



## IMPLEMENTASI PENATALAKSANAAN KASUS GIZI BURUK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CILACAP UTARA I

Eka Mei Susanti<sup>1✉</sup>, Oktia Woro Kasmini Handayani<sup>2</sup>, dan Bambang Budi Raharjo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Stikes Paguwarmas Maos Cilacap

<sup>2</sup>Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, Universitas Negeri Semarang, Indonesia.

### Info Artikel

#### Sejarah Artikel:

Diterima Agustus 2016

Disetujui September 2016

Dipublikasikan Januari 2017

#### Keywords:

Severe Malnutrition; Management; Qualitative Study.

### Abstrak

Gizi buruk dapat meningkatkan risiko mortalitas, morbiditas akibat penyakit menular, dan penundaan perkembangan fisik juga kognitif. Angka kejadian gizi buruk di Cilacap pada tahun 2013 terdapat 112 kasus dan meningkat di tahun 2014 sebanyak 116 kasus. Untuk itu, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui dan menganalisis implementasi penatalaksanaan gizi buruk, ditinjau dari komponen input, proses, dan output. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif, menggunakan desain studi kasus pada 6 orang informan yang dipilih dengan kriteria tertentu. Teknik pengumpulan data dilakukan secara observasi, wawancara mendalam, dan studi dokumen. Uji validitas dilakukan dengan triangulasi. Data dianalisis menggunakan model analisis Miles dan Huberman. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penatalaksanaan gizi buruk sudah cukup baik. Hal ini terlihat dari komponen input (jumlah kader dan sarana prasarana sudah memenuhi, sedangkan jumlah tenaga gizi masih kurang dan tenaga kesehatan belum berperan optimal), komponen proses (tahap persiapan sudah baik, pengorganisasian belum terstruktur baik, pelaksanaan dan alur pelayanan gizi buruk belum berjalan sesuai prosedur seharusnya), dan komponen output (balita gizi buruk sudah menjalani perawatan selama 3 bulan dan terjadi perubahan status gizi ke status gizi yang lebih baik).

### Abstract

Severe malnutrition may increase the risk of mortality, morbidity from infectious diseases, and delayed physical likewise cognitive development. The incidence of severe malnutrition in Cilacap in 2013 was 112 cases and increased in 2014 to 116 cases. Therefore, it was necessary to know and analyze the implementation of severe malnutrition management, in terms of input, process, and output components. This study used qualitative research, using case study design on 6 informants selected with eligibility criteria. Data collection was conducted by observation, in-depth interviews, and document studies. Validity test was done with triangulation. Data were analyzed with Miles and Huberman analysis model. It showed that the management of severe malnutrition was good enough. It could be seen from the input components (the number of health volunteers and the infrastructure facilities have been fulfilled, while the number of nutrition officers was still less and their role have not been well implemented), the process components (preparation stage was good, while organizing has not well structured, implementation and severe malnutrition service flow have not well run as procedure), and the output components (malnourished children under five have treated for 3 months and there was an improvement to better nutritional status).

© 2017 Universitas Negeri Semarang

✉ Alamat korespondensi:

Jl. Raya Maos Kidul No. 505, Karangreja, Maos, Kabupaten

Cilacap, Jawa Tengah.

E-mail: meieka15@yahoo.co.id

pISSN 2252-6781

eISSN 2584-7604

## PENDAHULUAN

Masalah gizi terjadi di setiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa, dan usia lanjut. Periode 2 tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Kemenkes RI, 2011). Menurut WHO pada tahun 2010 lebih dari 50% kematian bayi dan anak terkait dengan gizi kurang dan gizi buruk. Gizi buruk juga berpotensi menjadi faktor penunjang morbiditas akibat penyakit menular, misalnya TBC. Diperkirakan lebih dari 56% anak gizi buruk dengan TBC tersebar di Asia Tenggara dan Pasifik Barat (WHO, 2013; Nurjanah dkk, 2016). Oleh karena itu masalah gizi perlu ditangani secara cepat dan tepat. Malnutrisi akut sedang atau gizi buruk mempengaruhi 11% dari anak-anak balita di seluruh dunia dan meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Risiko mortalitas 3 kali lebih besar dari anak status gizi baik dan mengalami morbiditas seperti terkena penyakit menular dan tertunda fisik serta perkembangan kognitif anak (Chang, *et al.* 2013; Nurwitasari, 2015). Malnutrisi juga akan mempengaruhi kualitas hidup, terutama dari segi status kesehatan, prestasi belajar, dan produktivitas (Oktaviana, 2013 dan Utami, 2014).

