

GAMBARAN KEMANDIRIAN GIZI MASYARAKAT DAN PELAYANAN KESEHATAN SERTA KEJADIAN KEP DI DESA SIAGA KOTA PROBOLINGGO

(Description of Community Nutritional Self-Supporting, Public Health Service and Protein Energy Malnutrition Prevalence at Desa Siaga in Probolinggo City)

*** Leersia Yusi Ratnawati**

ABSTRACT

Desa Siaga was a village that has self-supporting skill to prevent and overcome health problems. This program has purpose to increase community knowledge and awareness about health, to increase community ability and desire in health self supporting. It was a descriptive research to describe the nutritional self -supporting, public health service and Protein Energy Malnutrition(PEM) Prevalence (using Weight for Age Index, WHO/NCHS standard) in some Desa Siaga in Probolinggo City. Sampling tehcnique was using Purposive Sampling. The result showed that community nutritional self-supporting was good. It was showed by good nutritional knowledge and practice, good emergency reaction on nutritional problem, and nutritional garden ownership by respondent. But, it was need an increasing of public health service in every community area and the using of the service also. Those potencial aspects can be a modal to decrease PEM prevalence and develop Desa Siaga Program.

Keywords: *Community Nutritional Self-Supporting, Public Health Service, Protein Energy Malnutrition*

PENDAHULUAN

Desa Siaga adalah desa yang memiliki kesiapan kemampuan untuk mencegah dan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, serta meningkatkan kemampuan dan kemauan masyarakat desa menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan. (Departemen Kesehatan RI, 2006). Pengembangan desa siaga dilaksanakan melalui penggerakan dan pengorganisasian masyarakat agar kelestariannya lebih terjamin. Oleh karena itu, model peningkatan gizi masyarakat yang digunakan pemerintah melalui program

* *Leersia Yusi R, S.KM., M.Kes. Adalah Staf Dosen FKM Universitas Jember*

desa siaga adalah dengan menitikberatkan pada pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi.

Melalui penancangan Desa Siaga diharapkan mampu menciptakan pelayanan kesehatan masyarakat secara mandiri, atau layanan kesehatan oleh masyarakat untuk masyarakat. Oleh karena itu upaya pemberdayaan masyarakat agar rela dan mau berpartisipasi secara aktif dalam program Desa Siaga perlu dirancang secara tepat. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan akan menghasilkan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan. Dengan demikian pemberdayaan masyarakat merupakan proses, sedangkan kemandirian merupakan hasil. Kemandirian masyarakat di bidang kesehatan artinya kemampuan untuk dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada di lingkungannya, kemudian merencanakan dan melakukan cara pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat tanpa tergantung pada bantuan dari luar (Departemen Kesehatan RI, 2006: 4).

Selain itu, salah satu kriteria desa siaga adalah apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Poskesdes merupakan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Adapun pelayanannya meliputi upaya-upaya promotif, preventif dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya. Penancangan program desa siaga oleh pemerintah pusat telah memacu pemerintah Kota Probolinggo untuk melaksanakan program tersebut dengan mencanangkan beberapa kelurahan menjadi kelurahan siaga. Namun sampai tahun 2008 masih banyak ditemui kasus gizi kurang di masyarakat. Profil kesehatan Kota Probolinggo tahun 2007 menunjukkan prevalensi KEP di Kota Probolinggo mencapai 15,77%. Dan diantaranya adalah jumlah BGM 2,17% dan gizi buruk 0,01%. Untuk itu perlu diteliti bagaimana tingkat kemandirian gizi masyarakat dan pelayanan kesehatan serta kejadian KEP di Kota Probolinggo.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan fenomena kemandirian gizi masyarakat dan pelayanan kesehatan serta kejadian KEP di beberapa desa siaga Kota Probolinggo. Variabel penelitian meliputi: kemandirian masyarakat (pengetahuan dan perilaku kadarzi, sistem tanggap darurat gizi dan pemanfaatan pekarangan untuk taman gizi), pelayanan kesehatan (ketersediaan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan penggunaan pelayanan kesehatan), dan status gizi balita (berdasarkan indeks BB/U dengan standar baku WHO/NCHS).

