



MANAJEMEN GIZI

TEORI DAN APLIKASINYA



Ahmad Faridi ■ Chandra Pranata ■ Suriana Koro ■ La Banudi
Tasnim ■ Ratna Zahara ■ Nova Gerungan ■ Rina Doriana Pasaribu
Siti Meilan Simbolon ■ Risma Sake

MANAJEMEN GIZI

TEORI DAN APLIKASINYA



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Manajemen Gizi Teori dan Aplikasinya

Ahmad Faridi, Chandra Pranata, Suriana Koro, La Banudi
Tasnim, Ratna Zahara, Nova Gerungan, Rina Doriana Pasaribu
Siti Meilan Simbolon, Risma Sake



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Manajemen Gizi Teori dan Aplikasinya

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

Ahmad Faridi, Chandra Pranata, Suriana Koro, La Banudi
Tasnim, Ratna Zahara, Nova Gerungan, Rina Doriana Pasaribu
Siti Meilan Simbolon, Risma Sake

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Ahmad Faridi., dkk.

Manajemen Gizi: Teori dan Aplikasinya

Yayasan Kita Menulis, 2023

xiv; 154 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-868-2

Cetakan 1, Juni 2023

- I. Manajemen Gizi: Teori dan Aplikasinya
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Segala Puji dan Syukur kami panjatkan selalu kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa atas Rahmat dan Hidayah yang sudah diberikan sehingga kami dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Manajemen Gizi (Teori dan Aplikasinya)” dengan tepat waktu. Tujuan dari penulisan buku ini tidak lain sebagai bahan referensi untuk membantu dalam memahami konsep, teori dan aplikasi dalam manajemen gizi.

Buku ini juga akan memberikan informasi secara lengkap mengenai:

- Bab 1. Pengantar Manajemen Gizi
- Bab 2. Identifikasi Masalah Gizi
- Bab 3. Penentuan Prioritas Program Gizi
- Bab 4. Perencanaan Program Gizi
- Bab 5. Pelaksanaan Program Gizi
- Bab 6. Evaluasi Program Gizi
- Bab 7. Keterlibatan Masyarakat Pada Program Gizi
- Bab 8. Pemberdayaan Masyarakat Pada Program Gizi
- Bab 9. Isu-Isu Terkini Program Gizi
- Bab 10. Instrumen Pada Program Gizi

Kami sadar bahwa penulisan buku ini bukan merupakan buah hasil kerja keras kami sendiri. Ada banyak pihak yang sudah berjasa dalam membantu kami di dalam menyelesaikan buku ini. Maka dari itu, kami mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini. Pada kesempatan ini, penulis membuka ruang bagi para akademisi, praktisi dan para pembaca sekalian untuk memberikan saran, masukan maupun kritik yang sifatnya membangun demi penyempurnaan buku ini menjadi lebih sempurna.

Tangerang Selatan, Juni 2023

Ahmad Faridi dan Tim

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Pengantar Manajemen Gizi

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi Manajemen	3
1.3 Fungsi Manajemen	6
1.4 Manajemen Gizi	9

Bab 2 Identifikasi Masalah Gizi

2.1 Masalah gizi	11
2.2 Kurang Energi Protein.....	12
2.3 Stunting	12
2.3.1 Faktor Risiko Stunting	13
2.3.2 Dampak Stunting	14
2.3.3 Penanggulangan Stunting	15
2.4 Vitamin	16
2.4.1 Vitamin A	16
2.4.2 Vitamin C	17
2.4.2 Vitamin D	17
2.4.3 Vitamin dalam Makanan	18
2.5 Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi	19
2.5.1 Umur	19
2.5.2 Frekuensi Makan	19
2.5.3 Asupan Energi	19
2.5.4 Asupan Protein	20
2.5.5 Asupan Karbohidrat	20
2.5.6 Asupan Lemak	20
2.5.7 Tingkat Pendidikan	21
2.6 Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan.....	21

Bab 3 Penentuan Prioritas Program Gizi

3.1. Pendahuluan.....	23
3.2. Perencanaan Dan Intervensi Gizi	24
3.3. Rencana Intervensi	25
3.3.1 Identifikasi Masalah.....	25
3.3.2 Metoda Penentuan Prioritas Masalah Gizi	29
3.3.3 Penyebab Masalah	36
3.3.4 Alternatif Tindakan Pemecahan Masalah	39
3.3.5 Penyusunan Rencana Operasional.....	41
3.3.6 Monitoring dan Evaluasi	46

Bab 4 Perencanaan Program Gizi

4.1 Pendekatan dalam Perencanaan Program.....	51
4.2 Perencanaan Program	55
4.3 Pendekatan Sistem Perencanaan Gizi.....	58

Bab 5 Pelaksanaan Program Gizi

5.1 Pendahuluan.....	63
5.2 Pelaksanaan Program Gizi	66
5.2.1 Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Gizi.....	66
5.2.2 Peningkatan Kualitas Pelayanan Gizi.....	67
5.2.3 Peningkatan Pendidikan Gizi.....	68
5.2.4 Peningkatan Manajemen Pelaksanaan Gizi.....	69

Bab 6 Evaluasi Program Gizi

6.1 Pendahuluan.....	73
6.2 Gambaran Umum Program Gizi di Indonesia.....	75
6.3 Evaluasi Program Gizi di Indonesia.....	76

Bab 7 Keterlibatan Masyarakat pada Program Gizi

7.1 Pendahuluan.....	83
7.2 Pentingnya Gizi dalam Kesehatan Masyarakat.....	84
7.3 Peran Masyarakat dalam Program Gizi	86
7.3.1 Pendidikan dan Penyuluhan.....	86
7.3.2 Keterlibatan Keluarga.....	88
7.3.3 Pembentukan Kelompok Masyarakat	90
7.4 Implementasi Program Gizi yang Melibatkan Masyarakat.....	91

Bab 8 Pemberdayaan Masyarakat dalam Program Gizi

8.1 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat	95
8.2 Prinsip Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	97
8.3 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat	98
8.4 Proses Pemberdayaan Masyarakat	100
8.5 Metode Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan	102
8.6 Strategi dan Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat	103
8.7 Prinsip Pemberdayaan	104
8.8 Pemberdayaan Masyarakat Dalam Program Gizi	107
8.8.1 Program Peningkatan Gizi Ibu dan Anak melalui Pemberdayaan Masyarakat Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)	107
8.8.2 Penanggulangan Stunting Berbasis Pemberdayaan Masyarakat	108
8.8.3 Pemberdayaan Masyarakat melalui Kegiatan 1000 Hari Kehidupan Pertama (HPK)	109

Bab 9 Isu-Isu Terkini Program Gizi

9.1 Pendahuluan	113
9.2 Stunting Menjadi Isu Prioritas Masalah Gizi	115
9.3 Program Gizi di Indonesia	116
9.3.1 Program Gizi Remaja Aksi Bergizi	118
9.3.2 Pendidikan Gizi dalam Pemberian Makanan Tambahan Lokal bagi Ibu Hamil dan Balita	120
9.3.3 Kampanye Isi Piringku	122

Bab 10 Instrumen pada Program Gizi

10.1 Pendahuluan	125
10.2 Definisi dan Tujuan Penyusunan Instrumen Gizi	127
10.3 Jenis-jenis Instrumen	128
10.3.1. Pengukuran Antropometri	128
10.3.2 Angket atau Kuesioner	130
10.3.3 Lembar Observasi yang Berisi Daftar Jenis Kegiatan Pengamatan	131
10.3.4 Lembar Cheklist Telah Dokumen	131
10.3.5 Interview Guide (Panduan Wawancara)	132
10.3.6 Forum Group Discussion (FGD)	132
5.4 Teknik Penyusunan Instrumen	133

Daftar Pustaka	135
Biodata Penulis	149

Daftar Gambar

Gambar 4.1: Siklus Pemikiran Perencanaan.....	52
Gambar 4.2: Masalah Gizi Berdasarkan Daur Kehidupan	53
Gambar 5.1: Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.....	64
Gambar 5.2: Penentu Status Gizi.....	64
Gambar 5.3: Poster Pedoman Gizi Seimbang	69
Gambar 9.1: Program Gizi Remaja Aksi Bergizi di Indonesia	119
Gambar 9.2: Isi Piringku	122

Daftar Tabel

Tabel 3.1: Simulasi Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan dengan Metoda Matematik.....	32
Tabel 3.2: Hasil Penetapan Skor para Panel Expert Dalam Penetapan Prioritas Masalah Kesehatan.....	34
Tabel 3.3: Pencapaian Program Gizi di suatu wilayah Puskesmas pada tahun 2022.....	35
Tabel 5.1: Indikator Kinerja Program dan Indikator Kinerja Kegiatan Program Pembinaan Gizi Masyarakat Tahun 2020 s.d 2024.....	70
Tabel 9.1: Survei Status Gizi Indonesia	114

Bab 1

Pengantar Manajemen Gizi

1.1 Pendahuluan

Pada dasarnya, setiap aspek kehidupan memerlukan pengaturan yang sesuai agar tindakan yang dilakukan menjadi efektif dan efisien. Sebagai contoh, setiap perusahaan memiliki tujuan yang telah ditetapkan. Tujuan tersebut memberikan arah bagi kegiatan perusahaan dan digunakan untuk mengukur efektivitasnya. Untuk mencapai tujuan tersebut, perusahaan harus mampu mengelola faktor-faktor produksi yang ada. Rencana strategis untuk sumber daya akan mengidentifikasi tujuan yang harus dipenuhi oleh sistem perusahaan di masa depan serta sumber daya yang diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut. Oleh karena itu, manajemen yang baik akan membantu organisasi menjadi lebih teratur dan terorganisir. Setiap individu mungkin memiliki pandangan yang berbeda tentang manajemen, tetapi konsep dasarnya tetap sama, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian. Secara umum, manajemen merupakan ilmu dan seni dalam merencanakan, mengorganisir, mengarahkan, dan mengawasi upaya para anggota organisasi serta penggunaan sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian yang baik, tindakan dapat menjadi lebih teratur. Manajemen yang baik juga akan berdampak positif terhadap produktivitas, karena keduanya memiliki hubungan yang erat (Riyadi, Munizu and Arif, 2021).

Di era ini, produktivitas tidak hanya mengacu pada kemampuan menyelesaikan tugas-tugas secara efisien, tetapi juga melibatkan kontribusi intelektual dan kreativitas untuk mengembangkan bisnis. Dunia bisnis saat ini membutuhkan lebih dari sekadar karyawan yang efisien. Dengan kata lain, untuk berprestasi optimal dalam lingkungan kerja dan bisnis saat ini, perhatian yang besar perlu diberikan pada efektivitas, bukan hanya berfokus pada upaya untuk bekerja lebih cepat dan teratur. Penekanan pada kualitas daripada kecepatan kerja (atau jumlah pekerjaan) tercermin dalam pendekatan baru terhadap manajemen waktu. Pendekatan tersebut menekankan bahwa menyelesaikan satu atau dua tugas dengan kualitas yang baik lebih memuaskan dan produktif daripada merencanakan banyak tugas tetapi tidak ada satupun yang diselesaikan. Dari penjelasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa manajemen yang baik akan meningkatkan produktivitas secara keseluruhan (Putri, Maharani and Nisrina, 2022).

Tenaga kesehatan yang bertugas dalam memberikan pelayanan gizi di puskesmas perlu memiliki pemahaman yang baik tentang proses manajemen gizi dalam menangani masalah gizi. Hal ini penting agar mereka dapat menentukan diagnosis dan intervensi gizi dengan akurat dan cepat, baik dalam pelayanan gizi untuk individu maupun masyarakat secara umum. Idealnya, tenaga yang bertanggung jawab atas pelayanan gizi di puskesmas haruslah tenaga profesional yang memiliki keahlian teknis dalam bidang gizi. Mereka harus mampu memberikan pelayanan gizi yang komprehensif, termasuk dalam aspek asuhan gizi klinis, asuhan gizi masyarakat, dan penyelenggaraan makanan sebagai bagian dari terapi bagi pasien. Proses asuhan gizi ini memerlukan pemahaman manajemen gizi yang sesuai dengan standar ditangani oleh tenaga gizi yang memiliki pendidikan minimal D3 Gizi. Namun, jika puskesmas tidak memiliki tenaga gizi dengan kualifikasi minimal D3, maka diharapkan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) yang ada di puskesmas memiliki pendidikan minimal D3 di bidang kesehatan lainnya, dengan pengetahuan dan pemahaman tentang manajemen gizi sebagai persyaratan dasar (Faridi et al., 2023).

Peningkatan kualitas sumber daya manusia dapat dimulai dengan mengatasi pertumbuhan anak melalui peran keluarga yang memberikan asupan gizi dan perawatan yang baik. Dengan memiliki lingkungan keluarga yang sehat, risiko infeksi menular dan penyakit masyarakat lainnya dapat dihindari. Pada tingkat masyarakat secara umum, faktor-faktor seperti lingkungan yang higienis, ketahanan pangan keluarga, pola asuh terhadap anak, dan pelayanan kesehatan

primer memiliki peran penting dalam membentuk anak yang bebas dari masalah gizi buruk. Dalam skala yang lebih luas, diperlukan kebijakan yang tegas, strategi yang baik, regulasi yang sesuai, dan koordinasi lintas sektor antara pemerintah dan semua pihak terkait. Hal ini bertujuan untuk memastikan pelaksanaan poin-poin penting seperti pemberdayaan masyarakat, upaya pengentasan kemiskinan, ketahanan pangan, dan pendidikan. Langkah-langkah tersebut secara tidak langsung akan mengubah budaya buruk dan paradigma di kalangan masyarakat bawah dalam hal perawatan gizi terhadap keluarga, termasuk anak-anak (Anisa and Pribadi, 2018).

1.2 Definisi Manajemen

Secara umum, manajemen adalah ilmu dan seni perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan terhadap usaha-usaha anggota organisasi dan pemanfaatan sumber daya organisasi guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Menurut Ramirez (2016), manajemen merupakan proses yang melibatkan kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian yang dilakukan untuk mencapai tujuan perusahaan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Dalam pengertian tersebut, terdapat aktivitas-aktivitas khusus dalam manajemen yang merupakan proses untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Dalam mempelajari manajemen gizi, terdapat lima pendekatan yang dapat digunakan dalam mengkaji fungsi dan unsur manajemen, antara lain:

1. Manajemen berdasarkan sasaran (Management by Objective) pertama kali diperkenalkan oleh Peter Drucker dalam bukunya yang berjudul *The Practice of Management* pada tahun 1954. Konsep ini juga dikenal dengan sebutan manajemen berdasarkan hasil (management by result), *goals management*, *work planning and review*, dan sejenisnya yang pada dasarnya memiliki arti yang sama. Pendekatan manajemen berdasarkan sasaran ini menekankan pentingnya tujuan dalam perencanaan yang efektif dengan menetapkan prosedur pencapaian yang formal maupun informal. Proses ini dimulai dengan menetapkan tujuan yang akan dicapai, dilanjutkan dengan

pelaksanaan kegiatan sampai selesai, dan kemudian dilakukan peninjauan terhadap pekerjaan yang telah dilakukan. Pendekatan manajemen berdasarkan sasaran ini melibatkan penggabungan sumber daya organisasi menjadi satu kesatuan yang berfungsi untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya (Po et al., 2019).

Manajemen berdasarkan sasaran merupakan proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian upaya dari anggota organisasi serta pemanfaatan semua sumber daya yang tersedia dalam organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Sasaran dalam pendekatan ini harus memenuhi persyaratan SMART, yaitu spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, relevan, dan memiliki batasan waktu. Salah satu metode yang digunakan dalam manajemen berdasarkan sasaran adalah *Management by Objective* (MBO), yang melibatkan partisipasi bawahan dan manajer di setiap tingkatan organisasi dalam merumuskan misi atau sasaran yang dapat diukur. Sasaran ini digunakan sebagai panduan dalam operasionalisasi unit kerja. Langkah-langkah dalam pelaksanaan MBO meliputi meninjau sasaran organisasi, merumuskan sasaran kerja individu, memantau perkembangan, dan mengevaluasi kinerja karyawan. Salah satu contoh penerapan manajemen berdasarkan sasaran dapat ditemukan dalam organisasi puskesmas. Sebagai kepala seksi gizi, tugas utama adalah mengatur pekerjaan staf yang bekerja di bawahnya. Ka seksi gizi perlu memahami visi dan misi serta mampu mengajak staf untuk menerjemahkan visi dan misi tersebut ke dalam rencana strategis dan operasional program-program gizi. Sebagai pimpinan, ka seksi gizi harus menjelaskan secara operasional visi dan misi serta mengarahkan kegiatan yang akan dilakukan oleh tim gizi untuk mencapai tujuan pelayanan gizi. Oleh karena itu, keterampilan dalam merumuskan strategi dan kebijakan pengembangan program sangat penting bagi seorang ka seksi gizi agar sesuai dengan masalah gizi dan kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah

kerjanya. Tim gizi juga harus memahami dan terampil dalam merumuskan masalah program yang dihadapi oleh unit kerjanya serta masalah gizi kesehatan masyarakat yang berkembang sesuai dengan bidang dan wilayah yang mereka tangani (Po et al., 2019).

2. Manajemen melibatkan kerja sama dengan orang lain untuk mencapai tujuan bersama. Dengan pendekatan ini, kita dapat mempelajari fungsi manajemen melalui proses kerja sama antara pimpinan dan stafnya dalam mencapai tujuan organisasi. Selain itu, sumberdaya seperti dana dan material merupakan hal yang penting dalam manajemen. Manajemen harus mampu mengelola sumberdaya ini dengan baik untuk mencapai tujuan organisasi. Sebagai contoh, dalam bidang gizi, seorang ahli gizi di puskesmas dapat memberikan bantuan pemberian makanan tambahan pada ibu hamil untuk meningkatkan status gizinya. Selain itu, adanya staf gizi yang dapat memantai ibu-ibu hamil selama pemberian makanan tambahan juga menjadi penting. Ahli gizi dan staf gizi merupakan sumberdaya manusia yang penting dalam melaksanakan program gizi kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pengembangan tugas gizi di suatu organisasi kesehatan memiliki peranan yang penting dalam manajemen.
3. Dalam perspektif perilaku manusia, manajemen melibatkan interaksi manusia sebagai sumber daya utama. Perilaku organisasi ini dapat dipelajari untuk memahami manajemen. Perilaku organisasi dipengaruhi oleh kepemimpinan yang mampu memotivasi staf. Dalam konteks organisasi profesi gizi, seperti PERSAGI, seorang kepala PERSAGI perlu memiliki kemampuan untuk memotivasi seluruh anggota dengan latar belakang permasalahan yang berbeda-beda.
4. Manajemen adalah sebuah proses yang dapat dipelajari melalui fungsi-fungsi manajemen. Fungsi-fungsi manajemen meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, dan penilaian. Sebagai contoh, dalam manajemen kesehatan, seorang kepala gizi harus dapat menjalankan fungsi-fungsi manajemen dalam

melaksanakan program-program gizi baik di masyarakat maupun di rumah sakit.

5. Manajemen merupakan ilmu terapan yang harus memperhatikan fungsi sosialnya dalam masyarakat, yaitu memiliki kegunaan yang dapat diterapkan dalam setiap organisasi untuk mencapai tujuan. Sebagai contoh, dalam sebuah puskesmas, kepala puskesmas harus memiliki pengetahuan yang luas dan terus mengembangkan diri dengan mempelajari berbagai ilmu yang terkait dengan tugas-tugasnya. Sebagai seorang S.Gz yang memimpin organisasi kesehatan, kepala gizi di rumah sakit harus mampu mengelola dana, memahami kebijakan anggaran pemerintah, dan menghitung pengeluaran biaya kesehatan untuk menjaga gizi kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya (Po et al., 2019).

1.3 Fungsi Manajemen

Pekerjaan yang dilakukan oleh manajer saat mengelola perusahaan dapat dikelompokkan ke dalam fungsi-fungsi manajemen yang memiliki tujuan tertentu. Fungsi manajemen diartikan sebagai serangkaian kegiatan yang mencakup berbagai jenis pekerjaan yang dikelompokkan menjadi satu kesatuan administratif. Menurut Koontz (2011), terdapat lima fungsi manajemen yang dilakukan secara simultan untuk mencapai tujuan perusahaan. Louis A. Allen dalam bukunya "The Profession of Management" menjelaskan bahwa manajemen adalah jenis pekerjaan khusus yang melibatkan usaha mental dan fisik untuk memimpin, merencanakan, menyusun, mengawasi, dan meneliti.

Menurut Koontz, pekerjaan manajer mencakup empat fungsi utama:

1. Memimpin (Leading)

Pekerjaan ini dilakukan oleh manajer untuk menggerakkan orang lain. Fungsi memimpin terdiri dari beberapa kegiatan, termasuk pengambilan keputusan, komunikasi, memberikan motivasi, memilih orang, dan mengembangkan orang.

2. Merencanakan (Planning)

Kegiatan perencanaan melibatkan meramalkan masa depan, menetapkan maksud dan tujuan, menyusun jadwal, mengatur waktu, menyusun anggaran belanja, mengembangkan prosedur, dan menetapkan kebijakan.

3. Menyusun (Organizing)

Fungsi ini melibatkan pengaturan dan penghubungan pekerjaan agar dapat dilaksanakan dengan efektif. Termasuk dalam fungsi menyusun adalah perencanaan struktur organisasi, delegasi tanggung jawab dan wewenang, serta menetapkan hubungan antar bagian.

4. Mengawasi dan meneliti (Controlling)

Pekerjaan manajer dalam mengevaluasi dan mengatur pekerjaan yang sedang berlangsung dan yang telah selesai. Pengawasan dilakukan melalui perkembangan derajat pekerjaan, pengukuran hasil pekerjaan, penilaian hasil pekerjaan, dan pengambilan tindakan perbaikan.

Fungsi pokok manajemen yang membentuk manajemen sebagai suatu proses, menurut GR. Terry pada tahun 1968, dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. *Planning* (perencanaan): kegiatan menentukan berbagai tujuan dan penyebab tindakan selanjutnya.

Langkah-langkah yang meliputi:

- a. Menjelaskan, menetapkan, dan memastikan tujuan yang ingin dicapai.
- b. Meramalkan peristiwa atau keadaan di masa depan.
- c. Memperkirakan kondisi pekerjaan yang akan dilakukan.
- d. Memilih tugas-tugas yang sesuai untuk mencapai tujuan.
- e. Membuat rencana menyeluruh dengan mendorong kreativitas untuk mencapai hal baru dan lebih baik.
- f. Membuat kebijakan, prosedur, standar, dan metode pelaksanaan kerja.
- g. Memperhatikan kemungkinan peristiwa yang akan terjadi.
- h. Mengubah rencana sesuai petunjuk hasil pengawasan.

2. *Organizing* (pengorganisasian): kegiatan membagi pekerjaan di antara anggota kelompok dan membuat ketentuan dalam hubungan yang diperlukan. Tugas-tugasnya meliputi:
 - a. Membagi pekerjaan menjadi tugas-tugas operasional.
 - b. Mengelompokkan tugas-tugas ke dalam posisi-posisi operasional.
 - c. Menggabungkan jabatan operasional ke dalam unit yang saling terkait.
 - d. Memilih dan menempatkan orang sesuai dengan pekerjaan yang cocok.
 - e. Menjelaskan persyaratan dari setiap jabatan.
 - f. Menyesuaikan wewenang dan tanggung jawab untuk setiap anggota.
 - g. Menyediakan fasilitas bagi pegawai.
 - h. Menyelaraskan organisasi sesuai petunjuk hasil pengawasan.
3. *Actuating* (menggerakkan): kegiatan mendorong anggota kelompok untuk melaksanakan pekerjaan sesuai tugas masing-masing. Langkah-langkahnya meliputi:
 - a. Berpartisipasi secara sukarela dalam keputusan, tindakan, atau perbuatan.
 - b. Mengarahkan dan menantang orang lain untuk bekerja sebaik mungkin.
 - c. Memotivasi anggota.
 - d. Berkomunikasi secara efektif.
 - e. Meningkatkan pemahaman anggota terhadap potensi mereka.
 - f. Memberikan imbalan atau penghargaan atas pekerjaan yang dilakukan dengan baik.
 - g. Memenuhi kebutuhan pegawai sesuai dengan pekerjaannya.
 - h. Meningkatkan pengarahan sesuai petunjuk hasil pengawasan.
4. *Controlling* (pengawasan): kegiatan untuk menyesuaikan pelaksanaan dengan rencana yang telah ditetapkan. Langkah-langkahnya meliputi:
 - a. Membandingkan hasil pekerjaan dengan rencana secara keseluruhan.

- b. Menilai hasil pekerjaan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- c. Menyiapkan media pelaksanaan yang tepat.
- d. Memberikan informasi tentang media pengukuran pekerjaan.
- e. Mengumpulkan data secara rinci untuk membandingkan dan mendeteksi penyimpangan.
- f. Memberikan saran tindakan perbaikan jika diperlukan oleh anggota.
- g. Memberi tahu anggota yang bertanggung jawab tentang penjelasan yang diberikan.
- h. Menyesuaikan pengawasan sesuai petunjuk hasil pengawasan (Koontz, 2011).

1.4 Manajemen Gizi

Manajemen gizi merujuk pada proses perencanaan, pengorganisasian, pengendalian, dan evaluasi yang dilakukan dalam rangka mengelola aspek-aspek gizi dalam suatu sistem atau organisasi. Tujuan dari manajemen gizi adalah untuk memastikan bahwa kebutuhan gizi individu atau kelompok terpenuhi dengan baik. Dalam konteks pelayanan kesehatan, manajemen gizi melibatkan perencanaan dan pelaksanaan intervensi gizi yang tepat untuk mencegah atau mengatasi masalah gizi pada individu, keluarga, atau komunitas. Ini termasuk penilaian gizi, perumusan rencana gizi, pemantauan dan evaluasi status gizi, serta penyediaan layanan gizi yang memadai. Manajemen gizi mencakup pengelolaan aspek-aspek logistik dan administratif terkait dengan pemberian makanan, termasuk perencanaan menu, pengadaan bahan makanan, penyimpanan, distribusi, dan pemantauan kualitas makanan. Selain itu, manajemen gizi juga dapat melibatkan pelatihan dan pendidikan terkait gizi kepada tenaga kesehatan dan masyarakat umum. Secara keseluruhan, manajemen gizi bertujuan untuk memastikan bahwa sumber daya yang terkait dengan gizi, termasuk makanan, suplemen, dan pelayanan gizi, dikelola dengan efektif dan efisien untuk mencapai hasil yang optimal dalam hal kesehatan dan kesejahteraan gizi individu atau populasi yang dilayani (Deborah Doss et al., 2017), (Faridi et al., 2022).

Konsep manajemen gizi melibatkan pengelolaan dan pengaturan aspek-aspek gizi dalam konteks organisasi atau lembaga yang terkait dengan kesehatan dan pangan. Manajemen gizi bertujuan untuk memastikan penyediaan, distribusi, dan konsumsi makanan yang sehat dan bergizi secara efektif dan efisien.

Konsep manajemen gizi meliputi beberapa aspek, antara lain:

1. Perencanaan gizi: melibatkan penentuan kebutuhan gizi individu atau kelompok, perencanaan menu makanan yang seimbang, dan penyusunan program gizi yang memenuhi standar nutrisi yang ditetapkan.
2. Pengadaan gizi: melibatkan pengelolaan sumber daya dan aset yang terkait dengan penyediaan makanan yang sehat, termasuk pengadaan bahan makanan, persediaan, dan logistik.
3. Pengolahan dan persiapan makanan: Meliputi pengolahan, pengawetan, penyimpanan, dan persiapan makanan yang mempertahankan nilai gizi dan keamanannya.
4. Distribusi makanan: memastikan distribusi makanan yang sehat dan bergizi kepada individu atau kelompok yang membutuhkan, termasuk distribusi dalam skala kecil (misalnya, rumah tangga) maupun dalam skala besar (misalnya, lembaga pangan).
5. Pelayanan gizi: melibatkan pemberian informasi, edukasi, dan konseling gizi kepada individu atau kelompok untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang gizi yang sehat, serta memberikan dukungan dalam mencapai pola makan yang tepat.
6. Monitoring dan evaluasi: melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap program gizi yang telah dilaksanakan, termasuk pengukuran status gizi, pemantauan kepatuhan terhadap program, dan penilaian dampak program terhadap kesehatan dan nutrisi.

Pemahaman konsep manajemen gizi memungkinkan para profesional gizi untuk merencanakan, melaksanakan, dan mengawasi kegiatan yang berhubungan dengan gizi secara efektif, sehingga dapat memberikan dampak positif pada kesehatan dan kualitas hidup individu serta populasi yang dilayani (Nembhard et al., 2020).

Bab 2

Identifikasi Masalah Gizi

2.1 Masalah gizi

Permasalahan gizi menurut hakekatnya ialah permasalahan kesehatan khalayak umum, tetapi pengobatannya tidak bisa ditemukan dalam pelayanan medis semata. Penyebab permasalahan gizi berbeda hingga karenanya perlu diselesaikan di wilayah yang berbeda-beda. Bidang terkait yakni kesehatan seta non-kesehatan. Hingga 30% keberhasilan program gizi ditetapkan dari sektor gizi ataupun kesehatan yang diartikan intervensi spesifik, serta 7% dari sektor kesehatan eksternal yang diartikan intervensi sensitif. Walaupun permasalahan gizi seringkali dihubungkan dengan kurangnya makanan, namun tidak serta merta bisa dituntaskan melalui penambahan produksi serta cadangan pangan.

Pada suatu kasus, sebagaimana kondisi krisis (perang, kekeringan, krisis ekonomi, dan kerusuhan sosial), permasalahan gizi timbul melalui permasalahan ketahanan pangan dalam negeri, contohnya kapabilitas keluarga dalam memberikan makanan untuk anggota keluarganya. Karena kesadaran tersebut, maka pengoptimalan status gizi publik membutuhkan peraturan yang menjadikan tiap kelompok publik mendapatkan gizi yang cukup, baik secara kuantitatif maupun kualitatif, modal dan kesempatan kerja. Masalah gizi pada negara berkembang Indonesia biasanya dihadapkan dengan permasalahan anemia besi, KEP (kekurangan energi protein), IOD (penyakit kekurangan

yodium), masalah KAD (kekurangan vitamin A) dan serta permasalahan obesitas khususnya pada perkotaan besar (Supariasa. 2017)

2.2 Kurang Energi Protein

KEP (kekurangan energi protein) yakni kondisi gizi yang diakibatkan kurangnya asupan protein dan energi pada makanan sehari-hari maupun kelainan medis. Anak-anak dikatakan KEK jika diberi label BB/PB ataupun BB/TB dengan rentang-2 SD hingga-3 SD menurut WHO, 2005 (Supariasa et al, 2017). Seseorang bergejala KEP ringan-sedang hanya tampak kurus ketika diperiksa. tetapi, pertanda klinis KEP berat umumnya digolongkan pada 3 kelompok: kwashiorkor, marasmus, serta marasmus-kwashiorkor. Stunting di masa kanak-kanak, atau perawakan pendek, adalah hasil dari malnutrisi kronis atau riwayat fertilitas yang buruk dan digunakan sebagai indikator jangka panjang dari malnutrisi masa kanak-kanak. Stunting pada anak berhubungan terhadap kelainan tumbuh kembang neurokognitif serta risiko kelainan tidak menular pada masa mendatang (Aoki et al. 2020)

2.3 Stunting

Stunting (pendek) adalah keadaan di mana bayi (0-11 bulan) serta anak kecil (12-59 bulan) tidak berkembang lantaran kekurangan gizi kronis, khususnya pada 1.000 hari awal kehidupan ketika anak berukuran saat kecil. Malnutrisi terjadi di dalam rahim dan pada hari-hari pertama setelah lahir, tetapi keterlambatan pertumbuhan tidak muncul sampai anak berumur 2 tahun. Permasalahan *stunting* ialah satu di antara permasalahan gizi dunia, terutama pada negara berkembang dan miskin (UNICEF, 2013). Parameter yang dipergunakan guna menggambarkan bayi *stunting* ialah sesuai parameter tinggi badan (TB/U) berdasarkan Standar Pertumbuhan Anak WHO dan Kriteria *Stunting* bila z-score TB/U <-2 standar deviasinya di bawah-3SD (stunted parah) (WHO, 2013). Aspek risiko disini ialah variabel yang berkaitan terhadap kenaikan risiko ataupun adanya suatu penyakit.

Banyak aspek yang menimbulkan *stunting* tinggi terhadap anak usia dini. Penyebabnya ialah kekurangan makanan serta kelainan yang menular

(Hoffman et al. 2000) (Umata et al. 2003). Faktor lainnya antara lain kurangnya pengetahuan ibu, buruknya sanitasi serta higiene, pola asuh yang tidak tepat, serta layanan medis yang buruk (Unicef, 1990). Bahkan, publik tidak memahami bahwa anak kecil adalah permasalahan lantaran masyarakat melihat anak kecil sebagai anak yang berfungsi normal dan bukan sebagai anak kurus yang membutuhkan perawatan segera. Begitu pula dengan gizi ibu selama hamil, masyarakat kurang memahami pentingnya gizi selama hamil untuk status gizi bayi yang dilahirkan nanti (Unicef Indonesia, 2013). Pada 1.000 HPK (hari pertama kehidupan) anak berusia 5 tahun ke bawah, diambil langkah tegas untuk menekan angka kejadian stunting.

2.3.1 Faktor Risiko Stunting

WHO menggambarkan *stunting* sebagai kegagalan untuk mencapai pertumbuhan linier karena tidak optimalnya kesehatan ataupun malnutrisi. Naiknya angka *stunting* terhadap anak-anak pada negara-negara berkembang dikaitkan terhadap keadaan perekonomian sosial yang memburuk, kenaikan aspek risiko hingga paparan dini penyebab penyakit, dan praktik pengasuhan/pemberian makan secara tidak tepat. (WHO, 2013). Dipahami bahwasanya aspek lainnya yang berpengaruh pada tumbuh kembang normal bayi ialah budaya konsumsi serta konsumsi tablet besi ketika mengandung. Pertumbuhan tersebut khususnya disebabkan oleh permasalahan kekurangan gizi yang disebabkan oleh politik, kemiskinan, status dan budaya wanita pada khalayak umum. Pertumbuhan terpengaruh dari 2 aspek, yakni keadaan lingkungan dan keturunan (Anonim, 2013). Namun, aspek lingkungan berdampak besar pada frekuensi kelainan bentuk, hingga 90%, sementara aspek keturunan hanyalah 10%. Kondisi tersebut selaras terhadap riset WHO memaparkan bahwasanya tiap anak mempunyai kapabilitas sama untuk bertumbuh, tetapi peranan lingkungan begitu berdampak pada kapabilitas anak untuk bertumbuh kembang. Satu di antara aspek lingkungan yang berefek besar ialah kesadaran publik terhadap ketepatan nutrisi di 1.000 hari awal bayi. Melalui asupan nutrisi yang cukup, kemungkinannya gangguan tumbuh kembang terhadap anak bisa dikurangi.

