JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

TINJAUAN ETIKA SURVEILANS GIZI BURUK DI KABUPATEN PEKALONGAN (STUDI KASUS PADA PUSKESMAS SRAGI I DAN PUSKESMAS SRAGI II)

Satya Kirana Dela Rosa, Mubasysyir Hasanbasri, Retna Siwi Padmawati
Program Studi Magister Bioetika, Sekolah Pascasarjana
Universitas Gadjah Mada
email: satyakirana97@mail.ugm.ac.id

Abstract: *The epidemiological approach to malnutrition problems aims to analyze factors related to the emergence of malnutrition problems in society through the implementation of nutritional surveillance where this information is useful for decision making to improving community nutrition. Malnutrition surveillance can't be separated from ethical issues. So, the research is needed to analyze the ethics of implementing malnutrition surveillance at the Puskesmas Sragi I and Puskesmas Sragi II, Pekalongan Regency based on deontological theory. This is a descriptive research with a qualitative study design. Data collection was carried out through semi-structured interviews with 15 respondents selected by purposive sampling technique. Data analysis presented descriptively with a theoretical basis in accordance with the findings in the research. This research showed that the implementation of malnutrition surveillance is carried out by nutrition practitioners who have an educational background in the field of nutrition. The implementation of malnutrition surveillance at the Puskesmas Sragi I and Puskesmas Sragi II has been carried out well as evidenced by a structured nutritional surveillance recording and reporting system. The boundaries of the ethical principles use deontological ethical principles so that malnutrition surveillance are still carried out because they don't pose a potential risk of harm to patients and provide more benefits, but patient autonomy is still prioritized. Ethical challenges often arise because personal information affects all aspects of life, especially when stigma and discrimination accompany an individual's condition. Therefore, the implementation of nutritional surveillance practices must follow existing professional ethics to minimize adverse impacts on patients.*
Keywords: *malnutrition surveillance, public health ethics, profesionalism*

PENDAHULUAN

Gizi buruk merupakan suatu masalah kesehatan akibat makanan yang dikonsumsi tidak mengandung zat gizi yang mencukupi kebutuhan metabolisme tubuh karena rendahnya asupan zat gizi, penyakit infeksi, keterbatasan pengetahuan, sikap dan perilaku gizi, pola pemberian makanan, pola asuh anak, kondisi sosial ekonomi keluarga, hingga kebersihan lingkungan. Untuk itu diperlukan upaya perbaikan gizi yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat.[1,2,3]

Penelitian yang dilakukan oleh Thierry Hurlimann (2017) menjelaskan bahwa pelaksanaan program integrasi intervensi gizi perlu mempertimbangkan prinsip etika seperti *beneficence, non-maleficence*, *autonomy*, dan *justice* sesuai teori etika Beauchamp *and* Childress. Dengan pertimbangan tersebut, diharapkan mampu meminimalisir dampak

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

pelaksanaan program intervensi gizi berupa stigmatisasi atau diskriminasi.[5,6]

Dari sudut penelitian medis juga muncul Belmont Report yang berisi tiga prinsip yakni menghormati pribadi, *beneficence*, dan keadilan. Baik Beauchamp *and* Childress maupun Belmont Report sama-sama mendasarkan diri pada martabat manusia dimana keduanya bermuara pada *informed consent* sebagai bentuk penghargaan terhadap martabat manusia.[7,8] Sedangkan prinsip etika deontologi yang dipopulerkan oleh Immanuel Kant ini menjelaskan bahwa suatu tindakan dinyatakan benar apabila tindakan tersebut selaras dengan prinsip kewajiban yang relevan dengan kehendak baik pada dirinya, dan tidak tergantung pada yang lain.[9]

Berdasarkan data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, hasil pendataan balita pada bulan Agustus 2022 yang dilakukan di Puskesmas Sragi I didapat sebanyak 0,3% balita memiliki berat badan sangat kurang, 0,3% balita mengalami *stunting*, dan 0,4% balita mengalami kondisi gizi buruk. Sedangkan di Puskesmas Sragi II didapat sebanyak 0,16% balita memiliki berat badan sangat kurang, 0,13% balita mengalami *stunting*, dan 0,1% balita mengalami kondisi gizi buruk.

Kegiatan surveilans gizi yang dilakukan praktisi kesehatan di Puskesmas sebagai upaya intervensi masalah gizi terkadang kurang mempertimbangkan adanya dampak etika yang muncul, seperti adanya stigma di masyarakat dan potensi penyalahgunaan data untuk kepentingan komersial. Aliran berpikir deontologi memiliki prinsip kebaikan yang sangat terkait dengan potensi permasalahan etik yang timbul dari tindakan surveilans yaitu kejujuran, otonomi, kepercayaan, dan keadilan.