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2008. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen kuesioner dan pengukuran BB dengan menggunakan DACIN. Hasil

penelitian disajikan dengan menggunakan grafik. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh desa/kelurahan siaga di Kota Probolinggo. Metode penentuan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan metode *Purposive Sampling*, yaitu penentuan sampel yang didasarkan atas pertimbangan dalam penelitian ini. Jumlah sampel penelitian 80 responden berasal dari 8 desa siaga di 4 kecamatan yaitu: Jrebeng Wetan dan Jrebeng Kulon di Kecamatan Kadopok, Trisnonegaran dan Kanigaran di Kecamatan Kanigaran, Sumbertaman dan Kedungasem di Kecamatan Wonoasih serta Mangunharjo dan Mayangan di Kecamatan Mayangan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Profil Kesehatan Kota Probolinggo tahun 2007 menunjukkan bahwa Kota Probolinggo mempunyai luas wilayah 56,667 Km² yang terdiri dari 29 kelurahan, tersebar di 3 kecamatan yaitu Wonoasih, Kademangan dan Mayangan. Pada tahun 2008, wilayah kota Probolinggo mengalami pemekaran menjadi 5 kecamatan, ada 2 kecamatan yang mengalami pemekaran yaitu Mayangan menjadi kecamatan Mayangan dan Kanigaran dan Wonoasih menjadi kecamatan Wonoasih dan Kadopok. Jumlah kelurahan masih belum didapatkan dengan jelas. Jumlah penduduk Kota Probolinggo 209.050 jiwa, terdiri dari 102.301 laki-laki dan 106.747 perempuan dengan tingkat kepadatan penduduk sebesar 3,689 jiwa/km². Sesuai dengan karakteristik daerah sebagai kota administratif, sebagian besar mata pencaharian penduduk adalah Pegawai Negeri Sipil dan swasta dan juga buruh tani.

Status gizi balita sebagai indikator status gizi masyarakat Kota Probolinggo, dapat ditunjukkan dengan beberapa indikator, antara lain: Jumlah BBLR 4,98%, Balita yang naik berat badannya (N/D) 60,18%, prevalensi BGM 2,17% dan prevalensi gizi buruk 0,01%. Upaya Pelayanan Kesehatan untuk Balita telah dilakukan untuk 56,63% untuk WUS dan tablet Fe untuk ibu hamil Fe1 66,03% dan Fe3 56,32%. Pelayanan Deteksi dini tumbuh kembang balita mencapai 67,22%. (Profil Kesehatan Kota Probolinggo, 2007)

1. Kemandirian Gizi Masyarakat

1.1 Pengetahuan dan Perilaku Kadarzi

Pengetahuan gizi masyarakat diukur melalui pengisian angket pengetahuan gizi. Pengetahuan gizi yang baik diharapkan dapat menghasilkan perilaku gizi yang baik. Perilaku gizi yang baik dapat memperbaiki pola hidup terutama pola makan sehingga asupan makanan terpenuhi dan status gizi menjadi lebih baik.

Data yang kami dapat menunjukkan bahwa dari 80 responden yang diteliti, 18 orang (22,50%) tingkat pengetahuan gizinya termasuk dalam kategori baik, 44 orang (55%) cukup, dan 18 orang (22,50%) termasuk dalam kategori kurang.

Hasil penilaian perilaku gizi setara dengan hasil penilaian pengetahuan gizi, yaitu: dari 80 responden yang diteliti, 7 orang (8,80%) termasuk dalam kategori baik, dan 46 orang (57,50%) termasuk dalam kategori cukup, dan 27 orang (33,80%) dalam kategori kurang.