Bukan hanya gizi yang kurang, keterlambatan tumbuh kembang dapat diakibatkan oleh kelainan infeksi yang umum dialami anak. Deformitas pun memperlihatkan dampak lebih lanjut dari BBLR (berat badan lahir rendah) serta malnutrisi di masa bayi, dan kegagalan untuk mendapatkan kembali pertumbuhan sepenuhnya pada periode selanjutnya (Anonim, 2013). *Stunting*

dapat diakibatkan rendahnya asupan makanan bergizi dengan kandungan kalori, protein, serta vitamin, khususnya vitamin D. Asupan makronutrien (protein, karbohidrat, lemak) serta mikronutrien (mineral dan vitamin) yang seimbang ialah aspek terpenting dalam mempercepat tumbuh kembang. Untuk anak-anak nutri mikro, khususnya vitamin D, yang digabungkan bersama kegiatan di luar ruangan ialah aspek terpenting guna meminimalisir stunting terhadap anak (Anonim, 2013). Namun, hasil riset Al-Ansor (2013) valid memaparkan bahwasanya aspek risiko stunting terhadap anak berusia 12-24 bulan ialah infeksi saluran pernapasan akut, status perekonomian keluarga, kurangnya suplai protein. Edukasi orang tua, pemberian ASI eksklusif, suplai lemak, energi, seng, karbohidrat, dan kalsium, serta riwayat diare bukanlah aspek risiko menghambatnya. Aspek lainnya yang menyebabkan perlambatan tersebut ialah aspek perekonomian sosial. Status perekonomian sosial, umur ibu, gender serta pendidikan ialah aspek terpenting ketika menetapkan status gizi anak (berat badan kurang serta stunted) (Assefa, Belachew, and Negash, 2013)

2.3.2 Dampak Stunting

Efek *stunting* adalah efek periode singkat dan panjang. Efek jangka pendeknya adalah anak makin apatis, terjadi kelainan perkembangan dan bahasa, sementara efek periode panjangnya ialah rendahnya IQ, perkembangan kognitif yang rendah, defisit perhatian serta rendahnya kepercayaan diri. Kondisi gizi yang buruk dapat mengganggu proses pertumbuhan, mengganggu perkembangan dan melemahkan kemampuan berpikir (Almatsier 2016). Kecacatan tubuh dan otak anak tidak bisa dirubah. Anak berisiko besar meninggal lantaran kelainan menular (UNICEF, 2013). Berdasarkan UNICEF (2013) Anak kecil dengan perawakan pendek memiliki peluang tinggi untuk meningkatkan risiko terkena penyakit kronis terkait pola makan seperti diabetes, tekanan darah tinggi, serta kegemukan pada masa depan. Sementara berdasarkan (Depkes RI 2016) Efek periode lama dari penurunan tersebut termasuk tingginya risiko penyakit seperti obesitas, penyakit kardiovaskular, stroke, kanker, serta usia tua, dan mutu kerja yang tidak kompetitif, hingga produktivitas perekonomian rendah.

2.3.3 Penanggulangan Stunting

Risiko berdasarkan Depkes RI (2016) Di Indonesia, langkah-langkah gizi telah dilaksanakan guna *stunting* pada anak-anak, yakni:

1. Pada ibu hamil
 - a. Meningkatkan gizi serta kesehatan ibu mengandung. Wanita hamil butuh makan dengan baik. Bila ibu mengandung KEK, mereka harus mendapat nutrisi tambahan.
 - b. Tiap ibu mengandung harus mendapat tablet tambah darah minimum selama 90 hari ketika masa kehamilan.
 - c. Kesehatan ibu perlu dijaga ketika hamil.
2. Ketika bayi dilahirkan
 - a. IMD (Inisiasi Menyusui Dini) dimulai saat melahirkan dan setelah bayi lahir, didukung perawatan medis yang terlatih.
 - b. Bayi diberi ASI eksklusif hingga usia 6 bulan.
3. Bayi berumur 6 bulan hingga 2 tahun
 - a. Bayi mendapat MP-ASI di umur 6 bulan. Menyusui akan berlanjut hingga bayi berumur 2 tahun.
 - b. Bayi serta anak mendapat kapsul vitamin A serta imunisasi dasar secara lengkap.
4. Pemantauan tumbuh kembang bayi di Posyandu guna memperkirakan secara dini gagal tumbuh.

PHBS (Perilaku hidup bersih dan sehat) perlu diterapkan pada tiap keluarga, khususnya mengoptimalkan layanan sanitasi dan air bersih, dan menjaga lingkungan agar tetap bersih. PHBS mengurangi timbulnya penyakit, khususnya kelainan menular, yang bisa mengalihkan energi pertumbuhan ke daya tahan tubuh terhadap infeksi, hingga tubuh sulit menyerap nutrisi serta menghambat pertumbuhan.

2.4 Vitamin

Vitamin ialah zat organik kompleks yang diperlukan pada kadar yang kecil serta tubuh tidak bisa memproduksinya secara normal. Hingga, vitamin yang diperoleh dari makanan tergolong pada golongan zat penunjang kehidupan dan pengatur tumbuh. Tiap vitamin mempunyai fungsi dan peranan berbeda pada tubuh. Sebelum dipahami komposisi kimiawinya, vitamin diberikan nama mulai (A, B, C, D, E serta K). Vitamin dikelompokan pada 2 golongan, yakni vitamin larut lemak (A, D, E, K) serta vitamin larut air (vitamin B, C) (Almatsier 2009)

2.4.1 Vitamin A

Prekursor/provitamin A karotenoid memaparkan kegiatan biologis berupa retinol. Vitamin A begitu krusial pada kesehatan serta keberlangsungan hidup. Kurangnya vitamin A terhadap anak-anak menambah risiko kelainan menular berupa diare dan gangguan pernapasan, mempercepat kematian karena campak serta menimbulkan terlambatnya tumbuh kembang. Fungsi vitamin A berpengaruh pada tumbuh kembang sistem imunitas seseorang. Bahkan, kurangnya vitamin A bisa memperkecil antibodi yang tergantung sel-T (limfosit yang membuat imunitas seluler rusak). Almatsier (2009). Sampai pada kesimpulan bahwa vitamin A berpengaruh pada sintesis protein dan tumbuh kembang sel. Vitamin A dibutuhkan guna tumbuh kembang tulang serta sel epitel yang terbentuk enamel gigi ketika gigi tumbuh. Kurangnya vitamin A, menjadikan tumbuh kembang tulang terhambat serta tulang terbentuk tidak normal. Anak yang asupan vitamin A-nya kurang tidak akan bertumbuh. Pada kondisi berikut, vitamin A berfungsi menjadi asam retinoat.

Vitamin A yang kurang memperlambat pertumbuhan. Dasar penghambatannya ada di sintesis protein yang terhambat. Pertanda ii muncul terhadap bayi yang tumbuh kembangnya cepat. Terlihat vitamin A dibutuhkan guna sintesis protein. Hingga, bila vitamin ini kurang, sintesis protein terhambat, hingga nantinya bisa menghambat tumbuh kembang. Sudah dilaporkan bahwasanya sintesis RNA berkurang dalam defisiensi vitamin, sedangkan RNA ialah aspek terpenting pada aktivitas sintesis protein (Sediaoetama.A.D, 2010). Kecukupan vitamin A, zat besi, dan seng dianggap baik bila memenuhi $\geq 100\%$ dari kebutuhan harian yang dianjurkan, sementara bila menembus 80-99,9% dari kebutuhan harian yang dianjurkan, serta kurang bila di antara 70-79% dari dosis harian yang direkomendasikan atau kurang

bila AKG <70% (Chaerunnimah, 2011). Vitamin A ditemukan pada makanan hewani sementara karoten khususnya didapatkan di makanan nabati. Sumber vitamin A ada dalam kuning telur, hati, lemak (susu) serta mentega. Margarin umumnya berisikan vitamin A. Sumber karoten di antaranya buah kuning-oranye dan sayuran hijau tua berupa kacang hijau, daun singkong, bayam, kangkung, buncis, kacang panjang, tomat, wortel, pepaya, jagung kuning, jeruk, dll. (Almatsier, 2009)

2.4.2 Vitamin C

Vitamin C yakni vitamin yang terlarut pada air. Vitamin C ialah elemen sistem enzim yang turut serta pada metabolisme energi. Vitamin C umumnya tidak disimpan pada tubuh namun diekskresi pada jumlah kecil lewat urin. Hingga, vitamin C perlu dikonsumsi tiap hari guna meminimalisir kekurangan yang bisa berpengaruh pada fungsi normal tubuh. Vitamin C bentuknya kristal putih yang gampang terlarut pada air (Almatsier, 2009) Sebagai koenzim atau kofaktor, vitamin C mempunyai sejumlah kebermanfaatan untuk tubuh. Fungsi vitamin C berhubungan terhadap terbentuknya kolagen. Kolagen ialah senyawa protein yang berpengaruh pada integritas struktural sel-sel pada seluruh jaringan ikat berupa matriks tulang, tulang rawan, membran kapiler, dentin gigi, tendon (tendon otot), dan kulit. Vitamin C berfungsi menyembuhkan luka, patah tulang di gusi dan bawah kulit. Vitamin C menunjang penyerapan potasium melalui mempertahankan kalsium pada larutan. Vitamin C membuat zat besi II tereduksi sebagai zat besi II di usus kecil sehingga dapat dengan gampang terserap. Vitamin C meminimalisir terbentuknya hemosiderin, yang sulit dilakukan mobilisasi guna melepas zat besi ketika tidak diperlukan. Di hadapan vitamin C zat besi non-heme, penyerapan menjadi 4 kali lipat. Vitamin C mempunyai peranan ketika mengubah besi transferin plasma menjadi ferit hati.

2.4.2 Vitamin D

Satu di antara hal yang menunjang tumbuh kembang anak ialah makanan yang dikonsumsi. Makanan tersebut perlu mengandung beragam mineral dan nutrisi, khususnya vitamin D. Vitamin D fungsi utamanya bekerja bersama vitamin A serta C, kalsitonin dan hormon paratiroid, kalsium, dan protein kolagen dalam merangsang terbentuknya tulang serta pemeliharaannya. Mineral, magnesium, fosfor, serta fluor. Vitamin D bertugas bekerja pada kelenjar tiroid guna pengaturan kandungan fosfor darah dan kalsium serta

mengoptimalkan fosfor melalui usus dan kalsium yang terserap, yang berpengaruh terhadap kelenjar endokrin. Kurangnya vitamin D terhadap anak bisa menimbulkan kelainan rakhitis, kelainan metabolisme fosfor dan kalsium serta kelainan tulang. Peranan khusus vitamin D pada permasalahan berikut yakni menunjang pengerasan melalui memastikan bahwasanya darah yang berisi fosfor dan kalsium tersimpan ketika pengerasan. Transportasi kalsium terpengaruh oleh sintesis lokal vitamin D pada protein pengikat kalsium pada usus.

2.4.3 Vitamin dalam Makanan

Rasio jenis makanan dalam vitamin pada makanan sehari-hari tergantung terhadap banyaknya vitamin yang awalnya ada pada makanan, banyaknya vitamin yang rusak selama penyembelihan atau panen, pengolahan, dan penyimpanan. Beberapa vitamin hilang selama penyimpanan dan panen. Banyak vitamin yang hilang selama proses serta pemasakan bersuhu tinggi. (Almatsier, 2009).

Hilangnya vitamin selama memasak bisa diminimalisir dengan:

1. Temperatur pengoperasian tidak begitu tinggi
2. Waktu masakannya tidak lama
3. Gunakan air rebusan sesedikit mungkin
4. Potong-potong tidak terlalu halus memakai pisau tajam
5. Memasak panci ditutup
6. Jangan gunakan alkali saat memasak
7. Sisa-sisa air rebusan dipakai guna masakan lainnya, bisa mendapatkan pemasok vitamin yang baik dengan mengonsumsi makanan nabati dan hewani. Berupa ayam, daging, telur, hati ayam, susu, minyak ikan, daun pepaya, wortel, kacang-kacangan, daun singkong, sayuran, buah-buahan, dll.

2.5 Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi

2.5.1 Umur

Keperluan energi pribadi diselaraskan terhadap usia, gender, serta taraf kegiatan. Pemenuhan keperluan energi (bahan bakar) secara tepat dapat meningkatkan produktivitas tenaga kerja dan mendorong orang untuk bekerja. Ketika kekurangan energi, produktivitas kerja menurun, yang membuat kita malas dan lamban. Seiring bertambahnya usia, kebutuhan energi tubuh Anda juga meningkat. Untuk mendukung peningkatan dan diversifikasi aktivitas fisik, diperlukan energi material (Apriadi, 1986).

2.5.2 Frekuensi Makan

Frekuensi konsumsi makanan bisa mendeskripsikan sebanyak apakah makanan yang dikonsumsi orang. Berdasarkan Hui (1985), dalam Sar (2018), mayoritas remaja meninggalkan satu ataupun beberapa waktu makannya yakni sarapan. Sarapan ialah makanan yang sangat beku, dilanjutkan makan siang. Terdapat sejumlah alasan mengapa seorang mungkin malas saat sarapan, di antaranya buru-buru, berusaha hemat waktu, menjaga bobot tubuh, lapar, serta tidak cukup makan. Meninggalkan waktu makan bisa meminimalisir pemakaian protein, energi, serta nutrisi yang lain (Brown, 2005)

Di negara-negara di mana orang makan sehari 2 kali, lebih banyak individu yang mengalami obesitas daripada di negara-negara di mana orang makan tiga kali sehari. Artinya, lebih baik makan sedikit namun sering dibanding makan banyak tapi selalu tapi jarang (Suyono, 1986)

2.5.3 Asupan Energi

Energi ialah suplai terpenting yang dibutuhkan tubuh. Keperluan energi yang tidak memadai bisa mengakibatkan vitamin, protein, serta mineral tidak digunakan secara efektif. BMR (Basal Metabolic Rate), komposisi tubuh, tingkat pertumbuhan, serta kegiatan fisik semua memengaruhi kebutuhan energi untuk beberapa fungsi metabolisme tubuh. (Krummel DA, 1996).

Energi yang dibutuhkan badan bersumber dari bahan kimia yang terkandung pada makanan yang kita makan. Energi pengukurannya memakai satuan

kalori. Energi memerlukan 4 kkal/g protein, 9 kkal/g lemak, serta 4 kkal/g karbohidrat (Baliwati, 2004)

2.5.4 Asupan Protein

Protein yakni nutrisi yang begitu banyak pada tubuh. Protein difungsikan guna membentuk dan menjaga sel serta jaringan tubuh (Almatsier, 2009). Fungsi lainnya ialah memberikan asam amino yang dibutuhkan guna membentuk metabolisme dan enzim pencernaan, pengaturan kesetimbangan air serta mempertahankan netralitas asam-basa tubuh. Kehamilan, pertumbuhan, serta kelainan menambah keperluan protein individu (Baliwati, 2004)

Seseroang bisa mendapatkan sebagian besar protein dari makanan hewani berupa susu, telur, unggas, daging, kerang, dan ikan. Sumber protein nabati kini bersumber dari tahu, tempe, serta kacang-kacangan. Data BPS 1999, memaparkan rerata konsumsi protein harian Indonesia ialah 48,7 gram per hari. (Almatsier, 2009)

2.5.5 Asupan Karbohidrat

Protein yakni nutrisi yang begitu banyak pada tubuh. Protein difungsikan guna membentuk dan menjaga sel serta jaringan tubuh (Almatsier, 2009). Fungsi lainnya ialah memberikan asam amino yang dibutuhkan guna membentuk metabolisme dan enzim pencernaan, pengaturan kesetimbangan air serta mempertahankan netralitas asam-basa tubuh. Kehamilan, pertumbuhan, serta kelainan menambah keperluan protein individu (Baliwati, 2004). Seseroang bisa mendapatkan sebagian besar protein dari makanan hewani berupa susu, telur, unggas, daging, kerang, dan ikan. Sumber protein nabati kini bersumber dari tahu, tempe, serta kacang-kacangan. Data BPS 1999, memaparkan rerata konsumsi protein harian Indonesia ialah 48,7 gram per hari (Almatsier, 2009).

2.5.6 Asupan Lemak

Dalam kesehatan tubuh individu (WKNPG, 2004, Sari, 2018). Gunakan lemak sedikitnya 10% dari total energi. Lemak memberikan 9 kkal/g. Lemak bertahan relatif lebih lama pada sistem pencernaan tubuh manusia. Saat seorang makan sangat banyak lemak, dapat meminimalisir makanan yang dibutuhkan lainnya. Bersumber PUGS, disarankan mengonsumsi lemak tidak diatas 25% dari keseluruhan energi pada makanan harian. Sumber utama lemak ialah minyak nabati berupa minyak sawit, minyak kelapa, jagung,

kacang tanah, dll. Sumber lemak terpenting yang lain ialah margarin, mentega, serta lemak hewani (Almatsier, 2009).

2.5.7 Tingkat Pendidikan

Pendidikan mempunyai peranan krusial pada pengoptimalan status gizi individu. Umumnya, taraf pendidikan PRT tergolong rendah (pendidikan dasar serta menengah). Sedikit pendidikan selaras terhadap sedikit pengetahuan, lantaran sedikitnya pendidikan individu sulit guna memahami hal baru di lingkungannya, seperti informasi tentang gizi. Ibu rumah tangga membutuhkan pendidikan dan informasi tentang gizi. Pelatihan serta ilmu gizi yang didapatkan juga bisa digunakan pada kegiatan profesional.

2.6 Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan

Angka kecukupan gizi yang disarankan ialah ukuran rata-rata kecukupan gizi harian seluruh individu berdasarkan golongan usia, gender, ukuran tubuh serta taraf kegiatan fisik guna mewujudkan kesehatan secara maksimal serta meminimalisir kekurangan gizi (Departemen Kesehatan, 2005). Rasio Kecukupan Energi (ACE) adalah pengeluaran energi rata-rata dari diet seimbang, diselaraskan terhadap pengeluaran energi berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, tinggi badan dan aktivitas fisik. Kecukupan protein (RPA) adalah rata-rata asupan protein yang menyeimbangkan asupan protein untuk mencakup semua populasi sehat berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, ukuran tubuh dan taraf kegiatan fisik. Pada pola makan yang baik, karbohidrat merupakan 50-65% dari total energi, sementara lemak ialah 20-30% dari total energi.

Bab 3

Penentuan Prioritas Program Gizi

3.1. Pendahuluan

Menentukan suatu perencanaan prioritas program gizi sangat diperlukan data dari berbagai sektor yang terlibat dan mempunyai hubungan dengan program yang akan dijalankan. Oleh karena itu, diperlukan pencarian data dan informasi serta analisis yang lebih tepat agar mendapatkan prioritas program gizi dan program gizi yang tepat.

Perencanaan dibidang gizi merupakan suatu proses merumuskan berbagai program gizi dan kesehatan di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menentukan tujuan program dan menyusun langkah-langkah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Diharapkan dengan dibuatnya suatu perencanaan kita dapat mengetahui tujuan dan cara mencapainya, sarana dan prasarana yang dibutuhkan, seberapa besar personil yang dibutuhkan, serta bentuk dan standar pengawasan yang akan dilakukan.

Banyaknya program menyebabkan perlu adanya penentuan prioritas karena tidak semua program dapat diselesaikan dalam waktu bersamaan. Penentuan prioritas program ini berguna untuk mencari penyebab dan solusinya. Penetapan prioritas harus berdasarkan data atau fakta secara kualitatif maupun

kuantitatif, subyektif atau obyektif, serta adanya wawasan dan kebijaksanaan serta intuisi yang dimiliki. Penetapan prioritas dapat dilakukan dengan menggunakan teknik skoring dan pembobotan.

Salah satu Program gizi adalah program intervensi yang berupa kegiatan atau serangkaian paket kegiatan yang bertujuan mengubah pengetahuan, sikap, keyakinan, perilaku atau Tindakan individu maupun populasi untuk mengurangi perilaku berisiko. Berbicara prioritas program berarti tidak lepas dari manajemen dan perencanaan gizi dan bagaimana menentukan prioritas program gizi.

3.2. Perencanaan Dan Intervensi Gizi

suatu proses di mana program masalah-masalah gizi didefinisikan, penyebab diidentifikasi, ukuran-ukuran yang dapat digunakan sebagai pengendali pengalokasian sumber-sumber daya yang terbatas untuk perbaikan makanan, pencegahan gizi salah dan peningkatan kesehatan diseleksi (Suhardjo,1989).

Adapun langkah-langkah perencanaan sistem intervensi gizi:

1. Analisis situasi

Mengumpulkan, mengidentifikasi dan menganalisis data subjektif dan objektif yang ada di masyarakat untuk mengembangkan daftar masalah, di mana data Subjektif dikumpulkan dengan cara:

- a. Melalui media massa
- b. Mempelajari geografi daerah
- c. Petugas kesehatan
- d. Mengadakan Focus Group Discussion (FGD) dengan masyarakat

Data objektif dapat dikumpulkan melalui:

- a. Data demografi: total populasi, tingkat pertumbuhan, distribusi geografi, indikator vital (tingkat kelahiran, tingkat kematian, tkt kematian ibu/bayi dan tkt kematian karena kasus tertentu)
- b. Sosial ekonomi: etnik, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dsb
- c. Lingkungan: ketersediaan air bersih, tempat pembuangan sampah.
- d. Sumber daya kesehatan: fasilitas kes, jumlah tenaga kes.

- e. Status kesehatan: penyebab kesakitan, penyebab kematian, status gizi, dsb
2. Analisis prioritas masalah/strategi
Analisis penentuan masalah dapat dilakukan sesuai data yang dikumpulkan. Untuk data subjektif, pada kasus tertentu dapat dijadikan prioritas masalah utama yang ditangani. Untuk data objektif, penentuan prioritas masalah dilakukan dengan membandingkan tingkat masalah dengan standar tertentu.
3. Penyusunan Matriks perencanaan intervensi
Matriks dibuat untuk memudahkan memonitor tiap komponen dengan jelas, dalam penyusunan matriks perlu dibuatkan indikator yang dapat menjadi standar bahwa tujuan tercapai dan memudahkan proses monitoring dan evaluasi. Indikator yang baik: sederhana, definisi yang jelas, dapat di ukur, memiliki variasi, valid, reliabel dan dapat dikuantifikasikan.
4. Rencana Pelaksanaan
Rencana pelaksanaan kegiatan didefinisikan sebagai rencana tindak lanjut dalam merealisasikan rekomendasi hasil analisis situasi. Rencana ini berisikan program dan kegiatan untuk meningkatkan cakupan layanan intervensi dan kegiatan ini juga untuk meningkatkan integrasi intervensi yang akan dilaksanakan, di mana outputnya adalah rencana program/kegiatan untuk peningkatan cakupan dan integrasi intervensi gizi pada tahun berjalan dan/atau satu tahun mendatang.

3.3 Rencana Intervensi

3.3.1 Identifikasi Masalah

Secara umum, identifikasi masalah merupakan bagian dari proses penelitian yang dapat dipahami sebagai suatu upaya untuk mendefinisikan masalah yang ada dan membuat permasalahan tersebut dapat diukur dan diuji. Identifikasi

masalah adalah proses untuk menentukan apa saja yang menjadi bagian inti dari sebuah program.

Secara umum, identifikasi masalah terdiri dari 3 langkah yaitu:

1. Menemukan dan masalah yang ada (Problem)

Proses paling penting dan yang pertama harus dilakukan dalam identifikasi masalah adalah untuk menentukan apakah terdapat masalah di suatu lokasi/fenomena. Jika ternyata terdapat suatu permasalahan, langkah selanjutnya adalah menemukan semua masalah yang ada.

Umumnya, suatu hal dikatakan menjadi masalah jika tidak sesuai dengan standar atau acuan yang berlaku. Dalam proses perencanaan, umumnya masalah ditemukan ketika kondisi lapangan dibandingkan dengan dokumen perencanaan yang sudah ada seperti RTRW ataupun RPJM.

Selain pendekatan teknokratik seperti yang sudah dijelaskan diatas, terdapat pula pendekatan akar rumput (grassroots) di mana kita melakukan observasi dan wawancara kepada orang-orang yang terdampak. Respons merekalah yang menentukan apa saja masalah yang terjadi di suatu wilayah.

2. Mengidentifikasi sumber permasalahan (Root cause)

Setelah mengetahui apa-apa saja yang menjadi masalah di suatu lokasi, kalian perlu untuk mengidentifikasi sumber permasalahannya. Tahapan ini berguna untuk menentukan apa apa saja yang menjadi akar masalah dari masalah yang sudah kalian temukan. Terkadang, suatu permasalahan bukanlah permasalahan akarnya. Contohnya adalah masalah kemiskinan di suatu lokasi, ternyata, kemiskinan tersebut tidak berdiri sendiri, tetapi didukung oleh beberapa faktor.

Faktor-faktor yang bisa saja memengaruhi kemiskinan antara lain adalah aksesibilitas transportasi, ketersediaan lapangan kerja, dan tingkat pendidikan masyarakat setempat. Bisa jadi, kemiskinan tersebut disebabkan oleh rendahnya akses transportasi dari lokasi tersebut ke tempat kerja. Oleh karena itu, produktivitas masyarakat rendah sehingga sulit bertahan hidup. Disini, pemerintah harus

menjawab permasalahan dengan cara membangun jalan atau menyediakan transportasi publik.

Bisa juga, kemiskinan tersebut disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikan masyarakat, sehingga tidak layak dipekerjakan oleh para pemilik usaha. Disini, pembangunan jalan dan penyediaan transportasi publik tidak akan terlalu membantu, pemerintah harus meningkatkan kualitas dan kuantitas pendidikan di daerah tersebut. Oleh karena itu, analisis mengenai akar permasalahan sangatlah penting untuk mendapatkan identifikasi masalah yang akurat.

Pertama, kita harus menemukan masalah yang ada pada suatu fenomena atau suatu wilayah. Setelah itu, kita perlu mengidentifikasi sumber permasalahannya, bisa jadi, permasalahan tersebut disebabkan oleh masalah lain. Setelah menemukan kedua hal tersebut, kita perlu merangkumnya dalam sebuah kalimat permasalahan atau kalimat isu yang komprehensif untuk menjelaskan permasalahan yang ada.

Mengapa Identifikasi Masalah Penting?

Identifikasi masalah sangat penting karena tidak semua permasalahan mudah untuk diselesaikan. Bahkan, ada permasalahan-permasalahan yang secara kasat mata tidak terlihat dan hanya dapat diidentifikasi ketika dianalisis secara mendalam, Contohnya adalah masalah gizi di suatu kelompok masyarakat.

Oleh karena itu, sebelum melakukan apapun, sangat penting untuk mengidentifikasi masalah-masalah apa saja yang ada pada daerah tersebut. Setelah itu, harus diidentifikasi pula sumber-sumber permasalahan dan bagaimana kira-kira hubungannya dengan teori-teori yang sudah ada.

Identifikasi masalah yang tepat sangat penting sebagai batu loncatan untuk langkah-langkah penyelesaian masalah yang lainnya. Jika masalah yang diidentifikasi sudah tidak tepat, maka tentu saja analisis dan penelitian yang dilakukan akan kurang tepat.

Setelah kita mengetahui masalah yang ada, kita perlu untuk melakukan identifikasi akar masalah. Kalian pernah mendengar pepatah

chicken or the egg? Kali ini, kita akan coba menentukan apa menyebabkan apa, dan apakah ada masalah-masalah lain yang berdampak pada masalah yang sudah ada. Setelah melakukan analisa lebih lanjut dan mencocokkan dengan teori-teori yang sudah ada mengenai pengembangan wilayah, didapatkanlah sebuah hipotesa

3. Menciptakan kalimat isu/kalimat permasalahan (Problem Statement) yang menjelaskan permasalahan yang sudah diidentifikasi

Setelah kalian menentukan masalah apa saja yang ada di suatu wilayah beserta akar masalahnya, kalian harus merangkainya menjadi kalimat identifikasi permasalahan yang runut atau sering disebut sebagai kalimat isu. Secara umum, terdapat 3 indikator kalimat isu yang baik yaitu spesifik, objektif, dan jelas. Intinya adalah, kalimat isu tersebut harus mudah dipahami oleh semua orang, bahkan orang-orang yang tidak mengerti permasalahan tersebut. Selain itu, kalimat isu juga harus memiliki dasar analisis yang kuat. Disini, dasar analisis yang kuat maksudnya adalah basis riset dan data yang cukup agar peneliti dapat mengklaim bahwa kalimat isu tersebut valid.

Hal ini seharusnya sudah diselesaikan pada 2 tahap sebelumnya yaitu tahap menemukan masalah dan tahap identifikasi akar masalah. Kalimat isu yang tepat dapat meningkatkan pemahaman pendengar dan pembaca mengenai masalah apa yang sedang atau seharusnya diselesaikan. Hal ini sangat penting, terutama jika kalian berkerja sebagai konsultan atau pembuat kebijakan yang memengaruhi hajat hidup orang banyak. Sekarang, saatnya kita membuat kalimat isu, seperti yang sudah dijelaskan diatas, kalimat isu seharusnya jelas, spesifik, dan objektif. Pengujian paling baik dari kalimat isu adalah ketika kita menceritakannya kepada orang yang sama sekali tidak paham permasalahan ini. Kalau mereka mengerti, maka kalimat isu kita sudah cukup baik.

Sudah cukup jelas bukan? Apa yang belum optimal dan apa dampaknya serta terhadap siapa dampaknya. Nah apakah kalimat permasalahan ini dapat berdiri sendiri? Tentu saja bisa, namun, kalian tetap harus memberikan konteks. Konteks tersebut terdiri dari poin poin akar masalah yang sudah kita coba

identifikasi diatas. Konteks ini harus disertakan sebagai penjabaran dari kalimat isu, agar dapat meningkatkan pemahaman dari pembaca terhadap poin permasalahan yang kalian coba angkat.

3.3.2 Metoda Penentuan Prioritas Masalah Gizi

Banyaknya masalah menyebabkan perlu adanya penentuan prioritas karena tidak semua masalah dapat diselesaikan dalam waktu bersamaan. Penentuan prioritas masalah ini berguna untuk mencari penyebab dan solusinya. Penetapan prioritas harus berdasarkan data atau fakta secara kualitatif maupun kuantitatif, subyektif atau obyektif, serta adanya wawasan dan kebijaksanaan serta intuisi yang dimiliki. Penetapan prioritas dapat dilakukan dengan menggunakan teknik skoring dan pembobotan.

Dalam memprioritaskan permasalahan kesehatan masyarakat ada berbagai macam pertimbangan yang dapat dikemukakan antara lain:

1. Kegawatan

Dapat dianalisis dari segi apakah masalah tersebut telah mengancam secara jelas berapa banyak nyawa, jenis penyakit yang menyerang masyarakat (misalkan: penyakit SARS lebih berbahaya dari penyakit panu), dan segi keparahan atau kerusakan yang dapat mengindikasikan kegawatan

2. Besar Masalah

Dilihat dari berapa banyak orang dalam suatu populasi dalam wilayah dan periode tertentu menderita atau terkena dampak dari penyakit atau suatu aktivitas yang merugikan

3. Distribusi Masalah

Masalah kesehatan masyarakat yang ada apakah telah menjangkau seluruh wilayah secara geografis atau secara administratif, semakin luas jangkauannya maka akan menjadikan masalah lebih berat. Secara epidemiologi dapat digunakan agar lebih komplit

4. Kecepatan penyebaran

Untuk penyakit menular bisa diasumsikan banyaknya kejadian penyakit menular per satuan waktu

5. Ketersediaan Sumber Daya

Sumber daya dapat berupa tenaga, kader, jumentik, dana, alat, sarana dan prasarana. Semakin tersedia sumber daya, maka masalah kesehatan masyarakat semakin dapat ditanggulangi

Ada beberapa metoda yang dapat digunakan untuk menentukan prioritas masalah kesehatan yaitu

1. Metoda Matematik

Metoda ini dikenal juga sebagai metoda PAHO yaitu singkatan dari Pan American Health Organization, karena digunakan dan dikembangkan di wilayah Amerika Latin. Dalam metoda ini dipergunakan beberapa kriteria untuk menentukan prioritas masalah kesehatan disuatu wilayah berdasarkan:

a. Luasnya masalah (magnitude)

Magnitude masalah, menunjukkan berapa banyak penduduk yang terkena masalah atau penyakit tersebut. Ini ditunjukkan oleh angka prevalensi atau insiden penyakit. Makin luas atau banyak penduduk terkena atau semakin tinggi prevalen, maka semakin tinggi prioritas yang diberikan padapenyakit tersebut

b. Beratnya kerugian yang timbul (Severity)

Severity adalah besar kerugian yang ditimbulkan. Pada masa lalu yang dipakai sebagai ukuran severity adalah *Case Fatality Rate* (CFR) masing-masing penyakit. Sekarang severity tersebut bisa juga dilihat dari jumlah *disability days* atau *disability years* atau *disesea burden* yang ditimbulkan oleh penyakit bersangkutan.

c. Tersedianya sumber daya untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut (Vulnerability)

Vulnerability menunjukkan sejauh mana tersedia teknologi atau obat yang efektif untuk mengatasi masalah tersebut. Tersedianya vaksin cacar yang sangat efektif misalnya, merupakan alasan kuat kenapa penyakit cacar mendapat prioritas tinggi pada masa lalu. Sebaliknya dari segi *vulnerability* penyakit HIV/AIDS mempunyai nilai prioritas rendah karena sampai sekarang belum ditemukan teknologi pencegahan maupun pengobatannya.

Vulnerability juga bias dinilai dari tersedianya infrastruktur untuk melaksanakan program seperti misalnya ketersediaan tenaga dan peralatan.

- d. Kepedulian/dukungan politis dan dukungan masyarakat (Community and political concern)
- e. Ketersediaan data (Affordability)

Affordability menunjukkan ada tidaknya dana yang tersedia. Bagi negara maju masalah dana tidak merupakan masalah akan tetapi di negara berkembang seringkali pembiayaan program kesehatan tergantung pada bantuan luar negeri. Kadang kala ada donor yang mengkhususkan diri untuk menunjang program kesehatan atau penyakit tertentu katakanlah program gizi dan lainnya.

Dalam penerapan metoda ini untuk prioritas masalah kesehatan, maka masing-masing kriteria tersebut diberi skor dengan nilai ordinal, misalnya antara angka 1 menyatakan terendah sampai angka 5 menyatakan tertinggi. Pemberian skor ini dilakukan oleh panel expert yang memahami masalah kesehatan dalam forum curah pendapat (brain storming). Setelah diberi skor, masing-masing penyakit dihitung nilai skor akhirnya yaitu perkalian antara nilai skor masing-masing kriteria untuk penyakit tersebut. Perkalian ini dilakukan agar perbedaan nilai skor akhir antara masalah menjadi sangat kontras, sehingga terhindar keraguan manakala perbedaan skor tersebut terlalu tipis (Douglas and Suzanne,2007)

Contoh: Misal, masalah dengan magnitude yang tinggi diberi skor 4 atau 5, bila magnitudenya rendah, diberi nilai 2 atau 1. Demikian halnya dengan severity, vulnerability, dan public concern. Namun untuk cost, bila biaya mahal diberi skor rendah. Dengan memakai tabel, dapat ditetapkan masalah mana yang mendapat prioritas dengan cara mengalikan skor masing-masing kriteria

Tabel 3.1: Simulasi Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan dengan Metoda Matematik (Douglas and Suzanne, 2007)

Masalah	Magnitude	Severity	Vulnerability	Comm/Political Concern	Affordability	Final Skor
Gizi kurang	4	3	3	2	3	216
Gizi normal	1	5	1	4	4	80
Stunting	4	3	3	2	2	144
Wasting	1	4	2	3	3	72

Dari angka tabel diatas didapatkan angka skor tertinggi adalah 216 maka gizi kurang menjadi prioritas 1 dan angka 144 stunting menjadi prioritas masalah kesehatan nomor 2 dan begitu seterusnya.

Ada beberapa kelemahan dan kritikan terhadap metode tersebut. Pertama penentuan nilai skor sebetulnya didasarkan pada penilaian kualitatif atau kelimuan oleh para pakar yang bisa saja tidak objektif, kedua masih kurang spesifiknya kriteria penentuan pakar tersebut. Kelebihan cara ini adalah mudah dilakukan dan bisa dilakukan dalam tempo relative cepat. Disamping itu dengan metoda ini beberapa kriteria penting sekaligus bias dimasukkan dalam pertimbangan penentuan prioritas.

2. Metoda Delbeque dan Delphi

Metoda *Delbeque* adalah metoda kualitatif di mana prioritas masalah penyakit ditentukan secara kualitatif oleh *panel expert*. Caranya sekelompok pakar diberi informasi tentang masalah penyakit yang perlu ditetapkan prioritasnya termasuk data kuantitatif yang ada untuk masing-masing penyakit tersebut. Dalam penentuan prioritas masalah kesehatan disuatu wilayah pada dasarnya kelompok pakar melalui langkah-langkah

- a. Penetapan kriteria yang disepakati bersama
- b. memberikan bobot masalah
- c. menentukan skoring setiap masalah.