Menilik permasalahan etika yang terjadi pada banyak kasus surveilans kesehatan khususnya masalah gizi buruk, menjadi alasan mengapa perlu dilakukan tinjauan etika terhadap pelaksanaan surveilans gizi buruk yang dilakukan oleh Puskesmas Sragi I dan Puskesmas Sragi II Kabupaten Pekalongan berdasarkan teori etika deontologi dengan mendeskripsikan karakteristik umum unit gizi, pedoman kerja surveilans gizi, pelaksanaan surveilans gizi, sarana penunjang surveilans gizi, serta menganalisis dilema etika yang terjadi selama pelaksnaaan surveilans gizi buruk yang dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi di Puskesmas Sragi I dan Puskesmas Sragi II.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Sragi I dan Puskesmas Sragi II pada bulan November 2023 sampai Januari 2024. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan desain studi kualitatif dimana peneliti mengungkapkan permasalahan selama pelaksanaan surveilans gizi buruk yang

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

dilakukan oleh petugas Puskesmas kemudian dianalisis secara mendalam terkait penyebab permasalahan yang terjadi. Penelitian dilakukan dengan wawancara semi-terstruktur selama kurang lebih satu jam kepada 15 informan yang dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Karakteristik Informan Kelompok Petugas

No.	Kode Informan	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan	Masa Kerja
1	N01	Laki-laki	S1	Seksi Kesga dan Gizi	22 tahun
2	N02	Laki-laki	S2	Kepala Puskesmas	17 tahun
3	N03	Laki-laki	S2	Kepala Puskesmas	15 tahun
4	N04	Perempuan	DIII	Nutrisionis	27 tahun
5	N05	Perempuan	DIII	Nutrisionis	3 tahun

Berdasarkan tabel 1 didapat data bahwa informan dalam penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi pada kelompok petugas sebanyak 5 orang yang terdiri dari satu orang pegawai dari Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan, dua orang Kepala Puskesmas, dan dua orang nutrisionis. Sedangkan karakteristik informan kelompok keluarga balita dapat dilihat pada tabel 2 di bawah ini.

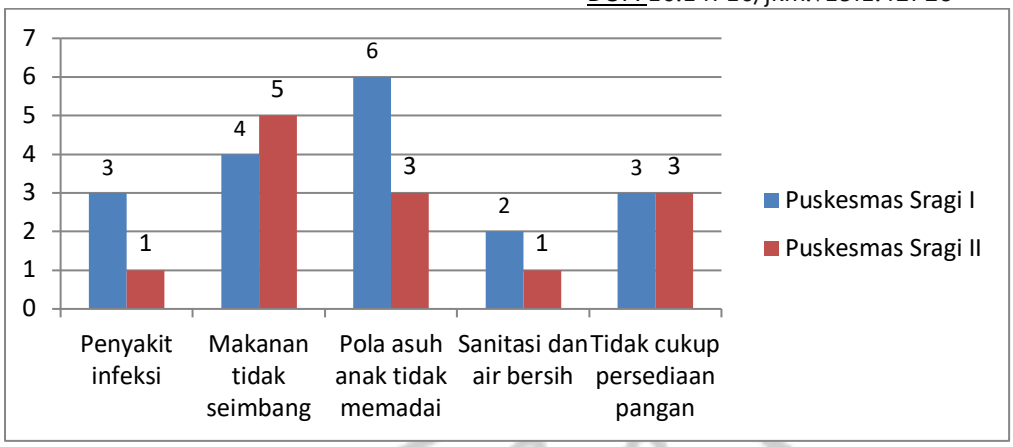
Tabel 2 Karakteristik Informan Kelompok Keluarga Balita

No.	Kode Informan	Jenis Kelamin	Usia	Wilayah Binaan Puskesmas
1	N06	Laki-laki	45 tahun	Puskesmas Sragi I
2	N07	Perempuan	32 tahun	Puskesmas Sragi I
3	N08	Perempuan	28 tahun	Puskesmas Sragi I
4	N09	Laki-laki	42 tahun	Puskesmas Sragi I
5	N10	Perempuan	22 tahun	Puskesmas Sragi I
6	N11	Perempuan	30 tahun	Puskesmas Sragi II
7	N12	Perempuan	25 tahun	Puskesmas Sragi II
8	N13	Laki-laki	27 tahun	Puskesmas Sragi II
9	N14	Laki-laki	33 tahun	Puskesmas Sragi II
10	N15	Perempuan	20 tahun	Puskesmas Sragi II

Berdasarkan data yang didapat dari penelitian di lapangan, terdapat 10 informan dari kelompok keluarga balita yang dipilih dan memenuhi kriteria inklusi dimana 5 informan berasal dari wilayah kerja Puskesmas Sragi I dan 5 informan lainnya berasal dari wilayah kerja Puskesmas Sragi II.