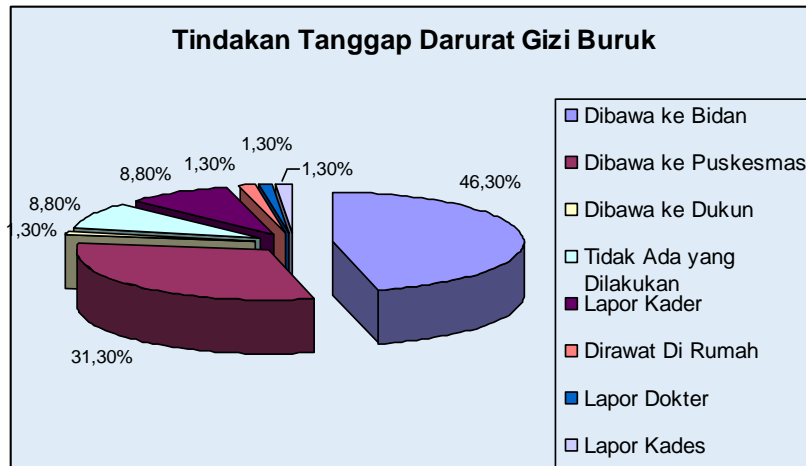
Hasil ini menunjukkan perilaku gizi seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan gizinya. Masyarakat telah melakukan perilaku sadar gizi dan mengetahui manfaat dari perilaku tersebut. Contohnya masyarakat rutin menimbang balita ke posyandu, memberikan imunisasi atau suplementasi kapsul vitamin A, yodium serta mengetahui manfaatnya bagi balitanya. Contoh lain adalah masyarakat tahu bahwa makan yang dimakan harus seimbang dan beraneka ragam, serta mereka tahu maksud dari penganekaragaman makanan. Hal ini menjadi indikasi bahwa pengetahuan masyarakat telah cukup memperkuat alasan masyarakat berperilaku sadar gizi, bukan hanya sekedar karena anjuran dari tenaga kesehatan atau pihak lain yang terkait.

1.2 Pengetahuan dan Sikap Tanggap Darurat terhadap Kasus Gizi Buruk

Definisi yang benar tentang gizi buruk menyangkut ciri-ciri gizi buruk merupakan modal penting dalam kegiatan tanggap darurat gizi buruk. Kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi gizi buruk dapat meningkatkan kewaspadaan masyarakat sehingga kasus gizi buruk dapat dicegah atau ditangani lebih dini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 80 responden yang diteliti, 75,10% menjawab benar, 10% menjawab salah, dan 15% menjawab tidak tahu. Hal ini menunjukkan potensi masyarakat dalam pengembangan tanggap darurat gizi buruk berbasis masyarakat.

Sistem tanggap darurat gizi buruk yang selama ini dijalankan oleh masyarakat dapat dilihat dari alur dan lama pelaporan gizi buruk oleh masyarakat.



Data yang diperoleh menunjukkan bahwa alur pelaporan kasus gizi buruk adalah: 37 orang (46,30%) dibawa ke tenaga kesehatan, 25 orang (31,30%) dibawa ke pelayanan

kesehatan/ puskesmas, masing-masing 7 orang (8,80%) lapor pada kader dan tidak ada yang dilakukan, serta 1 orang (1,30%) masing-masing dibawa ke dukun, dirawat di rumah, lapor dokter, serta lapor kades. Sedangkan lama pelaporan/tindakan adalah, 32 orang (40%) langsung melaporkan kasus gizi buruk yang telah ditemukan, 8 orang (10%) melaporkannya dalam waktu 1-24 jam, 33 orang (41,30%) melaporkannya dalam waktu > 24 jam, sedangkan 4 orang (5%) menyatakan tidak melaporkannya, dan 3 orang (3,80%) menyatakan tidak tahu.

Dari data diatas diketahui bahwa sebagian alur pelaporan gizi buruk masyarakat sudah benar yaitu dibawa ke petugas/sarana pelayanan kesehatan dan sebagian besar (50%) lama pelaporan sudah sesuai dengan ketentuan tata laksana gizi buruk yaitu dilaporkan < 24 jam. Namun, masih ada sebagian kecil responden yang membiarkan saja tidak melakukan tindakan apapun, hal ini perlu diwaspadai dan perlu tindakan untuk sosialisasi sistem tanggap darurat gizi buruk.

