader melakukan secara tepat menanyakan dan mencatat keadaan anak bila ada keluhan (E2) ; c. satu orang kader yang melakukan edukasi pencegahan diare dan kebersihan rumah (E3); d. lima orang kader menanyakan kebiasaan makan dan konseling pola makan dengan tepat, empat kader

tidak tepat (E4); e. dua kader yang melakukan penjelasan kemungkinan BB tidak naik (E5); f. tiga orang kader melakukan konseling gizi seimbang (E6); g. delapan orang melakukan pemberian PMT dan informasi PMT secara tepat , dua orang kader melakukan namun tidak tepat; h. tidak ada kader yang melakukan edukasi stimulasi perkembangan (E8) dan merujuk balita yang memiliki masalah gizi. Jumlah kader yang tidak disebutkan keterangannya adalah kader yang tidak melakukan aspek yang diobservasi.

4.2.4 Ketepatan Pengukuran Antropometri oleh Kader pada Monev 2

Tabel 4.2.4 Jumlah Kader berdasarkan Ketepatan Pengukuran pada Observasi GMP

No	Aspek Observasi	Jumlah kader pengukur baduta yang melakukan aspek			Jumlah kader pengukur balita yang melakukan aspek			Jumlah Total		
		Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak tepat	Tepat
Aspek Penimbangan										
1	Penetapan Angka Awal Timbangan	1	0	3	1	3	10	2	3	13
2	Identifikasi pengganggu penimbangan	1	1	2	3	3	8	4	4	10
3	Penetapan Hasil Ukur	2	2	0	0	5	9	2	7	9
4	Pencatatan Hasil Ukur	1	0	3	0	1	13	1	1	16
Aspek Pengukuran Panjang / Tinggi Badan										
1	Penetapan posisi baduta / balita	0	2	2	0	2	12	1	4	14
2	Penetapan posisi kepala dan kaki	0	4	0	2	7	5	2	11	5
3	Penetapan Hasil Ukur	0	4	0	0	9	5	0	13	5
4	Pencatatan Hasil Ukur	0	2	2	1	4	9	1	6	11

Berdasarkan hasil observasi terhadap 18 orang ada kader pada aspek penimbangan kesatu, 13 orang kader (72%) dapat melakukan secara tepat penetapan awal timbangan. Hanya sebanyak 55% yang secara tepat melakukan aspek identifikasi objek pengganggu. 50% kader melakukan dengan tepat aspek penetapan hasil ukur. 89% kader melakukan aspek pencatatan hasil ukur pada buku KMS. Dapat diasumsikan bahwa belum semua kader bisa melakukan aspek penimbangan berat badan terhadap baduta maupun balita.

Pada aspek pengukuran panjang dan tinggi badan, 77,7% kader secara tepat melakukan aspek pengukuran kesatu yaitu penetapan posisi baduta/balita; hanya 28% kader yang dapat secara tepat melakukan aspek penetapan posisi kepala dan kaki dan aspek penetapan hasil ukur. 61% kader secara tepat melakukan aspek pencatatan hasil ukur. Berdasarkan hasil monitoring evaluasi kedua masih terlihat beberapa hambatan pada kader dalam melakukan penimbangan dan pengukuran, diantaranya adalah:

1. kader masih tidak memperhatikan objek pengganggu penimbangan, salah satunya adalah popok yang digunakan. Ibu balita menyatakan bahwa popok sudah dipakai sejak pagi hari, sedangkan penimbangan dilakukan pukul 10.00 sehingga dapat mengganggu hasil penimbangan.
2. Dua orang kader langsung menaikkan balita ke timbangan tanpa memastikan timbangan sudah menyala dan dalam posisi angka nol
3. Masih terdapat kader yang tidak memposisikan tumit dan punggung serta tidak menegakkan posisi kepala baduta/balita pada saat pengukuran tinggi badan
4. Masih terdapat kesalahan dalam membaca hasil ukur. Terdapat kader yang membaca hasil pengukuran pada garis tepi bawah. Posisi mata tidak sejajar dengan hasil ukur pada stadiometer sehingga menyebabkan hasil pengukuran tidak akurat.

4.2.5 Ketepatan Plotting dan Analisis

Tabel 4.2.5 Ketepatan Kader Dalam Melakukan Plotting dan Analisis

No	Aspek Observasi	Jumlah kader pengukur baduta yang melakukan aspek			Jumlah kader pengukur balita yang melakukan aspek			Jumlah Total Kader		
		Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak tepat	Tepat
Aspek Plotting										
1	Penetapan umur anak	2	0	2	5	6	3	7	6	5
2	Plotting hasil ukur BB pada KMS / grafik BB/U	2	0	2	2	8	4	4	8	6
3	Plotting hasil ukur PB pada grafik PB/U	2	0	2	0	9	5	2	9	7
4	Plotting hasil ukur PB pada pada grafik BB/PB & BB/TB	3	0	1	11	3	0	14	3	1
Aspek Interpretasi										
1	Interpretasi nomal atau gagal tumbuh grafik BB/U	2	2	0	3	7	4	5	9	4
2	Interpretasi normal atau gagal tumbuh grafik TB/U	2	2	0	3	9	2	5	11	2
3	Interpretasi normal atau gagal tumbuh grafik BB/PB dan BB/TB	3	1	0	7	3	4	10	4	4

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada 18 kader dalam melakukan pengukuran dan penimbangan, masih terdapat variasi dalam ketepatan plotting. Hanya 27% kader yang dapat menetapkan umur anak dengan tepat. 33% kader dapat melakukan plotting pada grafik BB/U dan PB/U dan hanya 5,5% kader yang dapat melakukan plotting pada grafik BB/PB atau BB/TB. Hampir semua kader tidak dapat melakukan interpretasi dengan tepat pada semua jenis grafik

Berdasarkan observasi pada monev kedua, didapatkan beberapa kendala yang masih menjadi hambatan bagi kader dalam melakukan plotting dan interpretasinya:

1. Beberapa kader tidak mengenal dengan baik isi KMS sehingga ketika akan mencatat hasil penimbangan dan pengukuran masih kebingungan akan mencatat dimana. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa tidak dilakukan rolling kader pada meja pelayanan posyandu sehingga kader yang bertugas pada meja pendaftaran tidak dapat melakukan pengisian KMS.
2. Kekesalahan dalam melakukan plotting dikarenakan masih kurangnya pengetahuan kader. Kesalahan plotting menyebabkan kesalahan dalam interpretasi data.
3. Penetapan Umur Anak, terdapat kader yang melakukan perhitungan dengan menghitung mundur bulan saat ini ke bulan lahir baduta/balita. Hal ini menyebabkan hasil perhitungan tidak akurat. Diperlukan pelatihan agar kader dapat menghitung umur baduta/balita dengan tepat.