Penyebab terjadinya masalah gizi buruk pada balita di wilayah kerja Puskesmas Sragi I dan Puskesmas Sragi II dijabarkan dalam bentuk grafik sebagai berikut:

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728



Gambar 1 Penyebab Kasus Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Sragi I dan Puskesmas Sragi II

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

Berdasarkan gambar 1 dijelaskan di Puskesmas Sragi I sebanyak 3 balita memiliki riwayat atau sedang mengalami penyakit infeksi, 4 balita tidak mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, 6 balita tidak mendapat pola asuh anak dengan baik, 2 balita tinggal di lingkungan yang memilki sanitasi yang kurang baik, dan 3 balita lainnya berasal dari keluarga yang tidak mampu untuk memenuhi persediaan pangan. Sedangkan di Puskesmas Sragi II diketahui bahwa ada 1 balita yang memiliki riwayat sakit TB, 5 balita tidak mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, 3 balita tidak mendapat pola asuh anak dengan baik, 1 balita mengalami diare akut, dan 3 balita lainnya berasal dari keluarga yang tidak mampu memenuhi persediaan pangan sesuai pedoman gizi seimbang.

Melihat kondisi kasus gizi buruk dan penyebabnya, perlu dilakukan upaya perbaikan gizi melalui pendidikan gizi, suplementasi gizi, tata laksana gizi, dan surveilans gizi yang dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi.[9] Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan, didapat karakteristik tenaga pelaksana gizi di Puskesmas sebagai berikut:

Tabel 3 Karakteristik Umum Unit Gizi Puskesmas

No	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Masa Kerja	STR	SIK	Tempat Bekerja
1	Perempuan	56 tahun	DIII Gizi	27 tahun	Ada	Ada	Puskesmas Sragi I
2	Perempuan	52 tahun	S1 Kesehatan Masyarakat	15 tahun	Ada	Tidak	Puskesmas Sragi II
3	Perempuan	29 tahun	DIII Gizi	3			

Tabel 3 memaparkan bahwa di Puskesmas Sragi I hanya terdapat 1 orang petugas gizi dengan kualifikasi pendidikan DIII Gizi dan masa kerja 27 tahun sedangkan di Puskesmas Sragi II terdapat 2 orang petugas gizi dengan kualifikasi pendidikan DIII Gizi dengan masa kerja 3 tahun dan S1 Kesehatan Masyarakat dengan masa kerja 15 tahun. Berdasarkan data, Puskesmas Sragi I hanya memiliki satu orang tenaga pelaksana gizi. Padahal Puskesmas Sragi I merupakan Puskesmas yang melakukan pelayanan rawat inap. Menurut pernyataan informan, semula Puskesmas Sragi I memiliki dua orang petugas gizi, namun satu lainnya sudah berpindah tugas. Beban kerja di Puskesmas Sragi I yang merupakan Puskesmas Perawatan lebih besar sehingga membutuhkan tenaga tambahan untuk melaksanakan tugas sebagai pelaksana gizi. Kekurangan tenaga ini sudah dilakukan pemetaan analisis jabatan dan analisis beban kerja yang hasilnya sudah dikirim ke Dinas Kesehatan. Adanya kekurangan tenaga ini berpotensi mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Pasien dengan kondisi gizi buruk sangat rentan dan berisiko kehilangan martabat kemanusiaannya karena pelayanan gizi diakui sebagai hak asasi manusia dalam meningkatkan akses terhadap upaya perbaikan gizi masyarakat untuk mengurangi angka

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

kasus gizi buruk.[10] Hasil dari penelitian ini memaparkan temuan-temuan yang berkaitan dengan etika profesional tenaga gizi dan dilihat dari sudut pandang etika deontologi, antara lain:

A. Pelaksanaan Surveilans Gizi Buruk Oleh Tenaga Pelaksana Gizi

Data yang akurat mengenai tren prevalensi gizi buruk pada anak dan telaah faktor penyebabnya dapat membantu dalam pengambilan keputusan.[10] Pelaksanaan surveilans gizi buruk di kedua Puskesmas tersebut dimulai dari pengumpulan data pada kegiatan Posyandu. Pengumpulan data dari Posyandu ke Puskesmas Sragi I dilakukan setiap selesai kegiatan Posyandu menggunakan buku pelaporan Posyandu. Apabila ada balita yang tidak datang Posyandu, maka dilakukan *sweeping* Posyandu dan hasil pengukuran dilaporkan melalui *WhatsApp*. Tidak jauh berbeda dengan Puskesmas Sragi I, kegiatan surveilans gizi yang dilakukan oleh Puskesmas Sragi II juga dimulai dari tahap pengumpulan data Posyandu dimana kader mengirimkan hasil rekap penimbangan hari itu kepada petugas gizi melalui *WhatsApp*. Data yang didapat dari Posyandu kemudian diinput ke dalam aplikasi e-PPGBM (Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) dan hasil pengukuran status gizi dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten setiap bulannya.