Dengan demikian dapat ditentukan masalah mana yang menduduki peringkat prioritas tertinggi. Penetapan kriteria berdasarkan seriusnya permasalahan dengan contoh kriteria persoalan masalah kesehatan berupa:

- a. Kemampuan menyebar/menular yang tinggi
- b. Mengenai daerah yang luas
- c. Mengakibatkan penderitaan yang lama
- d. Mmengurangi penghasilan penduduk
- e. Mempunyai kecenderungan menyebar meningkat dan lain sebagainya.

Para expert kemudian menuliskan urutan prioritas masalah dalam kertas tertutup. Kemudian dilakukan semacam perhitungan suara. Hasil perhitungan ini disampaikan kembali kepada para expert dan setelah itu dilakukan penilaian ulang oleh para expert dengan cara yang sama. Diharapkan dalam penilaian ulang ini akan terjadi kesamaan/konvergensi pendapat, sehingga akhirnya diperoleh suatu konsensus tentang penyakit atau masalah mana yang perlu diprioritaskan.

Jadi metoda ini sebetulnya adalah suatu mekanisme untuk mencapai suatu konsensus. Kelemahan cara ini adalah sifatnya yang lebih kualitatif dibandingkan dengan metoda matematik yang disampaikan sebelumnya. Kelebihannya adalah mudah dan dapat dilakukan dengan cepat. Penilaian prioritas secara tertutup dilakukan untuk memberi kebebasan kepada masing-masing penilai untuk member nilai, tanpa terpengaruh oleh hirarki hubungan yang mungkin ada antara para penilai tersebut. Metoda lain yang mirip dengan Delbeque adalah metoda Delphi. Dalam metoda Delphi sejumlah penilai (panel expert) melakukan diskusi terbuka dan mendalam tentang masalah yang dihadapi dan masing-masing mengajukan pendapatnya tentang masalah yang perlu diberikan prioritas. Diskusi berlanjut sampai akhirnya dicapai suatu kesepakatan (konsensus) tentang masalah kesehatan yang menjadi prioritas.

Kelemahan cara ini adalah waktunya yang relative lebih lama dibandingkan dengan metoda Delbeque serta kemungkinan penilai yang dominan memengaruhi penilai yang tidak dominan. Kelebihannya metoda ini memungkinkan telaah yang mendalam oleh

masing-masing penilai yang terlibat. Contoh simulasi Metoda Delbeque dan Delphi bila dituangkan dalam matrik seperti tabel 3.2.

Tabel 3.2: Hasil Penetapan Skor para Panel Expert Dalam Penetapan Prioritas Masalah Kesehatan (Douglas and Suzanne,2007)

Masalah	Kriteria yang dipakai						Total skor	Prioritas masalah
	1	2	3	4	5	6		
A	3	3	4	4	5	5	3600	II
B	4	4	5	3	4	4	3840	I
C	2	2	3	5	4	5	1800	III
D	1	1	3	2	3	1	36	IV
E	2	2	1	1	1	1	4	V
Dst								

Dari simulasi penetapan prioritas masalah diatas, maka skor tertinggi adalah masalah kesehatan point B maka ini menjadi Prioritas kedua masalah kesehatan adalah point A dan begitu seterusnya.

3. Metoda Estimasi Beban Kerugian (Disease Burden)

Metoda Estimasi Beban Kerugian dari segi teknik perhitungannya lebih canggih dan sulit, karena memerlukan data dan perhitungan hari produktif yang hilang yang disebabkan oleh masing masing masalah. Sejauh ini metoda ini jarang dilakukan di tingkat kabupaten atau kota di era desentralisasi program kesehatan. Bahkan ditingkat nasional pun baru Kementerian Kesehatan dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang mencoba menghitung berapa banyak kerugian yang ditimbulkan dalam kehidupan tahunan penduduk (Disease Adjusted Life Year =DALY).

4. Metoda Perbandingan antara Target dan Pencapaian.

ProgramTahunan Metoda penetapan prioritas masalah kesehatan berdasarkan pencapaian program tahunan yang dilakukan adalah dengan membandingkan antara target yang ditetapkan dari setiap program dengan hasil pencapaian dalam suatu kurun waktu 1 tahun. Penetapan prioritas masalah kesehatan seperti ini sering digunakan oleh pemegang atau pelaksana program kesehatan di tingkat Puskesmas dan Tingkat Kabupaten/Kota padaera desentralisasi saat ini. Simulasi dari metoda tersebut dapat dilihat pada table 3.3.

Tabel 3.3: Pencapaian Program Gizi di suatu wilayah Puskesmas pada tahun 2022

No	Jenis Kegiatan	Target	Pencapaian	Kesenjangan	Rangking
1	Pemberian kapsul Vitamin A (dosis 200.000 Si) pada balita 2 kali/tahun	1696	1579 (93,1)	(-)6,9	III
2	Pemberian tablet besi (90 tablet) pada ibu hamil	436 (100%)	323 (74,1)	(-)25,9	1
3	Pemberian PMT pemulihan balita gizi buruk pada gakin	3	3 (100)	0	
4	N/D pada balita	75	56 (75,1)	(-)24,9	II

Berdasarkan tabel data diatas didapatkan perbedaan yang besar pencapaian dibandingkan target yang ditetapkan adalah pemberian tablet Besi hanya dicapai target sebesar 74% dan kesenjangan sebesar 26% maka ini menjadi prioritas masalah kesehatan yang harus menjadi prioritas masalah kesehatan utama (nomor satu) dan seterusnya.

Untuk Metoda Penetapan Prioritas Alternatif/Pilihan Pemecahan Masalah untuk Intervensi Ada 2 metoda yang lazim digunakan dalam penetapan prioritas alternatif pemecahan masalah untuk intervensi dalam penetapan pilihan bentuk intervensi yaitu metoda Analisis Pembiayaan yang lebih dikenal cara efektivitas dan efisiensi dan metoda Hanlon.

Metoda Analisis Pembiayaan (Cost Analysis) lebih dikenal Efektivitas Efisiensi. Penggunaan metoda ini dengan memperhitungkan efektivitas dan efisiensi dalam penetapan pilihan jenis intervensi yang dilakukan dengan menggunakan rumus penetapan prioritas kegiatan sbb.:

$$\text{Prioritas (P)} = M \times I \times V$$

Di mana

M = Magnitude (besarnya masalah yang dihadapi)

I = Important (pentingnya jalan keluar menyelesaikan masalah)

V = Vulnerability (ketepatan jalan keluar untuk masalah)

C = Cost (biaya yang dikeluarkan)

3.3.3 Penyebab Masalah

Root Cause Analysis (RCA) adalah teknik populer dan sering digunakan yang membantu orang menjawab pertanyaan mengapa masalah terjadi di tempat pertama. Ini bertujuan untuk mengidentifikasi asal mula masalah dengan menggunakan serangkaian langkah tertentu, dengan alat yang terkait, untuk menemukan penyebab utama masalah, sehingga Anda dapat:

1. Tentukan apa yang terjadi.
2. Tentukan mengapa hal itu terjadi.
3. Cari tahu apa yang harus dilakukan untuk mengurangi kemungkinan hal itu akan terjadi lagi.

RCA mengasumsikan bahwa sistem dan kejadian saling terkait. Tindakan di satu area memicu tindakan di area lain, dan yang lainnya, dan seterusnya. Dengan menelusuri kembali tindakan ini, Anda dapat menemukan di mana masalahnya dimulai dan bagaimana hal itu tumbuh menjadi gejala yang sekarang Anda hadapi. Kita dapat menerapkan RCA ke hampir semua situasi. Menentukan seberapa jauh penyelidikan yang Anda perlukan. Secara teoritis, Anda dapat terus menelusuri akar penyebab sampai kembali ke Zaman Batu, namun usaha tersebut tidak akan berguna. Berhati-hatilah untuk memahami kapan Anda menemukan penyebab signifikan yang sebenarnya bisa diubah.

RCA memiliki lima langkah identifikasi yaitu:

1. Langkah Pertama: Tentukan Masalahnya
 - a. Apa yang kamu lihat terjadi?
 - b. Apa saja gejala spesifiknya?
2. Langkah Kedua: Kumpulkan Data
 - a. Bukti apa yang Anda miliki bahwa masalahnya ada?
 - b. Sudah berapa lama masalah itu ada?
 - c. Apa dampak dari masalah ini?

Anda perlu menganalisis situasi sepenuhnya sebelum Anda dapat melanjutkan untuk melihat faktor-faktor yang berkontribusi terhadap masalah. Untuk memaksimalkan keefektifan RCA Anda, kumpulkan

semua orang-pakar dan staf garis depan-yang mengerti situasinya. Orang yang paling akrab dengan masalah ini dapat membantu Anda dalam memahami masalah dengan lebih baik.

3. Langkah Tiga: Identifikasi Faktor Penyebab Yang Mungkin

- a. Urutan apa yang menyebabkan masalah?
- b. Kondisi apa yang memungkinkan terjadinya masalah?
- c. Apa masalah lain seputar terjadinya masalah sentral?

Selama tahap ini, identifikasi sebanyak mungkin faktor kausal. Terlalu sering, orang mengidentifikasi satu atau dua faktor dan kemudian berhenti, tapi itu tidak cukup. Dengan RCA, Anda tidak ingin hanya mengobati penyebab yang paling jelas-Anda ingin menggali lebih dalam.

Gunakan konsep ini untuk membantu mengidentifikasi faktor penyebab:

a. Apresiasi

Gunakan fakta dan tanyakan "Jadi apa?" untuk menentukan semua kemungkinan konsekuensi sebuah fakta.

b. Whys?

Tanya "mengapa?" sampai Anda sampai pada akar masalahnya.

c. Drill Down

Turunkan masalah menjadi bagian kecil yang detil untuk lebih memahami gambaran besarnya.

d. Diagram Penyebab dan Akibat

Buat bagan dari semua faktor penyebab yang mungkin terjadi, untuk melihat di mana masalahnya mungkin dimulai.

4. Langkah Keempat: Identifikasi Penyebab Akar

- a. Mengapa faktor kausal ada?
- b. Apa alasan sebenarnya masalahnya?

Gunakan alat yang sama dengan yang Anda gunakan untuk mengidentifikasi faktor penyebab (pada Langkah Tiga) untuk melihat akar dari setiap faktor. Alat ini dirancang untuk mendorong Anda menggali lebih dalam pada setiap tingkat sebab dan akibat.

5. Langkah Kelima: Merekomendasikan dan Terapkan Solusi
 - a. Apa yang bisa Anda lakukan untuk mencegah agar tidak terjadi lagi?
 - b. Bagaimana solusinya diimplementasikan?
 - c. Siapa yang akan bertanggung jawab untuk itu?
 - d. Apa saja risiko penerapannya?

Analisis proses sebab dan akibat Anda, dan identifikasi perubahan yang diperlukan untuk berbagai sistem. Penting juga agar Anda merencanakan untuk memprediksi efek dari solusi Anda. Dengan cara ini, Anda bisa melihat potensi kegagalan sebelum terjadi.

Salah satu cara untuk melakukannya adalah dengan menggunakan *Failure Mode* dan *Effects Analysis* (FMEA). Alat ini dibangun berdasarkan gagasan analisis risiko untuk mengidentifikasi titik di mana solusi bisa gagal. FMEA juga merupakan sistem yang bagus untuk diterapkan di seluruh organisasi Anda; Semakin banyak sistem dan proses yang menggunakan FMEA di awal, semakin kecil kemungkinan Anda memiliki masalah yang memerlukan RCA di masa depan.

Analisis Dampak merupakan alat lain yang berguna untuk membantu Anda mengeksplorasi kemungkinan konsekuensi positif dan negatif dari perubahan pada berbagai bagian sistem atau organisasi.

Strategi hebat lainnya adalah Kaizen, atau perbaikan terus-menerus. Inilah gagasan bahwa perubahan kecil yang terus-menerus menciptakan sistem yang lebih baik secara keseluruhan. Kaizen juga menekankan bahwa orang-orang yang paling dekat dengan sebuah proses harus mengidentifikasinya untuk perbaikan sehingga akar permasalahan dapat diidentifikasi dan diselesaikan dengan cepat dan efektif.

Root Cause Analysis adalah proses yang berguna untuk memahami dan memecahkan suatu masalah. Cari tahu kejadian negatif apa yang terjadi. Kemudian, lihatlah sistem kompleks seputar masalah tersebut, dan identifikasi poin-poin kunci kegagalan. Akhirnya, tentukan solusi untuk mengatasi poin-poin kunci tersebut, atau akar penyebabnya.

Anda dapat menggunakan banyak alat untuk mendukung proses RCA Anda. Diagram Penyebab dan Akibat; dan 5 Whys merupakan bagian integral dari

proses itu sendiri. Sementara FMEA dan Kaizen membantu meminimalkan kebutuhan akan RCA di masa depan.

Sebagai alat analisis, RCA adalah cara penting untuk melakukan penelaahan menyeluruh atas keseluruhan masalah yang komprehensif serta juga kejadian dan faktor yang menjadi penyebabnya.

3.3.4 Alternatif Tindakan Pemecahan Masalah

Metode yang digunakan adalah *brainstorming* untuk membuat list alternatif-alternatif pemecahan masalah yang memungkinkan untuk dilaksanakan.

Brainstorming adalah suatu teknik yang efektif untuk membantu melakukan identifikasi masalah, menentukan penyebab masalah dan mencari cara pemecahan masalah. *Brainstorming* (curah pendapat) merupakan metode yang digunakan untuk menggali ide atau pemikiran baru yang secara efektif melibatkan seluruh anggota kelompok

Manfaat

1. Dapat digunakan secara efektif untuk memperoleh ide untuk menentukan masalah, identifikasi masalah, memilih prioritas masalah serta mengajukan alternatif pemecahan masalah.
2. Untuk memperoleh ide atau pemikiran baru dari sekelompok orang dalam waktu singkat dengan menggunakan dua kemampuan (kreatif dan intuitif).
3. Memberikan kesempatan kepada semua anggota kelompok untuk memberikan kontribusi dan keterlibatan dalam memecahkan suatu masalah.

Kelebihan dan Kelemahan Metode Brainstorming

Kelebihan:

1. Mendapatkan masalah, penyebab masalah dan cara pemecahan masalah dengan cepat
2. Merupakan data primer karena sumber data dapat langsung diperoleh
3. Dapat digunakan bila tidak mempunyai data sekunder
4. Menghasilkan ide atau pemikiran baru yang kreatif dan inovatif dengan cepat

Kelemahan:

1. Tidak dapat digunakan pada sampel atau peserta yang besar
2. Risiko terjadinya subyektivitas bila tidak ditunjang dengan data-data yang ada.

Langkah-langkah Brainstorming

Untuk dapat menerapkan brainstorming secara tepat diperlukan tahap-tahap sebagai berikut:

1. Persiapan yang perlu dilakukan antara lain:
 - a. Persiapan sarana/peralatan
Sarana/peralatan yang perlu disiapkan antara lain:
 - 1) Daftar hadir (absensi)
 - 2) Kertas flipchart/papan tulis/white board lengkap dengan alat tulisnya (spidol besar/kapur tulis/white board maker).
 - 3) Alat tulis pada masing-masing peserta
 - b. Persiapan ruang
Ruang pertemuan yang dipilih hendaknya yang cukup luas dan nyaman. Meja dan tempat duduk diatur seperti huruf “U” yang terbuka ujungnya (round table) di mana pada ujung meja yang terbuka ditempatkan flipchart atau papan tulis atau white board.
 - c. Persiapan peserta
Peserta dalam brainstorming adalah orang yang mengerti dan menguasai masalah yang akan dibahas serta memiliki wawasan yang luas tentang masalah tersebut.
2. Peserta
Jumlah peserta 3-8 orang mengerti dan menguasai masalah yang akan dibahas serta memiliki wawasan yang luas tentang masalah tersebut.
3. Proses Pelaksanaan Brainstorming

Seleksi Ide atau Pemikiran

Seleksi ide atau pemikiran merupakan suatu kegiatan untuk mengevaluasi alternatif, menghilangkan atau mengedit ide atau pemikiran yang dihasilkan

dari brainstorming. Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam melakukan seleksi yaitu:

1. Ketersediaan dan kecukupan biaya
2. Ketersediaan waktu
3. Ketersediaan sumber daya yang lain
4. Kesesuaian dengan visi, misi dan tujuan organisasi
5. Kepraktisan dalam pelaksanaan
6. Kemungkinan penolakan

3.3.5 Penyusunan Rencana Operasional

Pengertian Rencana Operasional (POA)

Plan of Action (POA) atau Rencana Operasional adalah suatu dokumen penyusunan rencana pelaksanaan program kesehatan yang disusun berdasarkan kegiatan-kegiatan dengan memperhitungkan hal-hal yang telah ditetapkan dalam proses sebelumnya serta semua potensi sumber daya yang ada.

Langkah-langkah Penyusunan Rencana Operasional (POA)

Penyusunan rencana operasional dilakukan sesudah proses perencanaan tahunan kesehatan kota/kabupaten selesai. Bila rencana tahunan telah disetujui, maka dapat diartikan bahwa alokasi dana segera turun. Untuk itu perlu rencana tahunan dijabarkan secara terinci dalam bentuk kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan.

1. Langkah Pertama: menguraikan masalah untuk mendapatkan gambaran yang menyeluruh tentang masalah yang dihadapi.
Uraian masalah merupakan langkah pertama dalam suatu rencana kesehatan. Kegiatan ini adalah gambaran singkat dari berbagai masalah yang berkaitan dengan bidang kesehatan serta analisis dari berbagai faktor yang memengaruhinya.
Analisis akan menghasilkan rumusan pokok dan faktor penyebab yang akan menjadi dasar untuk penyusunan tujuan, sasaran maupun kebijaksanaan dalam langkah penyusunan rencana operasional yang berikutnya.
2. Langkah Kedua: Perumusan tujuan, sasaran dan kebijaksanaan

Menentukan tujuan pada hakekatnya adalah menentukan tingkat pengurangan masalah (problem reduction level) yang digariskan dalam kurun waktu tertentu. Karena itu perumusan tujuan pada tingkat rencana operasional harus dituliskan dengan jelas, menggunakan kata kerja aktif, dapat diukur tingkat pengurangan masalahnya dan dapat dilihat pencapaian keberhasilannya.

Suatu perumusan tujuan harus jelas lingkup kurun waktunya, karena harus dapat diperkirakan dalam waktu berapa lama problem reduction level tersebut akan dicapai, apakah dalam tahunan atau mingguan. Masih dalam langkah ke dua ini adalah penentuan sasaran dari rencana operasional.

3. Langkah Ketiga: Uraian program kesehatan

Langkah ini meliputi uraian semua program kesehatan baik yang bersifat operasional di lapangan maupun yang bersifat manajerial.

Uraian program yang bersifat operasional di lapangan dapat diberikan dalam banyak contoh:

- a. Penyusunan rencana kerja terpadu melalui mini lokakarya PKM
- b. Penggerakan masyarakat dalam pelaksanaan berbagai kegiatan kesehatan tingkat operasional yang telah disepakati bersama
- c. Pemantapan dukungan kegiatan kesehatan yang melibatkan sektor lain.
- d. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan kegiatan termasuk perencanaan dari hasil kegiatan yang telah dicapai.

Uraian program yang bersifat manajerial pada tingkat di atas tingkat operasional/pelaksana dapat ditekankan pada:

- a. Aspek pembinaan dan pemberian bimbingan pada tingkat pelaksanaan kegiatan
- b. Aspek pengawasan, bantuan sumber daya dalam bentuk langkah-langkah kegiatan perencanaan, pengadaan, pengelolaan, dana dan alat yang diperlukan demi lancarnya kegiatan di tingkat operasional.

- c. Penyusunan petunjuk pelaksanaan operasional di mana juklak tersebut dapat menjadi pedoman langsung dalam pelaksanaan kegiatan di daerah yang bersangkutan.
4. Langkah Keempat: Pengawasan dan Pengendalian
 Pengawasan dan pengendalian merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan. Pengendalian merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari suatu rencana operasional. Secara garis besar mencakup:
 - a. Penentuan organisasi yang diperlukan untuk mengadakan pengawasan dan pengendalian termasuk penentuan indikatornya
 - b. Mengadakan pengawasan dan pengendalian baik melalui kegiatan analisis pelaporan, bimbingan teknis dan melalui pertemuan inti. Dalam hal ini termasuk tindakan korektif dan umpan balik.
 - c. Mengadakan tindak lanjut untuk perbaikan kegiatan-kegiatan.

Bagan/Format POA

Lakukan penyusunan rencana operasional kegiatan atau program dengan membuat dan mengisi formulir isian rencana operasional kegiatan seperti yang dicontohkan berikut ini:

FORMULIR ISIAN RENCANA KEGIATAN

UNIT: _____ PROGRAM: _____ TAHUN: _____

Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Biaya/ Sumber	Waktu	Tempat	Penanggung jawab	Indikator keberhasilan	Keterangan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

Keterangan:

Kolom 1: Kolom Kegiatan

Yang dicantumkan pada kolom ini adalah rincian kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Biasanya dimulai dari

kegiatan yang mencakup tahapan persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap penilaian dari suatu kegiatan yang direncanakan

Contoh:

1. Melaksanakan penyuluhan tentang cara pemberian PMT Pemulihan pada Balita Gizi Buruk
2. Melaksanakan pemantauan hasil penimbangan menggunakan SKDN
3. Melakukan kegiatan revitalisasi posyandu
4. Pelatihan kader termasuk pelatihan gizi

Kolom 2: Kolom Tujuan

Yang dicantumkan pada kolom ini adalah tujuan yang ingin dicapai (terutama tujuan khusus) dari pemecahan masalah. Penulisan tujuan harus jelas ditulis secara kuantitatif selisih penurunan atau peningkatan target yang ingin dicapai melalui kegiatan tersebut, dapat dinyatakan dalam % atau angka absolute.

Contoh:

1. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran petugas Gizi tentang pentingnya pemberian PMT Pemulihan pada Balita Gizi Buruk
2. Meningkatkan keterampilan petugas Gizi dalam pemberian PMT Pemulihan pada Balita Gizi Buruk
3. Melakukan supervisi pada petugas Gizi saat memberikan pelayanan selama 1 bulan pasca pelatihan.

Kolom 3: Kolom Sasaran & Target

Yang dicantumkan pada kolom ini adalah siapa atau apa yang akan dibenahi pada setiap kegiatan yang dilakukan. di mana pada target dijelaskan berapa jumlah dari sasaran (cakupan).

Contoh:

Sasaran kegiatan pelatihan: 15 orang Kader Aktif di Wilayah kerja Puskesmas "X".

Kolom 4: Kolom Biaya/Sumber

Yang dicantumkan pada kolom ini adalah beberapa hal yang menyangkut pembiayaan seperti:

1. Besarnya biaya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan rencana kegiatan, dalam mata uang yang berlaku. Dan bila ada pihak asing sebagai sponsor biasanya juga dinyatakan dalam dollar atau mata uang asing lain sesuai permintaan donatur asing tersebut, yang disertai catatan nilai tukar yang berlaku pada saat POA disusun
2. Sumber biaya yang direncanakan untuk pelaksanaan kegiatan. Seperti diketahui bahwa biasanya POA disusun setelah rencana tahunan melalui berbagai proses sampai turun alokasi biaya.

Yang diisikan pada kolom ini hanya besarnya biaya secara global dan sumber pendanaannya.

Kolom 5: Kolom Waktu

Yang dicantumkan pada kolom ini adalah kapan saat kegiatan tersebut direncanakan untuk dilaksanakan dari awal hingga selesai. Kurun waktu pelaksanaan kegiatan merupakan selisih dari kapan saat selesai dengan saat dimulainya kegiatan.

Contoh:

1. Waktu pelaksanaan penyuluhan: Januari 2019
2. Waktu pelaksanaan pelatihan: Januari 2019
3. Waktu pelaksanaan pendampingan: Februari 2019

Untuk perencanaan seluruh kegiatan, agar tidak terjadi tumpang tindih, maka harus dibuatkan “Gantt chart” jadwal pelaksanaan kegiatan.

Kolom 6: Kolom Tempat

Yang dicantumkan pada kolom ini adalah tempat di mana kegiatan yang direncanakan akan dilaksanakan dari awal hingga selesai.

Contoh:

Pelatihan tentang pemberian PMT Pemulihan pada Balita Gizi Buruk dilaksanakan di ruang pertemuan Puskesmas “X” Kabupaten “Y”

Kolom 7: Kolom Penanggung jawab

Yang dicantumkan pada kolom ini adalah siapa atau organisasi apa yang menjadi penanggungjawab kegiatan. Dapat ditulis nama (bila ruang lingkup kecil), tetapi dapat ditulis keterlibatan instansi (bila kegiatan bersifat lintas sektoral)

Contoh:

Penanggung jawab kegiatan penyuluhan dan pelatihan cara pemberian PMT Pemulihan pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas “X” Kabupaten “Y”: Kepala Puskesmas “X”

Kolom 8: Kolom Indikator Keberhasilan

Yang dicantumkan pada kolom ini adalah ukuran tercapainya tujuan kegiatan pemecahan masalah yang dinyatakan secara kuantitatif baik dalam bentuk persentase ataupun angka absolut.

Contoh:

Indikator keberhasilan kegiatan pelatihan dan pendampingan: Jumlah pegawai yang diberi penyuluhan dan dilatih tentang cara pemberian PMT Pemulihan pada Balita Gizi Buruk.

Kolom 9: Kolom Keterangan

Kolom ini ditujukan untuk menyetengahkan hal ikhwal yang dianggap perlu dan penting di dalam formulir POA tetapi tidak dapat dimasukkan di bawah kolom-kolom terdahulu.

3.3.6 Monitoring dan Evaluasi

Definisi Monitoring

Monitoring adalah upaya untuk mengikuti perkembangan dari suatu program yang sedang dilaksanakan dan selanjutnya diupayakan jalan keluar atau perbaikannya bila terjadi penyimpangan-penyimpangan

Monitoring juga sering disimpulkan sebagai upaya mengumpulkan dan menganalisis indikator yang telah diseleksi guna membantu manajer atau pengelola program untuk mengukur apakah aktivitas kunci telah dilaksanakan seperti direncanakan dan memperoleh efek yang diinginkan pada target populasi.

Manfaat

Monitoring menyediakan umpan balik kepada pengelola program berkaitan dengan upaya memperbaiki rencana operasional dan untuk mengambil tindakan koreksi. Indikator dapat digunakan untuk mengukur pencapaian target, mengukur perubahan/kecenderungan dalam status kesehatan dibandingkan dengan level pencapaian antara wilayah kerja atau lingkungan proyek., Indikator didefinisikan sebagai pengukuran tidak langsung dari kejadian atau kondisi. Sebagai contoh, berat badan dibandingkan dengan umur adalah pengukuran tidak langsung (indikator) dari status gizi anak.

Tipe Monitoring

1. **Monitoring Rutin;** meliputi mengumpulkan informasi secara regular, sementara program berjalan (on going) untuk sekumpulan indikator inti atau primer. Bilangan indikator harus selalu diusahakan minimum tetapi harus selalu disiapkan oleh manajer dengan informasi yang cukup. Monitoring rutin dapat digunakan untuk mengidentifikasi program mana yang dilaksanakan dengan baik dan mana yang tidak sesuai rencana.
2. **Monitoring jangka pendek (short-term)** dilaksanakan untuk periode terbatas dan biasanya untuk kegiatan yang spesifik atau khusus. Biasanya waktu aktivitas yang baru diterapkan, manajer perlu mengetahui apakah kegiatan dilaksanakan sesuai rencana dan apakah memperoleh efek yang diinginkan. Umumnya manajer menggunakan informasi untuk menyesuaikan dalam intervensi yang baru. Monitoring sewaktu-waktu biasanya digunakan pada waktu manajer telah mengidentifikasi permasalahan dalam perolehan input dan pelayanan serta dibutuhkan informasi tambahan. Monitoring dalam kasus ini digunakan untuk mencari tahu permasalahan dan gaps dalam pelayanan, serta pelayanan penunjang. Dalam praktek umumnya kedua jenis monitoring tersebut diatas dapat saling melengkapi.
3. **Monitoring Bulanan:** dilakukan terhadap IPMS (Indikator Potensi Masyarakat Sehat), melalui PWS (Pemantauan Wilayah Setempat) program pokok Puskesmas khususnya KIA, imunisasi dan perbaikan

gizi. Hasil PWS dibahas pada monitoring bulanan ini, untuk ditindaklanjuti, desa mana yang harus difasilitasi agar dapat mengejar ketinggalannya dalam pencapaian program pokok Puskesmas

4. Monitoring Semesteran: dilakukan terhadap IPTS (Indikator Potensi Tatanan Sehat) dan IPKS (Indeks Potensi Keluarga Sehat) melalui pembahasan hasil MEM (Monitoring dan Evaluasi Manfaat) yang dilakukan setiap semester

Prinsip Monitoring

Dalam merencanakan penggunaan sistem monitoring rutin atau sewaktu-waktu, beberapa prinsip harus diperhatikan:

1. Pilih indikator kunci yang akan digunakan oleh manajer dan pengguna lainnya.
2. Jangan membebani staff anda untuk mengumpulkan terlalu banyak data.
3. Persiapkan waktu untuk memberikan umpan balik.
4. Gunakan format pelaporan yang dapat memudahkan interpretasi dan tindakan.

Teknik Monitoring dan Evaluasi

Dalam hubungan dengan pencatatan monitoring rutin, beberapa teknik dapat digunakan untuk mengumpulkan data untuk kepentingan monitoring adalah sebagai berikut:

1. Observasi dengan menggunakan cek list.
2. Survey cepat (rapid survey)
3. Wawancara pasca-pelayanan (Exit interviews) terhadap pengguna pelayanan kesehatan sewaktu mereka selesai dilayani. Umumnya dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah dipersiapkan sebelumnya.
4. Interviews terhadap petugas kesehatan baik terstruktur, tidak terstruktur (informal) dan FGD.

Langkah-langkah Monitoring

1. Tahap Perencanaan
 - a. Menspesifikkan tujuan khusus (objectives) yaitu apa yang akan dimonitor, apa tujuannya dan siapa yang melakukan serta menentukan apakah akan memonitor indikator input, proses, output, atau outcome
 - b. Membuat ruang lingkup monitoring seperti area geografi, fasilitas yang digunakan, tenaga yang terlibat, durasi monitoring (monitoring rutin/jangka pendek) dan deadline monitoring
 - c. Membuat indikator dan standar kinerja serta frekuensi minimal untuk mengumpulkan data
 - d. Memilih sumber informasi
 - 1) sumber data yang sudah ada seperti laporan rutin, laporan logistik, laporan register, laporan pasien, laporan kegiatan dan laporan kependudukan
 - 2) Memodifikasi bentuk yang sudah ada
 - 3) Mengembangkan instrumen baru
 - e. Mengembangkan prosedur pengumpulan data (review dokumen/laporan, observasi, survei cepat, wawancara setelah pelayanan/exit interview dan interview tenaga Kesehatan)
2. Tahap Pelaksanaan
 - a. Mengumpulkan data
 - b. Mentabulasi dan menganalisis data
 - c. Membuat laporan hasil monitoring dengan cara mereview pasien (user), mengadaptasikan laporan monitoring dengan kebutuhan user, menggunakan grafik/table, mengemukakan hasil penemuan utama dan mencari input tentang penyebab dan solusinya
 - d. Mengambil tindakan yang tepat (mengidentifikasi penyebab, menggambarkan akar masalah, mengumpulkan data untuk mencari penyebab yang belum diketahui, merencanakan dan mengimplementasikan solusi dan memonitor hasil kegiatan apakah sesuai dengan implementasi dan dampak yang diharapkan

3. Tahap Akhir/Penentuan

Memutuskan apakah akan meneruskan monitoring atau tidak dengan menggunakan guideline review monitoring sebagai berikut:

- a. Jika pelaksanaan program meningkat maka kebutuhan data input kurang penting dan kebutuhan data mengenai output dan outcome akan menjadi lebih penting
- b. Jika masalah diatasi maka jumlah indikator dan frekuensi pengumpulan data dapat dikurangi

Bab 4

Perencanaan Program Gizi

4.1 Pendekatan dalam Perencanaan Program

Dalam melaksanakan suatu kegiatan sehari-hari pada perorangan maupun masyarakat secara umum selalu melakukan suatu perencanaan. Tujuannya adalah agar kegiatan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana, terarah dan hasil memuaskan. Dengan demikian dibutuhkan perencanaan yang baik, sehingga menjadi suatu gambaran seni dalam berencana, yang lebih banyak dititik beratkan dalam bidang kesehatan terutama yang berkaitan dengan program gizi (Dudung, 2007).

Perencanaan merupakan salah satu fungsi awal manajemen. Perencanaan program diperlukan data dari berbagai sektor yang terlibat atau ada hubungan dengan program yang sedang berjalan. Olehnya itu, pencarian data dan informasi serta analisis yang lebih tepat sangat dibutuhkan agar mendapatkan prioritas masalah dan program yang tepat.

Membuat perencanaan itu penting karena adanya keterbatasan sumber daya seperti modal, tenaga dan waktu. Sehingga perlu membuat perencanaan dalam mengolahnya untuk mencapai suatu tujuan. Selain itu, munculnya masalah-masalah yang diluar perkiraan membuat kita sebagai pimpinan program atau

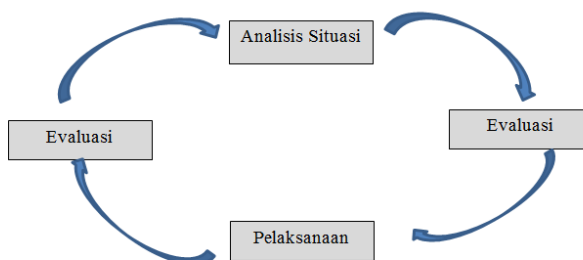
projek perlu merencanakan perkiraan solusi. Ditambah lagi adanya tantangan di masa depan yang membuat kita pun membuat persiapan strategi dalam menghadapinya (Raharjo, Nugroho, & Hermawati, 2017).

Bidang kesehatan, perencanaan adalah sebagai suatu proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menentukan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut. Dengan harapan dibuatnya suatu perencanaan kita dapat mengetahui tujuan dan cara mencapainya. Demikian juga sarana dan prasarana yang dibutuhkan dan seberapa besar personil yang dibutuhkan, serta bentuk dan standar pengawasan yang akan dilakukan (Dudung, 2007).

Secara umum ada lima langkah penting dalam suatu perencanaan yang perlu dilakukan dalam setiap menjalankan fungsi perencanaan, yaitu:

1. Analisis situasi
2. Mengidentifikasi masalah dan penetapan prioritas masalah
3. Merumuskan tujuan program dan besarnya target yang ingin dicapai
4. Mengkaji kemungkinan adanya hambatan dan kendala dalam pelaksanaan program.
5. Menyusun rencana program kegiatan dalam salah satu bentuk POA (Plan Of Action)

Perencanaan adalah bagian dari suatu proses yang dapat diformulasikan dalam suatu siklus seperti terlihat di bawah ini.

