

**DAMPAK FASILITATOR MASYARAKAT PADA PROGRAM
PERBAIKAN GIZI MELALUI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
TERHADAP STATUS GIZI BADUTA DI KABUPATEN JENEPONTO
PROVINSI SULAWESI SELATAN TAHUN 2011**

**Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi
Kesehatan Masyarakat**

Disusun dan diajukan oleh :

HASRUDDIN

Kepada

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2012**

**DAMPAK FASILITATOR MASYARAKAT PADA PROGRAM
PERBAIKAN GIZI MELALUI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
TERHADAP STATUS GIZI BADUTA DI KABUPATEN JENEPONTO
PROVINSI SULAWESI SELATAN TAHUN 2011**

*IMPACT Of Community Facilitators (CF) On Nutrition Improvement
Program Through Community Empowerment Towards Nutrition
Status Of Under Two Years Old Babies At Jeneponto Regency South
Sulawesi Province In 2011*

HASRUDDIN



**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2012**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

TESIS

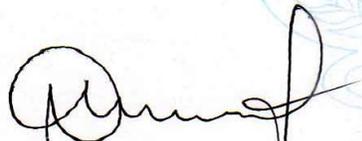
**DAMPAK FASILITATOR MASYARAKAT PADA PROGRAM
PERBAIKAN GIZI MELALUI PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
TERHADAP STATUS GIZI BADUTA DI KABUPATEN JENEPONTO
PROPINSI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2011**

Disusun dan diajukan oleh

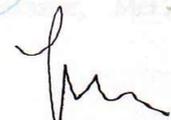
HASRUDDIN
Nomor Pokok P180 320 7508

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 01 Mei 2012
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat

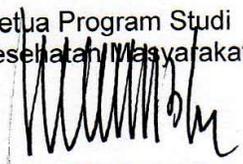


Dr. Nurhaedar Jafar., Apt., M.Kes
Ketua



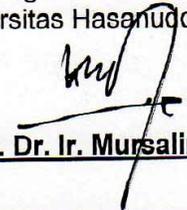
Dr. dr. Burhanuddin Bahar., MS
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. dr. Noer Bachry Noor., M.Sc

Direktur program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hasruddin

Nim : P 180 320 7508

Program Studi : Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Gizi

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang saya tulis ini benar – benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2012

Hasruddin

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb

Puji dan syukur penulis panjatkan khadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini sebagai salah satu syarat penyelesaian pendidikan pada program studi Gizi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan, motivasi, dan semangat dari semua pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung dengan penulisan tesis ini, maka tesis ini tidak akan terselesaikan sebagaimana adanya sekarang.

Penyusunan tesis ini tidak dapat diselesaikan dengan baik, tanpa bimbingan dan arahan dari penasehat kami. Oleh karena itu pada kesempatan ini izinkanlah kami menyampaikan ucapan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada Ibu Dr.Nurhaedar Jafar.,Apt.,M.Kes selaku Ketua Komisi Penasihat dan Bapak Dr. dr.Burhanuddin Bahar.,MS selaku anggota Komisi Penasihat atas bantuan dan bimbingan yang telah dicurahkan, mulai dari pengembangan ide awal sampai selesainya penulisan tesis ini.

Pada kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Rektor dan Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk bisa melanjutkan pendidikan sampai ke jenjang Pascasarjana.
2. Bapak Dr.dr. Noer Bachry Noor., M.Sc, selaku ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat serta staffnya yang telah memberikan banyak bantuan bagi penulis demi kelancaran penelitian ini
3. Bapak Dr. dr.Burhanuddin Bahar.,MS, selaku ketua Konsentrasi Gizi dan seluruh dosen Program Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan begitu banyak ilmu kepada penulis selama penulis dalam proses perkuliahan.
4. Tim Penguji Tesis : Prof.Dr.dr. Veny Hadju, Phd, Prof.Dr. Faisal Attamimi dan DR. Saifuddin Sirajuddin, MS atas segala masukan dan saran yang diberikan kepada penulis.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto dr. H. Alim Alwi, M.Kes, yang telah memberikan kesempatan pada penulis melanjutkan pendidikan ke program pascasarjana
6. Bupati Jeneponto dan jajarannya yang telah memberikan izin melanjutkan pendidikan dan penelitian..
7. Rekan DPIU NICE Proyek Jeneponto, Haerullah Lodji dan H. Arifin serta rekan – rekan PPCU propinsi Sulawesi – selatan Pak Ahmad, Pak Herman dan Pak Agus windiarso yang telah memberikan bantuan dan masukan dalam penelitian kami
8. Kepala seksi gizi beserta stafnya atas bantuannya memberikan data data yang kami butuhkan.

