

**PERAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN TENAGA
KESEHATAN DALAM MENANGGULANGI MALNUTRISI DI DESA AIR
ANYIR KECAMATAN MERAWANG KABUPATEN BANGKA PROVINSI
KEPULAUAN BANGKA BELITUNG**

Tesis

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Untuk Mencapai Derajat Sarjana S-2**

**Kebijakan Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan (KMPK)
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat**



Diajukan oleh:

SYAMSINAR

NIM: 20/466214/PKU/18841

Kepada

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS KEDOKTERAN
KESEHATAN MASYARAKAT DAN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA**

2022

Tesis

PERAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN TENAGA KESEHATAN DALAM MENANGGULANGI MALNUTRISI DI DESA AIR ANYIR KECAMATAN MERAWANG KABUPATEN BANGKA PROVINSI KEPULAUAN BANGKA BELITUNG

dipersiapkan dan disusun oleh

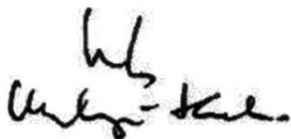
Syamsinar

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

pada tanggal 20 Juni 2022

Susunan Dewan Penguji

Pembimbing



Dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA

Ketua Dewan Penguji



Dr. dr. Emy Huriyati, M.Kes

Penguji



Dr. dr. Dwi Handono, M.Kes

Penguji



dr. Likke Prawidya Putri, MPH

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
Untuk memperoleh gelar *Master of Public Health*



Dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA

Ketua Program Studi: Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Syamsinar
NIM : 20/466214/PKU/18841
Tahun terdaftar : 2020
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan

Menyatakan bahwa dalam dokumen ilmiah Tesis ini tidak terdapat bagian dari karya ilmiah lain yang telah diajukan untuk memperoleh gelar akademik di suatu Lembaga Pendidikan Tinggi, dan juga tidak terdapat karya ataupun pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang/lembaga lain kecuali yang secara tertulis disitasi dalam dokumen ini dan disebutkan sumbernya secara lengkap dalam daftar pustaka.

Dengan demikian saya menyatakan bahwa dokumen ilmiah ini bebas unsur-unsur plagiasi dan apabila dokumen ilmiah Tesis ini dikemudian hari terbukti merupakan plagiasi dari hasil karya penulis lain dan/atau dengan sengaja mengajukan karya atau pendapat yang merupakan hasil karya penulis lain, maka penulis bersedia menerima sanksi akademik dan/atau sanksi hukum yang berlaku.

Pangkalpinang, 21 Juni 2022

Penulis,



Syamsinar

NIM.20/466214/PKU/18841

DAFTAR ISI

<i>LEMBAR PENGESAHAN.....</i>	<i>2</i>
<i>PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI</i>	<i>3</i>
<i>DAFTAR TABEL.....</i>	<i>6</i>
<i>DAFTAR GAMBAR.....</i>	<i>7</i>
<i>DAFTAR SINGKATAN.....</i>	<i>8</i>
<i>KATA PENGANTAR.....</i>	<i>10</i>
<i>ABSTRACT.....</i>	<i>12</i>
<i>ABSTRAK.....</i>	<i>13</i>
<i>BAB I PENDAHULUAN.....</i>	<i>14</i>
A. Latar Belakang.....	14
B. Rumusan Masalah.....	17
C. Tujuan Penelitian.....	17
D. Manfaat Penelitian.....	18
E. Keaslian penelitian.....	19
<i>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</i>	<i>23</i>
A. Telaah Pustaka.....	23
B. Kerangka Teori.....	40
C. Kerangka Konsep.....	40
D. Pertanyaan Penelitian.....	41
<i>BAB III METODE PENELITIAN.....</i>	<i>42</i>
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	42
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	42
C. Informan Penelitian.....	43
D. Variabel Penelitian & Definisi Operasional.....	44
E. Instrumen Penelitian.....	44
F. Pengumpulan Data.....	44

G. Keabsahan Data.....	45
H. Etika Penelitian.....	45
I. Keterbatasan Penelitian.....	46
J. Jalannya Penelitian.....	46
K. Analisis Data.....	47
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	49
A. Hasil Penelitian.....	49
B. Pembahasan.....	65
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	76
A. Kesimpulan.....	76
B. Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA.....	80
LAMPIRAN.....	87

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian Penelitian.....	19
Tabel 2. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak.....	34
Tabel 3. Daftar Desa dan Jumlah Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas.....	38
Tabel 4. Daftar Jumlah Penduduk Di Wilayah Kerja Puskesmas.....	39
Tabel 5. Informan Penelitian.....	43
Tabel 6. Daftar Aset Prasarana Kesehatan Di DEsa Air Anyir.....	51
Tabel 7. Karakteristik Informan.....	52
Tabel 8. Status Gizi Data Provinsi.....	59
Tabel 9. Status Gizi Perkecamatan.....	59
Tabel 10. Status Gizi Desa Air Anyir Tahun 2020.....	60
Tabel 12. Status Gizi Desa Air Anyir Tahun 2021.....	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Framwork Program Terintegrasi.....	27
Gambar 2. Lima Bagian Pokok dari Organisasi.....	27
Gambar 3. Penyebab Masalah Gizi.....	35
Gambar 4. Peta Wilayah UPTD Puskesmas Baturusa.....	38
Gambar 5. Kerangka Teori.....	40
Gambar 6. Kerangka Konsep.....	40
Gambar 7. Struktur Organisasi Kampung KB.....	49

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
BPS	: Badan Pusat Statistik
BKB	: Bina Keluarga Balita
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah.
BKR	: Bina Keluarga Remaja
BKL	: Bina Keluarga Lansia
BLT	: Bantuan Layak Tunai
CSR	: Corporate Social Responsibility
DP2KBP3A	: Dinas Pengendalian penduduk Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
EPPGBM	: Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
HPK	: Hari Pertama Kelahiran
HITS	: Holistik, Intergratif, Tematik, dan Spatial
HANCI	: Hunger and Nutrition Commitment Index
ICDS	: Integrated Child Development Scheme
KEMENKES RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KEP	: Kurang Energi Protein
KPM	: Kader Pembangunan Manusia
KB	: Keluarga Berencana
Kampung KB	: Kampung Keluarga Berkualitas
KKBPK	: Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga
KUA	: Kantor Urusan Agama
Kadus	: Kepala Dusun
MCK	: Mandi Cuci Kakus
MPASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah
PKH	: Program Keluarga Harapan

PIBM	: Pendidikan Ibu Berbasis Masyarakat
Pokja	: Kelompok Kerja
PERDA	: Peraturan Daerah
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
PJB	: Pembangkitan Jawa-Bali
PLTU	: Pembangkit Listrik Tenaga Uap
PNPM	: Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
PPKBD	: Pembantu Pembina Keluarga Berencana Desa
PMBA	: Pemberian Makan Bayi dan Anak
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RKP	: Rencana Kerja Pemerintah
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RAN-PG	: Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
SDGs	: Sustainable Development Goals
SUN	: Scaling Up Nutrition
SDM	: Sumber Daya Masyarakat
SK	: Surat Keputusan
TP PKK	: Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga
TKPKD	: Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah
TTD	: Tablet Tambah Darah
TK	: Taman Kanak-Kanak
UPPKS	: Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Dinas
WFP	: World Food Programme
WHO	: World Health Organization

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil alamin, puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesis ini sebagai salah satu syarat untuk mencapai derajat S-2 pada Minat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada.

Penyusunan tesis ini tidak terlepas dari keterlibatan berbagai pihak yang telah memberikan semangat dan masukan yang sangat berarti bagi penulis. Ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat Bapak **Dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA** selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dengan penuh kesabaran membimbing dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan penulisan tesis ini.

Pada kesempatan ini, perkenankanlah penulis dengan segenap kerendahan hati menyampaikan rasa terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Rektor Universitas Gadjah Mada, Dekan Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis sebagai salah seorang peserta karya siswa pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) Universitas Gadjah Mada;
2. Dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA, selaku Ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, serta Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc.,Ph.D, selaku Ketua Minat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Universitas Gadjah Mada
3. Tim Penguji yang telah memberikan masukan, arahan dan dukungan kepada Penulis,
4. Kedua orang tua Penulis, Ayahanda H.Samiun Ali (Alm), Ibunda Hj. Assiu, Suami tercinta Ir. Yudi Radianto, S.Si, M.Eng, serta Ananda tersayang Ourkhan dan Othmar (O2) yang selalu memberikan dukungan, motivasi dan kasih sayang kepada Penulis.

5. Seluruh staf KMPK, Bu Henny, Bu Sary dan Pak Ranto yang senantiasa membantu memfasilitasi selama penulis menempuh pendidikan.
6. Teman-teman seperjuangan mahasiswa S2 KMPK angkatan 2020 yang telah memberikan saran dan dukungan yang sangat berarti bagi penulis.
7. Semua pihak yang turut membantu penulis dalam proses pengambilan data dan penulisan tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT selalu memberikan berkah dan karunia-Nya kepada kita semua dan semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Rabbal Alamin.

Pangkalpinang, 21 Juni 2022

Penulis

ABSTRACT

Background: Malnutrition is one of the causes of death in children under five years of age and become one of the most threatening factors for children's lives and health. In the 2019 Bangka Belitung Islands Province Health Office data in Bangka, based on the nutritional status of weight and height index, as many as 8,980 toddlers were measured, there were 0.84% wasting toddlers and in 2020 toddlers with malnutrition were 0.63% of the 28,062 toddlers that were measured. Data recorded in February 2021 showed that from the 27,501 children under five years old who were measured and weighed, there were 1.13% of children were underweight and 0.64% with malnutrition. The Community Health center (Puskesmas) has run nutrition improvement programs, including providing additional food, promoting health and health services, nutrition counseling, and being active in the Kampung KB (Family Planning) program which is one form of community empowerment and other cross-sectoral roles. **Objectives:** To find actors from both the Provincial/District/Village/Health Care Centre (Puskesmas) Governments as well as the community who care and are able to bring about change in health programs that aim to overcome the problem of malnutrition, to find daily activities in society that are considered to be obstacles in a healthy living culture, examine the role of community empowerment and health workers as well as the impact of empowerment toward the nutritional status of toddlers (children under five years old) in Air Anyir Village. **Methods:** Case study with a single case design type embedded (embedded). Data collection by in-depth interviews with twelve informants. Data analysis with data transcripts, presentation and draw the conclusions. **Results:** This study showed, there was the involvement of the Regional Head actor to the lowest level, namely the Village Government. Health cadres, family planning counselors, TP PKK and health workers that had implemented the program in coping the problem of undernourished toddlers in Air Anyir Village in the shade of Kampung KB(Family Program) well and had received support from all levels of society, although there were still habits in the community where mothers of toddlers who familiarized their children with snacks and community habits such as smoking in the house. In this study, it was confirmed that the role of community empowerment and the role of health workers in Kampung KB affected the nutritional status of the people in Air Anyir Village with the evidence in the nutrition data of Baturusa Health Center that there was a decrease in cases of undernourished toddlers in Air Anyir Village in 2020, there were six children under five with percentage 2.8% of malnutrition. In 2021 there were four malnourished children under five with a percentage of 1.8%. **Conclusion:** The empowerment program in Kampung KB was running well, however support from the District Government and multi-sectoral coordination need to be improved. In the implementation of empowering the role of the community and health workers, they have shown good cooperation and the activeness of cadres in facilitating posyandu (Integrated Services Post) in the society become a good strategy that has been implemented between communities and health workers.

Keywords: Malnutrition, Community Empowerment, Health Workers, Kampung KB (Family Planning Village Program).

ABSTRAK

Latar Belakang: Malnutrisi merupakan salah satu penyebab kematian pada anak usia dibawah 5 tahun dan menjadi salah satu faktor yang sangat mengancam kehidupan dan kesehatan anak. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung 2019 di Bangka berdasarkan status gizi indeks BB/TB sebanyak 8.980 balita yang diukur terdapat balita wasting 0,84% dan pada tahun 2020 balita dengan gizi kurang 0,63% dari 28.062 balita yang diukur, Data yang direkap npada bulan Februari tahun 2021 menunjukkan dari 27.501 balita yang diukur dan ditimbang terdapat 1,13% balita dengan berat badan kurang dan 0,64% balita dengan gizi kurang. Puskesmas sudah melakukan program perbaikan gizi antara lain pemberian makanan tambahan, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan, konseling gizi dan aktif dalam program Kampung KB yang merupakan salah satu wujud peran pemberdayaan masyarakat dan lintas sektor lainnya.

Tujuan: Menemukan aktor baik dari Pemerintah Provinsi/ Kabupaten/Desa/ Puskesmas maupun masyarakat yang peduli dan mampu membawa perubahan pada program kesehatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah malnutrisi, menemukan kegiatan dimasyarakat sehari-hari yang dianggap menghambat dalam budaya hidup sehat, mengkaji peran pemberdayaan masyarakat dan tenaga kesehatan serta dampak pemberdayaan terhadap status gizi balita di Desa Air Anyir.

Metode: Study kasus dengan tipe desain kasus tunggal terjalain (embeded). Pengumpulan data dengan wawancara mendalam kepada 12 informan. Analisa data dengan transkrip data, penyajian dan membuat kesimpulan.

Hasil: Penelitian ini menunjukkan adanya keterlibatan aktor Kepala Daerah sampai level paling bawah yaitu Pemerintah Desa. Kader kesehatan, penyuluh kb, TP PKK dan petugas kesehatan sudah melaksanakan program kegiatan dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang yang ada di Desa Air Anyir dalam wadah Kampung KB dengan baik dan mendapat dukungan segenap lapisan masyarakat, walaupun masih ditemukan kebiasaan di masyarakat dimana ibu balita yang membiasakan anaknya jajan dan kebiasaan masyarakat seperti merokok di dalam rumah. Dalam penelitian ini membenarkan bahwa peran pemberdayaan masyarakat dan peran petugas kesehatan di Kampung KB mempengaruhi status gizi masyarakat Desa Air Anyir dengan dibuktikannya pada data gizi Puskesmas Baturusa adanya penurunan kasus balita gizi kurang di Desa Air Anyir ditahun 2020 yaitu balita gizi kurang ada 6 anak dengan persentase 2,8%, di tahun 2021 balita gizi kurang ada 4 anak dengan persentase 1,8%.

Kesimpulan: Program pemberdayaan yang ada di Kampung KB berjalan dengan baik, namun dukungan dari Pemerintah Kabupaten dan koordinasi multi sektor perlu ditingkatkan Dalam pelaksanaan pemberdayaan peran masyarakat dan petugas kesehatan sudah menunjukan kerja sama yang baik dan keaktifan kader dalam memfasilitasi posyandu dimasyarakat menjadi sebuah strategis yang baik yang telah dijalankan antara masyarakat desa dengan petugas kesehatan.

Kata Kunci: Malnutrisi,, Pemberdayaan masyarakat, Tenaga kesehatan, Kampung KB.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Malnutrisi merupakan kondisi umum dimana terjadinya kekurangan asupan energi, protein atau zat gizi. Gizi buruk merupakan salah satu penyebab kematian pada anak usia dibawah 5 tahun dan menjadi salah satu faktor umum yang menyebabkan penurunan kesehatan dan mengancam kehidupan anak. Kesenjangan status gizi di berbagai provinsi di Indonesia masih menjadi fokus pemerintah hingga saat ini. Beban ganda malnutrisi terjadi diberbagai tingkat mulai dari individu, rumah tangga hingga populasi, (Helmyati et al 2019). Prevalensi *stunting* dibeberapa provinsi di Indonesia masih tergolong tinggi. Permasalahan *stunting* merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang menjadi perhatian dunia. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya target dalam Sustainable Development Goals (SDG's) tahun 2025 yaitu penurunan angka *stunting* hingga 40%(Lailia et al., 2021).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi *stunting* di Indonesia adalah 30,8%, dan angka *stunting* di Indonesia melebihi ambang batas 20% untuk *stunting* di dunia dan masuk dalam kategori yang cukup tinggi, (Trijuliana et al., 2020).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2019) data balita gizi kurang usia 0-59 bulan di Indonesia sebanyak 17,70%. Di Kepulauan Bangka Belitung data balita yang mengalami malnutrisi kian meningkat, pada tahun 2016 data balita gizi kurang usia 0-59 bulan sebanyak 13,24%, mengalami peningkatan pada tahun 2017 menjadi 16,70% dan tahun 2018 menjadi 17%.

Malnutrisi merupakan salah satu penyebab kematian anak, khususnya pada lima tahun pertama kehidupan. Kemiskinan menjadi penyebab utama malnutrisi, pendidikan yang rendah, bencana alam dan rendahnya akses ke pelayanan kesehatan. Kekurangan energi protein biasanya mulai termanifestasi pada usia 6 bulan sampai 2 tahun dan ini berhubungan dengan penyapihan dini, keterlambatan pengenalan pada makanan. pelengkap, asupan rendah protein, dan infeksi berat atau sering (Trisnawati & Sulistyowati, 2021).

Kabupaten Bangka merupakan bagian dari Provinsi Kepulauan Bangka Belitung yang merupakan bagian integral dari Negara Kesatuan Republik Indonesia. Kabupaten Bangka beribukota di Kecamatan Sungailiat dengan jumlah penduduk sebanyak 318.756 jiwa (2019), luas wilayah $\pm 2.950,68$ Km² yang mempunyai 8 kecamatan, 19 kelurahan dan 62 desa. Delapan Kecamatan tersebut meliputi Kecamatan Bakam, Belinyu, Mendo Barat, Merawang, Pemali, Puding Besar, Riau Silip, Sungailiat. Masyarakat Bangka adalah masyarakat dengan beragam kesibukan. Penyerapan tenaga kerja didominasi oleh terutama usaha pertanian, kehutanan, perikanan, usaha pertambangan dan penggalian. Kabupaten Bangka berdasarkan data estimasi TKPKD Kabupaten Bangka persentase penduduk miskinnya sebesar 5,38% atau 16.009 penduduk (Profil Kabupaten Bangka, 2019).

Penanganan masalah gizi ini juga dilakukan oleh Puskesmas, dimana Puskesmas berfungsi sebagai penggerak pembangunan kesehatan di masyarakat dengan jenis pelayanan tingkat dasar yang dilaksanakan Puskesmas yaitu salah satunya adalah perbaikan gizi (Kemenkes RI, 2012). Perbaikan gizi tingkat Puskesmas meliputi upaya gizi perorangan dan upaya gizi masyarakat. Kegiatan pelayanan gizi ini dilakukan melalui pelayanan gizi keluarga, posyandu, dasawisma dan pos pemulihan gizi/pelayanan gizi berbasis masyarakat (Kemenkes RI, 2014). Layanan gizi tersebut antara lain pemberian makanan tambahan (PMT), penyuluhan, pemeriksaan dan rujukan.

Berdasarkan Data Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung 2019 di Bangka berdasarkan status gizi indeks BB/TB sebanyak 8.980 balita yang diukur terdapat balita wasting 0,84% dan pada tahun 2020 balita dengan gizi kurang 0,63% dari 28.062 balita yang diukur, Data yang direkap pada bulan Februari tahun 2021 menunjukkan dari 27.501 balita yang diukur dan ditimbang terdapat 1,13% balita dengan berat badan kurang dan 0,64% balita dengan gizi kurang.

Pencegahan masalah gizi perlu dilakukan upaya yang bersifat holistik dan saling terintegrasi. Upaya pemerintah dalam penanganan masalah gizi juga sudah dilakukan melalui Perpres no. 42/2013 yaitu menetapkan gerakan nasional 1000 hari pertama kehidupan (HPK) dalam upaya meningkatkan status gizi balita diikuti oleh pengembangan program termasuk anggaran (Aryastami & Tarigan, 2017).

Upaya meningkatkan status gizi masyarakat menjadi salah satu program prioritas pembangunan kesehatan nasional. Pemerintah Indonesia juga telah menetapkan percepatan pencegahan stunting sebagai salah satu strategi nasional 2018-2024, dalam stranas ini terdapat 5 pilar pencegahan masalah malnutrisi yaitu komitmen dan visi kepemimpinan, kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku, konvergensi koordinasi dan konsolidasi program pusat, daerah dan desa, ketahanan pangan dan gizi, pemantauan dan evaluasi, dengan ditentukan 3 skala prioritas yaitu sasaran, intervensi dan kabupaten/kota prioritas (Satriawan, 2018).

Dalam mengatasi masalah malnutrisi khususnya masalah balita gizi kurang/kurus, Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka dan Puskesmas sudah melakukan program perbaikan gizi antara lain pemberian makanan tambahan, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan, dimana pembiayaan program gizi tersebut bersumber dari anggaran pusat, anggaran daerah dan swadaya masyarakat.

Puskesmas Baturusa telah melaksanakan kegiatan perbaikan gizi pada balita dengan gizi kurang berupa pemberian makanan tambahan, konseling gizi dan di salah satu wilayah kerja Puskesmas yaitu Desa Air Anyir dibentuklah Kampung Keluarga Berkualitas (Kampung KB) yang merupakan salah satu wujud peran pemberdayaan masyarakat dengan dukungan dari tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas serta lintas sektor lainnya yang dibentuk pada tanggal 12 Juli 2018, dimana dalam komunitas tersebut adanya partisipasi masyarakat setempat, petugas kesehatan dan keterlibatan berbagai Organisasi Perangkat Daerah (OPD). Hal ini menunjukkan salah satu wujud kerjasama multisektoral Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Pengendalian Penduduk Keluarga Berencana Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Dp2kbp3a), Dinas sosial, Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang Kota. Di dalam Kampung KB tersebut ada beberapa kegiatan yang menunjukkan kepedulian masyarakat dalam menanggulangi masalah balita dengan gizi kurang, Adapun kegiatan tersebut antara lain kegiatan posyandu, pendampingan keluarga, penyuluhan kesehatan, bina keluarga balita, program keluarga harapan, musyawarah desa, pendataan SDGs Desa, Pembinaan kader BKB oleh BKKBN provinsi Kepulauan Bangka Belitung, *screening* kesehatan dan pemberian obat cacing bagi anak TK, dan kegiatan lainnya. Dalam hal ini

pemerintah perlu mengembangkan inovasi seperti pemberdayaan masyarakat dan meningkatkan peran tenaga kesehatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Olsa et al., (2017) menyatakan bahwa pemberdayaan masyarakat merupakan inovatif yang tepat dalam menanggulangi *stunting*. Dalam proses pemberdayaan diberikan pendampingan pada masyarakat sehingga masyarakat mampu memberdayakan potensi yang ada.