Pada penelitian ini, kesalahan dalam proses pengumpulan data dapat terjadi saaat pengukuran berat badan dan tinggi badan balita yang dilakukan di Posyandu. Apabila tidak dilakukan validasi, akan berpengaruh pada cakupan kasus gizi buruk yang ada di masing-masing wilayah kerja Puskesmas. Hal ini sesuai pernyataan Soucie (2012) bahwa pengumpulan data surveilans harus memiliki keakuratan yang tinggi dan harus dievaluasi secara berkala agar mampu menggambarkan hasil analisis surveilans secara tepat. Sehingga sebelum dilakukan analisis data, dilakukan validasi data terlebih dahulu oleh tenaga pelaksana gizi dan kader melalui kunjungan rumah.

Kunjungan rumah yang dilakukan dengan sebaik-baiknya mampu menjamin terpenuhinya kebutuhan dan tuntutan kesehatan pasien. Namun, dari temuan di lapangan, didapat masalah saat pelaksanaan kunjungan rumah seperti penolakan pasien dengan alasan kesiapan pasien ataupun waktu kunjungan yang tidak sesuai. Selain itu, muncul stigma di masyarakat terkait kasus gizi buruk. Untuk menghindari masalah tersebut, petugas dapat menghubungi pasien terlebih dahulu dengan menjelaskan maksud dan tujuan pelaksanaan kegiatan serta melakukan konfirmasi waktu dan tempat kepada pasien agar terbentuk kesepakatan jadwal kunjungan rumah. Dengan demikian berarti petugas telah memastikan kebebasan

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

pasien dalam menentukan keputusan dan kesediaannya mendapatkan informasi.

Setelah berhasil dilakukan kajian kasus, petugas melaporkan hasil surveilans kepada Dinas Kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian, baik itu Puskesmas Sragi I maupun Puskesmas Sragi II pernah melakukan pengumpulan laporan hasil surveilans gizi melebihi tenggang waktu yang ditentukan Dinas Kesehatan. Menurut penuturan tenaga gizi di masing-masing Puskesmas, hal tersebut timbul karena adanya keterlambatan pengumpulan data dari Posyandu yang berpengaruh pada terbatasnya waktu input data pada aplikasi e-PPGBM.

Dalam pelaksanaan surveilans gizi, Puskesmas Sragi I dengan 49 Posyandu dan Puskesmas Sragi II dengan 51 Posyandu sudah memiliki sarana penunjang yang lengkap dan dalam kondisi baik karena berdasarkan pernyataan Dinas kesehatan Kabupaten Pekalongan telah dibagikan antropometri kit untuk semua Posyandu. Dengan terpenuhinya sarana penunjang tersebut, diharapkan sistem pengumpulan data menjadi lebih akurat dan tepat waktu karena antropometri baru sudah menggunakan sistem input otomatis.

Alokasi antropomertri kit ini menimbulkan dampak positif dan negatif baik di kalangan petugas maupun kader selaku pelaksana Posyandu. Keuntungan yang didapat dari penggunaan antropometri yang baru ini mampu mempercepat proses input data karena alat sudah terintegrasi dengan sistem. Sedangkan sebagian besar kader mengeluhkan bahwa penggunaan antropometri yang baru dirasa sangat sulit karena metode penggunaannya sangat berbeda. Pada hasil penelitian disebutkan bahwa kader yang belum kompeten akan mendapatkan edukasi melalui peningkatan kapasitas kader.

Pelaksanaan kegiatan surveilans gizi sendiri tidak lepas dari adanya pedoman kerja. Kendati demikian, pelaksanaan kegiatan surveilans gizi di lapangan sulit apabila terpaku pada pedoman kerja. Pasalnya yang dihadapi oleh petugas di lapangan adalah masyarakat dengan berbagai macam karakteristik. Dengan menyesuaikan karakteristik dan kebutuhan masyarakat dapat dipastikan bahwa petugas tetap memberikan pelayanan sesuai dengan prinsip yang mampu mendatangkan kebaikan dan tidak merugikan berbagai pihak. Selain itu, petugas gizi di Puskesmas Sragi I dengan jumlah yang terbatas dan beban kerja yang tinggi dirasa sulit apabila pelaksanaan kegiatan dilakukan sesuai SOP yang berlaku, seperti melakukan konfirmasi awal kepada sasaran mengingat sasaran gizi buruk di Puskesmas Sragi I sebanyak 18 kasus. Sejalan dengan praktik pelaksanaan surveilans gizi buruk di Puskesmas Sragi II bahwa kegiatan langsung dilakukan tanpa ada konfirmasi awal kepada

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

pasien. Secara prosedur memang menyalahi otonomi pasien, namun apabila melihat dari sisi manfaat yang didapat lebih banyak mendatangkan manfaat daripada menimbulkan kerugian kepada pasien.