4.2.6 Ketepatan dalam Melakukan Promosi Kesehatan Berdasarkan Hasil Analisis

Tabel 4.2.6 Ketepatan Kader Dalam Melakukan Promosi Kesehatan Berdasarkan Hasil Analisis

No	Aspek Observasi	Jumlah kader pengukur baduta yang melakukan aspek			Jumlah kader pengukur balita yang melakukan aspek			Jumlah Total		
		Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak Tepat	Tepat	Tidak melakukan	Tidak tepat	Tepat
Aspek Konseling										
1	Jika Grafik BB/U tidak Naik, apakah kader memberikan penjelasan arti grafik pertumbuhan?	2	1	1	8	1	5	10	2	6
2	Apakah kader menanyakan dan mencatat keadaan anak bila ada keluhan (batuk, diare, panas, rewel, dll)	4	0	0	11	1	2	15	1	2
3	Apakah kader memberikan konseling tentang pencegahan dan pengelolaan diare dan juga kebersihan lingkungan rumah	4	0	0	11	2	1	15	2	1
4	Apakah kader menanyakan kebiasaan makan anak? Apakakah memberikan konseling tentang pola makan dan makanan cemilan yang bergizi?	3	0	1	5	4	5	8	4	6
5	Apakah kader memberi penjelasan kemungkinan penyebab BB tidak naik?	4	0	0	9	3	2	13	3	2

6	(Khusus untuk kader yang mengobservasi BADUTA) apakah kader memberi konseling tentang pentingnya pemberian ASI Eksklusif untuk bayi 0-6 bulan?	2	0	2	0	0	0	2	0	2
7	Apakah kader memberikan konseling tentang pentingnya pemberian gizi seimbang?	3	0	1	8	3	3	11	3	4
8	Jika Baduta/Balita diketahui Gizi dan atau BB Kurang, apakah kader memberikan PMT dan informasi mengenai PMT?	3	0	1	4	2	8	7	2	9
9	Apakah kader melakukan edukasi stimulasi perkembangan?	4	0	0	14	0	0	18	0	0
10	Apakah kader merujuk ke Puskesmas/Pustu/ Poskesder jika ada baduta/balita dengan kondisi dibawah standar sehat?	4	0	0	14	0	0	18	0	0

Berdasarkan hasil observasi pada monev kedua terhadap 18 kader, kriteria konseling kader kesehatan, pada aspek penjelasan tentang grafik BB/U, hanya 33% kader yang memberikan penjelasan yang benar mengenai arti grafik pertumbuhan terutama saat grafik BB/U tidak naik. Hal ini masih menunjukkan bahwa mayoritas kader belum memahami atau mampu menjelaskan pentingnya grafik pertumbuhan dengan baik.

Pada aspek kemampuan kader dalam menginventarisasi ketika ada keluhan kesehatan seperti batuk, diare, panas, atau rewel, hanya 11% kader yang benar-benar menanyakan dan mencatat keadaan anak dengan tepat. Dalam aspek konseling tentang pencegahan dan pengelolaan diare serta kebersihan lingkungan rumah, hanya 1 orang kader yang melakukannya dengan tepat.

Semua kader masih gagal memberikan konseling yang diperlukan. menunjukkan bahwa kader sangat memerlukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam bidang pencegahan penyakit.

Terkait dengan pola makan anak dan pemberian makanan bergizi, 33% kader sudah menanyakan kebiasaan makan anak dan memberikan konseling tentang makanan bergizi, Dalam hal menjelaskan kemungkinan penyebab berat badan tidak naik, hanya 11% kader yang melakukannya dengan tepat. Pada aspek konseling tentang pentingnya ASI eksklusif untuk bayi 0-6 bulan, khususnya bagi kader yang mengobservasi baduta, 50% kader sudah memberikan konseling namun tidak sepenuhnya tepat. Pada aspek pemberian gizi seimbang, hanya 22% kader yang memberikan konseling dengan tepat

Saat balita atau baduta teridentifikasi mengalami kekurangan gizi, 50% kader memberikan informasi dan PMT dengan tepat. Semua kader gagal memberikan edukasi tentang stimulasi perkembangan, yang sangat krusial untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Terakhir, dalam hal merujuk ke Puskesmas, Pustu, atau Poskesdes jika ditemukan kondisi yang tidak sesuai standar kesehatan, kader memberikan lapran kepada bidan desa untuk selanjutnya bidan desa yang melakukan prosedur rujukan.

Dalam observasi ini menunjukkan bahwa:

1. Kepekaan atau kemampuan yang memadai dalam menangani keluhan kesehatan anak masih kurang
2. Kader memerlukan pelatihan lebih lanjut dalam hal gizi dan pertumbuhan anak
3. Kader masih perlu memperdalam pemahaman dan edukasi gizi seimbang
4. Perlu peningkatan kesadaran dan pengetahuan tentang pentingnya ASI eksklusif.
5. Banyak aspek yang perlu ditingkatkan dalam kinerja konseling kader kesehatan diantaranya pemahaman grafik pertumbuhan, pencegahan penyakit, protocol rujukan darurat
6. Pelatihan dan evaluasi rutin sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kompetensi dan kinerja kader kesehatan dalam memberikan layanan yang lebih baik kepada masyarakat.

4.2.7 Hasil Observasi Status Gizi Baduta dan Balita pada Monev 2

Tabel 4.2.7 Hasil Analisis Status Gizi Baduta

No	Nama	JK	Umur (bln)	Pengukuran Validasi					Pengukuran Kader					Delta berat	Delta Tinggi
				BB (kg)	PB (cm)	Klasifikasi			BB (kg)	PB (cm)	Klasifikasi				
						BB/U	PB/U	BB/PB			BB/U	PB/U	BB/PB		
1	Alazkar	L	26	10	80	-	-	-	9.90	79	-	-	-	0,1	1
2	Penra	L	11	8.82	71.9	Normal	Normal	Normal	-	-	-	-	-		
3	Ahmad	L	18	10.06	75.9	Normal	Pendek	Normal	-	-	-	-	-		
4	Agam	L	28	10	80				9.90	79.5	-	-	-	0,1	0,5
5	Haikal	L	20	9.22	76.6	Kurang	Pendek	Normal	-	-	-	-	-		
6	Alfarizal	L	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
7	Abid H	L	18	9,4	77,9	Normal	Normal	Normal	9,5	77,9	Normal	Pendek	Normal	-0,1	0
8	Abizal	L	17	-	-	-	-		-	-	-	-	-		
9	Arisa	P	20	-	-	-	-		-	-	-	-	-		
10	Helista	P	19	9,95	83,9	Normal	Normal	Kurang	9,4	83,9	Normal	Normal	Kurang	0,55	0
11	Adiva	P	5	5.98	59.7	Normal	Normal	Normal	-	-	-	-	-		
12	Hadara	P	10	7.96	70.4	Normal	Normal	Normal	-	-	-	-	-		
13	Almahera	P	27	9.1	80				9.1	80	-	-	-	0	0

14	Asipa	P	11	7.90	69.4	Normal	Normal	Normal	-	-	-	-	-	
15	M Al Gibran	L	11	8.37	68	Normal	Pendek	Normal	-	-	-	-	-	
16	Nur Azzahra	P	5	4.27	56.8	Sangat Kurang	Sangat Pendek	Normal	-	-	-	-	-	
17	Alpansya	L	8	8.22	66.9	Normal	Normal	Normal	-	-	-	-	-	
18	Zahra	P	20	7.17	64.9	Sangat Kurang	Sangat pendek	Normal	-	-	-	-	-	
19	M Amar Julian	L	16	8.88	73.5	Sangat Kurang	Pendek	Normal	-	-	-	-	-	
20	Raska	L	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
21	Azayurina	P	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Keterangan : highlight kuning, responden sudah tidak termasuk kategori baduta, sedangkan tanda (-) kader mengoreksi hasil pengukuran

Hasil Analisis Kader	<i>BB Sangat Kurang</i>	<i>BB Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk BB Lebih</i>	<i>Tidak Terukur</i>
BB/U	0	0	2	0	16
PB/U	<i>Sangat Pendek</i>	<i>Pendek</i>	<i>Normal</i>	<i>Tinggi</i>	<i>Tidak Terukur</i>
	0	1	1	0	16
BB/TB	<i>Gizi Buruk</i>	<i>Gizi Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk Gizi Lebih</i>	<i>Obesitas</i>
	0	1	1	0	0
Hasil Analisis Validasi	<i>BB Sangat Kurang</i>	<i>BB Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk BB Lebih</i>	<i>Tidak Terukur</i>
BB/U	3	1	9	0	5
PB/U	<i>Sangat Pendek</i>	<i>Pendek</i>	<i>Normal</i>	<i>Tinggi</i>	<i>Tidak Terukur</i>
	2	4	7	0	5
BB/TB	<i>Gizi Buruk</i>	<i>Gizi Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk Gizi Lebih</i>	<i>Obesitas</i>
	0	1	12	0	0

Berdasarkan tabel diatas menunjukan bahwa pengukuran berat badan (BB) dan panjang badan (PB) dari 21 anak, yang dilakukan oleh kader maupun validator. Pengukuran ini mencakup klasifikasi gizi berdasarkan BB/U (berat badan terhadap umur), PB/U (panjang badan terhadap umur) dan BB/PB (berat badan terhadap panjang badan) selain itu, tabel ini menunjukkan delta berat dan tinggi (perbedaan anatara pengukuran kader dan validator) serta rata-rata berat dan tinggi.