Pemberdayaan yang dilakukan oleh Widiyanti et al., (2021) menunjukkan ada pengaruh yang signifikan terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku pemberian makan bayi dan anak di masyarakat, pemberdayaan masyarakat merupakan potensi besar dalam menanggulangi malnutrisi dengan memberikan pelatihan dan pendampingan pemberian makanan bayi dan anak.

Dari beberapa hal yang penulis kemukakan diatas, menunjukkan bahwa upaya menanggulangi masalah balita dengan gizi kurang dapat berjalan dengan baik apabila adanya pemberdayaan masyarakat, dukungan dari petugas kesehatan dan dukungan dari pemerintah daerah/desa. Sehingga peneliti tertarik untuk mengeksplorasi bagaimana peran pemberdayaan masyarakat dan petugas kesehatan dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian study kasus tentang bagaimanakah “Peran Pemberdayaan Masyarakat dan Tenaga Kesehatan Dalam Menanggulangi Malnutrisi khususnya balita gizi kurang Di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.”

B. Rumusan Masalah

Bagaimana peran pemberdayaan masyarakat dan tenaga kesehatan dalam menanggulangi masalah malnutrisi khususnya balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menemukan aktor baik dari pemerintah provinsi/kabupaten/desa, Puskesmas maupun masyarakat yang peduli dan mampu

membawa perubahan pada program kesehatan yang bertujuan untuk menanggulangi masalah balita gizi kurang.

2. Tujuan Khusus

- a. Menemukan kebiasaan masyarakat sehari-hari yang dianggap dapat menghambat dalam budaya hidup sehat.
- b. Untuk mengkaji status gizi balita di Desa Air Anyir dan perkecamatan di Kabupaten Bangka.
- c. Untuk mengetahui bagaimana kepedulian masyarakat terhadap masalah balita kurang gizi di Desa Air Anyir
- d. Mengetahui bagaimana strategi Puskesmas untuk mengelola masalah balita gizi kurang dan dampak peran pemberdayaan masyarakat tersebut dalam menanggulangi malnutrisi di Desa Air Anyir

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi bagi penelitian lain untuk melakukan penelitian lebih lanjut.

2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan memberikan perubahan pada program kesehatan baik yang ada di tingkat provinsi/kota/kabupaten/desa dan informasi yang disampaikan dapat dijadikan sebagai masukan sehingga kebijakan yang diambil tepat pada sasaran dan sesuai dengan kebutuhan dalam menanggulangi masalah gizi kurang pada balita.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan edukasi serta referensi bagi masyarakat dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

Judul	Desain Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan
Peran Pendampingan Dalam Program Pemberdayaan Masyarakat (Studi Pada Program Pendampingan Keluarga Balita Gizi Buruk di Kecamatan Semampir Kota Surabaya) (Siswanti et al., 2016)	Kualitatif dengan desain studi kasus	Praktek Sosial yang dilakukan oleh pendamping sebagai bagian dari struktur sudah mulai merubah pola pengasuhan ibu pada balitanya meskipun secara perlahan-lahan. Namun memang ada beberapa keluarga dampingan yang belum bisa merubah pola pengasuhan anak karena memang butuh waktu untuk bisa merubah perilaku seseorang. Fungsi pendamping dalam memberdayakan keluarga balita gizi buruk ini yang paling bisa dirasakan manfaatnya oleh keluarga dampingan adalah fungsi penguatan.	Topik pemberdayaan masyarakat	Metode penelitian yang digunakan, dan variabel independent dalam penelitian
Implementasi Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I(Susanti et al., 2017)	Kualitatif	Terpenuhinya kualitas gizi keluarga sangat terkait dengan pengetahuan dan kemampuan ibu mengenai pentingnya asupan gizi. Karena itulah, program peningkatan pencegahan gizi buruk hendaknya difokuskan pada ibu-ibu, khususnya yang tinggal di desa- desa miskin. Program ini semakin penting, mengingat selama ini dalam penanganan gizi buruk fokus perhatian lebih banyak ditujukan hanya pada balita. Untuk itu, di tataran praktis, pemberdayaan kelompok-kelompok perempuan harus dihidupkan lagi hingga ke pelosok daerah. Kelompok-	Desain study kasus	a. Lokasi penelitian b. Variabel pemberdayaan

		kelompok perempuan seperti posyandu dan dasawisma di masa lalu telah menunjukkan kinerja yang efektif dalam penemuan dan penanganan serta pencegahan masalah-masalah kesehatan anak dan ibu, hingga pelosok daerah. Pemberdayaan/revitalisasi kelompok-kelompok perempuan seperti posyandu dan dasawisma menjadi suatu langkah yang paling mungkin untuk dilakukan. Oleh karena itu kenyataan bahwa posyandu dan dasawisma selama ini dihidupkan oleh tenaga-tenaga sukarelawan harus mendapat dukungan kelembagaan dari pemerintah, untuk memotivasi tetap aktifnya layanan-layanan posyandu dan dinamika dasawisma di daerah-daerah.		
Peran Individu, Rumah Tangga Dan Pelayanan Kesehatan Dasar Terhadap Status Gizi Buruk Pada Balita Di Indonesia(Setyawati et al., 2015)	Cross sectional	Hasil analisis diperoleh bahwa tingkat rumah tangga berperan paling besar (42,5%), diikuti peran tingkat individu (41,8%) dan pelayanan kesehatan tingkat kecamatan (15,7%). Pada tingkat individu yang berperan pada gizi buruk adalah konsumsi energi-protein kurang dari kecukupan (OR: 1,58), Imunisasi tidak lengkap (OR: 1,47) dan penimbangan tidak rutin (OR: 1,37). Balita di rumah tangga dengan kondisi: ibu tidak tamat SMP, mempunyai anak ≥ 3 orang, dan penanganan sampah kurang baik berisiko 5,36	Variabel malnutrisi	a. Desain b. Lokasi c. Jumlah d. Variabel

		<p>kali mengalami gizi buruk. Di tingkat Puskesmas kecamatan, variabel yang berperan adalah pembuatan laporan yang kurang baik. Balita yang tinggal di kecamatan berisiko, berpeluang 2,5 kali mengalami gizi buruk. Dapat disimpulkan bahwa status gizi buruk pada balita di Indonesia ditentukan oleh faktor kontekstual, selain faktor komposisional.</p>		
<p>Pengaruh Pemberdayaan Pmba Terhadap Kesadaran Kritis Keluarga Balita Stunting Di Kabupaten Lombok Tengah (Widiyanty, 2021)</p>	<p>Quasy Eksperimen</p>	<p>hasil analisis menggunakan paired t test menunjukan ada perbedaan nilai mean antara tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan praktik PMBA setelah diberikan intervensi, dan didapatkan nilai p value pengetahuan $0,000 < \alpha = 0,05$, sikap $0,000 < \alpha = 0,05$, tindakan $0,000 < \alpha = 0,05$, dan praktik PMBA $0,000 < \alpha = 0,05$. Ada pengaruh pemberdayaan dalam pemberian makanan balita dan anak (PMBA)</p>	<p>Variabel pemberdayaan perempuan</p>	<p>a. Desain penelitian b. Lokasi penelitian c. Jumlah sampel d. Sasaran populasi e. Variabel tenaga kesehatan</p>
<p>Malnutrition mitigation and community empowerment through the sustainable food reserve programme in Indonesia(Wijaya et al., 2020)</p>	<p>Kualitatif</p>	<p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa program ini berhasil dalam memitigasi masyarakat yang rentan gizi buruk dan dapat memberdayakan masyarakat dalam meningkatkan kehidupan mereka. Meskipun ada beberapa kendala, program ini mampu meningkatkan dan merubah pola konsumsi makanan bergizi yang seimbang, dan meningkatkan pemodalan yang menunjang mata pencahariannya.</p>	<p>a. Variabel malnutrisi b. Desain kualitatif</p>	<p>a. sampel penelitian b. lokasi penelitian</p>

Prevention of Malnutrition among children under 5 years old in Iran: A Policy Analysis (Mohseni et al, 2019)	Kualitatif	Faktor yang mempengaruhi kebijakan di Iran termasuk status indikator serta faktor ekonomi, sosial, struktural-hukum, kebijakan internasional. kebijakan yang paling penting dan program yang dilaksanakan, adalah: pemantauan pertumbuhan, rehidrasi oral, ASI, imunisasi, pendidikan bagi wanita, jarak kelahiran keluarga, suplementasi makanan, nutrisi untuk anak di bawah lima tahun, dan pengendalian kekurangan gizi. Saat ini dibutuhkan program nasional dan dokumen yang komprehensif di bidang gizi pada anak di bawah 5 tahun, yang membutuhkan penguatan proses politik. Peserta dan pemangku kepentingan dalam kebijakan terkait gizi untuk anak di bawah usia lima tahun dibagi menjadi empat kategori pemerintah, semi-pemerintah, non-pemerintah,	a. Variabel malnutrisi b. Desain penelitian	1. sampel penelitian 2. lokasi penelitian
--	------------	--	--	--

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*) adalah interaksi sinergis antara pemberdayaan individu, pemberdayaan organisasi, dan aksi sosial dan politik yang lebih luas (Laverack, 2007). Sementara itu, menurut (Lindacher et al., 2017) pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu pendekatan promosi kesehatan menurut WHO. Sedangkan menurut Labonte dan Laverack (2008), pemberdayaan masyarakat adalah proses bekerjasama di tengah masyarakat untuk menjadi lebih berdaya yang mempengaruhi kualitas hidup.

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya sinergis dalam memampukan individu maupun organisasi agar lebih berdaya. Sementara dalam konteks kesehatan, pemberdayaan masyarakat adalah salah satu strategi untuk mempromosikan kesehatan masyarakat (Labonte & Laverack, 2008).

Suatu proses pemberdayaan masyarakat yang baik dapat dianggap sebagai suatu kontinum yang mewakili bentuk aksi sosial dan kolektif serta dapat semakin terorganisir dan luas. Pengkompilasian *Community empowerment* (pemberdayaan masyarakat) menurut Labonte (2008) terdiri atas lima poin, yaitu: tindakan pribadi, pengembangan kelompok kecil bersama, organisasi komunitas, kemitraan, dan tindakan sosial dan politik (Rahmadhani, 2019).

2. Teori Pemberdayaan Masyarakat

Menurut Laverack (2007) Labonte dan Laverack (2008), pemberdayaan masyarakat sebagai proses kompleks yang memiliki sembilan domain yang mempengaruhi proses pemberdayaan yang dilakukan. Domain partisipasi komunitas (*community participation*); partisipasi individu dalam grup atau organisasi serta kaitannya dengan gerakan yang lebih luas. Kumpulan individu yang tergabung dalam sebuah komunitas pemberdayaan akan memudahkan berlangsungnya proses pemberdayaan (Labonte & Laverack, 2008).

Domain kapasitas penilaian masalah (*problem assessment capacities*); kapasitas masyarakat dalam melakukan identifikasi masalah, mencari solusi dari

masalah, dan melakukan aksi untuk menyelesaikan masalah (Labonte & Laverack, 2008).

Domain kepemimpinan lokal (*local leadership*); kepemimpinan yang ada di tengah masyarakat dan dapat mendorong partisipasi masyarakat dalam proses pemberdayaan. Komponen kepemimpinan dan partisipasi adalah saling berkaitan dan mendukung satu sama lain (Labonte & Laverack, 2008).

Domain struktur organisasi (*organizational structures*); pengorganisasian masyarakat yang terlibat secara teratur dan memiliki peran serta fungsi masing-masing. Maka hal ini dapat memudahkan masyarakat dalam mencapai tujuan pemberdayaan serta menghadapi masalah di tengah proses pemberdayaan.

Domain mobilisasi sumber daya (*resource mobilization*); memobilisasi sumber daya yang terdapat di masyarakat. Selain itu, distribusi sumber daya dengan tepat akan mendukung kelancaran dalam proses pemberdayaan (Labonte & Laverack, 2008).

Domain jejaring (*link to others*); hubungan dengan pihak di luar proses pemberdayaan baik dengan orang maupun organisasi seperti mitra, koalisi, atau aliansi relawan. Pihak luar ini diharapkan dapat mendukung masyarakat untuk mencapai tujuan pemberdayaan (Labonte & Laverack, 2008).

Domain kesadaran kritis (*ability to 'ask why'*); kesadaran kritis berkaitan dengan gap atau kesenjangan yang ditemui di tengah masyarakat. Di samping itu, juga kesadaran untuk menggali penyebab atau sumber terjadinya kesenjangan tersebut.

Domain manajemen program (*programme management*); pengelolaan program dimulai dari perencanaan, implementasi, evaluasi, keuangan, pelaporan, dan resolusi konflik dalam proses pemberdayaan. Manajemen ini diharapkan dapat dilakukan secara mandiri oleh masyarakat dan terlepas dari agen pemberdayaan.

Domain hubungan dengan agen (*relationship with outside agent*); peran dan keterlibatan agen sebagai community worker di tengah masyarakat. Diharapkan agen dapat memfasilitasi perubahan di masyarakat berdasarkan keputusan yang diambil masyarakat (Laverack, 2007).

3. Program Pemberdayaan Masyarakat

Beberapa program pemberdayaan yang pernah dilakukan berkaitan dengan penanganan *stunting* atau masalah gizi lain dengan fokus domain keluarga balita, antara lain:

- 1). Pemberdayaan masyarakat dalam penanganan balita *stunting* dengan memanfaatkan pangan lokal seperti kerang dan kelor. Ibu-ibu PKK sebagai penggerak dan diharapkan masyarakat dapat mempraktikkan secara mandiri di rumah masing-masing (Solang et al., 2019).
- 2). Pemberdayaan masyarakat dalam pengasuhan ibu balita dengan gizi buruk. Terdapat pendamping yang berperan untuk mendampingi ibu dalam memperbaiki pola asuhnya (Siswanti et al., 2016).
- 3). Pemberdayaan masyarakat dalam penanganan *stunting* dengan edukasi kepada orang tua berkaitan dengan pemberian gizi anak. Kader bina keluarga balita memiliki tugas untuk memberikan informasi kepada para orang tua berkaitan dengan gizi dan pengasuhan bagi balita *stunting*.
- 4). Malnutrisi dan pemberdayaan perempuan dalam menangani malnutrisi, di tatanan praktis pemberdayaan kelompok-kelompok perempuan harus dihidupkan lagi hingga ke pelosok daerah. Kelompok-kelompok perempuan seperti posyandu dan dasawisma di masa lalu telah menunjukkan kinerja yang efektif dalam penemuan dan penanganan serta pencegahan masalah-masalah kesehatan anak dan ibu, hingga pelosok daerah. (Prastyanti & Sugiarto, 2011).
- 5). Pemberdayaan ibu balita *stunting* merupakan pemberdayaan perempuan yang dilakukan dalam menanggulangi masalah malnutrisi di kecamatan Jonggat Kabupaten Lombok Tengah, hasil penelitian ini menunjukan ada pengaruh pemberdayaan terhadap peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku ibu balita *stunting* dalam memberikan kebutuhan nutrisi pada anaknya (Widiyanti et al., 2021)
- 6). Pendidikan berbasis masyarakat merupakan metode yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan kesehatan masyarakat. Pendidikan kemasyarakatan dapat digunakan sebagai alat untuk

menghilangkan ketidakadilan dan ketidakmerataan kesehatan dan untuk mengadvokasi secara efektif dalam kehidupan masyarakat (Wiggins, 2011).

- 7). Strategi dalam pemberdayaan masyarakat merupakan program yang bagus dalam menanggulangi *stunting*, karena dengan strategi ini kita bisa meningkatkan pengetahuan masyarakat, meningkatkan potensi dan memanfaatkan secara maksimal peluang yang ada, dengan ini pada pelaksanaannya pemerintah dapat mengoptimalkan anggaran namun mendapatkan hasil yang maksimal (Hamdie et al., 2020)
- 8). Peran dinamis pemberdayaan ibu dalam mengurangi malnutrisi di kalangan anak-anak; Bukti dari Afrika Sub-Sahara. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberdayaan ibu ditemukan menjadi prediktor yang signifikan secara statistik dalam mengurangi kejadian malnutrisi. Pendidikan ibu, indeks massa tubuh, dan usia pada kelahiran pertama terbukti menjadi prediktor kuat untuk mengurangi kejadian malnutrisi, ini semua erat kaitannya dengan perempuan (Soharwardi & Ahmad, 2020).
- 9). Pemberdayaan kader posyandu melalui penerapan metode koseling gizi dan komunikasi efektif pada kader posyandu Kelurahan Pademangan Barat Jakarta Utara(Dinihari et al., 2019).
- 10) Peran pendampingan dalam program pemberdayaan masyarakat (studi pada program pendampingan keluarga balita gizi buruk di Kecamatan Semampir Kota Surabaya)(Siswanti et al., 2016)
- 11).Pemberdayaan ibu sebagai upaya deteksi dini kekurangan gizi balita di Puskesmas Sumbang Kabupaten Banyumas (Erna Kusumawati et al., 2015).
- 12).Pemberdayaan ibu rumah tangga melalui pemanfaatan lahan pekarangan di Desa Midang Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat (Maryati et al., 2020).
- 13) Pengetahuan pemberdayaan kesejahteraan keluarga (PKK) Dengan perannya dalam pencegahan *stunting*.

14) Rumah gizi ‘Aisyiyah; komunikasi kesehatan dengan pendekatan agama-budaya(Nur R et al., 2020).

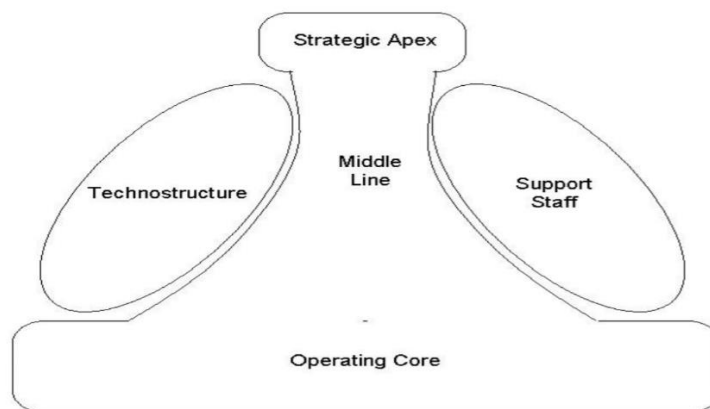
Bentuk framework pelaksanaan program gizi dengan melibatkan multisektoral sebagai berikut:



Gambar 1. Framwork implementasi program terintegrasi

4. Konsep Dasar Mendesain Organisasi

Ketika akan menjalankan suatu organisasi, ada hal yang perlu diperhatikan yaitu tugas dan fungsi apa yang dibutuhkan dan harus dijalankan dalam organisasi tersebut. Tugas dan fungsi organisasi secara umum dapat digolongkan menjadi lima bagian, yaitu *strategic apec*, *middle line*, *operating core*, *technostructure* dan *support staff*. (Mintzberg, 1996);



Gambar Lima bagian pokok dari organisasi

1) *Strategic Apec*

Strategic apec adalah pimpinan tertinggi dari suatu organisasi, sering disebut *top management* dan bertanggungjawab terhadap organisasi secara keseluruhan.

2) *Middle line*

Middle line merupakan penghubung antara *strategic apec* dengan *operating core*. Keberadaan dari *middle line* sebagai perpanjangan tangan dari *strategic apec*, dimana *middle line* ini menyalurkan informasi dari atas kebawah atau sebaliknya.

3) *Technostructure*

Technostructure adalah bagian dari organisasi yang berperan sebagai analis beserta stafnya, yang dalam pekerjaannya akan mempengaruhi pekerjaan bagian lain dalam organisasi. Mereka merupakan orang-orang yang merancang, merencanakan, dan melatih *operating core* melalui standarisasi baik proses, output maupun dari segi *skill*.

4) *Operating core*

Operating core melakukan tugas pokok secara langsung dari suatu organisasi, dalam hal ini *Operating Core* memberikan layanan secara langsung kepada klien yang membutuhkan.

5) *Support staff*

Support staff merupakan bagian dari organisasi yang lebih mandiri jika dibandingkan dengan bagian lainnya. Mereka berfungsi sebagai pendukung yang tidak langsung berpengaruh terhadap kehidupan suatu organisasi

5. Peran Tenaga Kesehatan

a. Pengertian

Peran adalah perilaku individu yang diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki. Peran yaitu suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi (Sarwono, 2012). Peran merupakan suatu kegiatan yang bermanfaat untuk mempelajari

interaksi antara individu sebagai pelaku (*actors*) yang menjalankan berbagai macam peranan di dalam hidupnya, seperti dokter, perawat, bidan atau petugas kesehatan lain yang mempunyai kewajiban untuk menjalankan tugas atau kegiatan yang sesuai dengan peranannya masing-masing (Muzaham, 2007).