B. Persepsi Tentang Pelaksanaan Praktik Surveilans Gizi Buruk Sesuai Etika Profesional

Kode etik ahli gizi adalah peraturan yang harus dilakukan ahli gizi dalam berinteraksi dengan orang lain baik itu klien maupun teman seprofesi dalam melakukan upaya perbaikan gizi, pendidikan gizi, pengembangan ilmu dan teknologi gizi, serta ilmu-ilmu terkait. Ahli gizi dalam menjalankan profesinya harus senantiasa bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, menunjukkan sikap dan perbuatan terpuji yang dilandasi oleh falsafah dan nilai-nilai Pancasila, Undang-Undang Dasar 1945 serta Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Persatuan Ahli Gizi Indonesia serta etik profesinya.[11]

Sebagaimana telah dijabarkan pada hasil penelitian, terlepas dari penilaian terkait pelaksana surveilans gizi, petugas gizi telah melaksanakan praktik surveilans gizi buruk sesuai etika profesional pada pekerjaan yang berada pada wewenangnya.

Dalam hal pelaksanaan surveilans gizi buruk, petugas gizi telah memberikan pelayanan sesuai dengan informasi faktual, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Hal ini sejalan dengan prinsip moral selama berhubungan dengan klien dan pasien terkait sikap dan pembawaan petugas dan diketahui juga bahwa petugas gizi yang melakukan kunjungan rumah menurut penuturan pasien memiliki sikap dan pembawaan yang baik dan ramah.

Secara kseluruhan, ditemukan bahwa petugas gizi sebenarnya mengenali berbagai situasi dilematis yang dilakukan atau dialami secara langsung, tidak langsung, maupun berdasarkan informasi yang diperolehnya dari pihak lain selama pelaksanaan praktik surveilans gizi buruk seperti penerimaan sasaran saat dilakukan upaya intervensi melalui kunjungan rumah namun sasaran menolak untuk dilakukan kunjungan karena merasa tervonis oleh petugas dan dikucilkan di lingkungan. Sedangkan situasi dilematis yang dialami berdasarkan informasi yang diperoleh dari pihak lain berupa penjelasan kasus gizi buruk saat dilakukan kunjungan rumah dimana pada saat itu sasaran sedang bersama dengan anggota keluarga lain yang turut memberikan penjelasan namun tidak dapat dibuktikan validitasnya sehingga dapat disebutkan bahwa pasien kehilangan otonomi dalam memberikan penjelasannya.

C. Persepsi Tentang Dilema Etika Dalam Pelaksanaan Surveilans Gizi Buruk

Pelaksanan surveilans gizi akan memberikan indikasi perubahan pencapaian indikator pembinaan gizi masyarakat.

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

Sayangnya tujuan dilaksanakannya surveilans gizi buruk bisa saja tidak sepenuhnya tersampaikan dengan baik di kalangan masyarakat. Apabila ditinjau dari sisi etika, tujuan utama surveilans gizi buruk tidak akan terlaksana apabila dari sasaran kegiatan tersebut sudah menolak untuk dilakukan intervensi.[12]

Kondisi gizi buruk di masyarakat yang masih dipandang sebelah mata membuat keluarga yang memiliki balita dengan status gizi buruk dianggap tidak mampu mengurus balitanya dengan baik, memiliki status ekonomi yang tidak baik, hingga lingkungan tempat tinggal dianggap tidak layak huni. Pelaksanaan surveilans gizi buruk yang tidak dilakukan dengan persetujuan kedua belah pihak dapat memicu timbulnya dilema etika karena informasi pribadi individu mempengaruhi semua aspek kehidupan khususnya ketika stigma dan diskriminasi tersebut menyertai kondisi individu. Meskipun telah dilakukan persetujuan melalui *informed consent*, namun ketika informasi pribadi dari sistem surveilans diungkapkan, hal tersebut dapat menimbulkan konsekuensi sosial yang mungkin bisa merendahkan individu yang bersangkutan.[13,14]

Melihat hasil penelitian, pelaksanaan surveilans gizi buruk yang dilakukan tidak menggunakan *informed consent*. Hal ini dilakukan petugas karena dianggap tidak melakukan tindakan medis seperti pemberian terapi atau pengambilan sampel. Padahal kesediaan untuk dilakukan kunjungan juga perlu menggunakan *informed* consent sebagai bukti menghormati otonomi.