Berdasarkan data dari DKK Kabupaten Cilacap 2014 mengenai evaluasi program bidang kesehatan keluarga tentang perkembangan gizi buruk per tahun. Dari tahun 2013 sisa kasus sejumlah 112 dan di tahun 2014 sejumlah 116. Hal ini menunjukkan bahwa kasus gizi buruk semakin naik walaupun sosialisasi dan penimbangan serta pemeriksaan rutin sudah dilakukan oleh DKK. Di Kabupaten Cilacap sendiri terdapat 38 Puskesmas termasuk Puskesmas Cilacap Utara I dengan kasus gizi buruk yang meningkat dalam beberapa bulan terakhir.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Cilacap Utara I di Posyandu RW III Kelurahan Gumilir. Pada komponen *input* ditemukan sarana dan prasarana yang kurang mendukung antara lain tidak tersedia pita Lila (Lingkar lengan atas), Media KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi), dan juga dalam tahap *screening* kurang dilaksanakan. Tahap *screening* kurang dilakukan, karena balita yang di timbang hanya balita yang aktif kunjungan tiap bulan ke Posyandu, sedangkan balita yang absen tidak dilakukan tindak lanjut. Hal inilah yang menyebabkan

kan pelaksanaan *screening* kurang sesuai dengan yang seharusnya. Kondisi mendorong untuk dilakukan penelitian agar dapat mengetahui lebih lanjut mengapa gizi buruk tetap tinggi di Cilacap, walaupun pelaksanaan program peningkatan gizi sudah sesuai dengan pedoman.

Selama ini belum pernah diadakan penyelidikan ataupun upaya untuk menganalisis implementasi penatalaksanaan gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I tahun 2015. Untuk itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui penatalaksanaan gizi buruk ditinjau dari komponen *input*, proses dan *output* di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara 1.

## METODE

Pendekatan dalam Penelitian ini adalah Kualitatif dengan desain penelitian Studi Kasus. Fokus penelitian dalam penelitian ini adalah mengetahui implementasi penatalaksanaan kasus gizi buruk di tinjau dari komponen *input*, proses dan *output* di Puskesmas Cilacap Utara I. Subjek Penelitian terdiri dari 4 informan awal (Kepala Seksi Gizi DKK Cilacap sejumlah 1 orang, Kepala Puskesmas Cilacap Utara I orang, dan Bidan Koordinator Gizi Puskesmas Cilacap Utara I orang, serta ibu balita penderita gizi buruk yang sedang menjalani rawat jalan sejumlah 1 orang). Informan tambahan sejumlah 2 orang, terdiri dari 1 orang bidan desa dan 1 orang kader posyandu. Penelitian dilakukan pada pertengahan April sampai akhir Mei 2016. Lokasi penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I.

Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder. Teknik pengumpulan data menggunakan observasi, wawancara mendalam, dan studi dokumen. Teknik keabsahan data menggunakan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dilakukan dengan metode triangulasi sumber dan teknik pelaksanaan. Teknik analisis data pada menggunakan model analisis Miles and Huberman yang terdiri dari pengumpulan data, reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan dan verifikasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang implementasi penatalaksanaan kasus gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I. Didapatkan hasil bahwa program yang dilaksanakan di Puskesmas Cilacap mencakup 10 kegiatan. Kegiatan ini antara lain sosialisasi gizi buruk, penimbangan rutin, penilaian status gizi secara antropometri, penjarangan kasus, pelaca-

kan dan pelaporan kasus, penentuan rawat jalan/inap, konseling, pemberian paket obat dan makanan untuk pemulihan gizi, kunjungan rumah serta rujukan. Setelah dilakukan serangkaian pengumpulan data, diketahui bahwa hasil pelaksanaan 10 kegiatan program di Puskesmas Cilacap tergolong cukup baik. Hal ini didukung oleh faktor berikut:

### **Komponen Input**

Berdasarkan aspek tenaga kesehatan dan kader kesehatan ditemukan : Rasio ahli ( Petugas) gizi per 100.000 penduduk tahun 2008 sesuai dengan Kepmenkes No 1202/Menkes/SK/VIII/2003 adalah 17,14. Dengan kata lain 1 orang ahli gizi melayani 5.882 penduduk. Di Puskesmas Cilacap Utara I terdapat 40.806 penduduk. Dimana harusnya terdapat 6-7 orang tenaga gizi. Kenyataannya petugas gizi hanya 2 yaitu 1 Bidan Koordinator Gizi meskipun basiknya bukan dari Gizi dan 1 Petugas Gizi dari DIII Gizi tetapi karena belum PNS masih honorer jadi belum diperbolehkan untuk menduduki jabatan sebagai koordinator gizi, jadi hanya bersifat membantu terutama administrasi tentang gizi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Masro dkk (2012) yang menyimpulkan bahwa jumlah petugas gizi masih kurang, meskipun secara kualitas sudah dilakukan pelatihan karena berdasarkan penelitian Hanevi (2006) yang menyatakan bahwa dengan meningkatkan mutu pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan berdasarkan kompetensi profesi akan menghasilkan tenaga kesehatan yang memiliki kinerja sesuai dengan pelayanan kesehatan serta dapat memuaskan pasien/ masyarakat. Jadi untuk petugas gizi perlu di tambah lagi supaya rasio antara petugas gizi dan penduduk sebanding agar kegiatan penatalaksanaan gizi buruk lebih baik lagi.

Dilihat dari Kader Posyandu dari segi kuantitas, jumlah kader minimal 5 orang untuk setiap Posyandu karena sudah sesuai dengan konsep Posyandu 5 meja/ langkah, yang mencakup pendaftaran, penimbangan, penilaian hasil penimbangan di buku KMS, konseling, penyuluhan atau rujukan dan pelayanan gizi oleh petugas ( kader, bidan, petugas gizi) (Lubis dkk, 2012; Pakaya dkk, 2012). Berdasarkan hasil penelitian jumlah kader di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Utara I sudah sangat baik, karena dari 49 Posyandu terdapat 324 kader sehingga didapatkan hasil 1 Posyandu kurang lebih sekitar 6-7 orang kader. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Lubis yang menyatakan bahwa dari segi kuantitas, jumlah kader 5 orang untuk setiap Posyandu sebenarnya sudah cukup karena sudah sesuai den-

gan konsep Posyandu 5 meja/langkah.

Dalam Komponen dana tersedianya dana dari dana APBD, dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan). Berdasarkan hasil penelitian untuk dana selain dari APBD dan BOK juga dari dana JKN ( Jaminan Kesehatan Nasional) dan Jamkesda. Selama ini dana sudah mencukupi selama ada kasus. Jadi dilihat dari segi dana sudah mencukupi. Hal ini sejalan dengan penelitian Aprilyanti dkk (2013) yang menyatakan bahwa semakin besar dana yang dikeluarkan untuk memperbaiki sebuah program, maka hasilnya pun akan semakin efektif bila digunakan seefisien mungkin. Serta semakin kecil dana yang digunakan untuk sebuah program, maka program hanya berjalan lambat dan tidak efektif. Jadi suatu perbaikan program tergantung seberapa cepat dana yang dikeluarkan oleh Pemerintah.

Sarana dan prasarana berupa formulir-formulir Buku Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk dan formulir pencatatan dan pelaporan. PMT pemulihan (makanan lokal, makanan untuk pemulihan gizi, F-100), media KIE seperti poster, leaflet, lembar balik, booklet, food model, obat gizi seperti kapsul vitamin A, tablet tambah darah, mineral mix, Taburia, serta obat-obatan lain misalnya obat cacing, antibiotik serta peralatan lain seperti: ATK, APE, alat masak, dll menunjukkan hasil baik. Hal ini sejalan dengan penelitian Rit and Gomery dalam Sari (2008) yang menyatakan bahwa peralatan dan prasarana merupakan hal yang sangat penting dalam mengimplementasikan kegiatan pelayanan di Puskesmas.