Tenaga kesehatan berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia tentang kesehatan no 36 tahun 2014 merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan juga memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Tenaga kesehatan memiliki beberapa petugas yang dalam kerjanya saling berkaitan yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan ketenagaan medis lainnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati (2008) perilaku tenaga kesehatan mempengaruhi kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi tablet Fe. Kepatuhan ibu hamil dapat lebih ditingkatkan lagi apabila petugas kesehatan mampu memberikan penyuluhan, khususnya mengenai manfaat tablet besi dan kesehatan ibu selama kehamilan. Penelitian lainnya dilakukan oleh Susanti (2002), dengan hasil terdapat hubungan bermakna antara faktor pelayanan petugas kesehatan (seperti pemeriksaan kasus anemia, konseling dan pemberian tablet Fe) dengan kepatuhan konsumsi tablet Fe. Selain memberikan penyuluhan tenaga kesehatan juga memiliki berbagai macam peranan penting lainnya di dalam proses meningkatkan derajat kesehatan.

b. Macam-macam peran tenaga Kesehatan

Menurut Potter dan Perry (2007) macam-macam peran tenaga kesehatan dibagi menjadi beberapa, yaitu :

1. Sebagai komunikator

Sebagai seorang komunikator, tenaga kesehatan seharusnya memberikan informasi secara jelas kepada pasien. Pemberian informasi sangat diperlukan

karena komunikasi bermanfaat untuk memperbaiki kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat yang salah terhadap kesehatan dan penyakit. Komunikasi dikatakan efektif jika dari tenaga kesehatan mampu memberikan informasi secara jelas kepada pasien, sehingga dalam penanganan anemia selama kehamilan diharapkan tenaga kesehatan bersikap ramah dan sopan pada setiap kunjungan ibu hamil (Notoatmodjo, 2007).

2. Sebagai motivator

Peran tenaga kesehatan sebagai motivator tidak kalah penting dari peran lainnya. Seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan, dan bimbingan dalam meningkatkan kesadaran pihak yang dimotivasi agar tumbuh ke arah pencapaian tujuan yang diinginkan (Mubarak, 2012). Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya sebagai motivator memiliki ciri-ciri yang perlu diketahui, yaitu melakukan pendampingan, menyadarkan, dan mendorong kelompok untuk mengenali masalah yang dihadapi, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah tersebut (Novita, 2011).

Tenaga kesehatan sudah seharusnya memberikan dorongan kepada ibu hamil untuk patuh dalam mengkonsumsi tablet besi dan menanyakan apakah ibu hamil sudah mengkonsumsi tablet besi sesuai dengan aturan yang diberikan. Tenaga kesehatan juga harus mendengarkan keluhan yang disampaikan ibu hamil dengan penuh minat, dan yang perlu diingat adalah semua ibu hamil memerlukan dukungan moril selama kehamilannya sehingga dorongan juga sangat diperlukan dalam rangka meningkatkan tumbuhnya motivasi (Notoatmodjo, 2007).

3. Sebagai fasilitator

Peran sebagai seorang fasilitator dalam pemberian tablet Fe kepada ibu hamil juga harus dimiliki oleh setiap tenaga kesehatan pada setiap kunjungan ke

pusat kesehatan. Fasilitator harus terampil mengintegritaskan tiga hal penting yakni optimalisasi fasilitasi, waktu yang disediakan, dan optimalisasi partisipasi, sehingga pada saat menjelang batas waktu yang sudah ditetapkan ibu hamil harus diberi kesempatan agar siap melanjutkan program konsumsi tablet Fe secara mandiri (Novita, 2011).

Tenaga kesehatan harus mampu menjadi seorang pendamping dalam suatu forum dan memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya mengenai penjelasan yang kurang dimengerti. Menjadi seorang fasilitator tidak hanya di waktu pertemuan atau proses penyuluhan saja, tetapi seorang tenaga kesehatan juga harus mampu menjadi seorang fasilitator secara khusus, seperti menyediakan waktu dan tempat ketika pasien ingin bertanya secara lebih mendalam dan tertutup (Sardiman, 2007)

4. Sebagai konselor

Seorang konselor yang baik harus memiliki sifat peduli dan mau mengajarkan melalui pengalaman, mampu menerima orang lain, mau mendengarkan dengan sabar, optimis, terbuka terhadap pandangan interaksi yang berbeda, tidak menghakimi, dapat menyimpan rahasia, mendorong pengambilan keputusan, memberi dukungan, membentuk dukungan atas dasar kepercayaan, mampu berkomunikasi, mengerti perasaan dan kekhawatiran klien, serta mengerti keterbatasan yang dimiliki oleh klien (Simatupang, 2008).

Konseling yang dilakukan antara tenaga kesehatan dan ibu hamil memiliki beberapa unsur. Menurut Depkes RI (2008) proses dari konseling terdiri dari empat unsur kegiatan yaitu pembinaan hubungan baik antara tenaga kesehatan dengan ibu hamil, penggalan informasi (identifikasi masalah, kebutuhan,

perasaan, kekuatan diri, dan sebagainya) dan pemberian informasi mengenai tablet Fe sesuai kebutuhan, pengambilan keputusan mengenai konsumsi tablet Fe, pemecahan masalah yang mungkin nantinya akan dialami, serta perencanaan dalam menindaklanjuti pertemuan yang telah dilakukan sebelumnya.

c. **Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi**

Upaya penurunan *stunting* dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung. Selain mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan, keterlibatan pemerintah dan lintas sektor, serta kapasitas untuk melaksanakan. Penurunan *stunting* memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung. Kerangka konseptual Intervensi penurunan *stunting* terintegrasi (Bappenas, 2018).

Target indikator utama dalam intervensi penurunan *stunting* terintegrasi adalah:

- 1) Prevalensi *stunting* pada anak baduta dan balita
- 2) Persentase bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
- 3) Prevalensi kekurangan gizi (*underweight*) pada anak balita
- 4) Prevalensi *wasting* (kurus) anak balita.

Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif ;

- 1) Prevalensi anemia pada ibu hamil dan remaja putri
- 2) Prevalensi kecacangan pada anak balita
- 3) Prevalensi diare pada anak baduta dan balita

Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya *stunting* seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Intervensi spesifik ini umumnya diberikan oleh sektor kesehatan. Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik sebagai berikut :

- 1) Intervensi prioritas yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas.
- 2) Intervensi pendukung yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait *stunting* dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan
- 3) Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk untuk kondisi darurat bencana (program gizi darurat).

Sedangkan intervensi gizi sensitif mencakup beberapa hal-hal sebagai berikut diantaranya yaitu :

- 1) Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi
- 2) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan
- 3) Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak
- 4) Peningkatan akses pangan bergizi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar kementerian kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat dan dilakukan melalui berbagai program dan kegiatan (Bappenas, 2018).

Pelaksanaan intervensi penanganan masalah gizi yang terintegrasi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan holistik, intergratif, tematik, dan spatial (HITS). Upaya penurunan masalah gizi akan lebih efektif apabila intervensi gizi spesifik dan sensitif dilakukan secara terintegrasi atau terpadu. Beberapa penelitian baik dari dalam maupun luar negeri telah menunjukkan bahwa keberhasilan pendekatan terintegrasi yang dilakukan pada sasaran prioritas di lokasi fokus untuk mencegah dan menurunkan *stunting*. Oleh karenanya, pelaksanaan intervensi akan difokuskan pada area kabupaten/kota dan/atau desa tertentu. Pada tahun 2017, delapan kabupaten/ kota dijadikan sebagai lokasi percontohan.

Selanjutnya, pada tahun 2018, sebanyak 100 kabupaten/kota dan 1.000 desa dijadikan area fokus pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi. Pada tahun 2019, intervensi penurunan *stunting* terintegrasi direncanakan untuk

dilaksanakan di 160 kabupaten/kota dan pada tahun 2020-2024 akan diperluas secara bertahap sampai mencakup seluruh kabupaten/kota. Penetapan lokasi ini akan dilakukan secara tahunan sesuai dengan yang ditetapkan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP).

Standar antropometri penilaian status gizi, kategori dan ambang batas gizi anak sebagai berikut:

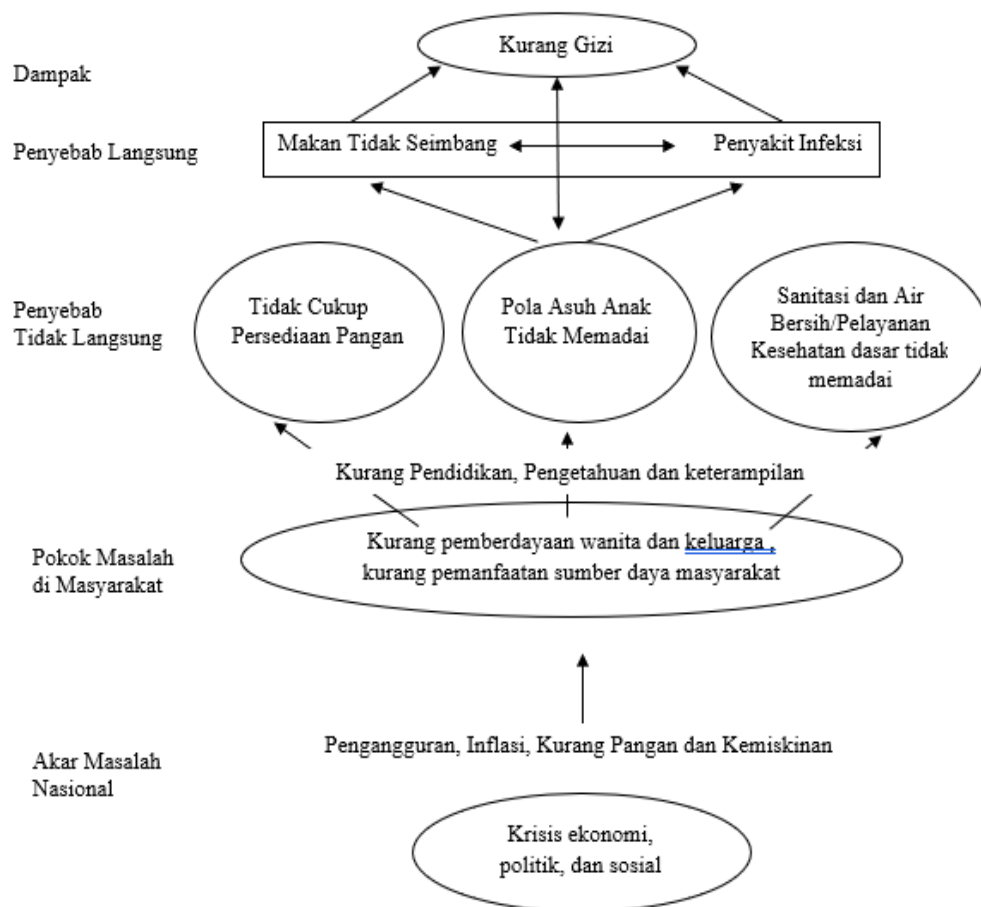
Tabel 2. Kategori dan ambang batas status gizi anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak umur 0-60 bulan	Berat badan sangat kurang (severely underweight)	<-3 SD
	Berat badan kurang (underweight)	-3 SD sd <-2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut umur (PB/U atau TB/U) anak usis 0-60 bulan	Sangat pendek (severely stunted)	<-3 SD
	Pendek (stunted)	-3 SD sd <-2SD
	Normal	-2 SD sd + 3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat badan menurut Panjang badan atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0-60 bulan	Gizi buruk (severely wasted)	<-3 SD
	Gizi kurang (wasted)	-3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd + 1 SD
	Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (overweight)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (obese)	> + 3 SD
Indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) anak usia 0-60 bulan	Gizi buruk (severely wasted)	<-3 SD
	Gizi kurang (wasted)	-3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight)	> +1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (overweight)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (obese)	> + 3 SD

Indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) anak usis 5-18 tahun	Gizi buruk (severely thinness)	<-3 SD
	Gizi kurang (thinness)	-3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (overweight)	+1 SD sd +2 SD
	Obesitas (obese)	> + 2 SD

Sumber: Depkes RI tahun 2020

Unicef juga telah membuat kerangka penyebab masalah gizi sebagai berikut:



Gambar 3. Penyebab Masalah Gizi

d. Penelitian Peran Tenaga Kesehatan

- 1) Pengaruh program pendamping gizi terhadap pola asuh makan dan status gizi balita (Hidayati et al., 2018), pada penelitian ini menunjukkan hasil uji regresi logistik diperoleh besarnya nilai Exp (B) pada analisis regresi logistik pola asuh makan memiliki nilai 85,008 yang berarti bahwa pola asuh makan memiliki peluang 85,008 kali untuk berubah. Sedangkan variabel status gizi memiliki nilai Exp (B) sebesar 3,663, dari hasil tersebut

dapat dijelaskan bahwa status gizi memiliki peluang meningkat 3,663 kali setelah diberikan pendampingan oleh tenaga kesehatan.

- 2) Peran individu, rumah tangga dan pelayanan kesehatan dasar terhadap status gizi buruk pada balita di Indonesia (Setyawati et al., 2015), hasil analisis diperoleh bahwa tingkat rumah tangga berperan paling besar (42,5%), diikuti peran tingkat individu (41,8%) dan pelayanan kesehatan tingkat kecamatan (15,7%). Pada tingkat individu yang berperan pada gizi buruk adalah konsumsi energi-protein kurang dari kecukupan (OR: 1,58), Imunisasi tidak lengkap (OR: 1,47) dan penimbangan tidak rutin (OR: 1,37). Balita di rumah tangga dengan kondisi; ibu tidak tamat SMP, mempunyai anak ≥ 3 orang, dan penanganan sampah kurang baik berisiko 5,36 kali mengalami gizi buruk. Di tingkat Puskesmas kecamatan, variabel yang berperan adalah pembuatan laporan yang kurang baik. Balita yang tinggal di kecamatan berisiko, berpeluang 2,5 kali mengalami gizi buruk. Dapat disimpulkan bahwa status gizi buruk pada balita di Indonesia ditentukan oleh faktor kontekstual, selain faktor komposisional.
- 3) Implementasi penatalaksanaan kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Utara, (Susanti, et.al 2017). Berdasarkan hasil observasi peran tenaga kesehatan, didapatkan hasil kurang baik, karena petugas kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat. 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, penjangkaran 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). Mendefinisikan tenaga kerja kesehatan masyarakat dan menentukan persyaratan kinerjanya menghadirkan tantangan yang sama ketika bangsa mengantisipasi kebutuhan kesehatan masyarakat untuk abad kedua puluh satu. Kelompok inti profesional yang dipekerjakan oleh lembaga kesehatan masyarakat pemerintah bekerja dalam kemitraan erat dengan berbagai organisasi publik, swasta, dan sukarela. Lingkaran yang lebih luas mencakup hampir semua dokter, dokter gigi, dan perawat, ditambah banyak profesional kesehatan, lingkungan, dan keselamatan publik lainnya. Tugas untuk memastikan bahwa tenaga kerja ini dipersiapkan dengan keterampilan dan pengetahuan untuk menghadapi tantangan kesehatan masyarakat yang teridentifikasi maupun yang muncul adalah sangat besar.

6. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Wilayah kerja Puskesmas Baturusa terletak di Pulau Bangka, dengan luas lebih kurang 19.350 HA. Wilayah kerja Puskesmas Baturusa di sebelah Utara berbatasan dengan Kelurahan Kenanga (Kecamatan Sungailiat), sebelah Selatan berbatasan dengan Selindung (Kota Pangkalpinang), sebelah Barat berbatasan dengan Desa Air Duren (Kecamatan Mendo Barat), dan sebelah Timur berbatasan dengan Laut Cina Selatan. Puskesmas Baturusa terletak di pusat kecamatan Merawang yaitu di desa Baturusa, yang berjarak lebih kurang 19 km dari Kota Pangkalpinang (Ibu Kota Provinsi Kepulauan Bangka Belitung) dan berjarak lebih kurang 20 km dari Sungailiat (Ibu Kota Kabupaten Bangka). Secara administrasi wilayah kerja UPTD Puskesmas Baturusa terdiri dari 10 desa dengan 36 dusun. Desa-desanya antara lain ; Desa Baturusa, Desa Balunijuk, Desa Pagarawan, Desa Riding Panjang, Desa Kimak, Desa Jurung, Desa Jada Bahrin, Desa Air anyir, Desa Merawang dan Desa Dwi Makmur. Desa dengan jangkauan terjauh adalah Desa Jada Bahrin dengan jarak 17 km dari Puskesmas, sedangkan desa yang paling terdekat dengan Puskesmas Baturusa adalah Desa Baturusa dengan jarak 0,5 km.



Gambar 4. Peta wilayah kerja UPTD Puskesmas Baturusa
Desa Air Anyir

Secara Geografis Desa Air Anyir berbentuk desa dataran rendah dengan kondisi tanah sedikit bergelombang luas permukiman di Desa Air Anyir 35 Ha, Luas persawahan 50 Ha, dan Luas perkebunan 235 Ha. Sebagaimana wilayah tropis, jarak pusat desa dengan ibu kota kecamatan ditempuh dengan perjalanan darat adalah 3,5 km, jarak desa ke ibu kota kabupaten adalah 25 km, sedangkan jarak desa ke provinsi dengan perjalanan darat mencapai 20 km. Berikut daftar desa dan jumlah posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas Baturusa Kabupaten Bangka.

Tabel 3. Daftar desa dan jumlah posyandu
di wilayah kerja Puskesmas Baturusa

No	Nama Desa	Jumlah Posyandu
1	Baturusa	3
2	Balunijuk	2
3	Pagarawan	3
4	Riding Panjang	3
5	Jurung	2
6	Kimak	2
7	Jada Bahrin	2
8	Air Anyir	3
9	Merawang	2

10	Dwi Makmur	1
	Jumlah	23

Sumber: Profil UPTD Puskesmas Baturusa 2021

Wilayah kerja UPTD Puskesmas Baturusa terdiri dari 10 desa dan 23 posyandu yang tersebar di setiap dusunnya. Di Desa Air Anyir terdapat 3 posyandu yang tersebar di tiga dusunnya yaitu Dusun Mudel, Dusun Temberan dan Dusun Air Anyir. yang mana salah satu posyandu tersebut terletak di Dusun Air Anyir yang tergabung menjadi satu dengan sekretariat Kampung KB. Berikut jumlah penduduk yang ada di wilayah kerja Puskesmas Baturusa sebagai berikut,

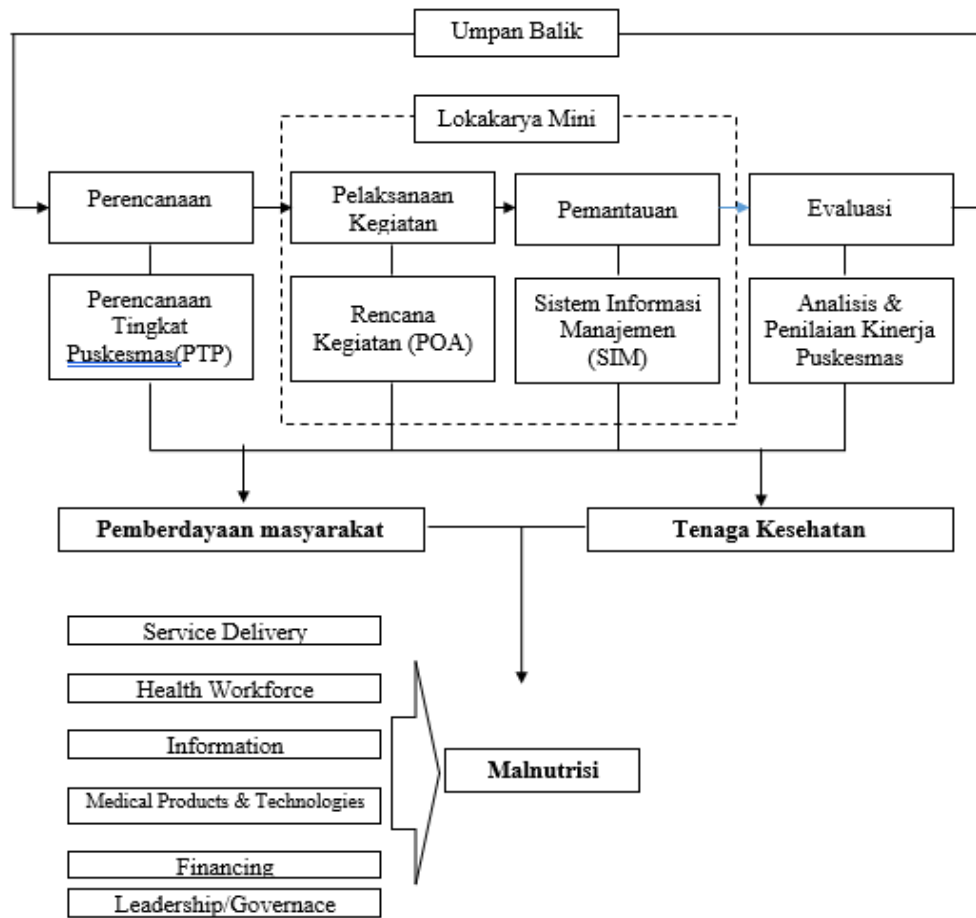
Tabel 4. Jumlah penduduk wilayah Puskesmas Baturusa tahun 2020

No	Nama Desa	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	Baturusa	2473	2337	4841
2	Balunujuk	2577	2413	4906
3	Pagarawan	2275	2170	4448
4	Riding Panjang	1576	1554	3047
5	Jurung	994	935	1955
6	Kimak	1811	1673	3437
7	Jada Bahrin	976	1059	2003
8	Air Anyir	1088	1014	2039
9	Merawang	1058	1034	2161
10	Dwi Makmur	417	374	807
	Total	15.328	14.480	29.808

Sumber: BPS Kabupaten Bangka

Berdasarkan data BPS Kabupaten Bangka, jumlah penduduk tahun 2020 di wilayah kerja Puskesmas Baturusa adalah 29.808 jiwa, 15.328 jiwa diantaranya adalah penduduk laki-laki dan 14.480 jiwa diantaranya adalah penduduk perempuan dengan proporsi estimasi 48,58%, sedangkan penduduk laki-laki dengan proporsi estimasi 51,42%.