Situati-situasi tersebut tidak bisa dikatakan benar dari pihak petugas maupun benar dari pihak sasaran. Menentukan perawatan melalui kunjungan rumah menjadi salah satu kesulitan petugas dan menjadi dilema tersendiri apabila terjadi penolakan. Padahal, dengan kesediaan sasaran untuk dilakukan intervensi, dapat menghilangkan persepsi masyarakat terkait kondisi kesehatannya saat itu.

D. Landasan Prinsip Etika dalam Mengambil Keputusan Hasil Pelaksanaan Surveilans Gizi Buruk

Dalam melakukan praktik klinis, petugas gizi diwajibkan melaksanakan tugas berlandaskan prinsip etika seperti prinsip etika normatif seperti teologi, deontologi, *virtue ethics*, dan *principlism.* Selain itu, prinsip etika dasar yang dikemukakan Beauchamp *and* Childress juga menjadi landasan yang sering digunakan praktisi kesehatan dalam melakukan tugas keprofesiannya. [15,16]

Dalam membuat kebijakan program intervensi, harus mengetahui beberapa batasan seperti sarana-prasarana, jumlah tenaga yang bertugas, persepsi terkait sikap sasaran terhadap petugas kesehatan. Petugas gizi tidak bisa jika harus fokus pada

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

sasarannya saja, tetapi juga kasus potensial yang mungkin akan terdampak. Oleh karena itu, keempat prinsip etika dasar Beauchamp *and* Childress menimbulkan kesulitan dalam mencapai penilaian bagi petugas gizi dan pemangku kebijakan dalam membuat tindakan intervensi.[18]

Konsep etika deontologi yang mendasarkan pada prinsip kewajiban dengan tidak boleh melakukan tindakan yang merugikan, meskipun hal tersebut menimbulkan konsekuensi positif juga dapat melandasi keputusan program intervensi. Penjelasan terkait prinsip etika dalam pengambilan keputusan yang dilakukan oleh informan sebagai berikut:

1. ***Respect for autonomy***

Prinsip ini mempertimbangkan hak-hak pasien untuk dapat memutuskan persetujuan atau penolakan terhadap intervensi yang akan didapat. Berdasarkan hasil penelitian, saat akan dilakukan surveilans gizi buruk, tenaga pelaksana gizi berusaha menghormati dan melindungi otonomi pasien dengan memberikan penjelasan kepada pasien secara lengkap dan jelas mengenai kondisi gizi buruk pasien hingga penanggulangan kasusnya. Ketika sasaran tidak mampu untuk membuat keputusan, petugas gizi membantu dengan memberikan alternatif solusi kepada sasaran namun tetap bertindak sebagai pihak yang netral dengan menjelaskan kondisi sebenarnya tanpa memengaruhi pasien untuk kemudian petugas gizi akan meminta *informed consent* kepada pasien sebagai bukti persetujuan atau penolakan tindakan dimana keputusan tersebut dikembalikan kepada pasien dan keluarganya.

2. ***Beneficence***

Prinsip *beneficence* merupakan prinsip moral yang menuntut kebaikan dimana tindakan yang dilakukan dapat memberikan manfaat kepada pasien. Berdasarkan temuan di lapangan, petugas gizi dan kepala Puskesmas berupaya sebaik mungkin agar sasaran balita gizi buruk mendapatkan PMT pemulihan. Petugas sudah mengusulkan sasaran agar mendapatkan PMT dari berbagai macam sumber dana. PMT dialokasikan kepada sasaran yang benar-benar membutuhkan. Tindakan tersebut sesuai dengan penerapan prinsip *beneficence*, yaitu menolong seseorang agar mendapatkan manfaat terhadap intervensi yang telah direncanakan meskipun dalam kondisi pendanaan yang terbatas.

3. ***Nonmaleficence***

Prinsip *nonmaleficence* adalah prinsip dasar bioetika yang bertujuan untuk menghindari tindakan yang dapat memperburuk keadaan pasien. Penerapan prinsip *nonmaleficence* dapat berupa tindakan memberikan pelayanan dengan

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

mempertimbangkan keamanan pasien. Petugas gizi berusaha menerapkan prinsip *nonmaleficence* pada kasus balita dengan penyerta TB. Dalam kasus ini petugas melakukan perawatan rujukan kepada balita gizi buruk dengan penyakit penyerta TB dengan harapan kondisi TB yang dialami balita dapat segera diobati agar tidak terjadi komplikasi dan tidak menularkan ke sasaran lain. Namun, petugas gizi tidak memaksakan kehendak perawatan rujukan kepada keluarga pasien dan menyerahkan keputusan kepada keluarga pasien karena bagaimanapun juga, dampak baik buruknya yang dapat merasakan adalah pasien itu sendiri. Tindakan yang dilakukan petugas gizi tersebut mencerminkan penerapan prinsip *nonmaleficence* yaitu menghindari menimbulkan penderitaan atau komplikasi terhadap pasien.