Hasil pengamatan umum terdiri dari beberapa point berikut:

1. Ketidak hadiraan responden

Pada tabel diatas banyak data yang tidak dapat diolah dikarenakan tidak semua responden hadir dalam pengukuran. Posyandu beralasan bahwa beberapa tidak hadir karena adanya acara keluarga dan pengukuran sudah dilakukan bulan lalu sehingga tidak bisa untuk di datangkan. Kemudian, beberapa responden seperti Alazkar, Agam dan Almahera sudah lebih dari dua tahun sehingga masuk ke dalam pengukuran balita.

2. Pengukuran oleh kader

Terdapat data yang kosong jika dibandingkan dengan pengukuran validasi. Hal ini disebabkan karena pada saat proses pengukuran dan penimbangan kader ter distraksi oleh pengukuran yang dilakukan oleh validator sehingga hasil pengukuran yang mereka lakukan diubah dan disamakan seperti validator. Pengukuran dan penimbangan yang tidak dapat dilakukan perbandingannya yaitu berasal dari desa Tanjung Tiga.

3. Klasifikasi Gizi PB/U

Pada klasifikasi PB/U, ditemukan perbedaan antara hasil pengukuran oleh kader dan validator. Misalnya, Abid H diklasifikasikan sebagai "Normal" oleh validator, namun sebagai "Pendek" oleh kader.

Setelah dilakukan pelatihan pada kunjungan pertama, dapat dilihat bahwa masih terdapat perbedaan pengukuran dan penimbangan yang dilakukan antara kader dengan validator. Sehingga diperlukan pelatihan lebih lanjut bagi kader untuk dapat memastikan bahwa mereka memahami serta mappu untuk melakukan engukuran yang sesuai. Pengecekan alat rutin seperti dilakukan kalibrasi sehigga tdak adanya kekeliruan dalam pengukuran dan penimbangan.

4.2.8 Hasil Analisis Status Gizi Balita

Tabel 4.2.8 Hasil Analisis Status Gizi Balita

No	Id	JK	Umur (bln)	Pengukuran Kader					Pengukuran Validasi					Delta berat	Delta Tinggi	Mean BB	Mean TB
				BB (kg)	TB (cm)	Klasifikasi			BB (kg)	TB (cm)	Klasifikasi						
						BB/U	TB/U	BB/TB			BB/U	TB/U	BB/TB				
1	M Nizam R	L	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	M. Akbar S	L	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Wahyu P	L	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Azmi	L	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Zaki	L	32	-	-	-	-	-	12,5	92,1	Normal	Normal	Normal			22,55	174,10
6	Sahwa R	L	45	10,6	89,4	Sangat Kurang	Pendek	Kurang	10,6	89,4	Sangat Kurang	Pendek	Kurang	0,00	0,00	22,18	168,90
7	Irza H	L	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Dani Alfarizki	L	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Azzam	L	38	12,9	87,2	Normal	Pendek	Normal	12	87	Normal	Pendek	Normal	0,90	0,20	22,24	163,34
10	M. Amar A	L	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Rayyan	L	30	11	79	Normal	Sangat Pendek	Normal	11	79	Normal	Sangat Pendek	Normal	0,00	0,00	21,53	158,71
12	Frengki	L	46	12,5	94	Kurang	Pendek	Normal	12,5	94	Kurang	Pendek	Normal	0,00	0,00	21,24	154,95
13	M Rafatar Abizar	L	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

14	Fakhiya Nur A	P	36	10,30	84,4	Kurang	Pendek	Normal	10,45	83,4	Kurang	Pendek	Normal	-0,15	1,00	21,27	149,06
15	Alesha	P	46	11,95	92,5	Kurang	Pendek	Normal	11,95	92	Kurang	Pendek	Normal	0,00	0,50	21,31	147,81
16	Amalia S	P	32	9,45	84,9	Kurang	Pendek	Normal	9,4	84,7	Kurang	Pendek	Normal	0,05	0,20	20,67	142,54
17	Asriana	P	41	-	-	-	-	-	10,2	88	Sangat kurang	Pendek	Kurang			20,81	140,62
18	Vanesa	P	40	-	-	-	-	-	10,95	86,3	Kurang	Pendek	Normal			20,93	140,58
19	Febby	P	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	Naira	P	40	-	-	-	-	-	12,5	87,1	Normal	Pendek	Normal			20,99	140,69
21	Alia putri	P	40	-	-	-	-	-	13	90,8	Normal	Normal	Normal			20,91	140,74
22	Pitaloka	P	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	Karina	P	47	11,6	89,9	Kurang	Pendek	Normal	11,5	90,1	Kurang	Pendek	Normal	0,10	-0,20	20,76	140,40
24	Faida Kania	P	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Arumi	P	39	11	87,6	Kurang	Pendek	Normal	11	88,1	Kurang	Pendek	Normal	0,00	-0,50	20,58	137,22
26	Helina	P	35	12,5	86,2	Normal	Pendek	Normal	12	87,1	Normal	Normal	Normal	0,50	-0,90	20,50	133,95
27	Muktia L	P	44	10,6	88,1	Sangat Kurang	Pendek	Normal	10,6	88,1	Sangat Kurang	Pendek	Normal	0,00	0,00	20,10	130,35
28	Afifah Z	P	34	13,5	90,6	Normal	Normal	Normal	13,5	90,6	Normal	Normal	Normal	0,00	0,00	20,08	125,63
29	Hamsa	L	50	-	-	-	-	-	16,3	98	Normal	Normal	Normal			19,06	118,89
30	Alazkar	L	26	9,9	79,5	Normal	Pendek	Normal	10	80	Normal	Pendek	Normal	-0,10	-0,50	17,37	114,72
31	Agam	L	28	9,5	84	Normal	Normal	Kurang	9,5	84	Normal	Normal	Kurang	0,00	0,00	16,88	109,63
32	Almahera	P	27	9,1	80	Normal	Pendek	Normal	9,1	80	Normal	Pendek	Normal	0,00	0,00	16,40	99,57

Keterangan : highlight kuning responden tidak hadir dalam pengukuran, sedangkan tanda (-) pada pengukuran kader karena kader mengoreksi hasil pengukuran yang dilakukan agar sama seperti validator

Hasil Analisis Kader	<i>BB Sangat Kurang</i>	<i>BB Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk BB Lebih</i>	<i>Tidak Terukur</i>
BB/U	2	6	7	0	17
PB/U	<i>Sangat Pendek</i>	<i>Pendek</i>	<i>Normal</i>	<i>Tinggi</i>	<i>Tidak Terukur</i>
	1	11	2	0	17
BB/TB	<i>Gizi Buruk</i>	<i>Gizi Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk Gizi Lebih</i>	<i>Obesitas</i>
	0	2	13	0	0
Hasil Analisis Validasi	<i>BB Sangat Kurang</i>	<i>BB Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk BB Lebih</i>	<i>Tidak Terukur</i>
BB/U	3	6	11	0	11
PB/U	<i>Sangat Pendek</i>	<i>Pendek</i>	<i>Normal</i>	<i>Tinggi</i>	<i>Tidak Terukur</i>
	1	14	6	0	11
BB/TB	<i>Gizi Buruk</i>	<i>Gizi Kurang</i>	<i>Normal</i>	<i>Risk Gizi Lebih</i>	<i>Obesitas</i>
	0	3	18	0	0

Hasil Observasi Status Gizi Balita

1. Perbedaan Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan

Pada tabel diatas, dapat dilihat bahwa adanya perbedaan yang cukup signifikan antara hasil pengukuran kader dengan hasil validasi oleh tim peeliti (validator), terutama pada beberapa anak. Perbedaan ini dapat dilihat pada delta berat badan (selisih berat badan) dan delta tinggi badan (selisih tinggi badan). seperti, pada balita.