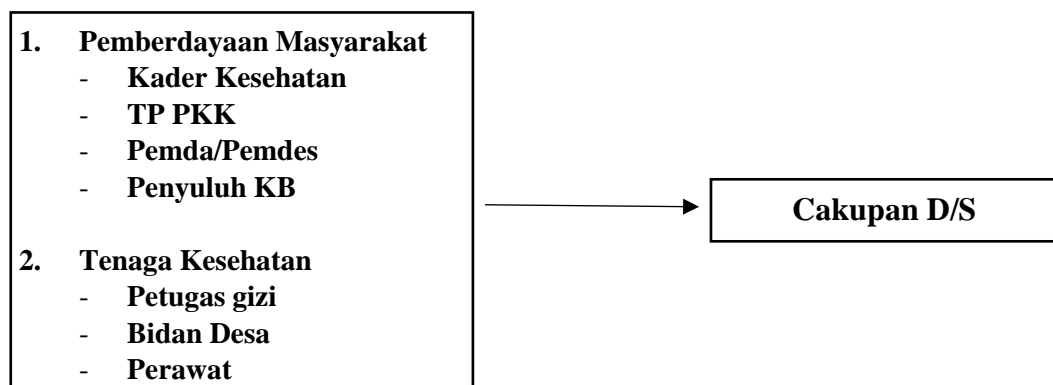
B. Kerangka Teori



Sumber: (Soemitro, 2016; WHO)

Gambar 5. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 6. Peran pemberdayaan masyarakat dan tenaga kesehatan dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

D. Pertanyaan Penelitian

Berikut beberapa pertanyaan dalam penelitian ini:

1. Bagaimana pemberdayaan masyarakat dilihat dari:

Aktor:

- Kader kesehatan, TP PKK, pemda/pemdes, penyuluh KB dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang

Peran petugas kesehatan dilihat dari:

Aktor:

- Petugas gizi, bidan dan perawat dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka.

2. Bagaimana kebiasaan masyarakat sehari-hari yang menghambat dalam budaya hidup sehat.
3. Bagaimana status gizi balita di Desa Air Anyir dan status gizi perkecamatan yang ada di Kabupaten Bangka
4. Bagaimana upaya masyarakat untuk peduli terhadap masalah balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka
5. Bagaimana strategi Puskesmas untuk mengelola masalah balita gizi kurang dan bagaimana dampak peran pemberdayaan masyarakat dan tenaga kesehatan dalam menanggulangi malnutrisi di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah study kasus dengan tipe desain kasus tunggal terjalin (*embedded*). Pada penelitian ini peneliti ingin membuktikan benarkah peran pemberdayaan masyarakat dan petugas kesehatan di dalam Kampung KB mempengaruhi status gizi masyarakat sehingga membantu dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang. Unit analisis pada penelitian ini adalah dalam satu kecamatan yang didalamnya terdapat satu Puskesmas, satu desa yang ditunjuk sebagai Kampung KB yang didalamnya terdapat satu poskesdes satu posyandu. Penelitian study kasus merupakan suatu desain yang cocok untuk beberapa keadaan, fokus penelitian ditujukan pada fenomena yang sedang berlangsung (Yin, 2002).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini berlokasi di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka. Penelitian dilakukan setelah persetujuan etis diterbitkan yaitu tanggal 02 Februari 2022. Alasan pemilihan lokasi Kabupaten Bangka adalah di wilayah ini khususnya Kecamatan Merawang merupakan wilayah kerja Puskesmas Baturusa tepatnya di Desa Air Anyir memiliki Kampung Keluarga Berkualitas (Kampung KB) dimana terdapat integrasi dan konvergensi penyelenggaraan pemberdayaan dan penguatan institusi keluarga guna meningkatkan kualitas sumber daya manusia, keluarga dan masyarakatnya. Kampung KB merupakan salah satu wujud peran pemberdayaan masyarakat dan adanya dukungan dari tenaga kesehatan yang dibentuk pada tanggal 12 Juli 2018, dimana dalam Kampung KB tersebut adanya partisipasi masyarakat setempat (pemberdayaan masyarakat), dukungan petugas kesehatan, dukungan dari pihak swasta, mendapat dukungan dari Pemerintah Kabupaten/Desa dan adanya keterlibatan berbagai Organisasi Perangkat Daerah (OPD).

Penelitian dilaksanakan setelah ethical approval diterbitkan yaitu tanggal 02 Februari 2022.

C. Informan Penelitian

Pemilihan informan sebagai informan penelitian menggunakan *purposive sampling* yang didasarkan pada tujuan penelitian dan ragam informasi yang di miliki informan (Sugiyono, 2017).

Informan penelitian ini sebanyak 12 informan yang merupakan stakeholder tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan dan Puskesmas, Tokoh masyarakat, perangkat desa dari pemerintah desa, penyuluh kb dari DP2KBP3A, kader kesehatan, TP PKK dan orang tua balita yang berkunjung ke posyandu. Pemilihan responden dalam penelitian berdasarkan penguasaan, pemahaman dan pengetahuan yang baik dan menjadi bagian dari program pelayanan kesehatan dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang.

Kriteria inklusi untuk informan dalam penelitian ini adalah seseorang yang bersedia secara sukarela mengikuti penelitian dengan sebelumnya ditunjukkan dengan *inform consent*, partisipan dari Dinas Pengendalian Penduduk Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP2KBP3A) adalah penyuluh kb, partisipan dari pemerintah desa adalah pegawai atau staf yang bekerja di kantor desa, partisipan dari dinas kesehatan adalah pegawai yang bertugas sebagai pengelola program gizi yang ada di Dinas Kesehatan, partisipan dari Puskesmas adalah pegawai yang bertugas sebagai petugas gizi Puskesmas, ketua kampung kb adalah seseorang ditunjuk sebagai ketua kampung kb di desa Air Anyir, partisipan dari pos kesehatan desa (poskesdes) adalah pegawai yang bertugas sebagai bidan desa yang bertugas di Desa Air Anyir, partisipan dari kader kesehatan/TP PKK adalah seseorang yang bertugas sebagai kader posyandu dan aktif juga sebagai anggota PKK di Desa Air Anyir, orang tua (ibu balita) yaitu seseorang yang memiliki balita yang aktif datang ke posyandu yang terlibat dalam program gizi. Untuk kriteria eksklusi adalah kader dan Ibu balita yang tidak rutin datang pada saat kegiatan posyandu.

Tabel 5. Informan penelitian

Instansi/Asal	Jumlah
DP2KBP3A	1
Pemerintah Desa	1
Dinas Kesehatan	1
Puskesmas	2

Ketua Kampung KB	1
Kader Posyandu/TP PKK	3
Orang tua (Ibu balita)	3

D. Variabel penelitian & definisi operasional

Variabel penelitian dan definisi operasional dalam penelitian ini adalah:

1. Pemberdayaan masyarakat: Adanya keterbukaan /interaksi dalam masyarakat, saling berbagi informasi bagaimana gizi yang baik dan gizi yang buruk, sehingga masyarakat itu belajar sendiri dari komunitasnya/ kader kesehatan (Winggis, 2011)
2. Petugas kesehatan : Petugas Puskesmas yang memenuhi kualifikasi pendidikan minimal diploma tiga (D3) kesehatan dan standar kompetensi yang mampu menjadi komunikator yang baik, bersikap ramah dan sopan kepada masyarakat yang dilayani serta dalam memberikan informasi dapat dipahami oleh komunitas/masyarakat (Notoatmodjo, 2010)
3. Cakupan D/S: Indikator yang akan menentukan tingkat kehadiran sasaran bayi/balita dalam pelaksanaan posyandu dan merupakan penentu status gizi.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa pedoman wawancara mendalam yang diadopsi dari peran tenaga kesehatan dan peran pemberdayaan masyarakat, observasi lapangan, kamera foto, catatan di lapangan dan audio recorder (perekam suara). Kemudian proses wawancara akan di dokumentasikan dengan menggunakan audio recorder untuk merekam dan mengambil foto dengan menggunakan handphone pada saat wawancara dengan informan jika informan mengizinkan atau bersedia untuk pengambilan foto.

F. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam kepada semua informan penelitian dengan pertanyaan terbuka berdasarkan pedoman wawancara. Wawancara mendalam dilakukan kepada penanggungjawab program gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten, pengelola program gizi di Puskesmas, bidan desa di poskesdes, ketua kampung kb, sekretaris desa di Pemerintahan Desa Air Anyir, penyuluh kb dari Dinas Pengendalian Penduduk Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP2KBP3A), kader kesehatan

yang bertugas di posyandu, anggota TP PKK Desa Air Anyir dan orang tua balita yang datang kunjungan ke posyandu. Pelaksanaan wawancara disesuaikan dengan jadwal yang disepakati antara peneliti dengan masing-masing informan penelitian dan dalam proses pengambilan data dilakukan oleh peneliti sendiri. Penelusuran dokumen dilakukan di unit analisis untuk mendapatkan bukti berdasarkan variable penelitian dan tujuan penelitian.

G. Keabsahan Data

Validasi data atau keabsahan data dilakukan dengan triangulasi melalui *significant others*, menurut Creswell (2015), yaitu :

1. Kredibilitas data yang dijamin dengan adanya triangulasi sumber data dari beberapa pihak yang ikut serta dalam menanggulangi malnutrisi di Kabupaten Bangka diantaranya Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka dalam hal ini penanggungjawab program gizi, petugas kesehatan yang bertugas di Puskesmas, bidan desa yang bertugas di Poskesdes, penyuluh kb dari Dinas Pengendalian Penduduk Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Dp2kbp3a), sekretaris desa dari pemerintah desa, ketua kampung kb, kader kesehatan, TP PKK Desa Air Anyir, orang tua balita.
2. Konformitas data yang dijamin dengan adanya rekaman wawancara, dan transkripsi hasil wawancara.
3. Generalitas data walaupun data terbatas pada konteks penelitian, namun dapat dijadikan gambaran bagi pemerintah, diantaranya adalah Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka, Pemerintah Kecamatan/Desa, Dp2kbp3a, Puskesmas, kader kesehatan, anggota TP PKK dan masyarakat.
4. Otentisitas data yang dijamin dengan penampilan kuotasi informasi pada hasil penelitian sebagai pendukung keaslian data.

H. Etika Penelitian

Sebelum proses pengumpulan data dilakukan, Peneliti terlebih dahulu mengurus keterangan kelayakan etik ke Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada. Penelitian akan dilaksanakan setelah persetujuan etis diterbitkan. Pengambilan data dilakukan setelah responden menyatakan kesediaannya mengikuti penelitian

(*informed consent*). Peneliti mengemukakan tujuan penelitian dan menjamin kerahasiaan responden atau data yang didapatkan, dan Peneliti juga akan menjelaskan bahwa penelitian yang dilakukan merupakan penelitian ilmiah untuk kepentingan studi.

I. Keterbatasan Penelitian

Peneliti tidak melakukan penelitian terhadap pemegang program yang ada di Dinas Pengendalian penduduk Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Dp2kbp3a), namun peneliti melakukan wawancara terhadap penyuluh KB yang merupakan petugas lapangan yang bertugas di Desa Air Anyir dan peneliti belum mampu menggali lebih dalam tentang peran dan fungsi dari kampung kb.

J. Jalannya Penelitian

1. Tahap Persiapan

Pada tahap ini peneliti menyusun rencana penelitian yang dituangkan dalam bentuk proposal penelitian. Kegiatan yang dilakukan meliputi :

- a. Penelusuran berbagai tinjauan pustaka baik dari buku dan jurnal-jurnal penelitian sebelumnya sebagai referensi yang digunakan dalam penyusunan proposal dan instrumen penelitian.
- b. Melaksanakan seminar proposal untuk mendapatkan masukan lebih lanjut agar penelitian yang akan dilaksanakan berjalan dengan baik dan sesuai dengan tujuan penelitian. Setelah disetujui, memasukkan proposal kepada Komisi Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat Keperawatan Universitas Gadjah Mada untuk memperoleh surat kelayakan etika penelitian. Setelah surat kelayakan etik keluar peneliti dapat melakukan penelitian.

2. Tahap Pelaksanaan

Penelitian ini dibagi menjadi beberapa tahap, meliputi persiapan, pelaksanaan dan pelaporan dengan rincian sebagai berikut:

- a. Mendapatkan bimbingan dari pembimbing untuk penyempurnaan proposal penelitian.
- b. Mempelajari data kasus malnutrisi untuk mengetahui kemungkinan dilakukannya penelitian

- c. Mempelajari pelaksanaan program malnutrisi khususnya balita gizi kurang di tingkat Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka.
- d. Melakukan wawancara mendalam
- e. Proses triangulasi data.
- f. Melakukan analisis dan kajian data yang terkumpul.
- g. Mengajukan *ethical clearance* kepada Komisi Etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada.

3. Tahap Pelaporan

- a. Menyusun laporan serta menyajikan hasil penelitian yang disertai dengan pembahasan.
- b. Membuat kesimpulan serta memberikan rekomendasi sesuai hasil penelitian

K. Analisa Data

Analisis data kualitatif dalam penelitian ini menggunakan analisis tematik yaitu menganalisis tema yang telah ditentukan sebelum penelitian. Tahapan analisis kualitatif dengan desain studi kasus, yaitu: (Creswell, 2015):

1. Reduksi data menyiapkan dan mengorganisasikan data.

Tahap ini adalah suatu fase dimana peneliti membaca data secara keseluruhan untuk mencari inti informasi dan menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang data yang tidak perlu dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa sehingga simpulan final dapat ditarik dan diverifikasi (Moleong, 2019; Creswell, 2015).

2. Penyajian data

Tahap penyajian data adalah tahap dimana peneliti membuat koding dan kategori data, mendeskripsikan tema sesuai dengan koding dan kategori data, menyajikan informasi berdasarkan tema penelitian dilengkapi kuotasi informan, sehingga sajian data adalah suatu rangkaian organisasi informasi yang memungkinkan kesimpulan riset dapat dilakukan. Penyajian data dimaksudkan untuk menemukan pola-pola yang bermakna serta memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan serta memberikan tindakan.

3. Penarikan kesimpulan

Penarikan kesimpulan merupakan fase dimana peneliti membuat

interpretasi data berdasarkan hasil penelitian. Kesimpulan-kesimpulan juga diverifikasi selama penelitian berlangsung. Kesimpulan ditarik semenjak peneliti menyusun pencatatan, pola-pola, pernyataan-pernyataan, konfigurasi, arahan sebab akibat, dan berbagai proposisi.

BAB IV

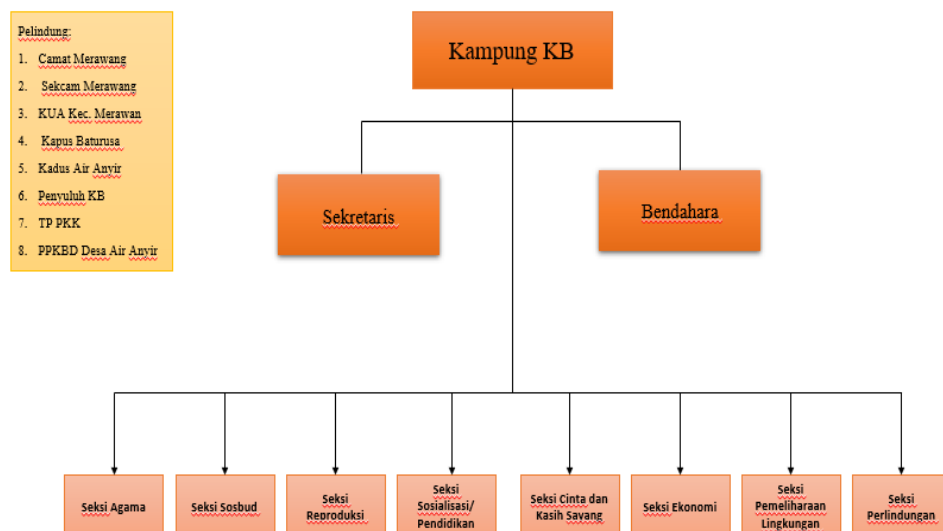
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Kampung KB

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Baturusa tepatnya di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka pada bulan Februari samapai dengan bulan Mei 2022. Unit analisis pada satu kecamatan yang di dalamnya terdapat satu Puskesmas yaitu Puskesmas Baturusa, kantor pemerintah Desa Air Anyir, Balai Penyuluh KB, Poskesdes, Sekretariat Kampung KB dan Posyandu. Peneliti ingin mengetahui bagaimana peran-peran yang ada dalam pemberdayaan tersebut, bagaimana kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari, upaya apa saja yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan masyarakat dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang. Informan utama adalah penyuluh kb, petugas gizi Puskesmas, bidan desa, ketua kampung kb, kader kesehatan, anggota TP PKK, aparat pemerintah desa (sekretaris desa) dan ibu balita yang berkunjung ke posyandu.

Dasar dari pembentukan Kampung KB SK Bupati no 440/70/SJ tanggal 11 Januari 2016 perihal pembentukan Kampung KB dan Surat Bapak Gubernur Nomor 441/1147/BPPKBPA, tertanggal 3 November 2015, agar menunjuk satu desa atau kelurahan dimasing-masing kecamatan untuk dijadikan Kampung KB. Berikut struktur organisasi yang ada di Kampung KB Desa Air Anyir,



Gambar 7. Struktur Organisasi Kampung KB Desa Air Anyir

Berdasarkan hasil penelitian, paket layanan yang didapat oleh masyarakat dalam pemberdayaan yang ada di Kampung KB yaitu pelayanan KB, IVA test, vaksinasi, posyandu, pembagian Vitamin A, pembagian tablet tambah darah, promosi pemberian makan anak, edukasi PMBA dan penyuluhan kesehatan. Dimana kegiatan posyandu terintegrasi dengan kegiatan BKB, kegiatan BKR terintegrasi dengan kegiatan majelis taklim, kegiatan BKL terintegrasi dengan posyandu lansia, ada kegiatan posbindu, pemeriksaan kesehatan, dan lain-lain. Hal ini seperti yang ditemukan pada wawancara berikut:

“Di Kampung KB ada pemasangan kb gratis, test IVA, posyandu, posbindu, bina keluarga balita, bina keluarga lansia, bina keluarga remaja, penyuluhan.” (Informan 4, Ketua Kampung KB).

“Berarti hubungannya dengan BKB nih, jadi kalau ada balita yang kurang gizi mungkin karena ada sakit atau karena penyebab lain maka kami dampingi, kami juga dibantu oleh petugas Puskesmas yang memantau dan mengarahkan”. (Informan 12, Kader Kesehatan).

Bagi desa yang di dalamnya ada Kampung KB yang aktif diharapkan desa tersebut akan mendapatkan perhatian lebih baik dari pemerintah atau pihak swasta, sehingga usulan-usulan terkait pembangunan desa, pendidikan dan perekonomian masyarakat lebih diprioritaskan, hal ini seperti diungkapkan oleh informan berikut:

“Menurut saya Kampung Kb ini sebenarnya peruntukkannya untuk desa yang ketinggalan, kampung Kb bukan hanya untuk kita ber-kb tapi tujuannya supaya desa ini maju baik dalam bidang kesehatan, pendidikan, maupun pembangunannya, makanya desa ini ditunjuk sebagai Kampung KB walaupun sebenarnya masyarakat yang tinggal di desa ini bukan masyarakat yang tertinggal. Kami juga tidak tahu mengapa sampai ditunjuk jadi kampung Kb, kami terima saja sih, banyak kemajuannya setelah ditunjuk jadi Kampung KB. Misalkan jalannya yang dulunya tidak di aspal jadi diaspal, yang dulunya keanggotaan kb tidak aktif sekarang jadi aktif. Menurut saya pribadi kalau suatu desa mau cepat maju ya lewat program Kampung Kb ini. Banyak kegiatan di dalam kampung Kb ini, ada program PKK, posyandu, posbindu, rumah data dan banyak kegiatan/program-program yang bertujuan untuk kesejahteraan masyarakatnya.”(Informan 5, TP PKK).

“Melalui program Kampung KB ini kepada warga ini sudah sering disampaikan, apa yang dibutuhkan ajukan..dana desa nya ada tapi tidak direspon tidak diadakannya apa yang menjadi persyaratannya. Yang mau hanya orang-orang itu saja, sementara sebenarnya warga masyarakatnya banyak. Yang terlibat orang-orang itu saja. Anggaran desa banyak untuk UMKM dibantu difasilitasi dari pemerintah desa, membuat makanan untuk dipasarkan tapi warga banyak yang

tidak mau karena UMKM itu berkelompok sehingga keuntungannya pun berbagi, sementara warga tidak mau berkelompok maunya sendiri-sendiri, sehingga keuntungan yang didapat lebih besar, sebenarnya wujud pemberdayaan yang seperti ini ada juga baiknya, ya.. untuk bantu ekonomi keluarga sudah lumayan". (Informan 10, Kader Kesehatan).

"Kampung KB kami ini team work, saya sebagai ketua yang memberitahukan kepada anggota-anggota lain bahwa kita harus melaksanakan ini-ini... melalui rencana kerja. Sebelum melakukan sesuatu kami konfirmasi dulu ke pemerintah desa. Jadi Kampung KB itu tidak terlepas dari bantuan dari Pemerintah Desa. Ternyata kampung KB kami ini ditunjuk dari pusat. Dan Kampung KB ini punya ciri khas tersendiri dibanding dengan kampung-kb lainnya. Di bidang pendidikan kami mendapatkan beasiswa bagi anak-anak yang mau ke S1. Dulunya anak-anak kita disini kurang peduli dengan pendidikan karena kerja TI Bu, mereka berpikir untuk apa kuliah tinggi-tinggi kalo sekarang juga saya sudah dapat duit. Sejak ada kampung Kb pemikirannya nya sudah berubah, kami adakan sosialisasi dengan mengundang dari sekolah tinggi ilmu komputer."(Informan 4, Ketua Kampung KB).