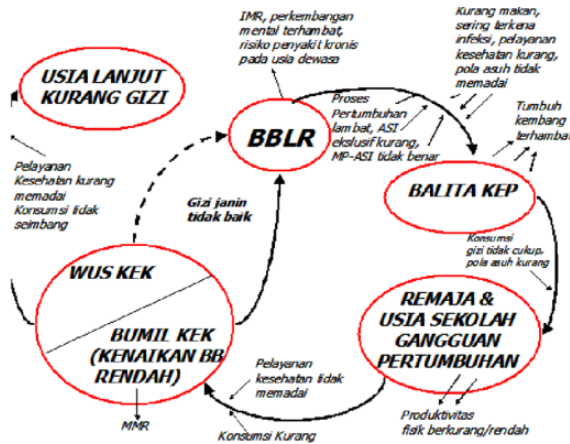


Gambar 4.1: Siklus Pemikiran Perencanaan

Dari siklus tersebut memperlihatkan bahwa kegiatan dari situasi sekarang dilaksanakan dengan sasaran utama dari identifikasi masalah. Pada

identifikasi masalah, rencana dikembangkan untuk memecahkan masalah dengan melaksanakan perencanaan. Setelah beberapa waktu tertentu pelaksanaan, evaluasi dilakukan untuk melihat sejauh mana sasaran dan target sesuai rencana sudah yang sudah terlaksana dan tercapai. Kemudian siklus dilengkapi dengan penilaian kembali dari situasi sekarang ini. Secara teori, proses berlangsung terus sampai masalah dapat terpecahkan.

seorang pimpinan program/projek harus mampu menjabarkan bahwa memang pemecahan masalah gizi tidak dapat dilihat secara cepat hasilnya. Hal ini terkait dengan sifat masalah gizi secara umum yaitu kronis atau menahun. Pada gambar 4.2 dapat memberikan deskripsi bagaimana masalah gizi muncul dalam daur kehidupan



Sumber: Nutrition challenges in the next decade, Food and nutrition Bulletin, 2003

Gambar 4.2: Masalah Gizi Berdasarkan Daur Kehidupan

Wanita yang mengalami gizi kurang jika tidak mendapatkan asupan yang baik, layanan kesehatan yang optimal dan mengalami infeksi maka dapat menyebabkan janin kekurangan gizi. Janin kurang gizi akan berisiko dilahirkan dengan berat badan lahir rendah (BBLR, <2500 gram). Bayi BBLR akan berisiko mengalami kematian dini, ketergangguan dalam perkembangan mental serta (jika sampai dewasa) meningkatkan risiko terjadinya penyakit kronis. Jika bayi BBLR ini tidak mendapatkan asupan yang cukup, mengalami infeksi yang sering serta tidak mendapat asuhan dan layanan kesehatan yang optimal maka menjadikannya tidak mengejar pertumbuhan (catch-up growth) menyebabkan dirinya menjadi anak

stunted (pendek) (Banudi, Santoso, Leksono, Rantesalu, & Palutturi, 2020). Jika faktor masalah tetap terjadi (misal asupan yang tidak cukup, asuhan dan layanan kesehatan tidak optimal) maka *child stunted* ini menjadi dewasa yang mengulangi siklus masalah gizi. Berbagai badan dunia seperti WHO dan UNICEF melaporkan bahwa dewasa yang lahir dengan BBLR akan memiliki produktivitas yang rendah dan sering sakit. Jika dewasa ini mendapat pendapatan maka karena sering sakit pendapatannya akan digunakan untuk berobat. Bahkan, pada tahap masih anak-anak, masalah gizi merupakan masalah terbesar dunia dan penyebab tunggal terbesar dalam menyebabkan kematian anak (Purwanti & Nurfiti, 2019).

Membahas perencanaan tidak terlepas dari manajemen, yaitu kumpulan dari beberapa sasaran kegunaan dan pengontrolan waktu, tenaga, uang dan sumberdaya lain. Dari beberapa pakar manajemen, mereka membedakan beberapa fungsi manajemen seperti contoh George Tery dengan teori bahwa fungsi manajemen terdiri dari; *Planning, Organizing, Actuating, Controlling*. Perencanaan utama dalam gizi masyarakat adalah penyusunan rencana program yang merupakan tugas utama ahli gizi masyarakat (Setyawati, Veria, Hartini, & Eko, 2018).

Saat ini, perhatian gizi kesehatan masyarakat adalah magnitude besar atau prevalensi besar contoh *stunting*, anemia, KEP, KVA, GAKI, BBLR, diabetes, kanker, osteoporosis, jantung koroner dan obesitas (Banudi, 2019). Selain itu, dengan meningkatnya umur harapan hidup maka masalah gizi pada masa lansia pun mulai jadi perhatian.

Seorang ahli gizi harus mempunyai pengetahuan dan keahlian dalam kesehatan masyarakat seperti:

1. Kebijakan, Perencanaan dan Administrasi
Mengetahui struktur politik masyarakat, menggunakan keterampilan dalam perencanaan, organisasi, manajemen dan evaluasi system pelayanan gizi masyarakat.
2. Biostatistik
Mempunyai keterampilan dalam mengumpulkan, menyusun, menganalisis dan membuat laporan demografi, kesehatan dan data konsumsi pangan.

3. Epidemiologi
Mengetahui tentang kesehatan dan pola penyebaran penyakit dalam populasi.
4. Ilmu Lingkungan
Mengetahui factor biologi dan kimia yang memengaruhi kualitas dan keamanan udara, air dan ketersediaan pangan.

4.2 Perencanaan Program

Suatu program adalah koordinasi antara personil, fasilitas, uang, alat, penyediaan barang dan jasa. Perencanaan program berupa menyusun permasalahan dan sumber-sumber ke dalam kerangka kerja, untuk mempermudah penggunaan dalam memecahkan masalah.

Prosesnya meliputi langkah-langkah:

1. Determinasi masalah
2. Koordinasi dan organisasi
3. Pelaksanaan rencana
4. Pengawasan rencana
5. Evaluasi

Rencana proses perencanaan bertujuan agar didapat suatu pedoman atau petunjuk untuk membuat rencana yang akan dilaksanakan kemudian yang berbentuk TOR (Term Of Reference).

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam merencanakan proses perencanaan, meliputi:

1. Menentukan pemilihan kelembagaan
2. Penentuan metode perencanaan
3. Penentuan tingkat perencanaan
4. Pembuatan TOR

Pendekatan Perencanaan Program Gizi Skala Mikro Perencanaan merupakan metode atau prosedur yang teratur untuk merumuskan keputusan yang terbaik

pada berbagai tingkat. Perencanaan menjadi alat yang efisien, dengan langkah-langkah yang logis dapat menjamin kemantapan dalam menanggapi berbagai macam perkembangan dalam merumuskan dan melaksanakan kebijakan di bidang gizi. Namun bagaimanapun baiknya tehnik perencanaan, kualitas suatu keputusan yang diambil, tetap bergantung dari unsur manusia, dukungan finansial dan sumber daya yang terorganisir serta didukung oleh politik yang ada di daerah.

Program-program gizi disamping memberikan manfaat produktivitas secara langsung, memberikan pula keuntungan-keuntungan lain di antaranya:

1. Menurunkan angka kesakitan penduduk
2. Meningkatkan pendapatan penduduk
3. Meningkatkan kesehatan dan kemampuan ibu-ibu dalam memelihara anak-anak
4. Meningkatkan kemampuan sumber daya manusia pada umumnya

Banyak factor sebagai penyebab terjadinya masalah gizi kurang, Adapun Faktor-faktor yang menyebabkan gizi kurang adalah:

1. Penyebab Langsung
 - a. Asupan makanan
 - b. Penyakit infeksi
2. Penyebab tidak langsung
 - a. Persediaan makanan di rumah
 - b. Perawatan anak dan ibu hamil
 - c. Pelayanan kesehatan
 - d. Kemiskinan
 - e. Kurang pendidikan dan pengetahuan serta keterampilan
 - f. Serta yang menjadi akar permasalahan adalah ekonomi (krisis ekonomi).

Masalah gizi adalah suatu yang tidak dikehendki oleh siapa pun juga. Oleh karena itu, perlu dicari cara untuk menanggulangnya melalui berbagai tindakan. Perencanaan gizi memberikan perhatian dalam hal identifikasi dan disain penanganan untuk mengurangi masalah gizi kurang dan membantu dalam pembuatan keputusan memilih tindakan-tindakan yang akan diambil.

Perencanaan program pangan dan gizi dapat dilakukan dengan mengidentifikasi masalah gizi dengan upaya survei data dasar gizi, melakukan intervensi gizi dengan berbagai tindakan seperti;

1. Peningkatan produksi pertanian dengan tujuan meningkatkan produksi pangan dengan cara yang dapat meningkatkan ketersediaan makanan atau pendapatan
2. Fortifikasi; pada tahap prosesing seseorang dapat memperbaiki defisiensi gizi yang khusus dalam konsumsi, seperti yodium, Fe, Vitamin A dengan cara menambahkan zat gizi tersebut ke dalam bahan makanan yang umum dimakan.
3. Makanan formulasi; yang bertujuan untuk memperbaiki kualitas defisiensi, makanan yang biasa diformulasikan umumnya makanan bagi anak usia 6-36 bulan dan harus padat gizi dan dapat diberikan melalui program PMT (pemberian makanan tambahan)
4. Infrastruktur pemasaran; memantau harga pasar, penanganan penyimpanan dan transportasi untuk ketersediaan pangan.
5. Subsidi harga pangan; bertujuan mengatasi hambatan utama dari daya beli yang kurang dengan mengontrol harga dan atu pengadaan took ransum maknanan.
6. Dosis tinggi; merupakan intervensi alternatif terhadap fortifikasi
7. Pemberian makanan tambahan; dengan menyediakan pangan gratis atau dengan harga rendah untuk mencukupi konsumsi bagi golongan rawan. Makanan ini dapat didistribusikan secara periodic dengan cara diantar ke rumah dikonsumsi di pusat kegiatan PMT.
8. Pendidikan dan pengetahuan gizi; bertujuan meningkatkan penggunaan sumber daya makanan yang tersedia, mengubah kebiasaan makan yang buruk dilihat dari segi gizi.
9. Program terpadu ; melibatkan kegiatan intervensi gizi dengan intervensi utama yang lain seperti perawatan kesehatan dan sanitasi untu mencegah penyakit infeksi dan variabel demografi.

4.3 Pendekatan Sistem Perencanaan Gizi

Pada Era baru dibidang gizi diperlukan pengelolaan berpikir menggunakan system yang lebih baik. Program gizi tidak lagi dianggap hanya sebagai komponen kesehatan saja, namun sudah mulai diakui sebagai sub-sistem dari super sistem Pembangunan Nasional yang telah dibuat oleh pemerintah Indonesia.

Metode dalam perencanaan program gizi, metode telah banyak yang berkembang dalam membuat perencanaan program gizi. Di antara metode yang banyak digunakan adalah LFA (logical framework analysis), OOPP (germany) dan RBM (result based management, USA). Perencanaan ini juga jika dilihat berdasarkan level pemerintahan dapat dibagi menjadi micro planning, strategic planning dan global planning. Micro planning seperti: kecamatan, kelurahan, desa. *Strategic planning* seperti pada tinggal nasional sedangkan Global planning seperti SDGs (sebelum 2015 umumnya disebut MDGs).

Sistem adalah suatu rangkaian dari unsur-unsur atau komponen yang saling kait mengkait dan saling berpengaruh untuk menuju ke suatu tujuan yang sama. Adapun ciri-ciri dari pendekatan sistem adalah;

1. Organisatoris
Bertujuan membantu memecahkan masalah yang luas dan rumit, sehingga diperlukan pengorganisasian berbagai daya dan sarana dari banyak pihak.
2. Kreatif
Menciptakan tujuan dan metode dalam penanganan masalah.
3. Teoritis
Pendekatan sistem harus didasarkan dengan ilmu pengetahuan (ilmiah)
4. Empiris
Pengumpulan data dengan percobaan, penelitian dan lain-lain. Dapat memberikan keterangan yang realistis dalam dunia nyata (praktek) seperti fungsi dan hubungan berbagai sistem, sikap dan lain-lain.

5. Pragmatis

Setelah dapat terbukti secara empiris maka dengan pragmatis dapat dilakukan atau dilaksanakan dengan (feasible, producible, operable, dan legal)

Perencanaan yang baik dan layak membutuhkan informasi secara kuantitatif dan kualitatif. Untuk mengukur hasil dari program-program yang berorientasi gizi, dengan pendekatan sistem yang baik dan terencana maka akan didapatkan suatu identifikasi masalah gizi sehingga permasalahan-permasalahan tersebut dapat diatasi dengan berbagai program intervensi gizi.

Model perencanaan yang biasa digunakan di Indonesia ada 4 yaitu ; *Top-Down Planning*, *Bottom-Up Planning*, gabungan *Top-Down* dan *Bottom-Up Planning*, serta Rencana Terpadu (Lintas Sektor).

1. Top-Down Planning

- a. Didasarkan pada pengamatan yang urgensinya ditetapkan oleh tingkat pusat
- b. Ditujukan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang dianggap oleh pemerintah bahwa program tersebut akan dapat meningkatkan kesejahteraan rakyat
- c. Tanpa memperhitungkan dan melalui proses, agar *felt need* berubah dengan sendirinya menjadi *real need*.
- d. Bersifat instruktif di mana partisipasi masyarakat sulit ditambahkan (bila masyarakat belum dapat merasakan manfaatnya)

2. Bottom-Up Planning

- a. Bercermin dari kelemahan *top-down planning*
- b. Gagasan dan usulan dari masyarakat karena kebutuhan masyarakat sendiri
- c. Peran serta masyarakat sangat menonjol sebab masyarakat bertanggung jawab atas keberhasilan program

3. Gabungan Bottom-Up dan Top-Down Planning

Diperoleh kesepakatan dan perencanaan konsep, serta penyesuaian program yang direncanakan

4. Perencanaan Terpadu

Berbagai pihak (sector) harus bekerja sama untuk mencapai tujuan.

Langkah-langkah perencanaan gizi

1. Diagnosa permasalahan dan analisis situasi
2. Formulasi tujuan spesifik
3. Seleksi model intervensi
4. Implementasi
5. Evaluasi

Konsepsi Perencanaan Gizi

1. Arti dan tujuan
 - a. Tujuan dari perencanaan gizi
 - b. Perlunya ukuran gizi dalam perencanaan
 - c. Startegi dasar
 - d. Tipe program
 - e. Pertimbangan dan komponen gizi
 - f. Pengenalan perencanaan dan pertimbangan gizi
 - g. Dampak gizi utama
 - h. 5 metode dalam perencanaan ;
 - 1) Identifikasi masalah
 - 2) Identifikasi golongan sasaran
 - 3) Penetapan dampak gizi dengan telaahan
 - 4) Identifikasi pelaksanaan
 - 5) Formulasi cara pemantauan dan evaluasi
2. Langkah dalam prosedur perencanaan
 - a. telaahan meja
 - b. telaahan gizi dan tinju lapang
 - c. studi masalah gizi yang mendalam
 - d. susun model monitor dan evaluasi

Berikut ini merupakan langkah-langkah melaksanakan perencanaan pengumpulan data dasar gizi yang akan dilakukan:

1. Menentukan masalah gizi yang menjadi prioritas di daerah tersebut dan menentukan tujuan pelaksanaan pengumpulan data dasar gizi secara jelas dan rinci.
2. Menentukan besar dan metode sampel
3. Mengembangkan alat pengumpul data
4. Pengorganisasian dan pelaksanaan pengambilan data dasar gizi
5. Analisa, interpretasi dan laporan
6. Pengembangan kegiatan program lanjutan (intervensi gizi)

Bab 5

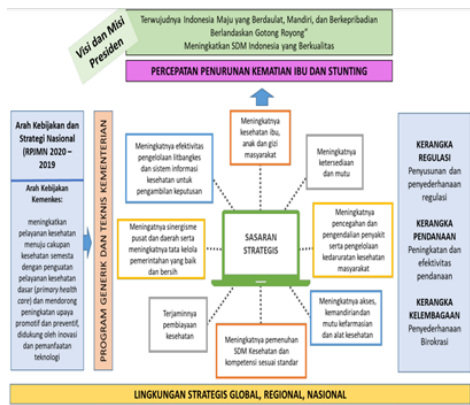
Pelaksanaan Program Gizi

5.1 Pendahuluan

Pelaksanaan program gizi di Indonesia saat ini telah dijabarkan dalam Rencana Aksi Kegiatan Tahun 2020-2025 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020). Di mana pengembangan pelaksanaan program gizi tersebut tidak terlepas dari arah kebijakan pemerintah Republik Indonesia yaitu yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka menengah Nasional Tahun 2020-2024 (Presiden Republik Indonesia., 2020). Di mana, upaya-upaya yang dilakukan yaitu melalui program pembinaan gizi masyarakat (Presiden Republik Indonesia., 2020). Ada lima aspek untuk melaksanakan program pembinaan gizi masyarakat tersebut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020). Program yang pertama yaitu melakukan percepatan penurunan stunting. Upaya yang dilakukan yaitu dengan peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitive yang terintegrasi. Program yang kedua yaitu melakukan peningkatan intervensi yang bersifat *life saving* yang didukung oleh data yang valid dan kuat yaitu sering disebut dengan “Evidence-based policy”. Dalam hal ini juga termasuk upaya fortifikasi dan pemberian multiple micronutrient.

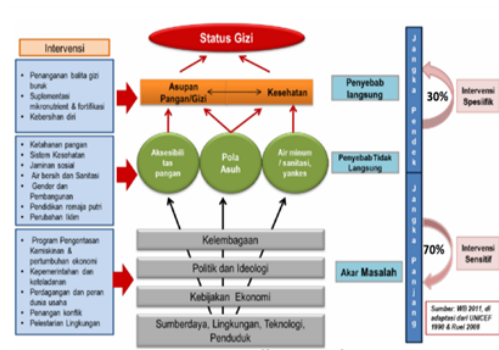
Program yang ketiga yaitu berupa upaya penguatan advokasi, komunikasi sosial dan perubahan perilaku sehat, khususnya mendorong terpenuhinya kebutuhan gizi seimbang yang berbasis pada konsumsi pangan yaitu sering

disebut dengan “Food based approach”. Upaya yang keempat yaitu melaksanakan upaya penguatan system surveilence gizi. Program yang kelima yaitu upaya peningkatan komitmen dan pendampingan ke berbagai daerah untuk pelaksanaan perbaikan gizi. Di mana strategi yang dilakukan tentunya disesuaikan dengan kondisi di daerah masing-masing. Serta strategi pendampingannya juga didasarkan atas respon cepat dari upaya perbaikan gizi di dalam kondisi daruratnya. Secara jelas dijabarkan pada gambar di bawah ini.



Gambar 5.1: Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020)

Upaya pembinaan gizi masyarakat ini merupakan intervensi gizi secara spesifik yang bisa mengendalikan faktor penyebab langsung dari permasalahan gizi masyarakat.



Gambar 5.2: Penentu Status Gizi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020)

Program pelaksanaan program gizi dimaksudkan untuk meningkatkan cakupan kualitas pelayanan kesehatan dan gizi secara terpadu. Serta bertujuan untuk mengatasi masalah kekurangan dan kelebihan gizi atau beban gizi ganda. Di mana, strategi pendekatan yang dilakukan dalam melaksanakan program gizi ini yaitu melalui pendekatan “Siklus hidup” yaitu dimulai dari ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita, remaja, orang dewasa dan lansia.

Oleh karena itu, sasaran dari program pembinaan gizi masyarakat ini yaitu meliputi:

1. Meningkatkan status gizi wanita usia subur usia 15-49 tahun, termasuk ibu hamil dan ibu menyusui
2. Meningkatkan status gizi bayi dan balita
3. Mengatasi permasalahan kekurangan zat gizi mikro
4. Meningkatkan akses terhadap pelayanan manajemen terpadu tata laksana gizi buruk
5. Meningkatkan kapasitas fasyankes dan tenaga kesehatan untuk pelayanan gizi yang berkualitas
6. Meningkatkan kesadaran gizi masyarakat melalui pendidikan gizi, kampanye dan komunikasi perubahan perilaku
7. Meningkatkan respon cepat penanganan gizi pada situasi bencana
8. Meningkatkan sistem monitoring, evaluasi dan surveilans
9. Memperkuat penyusunan regulasi dan kebijakan gizi dengan dukungan buktibukti ilmiah terkini (evidence-based decision making)
10. Meningkatkan advokasi, koordinasi dan kerja sama dengan lintas program dan sektor terkait

Adapun strategi operasional dalam melaksanakan program gizi di Indonesia melalui upaya-upaya pembinaan gizi masyarakat di Indonesia yaitu meliputi empat aspek, antara lain:

1. Peningkatan kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM) gizi
2. Peningkatan kualitas pelayanan gizi
3. Peningkatan Pendidikan gizi
4. Peningkatan Manajemen Pelaksanaan Gizi

5.2 Pelaksanaan Program Gizi

5.2.1 Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Gizi

Sumber daya manusia merupakan kunci kesuksesan pelaksanaan program gizi, termasuk dalam melaksanakan program pembinaan gizi masyarakat. Ada tiga hal penting yang berpengaruh terhadap kapasitas sumber daya manusia sebagai pengelola program gizi yaitu pendidikan, pelatihan dan pengalaman. Seperti diketahui bahwa untuk pendidikan dan pelatihan bagi pelaksanaan program gizi yaitu bagi setiap insan atau pegawai yang mendapatkan kesempatan. Oleh karena itu tukar menukar ilmu pengetahuan di antara pengelola program gizi merupakan hal yang paling bisa untuk dilakukan dalam rangka peningkatan kapasitas pengelola program gizi.

Sebelum membahas lebih jauh, tentunya perlu dikaji tentang siapa saja yang masuk dalam sumber daya manusia dalam program gizi. Pelaksana program gizi dimulai tingkat kementerian kesehatan, dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, puskesmas dan masyarakat. Pelaksana program gizi di masyarakat yaitu mulai dari Kelompok PKK desa, kader posyandu, dan kader kesehatan di posbindu. Pengelola dan pelaksanaan di masyarakat tersebutlah yang harus ditingkatkan kapasitasnya.

Peningkatan kapasitas bagi pengelola dan pelaksana program gizi dari tingkat kementerian dan masyarakat meliputi aspek pengetahuan dan keterampilan. Pada tingkat upaya penanggung jawab program gizi, aspek yang perlu ditingkatkan yaitu:

1. Menyusun rencana kerja
2. Teknik koordinasi program gizi
3. Bimbingan dan pengendalian teknik program gizi
4. Penyiapan system informasi kegiatan program gizi
5. Inventarisasi permasalahan dan alternative permasalahan
6. Melakukan monitoring dan evaluasi, termasuk pembuatan laporan pelaksanaan program gizi
7. Penyelenggaraan kegiatan perbaikan gizi masyarakat.

Jenis pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan diatas, dalam rangka melaksanakan tugas dan wewenang pengelola program Gizi mulai ditingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota, hingga Puskesmas.

Sedangkan kapasitas yang perlu ditingkatkan bagi pelaksana program gizi di masyarakat, yaitu:

1. Tehnik penyelenggaraan di prosyandu
2. Pemantauan gizi masyarakat, termasuk status gizi bayi, balita, ibu hamil dan wus.
3. Tehnik Promosi kesehatan dalam peningkatan gizi masyarakat,
4. Tehnik pelaporan pelaksanaan program gizi di desa/keluaran.

5.2.2 Peningkatan Kualitas Pelayanan Gizi

Pelaksanaan program gizi di Indonesia harus ditingkatkan berkaitan dengan kualitasnya. Hal ini penting untuk mempercepat peningkatan status gizi masyarakat, termasuk permasalahan stunting. Peningkatan kualitas layanan program gizi di Indonesia menggunakan strategi intervensi gizi spesifik. Di mana strategi tersebut diarahkan langsung pada kelompok sasaran prioritas yaitu pada kelompok 1000 hari pertama kehidupan. Program layanan tersebut dimulai dari layanan kepada ibu hamil, kemudian pada ibu menyusui, bayi, baduta, dan remaja putrid. Penerapan strategi peningkatan kualitas layanan tersebut dalam lima tahun terakhir sudah membuktikan adanya pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan dan perbaikan status gizi masyarakat, khususnya penanganan stunting.

Program pelayanan gizi tersebut meliputi:

1. Pemberian tablet zat besi (tambah darah) pada ibu hamil;
2. Pemberian makanan tambahan pada ibu hamill yang mengalami kekurangan Energi Kronis;
3. Pelaknaan promosi kesehatan baik berupa konseling dan penyuluhan kelompok tentang cara pemberian makanan pada bayi dan anak balita. Dalam hal ini berkaitan dengan Inisiasi menyusui dini, Air Susu Ibu (ASI) eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI, serta pentingnya menyusui hingga anak berusia 2 tahun atau lebih.
4. Pemberian vitamin A pada bayi dan balita;
5. Memantau pertumbuhan bayi dan balita;

6. Pemberian makanan tambahan pada balita dengan gizi kurang;
7. Melakukan manajemen terpadu balita gizi buruk; serta
8. Pemberian tablet tambah darah pada remaja putrid.

Disamping itu, untuk mempercepat penanganan stunting, pemerintah Indonesia juga melakukan kampanye “Anti Kemiskinan”. Hal ini dimaksudkan untuk mendapatkan dukungan dari semua sector. Penerapan program yaitu salah satunya juga pemberian bantuan pemenuhan kebutuhan gizi masyarakat yaitu pada tahun 2020. Pemberian bantuan tersebut ditujukan kepada kelompok khusus sebagai suplementasi gizi yaitu pada kelompok balita dengan status gizi kurus, ibu hamil yang mengalami kurang energy kronis, pada anak sekolah dasar, dan pada kelompok masyarakat yang mengalami bencana alam.

Program peningkatan kualitas layanan gizi tersebut juga diiringi dengan pemenuhan sarana dan prasarana gizi yang di masyarakat. Tentunya pembinaan kepada masyarakat juga dilakukan secara terus menerus, disamping pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program layanan gizi.

5.2.3 Peningkatan Pendidikan Gizi

Peningkatan pengetahuan masyarakat tentang gizi termasuk pencegahannya juga penting dalam menumbuhkan sikap positif dan dan perilaku masyarakat kearah sadar gizi. Disamping itu, peningkatan para penyelenggara program layanan gizi juga harus ditingkatkan pengetahuan, sikap dan perilakunya. Sehingga para petugas gizi tersebut bisa memberikan layanan yang baik terhadap masyarakat atau kelompok sasaran gizi. Oleh karena itu, penguatan pada aspek edukasi sangat penting baik pada tingkat penyelenggara maupun di tingkat masyarakat.

Pada tingkat pemberi layanan gizi dilakukan sosialisasi, orientasi, pelatihan dan pendidikan. Di mana kegiatan tersebut akan memberikan tambahan pengetahuan dan keterampilan secara praktis baik tentang manajemen pelaksanaan program gizi yang berdaya dan berhasil guna. Pemberikan penguatan kepada pelaksanan gizi tersebut tentunya didasarkan atas peraturan atau pedoman dari Kementerian Kesehatan yang telah dibuat.

Penguatan pendidikan di masyarakat, baik berupa konseling ataupun pada sasaran yang luas. Berbagai media telah dikembangkan baik berupa printing, audio visual dan berbasis internet termasuk media sosial. Media printing untuk

meningkatkan kesadaran masyarakat tentang gizi yaitu berupa leaflet, dan poster (seperti contoh gambar di bawah ini).

Sedangkan penguatan pendidikan pada masyarakat yang berupa audio visual yaitu seperti penayangan program melalui televisi, serta pemutaran video atau film. Demikian dengan peningkatan pengetahuan dan sadar gizi pada masyarakat yang bermasih internet dan media sosial yaitu seperti adanya websites, whatsapp, facebook dan lainnya.



Gambar 5.3: Poster Pedoman Gizi Seimbang (Kementerian Kesehatan R.I., 2018)

5.2.4 Peningkatan Manajemen Pelaksanaan Gizi

Pengelolaan pelaksanaan program gizi ditata dengan baik, terutama pada tingkatan terdepan di masyarakat yaitu di Puskesmas dan Posyandu. Untuk mewujudkan pengelolaan manajemen program gizi tersebut, maka dilakukan pengembangan norma, standar, pedoman dan juga pengembangann criteria pembinaan gizi masyarakat. Sebagai contoh disyahrkannya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 41 Tahun 2014 tentang pedoman gizi seimbang (Menteri Kesehatan R.I., 2014). Di mana norma, standard atau peraturan menjadi acuan dalam pelaksanaan program gizi di Indonesia.

Penetapan indikator kinerja dalam kegiatan program gizi juga merupakan bentuk penguatan tata kelola pelaksanaan program gizi, seperti program pembinaan gizi. Seperti yang tertuang di dalam Rencana Aksi Nasional pembinaan gizi masyarakat telah ditetapkan indikator kinerja program gizi sebagai berikut:

Tabel 5.1: Indikator Kinerja Program dan Indikator Kinerja Kegiatan Program Pembinaan Gizi Masyarakat Tahun 2020 s.d 2024 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020)

No	Indikator (%)	Target (Tahun/Persen)				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Ibu hamil KEK	16	14.5	13	11.5	10
2	Kabupaten/kota yang melaksanakan surveilence gizi	51	70	80	100	100
3	Puskesmas mampu tatalaksana gizi buruk pada balita	10	20	30	45	60
4	Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif	40	45	50	55	60

Dalam rangka tercapainya penguatan manajemen intervensi program gizi juga dilakukan koordinasi lintas sektor, advokasi dan juga sosialisasi. Koordinasi, advokasi dan sosialisasi program gizi di berbagai sector dan tingkatan ini akan memperoleh dukungan yang kuat dari multiple sector. Hal ini sangat penting untuk ketersediaan sumber daya dan dana yang cukup, termasuk ketersediaan dan kecukupan sarana dan prasarana dalam pelaksanaan program pembinaan gizi di masyarakat.

Tentunya untuk mewujudkan tata kelola yang baik dan ketercapaian target yang diharapkan, maka kegiatan surveilence gizi juga dilaksanakan. Surveilence gizi merupakan suatu kegiatan pemantauan perkembangan pelaksanaan program gizi masyarakat secara terus menerus, termasuk permasalahan dan pencapaiannya. Kegiatan surveilence gizi ini dimulai dari pengumpulan data, kemudian pengolahan dan analisis data. Pada akhirnya, hasil surveilence menjadi bahan informasi yang penting dan kemudian didesiminasikan ke berbagai pihak untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

Pelaksanaan program gizi di Indonesia meliputi berbagai aspek yaitu mulai dari peningkatan kapasitas sumber daya manusia, peningkatan kualitas layanan, edukasi dan manajemen intervensi gizi. Di mana untuk meningkatkan kapasitas sumber daya manusia yaitu petugas pelayanan kesehatan dan gizi dilakukan melalui pelatihan dan pendidikan, termasuk memberikan kesempatan untuk mendapatkan pengalaman yang lebih luas.

Sedangkan untuk meningkatkan kualitas layanan program gizi diarahkan pada perbaikan gizi pada 1000 hari kehidupan yaitu mulai dari masa kehamilan, menyusui, bayi, balita, dan hingga masa remaja. Penguatan edukasi juga menjadi hal penting dalam pelaksanaan program gizi karena akan berdampak pada peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan kearah sadar gizi bagi masyarakat. Serta penguatan edukasi juga penting bagi pemberi layanan gizi karena akan mempengaruhi kinerja petugas gizi dalam memberikan layanan yang baik di masyarakat.

Perbaikan manajemen intervensi gizi juga dilakukan untuk mendukung ketercapaian pelaksanaan program gizi. Penataan manajemen intervensi gizi dimulai dengan pengembangan norma, standar, pedoman dan Kriteria pencapaian program gizi. Di mana dengan pengembangan aturan tersebut tentunya akan tercipta keseragaman dan ketepatan dalam pelaksanaan maupun penilaian. Mengingat norma, standar, pedoman dan criteria tersebut akan menjadi pedoman bagi seluruh pengelola dan pelaksana program gizi di Indonesia.

Dengan menerapkan program-program diatas, maka pelaksanaan program gizi di Indonesia bisa mencapai tujuan yang diharapkan, termasuk penurunan angka stunting dan wasting di Indonesia.

Bab 6

Evaluasi Program Gizi

6.1 Pendahuluan

Status Gizi yang baik merupakan landasan bagi pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas karena berkaitan erat dengan peningkatan kapasitas belajar, kemampuan kognitif dan intelektualitas seseorang. Gizi baik juga merupakan penanda keberhasilan pembangunan dan terpenuhinya hak azasi manusia terhadap pangan dan kesehatan. Perbaikan gizi masyarakat merupakan sarana untuk memutus rantai kemiskinan melalui meningkatkan pertumbuhan ekonomi sehingga berdampak pada kesejahteraan di tingkat masyarakat, keluarga dan individu (RAN Direktorat Gizi, 2020-2025).

Masalah gizi di Indonesia dan di negara berkembang pada umumnya masih didominasi oleh masalah Kurang Energi Protein (KEP), masalah Anemia Besi, masalah Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI), masalah Kurang Vitamin A (KVA) dan masalah obesitas terutama di kota-kota besar (Supariasa, 2016). Penyakit KEP (Kurang Energi Protein) merupakan salah satu penyakit gangguan gizi yang penting di Indonesia maupun di negara yang sedang berkembang lainnya. Prevalensi tertinggi terdapat pada anak berumur di bawah lima tahun (balita), ibu yang sedang mengandung dan menyusui (Adriani, 2012).

Periode tahun 2020-2024 merupakan periode pembangunan jangka menengah yang sangat penting dan strategis karena merupakan tahapan terakhir dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025. RPJMN 2020-2024 akan memengaruhi pencapaian target pembangunan dalam RPJPN, di mana pendapatan perkapita Indonesia akan mencapai tingkat kesejahteraan setara dengan negara-negara berpenghasilan menengah atas (Upper-Middle Income Country) yang memiliki kondisi infrastruktur, kualitas sumber daya manusia, pelayanan publik, serta kesejahteraan rakyat yang lebih baik. Sesuai dengan RPJPN 2005-2025, sasaran pembangunan jangka menengah 2020-2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing.

Tatanan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur, khususnya dalam bidang kesehatan ditandai dengan (Permenkes, 2020):

1. Terjaminnya keamanan kesehatan negara melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi, dan respon terhadap ancaman kesehatan global;
2. Kesejahteraan masyarakat yang terus meningkat yang ditunjukkan dengan jangkauan bagi setiap warga negara terhadap lembaga jaminan sosial yang lebih menyeluruh;
3. Status kesehatan dan gizi masyarakat yang semakin meningkat serta proses tumbuh kembang yang optimal, yang ditandai dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dan Healthy Adjusted Life Expectancy (HALE).

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, meningkatnya status gizi masyarakat menjadi salah satu prioritas pembangunan, dengan sasaran utama menurunkan prevalensi stunting dan wasting masing-masing menjadi 14% dan 7% di tahun 2024.

Sasaran lainnya adalah:

1. Prevalensi Ibu Hamil Kurang Energi Kronik;
2. Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Surveilans Gizi; 3) Persentase Puskesmas Mampu Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita;

3. Persentase Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI Eksklusif;
4. Persentase balita mendapat suplementasi gizi mikro.

6.2 Gambaran Umum Program Gizi di Indonesia

Secara umum pembangunan kesehatan telah menyebabkan terjadinya berbagai kemajuan penting dalam meningkatkan status kesehatan. Umur Harapan Hidup (UHH) orang Indonesia telah naik mengikuti tren kenaikan UHH global. Tahun 2017, UHH orang Indonesia telah mencapai 71,5 tahun, di mana UHH perempuan lebih tinggi 5 tahun dibandingkan dengan laki-laki (perempuan 74 tahun, laki-laki 69 tahun). Pendekatan terbaru untuk melihat kualitas tahun hidup, tidak semata-mata UHH, namun yang lebih penting adalah tahun hidup berkualitas (Healthy Adjusted Life Expectancy/HALE). HALE orang Indonesia secara rerata adalah 62,65 tahun, artinya terdapat 8,85 tahun yang hilang karena kualitas hidup yang buruk akibat menderita penyakit dan disabilitas. Dalam membangun SDM yang berkualitas, selisih angka inilah yang harus diperkecil.