Setelah kunjungan yang kedua, jika dilihat dari delta berat badan tidak adanya perbedaan yang signifikan antara pengukuran yang dilakukan oleh kader dan validator. Tetapi masih terdapat perbedaan yang cukup berpengaruh terhadap hasil interpretasi. Seperti pada a.n Azzam dapat dilihat walaupun hasil klasifikasi antara kader dan validator tetap sama tetapi terdapat perbedaan delta yang tinggi yakni 0,90 yang sangat berpengaruh. Berat badan hasil pengukuran oleh kader 12,5 kg sedangkan pada validator 12 kg. Hal ini menunjukkan bahwa masih adanya perbedaan pengukuran antara kader dengan validator, mungkin persiapan alat penimbangan yang belum siap (0.0g) ataupun dari lingkungan yang tidak di cek kembali (lantai tidak rata).

Kemudian hal yang serupa terjadi pada pengukuran tinggi badan, jika dilihat dari klasifikasi balita tersebut tergolong pada “Pendek”, tetapi jika diihat dari delta tinggi badan didapatkan bahwa terdapat pengukuran yang cukup jauh yaitu 1 antara kader dengan validator. Pada pengukuran a.n Fakhia didapatkan kader 84,4cm sedangkan pada vaidator didapatkan sebesar 83,4cm. Walaupun interpretasi antara dua pengukuran sama tetap saja terdapat perbedaan yang cukup jauh sehingga dikhawatirkan dapat berpengaruh kepada hasil interpretasi balita yang lainnya. Hal ini dapat dipengaruhi oleh ketidaktelitian kader dalam melihat angka pada stadiometer (terburu-buru) sehingga dapat berbeda hasil pengukuran yang dilakukan oleh validator.

2. Klasifikasi Status Gizi berdasarkan Pengukuran Kader dan Validator

Tabel diatas didapatkan bahwa balita a.n Helina berdasarkan hasil klasifikasi TB/U dikategorikan “Pendek” oleh kader sedangkan pada pengukuran validator termasuk kategori “Normal” hal ini dapat terjadi karena adanya ketidaktelitian kader dalam melakukan pengukuran sesuai uraian diatas. Ataupun pada saat pengukuran posisi anak tidak sesuai (tidak lurus/menunduk) sehingga hasil pegukuran tidak maksimal. Perbedaan klasifikasi ini menunjukkan bahwa pengukuran oleh kader mungkin dapat menempatkan balita dalam kategori yang lebih serius daripada kondisi

yang sebenarnya yang dialami oleh balita tersebut, dan tanpa validasi, intervensi yang salah dapat diberikan.

3. Data Pengukuran Tidak Lengkap

Pada tabel diatas banyak data yang tidak terisi dengan lengkap. Hal ini disebabkan karena responden (awal) tidak hadir untuk melakukan pengukuran ulang karena terdapat acara keluarga dan sudah ditimbang pada bulan lalu sehingga tidak memungkinkan datang kembali (jarak rumah dan posyandu yang cukup jauh). Kemudian terdapat pengukuran yang tidak lengkap dimana, hanya ada pengukuran oleh validator karena hasil pengukuran kader terdistraksi sehingga hasil pengukuran mereka diganti (disamakan) dengan validator. Hal ini untuk beberapa balita mungkin tidak bisa di gunakan untuk memberikan penilaian yang valid tentang status gizi mereka.

4.2.9 Hasil Perhitungan Asupan Makan Baduta dan Balita pada Monev 2

Perhitungan nilai gizi dilakukan berdasarkan recall 24 jam.

Tabel 4.2.9 Hasil Perhitungan Asupan Makan Baduta

No	Nama Baduta	Nama Ibu	Umur Baduta (bln)	Desa	Asupan				Kesesuaian Asupan				Keterangan
					Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat	Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat	
1	Haikal Raska F	Meliawati (alm)	20	Tanjung Tiga	13,7	26,4	64,8	64,8	Tidak	sesuai	Tidak	Tidak	Asupan menurun
2	Moh. Abid Husain	Wiwit Idia	18	Karang Agung	537,4	13,6	24,6	68	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	asupan meningkat
3	Fathan Al Ashraf	Elsa Gita Sari	12	Karang Agung	1310,7	29,1	48,7	193,2	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Tidak	asupan meningkat
4	Muh Abizal Arazi	Sherli Anggita	17	Pagar Agung	638,9	27,9	23,4	90,8	Tidak	Sesuai	Tidak	Tidak	asupan meningkat
5	Helista	Indang	5	Pagar Agung	887,1	29	43,7	97,3	Tidak	Sesuai	Tidak	Tidak	-

Dari 5 baduta yang dilakukan recall dan dianalisis asupan makannnya, 4 diantaranya merupakan baduta yang direcall pada monev pertama. 75% baduta asupan makannya meningkat. Pada asupan energi hanya 20% yang sesuai dengan AKG. 60% asupan protein pada baduta sudah sesuai dengan AKG. Pada asupan karbohidrat, 100 asupan masih kurang dari AKG.

4.2.10 Hasil Perhitungan Asupan Makan Balita Monev 2

Tabel 4.2.10 Hasil Perhitungan Asupan Makan Balita Monev 2

No	Nama Balita	Nama Ibu	Umur Balita (bln)	Desa	Asupan				Kesesuaian Asupan				keterangan
					Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat	Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat	
1	Naira	Elva	40	Tanjung Tiga	692,6	27,6	29.1	79,1	Tidak	Sesuai	Tidak	Tidak	asupan meningkat
2	Alia Putri	Tasimah	40	Tanjung Tiga	851	19,4	39	100,7	Tidak	tidak	sesuai	tidak	asupan meningkat
3	Franki Lopi	Sumartini	45	Karang Agung	459,9	23,7	10,4	67	tidak	tidak	tidak	tidak	asupan meningkat
4	Moh Abizar Firdaus	resi	38	Karang Agung	687,8	26,7	19,7	100,5	tidak	sesuai	tidak	tidak	asupan menurun
5	Sahwan Rafatar	Sonia Agustina	45	Karang Ahung	832,7	37,8	36,1	90	tidak	sesuai	tsesuai	tidak	asupan meningkat
6	Rayan Febri Ramadan	Karina Lestari	30	Karang Agung	534	22	19	98,4	tidak	tidak	tidak	tidak	asupan meningkat
7	Irza Hatala	Lasi Sulastri	55	Pagar Agung									tidak hadir
8	Pitaloka	Ani Santriani	60	Pagar Agung									tidak hadir
9	karina	fitriani	47	Pagar Agung	754,1	16,5	20.9	76	tidak	tidak	tidak	tidak	asupan menurun
10	Faida Qania Azharo	Sri puji Lestri	57	Pagar Agung									tidak hadir
11	Dani Alfarizi	Yani	39	Pagar Agung									tidak hadir
12	Arumi	Ranika	39	Pagar Agung	1074,4	24	41	153,6	Tidak	Sesuai	sesuai	Tidak	asupan meningkat