Sarana atau fasilitas yang digunakan sebagai sekretariat Kampung KB adalah rumah warga yang merupakan milik Pemerintah Desa. Sekretariat Kampung KB tidaklah buka atau memberikan pelayanan setiap hari. Pelayanan buka apabila ada kegiatan seperti kegiatan posyandu, posbindu atau rapat rutin. Terkait hal tersebut seperti yang ditemukan pada wawancara informan sebagai berikut;

"Tidak ada yang menunggu di Sekretariat, memang seharusnya ada yang menunggu tapi di sini belum ada laptop/komputer, belum ada wifinya." (Informan 10, Kader Kesehatan).

"Karena tidak ada gajinya Bu, tapi tahun ini rencananya akan dianggarkan gajinya." (Informan 10, Kader Kesehatan)

Tabel 6. Aset prasarana kesehatan di Desa Air Anyir Dusun Air Anyir

No	Prasarana Kesehatan	Jumlah
1	Posyandu	1 unit
2	Poskesdes	1 unit
3	MCK	3 unit
4	Sarana Air Bersih	10 Unit

Sumber: Profil Desa Air Anyir tahun 2020

Dusun Air Anyir memiliki prasarana kesehatan berupa 1 unit Posyandu dan Poskesdes 1 unit. Bidan Desa bertugas di Poskesdes dan bertempat tinggal di Poskesdes tersebut.

2. Karakteristik Informan

Informan untuk analisis data pada study kasus tentang peran pemberdayaan masyarakat dan tenaga kesehatan dalam menanggulangi malnutrisi khususnya balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka. Karakteristik informan wawancara mendalam disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 7. Karakteristik informan penelitian

Informan Ke	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan
1	Perempuan	S1 Ilmu Komunikasi	Penyuluh KB Dinas DP2KBP3A
2	Perempuan	D3 Gizi	Pengelola Program Gizi Puskesmas
3	Perempuan	D3 Kebidanan	Bidan Desa
4	Perempuan	S1 Pendidikan	Ketua Kampung KB/ ketua Rt
5	Perempuan	SLTA	TP PKK, ketua Rt, kader Posyandu, kader PKH
6	Perempuan	D3 Keperawatan	Pengelola data program gizi Dinkes Kabupaten
7	Laki-laki	SLTA	Sekretaris Desa Air Anyir
8	Perempuan	SLTP	Ibu Balita
9	Perempuan	SLTP	Ibu Balita
10	Perempuan	SLTA	Kader Posyandu
11	Perempuan	SLTA	Ibu Balita
12	Perempuan	SLTA	Kader Posyandu, tim pendamping keluarga (TPK)

Sumber: Data primer terolah, 2022

Informan penelitian ini sebanyak 12 informan yaitu 1 orang penyuluh-kb, 2 orang tenaga kesehatan yang berprofesi sebagai petugas gizi di Puskesmas Baturusa dan Bidan Desa, 1 orang petugas pengelola data program gizi Dinas Kesehatan, 1 orang tokoh masyarakat sebagai ketua kampung-kb, 1 orang perangkat desa dari pemerintah desa, 1 orang tokoh masyarakat berperan sebagai TP PKK merangkap sebagai ketua RT, 2 orang anggota masyarakat yang berperan sebagai kader posyandu dan 3 orang tua balita yang berkunjung ke posyandu.

3..Aktor yang terlibat dalam pemberdayaan Kampung KB

a. Kader Kesehatan

Kader adalah penduduk setempat, bisa membaca dan menulis, aktif dalam berinteraksi dengan masyarakat dan berdomisili di desa setempat. Salah satu kader yang tergabung dalam pemberdayaan Kampung KB sangatlah aktif, selain sebagai kader kesehatan, beliau merangkap sebagai kader PKK, kader PKH dan sebagai ketua RT dan sudah mengabdikan di Desa selama 22 tahun. Beliau juga baru-baru ini mendapatkan prestasi di tingkat Provinsi Kepulauan Bangka Belitung sebagai Perempuan Berprestasi. Sebagian besar kader kesehatan yang tergabung dalam wadah Kampung KB ini sangatlah aktif dan di Desa Air Anyir mereka juga aktif baik itu sebagai kader posyandu, kader KB dan kader lansia, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

“Kalau di sini yang mengelola kader-kader, ya orang-orang itulah..karena kita juga tahu bahwa kerja dengan Pemerintah ini banyaklah sosialnya..jadi yang mengerjakan orang-orang itulah merangkap kerjanya, itulah orangnya sebagai kader KB, merangkap anggota PKK juga merangkap sebagai kader posyandu”. (Informan 7, Sekretaris Desa)

“Sekarang ini selain sebagai kader posyandu saya ditunjuk juga sebagai Tim Pendamping Keluarga (TPK) yaitu kader yang melakukan kegiatan terhadap keluarga yang memiliki ibu hamil, pasca bersalin, anak dibawah 5 tahun dan calon pengantin untuk deteksi dini stunting. tapi belum ada kegiatannya karena baru juga dibentuk agar tidak ada stunting di desa kami”. (Informan 12, Kader Kesehatan)

Dalam melaksanakan kegiatannya kader sudah mempunyai jadwal di Kampung KB, dimana untuk kegiatan posyandu dilaksanakan setiap 1 kali dalam sebulan, untuk kegiatan posbindu juga dilaksanakan 1 kali dalam sebulan. Setiap kader sudah mempunyai pembagian tugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Kader dipilih dan ditentukan oleh masyarakat atas inisiatif kader sendiri untuk bergabung dan bekerja secara gotong royong dan hanya mendapatkan uang transport Rp 50.000,- dalam kegiatan yang ada di Kampung KB dengan mengetahui Kepala Desanya, hal ini sesuai dengan pernyataan informan berikut:

“Tidak ada sistem kontrak, hanya ada tupoksinya dan surat keputusan saja yang ditandatangani oleh kepala desa nya saja”(informan1, Penyuluh KB)

“Sebenarnya kami tidak ada dana untuk bayar honor petugasnya. Tapi dengan merekrut orang yang memang sudah aktif di posyandu...kader posyandu itu ada dapat uang transport walau sedikit nah kami dari situ honor nya Rp 50.000,- untuk satu kali turun posyandu..trus petugasnya juga kami libatkan ketua RT..sebagai ketua RT kan ada honor nya Rp 800.000/ bulan yang bersumber dari alokasi dana desa (ADD)yang dibayar secara tunai, jadi tidak ada kontrak atau perjanjian apapun jadi harus bisanya kamilah yang mengatur. Kalo orang luar desa mana mau kerja tidak ada gaji...siapa yang kerja tidak ada gaji Bu. Kalo ketua RT, kader itu honor nya dari desa, kalo petugas kesehatan itu honor nya dari Puskesmas, makanya yang menjadi anggota kampung Kb dan yang kerja orangnya itu-itu saja. Kerjaan kami tuh merangkap banyak bukan hanya satu tugas saja. Kami ini bekerja sukarela soalnya tidak ada honor nya Bu..”(informan 5, TP PKK)

“Tidak pakai sistem kontrak, kami disini bikin surat keputusan yang berlaku dua tahun dan akan kita revisi dengan melihat dan menilai keaktifan dari anggotanya, apakah diteruskan sebagai kader atau berhenti” (informan 7, Sekretaris Desa).

“Lima puluh ribu rupiah Bu,,dibayar secara tunai kadang 3 bulan sekali, pernah waktu dulu itu sampai 6 bulan baru dibayar. Sebenarnya kader ini semangat bekerja tapi honor ini tidak sesuai. Kami ini tidak mendapatkan insentif apa pun.” (Infprman 10, kader Kesehatan)

Pada saat kegiatan posyandu, jika ada anggota masyarakat yang berhalangan untuk datang ke posyandu maka kader posyandu berinisiatif menelpon dan jika tidak bisa datang juga maka petugas kesehatan dalam hal ini petugas gizi dan bidan ditemani kader posyandu untuk mengunjungi rumah keluarga tersebut, Peran kader tidak terlepas dari dukungan dari tenaga kesehatan (petugas Puskesmas), hal ini sesuai dengan pernyataan informan berikut:

“Rajinlah bidan desanya, datang kalau ada jadwal posyandu. Kalau saya tidak bawa anak ke posyandu karena lupa, kader posyandunya datang kerumah beserta petugas kesehatannya untuk menimbang dan mengukur badan anak saya”. (Informan 8, Ibu Balita).

b. Tim Penggerak Pemberdayaan Kesejahteraan dan Keluarga (TP PKK)

Organisasi PKK di desa merupakan sebuah gerakan yang tumbuh dari bawah dengan perempuan sebagai penggerak dalam membangun, membina,dan membentuk keluarga guna mewujudkan kesejahteraan keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat. Dalam hal ini TP PKK sangat berperan membantu kegiatan yang ada di Kampung KB. Anggota PKK terlibat dalam pokja yang ada di Kampung KB dan sekaligus mempunyai peran sebagai perangkat desa atau sebagai ketua RT di Desa, hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

“Merangkap banyak Bu, sebagai anggota PKK, kader posyandu, kader PKH, ketua Rt.” (Informan 5, TP PKK).

“Saya di Desa ini berperan sebagai Kader PKK, kader lansia, kader bumil, kader pendamping keluarga, kebetulan suami saya ketua RT jadi setiap kegiatan yang ada di desa saya berpartisipasi untuk membantu”. (Informan 12, Kader kesehatan).

c. Peran Pemda/Pemdes

Desa Air Anyir merupakan salah satu Desa Pariwisata yang ada di kabupaten Bangka. Desa Air Anyir terdiri dari 3 Dusun yaitu Dusun Mudel, Dusun Temberan dan Dusun Air Anyir dan 6 RT. Susunan organisasi pemerintah desa terdiri dari kepala desa dan perangkat desa yaitu sekretaris desa, pelaksana teknis lapangan 6 orang dan unsur kewilayahan ada 5 orang. Dalam menggerakkan pemberdayaan yang ada di masyarakat desa tidak lepas dari peran sekretaris desanya dalam menyusun perencanaan pembangunan, memberikan dukungan dalam melakukan advokasi kepada pemerintah level yang lebih tinggi sehingga program perencanaan yang diusulkan dari desa dapat direalisasikan.

Secara tidak langsung Kepala Daerah dal hal ini Bupati juga menunjukkan kepedulian dan perhatiannya terhadap pemberdayaan yang ada di Kampung KB. Bupati juga berkunjung ke Desa Air Anyir misalnya dalam acara pembagian BLT, pemberian hadiah pada acara atau pertandingan bola. Bupati juga yang membuat keputusan penunjukkan Desa Air Anyir sebagai Kampung KB tentunya atas masukan Pak Camat dan jajarannya di Kecamatan. Menurut informasi dari Sekretaris Desa, Bapak Bupati secara langsung datang berkunjung ke sekretariat Kampung KB Desa Air Anyir untuk menyerahkan BLT kepada masyarakat yang berhak menerimanya, pernyataan tersebut sesuai dengan hasil wawancara berikut:

“Ada kesini Bupatinya diundang waktu acara pembagian bantuan langsung tunai (BLT), Bupati yang menyerahkan..” (Informan 7, Sekretaris Desa).

“Pernah dulu Beliau datang kesini ada beberapa kali, dulu itu sewaktu lagi di bulan puasa Pak Bupatinya membawa beras untuk dibagikan ke warga.”(Informan 4, Ketua Kampung KB).

“Pak Bupati sering Bu ke Desa Air Anyir, waktu dulu itu ada acara turnamen bola beliau hadir.” (Informan 5, TP PKK)

Kegiatan yang ada di Kampung KB dilaporkan oleh kader kepada Sekretaris Desa yang kemudian untuk diketahui oleh Kepala Desanya dan laporan

perkembangan Kampung KB tersebut dilaporkan di tingkat Kecamatan. Peran Sekretaris Desa sangatlah penting bagi keberlangsungan program pemberdayaan yang ada di Kampung KB. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut:

“Pengawas mutu kegiatan yang ada dikampung KB biasanya Pak Sekdes. Semua kegiatan kampung KB mendapat dukungan dari pemerintah desanya, dan pelaporan kami juga ke Sekdes kemudian diteruskan ke Kepala desa lalu ke DP2KBP3A.” (Informan 4, Ketua Kampung KB).

“Ketua Kampung KB, diatasnya Pak Sekdes, Kadesnya, tapi kami lebih sering komunikasi atau berurusan dengan sekdesnya karena lebih nyambung dan sering membantu jika kami butuhkan tapi Penyuluh KBnya besar perannya Bu..itulah yang membuat kami ini menjadi aktif karena ada yang ngebimbing kami.” (Informan 10, Kader Kesehatan).

d. Peran Penyuluh KB

Dari hasil penelitian ditemukan bahwa Penyuluh KB merupakan ASN yang bertugas di Balai Penyuluh KB Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP2KBP3A). Peran penyuluh keluarga berencana (Penyuluh KB) sangatlah penting dalam menggerakkan pemberdayaan yang ada di masyarakat. Penyuluh KB memberikan penyuluhan, mengorganisir dan mendinamisir kegiatan yang berkaitan dengan pembangunan keluarga, kependudukan dan keluarga berencana di desa Air Anyir yang menjadi wilayah binaannya. Hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Sebagai pembina Kampung KB saya yang melakukan pembinaan, selain dari dinas yang membina,,kita ada pertemuan yang cuma kita dengan pokja dan penyuluh-kb saja, dari segi rumah data bertanggungjawab terhadap rumah data, yang mengumpulkan data kader tapi yang bertanggungjawab terhadap apapun yang dibutuhkan ya penyuluh-kb seluruhnya, pembinaan dari seluruh kegiatan, ada BKB, BKR, BKL, PKH, sekarang ini PKK juga kami yang membina, ibaratnya kami sebagai penggerak. Di Desa ini sebelumnya orang desa itu takut untuk mengeluarkan dana desa, dengan mengatas namakan Kampung KB jadi kami bermitra dengan PKK karena disitu dipemberdayakan masyarakat kan..jadi dananya masuk ke Kampung KB, banyak sekali penyuluhan-penyuluhan seperti penyuluhan pengasuhan pola anak, pengasuhan anak remaja, lansia, kadang dari kegiatan itu kami menjadi narasumber penyuluhan.” (Informan 1, Penyuluh KB)

“Kalau dari desanya itu Pak Sekdes sih.. kalo dari Puskesmas petugas kesehatannya, gizinya..bidannya. Tapi penyuluh-kb nya sangat aktif yang suka menggerakkan kader-kadernya.”(Informan 12, Kader Kesehatan).

“Yang memberikan perintah adalah Ketua Kampung KB, Pak Sekdes yang membimbing, Penyuluh KB sebagai petugas lapangan karena tanpa Penyuluh KB kegiatan ini juga tidak akan berjalan.”(Informan 5, TP PKK).

e. Peran Petugas Gizi, Perawat dan Bidan

Dalam pemberdayaan yang ada di Kampung KB petugas kesehatan seperti petugas gizi, perawat dan bidan desa tergabung dalam pokja kampung KB, mereka terlibat secara langsung dalam kegiatan dalam bidang kesehatan misalnya kegiatan posyandu, penyuntikan vaksin dan masalah terkait kesehatan ibu dan anak. petugas gizi atau nutrisisionis bertanggungjawab secara penuh untuk melakukan kegiatan teknis dibidang pelayanan gizi, makanan dan dietetic. Petugas gizi dan Bidan di dalam Kampung KB dalam upaya menanggulangi masalah balita gizi kurang bertugas sebagai konseling gizi pada saat kegiatan posyandu, memberikan penyuluhan kepada masyarakat, melakukan kunjungan rumah untuk *sweeping*, membagikan vitamin A, memberikan edukasi PMBA, hal ini seperti ungkapan wawancara berikut;

“Sangat baik, anggota juga bekerja keras melakukan kegiatan di kampung -kb ini dengan memberi makanan tambahan bagi balita yang kurang berat badannya, pemberian vitamin A..dalam hal ini bidan dan petugas gizinya ikut serta.”(Informan 10, Kader Kesehatan).

*“Iya petugas gizinya datang untuk kunjungan rumah, misalnya ada balita gizi kurang seperti Pawaz ini sakit sehingga tidak ke posyandu, maka saya konfirmasi ke petugas gizi puskesmas, biasanya kita dan petugas gizinya turun didampingi oleh kader kesehatannya untuk *sweeping*”* (Informan 3, Bidan Desa).

“Bidan desa masuk dalam pokja kampung-kb kan, ia juga ngasih penyuluhan tentang kesehatan tentang gizi kepada bumil, kepada balita, kepada kunjungan lansia, kalau perawatnya bertugas menyuntikkan vaksin.” (Informan 1, Penyuluh KB).

“Saya petugas kesehatan bidan desa yang bertugas di desa, terlibat juga dalam kampung-kb dipokja reproduksi.” (Informan 3, Bidan Desa).

“Tenaga gizi puskesmas, perawatnya yang bagian nyuntik, kalo dokter jarang sekali berperan di kegiatan kita disini. Pernah juga ada kegiatan pengambilan sampel darah Bumil dokternya datang, disitu mesti menyiapkan 5 orang yang akan

di cek sampel darahnya, kuatir sewaktu melahirkan kekurangan darah jadi donornya sudah disiapkan dulu". (Informan 10, Kader Kesehatan).

4. Kebiasaan masyarakat yang dianggap menghambat budaya hidup sehat

Keinginan suatu desa untuk maju dalam pembangunan dan meningkatkan kesehatannya tetap saja ada kendalanya karena sebagian masyarakat masih mempunyai kebiasaan sehari-hari yang bertentangan dengan pola hidup sehat seperti dalam keluarga adanya kebiasaan suami yang merokok di dalam rumah. Terkait dengan upaya menanggulangi masalah balita gizi kurang ada saja kebiasaan warga yang dinilai kurang mendukung program kesehatan tersebut misalnya malas untuk datang ke posyandu yang hanya dilaksanakan 1 kali dalam sebulan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

"Waktu dulu sering ke posyandu, sekarang ini jarang karena anak saya sudah selesai suntiknya, berat badannya tidak nambah jadi saya malas ke posyandu, tapi setiap bulan saya bawa berobat untuk kontrol ke RS." (Informan 9, Ibu Balita).

"Masih banyak kepala keluarga yang merokok dirumahnya, kadang di rumah ada ibu hamil, ada balita tapi tetap saja suaminya merokok". (Informan 10, Kader Kesehatan)

"Kalau di Desa ini sepertinya tidak ada yang stunting atau gizi kurang, hanya kendalanya masyarakat disini kurang peduli untuk datang ke Posyandu. Jadi kami sangat berharap kepada kadernya yang door to door ke rumah warga desa. Kami berharap dari warga masyarakatnya sendiri agar peduli. Seringnya begini misalnya besok ada kegiatan posyandu, kader-kader harus mengingatkan warganya tapi kepedulian warganya kurang, mereka tidak datang kadang sampai 2 bulan posyandu tidak datang, nah tugas kader-kadernya yang mendatangi rumah warga tersebut, jemput bola istilahnya" (informan 7, Sekretaris Desa).

"Kalau saya pribadi melihatnya, ibu-ibu di Desa ini tidak terlalu memperhatikan pola makan anaknya maksudnya kurang perhatianlah dan masih kacau.. anak-anak masih dibiarkan konsumsi makanan ringan yang di warung. Sore hari anak-anak suka jajan ditoko jadi soal makanan sepertinya tidak terlalu jadi perhatian bagi orang tuanya".(Informan 12, Kader Kesehatan).

5. Status gizi balita

Tabel 8. Status gizi balita berdasarkan indeks BB/U menurut Kabupaten/Kota dan Puskesmas Provinsi Kepulauan Bangka Belitung tahun 2021

No	Kabupaten/Kota	Puskesmas	Jumlah Balita 0-59 Bulan Yang Ditimbang	Balita Gizi Kurang (BB/U)	
				Jumlah	%
1	Bangka	12	26,915	500	1.86
2	Belitung	9	11,225	604	5.38
3	Bangka Barat	8	13,980	1,524	10.90
4	Bangka Tengah	9	13,089	407	3.11
5	Bangka Selatan	10	14,135	429	3.04
6	Belitung Timur	7	7,527	337	4.48
7	Pangkalpinang	9	15,997	130	0.81
JUMLAH		64	102,868	3,931	3.82

Sumber: Dinkes Provinsi Babel Seksi Kesga dan Gizi tahun 2021

Berdasarkan tabel 8. Menunjukkan Bangka dengan jumlah cakupan timbangan balita yang cukup tinggi yaitu sebanyak 26.915 balita usia 0-59 bulan dengan kasus balita gizi kurang sebanyak 1,86% sedangkan Kabupate/Kota tertinggi kasusnya adalah Kabupaten Bangka Barat dengan kasus balita gizi kurang sebanyak 10,90%.

Tabel 9. Status gizi balita berdasarkan indeks BB/U menurut Kecamatan dan Puskesmas Kabupaten Bangka Tahun 2021

No	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Balita 0-59 Bulan Yang Ditimbang	Balita Gizi Kurang (BB/U)	
				Jumlah	%
1	Sungailiat	Sungailiat	2,345	6	0.26
		Sinar Baru	966	12	1.24
		Kenanga	3,355	53	1.58
2	Pemali	Pemali	3,114	12	0.39
3	Bakam	Bakam	1,640	34	2.07
4	Belinyu	Belinyu	2,972	41	1.38
		Gunung Muda	1,060	13	1.23
5	Riau Silip	Riau Silip	2,710	28	1.03
6	Merawang	Baturusa	2,608	57	2.19
7	Puding Besar	Puding Besar	1,943	17	0.87
8	Mendo Barat	Petaling	3,186	219	6.87
		Penagan	1,016	8	0.79
Jumlah			26,915	500	1.86

Sumber: Dinkes Kabupaten Bangka Seksi Gizi 2021

Berdasarkan tabel 9. Menunjukkan data kasus kejadian balita gizi kurang perkecamatan Kabupaten Bangka Menunjukkan kecamatan dengan kasus tertinggi adalah kecamatan Mendo Barat dan terdapat di wilayah kerja Puskesmas Petaling dengan kasus sebanyak 6,87%, tertinggi kedua Kecamatan Merawang Puskesmas Baturasa 2,19%, dan urutan ketiga Kecamatan Bakam Puskesmas Bakam 2,07%. Sedangkan kecamatan dengan kasus gizi kurang paling rendah adalah Kecamatan Sungailiat Puskesmas Sungailiat dengan kasus 0,26%.