9. Para staf kami di Puskesmas Binamu kota atas pengertian dan kerjasamanya.
10. Teman – teman seperjuangan dalam menuntut ilmu di konsentrasi Gizi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Unhas tidak sempat penulis sebutkan satu persatu dan telah lebih dahulu menyelesaikan pendidikannya, atas kerjasamanya dalam suka maupun duka.
11. Semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu - persatu, atas segala bantuannya sejak penulis mulai menuntut ilmu hingga menyelesaikan penyusunan hasil penelitian ini, semoga segala yang telah diberikan bernilai ibadah dan mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Akhirnya ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan khusus kepada orang tua saya yang telah memelihara saya sejak kecil dengan penuh kasih sayang sehingga saya tumbuh seperti sekarang ini. Ucapan terima kasih yang tak terhingga pula penulis sampaikan khusus kepada istri tercinta Kasmayanti, dan anak – anakku yang sangat saya banggakan Muh Yusuf dan Ahmad Syaqib, atas kebersamaan, kesabaran, keikhlasan, pengertian dan dukungannya selama ini. Demikian pula halnya kepada saudara – saudaraku tercinta, kedua mertua dan adik iparku dan keluarga lainnya yang tidak sempat disebutkan satu persatu yang telah mendukung perjuangan selama ini. Semoga amal kebaikan mereka dilipatgandakan oleh Allah SWT.

Walaupun tesis ini disusun dengan mencurahkan segala pikiran dan tenaga yang penulis miliki secara maksimal, namun penulis tetap menyadari akan adanya keterbatasan sebagai manusia biasa sehingga penulisan tesis ini tentunya masih sangat jauh dari kesempurnaan baik materi maupun penyajiannya. Oleh karena itu

dengan penuh kerendahan hati penulis sangat mengharapkan masukan dan saran demi penyempurnaan tesis ini.

ABSTRAK

ABSTRACT

HASRUDDIN. *Dampak Fasilitator Masyarakat pada Program Perbaikan Gizi Melalui Pemberdayaan Masyarakat terhadap Status Gizi Baduta di Kabupaten Jeneponto Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2011* (dibimbing oleh **Nurhaedar Jafar** dan **Burhanuddin Bahar**)

Penelitian ini bertujuan memperoleh informasi dampak kegiatan fasilitator masyarakat terhadap perbaikan status gizi masyarakat khususnya status gizi bayi di bawah dua tahun.

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Jeneponto dengan menggunakan eksperimen semu tanpa kontrol dengan sampel sebanyak lima puluh desa/kelurahan. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi. Penilaian kinerja fasilitator (input dan proses) dilakukan oleh ketua kelompok gizi masyarakat dan status gizi (BB/U) dari laporan fasilitator. Data dianalisis dengan uji korelasi pearson dan uji wilcoxon.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja fasilitas masyarakat (FM) sangat baik berkaitan dengan pembuatan proposal, (90%), penyusunan rencana kerja PGM (78%), dan inisiator rapat/pertemuan (70%). Terdapat korelasi positif antara indikator input dan proses ($p=0,000$). Berdasarkan hasil analisis korelasi spearman terhadap kinerja FM dengan prevalensi gizi kurang ditemukan empat variabel berkorelasi negatif, yaitu membantu pembuatan laporan keuangan ($p=0,0226$), membantu pelaksanaan penyuluhan ($p=0,0152$), memfasilitasi pergerakan sasaran ke posyandu ($p=0,0124$), membantu sasaran memperoleh pelayanan gizi ($p=0,0435$), dan kinerja FM sebagai satu kesatuan ($p=0,0389$). Berdasarkan uji Wilcoxon menunjukkan prevalensi gizi kurang setelah intervensi kegiatan FM mengalami penurunan yang bermakna ($p=0,000$).