4. *Justice*

Prinsip *justice* muncul dari sebuah kesadaran bahwa orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan lebih banyak daripada sumber daya kesehatan yang ada. Pada prinsip ini, peneliti menemukan tiga komponen, berupa 1) Hak balita gizi buruk; 2) pelayanan sesuai kondisi penyakit dan; 3) memberikan intervensi sesuai kegawatan apabila terdapat keterbatasan.

Berdasarkan hasil penelitian, informan telah melaksanakan prinsip *justice* dengan memberikan pelayanan gizi secara adil dan merata kepada seluruh sasaran dengan mengutamakan kasus yang benar-benar membutuhkan perawatan lebih lanjut segera. Petugas gizi juga mengupayakan pengusulan PMT kepada seluruh sasaran kasus gizi buruk di wilayah kerjanya masing-masing. Pengusulan tersebut dilakukan melalui PMT Kementerian Kesehatan, dana Bantuan Oprasional Kesehatan (BOK), dan dana desa. Hal tersebut sesuai dengan pelaksanaan *justice* menurut Beauchamp *and* Childress (2019), yaitu pembagian secara merata dan sesuai kebutuhan.

5. Deontologi

Hasil penelitian WHO tahun 2013 melaporkan bahwa pelaksanaan kegiatan surveilans di tingkat Puskesmas ternyata masih menghadapi kendala, antara lain berkaitan dengan kebijakan sistem surveilans yang berlum dipahami sampai ke petugas teknis di lapangan, terbatasnya tenaga pelaksana surveilans, adanya ketidaksesuaian kompetensi, terbatasnya dana pelaksanaan surveilans di tingkat operasional, dan belum optimalnya penggunaan sarana kesehatan dalam mendukung pelaksanaan surveilans.

Berdasarkan hasil penelitian dijelaskan bahwa pada pelaksanaan

JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)
Volume 13, Nomor 1, Januari 2025
ISSN: 2715-5617 / e-ISSN: 2356-3346
http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm
DOI : 10.14710/jkm.v13i1.42728

kegiatan surveilans gizi harus didasarkan pada kerangka acuan kerja atau SOP yang telah dibuat. Pada SOP surveilans gizi buruk menyatakan bahwa sebelum dilakukan kegiatan kepada sasaran, dilakukan kesepakatan untuk menentukan jadwal dan tempat pelaksanaan kegiatan. Sayangnya, kegiatan tersebut tidak dijalankan sebagaimana acuan yang dibuat. Beberapa informan pada penelitian ini menyatakan bahwa petugas datang ke rumah secara mendadak tanpa memberikan informasi terlebih dahulu. Secara otonomi memang menyalahi aturan, namun tujuan dari kegiatan surveilans adalah untuk kepentingan publik berupa intervensi gizi buruk, maka kegiatan surveilans gizi buruk tersebut tidak dapat disalahkan.

Terdapat tuntutan yang seringkali bertentangan mengenai waktu petugas gizi dan bahkan tuntutan dari pasien untuk segera dilakukan intervensi. Berlandaskan etika deontologi, surveilans gizi buruk tetap harus dilaksanakan. Keputusan pelaksanaan surveilans gizi buruk tersebut mampu membuat masyarakat menganggap bahwa petugas gizi mempunyai kewajiban untuk memberikan intervensi kepada sasaran.

Dalam penelitian ini dijelaskan, apabila sasaran tidak menginginkan yang terbaik baginya, contohnya tidak ingin dilakukan kunjungan rumah, maka prinsip otonomi pasien harus diimbangi dengan prinsip kebaikan. Karena apabila melihat alasan yang dilontarkan dari sasaran, dampak apabila kegiatan surveilans gizi buruk tidak dilakukan justru menimbulkan hal yang tidak menyenangkan bahkan menimbulkan kerugian kepada sasaran. Hal ini sudah sejalan dengan etika deontologi dimana petugas melakukan tindakan sesuai dengan prinsip kewajiban namun tanpa mengesampingkan potensi risiko yang timbul.