13	Azzam	Elli	38	Pagar Agung	861,7	31,6	17	145,1	Tidak	Sesuai	Tidak	Tidak	asupan meningkat
14	M.Amar Abizar	Yetriani	39	Pagar Agung	452	10,5	23	49,2	tidak	tidak	Tidak	tidak	asupan meningkat
15	Helina	Heli Pusitasari	35	Pagar Agung	498,6	22,1	21,2	63,9	tidak	tidak	Tidak	Tidak	asupan menurun
16	Muh Rafatar Abizar	Pepet Jumiati	30	Pagar Agung									tidak hadir
17	Hamzah	Riska	40	Tanjung Tiga	561,9	26,4	23,4	57,5	Tidak	Sesuai	Tidak	Tidak	
18	Vanessa	Ranti Lestari	40	Tanjung Tiga	916,9	37,6	24,7	135,9	Tidak	Sesuai	Tidak	Tidak	
19	Zaki	Rani	32	Tanjung Tiga	964,1	41,7	41,9	108,4	Tidak	Sesuai	Sesuai	Tidak	
20	Almahera	Suratmi	27	Karang Agung	730	21,4	23,8	108	Tidak	Sesuai	Tidak	Tidak	
21	Muthia Lek	Rika Damayanti	44	Karang Agung	728,7	22,9	34,4	87	Tidak	Sesuai	sesuai	Tidak	
22	Rayyan	Karina Lestari	30	Karang Agung	562,5	21,8	10,7	92,7	Tidak	Sesuai	Tidak	Tidak	
23	Afifah	Dina Herlisa	34	Karang Agung	649,1	18,9	16,3	105,3	Tidak	Sesuai	Tidak	Tidak	

Berdasarkan observasi, dari 16 balita yang dilakukan recall pada monev pertama, 5 balita tidak hadir kembali pada monev kedua. 11 balita kembali dilakukan recall dan dianalisis asupan makannya, 7 balita lainnya dilakukan recall untuk melihat asupan makan. Terdapat 9 balita dengan asupan makan naik dan 2 balita yang mengalami penurunan asupan. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa balita yang mengalami penurunan asupan makan sedang dalam kondisi sakit, demam dan ada yang sedang menderita diare. Hal tersebut menyebabkan balita tidak nafsu makan sehingga berpengaruh terhadap asupan makannya. Pada pemenuhan kebutuhan energi dan karbohidrat, 100% balita tidak memenuhi AKG yang dianjurkan. Sebanyak 66% balita asupan proteinnya telah dipenuhi. 33% balita asupan lemaknya sudah sesuai.

Berdasarkan hasil observasi, terdapat 2 balita di desa pagar agung yang gemar minum kopi. Pagar agung merupakan desa penghasil kopi sehingga akses masyarakat dalam mendapatkan kopi memang mudah. Namun pada balita, konsumsi kopi sebaiknya dihindari karena kandungan kafein dalam kopi dapat mengganggu pencernaan pada anak-anak sehingga menyebabkan mulas dan dapat mengganggu penyerapan nutrisi yang diperlukan untuk tumbuhkembang balita.

4.2.11 Hasil Analisis Status Gizi Ibu Hamil

Tabel 4.2.11 Hasil Analisis Status Gizi Ibu Hamil

No	Nama Ibu	Umur	Pendidikan	Desa	Umur Kehamilan (bulan)	Hamil anak ke-	LILA (cm)	Status KEK	TB (cm)	BB saat ini (kg)
1	Siska Susanti	28	SMA	Pagar Agung	4	3	22.7	KEK	151.2	43.1
2	Santrika Ayu Saleha	23	SMA	Pagar Agung	2	1	21.4	KEK	152.2	40.25
3	Putri Anggita	21	SMA	Pagar Agung	7	1	24	Normal	155	55
4	Yulis Nastri	31	SMA	Pagar Agung	2	3	23.5	Normal	159.9	46.3
5	Lidia Sugiarti	20	SMA	Pagar Agung			26.8	Normal	150.9	57.6
6	Seftri Astravani	33	SMA	Pagar Agung	6		23.5	Normal	155.5	53.2
7	Dania	21	SMA	Pagar Agung	5		25	Normal	154.8	54.7
8	Heti	17	SMA	Pagar Agung	8	1	18.4	KEK	147.4	39.9
9	Melda Safitri	23	SD	Pagar Agung	4	2	31.8	Normal	151.6	73.15

10	Yelis	20	SMA	Pagar Agung	2		22.9	KEK	153.5	45.3
11	Lia Watini	24	SMP	Tanjung Tiga	6	1	22,4	KEK	142,8	47,9
12	Eva Minarsi	36	SD	Pagar Agung	4	4	22,8	KEK	153,6	51,95
13	Jami Melia	29	SMA	Pagar Agung	4		29,5	Normal	150,7	62

Berdasarkan analisa status gizi ibu hamil, dari 13 orang yang dikaji status gizi nya sebanyak 46,1 % dengan status KEK atau kekurangan energi kronis dan sebanyak 53,9 % ibu hamil dengan status gizi normal. Berdasarkan hasil wawancara terdapat 1 ibu hamil dengan usia yang masih cukup muda dan berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa tingkat pengetahuan mengenai asupan gizi berimbang dan sehat masih kurang sehingga dapat berpengaruh terhadap asupan yang dikonsumsi.

4.2.12 Hasil Perhitungan Asupan Makan Ibu Hamil

Tabel 4.2.12 Hasil Perhitungan Asupan Makan Ibu Hamil

No	Nama Ibu Hamil	Usia	TM	Asupan				Kesesuaian Asupan			
				Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat	Energi	Protein	Lemak	Karbohidrat
1	Siska Susanti	28	2	942.4	28.1	29.1	133.3	Tidak	tidak	tidak	tida
2	Putri Anggita	21	3	1038.8	27	9.7	207	Tidak	tidak	tidak	tidak
3	Dania	21	2	1017.1	39	36	127.4	Tidak i	tidak	tidak	tidak
4	Lidia	20		912	22.5	49.2	95.7	tidak	tidak	tidak	tidak
5	Yuli Nastri	31	1	152	4.5	10.9	9.2	tidak	tidak	tidak	tidak
6	Heti	17		1247.1	48.8	29.1	198.8	tidak	tidak	tidak	tidak
7	Melda Safitri	23		1007.3	41	21.8	159.8	tidak	tidak	tidak	tidak
8	Yelis	20		350.5	7.5	6.1	68.2	tidak	tidak	tidak	tidak
9	Lia Watini	24	2	951,2	33,8	32,2	139,4	tidak	tidak	tidak	tidak
10	Eva Minarsi	36		1215,9	36.8	38,7	178,7	tidak	tidak	tidak	tidak
11	Jami Melia	29		1046.5	26,6	20,1	185,6	tidak	tidak	tidak	tidak

Note: % pemenuhan liat dari asupan dan AKG (umur+trimester)

Perhitungan asupan makan dilakukan dengan metode recall 1x24 jam terhadap ibu hamil yang datang ke posyandu. Terdapat 11 ibu hamil yang diwawancarai dan di analisis asupan makannya. Zat gizi dianalisis menggunakan nutrisurvey untuk mengetahui asupan energi dan zat gizi makro yaitu protein, lemak dan karbohidrat. Hasil perhitungan kemudian dibandingkan dengan AKG dengan tambahan nilai gizi pada ibu hamil per trimester untuk melihat kesesuaian asupan. Berdasarkan hasil analisis, diketahui bahwa 100% ibu hamil tidak sesuai asupannya baik energi, protein, lemak maupun karbohidrat. Berdasarkan observasi di lapangan diketahui bahwa faktor ekonomi menjadi penyebab ketidakmampuan responden untuk memenuhi kebutuhan asupan dengan prinsip gizi seimbang dan pemilihan makanan yang kurang baik.

4.2.13 Pemberian MP-ASI (Makanan Pendamping ASI) dan PMT (Pemberian Makan Tambahan)

1. Hasil Observasi Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pada Anak Balita

Hasil observasi dan wawancara menunjukkan bahwa anak balita sudah mendapatkan MPASI sejak usia 6 bulan, diberikan makanan sesuai dengan makanan keluarga, namun masih ditemukan orang tua yang memberikan MPASI dengan tekstur yang kurang tepat pada anak usia 6-12 bulan. Pemberian MPASI pada anak baduta dibarengi dengan pemberian susu, beberapa orang tua memberikan ASI yang dibarengi dengan pemberian susu formula (childgo, sgm) yang diberikan oleh posyandu. Masih ditemukan anak yang mengonsumsi susu kental manis seduh sebagai pengganti susu.