Mendasari pada 12 indikator Keluarga Sehat di dalam Permenkes Nomor 39 Tahun 2016 yang merupakan salah satu entry point di dalam pembangunan kesehatan melalui unit terkecil masyarakat yaitu keluarga, sehingga peran daerah untuk dapat meningkatkan cakupan upaya kesehatan promotif dan preventif sangat potensial. Dengan adanya kebijakan SPM bidang kesehatan ini sebagai “rambu-rambu” yang mengatur pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten/kota, maka diharapkan dapat terlaksana perwujudan secara total *coverage* 100 % di daerah. Dalam rangka menjamin keberlangsungan pelaksanaan SPM kesehatan dengan meningkatkan cakupan pelayanan, untuk membangun komponen bangsa yang sehat, maka perlu dilakukan upaya penggerakan bersama untuk berperilaku sehat melalui GERMAS.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, dalam menerapkan gizi seimbang setiap keluarga harus mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya. Upaya yang dilakukan untuk mengenal, mencegah dan mengatasi

masalah gizi adalah dengan menimbang berat badan secara teratur, memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan, makan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium, dan pemberian suplemen gizi sesuai anjuran petugas kesehatan. Suplemen gizi yang diberikan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi, meliputi kapsul vitamin A, tablet tambah darah (TTD), makanan tambahan untuk ibu hamil, anak balita, dan anak usia sekolah, makanan pendamping ASI, dan bubuk multi vitamin dan mineral.

Sasaran kinerja pelaksanaan Program Kesehatan Masyarakat adalah meningkatnya ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat.

Untuk Kegiatan Gizi Masyarakat, sasaran kegiatan adalah meningkatnya perbaikan gizi masyarakat yang didapatkan dari indikator sebagai berikut:

1. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik yang mendapat makanan tambahan sebesar 80%;
2. Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) sebesar 95%;
3. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif sebesar 47%;
4. Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sebesar 47%;
5. Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan sebesar 85%;
6. Persentase remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) sebesar 25%.

6.3 Evaluasi Program Gizi di Indonesia

Setiap program kesehatan perlu dievaluasi untuk menilai hasil kegiatan yang telah dilaksanakan sesuai tujuan yang diharapkan dan mengkaji masalah-masalah yang ada untuk perbaikan program selanjutnya (Kemenkes RI, 2017). Dalam kegiatan pemantauan dan evaluasi pemberian makanan tambahan dapat

dilakukan melalui dua cara yaitu dengan menggunakan formulir pemantauan dan melalui penggunaan aplikasi.

Evaluasi program adalah langkah awal pengumpulan data yang tepat agar dapat dilanjutkan dengan pemberian tindak lanjut yang tepat pula. Evaluasi program sangat penting dan bermanfaat terutama bagi para pengambil keputusan. Banyak ragam atau jenis evaluasi yang dipakai sebagai strategi atau pedoman kerja pelaksanaan evaluasi program (Amantha, 2013)

Evaluasi merupakan sebuah proses yang dilakukan oleh seseorang untuk melihat sejauh mana keberhasilan sebuah program. Keberhasilan program itu sendiri dapat dilihat dari dampak atau hasil yang dicapai oleh program tersebut. Jadi evaluasi bukan merupakan hal baru dalam kehidupan manusia sebab hal tersebut senantiasa mengiringi kehidupan seseorang. Seorang manusia yang telah mengerjakan suatu hal, pasti akan menilai apakah yang dilakukannya tersebut telah sesuai dengan keinginannya semula (Setiawati, 2015)

Menurut Perhimpunan Ahli kesehatan Masyarakat Amerika, evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dan usaha pencapaian suatu tujuan yang ditetapkan. Proses tersebut mencakup kegiatan-kegiatan: memformulasikan tujuan, identifikasi kriteria yang tepat untuk digunakan mengukur keberhasilan, menentukan dan menjelaskan derajat keberhasilan dan rekomendasi untuk kelanjutan aktivitas tersebut. Evaluasi juga dapat diartikan sebagai suatu proses membandingkan antara hasil yang telah dicapai oleh suatu program dengan tujuan yang direncanakan. Evaluasi merupakan bagian yang penting dari proses manajemen karena dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik (feed back) terhadap program atau pelaksanaan kegiatan. Tanpa adanya evaluasi, sulit rasanya untuk mengetahui sejauh mana tujuan-tujuan yang direncanakan itu telah mencapai tujuan atau belum.

Evaluasi merupakan bagian dari sistem manajemen yaitu perencanaan, organisasi, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Tanpa evaluasi, maka tidak akan diketahui bagaimana kondisi objek evaluasi tersebut dalam rancangan, pelaksanaan serta hasilnya Setiawati (2015). Informasi tentang suatu program, produksi serta alternatif prosedur tertentu". Tague-Sutcliffe (1996), mengartikan evaluasi sebagai "a systematic process of determining the extent to which instructional objective are achieved by pupils". Evaluasi bukan sekadar menilai suatu aktivitas secara spontan dan insidental, melainkan merupakan

kegiatan untuk menilai sesuatu secara terencana, sistematis, dan terarah berdasarkan tujuan yang jelas.

Evaluasi dilaksanakan untuk mencapai berbagai tujuan sesuai dengan obyek evaluasinya, di antaranya (Setiawati, 2015):

1. Mengukur pengaruh program terhadap masyarakat.
2. Menilai apakah program telah dilaksanakan sesuai rencana.
3. Mengukur apakah pelaksanaan program sesuai dengan standar.
4. Evaluasi program dapat mengidentifikasi dan menentukan mana dimensi program yang jalan, mana yang tidak berjalan.
5. Pengembangan staf program.
6. Memenuhi ketentuan undang-undang.
7. Akreditasi program.
8. Mengukur cost effectifenis dan cost efficiency.
9. Mengambil keputusan mengenai program.
10. Akuntabilitas.
11. Memberikan balikan kepada pimpinan dan program.
12. Mengembangkan teori evaluasi dan riset evaluasi.

Program dan kegiatan yang berkaitan dengan upaya pencegahan dan penanggulangan masalah gizi di masyarakat. Masalah gizi yang dimaksud meliputi masalah kekurangan gizi dan kelebihan gizi. Masalah kekurangan gizi yang mendapat banyak perhatian akhir-akhir ini adalah masalah kurang gizi kronis dalam bentuk anak pendek atau "stunting" (untuk selanjutnya digunakan istilah "anak pendek"), kurang gizi akut dalam bentuk anak kurus ("wasting"). Kemiskinan dan rendahnya pendidikan dipandang sebagai akar penyebab kekurangan gizi. Apabila dihitung dari sejak hari pertama kehamilan, kelahiran bayi sampai anak usia 2 tahun, maka periode ini merupakan periode 1000 hari pertama kehidupan manusia. Periode ini telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan, oleh karena itu periode ini ada yang menyebutnya sebagai "periode emas", "periode kritis" (Kementerian RI, 2013).

Berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia tahun 2021 angka *stunting* secara nasional mengalami penurunan sebesar 1,6 persen per tahun dari 27,7 persen tahun 2019 menjadi 24,4 persen tahun 2021 dan pada tahun 2022 menjadi 21,6 %, namun masih diperlukan kerja keras untuk mencapai target

14%. Capaian tersebut didukung oleh berbagai upaya dalam rangka pemerataan akses pelayanan kesehatan di seluruh wilayah melalui peningkatan kinerja sistem kesehatan (upaya kesehatan, SDM kesehatan, farmasi dan alat kesehatan, pengawasan obat dan makanan), serta perlindungan finansial bagi penduduk. Upaya penurunan stunting tidak semata tugas sektor kesehatan karena penyebabnya yang multidimensi, tetapi harus melalui aksi multisektoral. Intervensi spesifik dilakukan oleh sektor kesehatan, sementara intervensi sensitif dilakukan oleh seluruh pemangku kepentingan. Terdapat lima pilar penanganan stunting, yakni komitmen politik, kampanye dan edukasi, konvergensi program, akses pangan bergizi, dan monitoring program.

Gizi lebih dan gizi kurang masih menjadi permasalahan di Indonesia. Termasuk dalam kelompok gizi lebih adalah overweight (obesitas) dan eksekse mikronutrien (misalnya kelebihan natrium). Kelompok gizi kurang antara lain underweight, wasting, stunting, dan defisiensi mikronutrien. Penurunan prevalensi wasting dan stunting pada balita merupakan sasaran pokok RPJMN 2020-2024. Prevalensi wasting pada balita telah menurun dari 12,1% tahun 2013 yang diperoleh dari data Riskesdas 2013 menjadi 10,2% tahun 2018 dari Riskesdas 2018 dan pada tahun 2019 turun lagi menjadi 7,4% dari hasil Survei Status Gizi Balita Indonesia 2019. Dari data SSGI 2021 didapatkan prevalensi wasting sebesar 7,1 % namun meningkat menjadi 7,7 % dari data yang didapatkan SSGI 2022. Sementara itu, untuk underweight pada balita dari 19,6% tahun 2013 pada Riskesdas 2013 menjadi 17,7% tahun 2018 data Riskesdas 2018, dan pada tahun 2019 telah turun lagi menjadi 16,3 % dari data SSGBI 2019 meningkat menjadi 17,0 % dari data SSGI 2021, dan 17,1 % SSGI 2022.

Seperti halnya gizi balita, kasus Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil telah terjadi penurunan dari 24,2% tahun 2013 data Riskesdas 2013 menjadi 17,3% pada Riskesdas 2018. Program Pemberian Makanan Tambahan Ibu Hamil KEK di Puskesmas di Indonesia menunjukkan hanya 13% makanan tambahan mampu merubah status gizi ibu hamil KEK menjadi normal. Hal ini karena pengetahuan gizi yang kurang serta kepatuhan dalam konsumsi makanan tambahan. Dari penelitian-penelitian yang dilakukan, menunjukkan peningkatan ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) karena kesadaran ibu hamil dalam mengonsumsi makanan utama dan PMT selama kehamilan. Sebelum program, terdapat 65% ibu hamil tergolong KEK, angka tersebut menurun hingga 50% bulan pertama, 33 % bulan kedua dan 7% pada bulan ketiga pelaksanaan program (Nurina, 2016). Kurang energi kronis pada masa usia

subur khususnya masa persiapan kehamilan maupun saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun janin yang dikandungnya. Terhadap persalinan pengaruhnya dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya, dan pendarahan. Pengaruhnya terhadap janin dapat menimbulkan keguguran atau abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, dan berat badan lahir rendah (BBLR) (Pratiwi, 2018).

Makanan Tambahan (MT) Ibu Hamil adalah suplementasi gizi berupa biskuit lapis yang dibuat dengan formulasi khusus dan difortifikasi dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada ibu hamil, dan prioritas dengan kategori Kurang Energi Kronik (KEK) untuk mencukupi kebutuhan gizi (Kemenkes RI, 2019). Pemberian makanan tambahan khususnya bagi kelompok rawan merupakan salah satu strategi suplementasi dalam mengatasi masalah gizi. Bentuk makanan tambahan untuk ibu hamil KEK menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi adalah biskuit yang mengandung protein, asam linoleat, karbohidrat, dan diperkaya dengan 11 vitamin dan 7 mineral (Kemenkes, 2018) Salah satu program perbaikan gizi masyarakat yang dilakukan adalah program penanggulangan KEK pada ibu hamil yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi pada ibu hamil. salah satu upaya yang dilakukan berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) yang dilakukan dinas kesehatan ditingkat kabupaten/kota untuk penanggulangan ibu hamil KEK pada PMT pada ibu hamil. Tambahan energi protein yang dibutuhkan ibu selama hamil adalah 330 kkal dan 17 g protein setiap harinya

Dari beban penyakit (diseases burden) yang diukur dengan *Disability Adjusted Life Years* (DALYs), telah terjadi transisi epidemiologi dalam tiga dekade terakhir. Penyakit menular/KIA/gizi telah menurun dari 51,3% pada tahun 1990 menjadi 23,6% pada tahun 2017, penyakit tidak menular (PTM) naik dari 39,8% pada tahun 1990 menjadi 69,9% pada tahun 2017, serta cedera turun dari 8,9% pada tahun 1990 menjadi 6,5% pada tahun 2017. Kondisi demikian membuat Indonesia mengalami beban ganda, di satu sisi PTM naik dengan signifikan, namun masih dihadapkan pada penyakit menular yang belum tuntas.

Status gizi sebelum hamil atau selama hamil memiliki peluang 50% dalam memengaruhi tingginya kasus kejadian bayi BBLR di negara berkembang. Hasil meta analisis *World Health organization* (WHO) *Collaboration Study* menyimpulkan bahwa berat badan dan tinggi badan ibu sebelum hamil, indeks

masa tubuh dan lingkaran lengan atas (LLA) merupakan faktor yang memengaruhi bayi BBLR (Sarumaha, 2018)

Kurang energi kronis pada masa usia subur khususnya masa persiapan kehamilan maupun saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun janin yang dikandungnya. Terhadap persalinan pengaruhnya dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya, dan pendarahan. Pengaruhnya terhadap janin dapat menimbulkan keguguran atau abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, dan berat badan lahir rendah (BBLR) (Pratiwi, 2018).

Kasus anemia ibu hamil di Indonesia terjadi peningkatan dari 37,1% yang didapatkan dari data Riskesdas 2013 menjadi 48,9% pada Riskesdas 2018. Anemia bukan hanya berdampak pada ibu, melainkan juga pada bayi yang dilahirkan. Bayi yang dilahirkan kemungkinan besar mempunyai cadangan zat besi yang sedikit atau bahkan sama sekali tidak mempunyai persediaan sehingga akan mengakibatkan anemia pada bayi yang dilahirkan. Bayi yang kurang zat besi dapat berdampak pada gangguan pertumbuhan sel-sel otak yang kemudian hari dapat mengurangi IQ anak (Irianto, 2014). Setiap tahun pemerintah telah menyediakan tablet tambah darah dengan sasaran ibu hamil, dan penyediaan makanan tambahan untuk ibu hamil KEK. Perlu dipertimbangkan strategi untuk memastikan agar tablet tambah darah dan makanan tambahan dikonsumsi oleh ibu hamil sasaran.

Bab 7

Keterlibatan Masyarakat pada Program Gizi

7.1 Pendahuluan

Tujuan dari gizi masyarakat adalah untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah gizi, seperti malnutrisi dan kematian dengan melakukan penilaian gizi, mengembangkan kebijakan, dan merancang serta melaksanakan program-program gizi. Masalah gizi dapat terjadi di masyarakat seperti kelaparan, malnutrisi pada anak, pertumbuhan yang tidak optimal, infeksi, kekurangan gizi, dan penyakit kronis. Gizi masyarakat adalah pendekatan yang bertujuan untuk memecahkan masalah gizi pada populasi atau masyarakat (Spark, Dinour and Obenchain, 2016).

Keterlibatan masyarakat dalam program gizi sangat penting karena memiliki dampak positif yang signifikan dalam mencapai tujuan program dan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Gizi masyarakat dapat ditingkatkan dengan menyediakan pengetahuan dasar kepada individu dan keluarga mengenai fakta gizi, kebiasaan makan, keamanan pangan, dan sumber daya. Merupakan bagian yang sangat penting untuk menyediakan informasi dan sumber daya kepada masyarakat untuk mempromosikan gaya hidup sehat, tentunya kesehatan masyarakat dapat meningkat dengan

menedukasi individu tentang makanan sehat dan gizi yang tepat untuk dikonsumsi. Keterlibatan masyarakat dalam program gizi berfokus pada peningkatan kualitas hidup dan pencegahan penyakit (Edelstein, 2018).

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai pentingnya keterlibatan masyarakat dalam program gizi, meliputi perannya dalam pendidikan dan penyuluhan, keterlibatan keluarga, pembentukan kelompok masyarakat, serta implementasi program gizi yang melibatkan masyarakat.

7.2 Pentingnya Gizi dalam Kesehatan Masyarakat

Nutrisi sangat penting untuk kelangsungan hidup manusia. Tanpa nutrisi yang cukup, sulit bagi kita untuk mencapai kehidupan yang sejahtera. Penting bagi kita untuk memberikan perhatian khusus pada nutrisi, terutama bagi anak-anak yang berada dalam masa pertumbuhan. Nutrisi memberikan dasar yang kuat untuk kesehatan yang baik, keberhasilan dalam pendidikan, dan kehidupan yang produktif. Upaya untuk memastikan kecukupan nutrisi di masyarakat adalah langkah penting dalam mencapai tujuan pembangunan nasional (Edelstein, 2018).

Masalah malnutrisi pada anak-anak di Indonesia sampai saat ini masih terus bertambah, yang seringkali mengakibatkan bertambahnya angka morbiditas dan mortalitas pada anak-anak di bawah usia lima tahun. Negara saat ini menghadapi beban ganda malnutrisi yang terkait dengan pertumbuhan terhambat, kekurangan berat badan, dan kelebihan berat badan. Indonesia sedang menghadapi masalah ganda dalam gizi, yaitu kurang gizi dan kelebihan gizi. Salah satu penyebab malnutrisi adalah masalah dalam pemilihan makanan sehat yang dapat menyebabkan masalah dalam variasi makanan, proporsi, dan kecukupan yang dibutuhkan oleh tubuh (Taki, 2018).

Penyebab malnutrisi di Indonesia bersifat kompleks. Tinjauan literatur terbaru mengenai anak yang mengalami stunting di Indonesia menemukan bahwa stunting terkait dengan faktor-faktor berikut: jenis kelamin laki-laki, kelahiran prematur, panjang badan saat lahir pendek, pemberian ASI yang tidak eksklusif selama enam bulan pertama, tinggi badan ibu yang pendek, pendidikan ibu yang rendah, status sosial ekonomi keluarga yang rendah,

tinggal di rumah tangga dengan jamban dan air minum yang belum terlayani dengan baik, akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan, dan tinggal di daerah pedesaan (Beal et al., 2018).

Masalah gizi tidak hanya terjadi pada anak-anak, namun manajemen gizi ibu hamil di Indonesia juga sedang berada dalam situasi darurat bencana. Ibu hamil adalah kelompok prioritas karena rentan terhadap masalah gizi. Ibu hamil yang mengalami malnutrisi memiliki risiko tinggi melahirkan prematur, melahirkan bayi dengan berat badan rendah, dan bahkan risiko kematian bagi ibu dan anak sehingga menjadi ancaman nyata terhadap kesehatan (Hayudanti et al., 2022).

Gizi memiliki peran yang sangat penting dalam kesehatan masyarakat, dan berperan penting dalam kesehatan dan perkembangan. Berikut adalah beberapa alasan mengapa gizi penting dalam kesehatan masyarakat (WHO, 2022):

1. Peningkatan hasil kesehatan. Gizi yang lebih baik berhubungan dengan peningkatan kesehatan bayi, anak-anak, dan ibu, sistem kekebalan yang lebih kuat, kehamilan dan persalinan yang lebih aman, risiko penyakit tidak menular yang lebih rendah, dan umur yang lebih panjang.
2. Peningkatan produktivitas. Individu dengan gizi yang cukup lebih produktif dan dapat menciptakan peluang untuk secara bertahap mengatasi siklus kemiskinan dan kelaparan.
3. Pengurangan masalah gizi buruk. Gizi buruk dalam berbagai bentuk, memberikan ancaman yang signifikan terhadap kesehatan manusia. Saat ini, dunia menghadapi beban ganda masalah gizi buruk yang meliputi kurang gizi dan kelebihan gizi, terutama di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah (Dewi, 2021).
4. Mempromosikan kesehatan nutrisi. Kesehatan nutrisi masyarakat bertujuan untuk mempromosikan kesehatan nutrisi secara keseluruhan di kalangan populasi melalui berbagai cara, di antaranya dengan menagani ketidakamanan pangan. Masyarakat cenderung mengkonsumsi lebih sedikit porsi makanan sehat seperti: buah, sayuran dan biji-bijian, dan lebih banyak konsumsi gula, lemak dan

garam, sehingga menjadi faktor risiko mengalami penyakit kronis (Writer, 2023).

Dengan mengatasi masalah gizi yang terjadi dalam masyarakat, kita dapat meningkatkan hasil kesehatan, meningkatkan produktivitas, mempromosikan kesehatan nutrisi secara keseluruhan, dan mengatasi ketidakamanan pangan. Program-program pendidikan gizi, program bantuan pangan, dan kebijakan gizi adalah beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah gizi dalam kesehatan masyarakat.

7.3 Peran Masyarakat dalam Program Gizi

7.3.1 Pendidikan dan Penyuluhan

Masyarakat perlu diberikan informasi yang benar dan terpercaya mengenai pentingnya gizi yang seimbang dan cara-cara memperoleh gizi yang baik. Program-program pendidikan dan penyuluhan tentang gizi dapat dilakukan melalui berbagai cara, seperti penyuluhan di sekolah, kelompok ibu hamil, atau melalui media massa. Salah satu contoh program pendidikan dan penyuluhan tentang gizi di negara maju yaitu *The Food and Nutrition Service* (FNS) yang merupakan salah satu lembaga pemerintah di Amerika yang bertanggung jawab untuk mengelola program gizi masyarakat. Salah satu program gizi yang dilaksanakan adalah program suplemen gizi yang dikhususkan untuk wanita, bayi dan anak-anak, di mana didasarkan pada dua asumsi yaitu: (a) pola gizi yang tidak memadai dan perilaku kesehatan pada wanita dan anak-anak berpendapatan rendah membuat mereka lebih rentan terhadap kesehatan yang buruk dan (b) intervensi pangan selama periode pertumbuhan dan perkembangan yang kritis dapat membantu mencegah masalah kesehatan dan perkembangan di masa depan. Program ini bertujuan untuk memastikan bahwa kelompok tersebut mendapatkan asupan gizi yang cukup dan memadai untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. Program *Women, Infants and Children* (WIC), menyediakan sumber daya, edukasi gizi, dan voucher pangan yang dapat digunakan untuk membeli makanan bergizi (Edelstein, 2018).

Beberapa program pendidikan gizi telah dilaksanakan di Indonesia, untuk meningkatkan status gizi masyarakat.

Berikut ini adalah beberapa program yang telah dilaksanakan:

1. Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)

Program ini merupakan kegiatan rutin yang dilaksanakan di tingkat desa atau kelurahan. Posyandu menyediakan layanan kesehatan, termasuk pendidikan gizi bagi ibu hamil, balita, dan keluarga. Posyandu adalah bagian dari program kesehatan yang melibatkan masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada ibu dan bayi. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesehatan dan mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Dengan adanya Posyandu, kita dapat memperluas akses pelayanan kesehatan kepada anak-anak, ibu hamil, ibu menyusui, dan ibu setelah melahirkan, serta meningkatkan pemahaman masyarakat tentang tumbuh kembang anak (Ayuningtiyas et al., 2022).

2. Program Gizi Sekolah

Program ini dilaksanakan di lingkungan sekolah dengan tujuan memberikan pendidikan gizi kepada siswa dan mengembangkan kebiasaan makan sehat. Program ini sering melibatkan kegiatan seperti penyuluhan, penyediaan sarapan sehat, dan pengawasan konsumsi makanan di sekolah. Sebuah penelitian melaksanakan program makan siang sekolah yang terdiri dari intervensi gizi dan edukasi, serta mengevaluasi dampaknya dalam meningkatkan perilaku makan yang sehat di kalangan siswa sekolah menengah di Indonesia. Semua peserta dinilai berdasarkan pengetahuan, sikap, dan praktik mereka terkait gizi. Program ini menghasilkan peningkatan yang signifikan dalam skor *Knowledge, Attitude, and Practice* (KAP), baik untuk gizi maupun higiene bagi semua siswa, dan asupan protein, zat besi, dan vitamin C juga meningkat secara signifikan. Terdapat juga peningkatan yang signifikan dalam kadar hemoglobin dan penurunan prevalensi anemia dari 42,6% menjadi 21,7% (Rachman et al., 2021).

3. Program Keluarga Harapan (PKH)
Program ini merupakan program pemberdayaan sosial dan ekonomi yang juga mencakup komponen pendidikan gizi. PKH memberikan bantuan sosial kepada keluarga miskin dengan syarat mereka mengikuti program pendidikan gizi untuk meningkatkan pengetahuan dan praktik gizi di rumah tangga. PKH bertujuan untuk mengurangi kemiskinan di seluruh wilayah Indonesia dengan memberikan bantuan uang tunai dan mengembangkan kemampuan keluarga dalam menyelesaikan masalah yang ada (Sawitri dan Suswati, 2022).
4. Program Pangan Tambahan (PPT)
Program ini memberikan bantuan pangan tambahan kepada kelompok masyarakat yang membutuhkan, seperti ibu hamil, ibu menyusui, dan anak balita. Selain itu, program ini juga menyertakan komponen pendidikan gizi untuk meningkatkan pemahaman mengenai pemilihan dan pengolahan makanan yang sehat.
5. Program Desa Sadar Gizi (DSG)
Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat di tingkat desa mengenai pentingnya gizi yang seimbang. DSG melibatkan kegiatan penyuluhan, pelatihan, dan pengawasan gizi di tingkat komunitas desa (Piliang, Sulistiyawati and Paramashanti, 2021).

Program-program tersebut dirancang untuk memberikan edukasi gizi yang relevan dan praktis kepada masyarakat, dengan harapan dapat meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan praktik gizi yang sehat di masyarakat.

7.3.2 Keterlibatan Keluarga

Keluarga memiliki peran kunci dalam memastikan asupan gizi yang baik bagi anggota keluarga. Dengan melibatkan keluarga dalam program gizi, seperti memberikan edukasi mengenai pola makan sehat, penyiapan makanan bergizi, dan pengenalan kepada makanan lokal yang sehat, dapat membantu meningkatkan kesadaran dan keterampilan keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi.

Lingkungan keluarga memainkan peran penting dalam membentuk kebiasaan makan dan pola nutrisi anak-anak.

Terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi, yaitu:

1. Pendapatan keluarga dan pendidikan orang tua. Asupan nutrisi anak-anak secara signifikan terkait dengan pendapatan keluarga. Pendapatan keluarga yang lebih tinggi terkait dengan peningkatan konsumsi susu dan buah pada anak-anak, namun konsumsi karbohidrat dan biji-bijian yang lebih rendah. Keluarga merupakan elemen kunci dalam membentuk dan memengaruhi perilaku terkait gaya hidup anak-anak. Program kesehatan sekolah yang melibatkan aktif keluarga memiliki potensi dalam mempromosikan pola nutrisi dan aktivitas fisik anak-anak (Al Yazeedi et al., 2021). Pendidikan orang tua juga dapat memengaruhi akan kualitas nutrisi yang akan diberikan pada anak. Flores-Barrantes et al (2022) menyatakan bahwa pendidikan orang tua terkait dengan pola konsumsi anak yang lebih tinggi dalam mengonsumsi air, buah-buahan, dan sayuran, serta lebih rendah dalam mengonsumsi makanan kaya gula dan camilan gurih atau snack.
2. Pola nutrisi dan aktivitas fisik keluarga. Perilaku orang tua dalam beraktivitas fisik dan mengonsumsi buah dan sayuran berpengaruh pada anak-anak dalam berbagai aspek perilaku. Orang tua diharapkan untuk memiliki pola makan dan aktivitas fisik yang sehat, agar dapat menjadi contoh dan memberikan dukungan pada anak-anak dalam perilaku yang sama (Pearson et al., 2009).
3. Struktur aturan dan batasan. Aturan dan batasan yang dibuat dalam keluarga untuk pengaturan nutrisi keluarga, memiliki dampak yang signifikan pada gizi anak (Vaughn et al., 2016). Anak usia remaja menganggap bahwa struktur aturan dan batasan yang ditetapkan oleh orang tua memiliki pengaruh signifikan terhadap kebiasaan makan mereka (Liu et al., 2021). Aturan makanan di rumah tangga yang ditetapkan oleh orang tua dapat membimbing perilaku anak-anak dan membantu mencapai tujuan pertumbuhan mereka. Selain itu, pembatasan ukuran porsi saat makan juga secara signifikan terkait

dengan peningkatan pola makan yang lebih baik. Rutinitas waktu makan dan camilan dapat memberikan struktur dan prediktabilitas bagi anak-anak, yang dapat membantu mereka membentuk kebiasaan makan yang sehat (Vaughn et al., 2016; Mahmood et al., 2021).

4. Makan bersama keluarga. Anak-anak yang makan bersama keluarga cenderung memilih makanan sehat seperti buah, sayuran, dan makanan yang mengandung biji-bijian. Anak juga lebih mungkin memiliki berat badan yang sehat. Selain itu, makan bersama keluarga memiliki manfaat lain, seperti meningkatkan kosakata pada anak-anak dan mengurangi risiko penyalahgunaan zat pada remaja. Meskipun jadwal orang tua yang sibuk, sebaiknya orang tua dapat mencoba merencanakan beberapa kali makan bersama keluarga dalam seminggu, terutama pada akhir pekan (UnlockFood.ca, 2022).

7.3.3 Pembentukan Kelompok Masyarakat

Membentuk kelompok-kelompok masyarakat yang peduli terhadap gizi di Indonesia, diharapkan dapat membantu mengatasi masalah terkait transisi gizi dan masalah gizi buruk.

Berikut beberapa cara potensial untuk membentuk kelompok-kelompok masyarakat:

1. Mengidentifikasi dan mengajak individu-individu yang peduli terhadap gizi untuk bergabung dalam kelompok-kelompok tersebut.
2. Mengorganisir pertemuan-pertemuan atau diskusi-diskusi berkala untuk berbagi informasi, pengalaman, dan pengetahuan terkait gizi.
3. Mengembangkan program-program edukasi gizi yang dapat disampaikan kepada masyarakat secara luas, seperti penyuluhan gizi di sekolah-sekolah atau penyediaan materi edukasi gizi melalui media sosial.
4. Melakukan kegiatan-kegiatan sosial dan kampanye untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi yang seimbang dan pola makan yang sehat.
5. Membangun kerjasama dengan pihak-pihak terkait, seperti instansi pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan lembaga kesehatan,

untuk meningkatkan efektivitas program-program gizi dalam komunitas.

6. Mengadakan acara-acara atau kegiatan-kegiatan komunitas yang mengedepankan aspek gizi, seperti pameran makanan sehat, lomba memasak bergizi, atau kegiatan olahraga bersama.

Dengan membentuk kelompok-kelompok masyarakat yang peduli terhadap gizi, diharapkan dapat tercipta kesadaran dan perubahan perilaku terkait gizi di masyarakat serta mendukung upaya dalam mengatasi masalah gizi di Indonesia (Amalia et al., 2022; Anyanwu et al., 2022).

7.4 Implementasi Program Gizi yang Melibatkan Masyarakat

Implementasi program gizi yang melibatkan masyarakat adalah langkah penting dalam upaya meningkatkan kesehatan gizi di Indonesia. Dengan melibatkan masyarakat secara aktif, program-program gizi dapat lebih efektif dan berdampak nyata dalam mengatasi masalah gizi di berbagai tingkatan.

Berikut adalah beberapa langkah dalam implementasi program gizi yang melibatkan masyarakat:

1. Pendidikan dan penyuluhan gizi: Melakukan kampanye edukasi gizi di masyarakat untuk meningkatkan pemahaman tentang pentingnya gizi seimbang, pola makan sehat, dan pentingnya nutrisi pada berbagai tahapan kehidupan. Mengimplementasikan program pendidikan gizi dapat melibatkan langkah-langkah seperti mengidentifikasi audiens sebagai target, mengembangkan kerangka kerja, melibatkan fasilitator yang terlatih, menggabungkan kegiatan interaktif, menggunakan materi tulisan atau video, serta melakukan evaluasi program. Dengan menyesuaikan program sesuai dengan kebutuhan khusus audiens target dan memastikan pengiriman yang efektif, program pendidikan gizi dapat efektif dalam mempromosikan

- kebiasaan makan yang sehat dan meningkatkan status gizi (Piliang, Sulistiyawati and Paramashanti, 2021; Juckett et al., 2022).
2. Pembentukan kelompok-kelompok gizi masyarakat: Membentuk kelompok-kelompok masyarakat yang peduli terhadap gizi, seperti kelompok ibu hamil, kelompok balita, atau kelompok remaja, yang bertujuan untuk saling mendukung dan berbagi informasi terkait gizi. Membangun kemitraan dengan organisasi dan pemimpin masyarakat diharapkan dapat membantu menciptakan lingkungan yang mendukung untuk program gizi yang melibatkan masyarakat, karena dengan kemitraan juga dapat membantu mengidentifikasi peluang pendanaan. Dengan membentuk kelompok gizi masyarakat dan bermitra dengan organisasi lokal, melibatkan pemangku kepentingan multi-disiplin, mempromosikan pendidikan gizi, dan berjuang untuk perubahan kebijakan, kelompok gizi masyarakat dapat efektif dalam mengatasi tantangan gizi yang dihadapi oleh masyarakat (Dewi, 2021; Anyanwu et al., 2022; Country Nutrition Profiles, 2022).
 3. Pelatihan dan pendampingan: Melakukan pelatihan kepada masyarakat terkait keterampilan dalam memasak makanan bergizi, cara memilih bahan makanan yang sehat, dan pengelolaan pangan yang baik. Selain itu, memberikan pendampingan untuk masyarakat dalam mengimplementasikan pola makan sehat dalam kehidupan sehari-hari. Dengan mengimplementasikan program gizi melalui pelatihan dan pendampingan, peserta dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk melaksanakan program gizi secara efektif. Melibatkan hubungan secara individual, menyusun agenda bulanan, dan mengidentifikasi fasilitator yang terlatih dapat membantu memastikan bahwa program tersebut berfokus dan efektif. Memberikan pelatihan kelompok secara daring juga dapat memberikan dukungan berkelanjutan kepada peserta dalam melaksanakan program gizi (Juckett et al., 2022; UNICEF, 2022; Nutrition Practice Management, 2023).
 4. Penyediaan sumber daya gizi: Memastikan ketersediaan sumber daya gizi yang cukup dan berkualitas, seperti makanan bergizi dan

suplemen gizi, terutama bagi kelompok rentan seperti ibu hamil, anak-anak, dan lansia. Dalam hal ini layanan gizi yang harus disediakan meliputi: menyiapkan materi/alat, menilai layanan yang diberikan, mengelola dan mengobati masalah gizi, melaksanakan dan memantau pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, serta melakukan evaluasi terhadap layanan yang diberikan (UNICEF, 2018)

5. Monitoring dan evaluasi: Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan program gizi yang melibatkan masyarakat, sehingga dapat dilakukan perbaikan dan peningkatan kualitas program. Monitoring dan evaluasi merupakan komponen penting dalam melaksanakan program gizi. Dengan melakukan pemantauan kemajuan pelaksanaan, menentukan efektivitas program, mempertimbangkan tujuan jangka panjang, dan mengidentifikasi manfaat tambahan, program gizi dapat dipantau dan dievaluasi dengan efektif. Hal ini dapat membantu memastikan bahwa program mencapai hasil yang diinginkan dan dapat memberikan informasi untuk pengembangan dan pelaksanaan program di masa depan (CDC, 2021; Juckett et al., 2022).

Dengan implementasi program gizi yang melibatkan masyarakat, diharapkan dapat tercipta kesadaran yang lebih baik tentang pentingnya gizi seimbang dan pola makan sehat di kalangan masyarakat. Hal ini diharapkan dapat mengurangi angka masalah gizi dan meningkatkan kesehatan gizi secara keseluruhan (Banna and Bersamin, 2018; Cunningham-Sabo et al., 2022).

Bab 8

Pemberdayaan Masyarakat dalam Program Gizi

8.1 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat

Pengertian pemberdayaan berbeda-beda dalam berbagai konteks dan bidang kajian. Pemberdayaan berdasarkan etimologis pemberdayaan itu sendiri. Pemberdayaan berasal dari kata dasar “daya” yang berarti kekuatan atau kemampuan, maka pemberdayaan dapat dimaknai sebagai proses untuk memperoleh daya, kekuatan atau kemampuan dan atau pemberian daya, kekuatan atau kemampuan dari pihak yang memiliki daya kepada pihak yang kurang atau belum berdaya (Ernawati, 2021; Ghimire, Samyukta, 2019). Pemberdayaan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah upaya membuat sesuatu kemampuan atau berkekuatan. Wrihatnolo dan Dwidjowijoto dalam konsep pemberdayaan sebagai terjemahan empowerment mengandung dua pengertian yaitu (1) *To give power or authority to* atau memberi kekuasaan, mengalihkan kekuatan atau mendelegasikan otoritas ke pihak lain, (2) *To give ability to or to enable* atau usaha untuk memberi kemampuan atau pemberdayaan. Kegiatan ini juga dilakukan sebagai proses, merujuk kepada kemampuan memenuhi kebutuhan hidupnya, untuk

berpartisipasi memperoleh kesempatan dan atau mengakses sumber daya dan layanan yang dipergunakan guna memperbaiki mutu hidupnya baik secara individual, kelompok dan masyarakat (Amiruddin, 2018).