Tabel 10. Status gizi balita berdasarkan indeks BB/U menurut Puskesmas Baturasa Kabupaten Bangka Tahun 2020

No	Kecamatan/Desa	Puskesmas	Jumlah Balita 0-59 Bulan Yang Ditimbang	Balita Gizi Kurang (BB/U)	
				Jumlah	%
1	Baturusa	Baturusa	370	3	0,8
2	Balunijuk		508	2	0,4
3	Pagarawan		418	8	1,9
4	Riding Panjang		228	4	1,8
5	Jurung		198	2	1,0
6	Kimak		344	8	2,3
7	Jada Bahrin		236	5	2,1
8	Air Anyir		216	6	2,8
9	Merawang		162	0	0,0
10	Dwi Makmur		52	0	0,0
Jumlah			2732	38	14

Sumber: Puskesmas Baturusa Seksi Gizi Tahun 2020

Tabel 11. Status gizi berdasarkan indeks BB/U menurut Puskesmas Baturasa Kabupaten Bangka Tahun 2021

No	Kecamatan/Desa	Puskesmas	Jumlah Balita 0-59 Bulan Yang Ditimbang	Balita Gizi Kurang (Bb/U)	
				Jumlah	%
1	Baturusa	Baturusa	354	5	1,4
2	Balunijuk		461	4	0,9
3	Pagarawan		387	7	1,8
4	Riding Panjang		244	0	0,0
5	Jurung		172	2	1,2
6	Kimak		335	8	2,4
7	Jada Bahrin		225	14	6,2
8	Air Anyir		218	4	1,8
9	Merawang		163	1	0,6

10	Dwi Makmur		48	0	0,0
JUMLAH			2732	45	1,7

Sumber: Puskesmas Baturusa Seksi Gizi Tahun 2021

Berdasarkan data gizi Puskesmas Baturusa, dapat dilihat bahwa adanya penurunan kasus balita gizi kurang di Desa Air Anyir ditahun 2020 yaitu jumlah balita umur 0-59 bulan yang ditimbang ada 216 balita, dengan balita gizi kurang ada 6 anak dengan persentase 2,8%. Di tahun 2021 yaitu jumlah balita umur 0-59 bulan yang ditimbang bertambah menjadi 218 balita, dengan balita gizi kurang ada 4 anak dengan persentase 1,8%.

6. Upaya masyarakat untuk peduli terhadap masalah balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka

Upaya yang dilakukan masyarakat desa untuk peduli terhadap masalah gizi, yaitu dengan membangun rasa perhatian dan kepedulian kesesama manusia dengan membudayakan saling membantu keluarga yang kurang mampu, dan ada juga bantuan dari CSR perusahaan di Kabupaten Bangka, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut,

“Masyarakat sangat peduli dengan keluarga miskin disekitarnya, keluarga yang miskin sering mendapatkan bantuan makanan. Ada juga kerjasama CSR dengan perusahaan yang dekat dengan desa namanya PJB PLTU, setiap tahun mereka memberikan bantuan berupa makanan tambahan untuk anak balita. Bantuan tersebut diperuntukkan baik untuk keluarga yang miskin ataupun tidak miskin yang datang kunjungan ke posyandu. Ada juga bantuan untuk rakyat miskin itu bantuannya berupa sembako. Itu CSR antara kampung-kb dengan PJB PLTU” (informan 1, Penyuluh KB).

“Di Desa ini masyarakat dan Pemerintah Desanya peduli dengan keluarga yang kurang mampu, mereka dibantu Bu, dari desa keluarga tersebut mendapatkan bantuan, dari Basnaz juga mendapatkan bantuan, ada juga yang di bantu melalui PKH.” (Informan 5, TP PKK)

”Bagi kelurga yang kurang mampu sering dikasih bantuan oleh pemerintah desanya, ada yang dari BLT dikasih juga melalui desa. Bantuan juga dikasih ke anak yatim yang ada di desa. Janda juga dikasih sembako, pedulilah masyarakat dan pemerintah desa dengan kamiarganya”. (Informan 11, Ibu balita).

Dalam mendukung upaya masyarakat pihak Puskesmas dalam hal ini petugas gizi Puskesmas juga melakukan pemberian PMT bagi keluarga yang

mengalami kekurangan gizi sekaligus memberikan edukasi akan pemahaman tentang PMBA, seperti yang disampaikan oleh informan berikut,

“Program Puskesmas dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang yaitu pembagian PMT berupa biskuit untuk PMT pemulihan, konseling, edukasi. Kami juga punya program dimana semua keluarga dengan status gizi kurang diundang ke puskesmas acara edukasi PMBA menjelaskan pemberian makanan, bentuk makanan dari usis 6 bln-2 tahun yang dilakukan secara rutin dengan anggaran BOK” (informan 2, Petugas Gizi Puskesmas).

“Kami datangi rumahnya, misalkan kami dapat bantuan seperti PMT kami antar bantuan tersebut kerumahnya, kadang saya antar sendiri, kadang ditemani kader, kadang kadernya yang mengantarkan bantuan tersebut” (Informan 3, Bidan Desa)

“Upaya menanggulangi masalah balita kurang gizi, kami disetiap posyandu ada program pemberian makanan tambahan berupa bubur, susu, kue-kue bagi bayi balita yang berkunjung ke Posyandu” (Informan 5, TP PKK)

Kerjasama antara petugas kesehatan seperti petugas gizi, perawat dan bidan dengan masyarakat merupakan bentuk patnering program dalam mengatasi masalah gizi di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

“Kader kami disini ada yang merangkap sebagai ketua RTnya dan ada juga tokoh masyarakat. Petugas gizinya juga yang dari Puskesmas setiap bulan posyandu ikut berperan di kampung KB”(informan 4, Ketua Kampung KB)

“Petugas kesehatan ikut terlibat dan aktif di kampung-kb., petugas yang menyuntikkan adalah perawat, petugas yang memberikan konsultasi gizi adalah nutrisionisnya tapi kalo dokter tidak terlibat secara langsung di Posyandu atau kampung-kb, misalnya ada yang sakit kami rujuk ke dokter yang ada di Puskesmas” (informan 5, TP PKK).

Komitmen masyarakat merupakan hal penting dalam menangani masalah gizi kurang, karena dengan kesadaran dan bentuk kepedulian masyarakat masalah ini akan bisa teratasi, seperti diaungkapkan oleh informan berikut:

“Dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang, Kader-kader posyandu di Desa kan aktif di kegiatan yang ada di kampung-kb. Kita Alhamdulillah tidak ada yang gizi buruk karena sosialisasi dan penyuluhannya sering dilakukan. Setiap posyandu di air anyir kan setiap hari rabu minggu terakhir. Setiap bulan ada pertemuan dan skrening dimana kader-kader itu kerumah-rumah mendatangi rumah-rumah yang ada Ibu hamil, keluarga yang punya balita. Pada saat

scerening juga disampaikan bagaimana pola makan untuk anak-anak pada masa pertumbuhan”(informan 4, Ketua Kampung KB)

Dalam pelaksanaannya bukan hanya bentuk kerjasama antara petugas dan masyarakat akan tetapi hal terpenting adalah bagaimana bentuk dukungan yang diberikan oleh pemerintah daerah dalam menanggulangi masalah gizi kurang. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut:

“Masyarakat di Desa ini sangat berperan aktif, karena selain sebagai ketua RT merangkap sebagai kader kesehatan, kader PKH, dan lain lain. Sebenarnya masyarakat itu tidak banyak tahu tentang kampung KBnya tapi kader-kader dan perangkat dikampung ini lah yang aktif bergerak, yang penting masyarakatnya merasakan manfaat jerih payah kami, dibantulah.. karena dengan adanya kampung-kb ini masyarakat desa mendapatkan fasilitas yang diperlukan.” (informan 12, Kader Posyandu).

“Upaya menanggulangi masalah balita gizi kurang di Dinas Kesehatan berupa pemberian makanan tambahan, pemantauan status gizi, suplementasi Vitamin A, suplementasi Fe atau tablet tambah darah untuk ibu hamil dan remaja putri, tatalaksana gizi buruk dengan sasaran balita, nanti yang dilatih team dari Puskesmas, ada dokter, perawat sama tenaga gizi. Untuk tatalaksana ini programnya Dinas Kesehatan Provinsi” (informan 6, Pengelola Program Gizi Dinkes Kabupaten).

7. Strategi Puskesmas untuk mengelola masalah balita gizi kurang dan dampak pemberdayaan masyarakat dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang di Desa Air Anyir

Dalam menanggulangi masalah gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka, petugas kesehatan yang bekerja di Puskesmas selalu berupaya berinovasi dalam menangani masalah ini dengan melibatkan masyarakat sebagai pelaksana program dalam menanggulangi masalah gizi kurang, dan bukan hanya menjadikan masyarakat sebagai sasaran program mereka, adapun strategi Puskesmas sebagai berikut:

“Peran masyarakat dan petugas kesehatan sangat baik, mereka sangat berpartisipasi seperti petugas gizinya, bidannya. Bidan desa terlibat dalam pokja kampung-kb, bidan juga sering memberikan penyuluhan tentang kesehatan. Petugas gizi juga sering memberikan penyuluhan tentang gizi kepada ibu hamil, ibu balita dan adanya kunjungan lansia”(informan 1, Penyuluh KB)

“Strateginya yaitu melatih semua kader kesehatan satu kali dalam setahun dan dari pihak desa juga mereka menganggarkan sendiri untuk pelatihan khusus kadernya.

Pernah juga dari desa mengundang petugas kesehatan agar melakukan penyuluhan kesehatan tentang gizi”(informan 3, Bidan Desa)’

Puskesmas bukan hanya menjalankan beberapa strategis dalam menanggulangi masalah gizi kurang, namun Puskesmas juga ikut bekerjasama dalam program kampung-kb, seperti yang diungkapkan informan berikut:

“Banyak sekali manfaat kampung -kb bagi masyarakat, bukan hanya bagi keluarga yang mempunyai balita saja, contohnya dulu sebelum ada kampung-kb kunjungan ke posyandu sedikit sekali, sekarang ini banyak Ibu-ibu yang punya balita yang mau membawa anak mereka ke posyandu”(informan 10, Kader Posyandu)

“Dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang ada kegiatan Posyandu, pemberian makanan tambahan, dananya dari desa. Kader-kader juga melakukan kunjungan ke rumah masyarakat untuk melakukan screening sehingga bisa terpantau kondisi kesehatan masyarakatnya. Konseling pranikah juga ada dan program itu kerjasama dengan KUA”(informan 4, Ketua Kampung KB).

Puskesmas juga ikut bekerja sama dengan pemerintah desa dalam mendukung program ini seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

“Dalam hal menanggulangi masalah gizi kurang kami sering mengadakan pelatihan, sosialisasi ke masyarakat, kami undang mereka yang punya balita, ibu yang sedang hamil. Narasumber kami panggil dari Dinas Kesehatan untuk memberikan pandangan kepada Ibu-Ibu bagaimana cara mendidik anak, apa yang harus dilakukan saat kehamilan. Kami juga mendapatkan bantuan dari luar berupa makanan tambahan. Kalau untuk kesehatan juga ada program pemeriksaan ibu hamil, pemeriksaan lansia dan lain-lain dimana untuk program kesehatan tersebut menggunakan dana desa”(informan 7, Sekretaris Desa)

Puskesmas juga membina kader-kader kesehatan yang professional dan siap mendukung program penanggulangan gizi di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka, kader posyandu yang aktif merupakan bentuk hidupnya suatu program, seperti yang dingkapkan informan berikut:

“Saya diamanahkan mendatangi rumah yang ada balita yang kekurangan gizi/gizi kurang itu kegiatannya setiap 1 bulan sekali. Tapi di desa sini tidak ada yang stunting hanya ada yang kurus saja.”(informan 12, Kader Posyandu).

“Masyarakat (orang tua balita) sih kurang perannya, jadi kalo mereka malas untuk datang ke Posyandu, Ibu-ibu Kader yang ke rumah warganya. Jadi ibu-ibu kader ini yang aktif.” (Informan 7, Sekretaris Desa).

B. Pembahasan

1. Aktor yang terlibat dalam pemberdayaan Kampung KB

a. Peran kader kesehatan

Kader kesehatan sangat berperan dalam menjalankan kegiatan yang ada di Kampung KB. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan satu orang kader kesehatan bisa merangkap sebagai kader posyandu, kader BKB, kader BKR, kader KB, kader pendampingan keluarga juga ada yang merangkap sebagai anggota PKK bahkan ketua RT.

Dalam melaksanakan kegiatannya kader sudah mempunyai jadwal di Kampung KB, dimana untuk kegiatan posyandu dilaksanakan setiap 1 kali dalam sebulan, untuk kegiatan posbindu juga dilaksanakan 1 kali dalam sebulan. Setiap kader sudah mempunyai pembagian tugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Kader dipilih dan ditentukan oleh masyarakat atas inisiatif kader sendiri untuk bergabung dan bekerja secara gotong royong dan hanya mendapatkan uang transport Rp 50.000,- dalam kegiatan yang ada di Kampung KB dengan mengetahui Kepala Desanya.

Pada saat kegiatan posyandu, jika ada anggota masyarakat yang berhalangan untuk datang ke posyandu maka kader kesehatan menelpon bahkan terkadang pada kondisi dimana dalam keluarga tersebut balitanya sakit mereka melakukan kunjungan rumah dengan didampingi bidan desa untuk melakukan pengukuran tinggi badan dan penimbangan pada balita. Dalam melaksanakan penyuluhan, pemeriksaan kesehatan, kader didampingi oleh petugas kesehatan. Peran kader tidak terlepas dari dukungan dari tenaga kesehatan (petugas Puskesmas). Dalam hal ini peran kader kesehatan berlaku sebagai *support staff*, mereka merupakan komponen yang mendukung kelancaran organisasi maupun inti suatu organisasi.

Menurut Taylor dalam Reinke (1994), Efektivitas dan efisiensi dalam pelayanan kesehatan terlihat dengan adanya peran/ keterlibatan masyarakat didalamnya. Dengan adanya dukungan masyarakat dan keterlibatan masyarakat secara langsung terhadap program kesehatan lebih dapat menghemat biaya (*cost-*

effective) dibandingkan dengan membayar atau kontrak dengan orang diluar masyarakat.

b. Peran TP PKK

TP PKK merupakan mitra pemerintah dan organisasi kemasyarakatan yang berfungsi sebagai perencana, pelaksana, fasilitator pengendali dan penggerak pada masing-masing jenjang di masyarakat demi terlaksananya program PKK, mempunyai empat pokja dimana pokja IV itu membidangi urusan kesehatan. Dukungan TP PKK sangat menunjang kegiatan yang ada di Kampung KB.

Dari hasil penelitian di temukan sebagian anggota PKK bisa merangkap sebagai kader kesehatan, posyandu, kader PKH, kader lansia, kader bumil, kader pendamping keluarga atau bahkan sebagai ketua Rt. Dalam hal ini peran TP PKK berperan sebagai *support staff*, mereka merupakan komponen yang mendukung kelancaran organisasi maupun inti suatu organisasi. Mereka berfungsi sebagai support yang secara tidak langsung mempengaruhi hidupnya organisasi tersebut.

c. Peran Pemda/Pemdes

Keberadaan Kampung KB mempunyai peran yang sangat penting bagi masyarakat. Keberhasilan program pemberdayaan yang ada di Kampung KB tidak terlepas dari dukungan aparat desa. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Sekretaris Desa menyusun perencanaan pembangunan, memberikan dukungan dalam melakukan advokasi kepada pemerintah level yang lebih tinggi sehingga program perencanaan yang diusulkan dari desa dapat direalisasikan. Sekretaris Desa sangatlah respek terhadap program Kampung KB dan terhadap kader-kader yang ikut berpartisipasi didalamnya. Setiap laporan kegiatan dari kader kesehatan terkait program menanggulangi masalah balita gizi kurang yang dilaksanakan selalu dilaporkan kepada Sekretaris Desa kemudian diteruskan ke Kepala Desa. Adanya dukungan yang diberikan oleh pemerintah desa terlihat pada kehadiran Sekretaris Desa dalam pelaksanaan kegiatan yang dilaksanakan oleh kader kesehatan di

sekretariat Kampung KB. Peran pemerintah desa (Sekretaris Desa) sebagai *Technostructure – quality standard*, dimana Sekretaris Desa bertindak sebagai pembuat standar kerja dan pengawas mutu yang mewakili Kecamatan dari program kegiatan pemberdayaan di Desa Air Anyir.

d. Peran penyuluh kb

Penyuluh KB memberikan penyuluhan, mengorganisir dan mendinamisir kegiatan yang berkaitan dengan pembangunan keluarga, kependudukan dan keluarga berencana di desa Air Anyir yang menjadi wilayah binaannya. Di Kampung KB Penyuluh KB bertanggung jawab dalam membina dan selalu memberikan semangat serta memotivasi kepada kader yang tergabung dalam program Kampung KB. Peran Penyuluh KB sebagai *Technostructure* dalam program yang ada di Kampung KB, dimana Penyuluh KB membuat standar dan desain kegiatan dalam program pemberdayaan di Kampung KB yang mewakili Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP2KBP3A) sehingga kegiatan dapat menjadi efisien dan efektif.

e. Peran Petugas Gizi, Perawat dan Bidan

Dalam penelitian ini, upaya menanggulangi masalah balita gizi kurang oleh petugas kesehatan seperti petugas gizi, perawat dan bidan desa, mereka tergabung dalam kelompok kerja (pokja) Kampung KB, mereka terlibat secara langsung dalam kegiatan dalam bidang kesehatan misalnya kegiatan posyandu, penyuntikan vaksin, pemeriksaan kesehatan dan masalah terkait kesehatan ibu dan anak. Petugas gizi atau nutrisisionis bertanggungjawab secara penuh untuk melakukan kegiatan teknis dibidang pelayanan gizi, makanan dan dietetik, Petugas

gizi dan Bidan di dalam Kampung KB dalam upaya menanggulangi masalah balita gizi kurang bertugas sebagai konseling gizi pada saat kegiatan posyandu, memberikan penyuluhan kepada masyarakat, melakukan kunjungan rumah untuk sweeping, membagikan vitamin A, memberikan edukasi PMBA, sementara perawat bertugas sebagai juru suntik yang menyuntikkan vaksin kepada balita pada saat pelayanan posyandu, pemeriksaan kesehatan yang dilaksanakan di Kampung KB.

Petugas kesehatan memberikan bimbingan teknis pelaksanaan posyandu, memberikan penyuluhan dan pelatihan tambahan kepada kader kesehatan. Peran petugas kesehatan ini sangatlah penting dalam upaya menanggulangi masalah balita gizi buruk di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka. Dalam hal ini peran petugas kesehatan yang dimaksud adalah sebagai *operating core (frontline workers)* karena mereka adalah kunci dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

2. Kebiasaan masyarakat yang dianggap menghambat budaya hidup sehat

Kebiasaan sehari-hari masyarakat yang bertentangan dengan pola hidup sehat seperti dalam keluarga adanya kebiasaan suami yang merokok di dalam rumah. Terkait dengan upaya menanggulangi masalah balita gizi kurang ada saja kebiasaan warga yang dinilai kurang mendukung program kesehatan tersebut misalnya malas untuk datang ke posyandu yang hanya dilaksanakan 1 kali dalam sebulan dan ibu-ibu yang suka membiarkan anak-anaknya jajan makanan ringan diwarung, sebagai kader kesehatan dan petugas kesehatan berupaya untuk mengedukasi yaitu dengan mengadakan penyuluhan secara rutin di desa tentang pola hidup sehat dan bagi masyarakat yang malas membawa anaknya ke posyandu petugas kesehatan dan kader kesehatan memberikan penyuluhan dan melakukan kunjungan rumah untuk melakukan pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan bayi/balita.

3. Status gizi balita

Berdasarkan data gizi dari Puskesmas Baturusa, dapat dilihat bahwa adanya penurunan kasus balita gizi kurang di Desa Air Anyir ditahun 2020 yaitu jumlah balita umur 0-59 bulan yang ditimbang ada 216 balita, dengan balita gizi kurang ada 6 anak dengan persentase 2,8%. Di tahun 2021 yaitu jumlah balita umur 0-59 bulan yang ditimbang bertambah menjadi 218 balita, dengan balita gizi kurang ada 4 anak dengan persentase 1,8%.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosha et al., (2016) menyatakan penelitian ini menunjukkan berbagai intervensi spesifik dan sensitif yang tidak hanya ditujukan kepada balita tetapi juga pada ibu dan remaja. Intervensi gizi spesifik pada balita yang dilakukan oleh sektor kesehatan adalah pemantauan pertumbuhan dan perkembangan di posyandu, pemberian imunisasi, vitamin A, pemberian PMT. Intervensi untuk ibu (kelas ibu hamil, PMT ibu hamil, seminar gizi dan kesehatan) dan intervensi untuk remaja (program tablet tambah darah/ TTD).), intervensi untuk mengatasi kemiskinan (pemberian bantuan langsung tunai/ BLT, keluarga harapan, dana program nasional pemberdayaan masyarakat/ PNPM), dan intervensi pemberdayaan perempuan (penyuluhan dan pelatihan kesehatan. Integrasi antara intervensi spesifik dan sensitif dalam upaya perbaikan gizi balita sebaiknya dilakukan agar penanganan masalah gizi dapat sustainable atau berkelanjutan.