Pola makan 3 kali makan utama dan 2 kali selingan sebagian besar sudah diterapkan, namun kurang tepat. Jenis makanan yang dikonsumsi sebagian besar hanya kelompok karbohidrat dan sayuran, hal ini disebabkan adanya keterbatasan ekonomi. Frekuensi konsumsi makanan selingan anak baduta dan balita sudah 2 kali atau lebih, namun makanan selingan yang dikonsumsi oleh anak biasanya adalah jajanan yang mengandung tinggi gula, tinggi garam dan berpengawet seperti chiki, permen serta jajanan warung lainnya.

Pemberian makan tambahan dalam bentuk biskuit sudah tidak diberikan, sebagai gantinya setiap bulan posyandu memberikan makanan kudapan berupa bubur kacang hijau/telur rebus/susu clevo kotak/susu kacang hijau kemasan/bubur sumsum dan gula merah. Makanan tersebut diberikan satu bulan satu kali kepada semua anak yang mendatangi posyandu. Hampir semua anak yang orang tuanya menjadi responden wawancara menyukai makanan yang diberikan oleh posyandu.

2. Hasil Observasi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pada Ibu hamil

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara di 3 desa, program PMT untuk ibu hamil di desa Tanjung Tiga dan Pagar Agung masih belum berjalan. Belum berjalannya program pemberian PMT menyebabkan ibu hamil yang menderita kekurangan energi kronis (KEK) tidak mendapatkan PMT dari posyandu. Pada saat kegiatan posyandu, Ibu hamil di desa pagar agung diberi vitamin dan tablet tambah darah.

BAB V

PEMBAHASAN DAN REKOMENDASI

5.1 Pembahasan

5.1.1 Kondisi Pelayanan Posyandu

Posyandu Desa Tanjung Tiga, Karang Agung dan Pasar Agung telah melakukan pelayanan dengan 5 meja dan telah memiliki kader untuk melakukan layanan. Namun beberapa posyandu hanya memiliki 2 orang kader, akibatnya layanan posyandu menjadi tidak bisa optimal. Selain itu, layanan baru terbatas pada balita dan ibu hamil, kondisi ini masih sama dengan tahun 2022. Adanya kebijakan transformasi layanan primer, diharapkan puskesmas setempat bersama-sama dengan masyarakat dan pemerintah desa mempersiapkan posyandu dengan layanan siklus hidup mulai dari ibu hamil, ibu bersalin dan nifas, bayi, balita, anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia.

Tempat layanan posyandu sebaiknya permanen, memiliki pengurus dan kader yang memadai, sarana dan prasarana yang sesuai standar. Layanan kesehatan yang diberikan pada posyandu ada dua yaitu saat hari buka posyandu dan di luar hari buka posyandu. Adapun paket layanan pada saat hari buka posyandu meliputi penyuluhan, deteksi dini, imunisasi dan pemberian suplementasi. Untuk layanan di luar hari buka posyandu kader akan melakukan kunjungan rumah untuk mendata keluarga dan pemantauan risiko ibu hamil, nifas, bayi, balita, anak prasekolah, usia sekolah, remaja, usia dewasa dan lansia.

5.1.2 GMP

5.1.2.1 Ketepatan Pengukuran

Tidak terdapat perbedaan ketepatan pengukuran kader pada saat monev 1 maupun monev kedua. Adapun hasilnya, masih banyak kader yang melakukan kesalahan pengukuran baik untuk berat badan maupun tinggi badan. Hasil monev ini masih sama pada saat tim melakukan pendampingan pada tahun 2022.

Ketidak tepatan pengukuran akan berakibat hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan yang dilakukan oleh kader tidak akurat dan valid. Pengukuran kader dilaporkan dalam e-PPGBM, saat ini prevalensi stunting berdasarkan hasil e-PPGBM jauh lebih rendah dibanding hasil pengukuran dari SSGI dan SKI. Oleh karena itu, diharapkan Dinas Kesehatan dan Puskesmas rutin melakukan penguatan kompetensi kader melalui pelatihan kader, terlebih untuk persiapan menjadi posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP).

5.1.2.2 Ketersediaan Alat

Saat ini, hampir seluruh posyandu telah memiliki alat sesuai standar Kemenkes. Hal ini merupakan kemajuan yang patut diapresiasi, karena pada saat pendampingan kegiatan percepatan penurunan stunting tahun 2022, hampir seluruh posyandu belum memiliki alat antropometri yang sesuai standar. Namun demikian masih ada beberapa hal yang perlu diperbaiki seperti *baby scale* di Posyandu Raflesia karena timbangan tersebut tidak dapat menetapkan hasil penimbangan. Untuk Posyandu Bougenville, pengukuran tinggi badan baduta menggunakan stadiometer yang digunakan untuk mengukur tinggi badan anak usia >2 tahun, akibatnya hasil pengukuran menjadi tidak valid.

Untuk itu diharapkan Pemerintah Daerah Kabupaten Muara Enim dapat mengganti alat antropometri yang belum sesuai standar untuk seluruh posyandu yang ada. Ketersediaan alat antropometri merupakan hal yang penting, alat antropometri yang tidak tepat dapat menyebabkan hasil pengukuran menjadi tidak akurat.

5.1.2.3 Ketepatan Plotting dan Interpretasi Data

Tidak terdapat peningkatan kemampuan kader dalam melakukan plotting dan analisis hasil interpretasinya saat monev 1 maupun kedua. Hampir seluruh kader tidak dapat melakukan plotting dengan dengan tepat untuk BB/U dan TB/U bahkan untuk PB/TB hanya satu orang kader yang bisa melakukan plotting dengan tepat. Hasil ketidak tepatan plotting ini, sama dengan hasil tahun 2022, sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat perbedaan kemampuan kader dalam melakukan plotting tahun 2022 dan 2024. Kader juga belum mampu melakukan interpretasi data hasil plotting dengan baik.

Penyebab kader masih belum dapat melakukan plotting dengan benar, terutama dalam menghitung umur balita karena masih dilakukan secara manual. Oleh karena itu, sebaiknya Dinas Kesehatan dan Puskesmas menginstruksikan agar posyandu menggunakan aplikasi “Anthro-Plus” yang dapat di *down load* dan digunakan secara gratis.

Ketidak mampuan kader dalam melakukan interpretasi data, karena pengetahuan kader tentang makna dan dampak dari tidak meningkatnya berat badan dan tinggi badan balita pada saat pengukuran belum dipahami dengan baik. Hal tersebut berakibat terjadinya “pembiaran” kondisi status balita karena tidak ada pencegahan sejak dini yang dilakukan oleh kader.

Selain itu ternyata banyak kader yang masih belum memahami dengan baik buku KIA, saat ini buku KIA memang ada perubahan. Untuk itu diharapkan perlunya sosialisasi buku KIA untuk kader dan cara mengisi plotting pada grafik pertumbuhan anak.

5.1.2.4 Ketepatan Melakukan Promosi Kesehatan

Tidak terdapat peningkatan kemampuan kader dalam melakukan promosi kesehatan khususnya edukasi dan konseling saat monev 1 dan kedua, hasil ini juga sama dengan tahun 2022. Promosi kesehatan merupakan hal yang paling sulit dilakukan oleh kader dalam tugasnya melakukan GMP. Kader jarang memberikan informasi kepada ibu balita tentang hasil plotting grafik BB/U, kader masih tidak mampu memberikan edukasi/konseling dengan baik pada ibu balita.

Begitu pula dalam pemberian edukasi/konseling tentang pola makan dan gizi seimbang masih sulit dilakukan oleh kader. Kader tidak pernah memberikan edukasi/konseling terkait pencegahan penyakit menular seperti diare, TBC dll. Untuk itu materi pelatihan kader sebaiknya komprehensif termasuk dalam pencegahan penyakit menular.