Pemberdayaan masyarakat adalah sebuah konsep pembangunan ekonomi yang merangkum nilai-nilai sosial, yang bersifat “people-centered, participatory, empowering, and sustainable”. Menurut Park (2017), pemberdayaan masyarakat merupakan bagian dari Community Development artinya sebagai program-program yang berkaitan dengan upaya memperluas akses dan kapabilitas masyarakat untuk menunjang kemandiriannya. Pemberdayaan masyarakat adalah subyek dari dirinya sendiri yaitu proses yang memberikan kemampuan kepada masyarakat agar menjadi berdaya, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan pilihan hidupnya (Park, Lee, & Lee, 2017).

Payne mengutarakan pendapat “to help clients gain power of decision and action over their own lives by reducing the effect of social or personal blocks to exercising existing power, by increasing capacity and self-confidence to use power and by transferring power from the environment to clients”. Definisi tersebut menekankan tujuan pemberdayaan masyarakat memperoleh daya untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan mereka lakukan yang terkait dengan diri mereka sendiri, termasuk mengurangi efek hambatan pribadi sosial dalam melakukan tindakan (Amiruddin, 2018).

Pemberdayaan masyarakat dapat juga dimaknai sebagai sebuah proses yang dapat melahirkan masyarakat untuk memperkuat kelompok yang lemah termasuk individu-individu yang mengalami masalah kesehatan, dengan harapan dapat melakukan pemberdayaan secara berkesinambungan dengan mengoptimalkan partisipasi masyarakat secara bertanggung jawab. Pemberdayaan masyarakat juga dimaknai sebagai sebuah proses dan tujuan. Sebagai proses, pemberdayaan merupakan serangkaian kegiatan untuk memperkuat kelompok yang lemah dalam masyarakat, termasuk individu-individu yang mengalami masalah kemiskinan (Dharma, 2018; Hidayah & Marwan, 2020; Rudiyanto, Dewi, & Sari, 2021; Umiasih & Handayani, 2017).

8.2 Prinsip Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk menciptakan/meningkatkan kapasitas masyarakat, baik secara individu maupun berkelompok, dalam memecahkan berbagai persoalan terkait upaya peningkatan kualitas hidup, kemandirian dan kesejahteraannya. Pemberdayaan ditujukan agar masyarakat mampu meningkatkan kualitas kehidupannya untuk berdaya, memiliki daya saing dan mandiri. Dalam melaksanakan pemberdayaan kepada masyarakat ada prinsip-prinsip yang menjadi acuan sehingga dapat dilakukan secara benar.

Beberapa prinsip pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan (Pranata, Pratiwi, & Rahanto, 2011; Sulaeman & Murti, 2015; Titaley et al., 2019):

1. Kesukarelaan, yaitu keterlibatan seseorang dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat tidak boleh berlangsung karena adanya pemaksaan, melainkan harus dilandasi oleh kesadaran sendiri dan motivasinya untuk memperbaiki dan memecahkan masalah kesehatan yang dirasakan. Setiap individu juga memiliki kebutuhan, masalah, bakat, minat dan potensi yang berbeda.
2. Otonom, yaitu kemampuannya untuk mandiri atau melepaskan diri dari ketergantungan yang dimiliki oleh setiap individu, kelompok, maupun kelembagaan yang lain.
3. Partisipatif, yaitu keikutsertaan semua pemangku kepentingan sejak pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan pemanfaatan hasil-hasil kegiatannya.
4. Egaliter, yang menempatkan semua stakeholder dalam kedudukan yang setara, sejajar, tidak ada yang ditinggikan dan tidak ada yang merasa direndahkan.
5. Demokratis, yang memberikan hak kepada semua pihak untuk mengemukakan pendapatnya, dan saling menghargai pendapat maupun perbedaan di antara sesama pemangku kepentingan.
6. Keterbukaan, yang dilandasi kejujuran, saling percaya, dan saling memperdulikan.

7. Kebersamaan, untuk saling berbagi rasa, saling membantu dan mengembangkan sinergisme.
8. Akuntabilitas, yang dapat dipertanggungjawabkan dan terbuka untuk diawasi oleh siapapun.
9. Desentralisasi, yang memberi kewenangan kepada setiap daerah otonom (kabupaten dan kota) untuk mengoptimalkan sumber daya kesehatan bagi kemakmuran masyarakat dan kesinambungan pembangunan kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan juga memiliki prinsip (Sulaiman, 2021):

1. mempunyai prinsip-prinsip menghargai sumber daya lokal, mencakup: pengetahuan, proses, keterampilan, dan budaya;
2. mempunyai prinsip-prinsip ekologis meliputi: keterkaitan, keberagaman, keseimbangan, dan keberlanjutan serta;
3. prinsip-prinsip keadilan sosial dan Hak Asasi Manusia, yang tidak merugikan dan senantiasa memberikan manfaat kepada semua pihak.

8.3 Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan pemberdayaan merujuk pada terjadinya sebuah perubahan sosial yaitu masyarakat yang berdaya, memperkuat kekuasaan atau mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya baik yang bersifat fisik, ekonomi maupun sosial seperti kepercayaan diri, mampu menyampaikan aspirasi, mempunyai mata pencaharian, berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan mandiri dalam melaksanakan tugas-tugas kehidupannya. Upaya pemberdayaan membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, baik pemerintah maupun lembaga swadaya masyarakat.

Pemberdayaan bertujuan untuk membantu klien untuk memperoleh daya, kekuatan dan kemampuan dalam mengambil keputusan serta tindakan yang akan dilaksanakan. Kegiatan yang dilaksanakan berkaitan dengan masyarakat untuk mengurangi hambatan pribadi dan sosial dalam melaksanakan suatu tindakan sehingga diperoleh suatu kemandirian. Kelompok yang telah

mencapai tujuan melalui akumulasi pengetahuan, ketrampilan serta sumber daya lainnya tanpa tergantung dari hubungan eksternal dalam rangka diberdayakan melalui kemandiannya.

Tujuan yang ingin dicapai dari pemberdayaan masyarakat adalah untuk membentuk individu dan masyarakat menjadi mandiri. Kemandirian tersebut meliputi kemandirian berpikir, bertindak dan mengendalikan apa yang mereka lakukan. Kemandirian masyarakat merupakan suatu kondisi yang dialami oleh masyarakat yang ditandai dengan kemampuan memikirkan, memutuskan serta melakukan sesuatu yang dipandang tepat demi mencapai pemecahan masalah yang dihadapi dengan mempergunakan daya/kemampuan yang dimiliki.

Tujuan dari pemberdayaan masyarakat adalah untuk menjadikan masyarakat berdaya. Ciri-ciri warga masyarakat yang berdaya adalah mampu memahami diri dan potensinya, mampu merencanakan (mengantisipasi kondisi perubahan ke depan); mampu mengarahkan dirinya sendiri; memiliki kekuatan untuk berunding; memiliki bargaining power yang memadai dalam melakukan kerjasama yang saling menguntungkan dan bertanggungjawab atas tindakannya. Sementara Sugiri (2016) menjelaskan bahwa masyarakat berdaya adalah masyarakat yang tahu, mengerti, paham termotivasi, berkesempatan, memanfaatkan peluang, berenergi, mampu bekerjasama, tahu berbagai alternative, mampu mengambil keputusan, berani mengambil risiko, mampu mencari dan menangkap informasi dan mampu bertindak sesuai dengan situasi. Proses pemberdayaan yang melahirkan masyarakat yang memiliki sifat seperti yang diharapkan harus dilakukan secara berkesinambungan dengan mengoptimalkan partisipasi masyarakat secara bertanggungjawab (Sugiri, Mardikanto, Rochsantiningsih, & Handayani, n.d.).

Sugiri (2016) mengemukakan bahwa konsekuensi dan tanggungjawab utama dalam program pembangunan melalui pendekatan pemberdayaan adalah masyarakat berdaya atau memiliki daya, kekuatan atau kemampuan. Kekuatan yang dimaksud dapat dilihat dari aspek fisik dan material, ekonomi, kelembagaan, kerjasama, kekuatan intelektual dan komitmen bersama dalam menerapkan prinsip-prinsip pemberdayaan.

8.4 Proses Pemberdayaan Masyarakat

Proses pemberdayaan menjelaskan bahwa proses pemberdayaan mengandung dua kecenderungan. Pertama adalah kecenderungan primer yaitu proses pemberdayaan yang menekankan pada proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuatan, kekuasaan atau kemampuan kepada masyarakat agar individu lebih berdaya. Kedua adalah kecenderungan sekunder yang menekankan pada proses menstimulasi, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apa yang menjadi pilihan hidupnya melalui proses dialog” (Raharjo, Widayawari, Fahrurrozi, & Wulandari, 2021; Siegner, Acey, & Sowerwine, 2020).

Proses pemberdayaan masyarakat sebagaimana digambarkan oleh United Nations meliputi:

1. Getting to know the local community
Mengetahui karakteristik masyarakat setempat (lokal) yang akan diberdayakan, untuk memberdayakan masyarakat perlu hubungan timbal balik antara petugas dengan masyarakat
2. Gathering knowledge about the local community
Mengumpulkan pengetahuan masyarakat setempat, sebagai informasi faktual tentang distribusi penduduk menurut umur, seks, pekerjaan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi termasuk pengetahuan tentang nilai, sikap, ritual dan jenis pengelompokan serta faktor kepemimpinan baik formal maupun informal.
3. Identifying the local leaders
Adanya dukungan dari pimpinan/tokoh masyarakat setempat, karena mereka mempunyai pengaruh yang kuat dalam masyarakat
4. Stimulating the community to realize that it has problems
Pendekatan *persuasive* agar mereka sadar bahwa mereka punya masalah yang mungkin mereka tidak merasakan sehingga perlu dipecahkan dan memenuhi kebutuhan yang diperlukan.
5. Helping people to discuss their problem
Merangsang masyarakat untuk mendiskusikan masalahnya serta merumuskan pemecahan dalam suasana kebersamaan

6. Helping people to identify their most pressing problems
Masyarakat mampu mengidentifikasi permasalahan yang paling menekan, untuk di prioritaskan
7. Fostering self-confidence
Membangun rasa percaya diri masyarakat, merupakan modal utama masyarakat berswadaya
8. Deciding on a program action
Menetapkan suatu program yang perlu di prioritaskan
9. Recognition of strengths and resources
Masyarakat tahu dan mengerti bahwa mereka memiliki kekuatan dan sumber-sumber yang dapat dimobilisasi untuk memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhannya
10. Helping people to continue to work on solving their problems
Kegiatan yang berkesinambungan, karena itu masyarakat perlu diberdayakan agar mampu bekerja memecahkan masalahnya secara kontinu
11. Increasing peoples ability for self-help
Salah satu tujuan pemberdayaan masyarakat adalah tumbuhnya kemandirian masyarakat. Masyarakat yang mandiri adalah masyarakat yang sudah mampu menolong diri sendiri.

Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat, merupakan upaya untuk memampukan dan memandirikan masyarakat yang dilakukan dengan berbagai upaya harus dilakukan melalui beberapa kegiatan: 1) *Enabling* yaitu menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang, bahwa setiap manusia memiliki potensi yang dapat dikembangkan untuk membangun daya dengan cara mendorong (encourage), memotivasi dan membangkitkan kesadaran (awarness) akan potensi yang dimilikinya serta berupaya untuk mengembangkannya; 2) *Empowering* yaitu meningkatkan kapasitas dengan memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat misalnya penyediaan berbagai masukan (input) serta pembukaan akses kepada berbagai peluang yang dapat membuat masyarakat menjadi makin berdaya; 3) *Protecting* yaitu melindungi kepentingan dengan mengembangkan system perlindungan bagi masyarakat yang menjadi subjek pengembangan. Dalam proses pemberdayaan harus dicegah yang lemah

menjadi bertambah lemah oleh karena kekurangberdayaan dalam menghadapi yang kuat. Melindungi dalam hal ini dilihat sebagai upaya untuk mencegah terjadinya persaingan yang tidak seimbang serta eksploitasi yang kuat atas yang lemah.

8.5 Metode Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Metode pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi serta potensi yang dimiliki masyarakat. Beberapa metode dalam pemberdayaan masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Metode *Rapid Rural Appraisal* (RRA) atau penilaian desa secara partisipatif.
2. Metode *Participatory Rapid Appraisal* (PRA), merupakan metode pengkajian pemberdayaan masyarakat desa yang lebih banyak melibatkan pihak dalam yang terdiri dari pihak stakeholder (pemangku kepentingan kegiatan) dengan difasilitasi pihak luar yang berfungsi sebagai narasumber atau fasilitator
3. Metode *Participatory Learning and action* (PLA). Metoda PLA merupakan penyempurnaan dari metode “learning by doing”. Persyaratan dasar PLA adalah; a) Adanya kemauan dan komitmen untuk mendengarkan menghormati dan beradaptasi; b) tersedia banyak waktu yang dibutuhkan untuk pertemuan atau pelatihan; c) komunitas telah didampingi oleh organisasi yang paham dengan keadaan masyarakat dan d) perlu dibangun suasana/komunikasi yang mendorong masyarakat memiliki kepercayaan pada pihak luar (fasilitator)
4. *Participatory Assessment and Planning* (PAP), sejalan bahkan serupa dengan metoda PRA. Metode ini diadopsi dari 2 sumber yaitu *field book* WSLIC dan *participatory Analysis techniques* DFID. Metode PAP terdiri atas 4 langkah yaitu: a) menemukan masalah; b)

- kenali potensi; c) menganalisis masalah dan potensi; d) memilih solusi pemecahan masalah.
5. *Participatory Hygiene and Sanitation Transformation* (PHAST), merupakan metode pembelajaran partisipatif dalam membangun kemampuan swadaya masyarakat untuk memecahkan masalah masyarakat
 6. *Communication For Behavior Impact* (COMBI), merupakan mobilisasi yang diarahkan pada penggerakan tugas semua masyarakat dan perorangan yang memengaruhi tindakan tepat secara perorangan dan keluarga

8.6 Strategi dan Pendekatan Pemberdayaan Masyarakat

Strategi dalam pemberdayaan masyarakat adalah enabling yaitu menciptakan iklim atau suasana, yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang. Titik tolaknya adalah pengenalan bahwa setiap manusia memiliki potensi atau daya yang dapat dikembangkan untuk memperkuat daya dan melindungi. *Empowering* juga menjadi strategi dalam pemberdayaan masyarakat. *Empowering* memperkuat potensi atau daya yang dimiliki masyarakat. Upaya *empowering* merupakan upaya yang amat penting untuk peningkatan taraf pendidikan dan derajat kesehatan, serta akses ke dalam sumber-sumber kemajuan ekonomi seperti modal, lapangan kerja dan pasar. Selain enabling dan *empowering*, melindungi juga menjadi strategi dalam melakukan pemberdayaan masyarakat. Dalam proses pemberdayaan, harus dicegah yang lemah menjadi tidak bertambah lemah (Li & Lange, 2022; Raharjo, Widyaswari, Fahrurozi, & Wulandari, 2021; Wali et al., 2017)

Keberhasilan pemberdayaan tidak sekedar menekankan pada hasil, tetapi juga pada proses melalui tingkat partisipasi yang tinggi, berbasis kepada kebutuhan dan potensi masyarakat. Meraih keberhasilan agen pemberdayaan dapat melakukan pendekatan dengan mengutamakan alur dari bawah ke atas atau lebih dikenal pendekatan *bottom-up*. Model *bottom up*, memulai dengan situasi dan kondisi serta potensi lokal dengan cara menggali potensi, masalah

dan kebutuhan masyarakat. Pendekatan ini merupakan upaya melibatkan semua pihak sejak awal, sehingga setiap keputusan yang diambil dalam perencanaan adalah keputusan bersama, memotivasi keterlibatan dan adanya komitmen untuk melaksanakannya. Dengan keterlibatan mereka memiliki ikatan emosional untuk mensukseskan program pemberdayaan.

Model pendekatan bottom-up, mencoba melibatkan masyarakat dalam setiap tahap kegiatan. Pendekatan yang dilakukan tidak berangkat dari luar melainkan dari dalam. Seperangkat masalah dan kebutuhan dirumuskan bersama, sejumlah nilai dan sistem dipahami bersama. Masyarakat lebih merasa “memiliki” dan merasa turut bertanggung jawab terhadap keberhasilan kegiatan, karena untuk kepentingan mereka sendiri. Betapa pun pendekatan bottom-up memberikan kesan lebih manusiawi dan memberikan harapan yang lebih baik, namun tidak lepas dari kekurangannya, model ini membutuhkan waktu yang lama.

Kehidupan dan realitas dalam masyarakat sangat heterogen, begitu juga dengan keragaman karakter akan memengaruhi agen pemberdayaan dalam memilih dan memilih cara atau teknik pelaksanaan pemberdayaan. Strategi pemberdayaan hakikatnya merupakan gerakan dari, oleh dan untuk masyarakat. Model atau strategi pemberdayaan akan beragam, menyesuaikan dengan kondisi masyarakat lokal. Model pemberdayaan tidak bisa ditempuh dengan cara membuat dulu model tertentu hingga keberhasilannya teruji. Model yang sudah teruji ditempat uji coba, belum tentu berhasil/cocok di tempat lain, karena masyarakat sangat heterogen dan dinamis. Gerakan masyarakat, model dan strategi pemberdayaan tidak bisa diseragamkan. Hal ini disesuaikan dengan potensi, kebutuhan dan permasalahan yang ada dalam masyarakat, oleh karena itu strategi pemberdayaan disesuaikan dengan kondisi dilapangan (Dika Amir Pratama, 2016).

8.7 Prinsip Pemberdayaan

Pemberdayaan ditujukan agar klien/sasaran mampu meningkatkan kualitas kehidupannya untuk berdaya, memiliki daya saing dan mandiri. Dalam melaksanakan pemberdayaan khususnya kepada masyarakat, agen pemberdayaan perlu memegang prinsip-prinsip pemberdayaan. Prinsip-prinsip ini menjadi acuan sehingga pemberdayaan dapat dilakukan secara benar.

Mengacu pada hakikat dan konsep pemberdayaan, maka dapat diidentifikasi beberapa prinsip pemberdayaan masyarakat sebagai berikut:

1. Pemberdayaan dilakukan dengan cara demokratis dan menghindari unsur paksaan.
2. Proses pemberdayaan dimulai dengan menumbuhkan kesadaran kepada sasaran akan potensi dan kebutuhannya yang dapat dikembangkan dan diberdayakan untuk mandiri.
3. Sasaran pemberdayaan sebagai subjek atau pelaku dalam kegiatan menjadi dasar pertimbangan untuk menentukan tujuan, pendekatan dan bentuk aktivitas pemberdayaan.
4. Pemberdayaan berarti menumbuhkan kembali nilai, budaya dan kearifan lokal yang memiliki nilai luhur dalam masyarakat, seperti sifat gotong royong, kerjasama, hormat kepada yang lebih tua dan kearifan lokal lainnya sebagai jati diri masyarakat perlu ditumbuh kembangkan melalui berbagai bentuk pemberdayaan sebagai modal sosial dalam pembangunan
5. Pemberdayaan merupakan sebuah proses yang memerlukan waktu, sehingga dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan.
6. Kegiatan pendampingan atau pembinaan perlu dilakukan secara bijaksana, bertahap dan berkesinambungan.
7. Pemberdayaan tidak bisa dilakukan dari salah satu aspek saja, tetapi perlu dilakukan secara holistic terhadap semua aspek kehidupan yang ada dalam masyarakat
8. Pemberdayaan perlu dilakukan terhadap kaum perempuan terutama remaja dan ibu-ibu muda sebagai potensi besar dalam mendongkrak kualitas kehidupan keluarga dan pengentasan kemiskinan
9. Pemberdayaan dilakukan agar masyarakat memiliki kebiasaan untuk terus belajar, belajar sepanjang hayat (lifelong learning/education). Individu dan masyarakat perlu dibiasakan belajar menggunakan berbagai sumber yang tersedia. Sumber belajar tersebut bisa pesan, orang (termasuk masyarakat di sekitarnya), bahan, alat, teknik dan juga lingkungan di sekitar tempat mereka tinggal. Pemberdayaan juga

- perlu diarahkan untuk menggunakan prinsip belajar sambil bekerja (learning by doing)
10. Pemberdayaan perlu memperhatikan adanya keragaman budaya, oleh karena itu diperlukan berbagai metode dan pendekatan pemberdayaan yang sesuai dengan kondisi di lapangan.
 11. Pemberdayaan diarahkan untuk menggerakkan partisipasi aktif individu dan masyarakat seluas luasnya. Partisipasi ini mulai dari tahapan perencanaan, pengembangan, pelaksanaan, evaluasi, termasuk partisipasi dalam menikmati hasil dari aktivitas pemberdayaan.
 12. Klien/sasaran pemberdayaan perlu ditumbuhkan jiwa kewirausahaan sebagai bekal menuju kemandirian.
 13. Agen pemberdayaan atau petugas yang melaksanakan pemberdayaan perlu memiliki kemampuan (kompetensi) yang cukup dinamis, fleksibel dalam berindak serta dapat mengikuti perkembangan zaman dan tuntutan masyarakat, agen pemberdayaan ini lebih berperan sebagai fasilitator.
 14. Pemberdayaan perlu melibatkan berbagai pihak yang terkait dalam masyarakat, mulai dari unsur pemerintah, tokoh, guru, kader, ulama, yang cukup dinamis, fleksibel dalam berindak serta dapat mengikuti perkembangan zaman dan tuntutan masyarakat.
 15. Pemberdayaan perlu melibatkan berbagai pihak yang terkait dalam masyarakat, mulai dari unsur pemerintah, tokoh, guru, kader, ulama, pengusaha, LSM, relawan dan anggota masyarakat lainnya. Semua pihak terkait tersebut dilibatkan sesuai peran, potensi dan kemampuannya.

8.8 Pemberdayaan Masyarakat Dalam Program Gizi

Pemberdayaan adalah proses memampukan masyarakat dalam upaya meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat secara sistematis untuk mengembangkan diri, mempunyai kemauan dan kemampuan untuk memilih dan upaya untuk meningkatkan peran serta aktif masyarakat dalam mencegah dan mengatasi masalah dengan kegiatan dari, oleh, dan untuk masyarakat. Pemberdayaan masyarakat dalam program gizi merupakan segala upaya fasilitasi yang bersifat musyawarah, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah gizi yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan, dan melakukan penyelesaiannya dengan memanfaatkan potensi masyarakat setempat untuk perbaikan gizi.

Inti pemberdayaan (empowerment) yang mengarah pada kemandirian masyarakat, maka dimensi partisipasi masyarakat menjadi sangat penting. Partisipasi bukan hanya berarti keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan program perbaikan gizi, melainkan harus diikuti dengan keterlibatan masyarakat dalam pembuatan keputusan dan proses perencanaan dan penanggulangan masalah gizi. Pemberdayaan masyarakat dalam program gizi bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman tentang gizi baik individu, kelompok, dan masyarakat, menimbulkan kemauan yang merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan atau sikap untuk memperbaiki dan meningkatkan status gizi dan menimbulkan kemampuan masyarakat untuk mendukung pemenuhan gizi. Beberapa penelitian telah membuktikan efektivitas pemberdayaan masyarakat dalam program gizi (Hidayah & Marwan, 2020; Sugianti, 2020).

8.8.1 Program Peningkatan Gizi Ibu dan Anak melalui Pemberdayaan Masyarakat Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

Masyarakat yang sehat merupakan investasi terbesar untuk meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia. Kadarzi merupakan salah satu upaya untuk memperbaiki kesehatan masyarakat atas dasar pemberdayaan masyarakat. Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) adalah keluarga yang berperilaku gizi seimbang yang mampu mengenali, mencegah dan mengatasi masalah gizi pada setiap

anggota keluarganya. Keluarga dikatakan memiliki perilaku Kadarzi yang baik jika sudah menerapkan lima indikator Kadarzi yaitu, menimbang berat badan secara rutin, memberikan ASI eksklusif, makan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan mengonsumsi suplementasi zat gizi. Kadarzi merupakan sikap dan perilaku keluarga yang dapat secara mandiri mewujudkan keadaan gizi yang sebaik-baiknya tercermin dari konsumsi pangan yang beraneka ragam dan bermutu gizi seimbang.

Tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat khususnya ibu rumah tangga terhadap gizi merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh pada pencapaian program gizi. Masih tingginya masalah status gizi pada anak dipengaruhi oleh faktor yang mendasar yaitu kemiskinan sehingga memengaruhi ketersediaan makanan, perawatan anak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai. Hal ini berdampak pula pada menurunnya tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan masyarakat khususnya wanita. Menurunnya pengetahuan akan berpengaruh pada ketidakcukupan pemenuhan makanan pada anak-anak khususnya anak sehingga makanan yang dikonsumsi tidak seimbang berkibat pada kurangnya zat gizi pada anak. Selain itu penyebab masih banyaknya masalah gizi menunjukkan bahwa asupan gizi ditingkat keluarga belum memadai. Oleh sebab itu diperlukan upaya pemberdayaan melalui pendampingan. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat sebagaimana disebutkan di dalam UU No. 36 tahun 2009 bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat, antara lain melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi. Metode pemberdayaan yang dilakukan adalah dengan memberikan penyuluhan tentang upaya peningkatan status gizi dengan penyelenggaraan pelatihan keluarga sadar gizi (Fatmawati, 2021; Rahma et al., 2021; Restuastuti, Zahtamal, Chandra, & Restila, 2017).

8.8.2 Penanggulangan Stunting Berbasis Pemberdayaan Masyarakat

Penanggulangan stunting berbasis pemberdayaan pada ibu rumah tangga adalah upaya untuk menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, dan pemahaman akan pencegahan stunting. Ibu rumah tangga dalam hal ini berperan sebagai subjek yang berperan aktif dalam penanggulangan stunting. Pemberdayaan sebenarnya merupakan sebuah alternatif pembangunan yang sebelumnya dirumuskan menurut cara pandang *developmentalisme* (moderinisasi) yang

dulunya berorientasi pada negara dan modal, sementara paradigma baru (pemberdayaan) lebih terfokus pada masyarakat lokal yang dibangun secara partisipatif. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri atau suami, istri, dan anaknya atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai peran dan tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, salah satu di antaranya mengenal masalah kesehatan (Laili & Andriani, 2019).

Partisipasi ibu rumah tangga dalam penanggulangan stunting berbasis pemberdayaan adalah keterlibatan individu-individu anggota masyarakat untuk bertanggung jawab baik mental maupun emosi terhadap tujuan penanggulangan stunting. Ibu rumah tangga memberikan dukungan berupa bentuk dan jenis partisipasi yang semuanya disesuaikan dengan kebutuhan (perencanaan, pelaksanaan, pemanfaatan, dan pengawasan, serta penilaian). Pentingnya peran ibu rumah tangga tidak hanya pada pendidikan anak, tetapi juga meliputi peranannya terhadap kondisi kesejahteraan keluarga. Keterlibatan ibu rumah tangga dalam pemenuhan kebutuhan rumah tangga merupakan fenomena yang tidak asing lagi di kehidupan masyarakat. Ibu memiliki peran penting dalam pemenuhan gizi anak melalui penyelenggaraan makan keluarga. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2018), terdapat tiga hal yang harus diperhatikan dalam pencegahan stunting, yaitu salah satunya perbaikan terhadap pola makan. Masalah stunting dipengaruhi oleh rendahnya akses terhadap makanan dari segi jumlah dan kualitas gizi, serta seringkali tidak beragam. Istilah "Isi Piringku" dengan gizi seimbang perlu diperkenalkan dan dibiasakan dalam kehidupan sehari-hari. Dalam satu porsi makan, setengah piring diisi oleh sayur dan buah, setengahnya lagi diisi dengan sumber protein (baik nabati maupun hewani) dengan proporsi lebih banyak daripada karbohidrat (Hidayah & Marwan, 2020; Munawaroh, Syakur, Fitriana, & Muntaqo, 2020).

8.8.3 Pemberdayaan Masyarakat melalui Kegiatan 1000 Hari Kehidupan Pertama (HPK)

Pemerintah berupaya untuk menurunkan angka stunting di Indonesia melalui program gerakan 'Seribu Hari Pertama Kehidupan', yang mencakup upaya spesifik maupun sensitif. Upaya spesifik adalah kegiatan yang langsung berhubungan dengan masalah gizi seseorang, seperti pemberian suplementasi pada bayi dan balita, suplementasi Fe pada ibu hamil, pemberian makanan

tambahan pada ibu hamil, pemenuhan gizi, persalinan dengan dokter atau bidan yang ahli, IMD (Inisiasi Menyusui Dini), ASI Eksklusif pada bayi sampai usia 6 bulan, pemberian makanan pendamping ASI mulai anak usia 6 bulan sampai dengan usia 2 tahun, memberikan imunisasi dasar lengkap dan vitamin A, memantau pertumbuhan balita di posyandu terdekat, serta menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. Akan tetapi pada kenyataannya Intervensi spesifik hanya mampu memberikan kontribusi 30% untuk masalah gizi stunting, sehingga untuk menuntaskan permasalahan stunting, penuntasannya yang 70% memerlukan keterlibatan lintas sektor (diluar sektor kesehatan) terutama peranserta masyarakat yang dikenal dengan intervensi sensitif. Pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan 1000 HPK dengan sasaran para orang tua dan kader posyandu untuk ikut berperan dalam pencegahan stunting dalam upaya menciptakan generasi milenia sadar gizi dan bebas stunting melalui kegiatan penyuluhan 1000 HPK yaitu (Hidayah & Marwan, 2020; Rahadiyanti, 2022):

Kegiatan pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan kegiatan:

1. Kegiatan Penyuluhan tentang cegah stunting sejak 1000 hari pertama kehidupan. Kegiatan penguluhan ini ditujukan meningkatkan pengetahuan warga tentang pentingnya mencegah stunting sejak 1000 hari pertama kehidupan dan dilanjutkan dengan gizi seimbang di usia Balita.
2. Kegiatan Penyuluhan tentang pentingnya pemeriksaan saat kehamilan Pada kegiatan pemberdayaan masyarakat ini diberikan penyuluhan tentang pentingnya pemeriksaan kesehamilan untuk mencegah stunting dimasyarakat. Hal ini sesuai dengan upaya pemerintah dalam pencegahan stunting di Indonesia dengan menggulirkan program 1000 HPK. Dalam program tersebut terdapat upaya kesehatan spesifik salah satunya dengan memotivasi ibu hamil untuk rutin melakukan pemeriksaan kesehatan minimal 4 kali selama kehamilan, Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin dan Suplementasi tablet tambah darah (Satriawan, 2018).
3. Pemberian contoh menu seimbang dan PMT pada balita. Salah satu solusi dalam penanganan *stunting* pada balita adalah dengan melakukan Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Pemberian Makanan Tambahan (PMT) adalah upaya memberikan

makanan tambahan berbasis pangan lokal dengan resep-resep yang dianjurkan. Makanan lokal lebih bervariasi namun metode dan lamanya memasak sangat menentukan ketersediaan zat gizi yang terkandung. Suplementasi gizi dapat juga diberikan berupa makanan tambahan pabrikan, yang lebih praktis dan lebih terjamin komposisi zat gizinya. Pemberian makanan tambahan yang ditujukan untuk kelompok rawan meliputi balita 6-24 bulan. Tambahan makanan untuk menambah asupan gizi untuk mencukupi kebutuhan gizi agar tercapainya status gizi yang baik (Permenkes Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2016). Makanan tambahan yang diberikan dapat berbentuk makanan keluarga

Bab 9

Isu-Isu Terkini Program Gizi

9.1 Pendahuluan

Ketika mendengar kata “isu” maka kita mengidentikkan dengan gosip-gosip atau rumor yang beredar. Sebenarnya pengertiannya lebih dari itu. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) online “isu” diartikan sebagai berikut 1) masalah yang dikedepankan (untuk ditanggapi dan sebagainya), 2) kabar yang tidak jelas asal usulnya dan tidak terjamin kebenarannya, kabar angin, desas-desus.

Masalah gizi masih sering menjadi salah satu isu yang dihadapi oleh negara-negara yang sedang berkembang, termasuk Indonesia. Banyak sekali permasalahan gizi yang terjadi di sekitar kita, Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022 pada tabel 9.1 memberikan gambaran status gizi balita (stunting, wasting, underweight, overweight).

Hasil riset nasional terakhir menunjukkan adanya perbaikan beberapa indikator gizi, namun demikian Indonesia masih termasuk negara yang mengalami masalah beban gizi ganda (double burden of malnutrition/DBM) karena tingginya prevalensi kurang gizi dan kelebihan gizi pada saat yang bersamaan. Beban ganda gizi berdampak pada seluruh aspek kehidupan. Dampak yang paling buruk dan memiliki konsekuensi jangka panjang jika masalah gizi tersebut terjadi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), mulai dari masa

kehamilan sampai anak berusia 2 tahun dan masa remaja (Kemenkes RI, 2020).

Tabel 9.1: Survei Status Gizi Indonesia (Kemenkes, 2023)

	Hasil Riskedas		Hasil SSGI		
	2013	2018	2019	2021	2022
<i>Stunting</i>	37,6	30,8	27,7	24,4	21,6
<i>Wasting</i>	12,1	10,2	7,4	7,1	7,7
<i>Underweight</i>	19,6	17,7	16,3	17,0	17,1
<i>Overweight</i>	11,8	8,0	4,5	3,8	3,5

Dampak yang ditimbulkan oleh karena permasalahan gizi khususnya terhadap kualitas sumber daya manusia (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), 2021) sebagai berikut:

1. Kekurangan gizi pada usia bayi dan balita meningkatkan risiko menderita penyakit tidak menular seperti diabetes, penyakit jantung dan pembuluh darah saat dewasa dan lansia
2. Kekurangan gizi pada 1000 HPK berhubungan dengan rendahnya kemampuan kognitif dan perkembangan motorik saat anak memasuki usia sekolah (9 tahun) dan (8-11 tahun) bahkan gangguan kognitif bersifat permanen.
3. Terganggunya pertumbuhan anak karena kekurangan gizi pada dua tahun pertama berisiko terhadap gangguan emosi dan perilaku buruk di masa remajanya, termasuk peningkatan gejala cemas dan depresi.
4. Anak yang sangat pendek (severely stunted) memiliki IQ poin yang lebih rendah dibandingkan anak yang pendek (stunted) IQ anak stunting rata-rata adalah 11 poin lebih rendah dibandingkan dengan

- anak yang tinggi badannya normal sehingga kekurangan gizi dinilai akan berpengaruh terhadap prestasi belajar anak di sekolah.
5. Kekurangan gizi pada anak berhubungan dengan rendahnya kapasitas kerja fisik saat memasuki usia angkatan kerja sehingga kekurangan gizi dinilai akan berpengaruh terhadap produktivitas kerja.

9.2 Stunting Menjadi Isu Prioritas Masalah Gizi

Stunting merupakan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang. Berdasarkan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021, prevalensi *stunting* di Indonesia sebesar 24,4%. Meski angka tersebut mengalami penurunan sejak tahun 2019, isu stunting masih menjadi tantangan pemerintah untuk menurunkan prevalensi hingga 14% pada 2024.

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) ialah dengan perbaikan gizi. Namun sayangnya permasalahan gizi masih menjadi persoalan tersendiri khususnya terkait masalah stunting. Isu stunting dalam dunia kesehatan anak-anak masih menjadi perhatian besar. Pasalnya stunting merupakan salah satu permasalahan gizi utama pada Balita di Indonesia yang belum teratasi.