Kata kunci : fasilitator masyarakat, pemberdayaan masyarakat, status gizi



ABSTRACT

HASRUDDIN. *Impact of Community Facilitators (CF) on Nutrition Improvement Program through Community Empowerment towards Nutrition Status of Under Two Years Old Babies at Jeneponto Regency South Sulawesi Province in 2011* (supervised by Nurhaedar Jafar and Burhanuddin Bahar).

The research aimed to obtain information of the impact of the community facilitators' activities towards the community nutrition status improvement.

This was a quasi experimental research without the control group. The research was carried out at Jeneponto Regency with the total samples of 50 villages/village administrations. Data of evaluation of facilitators' performance (input and process) were conducted by the head of the Community Nutrition Group and Nutrition Status (BB/U) based on the facilitators' report. The data were analysed by using Pearson's correlation test to find out whether or not there was the performance correlation between the community facilitators and malnutrition prevalence, and Wilcoxon's test was used to find out whether or not there was the difference of malnutrition prevalence before and after the community facilitators' intervention.

The research result indicates that the community facilitators' performance is excellent in terms of proposal making facility (90%), working plan arrangement of community nutrition package (CNP) (78%), and meeting initiators (70%). There is the positive correlation between the input indicator and process ($p=0.000$). Based on the analysis result of Spearman's correlation towards CF performance with the malnutrition prevalence, it is obtained that there are four variables which have the negative correlation i.e.: assisting the financial report making, ($p=0.0226$), assisting the counselling implementation ($p=0.0152$) facilitating the movement to the target of the integrated service post (posyandu) ($p=0.0124$), assisting the target to obtain the nutrition service ($p=0.0435$), and CF performance as a unit ($p=0.0389$). Whereas based on Wilcoxon's test, the result indicates that the malnutrition prevalence after the intervention of CF activities decreases significantly ($p=0.000$).

Key-words: community facilitator, community empowerment, nutrition status.



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	01
A. Latar Belakang.....	01
B. Rumusan Masalah.....	08
C. Tujuan Penelitian.....	08
D. Manfaat Penelitian.....	09
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Evaluasi Dampak Pendampingan.....	10
B. Program Perbaikan Gizi Melalui Pemberdayaan Masyarakat	17
C. Fasilitator Masyarakat.....	29
D. Status Gizi.....	37
E. Kerangka Teori	46
F. Kerangka Konsep	47
G. Definisi Operasional	49
BAB III METODE PENELITIAN	52
A. Desain Penelitian.....	52
B. Lokasi Penelitian.....	52

C. Populasi dan Sampel	52
D. Jenis dan cara Pengumpulan Data	53
E. Kontrol Kualitas	53
F. Teknik Analisa Data	54
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	56
A. Karakteristik Desa Binaan NICE.....	56
B. Kinerja Fasilitator Masyarakat	59
C. Prevalensi Status Gizi Kurang.....	83
D. Dampak Kegiatan Pendampingan.	86
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	101
A. Kesimpulan.....	101
B. Saran.....	102