5.1.3 Status Gizi Balita dan Bumil

Tidak terdapat peningkatan kemampuan kader dalam mengukur status gizi balita baik pada saat monev satu maupun kedua, hasil ini sama dengan saat tim Unpad melakukan pendampingan pada tahun 2022. Kader masih salah melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan anak balita serta klasifikasinya apakah masuk dalam gizi kurang, normal, gizi lebih atau obesitas. Hal tersebut diketahui, karena tim Unpad melakukan verifikasi hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan balita, hasilnya hampir 80% terjadi kesalahan pengukuran dan klasifikasi status gizi oleh kader.

Kesalahan dalam melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan menyebabkan terjadi kesalahan dalam klasifikasi status gizi, sehingga berakibat terjadi kesalahan dalam pemberian intervensi. Deteksi dan intervensi yang salah dapat menyebabkan permasalahan stunting menjadi tidak tertangani dan terlayani dengan baik

5.1.4 Asupan Makan Balita dan Bumil

Tidak terdapat perbedaan hasil monev 1 dan monev kedua serta pendampingan tahun 2022 tentang asupan makan baduta, anak usia > 2 tahun dan bumil dimana asupan energi tidak memenuhi, asupan protein sebagian cukup baik, namun asupan lemak dan karbohidrat tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi. Ketidak cukupan energi asupan makan pada baduta dan anak usia > 2 tahun menyebabkan terjadinya *weight faltering* dan berlanjut menjadi *height faltering*. Ketidak cukupan energi asupan makan pada ibu hamil menyebabkan ibu hamil mengalami kurang energi protein.

Edukasi tentang gizi seimbang pada iabu hamild an ibu yang memiliki balita secara terus menerus dan berkesinambungan penting sekali dilakukan baik oleh kader maupun petugas kesehatan, dibantu oleh tokoh masyarakat dan PKK.

5.1.5 MP-ASI dan PMT Balita

Hasil monev kedua menunjukkan MP-ASI yang diberikan pada bayi usia lebih dari 6 bulan sudah berjalan, meskipun mayoritas hanya berupa karbohidrat dan sayuran. Namun masih ditemukan orang tua yang memberikan MP-ASI dengan tekstur yang kurang tepat khususnya pada anak usia 6-12 bulan. Masih ditemukan anak yang mengonsumsi susu kental manis.

Makanan selingan yang dikonsumsi oleh anak biasanya adalah jajanan yang mengandung tinggi gula, tinggi garam dan berpengawet seperti chiki, permen serta jajanan warung lainnya. Hasil tersebut sama dengan tahun 2022, tidak terdapat perbedaan MP-ASI dan PMT yang diberikan kepada balita. Setiap bulan posyandu memberikan makanan PMT berupa kudapan seperti bubur kacang hijau/telur rebus/susu clevo kotak/susu kacang hijau kemasan/bubur sumsum dan gula merah, pemberian PMT dilakukan selama 1 bulan.

Nampak bahwa kader belum mampu mengolah PMT menggunakan bahan pangan lokal. Kabupaten Muara Enim sesungguhnya memiliki sumber pangan karbohidrat dan protein yang cukup bervariasi, sehingga dapat diolah menjadi PMT yang berkualitas untuk mengatasi anak yang gizi kurang, buruk dan stunting. Sasaran pemberian PMT adalah anak balita yang berat badannya (BB) tidak naik (T) meliputi BB naik tidak adekuat, BB tetap dan BB turun. Menurut Kemenkes PMT balita gizi kurang adalah sebagai berikut:

- Bahan baku dasar: lauk hewani berasal dari 2 sumber yang berbeda spt telur-ikan, telur ayam, telur daging
- Kandungan nutrisi: harapannya kandungan asam amino esensial lengkap
- Pemberian: 4-8 minggu
- Setiap minggu sekali makan lengkap dan sisanya berupa kudapan

Menurut Kemenkes, PMT balita BB kurang dan BB tidak naik adalah sebagai berikut:

- Bahan baku dasar: lauk hewani berasal dari 2 sumber yang berbeda spt telur-ikan, telur ayam, telur daging
- Kandungan nutrisi: harapannya kandungan asam amino esensial lengkap
- Pemberian: 2-4 minggu
- Setiap minggu sekali makan lengkap dan sisanya berupa kudapan

5.1.6 PMT Bumil

Program pemberian PMT pada ibu hamil KEK di 3 posyandu yang dikunjungi pada bulan Oktober 2024 belum berjalan. Hal ini tidak sesuai dengan kebijakan Kementerian Kesehatan yang menginstruksikan bahwa seluruh ibu hamil KEK seharusnya mendapatkan PMT berbahan pangan lokal di posyandu. Adapun PMT bumil KEK dan risiki KEK menurut Kemenkes adalah sebagai berikut:

- Bahan baku dasar: lauk hewani berasal dari 2 sumber yang berbeda spt telur-ikan, telur ayam, telur daging
- Kandungan nutrisi: harapannya kandungan asam amino esensial lengkap
- Pemberian: 2-4 minggu
- Setiap minggu sekali makan lengkap dan sisanya berupa kudapan

5.1.7 Peningkatan Kuantitas dan Kualitas Kader

Adanya kebijakan transformasi layanan primer baik di puskesmas, puskesmas pembantu dan posyandu maka terjadi perubahan layanan posyandu menjadi komprehensif dan holistik sesuai siklus hidup manusia. Untuk itu dibutuhkan kader dengan jumlah yang memadai minimal 5 orang dengan waktu pelayanan yang dapat bergantian sesuai sasaran. Kader dituntut untuk memiliki keterampilan yang memadai dimana kader diharapkan memiliki 25 keterampilan dasar dengan rincian sebagai berikut:

1. Keterampilan pengelolaan posyandu
 - 1) Menjelaskan paket layanan posyandu untuk seluruh siklus hidup
 - 2) Melakukan pencatatan dan pelaporan
 - 3) Melakukan kunjungan rumah
 - 4) Melakukan komunikasi efektif
2. Keterampilan bayi dan balita
 - 1) Menjelaskan penggunaan buku KIA di bagian balita
 - 2) Melakukan penyuluhan ASI -eksklusif, MP-ASI kaya protein hewani
 - 3) Melakukan penimbangan, pengukuran panjang/tinggi badan, lingkar kepala dan lengan atas
 - 4) Menjelaskan hasil pengukuran BB dan TB normal, kurang dan tindak lanjutnya
 - 5) Menjelaskan stimulasi perkembangan, Vit A dan obat cacing sesuai umur
 - 6) Menjelaskan layanan imunisasi rutin lengkap dan penyakit dapat dicegah dengan imunisasi/PD3I
 - 7) Menjelaskan pemantauan tanda bahaya bayi dan balita
3. Keterampilan ibu hamil dan menyusui
 - 1) Menjelaskan penggunaan buku KIA di bagian ibu hamil dan nifas
 - 2) Melakukan penyuluhan isi piringku ibu hamil dan menyusui
 - 3) Menjelaskan pemeriksaan ibu hamil dan nifas
 - 4) Menjelaskan bahwa ibu hamil perlu pemantauan BB, lingkar lengan dan tekanan darah dengan kurva buku KIA
 - 5) Menjelaskan anjuran minum TTD setiap hari selama hamil
 - 6) Menjelaskan pemantauan tanda bahaya ibu hamil dan nifas

4. Keterampilan usia sekolah dan remaja

- 1) Melakukan penyuluhan isi piringku, aktivitas fisik dan cek kesehatan
- 2) Menjelaskan program pencegahan anemia
- 3) Melakukan penyuluhan bahaya merokok dan napza dan kehamilan remaja

5. Keterampilan usia dewasa dan lansia

- 1) Melakukan penyuluhan germas (isi piringku, aktifitas fisik dan cek kesehatan)
- 2) Melakukan penyuluhan penyakit terbanyak (obesitas, hipertensi, stroke, kanker, PPOK, TB, diare, kesehatan jiwa dan geriatri)
- 3) Melakukan deteksi dini usia dewasa dan lansia dengan kuesioner (PPOK, TBC, kesehatan jiwa, geriatri dan diabetes)
- 4) Melakukan penyuluhan keluarga

BAB VI

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1 Simpulan

Hasil monev yang kami lakukan di Bulan Juni 2024 dan Oktober 2024, masih sama dengan tahun 2022. Temuan ini merupakan hal yang krusial untuk segera dilakukan perbaikan agar jumlah stunting di Kabupaten Maura Enim tidak meningkat.