Stunting dapat disebabkan oleh kekurangan gizi kronik yang berhubungan dengan status sosioekonomi rendah, asupan nutrisi dan kesehatan ibu yang buruk, riwayat sakit berulang, dan praktik pemberian makan pada bayi dan anak yang tidak tepat. Stunting dapat memberikan dampak jangka panjang dan jangka pendek. Dampak jangka pendek seperti meningkatkan angka kesakitan dan kematian dan risiko menderita berbagai penyakit infeksi. Adapun dampak jangka panjang yakni menurunkan kemampuan kognitif dan rendahnya *Intelligence Quotient* (IQ) dan kapasitas fisik.

Cara mencegah stunting dengan rutin mengontrol kehamilan untuk ibu hamil, memberikan Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang bervariasi secara tepat waktu, adekuat, aman dan higienis serta dengan cara yang benar, rutin menimbang Berat Badan (BB) dan mengukur panjang atau Tinggi Badan (TB)

dan lingkaran kepala dengan cara yang benar setiap bulannya, serta memperhatikan durasi tidur anak yang harus sesuai usianya. Selain itu juga memberikan ASI eksklusif selama enam bulan dan setelah itu diberikan. Kemudian memperhatikan aktivitas fisik sesuai usia.

9.3 Program Gizi di Indonesia

Gizi merupakan salah satu komponen penting bagi tumbuh kembang manusia, terutama pada masa 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun. Ini merupakan kesempatan emas untuk menciptakan generasi berkualitas yang bebas dari stunting dan masalah gizi lainnya.

Dalam upaya penanggulangan masalah gizi mikro pemerintah telah melaksanakan program suplementasi gizi sejak tahun 1970-an hingga saat ini, seiring dengan upaya perbaikan konsumsi masyarakat menuju gizi seimbang. Selanjutnya program dikembangkan sesuai dengan kemajuan teknologi yaitu melalui program fortifikasi pangan. Fortifikasi Pangan telah didokumentasikan sebagai bagian dari program nasional perbaikan gizi masyarakat. Fortifikasi Pangan juga diakui sebagai intervensi yang dinilai “cost effective” untuk menanggulangi defisiensi zat gizi mikro karena mampu menjangkau semua kelompok masyarakat dari berbagai kalangan (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), 2021).

Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) difokuskan dalam upaya penajaman kontribusi program/kegiatan dalam pencapaian target pembangunan pangan dan gizi yang tertuang di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024 dan dokumen kebijakan lain yang relevan seperti Strategi Ketahanan Pangan dan Gizi tahun 2021-2024 serta Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting.

Direktorat Gizi Masyarakat sebagai unit teknis di Kementerian Kesehatan memiliki tanggung jawab untuk menyusun program gizi yang generik dan teknis terkait intervensi gizi spesifik yang menasar langsung kelompok sasaran prioritas yaitu kelompok 1000 hari pertama kehidupan, mulai dari ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan baduta ditambah kelompok remaja terutama remaja putri.

Program gizi yang telah dilakukan dalam kurun 5 (lima) tahun terakhir meliputi kegiatan yang sudah terbukti efektif memiliki daya ungkit terhadap perbaikan gizi masyarakat terutama pencegahan stunting (Kemenkes RI, 2020), yaitu:

1. Pemberian Tablet Tambah Darah untuk Remaja Putri
2. Pemberian Tablet Tambah Darah untuk Ibu Hamil
3. Pemberian Makanan Tambahan untuk Ibu Hamil kekurangan enegri kronis (KEK)
4. Promosi/Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (Inisiasi Menyusui Dini-IMD, ASI eksklusif, MP-ASI dan Menyusui sampai usia 2 tahun atau lebih)
5. Pemberian Vitamin A untuk bayi dan Balita
6. Pemantauan Pertumbuhan
7. Pemberian Makanan Tambahan untuk Balita Gizi Kurang
8. Manajemen Terpadu Balita Gizi Buruk

Tujuan strategi dan aksi penajaman lebih difokuskan untuk menghadirkan daya ungkit sistem pangan dalam perbaikan konsumsi gizi keluarga yang beragam, seimbang dan aman yang mencakup empat tujuan strategis yaitu: 1) Peningkatan Ketersediaan Pangan yang Beragam, Bergizi Seimbang dan Aman; 2) Peningkatan Keterjangkauan Pangan yang Beragam, Bergizi Seimbang dan Aman; 3) Peningkatan Pemanfaatan Pangan dan Pelayanan Gizi (Esensial); 4) Penguatan Kelembagaan dan Tata Kelola Pangan dan Gizi. Pengembangan aksi di setiap strategi dilakukan dengan prinsip menghadirkan intervensi lintas sektor di tingkat keluarga secara konvergensi dan terintegrasi, memegang teguh prinsip no one left behind dengan memberi prioritas kelompok rawan gizi, implementatif, terukur dan berkesinambungan.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan Organisasi Pangan (FAO) merekomendasikan Dunia pentingnya integrasi sistem pangan dan orientasi kepada penyediaan makanan bergizi yang berkelanjutan hingga tingkat rumah tangga. Terdapat enam aksi yang bisa dilakukan yaitu: (1) Sistem pangan yang kokoh dan berkelanjutan untuk konsumsi makanan yang bergizi; integrasi (2) pangan dan sistem kesehatan untuk menjamin akses pelayanan esensial; (3) jaminan sosial dan pendidikan gizi; (4) Investasi untuk perbaikan gizi; (5) lingkungan yang aman dan mendukung untuk pemenuhan gizi pada semua sasaran; (6) Penguatan tata kelola dan akuntabilitas sistem pangan dan gizi.

9.3.1 Program Gizi Remaja Aksi Bergizi

Pada usia remaja, masalah gizi biasanya berkaitan erat dengan gaya hidup dan kebiasaan makan yang juga terkait erat dengan perubahan fisik dan kebutuhan energi remaja (Rachmi et al., 2019). Remaja Indonesia mengalami tiga beban gizi: sekitar seperempat dari mereka pendek, sekitar 8% terlalu kurus, sekitar 15% kelebihan berat badan atau obesitas, dan sekitar 10% remaja putra dan 23% remaja putri menderita anemia.

Gizi adalah komponen yang penting dan memiliki peran sentral untuk mencapai 13 dari 17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals – SDG). Melalui perbaikan gizi, banyak tujuan lain yang bisa tercapai untuk menuju ke perbaikan suatu bangsa. Gizi pada remaja tentu saja merupakan hal krusial, karena banyak kebiasaan-kebiasaan terkait gizi seseorang yang dimulai pada saat remaja, akan dibawa sampai ketika mereka dewasa. Oleh karena itu, intervensi gizi harus dimulai sedini mungkin (Rachmi et al., 2019).

Untuk mengatasi kesenjangan tersebut, Rencana Aksi Nasional Kesehatan Anak Sekolah dan Remaja 2017-2019 diluncurkan oleh Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Indonesia pada tahun 2017. Kebijakan ini menggabungkan rencana untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang masalah-masalah seperti kesehatan reproduksi, zat adiktif, cedera, kesehatan mental, kebersihan pribadi, penyakit tidak menular dan gizi. Dalam mendukung pendekatan holistik ini, UNICEF Indonesia merancang program gizi remaja multi-sektoral responsif gender yang komprehensif yang menargetkan remaja di sekolah sebagai tahap pertama, dengan rencana untuk memperluas program untuk remaja putus sekolah pada tahap selanjutnya. Program ini dirancang selaras dengan kebijakan dan program nasional UKS/M (Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah) untuk peningkatan gizi dan kesehatan remaja di sekolah. Intervensi program difokuskan pada pencegahan anemia, mempromosikan makan sehat dan meningkatkan aktivitas fisik. Program ini dikenal sebagai Aksi Bergizi, yang berarti 'tindakan bergizi' (Unicef Indonesia, 2021).



Gambar 9.1: Program Gizi Remaja Aksi Bergizi di Indonesia (UNICEF, 2021)

Gambar 9.1 menunjukkan Paket intervensi Aksi Bergizi yang terdiri dari tiga komponen yaitu:

1. Memperkuat suplementasi zat besi dan asam folat mingguan (Tablet Tambah Darah atau TTD) untuk remaja putri. Ini diberikan bersama sarapan yang dibawa dari rumah untuk memfasilitasi penyerapan dan mengurangi efek samping dari TTD. Ini juga membantu menetapkan kebiasaan sarapan, di mana remaja tidak dapat melakukan secara teratur.
2. Edukasi gizi multi-sektoral. Ini adalah sesi peningkatan pengetahuan mengenai gizi dan kesehatan yang dilakukan secara interaktif dan menyenangkan seminggu sekali, biasanya dilakukan segera setelah remaja putri minum TTD. Sesi ini berfokus pada berbagai masalah gizi dan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi, HIV/AIDS, sanitasi dan kebersihan air, kesehatan mental, zat adiktif, kekerasan dan cedera, dan penyakit tidak menular, sambil mengarusutamakan gender di semua isu. Sesi ini dirancang untuk memicu remaja putri dan putra untuk mempraktikkan karakter penting (soft skills) dalam kehidupan sehari-hari sambil meningkatkan pengetahuan mereka tentang masalah kesehatan dan gizi. Pendidikan gizi menjadi salah

satu upaya preventif dalam mengatasi masalah gizi remaja di Indonesia (Assabila & Linda Riski Sefrina, 2022).

3. Intervensi *Social Behaviour and Change Communication* (SBCC) yang komprehensif untuk meningkatkan perilaku makan sehat dan aktivitas fisik. Ini termasuk: a) advokasi tingkat kabupaten dan provinsi untuk membangun kesadaran, komitmen, dan koordinasi, b) penguatan kapasitas bagi pejabat kabupaten, tenaga kesehatan dan guru untuk melakukan, memantau dan mengevaluasi program dan pelatihan dukungan sebaya untuk siswa, c) menyusun pesan untuk serangkaian tindakan yang ditargetkan yang berfokus pada: (1) mengendalikan dan mencegah anemia melalui pemberian suplementasi zat besi dan asam folat (TTD), konsumsi makanan kaya zat besi dan makanan dengan fortifikasi, serta sayuran berdaun hijau, (2) makan sehat melalui peningkatan konsumsi sayur, buah dan air, serta pengurangan asupan gula, garam dan lemak, (3) meningkatkan aktivitas fisik melalui olahraga yang menyenangkan selama 60 menit (misalnya; berjalan, jogging, bersepeda, menari, aerobik, dll.) setiap hari, dan (4) mengatasi norma-norma gender yang memengaruhi asupan makanan dan aktivitas fisik remaja, d) kegiatan mobilisasi sekolah yang dirancang dan diikuti oleh remaja sendiri seperti lomba sekolah, demonstrasi memasak, kebun sekolah, poster pilihan makanan sehat yang ditampilkan di kantin sekolah dan kegiatan yang melibatkan siswa lainnya, e) pelatihan media sosial, menulis, dan produksi video pendek untuk remaja agar remaja dapat berbagi pembelajaran mereka dari program ini dengan teman sebaya dan keluarga.

9.3.2 Pendidikan Gizi dalam Pemberian Makanan Tambahan Lokal bagi Ibu Hamil dan Balita

Pendidikan gizi dalam pemberian makanan tambahan lokal bagi ibu hamil dan balita pada dasarnya bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam mempersiapkan dan menyediakan makanan lokal sesuai prinsip gizi seimbang untuk ibu hamil dan balita dalam upaya membentuk

keluarga sehat. Peran serta semua pihak sangat diharapkan dalam mendukung keberhasilan kegiatan ini. Status gizi yang baik merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan pembangunan kesehatan yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari pembangunan nasional secara keseluruhan. Ibu hamil dan balita merupakan kelompok rawan gizi yang sangat perlu mendapat perhatian khusus karena dampak negatif yang ditimbulkan apabila menderita kekurangan gizi (Kemenkes, 2018b).

Pemberian makanan tambahan bagi balita kurus sebagai upaya pemenuhan gizi makro dan mikro selama minimal 90 hari (PMT pemulihan). PMT yang dilaksanakan dapat berupa PMT lokal padat kalori yang diolah di rumah tangga, maupun pabrikan yang mengacu pada Permenkes nomor 51/2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi. Sedangkan Pemberian Makanan Tambahan bagi ibu hamil KEK selama minimal 90 hari (PMT Pemulihan). PMT yang dilaksanakan dapat berupa PMT lokal yang diolah di rumah tangga atau pabrikan mengacu pada Permenkes Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi (Kemenkes, 2018a).

Prinsip Pemberian Makanan Tambahan Lokal adalah sebagai berikut:

1. Pemberian makanan tambahan lokal merupakan kegiatan di luar gedung Puskesmas dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat yang dapat diintegrasikan dengan kegiatan lintas program dan sektor terkait lainnya.
2. Pemberian makanan tambahan lokal ini sebagai contoh menu lengkap sekali makan (makan siang) bagi ibu hamil dan balita yang diharapkan dapat diterapkan dalam penyediaan makanan sehari-hari di keluarga.
3. Bentuk makanan tambahan lokal adalah makanan lengkap, sesuai dengan "Isi Piringku" dan Pedoman Gizi Seimbang terdiri dari sumber Karbohidrat, Protein Hewani dan Nabati, Lemak, Vitamin dan Mineral.
4. Pemberian makanan tambahan lokal pada sasaran harus disertai dengan penguatan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi).

9.3.3 Kampanye Isi Piringku

Konsep "Isi Piringku" dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 41 Tahun 2014 (Arif et al., 2020). Sebagai langkah pertama untuk menggalakkan pola makan seimbang, pemerintah perlu tidak hanya meningkatkan kesadaran masyarakat tentang arti penting pola makan seimbang bagi kesehatan tetapi juga mendorong dan memfasilitasi perubahan perilaku konsumsi pangan. Slogan "Isi Piringku" telah dilembagakan pemerintah dalam Gerakan Masyarakat Hidup Sehat atau GERMAS. Bahkan, salah satu cara pencegahan stunting yang digalakkan pemerintah, yaitu Kampanye 'Isi Piringku' (Heryana, 2019). Langkah ini juga mengatasi kekurangan gizi kronis. 'Isi Piringku' merupakan pedoman porsi makan sehari-hari dalam satu piring yang memenuhi gizi seimbang. Dalam 'Isi Piringku', sajian satu piring terdiri dari 50 persen buah dan sayur, sedangkan 50 persen sisanya terdiri dari karbohidrat dan protein. Agar Kampanye 'Isi Piringku' berjalan efektif harus disesuaikan dengan daerah masing-masing. "Kampanye 'Isi Piringku' bisa jadi upaya mencegah stunting. Tapi kampanye itu beda-beda tiap daerah. Disesuaikan dengan makanan lokal,"



Gambar 9.2: Isi Piringku (Kemenkes, 2014)

Selain makanan dan minuman dalam gambar 9.2 juga ada pesan cuci tangan sebelum dan sesudah makan yang divisualkan oleh gambar cuci tangan menggunakan air mengalir; juga berbagai siluet aktivitas fisik (termasuk olahraga), dan kegiatan menimbang berat badan. Kegiatan fisik dianjurkan untuk dilakukan paling tidak tiga kali seminggu dan memantau berat badan setiap bulan. Kampanye 'Isi Piringku' untuk mencegah stunting harus sesuai dengan kearifan lokal. Sumber pangan juga sebaiknya berasal dari daerah

setempat. Upaya mencegah stunting juga perlu dilakukan jauh sebelum kehamilan. Ini sebagai upaya dini agar calon ibu mengonsumsi makanan bergizi dan menjaga kesehatan sebelum juga selama hamil. "Sebelum hamil, ibu-ibu harus memahami soal gizi dan risiko stunting pada anak. Stunting menyebabkan kekerdilan,"

Dengan mempertimbangkan permasalahan *Stunting* yang belum mencapai target, dan *evidence* bahwa konsumsi protein hewani berkorelasi mencegah Stunting, peringatan hari gizi nasional (HGN) ke 63 tahun 2023 mengangkat Tema "Protein Hewani Cegah Stunting"; Slogan "Protein Hewani Setiap Makan" dan "Isi Piringku Kaya Protein Hewani" (Kemenkes RI, 2023). Protein hewani penting untuk mencegah stunting karena mengandung asam amino esensial yang lengkap dan berkualitas tinggi. Protein hewani tidak hanya efektif memperbaiki kualitas makanan. Tetapi juga status gizi, serta luaran kesehatan lain seperti pertumbuhan, fungsi kognitif, aktivitas fisik, dan performa sekolah di negara berkembang. Pastikan setiap kali makan, selalu ada sumber protein hewani untuk mencegah stunting. Namun, bukan berarti protein nabati tidak penting. Tetapi dalam arti stunting untuk meningkatkan tumbuh kembang anak yang optimal, dititikberatkan pada protein hewani. Dengan begitu, pertumbuhan kognitif anak-anak dapat optimal di kemudian hari.

Selain itu, pemerintah menyelenggarakan pula PKGBM yaitu Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat untuk mencegah stunting (Anna Tasya Putri et al., 2022). PKGBM adalah program yang komprehensif dan berkelanjutan untuk mencegah stunting di area tertentu.

Dengan tujuan program sebagai berikut:

1. Mengurangi dan mencegah berat badan lahir rendah, kurang gizi, dan stunting pada anak-anak
2. Meningkatkan pendapatan rumah tangga/keluarga dengan penghematan biaya, pertumbuhan produktivitas dan pendapatan lebih tinggi

Bab 10

Instrumen pada Program Gizi

10.1 Pendahuluan

Program adalah pernyataan tindakan atau langkah yang merupakan operasional misi, tujuan, strategi dan kebijakan. Program memperlihatkan sifat operasional dan tindakan kongret yang bersifat luas (komprehensif) dengan waktu pencapaian relatif panjang (jangka menengah atau panjang) untuk mencapai suatu tujuan khusus (Priambodo, 2014).

Program Gizi adalah bentuk instrumen kebijakan yang berisi satu atau lebih kegiatan perbaikan gizi yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah/lembaga atau masyarakat, yang dikoordinasikan oleh instansi pemerintah untuk mencapai sasaran tujuan memperbaiki gizi di Indonesia serta memperoleh alokasi anggaran untuk perbaikan gizi (Astuti Trina, 2022).

Program Gizi bertujuan untuk menanggulangi masalah gizi perorangan dan meningkatkan status gizi masyarakat sesuai dengan sumberdaya yang tersedia. Program gizi yang telah dilakukan dalam kurun 5 (lima) tahun terakhir terhadap perbaikan gizi masyarakat terutama pencegahan stunting, yaitu antara lain Pemberian Tablet Tambah Darah untuk Remaja Putri, Pemberian Tablet Tambah Darah untuk Ibu Hamil, Pemberian Makanan Tambahan untuk Ibu Hamil KEK, Promosi/Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (IMD, ASI Eksklusif, MPASI dan Menyusui sampai usia 2 tahun atau lebih), Pemberian

Vitamin A untuk bayi dan Balita, Pemantauan Pertumbuhan dan Pemberian Makanan Tambahan untuk Balita Gizi Kurang (Kemenkes RI, 2020)

Perencanaan merupakan salah satu fungsi manajemen yang termasuk dalam pelaksanaan program gizi. Perencanaan merupakan suatu proses untuk merumuskan masalah, menentukan kebutuhan dan sumberdaya, menetapkan tujuan program serta menyusun langkah langkah atau tahapan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan (Hasibuan, 2021).

Keberhasilan suatu program dapat dilihat dari kesesuaian antara perencanaan dan pelaksanaannya, terukur atau akuntabel hasilnya, serta ada keberlanjutan aktivitas yang merupakan dampak dari program itu sendiri. Melalui kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) maka keberhasilan, dampak dan kendala pelaksanaan suatu program dapat diketahui.

Sebelum evaluasi program gizi dilaksanakan maka harus melakukan persiapan secara cermat. Persiapan tersebut antara lain berupa penyusunan evaluasi, penyusunan instrumen evaluasi, validasi instrument evaluasi, menentukan jumlah sampel yang diperlukan dalam kegiatan evaluasi, dan penyamaan persepsi sebelum pengambilan data

Dalam penyusunan evaluasi hal penting yang harus diketahui adalah tujuan program dan kriteria keberhasilan program. Setelah mengetahui tujuan dan kriteria keberhasilan program maka selanjutnya menentukan metode pengumpulan data, alat pengumpulan data, sasaran evaluasi program, dan jadwal evaluasi program yang akan digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan evaluasi program. Sistematika dan/atau komponen komponen yang harus ada dalam evaluasi program secara garis besar sebagai berikut: latar belakang masalah, probelmatika, tujuan evaluasi, populasi dan sampel, instrumen dan sumber data. Kegiatan evaluasi program kadang dilakukan dalam bentuk penelitian atau survei gizi. Dalam kegiatan monev proses pengumpulan data merupakan suatu hal yang sangat penting. Pengumpulan data ini merupakan suatu kegiatan yang terkait dengan keadaan real di lapangan (empiris). Pengumpulan data merupakan prosedur yang sistematis dan terstandarkan untuk memperoleh data dalam suatu penelitian

Menyusun instrumen merupakan langkah penting dalam pola prosedur penelitian. Instrumen berfungsi sebagai alat bantu dalam mengumpulkan data yang diperlukan. Setelah rencana evaluasi tersusun langkah selanjutnya adalah penyusunan instrumen evaluasi. Instrumen evaluasi yang akan disusun bergantung pada metode pengumpulan data yang dipilih.

Instrumen yang telah tersusun tidak secara otomatis dapat digunakan untuk mengumpulkan data yang diperlukan. Instrumen tersebut masih perlu divalidasi untuk mengetahui tingkat validitas dan reliabilitasnya.

Menyusun instrumen pengumpulan data harus ditangani secara serius agar diperoleh hasil yang sesuai dengan kegunaannya yaitu pengumpulan variabel yang tepat.

10.2 Definisi dan Tujuan Penyusunan Instrumen Gizi

Menurut Sugiono, instrumen dalam penelitian didefinisikan sebagai alat bantu yang digunakan peneliti guna mengukur fenomena sosial serta alam sebagaimana yang ada dalam variabel penelitian. (Sugiyono, 2022). Notoadmodjo mengartikan instrumen sebagai alat-alat yang akan digunakan untuk mengumpulkan data yang terdiri dari beberapa bentuk seperti kuesioner, formulir, observasi, serta formulir-formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan lain sebagainya. (Notoatmodjo Soekidjo, 2018). Sukmadinata berpendapat bahwa instrumen dalam penelitian merupakan sebuah tes yang memiliki karakteristik dapat mengukur informan melalui sejumlah pertanyaan dalam penelitian. (Sukmadinata, 2016).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa instrumen penelitian gizi atau survei gizi merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan, memeriksa, dan menyelidiki suatu masalah yang sedang diteliti di bidang gizi sebagai bagian mendapatkan suatu hasil atau kesimpulan dari tujuan penelitian dengan tetap memperhatikan kaidah penyusunan instrument yang baik.

Instrumen bermanfaat sebagai alat bantu untuk mengumpulkan data yang akan digunakan sebagai landasan analisis dan interpretasi untuk pengambilan keputusan yang berkaitan dengan tujuan penelitian. Penggunaan Instrumen dalam suatu penelitian atau survei akan membuat kegiatan pengumpulan data menjadi lebih mudah dan sistematis (Sugiyono, 2022).

10.3 Jenis-jenis Instrumen

Instrumen dalam suatu penelitian atau survei memiliki bentuk dan jenis yang beragam di mana pemilihannya tergantung dengan metode pengumpulan data yang akan di gunakan dalam survei tersebut, misalnya metode wawancara instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara, angket atau kuesioner, metode observasi instrumen yang digunakan adalah berupa lembar cheklist atau lembar observasi, dan metode pengukuran instrumen yang dipakai adalah alat ukur.(Sukmadinata, 2016) Beberapa instrumen yang digunakan dalam survei gizi berdasarkan metode pengumpulan datanya adalah sebagai berikut:.

10.3.1 Pengukuran Antropometri

Kegiatan program gizi berupa pemantauan pertumbuhan anak harus dilakukan dengan pengukuran menggunakan alat antropometri yang terstandar yang biasa disebut dengan antropometri kit. Antropometri Kit yang digunakan untuk kegiatan pemantauan pertumbuhan balita terdiri dari alat ukur berat badan bayi (baby scale), alat ukur berat badan injak digital, alat ukur panjang badan, alat ukur tinggi badan, alat ukur lingkar lengan atas, dan alat ukur lingkar kepala. Standar Alat Antropometri berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.01.07/Menkes/51/2022 adalah sebagai berikut:.

Alat Ukur Berat Badan Bayi (Baby Scale)

Kriteria alat:

1. Kuat dan tahan lama.
2. Mempunyai ketelitian 10 g atau 0,01 kg.
3. Kapasitas maksimal 20 kg.
4. Jika timbangan menggunakan baterai, jenis dan ukuran baterai harus tersedia di daerah setempat.
5. Mudah dimobilisasikan untuk kunjungan rumah.
6. Bukan merupakan timbangan pegas atau baby scale manual.
7. Memiliki Standar Nasional Indonesia (SNI).

Alat Ukur Berat Badan Injak Digital

Kriteria Alat:

1. Kuat dan tahan lama.

2. Mempunyai ketelitian 100 g atau 0,1 kg.
3. Kapasitas 150 kg.
4. Timbangan injak digital dapat berupa timbangan injak digital konvensional atau tared, yaitu dapat diatur ulang ke nol (tared) pada saat ibu/pengasuh masih di atas timbangan.
5. Sumber energi timbangan digital dapat berasal dari baterai atau cahaya.
6. Timbangan yang menggunakan cahaya, harus diletakkan pada tempat dengan pencahayaan yang cukup pada saat digunakan.
7. Mudah dimobilisasikan untuk kunjungan rumah.
8. Bukan merupakan timbangan pegas (bathroom scale).
9. Memiliki Standar Nasional Indonesia (SNI).

Alat Ukur Panjang Badan (Infantometer/Lenghthboard)

Kriteria Alat:

1. Mengukur panjang badan anak umur 0-24 bulan atau yang belum dapat berdiri.
2. Kuat dan tahan lama.
3. Mempunyai ketelitian minimal 0,1 cm.
4. Ukuran maksimal 150 cm.
5. Harus dipastikan bahwa alat geser di bagian kaki dapat digerakkan dengan mudah.
6. Kemudahan mobilisasi jika digunakan untuk kunjungan rumah.
7. Memiliki Standar Nasional Indonesia (SNI).

Alat Ukur Tinggi Badan (Microtoise)

Kriteria Alat:

1. Mengukur tinggi badan anak mulai usia lebih dari 24 bulan atau yang sudah bisa berdiri.
2. Mempunyai ketelitian 0,1 cm.
3. Ukuran maksimal 200 cm.
4. Pita ukur mudah ditarik dan kembali ke posisi semula.
5. Terbuat dari bahan yang kuat dan tahan lama.

6. Memiliki Standar Nasional Indonesia (SNI)

Alat Ukur Panjang dan Tinggi Badan

Kriteria Alat:

1. Mengukur tinggi badan anak mulai usia 0 bulan
2. Mempunyai ketelitian 0,1 cm.
3. Ukuran maksimal 200 cm.
4. Terbuat dari bahan yang kuat dan kokoh
5. Tiang ukur dapat menopang 5 titik pengukuran tinggi badan (bagian belakang kepala, punggung, bokong, betis dan tumit)
6. Memiliki Standar Nasional Indonesia (SNI)

Pita LiLA (untuk anak usia 6-59 bulan)

Kriteria Alat:

1. Terbuat dari bahan yang kuat dan tahan lama.
2. Mempunyai ketelitian minimal 0,1 cm.
3. Panjang minimal 35 cm.
4. Memiliki Standar Nasional Indonesia (SNI).
5. Pada ukuran kurang dari 11,5 cm, diberi warna merah, ukuran 11,5 cm s.d. < 12,5 cm diberi warna kuning, dan $\geq 12,5$ cm diberi warna hijau.

Alat Ukur Lingkar Lengan Atas dan Lingkar Kepala

Kriteria Alat:

1. Terbuat dari bahan yang kuat dan tahan lama.
2. Mempunyai ketelitian minimal 0,1 cm.
3. Panjang minimal 55 cm.
4. Memiliki Standar Nasional Indonesia (SNI). (Kemenkes, 2022)

10.3.2 Angket atau Kuesioner

Kuesioner atau angket merupakan alat pengumpul data melalui sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari individu atau kelompok tertentu.

Dalam survei Gizi, angket atau kuesioner sering digunakan dalam wawancara terstruktur. Dikatakan terstruktur karena wawancara dilakukan dengan mengikuti pertanyaan-pertanyaan yang disusun sistematis dalam suatu kuesioner. Kuesioner dalam survei gizi biasanya mencakup beberapa tema, misalnya tentang kondisi ekonomi, sosial budaya, sanitasi, pola makan, dst. Jenis pertanyaan yang ada di dalam kuesioner pun biasanya hanya membutuhkan jawaban singkat sehingga harus dirancang dalam bentuk *multiple choices* atau pertanyaan tertutup (Wibowo, Lindawati, 2016).

Keuntungan yang diperoleh saat menggunakan kuesioner dalam suatu survei, yaitu bisa mendapatkan atau mengumpulkan data yang lebih banyak dalam periode waktu yang relatif singkat.

10.3.3 Lembar Observasi yang Berisi Daftar Jenis Kegiatan Pengamatan

Observasi adalah mengadakan pengamatan secara langsung, observasi dapat dilakukan dengan tes, kuesioner, ragam gambar, dan rekaman suara. Dalam melakukan observasi terdapat pedoman atau panduan yang biasa disebut lembar observasi yang berisi daftar jenis kegiatan yang mungkin timbul dan akan diamati. Pedoman observasi atau pengamatan diperlukan terutama jika peneliti menerapkan pengamatan terfokus dalam proses pengumpulan data. Dalam pengamatan terfokus peneliti memusatkan perhatiannya hanya pada beberapa aspek perilaku atau fenomena yang menjadi objek sasarannya.

Observasi langsung juga banyak dilakukan dalam survei gizi, terutama untuk merekam suatu kondisi fisik (contohnya keadaan ruangan dalam rumah seperti ventilasi, jendela, pencahayaan dll) atau juga perilaku tertentu (contohnya praktek hygiene ibu dalam mengolah makanan balita). Hasil observasi langsung biasanya akan direkam dalam lembar observasi yang berisi checklist atau daftar parameter yang ingin di ukur.

10.3.4 Lembar Checklist Telah Dokumen

Metode lainnya yang dapat dilakukan dalam survei gizi adalah telaah dokumen, di mana kegiatan ini dilakukan dengan tujuan untuk mengkonfirmasi jawaban dari responden atau untuk mendapatkan data objektif yang kadang sulit diperoleh pada saat bertanya langsung pada responden. Contohnya saat wawancara atau kunjungan rumah maka untuk memastikan keadaan atau sesuatu dengan cepat maka dilakukan telaah dokumen sederhana

seperti merekam ada tidaknya dokumen buku KIA atau ada tidaknya catatan penimbangan dan imunisasi anak setiap bulannya dalam buku KIA tersebut. Semua hasil telaah dicatat dalam lembar checklist yang telah disiapkan.

10.3.5 Interview Guide (Panduan Wawancara)

Wawancara atau interview merupakan kegiatan tanya-jawab antara dua orang untuk mendapatkan informasi atau ide mengenai topik tertentu. Wawancara digunakan oleh peneliti untuk menilai keadaan seseorang yang biasanya tidak terjawab apabila hanya melalui angket atau kuesioner. Wawancara memungkinkan informasi yang didapat lebih mendalam (in-depth interview).

Sebelum melakukan pengumpulan data melalui metode maka terlebih dahulu harus panduan wawancara (interview guide) yang akan memudahkan dan menjaga wawancara tidak melebar dan bisa mendapatkan informasi-informasi yang relevan dengan penelitian. Panduan wawancara biasanya tidak berisi banyak pertanyaan seperti kuesioner survei, melainkan lebih berupa kisi kisi yang akan dikembangkan sendiri menjadi rangkaian percakapan interaktif dengan responden oleh pewawancaranya.

Wawancara mendalam (indepth interview) biasanya dilakukan untuk mengumpulkan informasi yang sangat fokus pada satu tema dan isu saja. Contohnya melakukan wawancara mendalam pada ibu balita terkait Manfaat ASI Eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan. Dalam Panduan wawancaranya berisi tentang kisi kisi tentang manfaat ASI pada bayi yang nantinya akan dikembangkan sendiri oleh pewawancaranya.

10.3.6 Forum Group Discussion (FGD)

FGD bisa disebut juga dengan diskusi kelompok terarah. Instrumen ini mengacu pada suatu proses di mana peneliti dapat melakukan pengumpulan data melalui beberapa kelompok di waktu yang bersamaan.

FGD biasanya dilakukan untuk memperoleh informasi atau sudut pandang yang relatif lengkap guna melakukan penilaian terhadap suatu program atau kebijakan publik.

Keuntungan penggunaan metode ini adalah tingginya tingkat kredibilitas dan orisinalitas pada kegiatan penelitian. Meskipun begitu terdapat beberapa tantangan seperti terlalu memakan biaya, waktu serta tenaga.

5.4 Teknik Penyusunan Instrumen

Dalam setiap kegiatan penelitian atau survei, instrument merupakan sesuatu yang mempunyai kedudukan sangat penting, karena instrument akan menentukan kualitas data yang dikumpulkan. Semakin tinggi kualitas instrumen, semakin tinggi pula hasil evaluasinya.

Empat persyaratan bagi instrumen yang baik yaitu sebagai berikut:(Kurniawan Heru, 2022)

1. Valid atau sah, yaitu tepat menilai apa yang akan dinilai
2. *Reliable*, dapat dipercaya yaitu bahwa data yang dikumpulkan benarseperti apa adanya bukan palsu
3. *Praktikebel*, yaitu bahwa instrumen tersebut mudah digunakan, praktis,dan tidak rumit
4. Ekonomis, yaitu tidak boros dalam mewujudkan dan menggunakan sesuatu di dalam penyusunan, artinya tidak banyak membuang uang, waktu dan tenaga.

Langkah langkah yang ditempuh dalam menyusun instrumen pengumpulan data adalah (Sanjaya Wina, 2014)

1. Melakukan analisis variabel penelitian
Menganalisis setiap variabel menjadi subvariabel kemudian mengembangkannya menjadi indikator indikator.
2. Menetapkan jenis instrumen
Jenis instrumen dapat ditetapkan ketika peneliti sudah memahami dengan pasti tentang variabel dan indikator penelitiannya. Satu variabel kadang memerlukan satu jenis intrumen atau lebih dari satu jenis instrumen.
3. Menyusun kisi kisi atau layout instrumen
Kisi kisi instrumen diperlukan sebagai pedoman dalam merumuskan item instrumen. Dalam kisi kisi itu harus mencakup ruang lingkup materi variabel penelitian, jenis-jenis pertanyaan, banyaknya pertanyaan, serta waktu yang dibutuhkan. Selain itu dalam kisi kisi juga tergambar indikator atau abilitas dari setiap variabel.

4. Menyunting instrumen, hal yang dilakukan pada tahap ini meliputi
 - a). Mengurutkan butir menurut sistematika yang dikehendaki untuk mempermudah pengolahan data.
 - b). Menuliskan petunjuk pengisian, identitas dan sebagainya.
 - c). Membuat pengantar permohonan pengisian bagi angket yang diberikan kepada orang lain (Pedoman wawancara, pedoman dokumentasi, lembar pengamatan cukup membuat identitas yang menunjuk pada sumber data dan identitas pengisi).
5. Mengujicoba instrumen meliputi tingkat reliabilitas dan validitas serta keterbacaan setiap item pertanyaan.