Penelitian Ruaida (2018) menunjukan untuk menginisiasi penanganan gizi buruk dan anak stunting di Indonesia, Program Pangan PBB (WFP) bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan membuat peta kerawanan dan ketahanan pangan di Indonesia melalui riset kesehatan dasar tahun 2010. Peta itu mengungkapkan, kasus tertinggi gizi buruk ditemukan di kawasan timur Indonesia. Untuk menekan kasus stunting anak balita, perlu diperhatikan kecukupan gizi anak balita pada 1.000 hari pertama kehidupan (HPK) yaitu 270 hari selama kehamilan dan 730 hari dari kelahiran sampai usia 2 tahun. Selama ini mengatasi gizi buruk difokuskan pada bayi sejak dilahirkan hingga berusia lima tahun. Padahal, periode emas adalah saat anak masih dalam kandungan hingga usia dua tahun. Karena itu, perlu perubahan paradigma dalam penanganan gizi buruk. Hal ini yang mendasari penyiapan Gerakan 1.000 HPK. di Indonesia. Pencanangan secara nasional berdasarkan

Peraturan Presiden dan melibatkan 11 kementerian. Pemerintah sendiri sudah mencanangkan sasaran pembangunan pangan dan gizi dalam RPJMN 2010-2014 dan RAN-PG 2011-2015 adalah menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada balita, termasuk stunting. Beberapa program dan kegiatan pembangunan nasional telah dilakukan untuk mendukung sasaran tersebut. Seiring dengan hal tersebut, gerakan perbaikan gizi dengan fokus terhadap kelompok 1000 hari pertama kehidupan pada tataran global disebut Scaling Up Nutrition (SUN) dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dan disingkat Gerakan 1000 HPK).

Program 1000 HPK merupakan inovasi program yang melihat masalah secara komprehensi, sehingga program ini merupakan program yang baik dan harus diintegrasikan keseluruhan daerah dikarenakan 1000 HPK merupakan salah satu program yang benar-benar melihat masalah dari hulu hingga hilir.

Penelitian Blankenship et al., (2020) menunjukkan kesimpulannya, kombinasi intervensi disampaikan pada saat kritis poin selama 1.000 hari pertama diperlukan untuk mengatasi kurang gizi anak di Myanmar dan memastikan bahwa pembangunan ekonomi negara diterjemahkan ke dalam peningkatan kesehatan dan hasil gizi untuk ibu dan anak. Meningkatkan skala kedua nutrisi intervensi spesifik-spesifik dan sensitif nutrisi dengan fokus pada memperbaiki status gizi ibu sebelum dan selama akan hamil meningkatkan gizi anak, sehingga berkontribusi pada pengembangan sumber daya manusia dan keuntungan ekonomi bagi negara.

Penelitian Puri et al., (2017) Pemerintah India telah membuat kemajuan yang signifikan kebijakan dan pedoman kesehatan dan gizi anak seperti mengesahkan Undang-Undang Ketahanan Pangan Nasional, jaminan perlindungan maternitas dan ketahanan pangan untuk anak dan restrukturisasi Integrated Child Development Scheme (ICDS). Meskipun ada legislator ketentuan untuk mempromosikan akses ke cuti melahirkan dan dukungan tempat kerja bagi perempuan yang bekerja secara informal atau sektor yang tidak terorganisir ini dapat ditingkatkan dengan memasukkan/mempekerjakan perempuan di pekerjaan non-pemerintah dan informal.

4. Upaya masyarakat untuk peduli terhadap masalah balita gizi kurang Di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan upaya yang dilakukan masyarakat di Desa Air Anyir Kabupaten Bangka dalam menanggulangi masalah gizi kurang dengan membangun rasa perhatian dan kepedulian sesama manusia dengan membudayakan saling membantu keluarga yang kurang mampu, dan ada juga bantuan dari CSR perusahaan di Kabupaten Bangka, seperti dalam mendukung upaya masyarakat pihak Puskesmas dalam hal ini petugas gizi juga melakukan pemberian PMT bagi keluarga yang mengalami kekurangan gizi, memberikan edukasi dan pemahaman tentang PMBA. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Widiyanti et al., (2021) memberikan pelatihan PMBA kepada masyarakat merupakan bentuk pemberdayaan masyarakat, dan menjadikan masyarakat lebih mandiri dalam mengatasi masalah gizi yang sedang dialami anak-anaknya.

Penelitian serupa dilakukan oleh Witari et al., (2020) yakni proses kegiatan pemberdayaan kelompok ibu yang memiliki balita berisiko *Stunting* di Banjar Triwangsa berjalan sesuai dengan jadwal yang sudah disepakati. Kegiatan ini berhasil meningkatkan pengetahuan mitra mengenai *stunting* dan MPASI seimbang. setelah dilakukan pendampingan dapat dilihat perubahan perilaku mitra dalam memberikan MPASI seimbang kepada balita.

Penelitian serupa dilakukan Huriah et al., (2020) yang menyatakan kegiatan pengabdian masyarakat ini berhasil membentuk kegiatan Pendidikan Ibu Berbasis Masyarakat (PIBM) yang merupakan upaya peningkatan perilaku ibu dalam pemenuhan gizi balita *Stunting*. Manfaat yang dirasakan oleh masyarakat terutama pada ibu-ibu yang memiliki balita *Stunting* adalah peningkatan pengetahuan dan sikap mereka terkait bagaimana pemenuhan kebutuhan gizi balita sehingga status gizi balita dapat diperbaiki.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hestuningtyas (2013) yang menunjukkan ada perubahan perilaku ibu setelah diberikan penyuluhan tentang gizi. Hasil tersebut menguatkan penelitian yang menyebutkan bahwa konseling gizi adalah suatu pendekatan personal yang digunakan untuk menolong individu memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai permasalahan gizi yang dihadapi dan memotivasi menuju perubahan

perilaku. Selanjutnya individu mampu mengambil langkah-langkah dalam mengatasi permasalahan gizi tersebut, termasuk perubahan praktik pemberian makanan. Meningkatnya perilaku ibu mengenai pemberian makan pada anak, menjadikan asupan zat gizi anak juga meningkat. Hal tersebut menunjukkan bahwa konseling gizi yang dilakukan 1 kali tiap minggu terbukti cukup efektif dalam perubahan perilaku pemberian makan.

Menurut Siswanti et al., (2016) pendampingan sosial merupakan suatu strategi yang sangat menentukan keberhasilan program pemberdayaan masyarakat. Sesuai dengan prinsip pekerjaan sosial, yakni membantu orang agar membantu dirinya sendiri. Dalam konteks ini peranan pekerja sosial seringkali diwujudkan dalam kapasitasnya sebagai pendamping, bukan sebagai penyembuh atau pemecah masalah (*problem solver*) secara langsung.

Pada dasarnya perilaku bergantung pada interaksi dengan lingkungan dengan organisme. Formulasi ini memperjelas hubungan antara lingkungan interaksi sosial. Formulasi Bandura menerangkan bahwa perilaku, lingkungan, dan individu saling berhubungan atau berinteraksi satu sama lain bahkan saling mempengaruhi. Ini berarti bahwa individu dapat mempengaruhi individu itu sendiri. Berdasarkan teori tersebut di atas baik dari Kurt Lewin maupun Bandura jelas bahwa perilaku seseorang juga disebabkan oleh faktor dalam (*organism/person*), dan keterampilan (kemampuan) dan aspek-aspek internal lainnya, ataukah disebabkan oleh faktor eksternal (*environment*) misalnya situasi (Andriani et al., 2017).

Kader dan masyarakat didampingi sebagai agen diharapkan bisa memanfaatkan dan mengimplementasikan ilmu yang didapat dari kegiatan ini untuk meningkatkan status gizi balita. Pendamping dan pemberdayaan sebagai bagian dari struktur dalam program pendampingan masyarakat dengan balita gizi kurang diharapkan mampu meningkatkan kesadaran gizi masyarakat, terutama perilaku penerapan pola makan balita yang lebih bervariasi, upaya praktik perilaku untuk mencegah infeksi, sehingga terjadi perubahan status gizi balitanya menjadi lebih baik.

Berdasarkan hasil uraian pembahasan diatas, menunjukan upaya masyarakat dalam menanggulangi masalah gizi kurang sudah cukup baik, dikarenakan adanya

pelatihan yang diberikan oleh puskesmas, perilaku atau tindakan merupakan aspek yang terpenting yang terbentuk setelah terjadinya peningkatan dan perubahan pengetahuan dan sikap. Pemberdayaan dan melibatkan masyarakat dalam suatu kelompok kerja merupakan sebuah inovasi yang sangat baik dan efektif untuk merubah perilaku masyarakat dalam mencegah dan menangani masalah balita gizi kurang karena pada proses ini petugas kesehatan menjadikan langsung objek sebagai mitra dalam proses menanggulangi masalah balita gizi kurang,.

5. Strategi Puskesmas untuk mengelola masalah balita gizi kurang dan dampak pemberdayaan masyarakat dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Puskesmas Baturusa yang terletak di Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka sudah memiliki strategis khusus dalam menanggulangi masalah gizi, Puskesmas dalam hal ini petugas kesehatannya yaitu petugas gizi, bidan dan perawat bersama masyarakat desa tergabung dalam kegiatan pemberdayaan yang ada dalam kampung-kb. Dalam hal ini petugas kesehatan termasuk dalam kelompok kerja (pokja) yang ada di kampung-kb. Pemerintah desa berperan serta dalam memfasilitasi terkait sarana, prasarana dan pendanaan dalam upaya menanggulangi masalah balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Kartika et al.,(2018), pelatihan kader memberikan pengetahuan lebih pada kader tentang penanggulangan masalah gizi kurang. Pengetahuan diperoleh melalui proses belajar mengajar yaitu suatu proses perubahan tingkah laku yang dinyatakan dalam bentuk pengalaman, pengenalan, penggunaan, penguasaan dan penilaian terhadap bidang tertentu yang sehubungan dengan berbagai aspek kehidupan. Pengetahuan yang dimiliki oleh kader tercermin dalam kehidupan sehari-hari terutama keaktifan dalam menggerakkan masyarakat. Pengetahuan sangat penting dalam memberikan pengaruh terhadap sikap dan tingkah laku kader terhadap pemeliharaan kesehatan masyarakat, terutama bagi pelayanan kesehatan bayi dan balita. Kader yang pengetahuannya baik cenderung lebih terampil dibandingkan dengan kader yang pengetahuannya kurang. Namun tidak berarti bahwa semua kader yang berpengetahuan baik selalu merupakan kader yang terampil. Pengetahuan yang baik

tidak menjamin seseorang akan menerapkannya dalam perbuatan dan tindakan sehari-harinya.

Penelitian Rahmawati et al., (2019) yang menyatakan Konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) yang dilakukan oleh kader posyandu mampu meningkatkan nilai praktik PMBA ibu bayi dan anak usia 6-24 bulan. Peningkatan terjadi pada praktik pemberian makan bayi dan anak ibu bayi dan anak usia 6-24 bulan, khususnya tentang peningkatan konsumsi lauk hewani, bentuk/kekentalan dan variasi makanan.

Gizi merupakan kebutuhan dasar untuk berkembang secara optimal bagi seorang anak. Hasil penelitian menunjukkan dengan pemberian gizi yang benar pada 1000 hari pertama kehidupan dapat menentukan kualitas hidup anak baik untuk saat ini dan masa medatang. 1000 hari pertama kehidupan dimulai sejak masa selama kehamilan 270 hari (9 bulan) dalam kandungan dan 730 hari (2 tahun pertama) pasca lahir. Pemberian gizi yang tidak benar pada awal kehidupan akan berdampak berat pada kehidupan selanjutnya (IDAI, 2015)

Praktik pemberian makanan yang tidak tepat dapat mengakibatkan malnutrisi. Jenis malnutrisi terbanyak pada balita di Indonesia adalah pendek (stunted) dan sangat pendek (severely stunted). Praktik pemberian makan pada anak sangat dipengaruhi oleh budaya pada masyarakat/daerah tempat tinggal. Diperlukan rekomendasi penerapan praktik pemberian makan yang benar dan sesuai dengan situasi setempat (IDAI, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Jamhariyah & Sugijati (2020) yang menyatakan pada awal kegiatan kader belum pernah membuat atau mempraktekkan menu khusus bayi dan balita dalam setiap kegiatan posyandu. Menu yang disediakan monoton yaitu secara bergantian antara nasi sop dan bubur kacang hijau, namun setelah dilakukan pendampingan dan pembelajaran kader mampu memilih bahan lokal yaitu labu kuning sebagai bahan dasar, kemudian nasi tim campur yang terdiri dari nasi, sayur bayam, wortel, tahu, tempe dan teri putih.

Menurut Laksmiwati et al., (2021) Problem empiris yang ditemui pada implementasi kebijakan adanya ego sektoral, intervensi politik akibat persepsi atau interpretasi yang berbeda terhadap program gizi, yaitu implementor tidak memahami dengan benar konteks masalahnya.

Indonesia bergabung dalam Gerakan *Global Scaling Up Nutrition* (SUN) movement pada tahun 2011. Peraturan Presiden No. 42/2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG). Pencegahan stunting tercakup dalam RPJMN 2015-2019 (Satriawan, 2018).

Indonesia termasuk dalam komitmen menengah yaitu peringkat 12 dari 45 negara untuk HANCI. Dari 12 indikator, terdapat 2 indikator komitmen pemerintah dalam mengatasi masalah gizi dengan skor rendah yaitu pada indikator cakupan vitamin A (76%) dan indikator akses terhadap air minum bersih (84,3%), selain itu terdapat 2 indikator dengan skor sangat rendah yaitu pada indikator akses sanitasi (58,7%) dan indikator fitur gizi dalam kebijakan pembangunan nasional masih lemah (Syafriana, et al., 2019).

Penelitian Syafriana et al., (2018) menilai hanya 6 indikator yang telah dijalankan dalam menanggulangi gizi kurang salah satunya diantaranya kondisi program gizi dalam kebijakan daerah dan prioritas gizi dalam perencanaan daerah, koordinasi lintas sektor, anggaran yang minim membuat program yang telah direncanakan tidak dapat terealisasi sesuai dengan rencana.

Berdasarkan uraian pembahasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa strategi Puskesmas dalam menanggulangi masalah gizi kurang merupakan langkah yang tepat, dengan memberikan pelatihan pada kader dan masyarakat dan melibatkan langsung dalam pokja merupakan langkah yang tepat, dikarenakan masyarakat dan kader akan merasa program yang direncanakan adalah program yang mereka miliki sendiri dan lebih antusias dalam melaksanakannya.

Berdasarkan hasil penelitian, gambaran yang diperoleh menunjukkan bahwa kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam wadah Kampung KB ini menunjukkan terintegrasinya kegiatan BKB dengan kegiatan posyandu yang ada di desa sehingga setiap kegiatan BKB juga melibatkan kader kesehatannya. Selain itu kegiatan BKR juga diintegrasikan dengan kegiatan keagamaan yang ada di desa yaitu bekerjasama dengan kelompok Majelis Taklim yang ada di Desa. Sedangkan kegiatan BKL terintegrasi dengan kegiatan posyandu lansia, ada juga pemasangan kb gratis, test IVA, posbindu, dan penyuluhan kesehatan. Desa yang didalamnya ada Kampung KB akan mendapat dukungan dari berbagai sektor terkait karena permasalahan KKBPK tidak hanya sekedar milik BKKBN dan perlu adanya

komitmen bersama dalam membangun Kampung KB tersebut serta harus adanya komitmen dan dukungan pemerintah daerah, ketersediaan data, informasi kependudukan yang akurat dan partisipasi aktif masyarakat.

Kampung KB yang dicanangkan oleh Bapak Presiden RI menjadi salah satu wadah strategis dalam menyelaraskan pelaksanaan program-program lintas sektor seperti program 1000 hari pertama kelahiran (HPK), rumah sehat, Genre (Generasi Berencana) dan gerakan masyarakat sehat melalui keselarasan berbagai program dan kegiatan, diharapkan masyarakat di Kampung KB memperoleh fasilitas dan pembinaan yang berkelanjutan dalam membangun keluarga kecil bahagia dan sejahtera. Kampung KB dibangun dan dilaksanakan dengan melibatkan tokoh masyarakat, tokoh agama dan masyarakat disuatu daerah dengan bimbingan pembinaan dan fasilitasi baik dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerahnya yang didesain sebagai upaya pemberdayaan masyarakat, (BKKBN,2016).

Dalam penelitian ini peran pemberdayaan masyarakat dan petugas kesehatan dalam wadah Kampung KB memberikan dampak terhadap keterlibatan lintas sektor atau Lembaga baik pemerintah maupun swasta untuk peduli dan berperan serta dalam upaya untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat desa sehingga berpengaruh terhadap peningkatan status gizi balita di Desa Air Anyir walaupun tidak secara langsung namun berproses kearah yang lebih baik,

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Aktor dalam pemberdayaan masyarakat meliputi kader kesehatan, TP PKK, pemerintah desa, penyuluh KB dan aktor petugas kesehatan sudah melaksanakan kegiatan yang ada di Kampung KB dengan baik dan mendapat dukungan dari segenap lapisan masyarakat. Keseriusan kader kesehatan dalam memberikan pelayanan ke masyarakat dan merasa peduli menjadi faktor penentu keberhasilan suatu program kesehatan yang ada di posyandu sehingga meningkatkan kunjungan di posyandu sehingga berdampak dapat meningkatkan status gizi balita. Keterlibatan Sekretaris Desa dan penyuluh KB dalam kegiatan yang ada di Kampung KB sudah optimal terutama dalam menyusun perencanaan dan pengangagaran dana untuk program menanggulangi masalah balita gizi kurang. Hal ini tidak lepas dari dukungan dan partisipasi tenaga kesehatan dalam hal ini petugas gizi dan bidan desa dalam upaya menanggulangi masalah balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.
2. Masyarakat dan petugas kesehatan yang bekerja di Puskesmas sudah menunjukkan kerja sama yang baik dan keaktifan kader kesehatan dalam memfasilitasi posyandu dimasyarakat menjadi sebuah strategis yang baik yang telah dijalankan oleh Puskesmas, meskipun masih ada saja hal yang menjadi penghambat budaya hidup sehat di masyarakat seperti kebiasaan suami yang merokok di dalam rumah, Ibu yang malas membawa anaknya ke posyandu dan membiarkan anak-anak jajan di warung.
3. Di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka terjadi penurunan angka kasus balita gizi kurang.

4. Upaya masyarakat untuk peduli terhadap masalah balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka adalah dengan membudayakan saling membantu bagi keluarga yang kurang mampu seperti; pemberian bantuan melalui CSR perusahaan swasta, bantuan dari Baznas, BLT dan PKH.
5. Puskesmas Baturusa yang terletak di Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka sudah memiliki strategis khusus dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang, dalam hal ini petugas kesehatannya yaitu petugas gizi, bidan dan perawat bersama masyarakat desa tergabung dalam kegiatan pemberdayaan yang ada dalam kampung KB. Dalam hal ini petugas kesehatan termasuk dalam kelompok kerja (pokja) yang ada di kampung KB dalam melaksanakan program-program kesehatan khususnya dalam upaya menanggulangi masalah balita gizi kurang.

B. Saran

1. Pemerintah daerah dan pemerintah desa perlu memberikan dukungan kepada pemberdayaan yang ada di Kampung KB dalam bentuk alokasi dana desa dan memberikan penghargaan kepada kader-kader yang berprestasi dan kreatif dalam melakukan tugasnya serta diharapkan adanya wacana untuk memberikan insentif bagi kader kesehatan sehingga bisa diminta pertanggungjawabannya dan dilegalkan dalam kontrak kerja yang jelas. Bagi daerah /desa yang tidak ditunjuk sebagai Kampung KB bisa saja dengan mengaktifkan kader desa wisata yang ada di suatu kelurahan/desa.
2. Kebiasaan yang menjadi penghambat budaya hidup sehat di masyarakat seperti kebiasaan suami yang merokok di dalam rumah, ibu yang malas membawa balitanya ke posyandu dan ibu-ibu yang membiarkan anak-anak jajan di warung, hal ini perlu kerja keras antara petugas kesehatan dan kader kesehatan untuk mengedukasi, memberikan penyuluhan kesehatan tentang budaya hidup sehat secara rutin kepada mereka dan dilaksanakannya lomba Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) antar desa di Kecamatan Merawang.