### **Komponen proses**

Terdiri dari perencanaan atau *planning* (persiapan berupa penyediaan sarana pendukung, pertemuan tingkat desa/kelurahan dan pelatihan). Pengorganisasian dan pelaksanaan program (tenaga pelaksana, waktu dan frekuensi, alur pelayanan penanganan anak gizi buruk, tempat pelaksanaan).

Dalam tahap perencanaan atau persiapan berdasarkan hasil penelitian berupa penyediaan sarana pendukung sudah cukup baik. Di Puskesmas Cilacap utara I terdapat 3 kelurahan, masing-masing kelurahan mengadakan pertemuan rutin yang berbeda-beda setiap bulan. Pertemuan di Kelurahan Kebonmanis berjalan rutin, Kelurahan Gumilir dan Mertasinga tidak rutin. Hal ini tentu dapat berimbas ke program penatalaksanaan gizi buruk menjadi kurang optimal. Berdasarkan hasil penelitian tentang pelatihan yang diberikan kepada tenaga pelaksana terkait seperti tenaga kesehatan dan kader kesehatan sudah

diberikan oleh DKK bagian Gizi Kesga ( Gizi Kesehatan Keluarga) dan pelatihan *software*, serta *software* terbaru juga diberikan. Jadi untuk pelatihan sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman yang sudah ada. Ketiga tahap perencanaan di atas menunjukkan bahwa perencanaan merupakan salah satu fungsi manajemen kesehatan yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas dalam upaya mencapai tujuan program. Jadi ketika perencanaan dilakukan baik maka suatu keberhasilan program dapat terwujud dengan baik (Lubis dkk, 2012; Masro dkk, 2012).

Dalam Tahap pengorganisasian berdasarkan hasil penelitian ditemukan belum ada struktur organisasi tersendiri tentang gizi buruk di Puskesmas. Jadi bila dilihat dari surat keputusan atau SK yang bertanggung jawab terhadap penatalaksanaan kasus gizi buruk adalah petugas gizi dalam hal ini Bidan Koordinator Gizi Puskesmas, sedangkan untuk yang membantu antara lain ahli gizi, bidan desa dan kader belum mempunyai SK. Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian Masro dkk (2012), menyimpulkan bahwa ketika tidak ada SK, maka koordinasi tidak dapat dilakukan dengan baik. Diharapkan ketika ada SK dan struktur organisasi tersendiri tentang tatalaksana gizi buruk, tenaga kesehatan yang lain bisa bekerja lebih optimal terhadap penatalaksanaan kasus gizi buruk sesuai peran dan tugas fungsi pokok.

Dalam tahap pelaksanaan yang terdiri dari tenaga pelaksana, waktu dan frekuensi pelaksanaan, alur pelayanan penanganan anak gizi buruk dan tempat pelaksanaan ditemukan : tenaga pelaksana yang lebih terjun ke lapangan adalah bikor gizi, bidan desa dan kader. Tenaga kesehatan lain, hanya aktif saat penimbangan serentak saja. Berdasarkan hasil observasi peran tenaga kesehatan, didapatkan hasil kurang baik. Hal ini sejalan dengan penelitian Mujayanah dkk (2011) yang menyatakan bahwa peran petugas kesehatan sangat mempengaruhi keberhasilan dalam suatu pelayanan kesehatan di Puskesmas. Diharapkan kepada semua pihak yang terkait dengan tatalaksana gizi buruk bekerja sesuai tupoksi sehingga program penatalaksanaan kasus gizi buruk berjalan lebih baik lagi.

Berdasarkan hasil penelitian waktu dan frekuensi pemeriksaan terhadap balita gizi buruk dilakukan hanya sampai 3 bulan saja. Padahal seharusnya selama 6 bulan, dan sampai status gizi anak kurang, tetapi di lapangan pemberian PMT dan program lain, sampai 3 bulan saja tanpa melihat perkembangan status gizi balita. Tidak terdokumentasi mengenai status gizi balita menjadi kurang atau tetap buruk. Untuk waktu

pemeriksaan belum sesuai prosedur, tetapi hanya dilakukan 1 kali 1 bulan saat ada Posyandu saja (Kusparlina, 2016; Sulistyawati dkk, 2012).