- 1) kondisi dan layanan posyandu yang masih belum memadai,
- 2) kemampuan kader dalam melakukan GMP belum optimal,
- 3) ketidak mampuan kader dalam melakukan klasifikasi status gizi balita dan bumil KEK,
- 4) asupan makan balita dan bumil masih belum sesuai AKG,
- 5) MP-ASI dan PMT balita dan bumil belum memadai dan
- 6) jumlah dan kualitas kader belum memadai.

Kegiatan monev dan pendampingan tahun 2024 memiliki banyak hambatan dan kendala, terutama berasal dari pihak Balitbangda Kabupaten Muara Enim. Akibatnya beberapa kegiatan tidak bisa dijalankan, selain itu juga terjadi pemunduran waktu kegiatan, yang seharusnya selesai di bulan September 2024 menjadi mundur bulan November 2024. Hal tersebut disebabkan karena pergantian pejabat seperti Kepala Bidang dan Kepala Badan. Pergantian Kepala Bidang berdampak pada terhambatnya pelaksanaan kegiatan monev dan pendampingan. Permasalahan utamanya adalah kurangnya koordinasi dan komunikasi di pihak internal Balitbangda serta antara Balitbangda dengan tim ahli. Banyak kegiatan yang tidak dapat dilaksanakan karena tidak adanya fasilitasi dari Balitbangda. Sebagai tim ahli, kami merasa kecewa sekali terhadap kerjasama tahun ini, karena kami tidak bisa melakukan kegiatan secara optimal sesuai dengan KAK yang kami buat untuk menjawab KAK dari Balitbangda.

Pada tahun 2022 kami telah melakukan kerjasama dengan sangat harmonis. Pada saat pendampingan tahun 2022 tim ahli memberikan beberapa rekomendasi baik di level makro, meso dan mikro. Namun nampaknya rekomendasi tersebut belum dilaksanakan dengan baik, utamanya di level mikro.

6.2 Rekomendasi

1. Penguatan posyandu

Bekerja sama dengan desa dan Lembaga Kemasyarakatan Desa (LKD), agar melakukan penguatan posyandu baik dari sisi tempat, sarana dan prasarana. Selain itu merekrut kader minimal 5 orang dan layanan dikembangkan sesuai siklus hidup.

2. Penambahan jumlah kader dan peningkatan kualitas kader

Desa dan LKD sebaiknya segera menambah jumlah kader, terutama untuk posyandu yang hanya memiliki kader sebanyak 2 orang. Desa dan LKD bekerja sama dengan puskesmas dan Dinas Kesehatan wajib meningkatkan kapasitas kader melalui beberapa pelatihan. Saat ini pemerintah telah menetapkan bahwa kader wajib memiliki 25 keterampilan dasar. Adapun maksud memiliki 25 keterampilan dasar, agar kader dapat melakukan layanan sesuai siklus hidup secara optimal.

3. Penguatan GMP

GMP menjadi salah satu keterampilan kader dalam melakukan pelayanan pada baduta dan anak usia > 2 tahun sampai dengan 5 tahun. Keterampilan ini sangat penting dimiliki oleh kader baik dalam pengukuran, plotting dan analisis hasil plotting serta melakukan promosi kesehatan yang dapat dilakukan dalam bentuk edukasi dan konseling. Kemampuan GMP yang tidak optimal dapat menyebabkan balita yang mengalami *weight faltering* akan berlanjut menjadi *height faltering* karena tidak dilakukan respon atau intervensi apapun. Puskesmas bersama Dinas kesehatan diharapkan dapat membuat pelatihan GMP serta praktiknya.

4. Ketepatan klasifikasi status gizi balita dan bumil

Ketepatan klasifikasi status gizi balita dan bumil merupakan keterampilan kader dalam melakukan pelayanan pada anak baduta dan anak usia > 2 tahun sampai dengan 5 tahun serta pada ibu hamil dan nifas. Ketepatan klasifikasi status gizi ini terkait erat dengan kemampuan kader dalam melakukan GMP. Kesalahan dalam melakukan klasifikasi status gizi menyebabkan balita stunting tidak segera teridentifikasi.

5. Peningkatan asupan makan balita dan bumil

Asupan makan balita dan bumil yang tidak adekuat karena tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG) menyebabkan status gizi balita menjadi menurun atau bergizi kurang. Jika terjadi dalam waktu yang lama karena tidak ada intervensi apapun maka menyebabkan balita berubah menjadi stunting. Puskesmas dan Dinas Kesehatan bersama Desa, LKD, tokoh masyarakat dan PKK diharapkan dapat bekerja sama melakukan edukasi tentang pentingnya asupan makan sesuai gizi seimbang.

6. Peningkatan kualitas MP-ASI baduta dan PMT balita dan bumil

Peran kader dalam peningkatan MP-ASI baduta dan PMT balita dan bumil adalah melakukan penyuluhan dan penyediaan dengan menggunakan bahan pangan lokal dari Kabupaten Muara Enim. Bentuk dan kualitas MP-ASI dan PMT balita tergantung dari kondisi status gizi baduta dan balita. MP-ASI dan PMT untuk baduta dan anak usia 2 tahun sd 5 tahun yang memiliki gizi kurang akan berbeda dengan stunting dan juga yang memiliki BB tidak naik dan turun. PMT untuk ibu hamil juga tergantung kondisi dari ibu hamil apakah memiliki risiko KEK atau sudah mengalami KEK. Kandungan gizi yang dibutuhkan untuk MP-ASI baduta dan PMT balita serta bumil tergantung dari klasifikasi status gizinya.

Untuk itu kader perlu mendapatkan pelatihan tentang pembuatan PMT berbahan pangan lokal yang memiliki kandungan gizi yang tepat sesuai kebutuhan balita dan ibu hamil. Pelatihan dilakukan oleh puskesmas dan dinas kesehatan. Dari hasil monev nampak bahwa PMT yang diberikan pada balita stunting dan bumil belum menggunakan bahan pangan lokal Kabupaten Muara Enim. Pilihan bahan pangan lokal untuk MP-ASI baduta dan PMT balita stunting harus memiliki asam amino yang lengkap, selain itu juga mengandung mikronutrien kalsium, vitamin A, seng dan zat besi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan. Buku saku hasil survei status gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2022.
2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Survei kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023.
3. Herawati DMD, Asiyah SN, Wiramihardja S, Fauzia S, Sunjaya DK. Effect of eel biscuit supplementation on height of children with stunting aged 36-60 months; a pilot study. *Journal of Nutrition and Metabolism*. 2020;2020: Article ID 2984728.
4. Kementerian Kesehatan. Panduan pengelolaan posyandu bidang kesehatan. 2023.
5. Liu Q, Long Q, Garner P. Growth monitoring and promotion (GMP) for children in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 2017(1): CD010102.
6. Pillai RR, Kurpad A V. Amino acid requirements in children and the elderly population. *The British Journal of Nutrition*. 2012;108:S44–49.
7. Semba RD, Shardell M, Ashour FAS, Moaddel R, Trehan I, Maleta KM, et al. Child stunting is associated with low circulating essential amino acids. *Ebiomedicine*. 2016;6:246-252.