3. Untuk Peneliti selanjutnya perlu dilakukannya kajian lebih lanjut terkait komitmen politik pemerintah dalam menanggulangi balita gizi kurang di Desa Air Anyir Kecamatan Merawang Kabupaten Bangka guna menggali informasi yang lebih dalam lagi terkait fenomena-fenomena dalam melihat peran masyarakat dan petugas Kesehatan dalam menanggulangi balita gizi kurang.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, W., Rezal, F., & Nurzalmariah, W. (2017). Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Dan Motivasi Ibu Sesudah Diberikan Program Mother Smart Grounding (Msg) Dalam Pencegahan Stunting Di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Unsyiah*, 2(6), 198399. <https://doi.org/10.37887/Jimkesmas.V2i6.2906>
- Aryastami, N. K., & Tarigan, I. (2017). Kajian Kebijakan Dan Penanggulangan Masalah Gizi Stunting Di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(4), 233–240.
- Badan Pusat Statistik. (2019). *Data Balita Gizi Kurang*.
- Bappenas. (2018). *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi Di Kabupaten Kota* (Issue November).
- Blankenship, J. L., Cashin, J., Nguyen, T. T., & Ip, H. (2020). Childhood Stunting And Wasting In Myanmar: Key Drivers And Implications For Policies And Programmes. *Maternal And Child Nutrition*, 16(S2), 1–8. <https://doi.org/10.1111/Mcn.12710>
- BKKBN. (2016) Menyisi Pinggiran Indonesia Dengan Kampung KB. Newsletter Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga.
- Creswell. (2015). Riset Perencanaan, dan evaluasi riset kualitatif dan kuantitatif. Pendidikan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung (2019), Status Gizi Indeks BB/TB.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung (2020), Status Gizi Indeks BB/TB Berdasarkan Kabupaten/Kota Bulan Agustus.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung (2021), Status Gizi Indeks BB/TB Berdasarkan EPPGBM Bulan Februari.
- Dinkes Provinsi Bangka Belitung Seksi Kesga dan Gizi (2021), Status gizi balita berdasarkan indeks BB/U menurut Kabupaten/Kota dan Puskesmas Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.
- Dinkes Kabupaten Bangka Seksi Gizi (2021), Status gizi balita berdasarkan indeks BB/U menurut Kecamatan dan Puskesmas Kabupaten Bangka.
- Depkes RI, 2020, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak.
- Dinihari, Y., A'ini, Z. F., & Universitas, S. (2019). Pemberdayaan Kader Posyandu

- Melalui Penerapan Metode Koseling Gizi Dan Komunikasi Efektif Pada Kader Posyandu Kelurahan Pademangan Barat Jakarta Utara. *Adimas*, 30–36.
- Erna Kusumawati, Rahardjo, S., & Jurusan, E. D. (2015). Pemberdayaan Ibu Sebagai Upaya Deteksi Dini Kekurangan Gizi Balita Di Puskesmas Ii Sumbang Kabupaten Banyumas Women. *Jurnal Kesmas Indo*, 7(3), 225–237.
<https://Repositorio.Flacsoandes.Edu.Ec/Bitstream/10469/2461/4/Tflacso-2010zvnba.Pdf>
- Helmyati, S (2019). Stunting Permasalahan dan Penanganannya, Gadjah Mada University Press(1).
- Hamdie, N. A., Sompa, A. T., & Nur, M. A. (2020). Community Empowerment Strategy In Handling Efforts Of Stunting In Malutu Village , Hulu Sungai Selatan. *Saudi Journal Of Economics And Finance*, 9414, 446–452.
<https://doi.org/10.36348/Sjef.2020.V04i09.004>
- Hestuningtyas, T. R. (2013). *Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Pengetahuan, Sikap, Praktik Ibu Dalam Pemberian Makan Anak, Dan Asupan Zat Gizi Anak Stunting Usia 1-2 Tahun Di Kecamatan Semarang Timur*. Universitas Diponegoro.
- Hidayati, T., Sary, Y. N. E., & Hanifah, I. (2018). Pengaruh Progam Pendamping Gizi Terhadap Pola Asuh Makan Dan Status Gizi Balita. *Conference On Research & Community Services*, 497–504.
- Huriah, T., Lestari, Y., Sudyasih, T., Sutantri, S., & Edi Susyanto, B. (2020). Pendidikan Ibu Berbasis Masyarakat (Pibm) Dalam Meningkatkan Pengetahuan Dan Sikap Pemenuhan Gizi Balita Stunting. *Jurnal Solma*, 9(2), 400–410. <https://doi.org/10.22236/Solma.V9i2.4930>
- Idai. (2015). *Penilai Kualitas Hidup Pada Anak Menerapkan Aspek Penting Yang Sering Terlewatkan*. Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Jamhariyah, & Sugijati. (2020). Upaya Peningkatan Status Gizi Balita Pada Keluarga Rawan Gizi Melalui Program Pemberdayaan Kader Kesehatan Di Desa Kemuninglor Kabupaten Jember. *Jurnal Idaman (Induk Pemberdayaan Masyarakat Pedesaan)*, 4(1), 65–71. <http://ojs.poltekkes-malang.ac.id/index.php/idaman/article/view/1497>
- Kartika, Mufida, N., Karmila, & Marlina. (2018). Faktor Yang Mempengaruhi Peran Kader Dalam Upaya Perbaikan Gizi Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Mila. *Jurnal Kesehatan Global*, 1(2), 45–51.
- Lailia, I., Kismartini, & Rahman, A. Z. (2021). Peran Stakeholders Dalam

Implementasi Kebijakan Intervensi Gizi Sensitif Di Kota Semarang.
Journal Of Public Policy, 3, 103–111.

Laksmiwati, L. G., Ikhsan, M. A., & Warlina, L. (2021). Implementasi Program Gizi Untuk Penurunan Stunting: Studi Kasus Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Utara. *Scientific Journal Of Reflection: Economic, Accounting, Management And Business*, 4(3), 567–577.

Lindacher, V., Curbach, J., Warrelmann, B., Brandstetter, S., & Loss, J. (2017). Evaluation Of Empowerment In Health Promotion Interventions: A Systematic Review. *Evaluation And The Health Professions*, 41(3), 351–392. <https://doi.org/10.1177/0163278716688065>

Labonte, R. dan Laverack, G. (2008). *Health Promotion in Action: From Local to Global Empowerment*. UK: Palgrave Macmillan.

Laverack, G., (2007). *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities*. Berkshire, England: Open University Press.

Mohseni M, Aryankhesal A, Kalantari N (2019) Prevention Of Malnutrition Among Children Under 5 Years Old In Iran: A Policy Analysis. *Plos One* 14(3): E0213136. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213136>

Maryati, S., Supartiningsih, S., Budastra, I. K., & Sjah, T. (2020). Pemberdayaan Ibu Rumah Tangga Melalui Pemanfaatan Lahan Pekarangan Di Desa Midang Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat. *Jurnal Siar Ilmuwan Tani*, 1(2), 90–95.

Moleong, L. J. (2019). *Metodologi Penelitian Kualitatif* (39th ed.). Bandung: Remaja Rosdakarya.

Mubarak, W.I. (2012). Ilmu kesehatan masyarakat konsep dan aplikasi dalam kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

Mubarak, W.I. (2012). Promosi keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Mundakir. (2006). Komunikasi keperawatan: Aplikasi dalam pelayanan. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Mintzberg, Henry.1993. *Structure in Fives: Desining Effective Organization*. New Jersey: Prentice Hall.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.

Nur R, T. H., Setyowati, H. N., & Rosemary, R. (2020). Rumah Gizi ‘Aisyiyah:

- Komunikasi Kesehatan Dengan Pendekatan Agama-Budaya. *Jurnal Komunikasi Global*, 9(1), 141–161.
<https://doi.org/10.24815/Jkg.V9i1.16576>
- Notoatmodjo, S. (2007). Ilmu kesehatan masyarakat: prinsip–prinsip dasar. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). Promosi kesehatan, teori dan aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novita. (2011). Promosi kesehatan dalam pelayanan kebidanan. Jakarta: Salemba Medika
- Olsa, E. D., Sulastri, D., & Anas, E. (2017). Artikel Penelitian Hubungan Sikap dan Pengetahuan Ibu Terhadap Kejadian Stunting pada Anak Baru Masuk Sekolah Dasar di Kecamatan Nanggalo. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 523–529.
- Puskesmas Baturusa Seksi Gizi Tahun (2020/2021), Status gizi balita berdasarkan indeks BB/U menurut Puskesmas Baturusa Kabupaten Bangka.
- Prastyanti, S., & Sugiarto, M. (2011). Malnutrisi Dan Pemberdayaan Kelompok Perempuan. *Acta Diurna*, 7(1).
- Puri, S., Fernandez, S., Puranik, A., Anand, D., Gaidhane, A., Quazi Syed, Z., Patel, A., Uddin, S., & Thow, A. M. (2017). Policy Content And Stakeholder Network Analysis For Infant And Young Child Feeding In India. *Bmc Public Health*, 17(Suppl 2). <https://doi.org/10.1186/S12889-017-4339-Z>
- Potter, A., & Perry. A.G. (2007). Fundamental keperawatan (4th Ed). Jakarta: EGC.
- Profil Desa Air Anyir tahun (2020), Aset prasarana kesehatan di Desa Air Anyir Dusun Air Anyir
- Rahmawati, S. M., Madanijah, S., Anwar, F., & Kolopaking, R. (2019). Konseling Oleh Kader Posyandu Meningkatkan Praktik Ibu Dalam Pemberian Makan Bayi Dan Anak Usia 6-24 Bulan Di Desa Pagelaran, Kecamatan Ciomas, Bogor, Indonesia. *Journal Of The Indonesian Nutrition Association*, 11–22.
- Rosha, B. C., Sari, K., Yunita, I., Amaliah, N., & Utami, N. (2016). Peran Intervensi Gizi Spesifik Dan Sensitif Dalam Perbaikan Masalah Gizi Peran Intervensi Gizi Spesifik Dan Sensitif Dalam Perbaikan Masalah Gizi Balita Di Kota Bogor. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 44(October 2018). <https://doi.org/10.22435/Bpk.V44i2.5456.127-138>

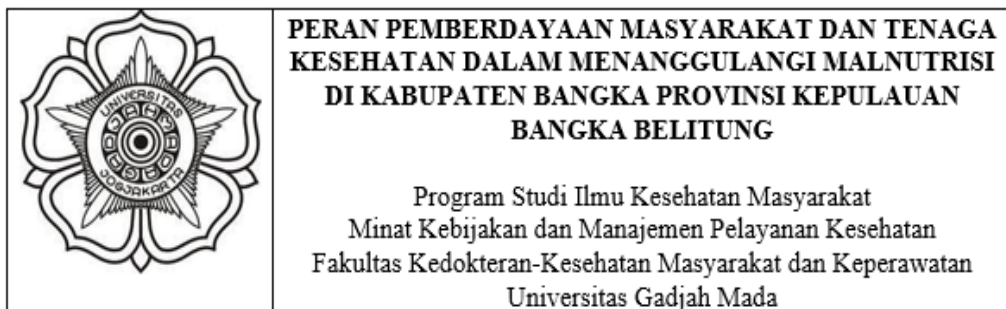
- Ruaida, N. (2018). Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan Mencegah Terjadinya Stunting (Gizi Pendek) Di Indonesia. *Global Health Science*, 3(2), 139–151.
- Reinke, 1994, Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Sardiman. A.M., (2007). Interaksi dan motivasi belajar mengajar. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Simatupang. (2008). Manajemen pelayanan kebidanan. Jakarta: EGC.
- Satriawan, E. (2018). *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024* (Issue November).
- Setyawati, B., Pradono, J., & Rachmalina, R. (2015). Peran Individu, Rumah Tangga Dan Pelayanan Kesehatan Dasar Terhadap Status Gizi Buruk Pada Balita Di Indonesia. *Media Litbangkes*, 25(4), 227–234.
- Siswanti, A. D., Muadi, S., & Chawa, A. F. (2016). Peran Pendampingan Dalam Program Pemberdayaan Masyarakat (Studi Pada Program Pendampingan Keluarga Balita Gizi Buruk Di Kecamatan Semampir Kota Surabaya). *Jurnal Wacana*, 19(3), 128–137.
- Soemitro, D. (2016). Tantangan E-Kesehatan Di Indonesia. In *Kementerian Kesehatan Ri*.
- Soharwardi, M. A., & Ahmad, T. I. (2020). Dynamic Role Of Mother Empowerment In Reducing Malnutrition Among Children : Evidence From Sub-Saharan Africa. *Review Of Economics And Development Studies*, 6(1), 135–146. <https://doi.org/10.47067/Reads.V6i1.191>
- Solang, M., Baderan, D. W. K., & Kumaji, S. S. (2019). Balita Stunting Melalui Pemanfaatan Pangan Lokal Di Kabupaten Pohuwato Provinsi Gorontalo. *Jpkm*, 25(2), 85–90.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kualitatif* (3rd Ed.). Alfabeta.
- Susanti, E. M., Handayani, O. W. K., & Raharjo, B. B. (2017). Implementasi Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap Utara I. *Unnes Journal Of Public Health*, 6(505).
- Syafrina, M., Masrul, & Firdawati. (2019). Artikel Penelitian Analisis Komitmen Pemerintah Kabupaten Padang Pariaman Dalam Mengatasi Masalah Stunting Berdasarkan Nutrition Commitment Index 2018. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(2), 233–244.

- Siswanti, A. D., Muadi, S., & Chawa, A. F. (2016). Peran Pendampingan Dalam Program Pemberdayaan Masyarakat (Studi Pada Program Pendampingan Keluarga Balita Gizi Buruk Di Kecamatan Semampir Kota Surabaya). *Wacana*, 19(3), 128–137.
- Sarwono, S.W., & Meinarno, E.A (2012). Psikologi sosial. Jakarta: Salemba Humanika
- Setyawati, B., Pradono, J., & Rachmalina, R. (2015). Peran Individu, Rumah Tangga Dan Pelayanan Kesehatan Dasar Terhadap Status Gizi Buruk Pada Balita Di Indonesia. *Media Litbangkes*, 25(4), 227–234.
- Trisnawati, Y., & Sulistyowati, N. (2021). Status Gizi Dan Karakteristik Yang Berhubungan Dengan Malnutrisi Pada Balita Di Posyandu Saliara Kota Tanjungpinang. *Seminar Nasional Syedza Saintika*, 1(1).
- Trijuliana, D., Rizki, M. F. and Argenti, G. (2020) ‘Komitmen Politik: Penegakan hukum & Keberlanjutan Usaha Pemerintah Kota Tasikmalaya dalam Upaya Menurunkan Angka Stunting’, *Journal of Government and Political Studies*, 3(2).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan
- Unicef, 1989. *The State Word of Children. Conceptual Framework Malnutrition*
- Widiyanti, H., Saimi, & Khalik, L. A. (2021). Pengaruh Pemberdayaan Pmba Terhadap Kesadaran Kritis Keluarga Balita Stunting Di Kabupaten Lombok Tengah. *Jurnal Keperawatan*, 13(3), 625–636.
- Wiggins, N. (2011). Popular Education For Health Promotion And Community Empowerment: A Review Of The Literature. *Health Promotion International Advance*. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar046>
- Wijaya, A. F., Kuntariningsih, A., Sarwono, S., & Suryono, A. (2020). Development In Practice Malnutrition Mitigation And Community Empowerment Through The Sustainable Food Reserve Programme In Indonesia. *Development In Practice*, 0(0), 1–12. <https://doi.org/10.1080/09614524.2020.1782845>
- Witari, N. P. D., Aryastuti, A. A. I., & Rusni, N. W. (2020). Emberdayaan Kelompok Ibu Yang Memiliki Balita Berisiko Stunting Di Banjar Triwangsa-Payangan Gianyar Bali. *Jurnal Sewaka Bhakti*, 05(02), 1–9.

Yin, Robert. (2002). *Studi Kasus Desain & Metode* (edisi revisi). Rajawali Pers
Divisi Buku Perguruan Tinggi, cetakan ke-16.

Unicef, 1989. *The State Word of Children. Conceptual Framework Malnutrition*

LAMPIRAN



LEMBAR INFORMASI CALON SUBYEK PENELITIAN

Saya, Syamsinar, mahasiswa/i program pascasarjana dari Fakultas Kedokteran-Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada akan melakukan penelitian yang berjudul “Peran pemberdayaan Masyarakat dan Tenaga Kesehatan Dalam Mengatasi Malnutrisi di Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung”. Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi Peran pemberdayaan Masyarakat dan Tenaga Kesehatan Dalam Menanggulangi Masalah Balita Gizi Kurang di Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung

Penelitian ini mengajak saudara/i untuk ikut serta dalam penelitian ini. Penelitian ini membutuhkan sekitar 14 subyek penelitian dengan jangka waktu keikutsertaan masing-masing subyek sekitar 60-90 menit.

1. Kesukarelaan untuk ikut penelitian

Anda bebas memilih keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa ada paksaan. Bila anda sudah memutuskan untuk ikut, anda juga bebas untuk mengundurkan diri.

2. Prosedur Penelitian

Apabila anda bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, anda dimintai menandatangani lembar persetujuan ini rangkap dua, satu untuk anda simpan dan satu untuk peneliti, prosedur selanjutnya anda akan diwawancara seputar pelaksanaan pemberdayaan Masyarakat dan Tenaga Kesehatan Dalam Menanggulangi Masalah Balita Gizi Kurang di Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Diharapkan anda dapat menjawab secara jujur dan sesuai dengan keadaannya dan pengalaman anda sendiri.

3. Kewajiban Subyek Penelitian.

Sebagai subyek penelitian, saudara/i berkewajiban mengikuti aturan atau

petunjuk penelitian seperti yang tertulis, bila ada yang belum jelas, saudara/i bisa bertanya lebih lanjut kepada peneliti.

4. Manfaat Penelitian

Keuntungan langsung yang anda dapatkan yaitu penelitian ini sebagai informasi, edukasi serta referensi bagi pemerintah dan stakeholder terkait Peran Pemberdayaan Masyarakat dan Tenaga Kesehatan Dalam Menanggulangi Masalah Balita Gizi Kurang di Kabupaten Bangka Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

5. Risiko Penelitian

Risiko yang mungkin terjadi dalam penelitian ini adalah responden merasa tidak enak atau tidak nyaman dengan beberapa pertanyaan yang terdapat dalam penelitian ini.

6. Kerahasiaan

Semua informasi yang berkaitan dengan identitas subyek penelitian akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh peneliti. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas subyek penelitian.

7. Kompensasi

Sebagai ucapan terimakasih telah berpartisipasi dalam penelitian ini saudara/i akan mendapatkan souvenir berupa botol minum sport 650 ml dari peneliti.

8. Pembiayaan

Semua biaya yang terkait penelitian seperti ATK dan souvenir akan ditanggung oleh peneliti.

9. Informasi Tambahan

Saudara diberikan kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu membutuhkan penjelasan lebih lanjut, saudara/i dapat menghubungi **Syamsinar** pada nomor *handphone* 085268682878.

Saudara/i juga dapat menanyakan tentang penelitian kepada Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran-Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM (Telp. 0274-588688 ext 17225 atau +62811-2666-896; email : mhrec_fmugm@ugm.ac.id).

RAHASIA
HANYA UNTUK PENELITIAN



**PERAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN TENAGA
KESEHATAN DALAM MENANGGULANGI MALNUTRISI
DI KABUPATEN BANGKA PROVINSI KEPULAUAN
BANGKA BELITUNG**

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Minat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan
Fakultas Kedokteran-Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Semua penjelasan tersebut telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada Syamsinar.

Dengan menandatangani formulir, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

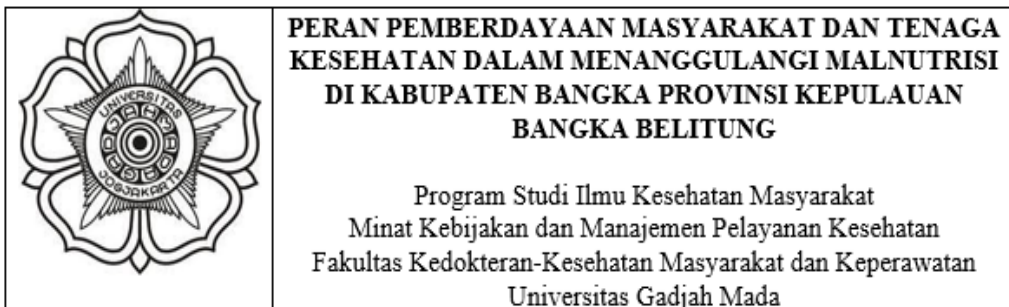
Tanda tangan subyek penelitian :

(Nama Jelas :.....)

Tanda Tangan Saksi :

(Nama Jelas :.....)

Tanggal :



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Informan ke- :
 Kode Informan :
 Nama/Inisial :
 Jabatan :
 Tanggal Wawancara :
 Waktu :
 Suasana/*Setting* :

1. Bagaimana pelaksanaan kegiatan kampung KB?
2. Siapa pemegang kuasa atau kebijakan dalam kampung KB?
3. Siapakah sebagai manajer programnya?
4. Siapa yang menjadi pengawas dan mengevaluasi mutu program tersebut?
5. Siapa saja yang berperan sebagai staf pendukung kegiatan tersebut?
6. Apakah petugas yang terlibat dalam kampung KB direkrut dengan sistem kontrak?
7. Apakah petugas yang terlibat mendapatkan insentif?
8. Bagaimana sistem informasi yang ada di kampung KB?
9. Bagaimana dengan sistem logistik di kampung KB?
10. Bagaimana dengan pekerja frontline?
11. Siapa saja petugas kesehatan yang terlibat dalam program kampung KB?
12. Paket layanan apa saja yang didapat di kampung KB ?
13. Siapakah klien nya?

14. Bagaimana pola asuh orang tua dalam pengaturan pola makan anak-anaknya?
15. Bagaimana manfaat dari kegiatan ini dalam rangka menanggulangi masalah balita gizi kurang?
16. Bagaimana sistem logistik seperti vaksin, alat pemeriksaan kesehatan, dll?
17. Bagaimana dukungan Pemerintah Desa terhadap program dalam menanggulangi masalah balita gizi kurang?
18. Bagaimana dengan financing/pembiayaan nya?
19. Apakah di Dusun Air Anyir mempunyai keluarga prasejahtera? Atau keluarga prasejahtera dengan anggota keluarganya terdapat balita?
20. Bagaimana partisipasi keluarga yang prasejahtera di dalam Kampung KB?
21. Benarkah masyarakat peduli terhadap keluarga miskin yang ada disekitarnya?
22. Layanan Apa saja yang didapat keluarga prasejahtera dalam Kampung KB tersebut
23. Apakah keluarga prasejahtera aktif dalam kegiatan posyandu?
24. Apakah aktif dalam program Program Keluarga Harapan (PKH)
25. Bagaimana partisipasi petugas Kesehatan di dalam kampung KB
26. Apa peran petugas Kesehatan di dalam kampung KB tersebut?
27. Apa peran petugas Kesehatan di dalam kampung KB tersebut?
28. Siapa yang paling berpengaruh dalam program yang ada di kampung KB tersebut?