Berdasarkan pedoman Alur Pelayanan Penanganan anak gizi buruk terdiri dari pendaftaran, pengukuran antropometri, pemeriksaan klinis, pemberian konseling, pemberian paket obat dan makanan untuk pemulihan gizi, kunjungan rumah, rujukan, *drop out*. Untuk alur pelayanan penanganan anak gizi buruk sebagian sudah sesuai yang terdiri dari pendaftaran, pengukuran antropometri yang dilakukan di Posyandu oleh kader dan langkah berikutnya yaitu pemeriksaan klinis tidak dilakukan, pemberian konseling secara umum bukan perorangan oleh kader, bidan atau mahasiswa praktek, pemberian paket obat dan makanan untuk pemulihan gizi dilakukan oleh bidan desa atau bikor gizi. Kunjungan rumah dilakukan oleh bidan koordinator gizi, bidan desa ataupun kader dilakukan selama 3 bulan berupa pemberian PMT dan konseling gizi.

Jika pada saat dilakukan pelacakan ditemukan penyakit atau kelainan lainnya, ibu balita gizi disarankan untuk konsultasi ke dokter spesialis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih tinggi. Untuk *drop out* dilakukan setelah 3 bulan tanpa melihat status gizi anak gizi buruk, dan untuk anak yang telah pulih keadaan gizinya dipantau pertumbuhannya di Posyandu setiap bulan. Berarti untuk alur pelayanan penanganan anak gizi buruk dapat dikatakan sudah cukup baik.

Berdasarkan hasil penelitian untuk tempat pelaksanaan kegiatan gizi buruk sudah dilakukan di fasilitas kesehatan yaitu Posyandu dan pemberian makanan untuk gizi buruk sudah dilakukan di rumah tangga. Hasil penelitian dari tahap pelaksanaan penatalaksanaan gizi buruk sejalan dengan teori dan penelitian Aprilianti dkk (2013) yang menyatakan bahwa suatu pelaksanaan penatalaksanaan balita gizi buruk agar efektif dan efisien diperlukan adanya petunjuk teknis pelaksanaan program agar alur pengelolaan dan pendistribusian berjalan teratur sehingga dapat sampai ke sasaran dalam keadaan baik. Buku pedoman penanganan anak gizi buruk merupakan acuan bagi petugas gizi baik di tingkat kota maupun puskesmas serta pihak lain yang terkait. Selain itu, fungsi buku pedoman program agar apa yang telah direncanakan dapat berjalan sesuai dengan petunjuk teknis yang ada sehingga dapat diukur keberhasilan suatu program.

### **Komponen output**

Terdiri dari semua anak gizi buruk yang sesuai kriteria mengikuti rawat jalan dan terjadinya peningkatan status gizi anak yang men-

gikuti rawat jalan (Kemenkes RI, 2011). Berdasarkan hasil penelitian, keikutsertaan rawat jalan sudah 100%. Karena rawat jalan hanya 3 bulan saja, padahal menurut teori, rawat jalan itu dilaksanakan selama 6 bulan. *Output* untuk terjadinya peningkatan status gizi anak dari buruk ke kurang bahkan baik memang ada, tetapi lebih banyak yang susah meningkat dikarenakan adanya penyakit atau kelainan. Hal ini sejalan dengan Buku Pedoman pelayanan anak gizi buruk dari Kementerian Kesehatan yang menyatakan bahwa tujuan dari program pelayanan Gizi Buruk adalah tercapainya peningkatan status gizi anak dan menurunkan angka kematian anak gizi buruk.

## SIMPULAN

Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa penatalaksanaan kasus gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I telah berjalan dengan baik. Penatalaksanaan mencakup 10 kegiatan antara lain : sosialisasi gizi buruk, penimbangan rutin, penilaian status gizi secara antropometri, penjaringan kasus, pelacakan dan pelaporan kasus, penentuan rawat jalan/inap, konseling, pemberian paket obat dan makanan untuk pemulihan gizi, kunjungan rumah dan rujukan. Hasil pelaksanaan 10 kegiatan di atas adalah cukup baik. Hal ini terlihat dari komponen *input* ( jumlah kader dan sarana prasarana sudah memenuhi, sedangkan jumlah tenaga gizi masih kurang dan tenaga kesehatan belum berperan optimal ), komponen proses ( tahap persiapan sudah baik, pengorganisasian belum terstruktur baik, pelaksanaan dan alur pelayanan gizi buruk belum berjalan sesuai prosedur seharusnya) sedangkan dari komponen *output* ( balita gizi buruk sudah menjalani perawatan selama 3 bulan dan terjadi perubahan status gizi ke status gizi yang lebih baik).