Tersedianya alat komunikasi di desa adalah salah satu hal yang menunjang kegiatan surveilans dan tanggap darurat gizi buruk. Data menunjukkan bahwa dari 80 responden yang diteliti, 70 orang (87,50%) mengatakan bahwa menggunakan pengeras suara di masjid sebagai alat komunikasi di desanya, 7 orang (8,80%) menggunakan kentongan, sedangkan dari mulut ke mulut serjumlah 3 orang (3,80%). Artinya bahwa sistem komunikasi di desa sudah tersedia, baik yang bersifat tradisional (kentongan dan dari mulut ke mulut) maupun dengan menggunakan alat pengeras suara yang tersedia di masjid. Ini mejadi salah satu modal atau sumberdaya yang mendukung penerapan sistem tanggap darurat gizi. Dengan adanya alat komunikasi tersebut dapat mendukung kelancaran alur perjalanan informasi di desa tersebut.

1.3 Pemanfaatan Pekarangan Untuk Taman Gizi

Pemanfaatan pekarangan untuk taman gizi merupakan salah satu kegiatan dari desa siaga untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam pemenuhan kebutuhan pangan. Masyarakat secara mandiri mampu memenuhi sebagian kebutuhan pangannya sendiri dengan menanam tanaman pangan di tanah pekarangannya. Hal ini merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga.

Data yang kami dapatkan menunjukkan bahwa dari 80 responden yang diteliti, 55 orang (68,80%) tidak memanfaatkan pekarangannya untuk taman gizi, sedangkan 25 orang (31,30%) memanfaatkan pekarangannya untuk taman gizi.

Dari data di atas dapat diketahui bahwa pemanfaatan tanah pekarangan untuk taman gizi sudah dilakukan oleh sebagian masyarakat, namun belum maksimal. Oleh karena itu perlu ada program taman gizi untuk meningkatkan ketahanan pangan keluarga secara mandiri. Dampaknya, dengan tercukupinya pangan maka status gizi masyarakat diharapkan juga menjadi lebih baik.

2. Pelayanan Kesehatan

2.1 Ketersediaan pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan

Kota Probolinggo, dengan potensi sarana pelayanan kesehatan yang dimiliki, dapat menjadi langkah awal dalam pembentukan dan pengembangan desa siaga. Setiap kecamatan mempunyai Puskesmas, bahkan di kecamatan Mayang terdapat 3 Puskesmas. Selain itu juga ada 18 Puskesmas Pembantu. Posyandu sebagai UKBM yang paling siap dalam pembentukan desa siaga. Posyandu telah dilakukan revitalisasi sejak akhir tahun 2005 dengan berbagai rangkaian kegiatan dilaksanakan secara menyeluruh dengan sasaran memantapkan kelembagaan posyandu, kemampuan kader dan sarana posyandu diharapkan dapat meningkatkan kinerja posyandu, sehingga posyandu di Jawa Timur siap menjadi salah satu UKBM yang mengawali terbentuknya Desa Siaga. Poskestren, dengan jumlah 826 dari 4075 pondok pesantren. Dengan

Data primer yang kami dapatkan dari hasil wawancara dengan responden dari dinas kesehatan yang diwakili oleh Kasie Gizi, Pemegang program desa siaga, dan dari puskesmas diwakili oleh Kepala Puskesmas dan petugas gizi, didapatkan bahwa tenaga kesehatan secara kuantitatif cukup untuk pelaksanaan program desa siaga. Selain itu *material* yang berkaitan dengan ketersediaan obat-obatan dan peralatan medis, metode yang berkaitan dengan kegiatan pelayanan kesehatan baik preventif, promotif, kuratif serta rehabilitatif, dan *machine* yang berkaitan dengan prasarana dan alat transportasi juga dalam kondisi cukup memadai. Sarana pelayanan kesehatan tingkat kabupaten, kecamatan, dan desa juga cukup memadai. Ketersediaan dana untuk program gizi, masih berasal dari pemerintah pusat dan kabupaten, dan untuk dana yang bersumber dari dana kas desa atau dana sehat dari masyarakat belum ada.