Daftar Pustaka

- AF, James, CS, (1989) Management, New York,.
- Al Yazeedi, B. et al. (2021) 'Family Influence on Children's Nutrition and Physical Activity Patterns in Oman', *Journal of Pediatric Nursing*, 56, pp. e42–e48. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.07.012>.
- Almatsier. (2009). Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: Gramedia Pustaka:
- Almatsier. (2016). "Prinsip Dasar Ilmu Gizi." In Jakarta, 10–17.
- Amalia, R. et al. (2022) 'Regulations on nutrition in Indonesia and its relation to early childhood caries', *Frontiers in Public Health*, 10, p. 984668. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.984668>.
- Amantha. (2013). Evaluasi Pelaksanaan Sapta Pesona Pada Objek Wisata Lembah Hijau Bandar Lampung.
- Amiruddin, A. (2018). Pemberdayaan usaha kecil menengah (UKM) binaan dinas perdagangan Kota Surabaya dalam upaya meningkatkan kesejahteraan. Universitas Airlangga.
- Angraini. (2018). Hubungan Faktor Keluarga Dengan Kejadian Kurang Energi Kronis Pada Wanita Usia Subur di Kecamatan Terbanggi Besar. 2 (2):146–50.
- Anisa, N. and Pribadi, F. (2018) 'Analisis Perencanaan, Penganggaran, dan Estimasi dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta', *Magister Manajemen Rumah Sakit, UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA, DIY* [Preprint].
- Anna Tasya Putri, Nisa Mahfira Lubis, Sera Hayati br Hasibuan, Suci Ramadhani Lingga, Surliant, & Vanny Silvia Sabilla. (2022). Pemahaman

- dan Pemecahan Isu Masalah Kesehatan Terkini. http://repository.uinsu.ac.id/14032/1/layout_7.pdf
- Anonim. (2013). “Naskah Akademik Pedoman Gizi Seimbang (PGS) Direktorat Jenderal Bina Gizi Dan KIA Kemenkes.” In Jakarta.
- Anyanwu, O.A. et al. (2022) ‘The Socio-Ecological Context of the Nutrition Transition in Indonesia: A Qualitative Investigation of Perspectives from Multi-Disciplinary Stakeholders’, *Nutrients*, 15(1), p. 25. Available at: <https://doi.org/10.3390/nu15010025>.
- Aoki, Juliana Ide et al. (2020). “Author Correction: Differential Immune Response Modulation in Early *Leishmania Amazonensis* Infection of BALB/c and C57BL/6 Macrophages Based on Transcriptome Profiles (Scientific Reports, (2019), 9, 1, (19841), 10.1038/S41598-019-56305-1).” *Scientific Reports* 10(1).
- Apriadji, WH. (1986). “Gizi Keluarga. Seri: Kesejahteraan Keluarga.” In Penebar Swadaya.
- Arif, S., Isdijoso, W., Fatah, A. R., & Tamyis, A. R. (2020). *Tinjauan Strategis Ketahanan Pangan dan Gizi di Indonesia: Informasi Terkini 2019-2020*. In The SMERU Research Institute.
- Assabila, S. Y., & Linda Riski Sefrina. (2022). *Kajian Pustaka: Penggunaan Media Digital Sebagai Alternatif Media Pendidikan Gizi pada Remaja di Masa Pandemi COVID-19*. *Poltekita : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 16(1), 118–125. <https://doi.org/10.33860/jik.v16i1.693>
- Assefa, Huruy, Tefera Belachew, and Legesse Negash. (2013). “Socioeconomic Factors Associated with Underweight and Stunting among Adolescents of Jimma Zone, South West Ethiopia: A Cross-Sectional Study.” *ISRN Public Health* 2013: 1–7.
- Astuti Trina (2022) *Aplikasi Model Hippopoc dalam Evaluasi Program Gizi Masyarakat*. Edited by Apriningsih. YOGYAKARTA: Nuta Media.
- Ayuningtiyas, R. et al. (2022) ‘Upaya Pengembangan Posyandu Balita Petak Bersilang Hiasan Wajik-Wajik di Kelurahan Limbungan Baru’, *Indonesia Berdaya*, 3(3), pp. 625–630. Available at: <https://doi.org/10.47679/ib.2022279>.
- Azwar, Asrul, (1982) *Dasar-dasar Perencanaan dibidang kesehatan*, CV. Harapan Jaya Wiraswasta, Jakarta.

- Azwar, Asrul, (1988) Pengantar administrasi kesehatan, PT. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Azwar, Asrul, (1989) Dasar-dasar Perencanaan di bidang Kesehatan Bagian IKM/IKP Fakultas Kedokteran UI, Jakarta ,
- Baliwati. (2004). Pengantar Pangan Dan Gizi. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Banna, J. and Bersamin, A. (2018) ‘Community involvement in design, implementation and evaluation of nutrition interventions to reduce chronic diseases in indigenous populations in the U.S.: a systematic review’, *International Journal for Equity in Health*, 17(1), p. 116. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0829-6>.
- Banudi, L. (2019). Gizi Kesehatan Reproduksi: Buku Saku Bidan.
- Banudi, L., Santoso, B., Leksono, P., Rantesalu, M., & Palutturi, S. (2020). The Development of Early Detection Tool for Stunting Prediction. *Prof.(Dr) RK Sharma*, 20(4), 41320.
- Beal, T. et al. (2018) ‘A review of child stunting determinants in INDONESIA’, *Maternal & Child Nutrition*, 14(4), p. e12617. Available at: <https://doi.org/10.1111/mcn.12617>.
- Blum, L. Hendrik, (1981) *Planning for Health*, (2d ed), New York.
- Brown. (2005). *Nutrition Through the Life Cycle 2 Nd Edition*. United States of America: Thomson Wadsworth.
- CDC (2021) *Monitoring and Evaluation*, Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/nutrition/food-service-guidelines/monitor-and-evaluate/index.html> (Accessed: 24 May 2023).
- Christ, T.J., & Arañas, Y.A. (2014). Best practices in problem analysis. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best Practices in School Psychology VI*. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Country Nutrition Profiles (2022). Available at: <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/asia/south-eastern-asia/indonesia/> (Accessed: 24 May 2023).
- Cunningham-Sabo, L. et al. (2022) ‘Partnerships and Community Engagement Key to Policy, Systems, and Environmental Achievements for Healthy Eating and Active Living: a Systematic Mapping Review’, *Preventing*

- Chronic Disease, 19, p. 210466. Available at: <https://doi.org/10.5888/pcd19.210466>.
- DA, Krummel. (1996). Nutrition in Women's Health. USA: An Aspen.
- Deborah Doss, R.N. et al. (2017) 'Renal, GI, and peripheral nerves: evidence-based recommendations for the management of symptoms and care for patients with multiple myeloma', *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), p. 19.
- Depkes RI, (1987) Perencanaan Kesehatan di Indonesia, Jakarta,.
- Depkes RI, (2007) Biro Perencanaan, Pedoman Perencanaan Kesehatan untuk Tenaga Teknis di Lapangan, Jakarta,.
- Dewi, A. (2021) Collaboration to drive nutrition awareness in Indonesia, The Jakarta Post. Available at: <https://www.thejakartapost.com/academia/2021/01/24/collaboration-to-drive-nutrition-awareness-in-indonesia.html> (Accessed: 24 May 2023).
- Dharma, K. K. (2018). Pemberdayaan keluarga untuk mengoptimalkan kualitas hidup pasien paska stroke. Deepublish.
- DIKA AMIR PRATAMA, W. (2016). Evaluasi Manajemen Pemberdayaan Masyarakat. In *J+Plus Unesa* (Vol. 5, Issue 1).
- District Health Management, (2006) Training Material Modul, GTZ-DSE,.
- Douglas and Suzanne, (2007) A Priority Rating System for Public Health Programs, *Jurnal of American Public Health*, Vol 105 no5,.
- Dudung, A. (2007). Perencanaan Program Gizi: Program Studi S1 Gizi. [https://digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-Course ...](https://digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-Course...)
- Edelstein, S. (ed.) (2018) Nutrition in public health. Fourth edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Ernawati, A., Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Pati Jl Raya Pati-Kudus Km, B., & Tengah, J. (2021). Pemberdayaan Masyarakat Dalam Upaya Pemenuhan Gizi Keluarga Di Desa Karanganyar Lampung Selatan. 16(Desember), 77-94. <http://repository.lppm.unila.ac.id/id/eprint/36327>
- Evans, K.R. and Hudson, S.V. (2014) 'Engaging the Community to Improve Nutrition and Physical Activity Among Houses of Worship', *Preventing*

- Chronic Disease, 11, p. 130270. Available at: <https://doi.org/10.5888/pcd11.130270>.
- Faridi, A. et al. (2022) Manajemen Strategis dalam Pelayanan Kesehatan. Yayasan Kita Menulis.
- Faridi, A. et al. (2023) Ekonomi Pangan Dan Gizi. Yayasan Kita Menulis.
- Fatmawati, A. (2021). Implikasi Pemberdayaan Orangtua dalam Mengolah dan Menyusun Menu Makanan terhadap Penambahan Tinggi Badan Anak Penderita Stunting. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 5(1), 29–39. <https://doi.org/10.33377/jkh.v5i1.89>
- Flores-Barrantes, P. et al. (2022) ‘Can food parenting practices explain the association between parental education and children’s food intake? The Feel4Diabetes-study’, *Public Health Nutrition*, 25(10), pp. 2758–2771. Available at: <https://doi.org/10.1017/S1368980022000891>.
- Ghimire, Samyukta, "Women’s. (2019). Women ’ s Empowerment and Its Impact on Reproductive Health Outcomes : Evidence from Nepal Women ’ S Empowerment And Its Impact On Reproductive Health Outcomes : Evidence From NepaL. *Journal*, 1–100.
- Hamzah, Asiah, (1990) *Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan Masyarakat*, FKM – UNHAS,
- Hanlon J and Picken, (2005) *Public Health administration and practice*, Mosby College Publishing, Santa Clara CA,
- Hayudanti, D. et al. (2022) ‘Management of Pregnant Women’s Nutrition in Disaster Emergencies in Indonesia: A Systematic Review’, *International Journal of Advancement in Life Sciences Research*, 05(04), pp. 19–26. Available at: <https://doi.org/10.31632/ijalsr.2022.v05i04.004>.
- Heryana, A. (2019). *Bunga Rampai Isu - Isu Terkini bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK)*. Modul Kuliah, 1–36.
- Hidayah, N., & Marwan, M. (2020). Upaya pemberdayaan masyarakat dalam menciptakan generasi milenial sadar gizi yang bebas stunting melalui kegiatan 1000 HPK. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(1), 86–93.
- Hoffman, Daniel J. et al. (2000). “Why Are Nutritionally Stunted Children at Increased Risk of Obesity? Studies of Metabolic Rate and Fat Oxidation

- in Shantytown Children from Sao Paulo, Brazil.” *American Journal of Clinical Nutrition* 72(3): 702–7.
- Juckett, L.A. et al. (2022) ‘Implementing Nutrition Education Programs in Congregate Dining Service Settings: A Scoping Review’, *The Gerontologist*. Edited by P.C. Heyn, 62(2), pp. e82–e96. Available at: <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa109>.
- K, Fredy Akbar, Idawati Ambohamsah, Dan Rezki Amelia. (2020). Modifikasi Makanan Untuk Meningkatkan Gizi Balita Di Kabupaten Polewali Mandar . *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada* 94–102. Doi: 10.34035/Jk.V12i1.614.
- Kemenkes (2022) ‘Standar Alat Antropometri Dan Alat Deteksi Dini Perkembangan Anak’, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, pp. 1–33.
- Kemenkes RI (2020) ‘Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Gizi Masyarakat Tahun 2020-2025’, Book, pp. 1–19.
- Kemenkes RI. (2015). Keputusan Menteri Kesehatan RI. Petunjuk Pelaksanaan Surveilans Gizi. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kemenkes RI. (2020). Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Berupa Biskuit Bagi Balita Kurus Dan Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK).
- Kemenkes RI. (2020). Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Gizi Masyarakat Tahun 2020-2025. Book, 1–19.
- Kemenkes RI. (2023). Petunjuk Teknis Pelaksanaan Hari Gizi Nasional Tahun 2023.
- Kemenkes, R. (2014). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 41 TAHUN 2014 TENTANG PEDOMAN GIZI SEIMBANG. 1–96.
- Kemenkes, R. (2018a). 613.2 Ind p. Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas.
- Kemenkes, R. (2018b). Petunjuk Teknis Pendidikan Gizi dalam pemberian Makanan tambahan lokal bagi ibu hamil dan balita. Kementerian Kesehatan RI. 2018.
- Kemenkes. (2019). Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan (BalitaIbu Hamil-Anak Sekolah).

- Kemenkes. (2023). Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022. Kemenkes, 1–7.
- Kementerian Kesehatan R.I (2018) Flyer: Pedoman Gizi seimbang 15x21 cm, Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Available at: <https://promkes.kemkes.go.id/flyer-pedoman-gizi-seimbang-15x21cm> (Accessed: 1 June 2023).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020) ‘Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Gizi Masyarakat Tahun 2020-2025’. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, p. 19.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). (2021). Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2021-2024. <https://Bappeda.Kaltimprov.Go.Id/Storage/Data-Paparans/November2022/V41NH0WHijXcycQRqTkV.Pdf>, 1–102.
- Koontz, H. (2011) ‘Cyril O’Donnell, dan Heinz Weihrich. 2011’, Manajemen. Jakarta: Erlangga [Preprint].
- Kurniawan Heru (2022) Pengantar Praktis Penyusunan Instrumen Penelitian. Jakarta: Deepublish.
- Laili, U., & Andriani, R. A. D. (2019). Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pencegahan Stunting. *Jurnal Pengabdian Masyarakat IPTEKS*, 5(1), 8–12.
- Li, L., & Lange, K. W. (2022). Planning Principles for Integrating Community Empowerment into Zero-Net Carbon Transformation. *Smart Cities*, 6(1), 100–122.
- Liu, K.S.N. et al. (2021) ‘How Does the Family Influence Adolescent Eating Habits in Terms of Knowledge, Attitudes and Practices? A Global Systematic Review of Qualitative Studies’, *Nutrients*, 13(11), p. 3717. Available at: <https://doi.org/10.3390/nu13113717>.
- Mahmood, L. et al. (2021) ‘The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children’s Eating Habits’, *Nutrients*, 13(4), p. 1138. Available at: <https://doi.org/10.3390/nu13041138>.
- Manajemen Jilid 1. Kurniati. (2012). Kajian Sumber Daya Manusia Kesehatan.

- Mangalik, Gelora, R. Trikoriyanto Koritelu, Mirna Wala Amah, Rananda Junezar, Omega Peggy I. Kbarek, Dan Ristia Widi. (2019). Program Pemberian Makanan Tambahan: Studi Kasus Pada Ibu Hamil Dengan Kurang Energi Kronis Di Puskesmas Cebongan Salatiga. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan* 10(1):111. Doi: 10.26751/Jikk.V10i1.537.
- Marmi. (2013). *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*.
- Menteri Kesehatan R.I. (2014) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang'. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, p. 96.
- Muhamad Zuriati. (2017). Peran Pemerintah Daerah Dalam Menanggulangi Kekurangan Energi Kronik (Kek) Di Kabupaten Gorontalo. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 7 (2)(2503–1139).
- Munawaroh, H., Syakur, M., Fitriana, N., & Muntaqo, R. (2020). Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Pencegahan Stunting Sejak Dini di Kecamatan Pagedongan Kabupaten Banjarnegara. *Dimas: Jurnal Pemikiran Agama Untuk Pemberdayaan*, 20(2), 231. <https://doi.org/10.21580/dms.2020.202.6654>
- Nembhard, I.M. et al. (2020) 'Moving organizational theory in health care forward: A discussion with suggestions for critical advancements', *Health Care Management Review*, 45(1), pp. E1–E12.
- Notoatmodjo Soekidjo (2018) *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugrahini Ey, Effendi J, Herawati D. (2013). Asupan Energi Dan Protein Setelah Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Ibu Hamil Kurang Energi Kronik Di Puskesmas Kota Surabaya.
- Nutrition Practice Management (2023) Mentorship Program Us, Nutrition Practice Management. Available at: <https://nutritionmgnt.com/mentorship-program/> (Accessed: 24 May 2023).
- Park, K., Lee, J., & Lee, T. J. (2017). Residents' attitudes toward future tourism development in terms of community well-being and attachment. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 22(2), 160–172.
- Pearson, N. et al. (2009) 'Family influences on children's physical activity and fruit and vegetable consumption', *International Journal of Behavioral*

- Nutrition and Physical Activity, 6(1), p. 34. Available at: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-34>.
- Perangin-angin A. (2014). Analisis Pelaksanaan Program Gizi Dalam Upaya Perbaikan Gangguan Pertumbuhan Anak Di Kabupaten Karo Tahun 2014. Tesis. Program Pasca Sarjana Kesmas, USU, Medan.
- Piliang, N.P., Sulistiyawati, S. and Paramashanti, B.A. (2021) 'Implementation of a community-based nutrition program in the community feeding center: a case study from Bantul', *Journal of Health Education*, 6(2), pp. 73–81. Available at: <https://doi.org/10.15294/jhe.v6i2.38320>.
- Po, J. et al. (2019) 'Lean management and US public hospital performance: results from a national survey', *Journal of Healthcare Management*, 64(6), pp. 363–379.
- Pranata, S., Pratiwi, N. L., & Rahanto, S. (2011). Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, gambaran peran kader posyandu dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi di kota Manado dan Palangkaraya. National Institute of Health Research and Development, Indonesian Ministry
- Pratama. (2019). Kurang Energi Kronis Pada Wanita Usia Subur Di Wilayah Kecamatan Limboto KabupatenGorontalo. 2 (1):120.
- Prawita, Arsy.,Susanti, Ari Indra.,Sari, Puspa. (2017). Survei Intervensi Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) di Kecamatan Jatinangor Tahun 2015. JSK, 2(4): 186-191. Prawita. 2018. Hubungan Pendapatan Keluarga Dan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Puuwatu Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara
- Presiden Republik Indonesia. (2020) 'Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024'. Jakarta: Sekretariat Kabinet R.I. Bidang Perekonomian.
- Prijambodo (2014) Monitoring dan Evaluasi. Bogor: IPB Press Printing.
- Purwanti, R., & Nurfita, D. (2019). Review literatur: analisis determinan sosio demografi kejadian stunting pada balita di berbagai negara berkembang. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 47(3), 153-164.

- Putri, G.A.M., Maharani, S.P. and Nisrina, G. (2022) 'Literature View Pengorganisasian: SDM, Tujuan Organisasi dan Struktur Organisasi', *Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi*, 3(3), pp. 286–299.
- Rachman, P.H. et al. (2021) 'The Effect of a Teacher-led Nutrition Education Program towards Nutrition and Anemia Status of Adolescent Girls in Bogor, Indonesia', *NUTRIRE DIAITA*, 13(01). Available at: <https://doi.org/10.47007/nut.v13i01.4050>.
- Rachmi, C. N., Wulandari, E., Kurniawan, H., Wiradnyani, L. A. A., Ridwan, R., & Akib, T. C. (2019). *Buku Panduan Siswa AKSI BERGIZI*. Kemenkes RI, 1–188.
- Rahadiyanti, A. (2022). *Pemberdayaan Ibu pada 1000 Hari Pertama Kehidupan untuk Generasi Lebih Baik*. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 6(1), 139–143.
- Raharjo, B. B., Nugroho, E., & Hermawati, B. (2017). *Sumber Daya Lokal Sebagai Dasar Perencanaan Program Gizi Daerah Urban*. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 13(1), 1-11.
- Raharjo, K. M., Widyaswari, M., Fahrurozi, M., & Wulandari, A. N. (2021). *The Effect of Community Empowerment Strategies in Tourism Village Development on Community-Based Learning*. *KnE Social Sciences*, 143–155.
- Rahma, A. N., Anggoro, B. T., Awinata, M. A. A., Ikhtiyari, N. R., Sari, P. D., Lumitasari, S. D., & Katmawanti, S. (2021). *Peningkatan Gizi Ibu dan Anak melalui Program Pemberdayaan Masyarakat Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi): Literature Review*. *Prosiding Seminar Nasional SEXOPHONE (Sex Education, Health Policy, and Nutrition)*.
- Rahma, P. Ayu, & Muqsith, A. (2015). *Hubungan Lingkar Lengan Atas Ibu Hamil Dengan Berat Badan Lahir Bayi Di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Kabupten Utara Dan Rumah Sakit Tk Iv Im 07.01 Lhokseumawe. Kedokteran Dan Kesehatan (1–7)*.
- Ramirez, S. (2016) *Deer Management Strategies. Partnership for Action Learning in Sustainability (PALS)*.
- Restuastuti, T., Zahtamal, Z., Chandra, F., & Restila, R. (2017). *Analisis pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan*. *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(1), 14–19.

- RI, Kemenkes. (2016). Hasil Pemantauan Status Gizi Dan Penjelasannya. Jakarta: Direktorat Gizi Kesehatan Masyarakat.
- Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas. Kemenkes. (2018). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017.
- Riyadi, S., Munizu, M. and Arif, D. (2021) 'Supply chain performance as a mediating variable effect of information technology on company competitiveness', *Uncertain Supply Chain Management*, 9(4), pp. 811–822.
- Rudiyanto, W., Dewi, R., & Sari, P. (2021). Pemberdayaan Masyarakat untuk Perbaikan Gizi Balita di Desa Karang Anyar Kecamatan Jati Agung Kabupaten Lampung Selatan. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Ruwa Jurai Pemberdayaan*, 117–121.
- Sanjaya Wina (2014) *Penelitian Pendidikan Jenis Metode dan Prosedur*. 2nd edn. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Sarumaha. (2018). Pengaruh Pemberian Siomay Ikan Gabus Terhadap Status Gizi (Imt Dan Lila) Pada Wanita Usia Subur Yang Kekurangan Energi Kronis (KEK) Di Kelurahan Paluh Kemiri.
- Satriawan, E. (2018). Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).
- Sawitri and Suswati (2022) 'Study of the Implementation of Human Resource in Program Keluarga Harapan (PKH) for the Poverty Rate in Kabupaten Lumajang (Case Study in Dinas Sosial Kabupaten Lumajang)', *Journal of Economics, Finance And Management Studies*, 05(06). Available at: <https://doi.org/10.47191/jefms/v5-i6-19>.
- Setiawati. (2015). *Evaluasi Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Perdesaan (Pnmp-Mpd) Universitas Lampung*.
- Setyawati, Veria, V. A., Hartini, & Eko. (2018). *Buku ajar dasar ilmu gizi kesehatan masyarakat*: Deepublish.
- Siegner, A. B., Acey, C., & Sowerwine, J. (2020). Producing urban agroecology in the East Bay: From soil health to community empowerment. *Agroecology and Sustainable Food Systems*, 44(5), 566–593.
- Soekirman, (1989) *Evaluasi Program-program Kesehatan*,

- Soemarjono, Danoedjo, (1986) *Network Planning*, P. U., Jakarta,.
- Spark, A., Dinour, L.M. and Obenchain, J. (2016) *Nutrition in public health: principles, policies, and practice*. Second edition. Boca Raton [Florida], Boston, Massachusetts: Taylor & Francis, Credo Reference.
- Sugianti, E. (2020). Evaluasi Program Perbaikan Gizi Berbasis Pemberdayaan Masyarakat dalam Pos Gizi di Kabupaten Bojonegoro. *Cakrawala: Jurnal Litbang Kebijakan*, 14(2), 113–128. <https://doi.org/10.32781/cakrawala.v14i2.355>
- Sugiri, B., Mardikanto, T., Rochsantiningsih, D., & Handayani, S. R. (n.d.). *Women's Empowerment Program through National Program for Community Empowerment (PNPM Mandiri)*.
- Sugiyono (2022) *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. 2nd edn. Edited by Sutopo. Bandung: Afabeta.
- Sukmadinata, N.S. (2016) *Metode Penelitian Pendidikan*. Yogyakarta: PT Remaja Rosdakarya.
- Sulaeman, E. S., & Murti, B. (2015). Aplikasi Model PRECEDE-PROCEED Pada Perencanaan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Berbasis Penilaian Kebutuhan Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Kedokteran Yarsi*, 23(3), 149–164.
- Sulaiman, E. S. (2021). *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan: Teori dan Implementasi*. UGM PRESS.
- Supriasa, Hardiansyah dan. (2017). *Ilmu Gizi Teori Dan Aplikasi*. Jakarta: EGC.
- Suyono. (1986). Hubungan Timbal Balik Antara Kegemukan Dengan Berbagai Penyakit, Dalam *Kegemukan: Masalah Dan Penanggulangannya*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Taki, S. (2018) 'Malnutrition among children in Indonesia: It is still a problem', *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 9(2), pp. 68–71. Available at: <https://doi.org/10.20885/JKKI.Vol9.Iss2.art1>.
- Titaley, C. R., Ariawan, I., Hapsari, D., Muasyaroh, A., & Dibley, M. J. (2019). Determinants of the stunting of children under two years old in Indonesia: a multilevel analysis of the 2013 Indonesia basic health survey. *Nutrients*, 11(5), 1106.

- Umeta, Melaku et al. (2003). "Factors Associated with Stunting in Infants Aged 5-11 Months in the Dodota-Sire District, Rural Ethiopia." *Journal of Nutrition* 133(4): 1064–69.
- Umiasih, S., & Handayani, O. W. K. (2017). Peran Serta Kelompok Masyarakat Peduli Paru Sehat Dalam Program Pengendalian Penyakit Tuberkulosis. *Higeia Journal of Public Health*, 1(1), 1–7. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
- UNICEF (2018) Nutrition Capacity Assessment In Indonesia. Available at: <https://www.unicef.org/indonesia/media/1816/file/Nutrition%20Assessment%202018.pdf>.
- UNICEF (2022) GNC Mentoring Programme | Global Nutrition Cluster. Available at: <https://www.nutritioncluster.net/gnc-mentoring-programme> (Accessed: 24 May 2023).
- Unicef Indonesia. (2021). Program Gizi Remaja Aksi Bergizi: Dari Kabupaten Percontohan Menuju Perluasan Nasional. United Nation Children's Fund., 1–12. [https://www.unicef.org/indonesia/media/9246/file/Program Gizi Remaja Aksi Bergizi dari Kabupaten Percontohan menuju Perluasan Program.pdf](https://www.unicef.org/indonesia/media/9246/file/Program%20Gizi%20Remaja%20Aksi%20Bergizi%20dari%20Kabupaten%20Percontohan%20menuju%20Perluasan%20Program.pdf)
- Unicef. (2013). "IMPROVING CHILD NUTRITION The Achievable Imperative for Global Progress."
- UNICEF. (2021). Strategi Komunikasi Perubahan Sosial dan Perilaku: Meningkatkan Gizi Remaja di Indonesia. 1–66.
- UnlockFood.ca (2022) Parents' Influence on Children's Eating Habits - Unlock Food. Available at: <https://www.unlockfood.ca/en/Articles/Adolescents-teenagers/Parent-and-Caregivers-Influence-on-Children%E2%80%99s-Eating-Habits.aspx> (Accessed: 24 May 2023).
- Vaughn, A.E. et al. (2016) 'Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research', *Nutrition Reviews*, 74(2), pp. 98–117. Available at: <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv061>.
- Wali, A., Alvira, D., Tallman, P., Ravikumar, A., & Macedo, M. (2017). A new approach to conservation: using community empowerment for sustainable well-being. *Ecology and Society*, 22(4).

- WHO (2022) Nutrition. Available at: <https://www.who.int/health-topics/nutrition> (Accessed: 24 May 2023).
- Wibowo, Lindawati, dan E.A. (2016) Perencanaan Intervensi Gizi Berbasis Fakta. Jakarta: Universitas Indonesia Press (UI-Press).
- Writer, S. (2023) What is a Public Health Nutritionist?, MPH Online. Available at: <https://www.mphonline.org/public-health-nutrition-definition/> (Accessed: 24 May 2023).

Biodata Penulis



Ahmad Faridi lahir di Jakarta, pada 7 Juli 1971. Ia tercatat sebagai lulusan Akademi Gizi Depkes (Diploma III Gizi), Institut Pertanian Bogor (Sarjana Pertanian), PPs Universitas Muhammadiyah Prof Dr Hamka (Magister Kesehatan) dan Sedang mengikuti Program Doktoral Manejemen di Universitas Mercubuana. Bapak yang kerap disapa Ahmad ini memiliki Istri bernama Winny Puspita, S.Gz, M.Si, RD dengan 2 orang anak Amalia Hasnah, S.H dan Rafi Ramahurmuzy, S.Tr.DS. Ahmad bukanlah orang baru di dalam penulisan buku ajar. Ada beberapa buku yang telah diterbitkan seperti Ekonomi Pangan dan Gizi, Ilmu Gizi Dasar. Gizi Dalam Siklus Kehidupan dan Metodologi Penelitian Kesehatan, Survei Konsumsi, Pangan dan Gizi, Ekologi Pangan dan Gizi, Siaga Stunting di Indonesia, Manajemen Lintas Budaya, Manajemen Pembangunan Daerah, Dasar-Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Komunikasi dan Kepemimpinan Organisasi serta Pengantar Manajemen. Pada 2014, Ahmad berhasil meraih Hibah Buku Ajar Kemenristek Dikti. Ahmad juga saat ini menjadi Asesor Akreditasi Mandiri Kesehatan di LAMPTKes serta terlibat dalam penelitian-penelitian Nasional Kesehatan di Badan Litbangkes Kemenkes RI.



Chandra Pranata Lahir di Kota Lama, 12 Agustus 1997. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Sumatera (USU), Medan. Pria yang kerap disapa Cha ini adalah anak dari pasangan Syamsudin (ayah) dan Jariah (ibu). Chandra merupakan dosen tetap pada program studi sarjana farmasi INKes Medistra Lubuk Pakam. Riwayat pendidikan terakhir adalah S2 Farmasi USU dan saat ini sedang lanjut program Doktor ilmu farmasi USU.

E-mail: ccandrprnt@gmail.com



Suriana Koro lahir dimakassar 13 Maret 1968, istri dari Irvan Labatamba, SKM, M.Kes dan anak ke 7 dari 9 bersaudara dari pasangan (Alm)A.T Daeng Pasau dengan (Almh) Hj. A. Syamsiar Daeng Te'ne.

Lulus S1 di Institut Pertanian Bogor (IPB) jurusan Pertanian peminatan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga (GMSK) tahun 2000, selanjutnya pada tahun 2006 lulus Magister Kesehatan di FKM UNHAS Jurusan Epidemiologi dan pada tahun 2015 Lulus S3 di FK UNHAS.

Aktifitas sehari-hari sebagai dosen Jurusan Gizi Poltekkes Kendari



La Banudi Lahir di Kaindea Buton, pada 31 Desember 1971. Pendidikan SD hingga SMA diselesaikan di Kabupaten Buton, Selanjutnya menyelesaikan Pendidikan Diploma tiga di Akademi Gizi Malang tahun 1997. Pendidikan DIV Gizi di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya tahun 2001. Pendidikan Magister Kesehatan Gizi dan Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan Program Doktor Ilmu Kedokteran diselesaikan di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menjadi dosen tetap di Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari sejak

tahun 1998, dengan mengampu beberapa mata kuliah yakni Gizi Kesehatan Masyarakat Pesisir dan Kepulauan, Sosiologi dan Antropologi Gizi, Ekonomi Pangan dan Gizi, Pendidikan. Pelatihan Gizi dan Konseling Gizi dan Gizi Kesehatan Reproduksi. Penulis juga terlibat dalam beberapa Penelitian Nasional yang diselenggarakan oleh Litbangkes Kemenkes RI dan Penelitian yang diselenggarakan oleh Dirjen Nakes Kemenkes RI serta aktif dalam kegiatan organisasi Profesi Persatuan Ahli Gizi Indonesia. E-mail: labanudibanudi@yahoo.com



DrPH. Tasnim, SKM., MPH, lahir di Gresik, Jawa Timur pada tanggal 09 Mei 1966. Menyelesaikan studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Bidang Studi Promosi Kesehatan di Universitas Hasanuddin, Makassar pada tahun 1995. Menjadi alumnus Master of Public Health di Flinders University, Australia pada tahun 2009 dan menyelesaikan program Doctor of Public Health di Flinders University, Australia pada tahun 2014.

Memulai karir di International Non-Government Organization untuk program Community Development and empowerment di CARE International Indonesia untuk periode tahun 1990 – 2001 dan di Lembaga AusAID untuk periode tahun 2001-2007. Sejak tahun 2010 hingga saat ini sebagai dosen di Universitas Mandala Waluya di Kendari. Pengalaman karirnya pernah menjabat sebagai Ketua Prodi PascaSarjana di STIKES-MW tahun 2016-2017, sebagai Ketua STIKES-MW Kendari tahun 2017-2020, dan



Ratna Zahara, lahir di Banda Aceh, pada 6 Oktober 1963. Ia tercatat sebagai lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, dan melanjutkan program Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi di Universitas Sumatera Utara. Wanita yang kerap disapa Ratna ini adalah anak bungsu dari pasangan H. M. Ali (ayah) dan Hj. Abasyiah (ibu). Saat ini Ratna Zahara menekuni tugas sebagai PNS, Dosen di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Medan.



Nova Gerungan lahir di Tomohon pada tanggal 22 Februari 1981. Ia meraih gelar sarjana dari Universitas Advent Indonesia, Bandung, Indonesia pada tahun 2004, dan gelar Master pada tahun 2014 di bidang keperawatan anak dari STIKES Jenderal Achmad Yani, Cimahi, Indonesia. Saat ini, Nova merupakan salah satu tenaga pengajar di Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Manado, Indonesia.



Rina Doriana Pasaribu, tinggal di kota Medan. Memperoleh gelar Kesehatan masyarakat dari Universitas Sumatera Utara tahun 1998, memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Administrasi dan Kebijakan Gizi Masyarakat dari Universitas Sumatera Utara Tahun 2011. Penulis memulai karir sebagai Pegawai Negeri sipil di Dinas Kesehatan Kabupaten Muara Enim Propinsi Sumatera Selatan pada tahun 1999 dan sejak tahun 2009 menjadi Dosen di D4 Gizi Poltekkes Kemenkes Medan sampai sekarang.



Siti Meilan Simbolon. Saat ini sedang melanjutkan studi Program Doktor Ilmu Keperawatan di Lincoln University Malaysia. Sebelumnya mengikuti Pendidikan Program S1 Ilmu Keperawatan di UGM Yogyakarta dan S2 Keperawatan di USU. Ia adalah seorang dosen dan pegiat sosial yang pernah aktif di beberapa NGO baik nasional maupun internasional dalam program pemberdayaan masyarakat.

Mengampu mata kuliah Keperawatan keluarga, Keperawatan komunitas, Promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan, Manajemen Keperawatan, Keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial.

E-mail: sitimeilansimbolon@gmail.com



Risma Sake lahir di Kendari, pada 13 Mei 1976. Ia tercatat sebagai lulusan D-III Pendidikan Ahli Madya Gizi (PAM Gizi) Daya pada tahun 1997, lalu menjadi alumnus program studi Gizi Masyarakat dan Sumber Daya Keluarga (GMSK) di fakultas Pertanian Institute Pertanian Bogor (IPB) pada tahun 2003. Selanjutnya menempuh pendidikan dan menjadi alumnus pada program studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat minat utama Gizi dan Kesehatan konsentrasi Gizi Klinik di FK Universitas

Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2009. Risma Sake merupakan dosen jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Kendari sejak tahun 1999 hingga sekarang, namun saat ini sedang menyelesaikan pendidikan program Doktorat Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin Makassar.

MANAJEMEN GIZI

TEORI DAN APLIKASINYA

Tujuan dari penulisan buku ini tidak lain sebagai bahan referensi untuk membantu dalam memahami konsep, teori dan aplikasi dalam manajemen gizi.

Buku ini juga akan memberikan informasi secara lengkap mengenai:

- Bab 1. Pengantar Manajemen Gizi
- Bab 2. Identifikasi Masalah Gizi
- Bab 3. Penentuan Prioritas Program Gizi
- Bab 4. Perencanaan Program Gizi
- Bab 5. Pelaksanaan Program Gizi
- Bab 6. Evaluasi Program Gizi
- Bab 7. Keterlibatan Masyarakat Pada Program Gizi
- Bab 8. Pemberdayaan Masyarakat Pada Program Gizi
- Bab 9. Isu-Isu Terkini Program Gizi
- Bab 10. Instrumen Pada Program Gizi



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