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan Terimakasih kami tunjukkan kepada Direksi Program Pascasarjana UNNES, Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Ketua STIKes dan jajaran Dosen dan Karyawan Stikes Paguwarnas Maos Cilacap, Kepala Seksi Gizi DKK Cilacap, Kepala Puskesmas, bidan koordinator gizi, bidan desa dan kader serta ibu balita penderita gizi buruk di Puskesmas Cilacap Utara I.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aprilyanti, I., Dachlan, D., Salam, A. 2013. *Studi Pelaksanaan Program Penatalaksanaan Balita Gizi Buruk Di Puskesmas Dahlia Kecamatan Mariso Kota Makassar*. Makassar : Prodi Ilmu Gizi FKM Universitas Hasanudin.
- Chang, C., Trehan, I., Wang, R., Thakwalakwa, C., Maleta,., Deitchler, M., & Manary, M.. 2013. Children successfully treated for moderate acute malnutrition remain at risk for malnutrition and death in the subsequent year after recovery<sup>1-4</sup>. *The Journal Of Nutrition*, 112: 215-220.
- Hanevi. 2006. *Penerapan clinical gevormance melalui ISO 9000*. Jakarta.
- Kemenkes RI, 2011. *Pedoman pelayanan anak gizi buruk*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- Kusparlina, E.P., 2016. Hubungan Antara Umur dan Status Gizi Ibu Berdasarkan Ukuran Lingkar Lengan Atas Dengan Jenis BBLR. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 7(1): 21-27.
- Lubis, Z., Tampubolon, E., Jumirah. 2012. Analisis Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Labuhan, Kota Medan tahun 2008. *Panel Gizi Makan*, 35(1): 70-77.
- Masro, A., Edison., Gracediani, L. 2012. Implementasi Penanggulangan Gizi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Limau Kabupaten Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1) : 21-26.
- Mujayanah, U., Mifbakhuddin., & Kusumawati, E. 2011. *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil Pada Program ANC Integrasi terhadap PMTCT di Puskesmas Halmahera Kota Semarang*. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Nurjanah, M., Rusdi, Demawati, 2016. Hubungan Status Gizi Dengan Derajat Pneumonia Pada Balita di RS Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5 (1): 21-27.
- Nurwitasari, A. dan Wahyuni, C.U., 2015 Pengaruh Status Gizi dan Riwayat Kontak Terhadap Kejadian Tuberkulosis Anak di Kabupaten Jember. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3 (2): 158-169.
- Oktaviana. 2013. Hubungan Kejadian Gizi Kurang, Anemia Gizi Besi Dan Gaky dengan Prestasi

- Belajar. *Unnes Journal of Public Health*, 2 (1): 1-6.
- Pakaya, R. E., Kandarina, I., Akhmadi. 2012. Upaya Penanggulangan Gizi Buruk Pada Balita Melalui Penjaringan Dan Pelacakan Kasus. *Jurnal Kedokteran Masyarakat*, 24(2) : 69-76.
- Sari, R.K. 2008. *Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan Balai Kesehatan Ibu dan Anak Khususnya Tumbuh Kembang Anak Sebagai Bagian Program Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi Di Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang*. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Sulistyawati, Rustiana, Y., Hastono, S.P. 2012. Pemberian Diet Formula 75 Dan 100 Meningkatkan Berat Badan Balita Gizi Buruk Rawat Jalan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15 (3): 159-164.
- Utami, S.R. 2014. Hubungan antara Status Gizi dan Tingkat Kebugaran Jasmani dengan Produktivitas Kerja pada Tenaga Kerja Wanita Unit Spinning 1 Bagian Winding PT. APAC Inti Corpora Bawen. *Unnes Journal of Public Health*, 3 (4): 39-47.
- WHO, 2013. *Roadmap for Childhood Report 2014 in Geneva*. World Health Organization.