Selain faktor dana (*money*) yang perlu menjadi perhatian khusus adalah tenaga kesehatan. Berdasarkan wawancara di dinas kesehatan, menunjukkan bahwa ketersediaan tenaga kesehatan, tidak semua wilayah/desa tersedia tenaga kesehatan (bidan desa). Selain itu, juga diperlukan tenaga gizi yang kompeten dalam bidang perbaikan gizi masyarakat. Peningkatan kuantitas tenaga kesehatan harus diiringi dengan peningkatan kualitas melalui peningkatan kemampuan dan ketrampilan tenaga kesehatan. Dari hasil wawancara dengan berbagai pihak yang terkait dengan pelaksanaan desa siaga, seperti: Dinas Kesehatan, Puskesmas, kepala desa, bidan desa menunjukkan bahwa perlu adanya peningkatan ketrampilan kader untuk mendukung pelaksanaan tugasnya sebagai tenaga kesehatan yang langsung berinteraksi dengan masyarakat terutama dalam menilai status kesehatan dan status gizi masyarakat.

2.2 Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Data menunjukkan bahwa dari 80 responden yang diteliti, upaya kesehatan yang paling banyak dilakukan adalah membeli obat di warung (41,30%). Upaya lain adalah

menggunakan pelayanan kesehatan sejumlah 29 orang (36,3%), menggunakan obat tradisional sebanyak 17 orang (21,30%), dan dibawa ke dukun sejumlah 1 orang (1,30%).

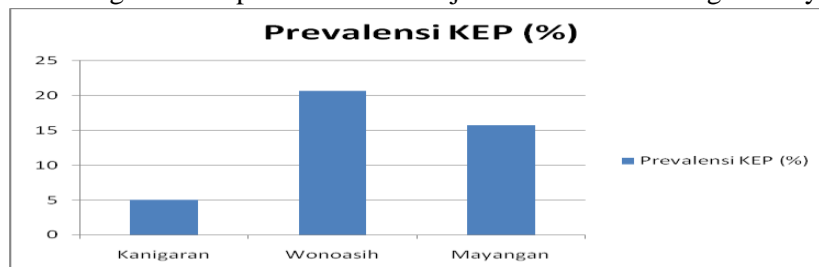
Berdasarkan data diatas, sebagian kecil yaitu 36,3% masyarakat berobat dengan datang ke sarana pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan masih rendahnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan, dan kepercayaan masyarakat akan fungsi pelayanan kesehatan. Kondisi ini sesuai dengan tujuan desa siaga yaitu mewujudkan masyarakat yang sadar dan mau, serta mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan, penyakit infeksi/menular. Upaya lain yang dilakukan sebagian besar masyarakat adalah beli obat di warung. Hal tersebut dapat berarti kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan, atau gejala penyakit yang diderita hanya ringan. Hal yang harus diperhatikan pada kondisi ini adalah penggunaan obat yang berlebihan dapat menyebabkan gangguan organ dalam tubuh yang bila terjadi terus menerus akan menimbulkan kematian.

Selain itu, data menunjukkan bahwa dari 80 responden yang diteliti, sarana pelayanan kesehatan yang paling banyak digunakan adalah puskesmas, yaitu sejumlah 53 orang (66,30%) dan bidan/dokter praktek swasta sejumlah 14 orang (17,50%). Selanjutnya berturut-turut dengan jumlah semakin sedikit adalah rumah sakit 11 orang (13,80%), polindes/poskesdes 1 orang (1,30%), dan tidak menggunakan sarana pelayanan kesehatan sejumlah 1 orang (1,30%).