SIMPULAN

Dalam praktik penyelenggaraan surveilans gizi buruk, Puskesmas memiliki tenaga pelaksana gizi dengan kualifikasi pendidikan yaitu DIII dan S1. Di Puskesmas Sragi I hanya terdapat 1 orang petugas gizi dengan kualifikasi pendidikan DIII Gizi dengan masa kerja 27 tahun, sedangkan di Puskesmas Sragi II terdapat 2 orang petugas gizi dengan kualifikasi pendidikan DIII Gizi dengan masa kerja 3 tahun dan S1 Kesehatan Masyarakat dengan masa kerja 15 tahun.

Pelaksanaan kegiatan surveilans gizi buruk di Puskesmas Sragi I dilakukan dengan pelacakan kasus yang datanya didapat dari hasil pengukuran antropometri di Posyandu menggunakan sarana penunjang yang telah didistribusikan untuk 49 Posyandu dan telah dilaksanakan dengan baik, namun tidak selalu mengacu pada SOP Surveilans Gizi Buruk.

Sedangkan pelaksanaan kegiatan surveilans gizi buruk di Puskesmas Sragi II dilakukan dengan pelacakan kasus yang datanya didapat dari hasil pengukuran antropometri di Posyandu menggunakan sarana penunjang yang telah didistribusikan untuk 51 Posyandu dan telah dilaksanakan dengan baik, namun kegiatan dilakukan dengan tidak mengacu pada SOP Surveilans Gizi Buruk karena kegiatan dilakukan menyesuaikan kondisi sasaran.

Pelaksanaan surveilans gizi buruk pada balita di wilayah kerja Puskesmas Sragi I dan Puskesmas Sragi II apabila dilihat dari sudut pandang etika deontologi memiliki dilema etika yang sama, yakni tindakan dilakukan atas dasar prinsip kewajiban namun tidak mengesampingkan potensi risiko yang timbul dan memilki kecenderungan yang berpusat pada pasien. Contohnya adalah pelaksanaan surveilans gizi buruk yang harus tetap dilaksanakan walaupun kasus telah menyatakan penolakan karena tidak menimbulkan dampak buruk bagi sasaran melainkan dapat menentukan upaya intervensi untuk sasaran sehingga kegiatan tetap dapat dilaksanakan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Program Studi Magister Bioetika Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan atas diizinkannya melakukan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Govender I, Rangiah S, Kaswa R, Nzaumvila D. Malnutrition in Children Under the Age of 5 Years in a Primary Health Care Setting. *S Afr FamPract*. 2021;63(1).
2. Bapenas dan Unicef. Laporan Indonesia untuk Persiapan End Decade Goal 2000. 2000.
3. Kemenkes RI. Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: 2018.
4. Thierry H, Peña-Rosas JP, Saxena A, Zamora G, Godard B. Ethical issues in the development and implementation of nutritionrelated public health policies and interventions: A scoping review. *PLoS ONE*. 2017;12(10).
5. Tom LB, James FC. Principles of Biomedical Ethics Ed.8. Washington DC: 2019.
6. Monica LT. Ethical Duty, Ethics, and Right to Nutritional Care. *Clinical Nutrition Open Science.* Meksiko: 2023.
7. Kusmaryanto CB. Bioetika. *PT Kompas Media Nusantara*. Jakarta: 2015.
8. Dipasquale V, Cucinotta U, Romano C. Acute malnutrition in children: pathophysiology, clinical effects and treatment. *Nutrients.* 2020;12.

9. Zemrani B, Gehri M, Masserey E, et al.. A hidden side of the COVID-19 pandemic in children: the double burden of undernutrition and overnutrition. *Int J Equity Health.* 2021;20(1-4).
10. Malihe S, Mostafa L, Beheshteh O, Hamed S, dan Abbas S. A Survey of implementation status of child nutrition surveillance systems, registry systems and information systems: a scoping literature review protocol. *BMJ Paediatr Open.* 2021;5(1).
11. Lee LM dan Gostin LO. Ethical Collection, Storage, and Use of Public Health Data: A Proposal for National Privacy Protection. *JAMA.* 2009;302(1).
12. Enserink M. Risk of Exposure: When New or Dangerous Infectious Diseases Strike, Public Health Often Trumps Personal Privacy. *Science.* 2015:347(6221).
13. Williams JR. Ethics Unit of the World Medical Association. *World Medical Association*. France: 2005.
14. Alison KT dan Ann R. Critical Public Health Ethics: Teaching for Moral Imagination and Discernment, dalam Michael J Selgelid (Ed), Ethics in Public Health and Health Policy: Concept, Methods, Case Studies. Springers:2013.
15. Po-En T dan Ya-Huei W. Deontological or Utilitarian? An Eternal Ethical Dilemma in Outbreak. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* Taiwan: 2021.