Berdasarkan data diatas, sebagian besar responden menggunakan puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan. Sedangkan penggunaan poskesdes/polindes sangat rendah yaitu hanya sebesar 1,30%. Padahal pada program desa siaga, penggunaan poskesdes oleh masyarakat desa adalah penting. Poskesdes merupakan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Adapun pelayanannya meliputi upaya-upaya promotif, preventif dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya.

3. Prevalensi KEP

Angka prevalensi Kekurangan Energi Protein (KEP) atau masyarakat banyak menyebut kasus gizi buruk pada balita menunjukkan kondisi status gizi masyarakat.



Data yang kami dapat menunjukkan bahwa prevalensi KEP pada wilayah penelitian ini masih tinggi. Prevalensi pada Kota Probolinggo masih tinggi yaitu 15,77%. Kecamatan Wonoasih merupakan kecamatan dengan prevalensi KEP tertinggi mencapai 20,69%. Angka tersebut diatas prevalensi KEP Kota Probolinggo. Namun, di kecamatan Kanigaran prevalensi KEP menunjukkan angka 5%. Kesenjangan angka ini menunjukkan perlu adanya upaya yang lebih intensif pada daerah kantong KEP di Kota Probolinggo, yaitu kecamatan Wonoasih.

Angka prevalensi KEP di Kota Probolinggo menunjukkan bahwa KEP masih merupakan masalah serius, sebab menurut ambang batas penentuan besaran masalah gizi, bila terdapat lebih dari 1% anak balita yang ada terdapat kasus gizi buruk, maka daerah tersebut mengalami masalah gizi berat.

Prevalensi KEP di Kota Probolinggo masih cukup tinggi, meskipun beberapa kelurahan telah dinyatakan sebagai kelurahan siaga. Namun, pengetahuan dan perilaku Kadarzi masyarakat yang sudah cukup baik perlu ditunjang dengan peningkatan perilaku yang lain seperti: penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan. Masyarakat cenderung melakukan pengobatan sendiri dengan membeli obat di warung/apotik ketika terjadi sakit. Dan yang paling penting adalah sikap tanggap darurat gizi buruk, diharapkan tidak ada lagi masyarakat yang tidak tahu apa yang harus dilakukan ketika menemukan balita menderita gizi buruk atau bahkan dibiarkan. Kejadian gizi buruk pada balita sebagian besar sifatnya akut, apalagi jika disertai dengan penyakit infeksi. Terdapat hubungan yang sinergis antara status gizi dan infeksi. (Supariasa, 2002).

SIMPULAN DAN SARAN

Kemandirian gizi masyarakat sudah cukup baik ditandai dengan pengetahuan dan perilaku kadarzi yang baik, sikap siaga terhadap tanggap darurat gizi buruk masyarakat dan pemanfaatan pekarangan untuk taman gizi oleh sebagian besar responden. Namun, perlu ada peningkatan ketersediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan status gizi masyarakat terutama balita. Unsur-unsur tersebut dapat menjadi potensi bagi program pengembangan kelurahan menjadi kelurahan siaga.

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan RI. 2000b. *Pedoman Kampanye Keluarga Mandiri Sadar Gizi (KADARZI)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

_____. 2002b. *Panduan Umum Keluarga Mandiri Sadar Gizi (KADARZI)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

- _____. 2002c. *Pedoman Umum Gizi Seimbang (Panduan Untuk Petugas)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- _____. 2002d. *Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Timur. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga di Jawa Timur*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Penggerakan dan Pemberdayaan Masyarakat Melalui Kemitraan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Kota probolinggo, 2007. *Profil Kesehatan Kota Probolinggo*. Probolinggo; Dinkes Kota probolinggo
- Notoatmojo, 2002. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Soekirman, 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya Untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional
- Supriasa, Bakri, an Fajar. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta:EGC.
- Surat Keputusan Menkes No. 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang ***Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga***
- Surat Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor: 188/23/KPTS/013/2007. *Sistem Kesehatan Propinsi Jawa Timur*. Surabaya.