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Karakteristik Desa/kelurahan Binaan.....	57
Tabel 2 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator Input	60
Tabel 3 Distribusi Kinerja Proses Fasilitator Masyarakat Berdasarkan Indikator Pelaksanaan SMD, MMD, DKT dan atau Positif Deviant	63
Tabel 4 Distribusi Kinerja Proses FM Berdasarkan Indikator pembuatan proposal	64
Tabel 5 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator Fasilitasi penyusunan rencana kerja PGM	66
Tabel 6 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator laporan keuangan dan kegiatan KGM	67
Tabel 7 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator Penyuluhan dan konsultasi gizi.....	69
Tabel 8 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator penggerakan sasaran untuk berkunjung ke posyandu	70
Tabel 9 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator pemberian paket intervensi gizi	71
Tabel 10 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator pelayanan gizi	72
Tabel 11 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator Inisiator Rapat/Pertemuan	73
Tabel 12 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator Evaluasi PGM	75
Tabel 13 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator Koordinasi Dengan Pemangku Kepentingan.....	76
Tabel 14 Distribusi Kinerja Fasilitator Masyarakat Berdasarkan indikator Kunjungan Rumah	78

Tabel 15 Hubungan indikator kinerja input dan proses.....	79
Tabel 16 Perubahan Parameter menurut Indikator Output Sebelum dan Setelah Intervensi	84
Tabel 17 Hasil Analisis Korelasi Spearman Kinerja Fasilitator Masyarakat dengan Prevalensi Gizi Kurang	86

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Persentase Kader Aktif, Keberhasilan Program dan Partisipasi Masyarakat	58
Gambar 2 Prevalensi Gizi Kurang di Desa Binaan NICE	83

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Penilaian Indikator Kinerja Fasilitator Masyarakat (FM)

Lampiran 2 Pedoman Penilaian FM Oleh KGM

Lampiran 3 Data Umum Desa Nice

Lampiran 4 Hasil Analisis Data

Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Masalah gizi di Indonesia sampai saat ini masih memprihatinkan, dan terbukti menghambat pertumbuhan ekonomi, berkaitan erat dengan tingginya angka kematian ibu, bayi dan balita, rendahnya tingkat kecerdasan yang berakibat pada rendahnya produktifitas, pengangguran dan kemiskinan. Hal ini mendasari masalah Gizi menjadi salah satu faktor penting penentu pencapaian Millenium Development Goals.

Secara nasional pada tahun 2005 terdapat 100 juta penduduk Indonesia mengalami berbagai jenis masalah gizi (Gizi dalam angka 2005). Sekitar 1,7 juta bayi dan anak balita menderita gizi buruk. Anemia Gizi Besi (AGB) masih diderita pada sekitar 1,9 juta ibu hamil dan 8,8 juta pada kelompok balita. KVA juga masih merupakan masalah karena 11 juta balita memiliki serum retinol yang rendah ($< 20 \mu\text{g/dl}$). (Gizi dalam angka 2005)

Gangguan Kekurangan Yodium (GAKY) masih merupakan masalah gizi utama di Indonesia. Hal ini ditandai sekitar 73 kabupaten/kota merupakan daerah endemis sedang dan berat serta sekitar 40 juta penduduk tinggal di daerah rawan GAKY.

Masalah gizi disebabkan faktor-faktor ketersediaan pangan dalam rumah tangga, asuhan gizi keluarga dan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan. Pada saat ini, 50% rumah tangga masih mengalami kekurangan konsumsi pangan dengan

rata-rata asupan kalori dibawah kecukupan sehari-hari (<2100 K.kal). Hal ini diperberat dengan asuhan gizi keluarga yang belum mendukung seperti praktik menyusui eksklusif masih rendah sekali (7,8%), balita ditimbang di Posyandu masih rendah (43%), keluarga mengkonsumsi garam beryodium dengan kualitas cukup masih rendah (73%), dan keluarga makan belum beraneka ragam. (Gizi dalam angka 2005)

Akses pelayanan kesehatan, baik pelayanan dasar maupun rujukan, belum menjangkau seluruh masyarakat terutama kelompok penduduk miskin. Cakupan suplementasi kapsul vitamin A pada anak balita masih rendah (60%), cakupan distribusi tablet besi pada ibu hamil juga masih rendah (60%), cakupan suplementasi kapsul vitamin A pada ibu nifas masih sangat rendah (45%). Belum semua Puskesmas dan Rumah Sakit mampu menyediakan pelayanan gizi yang berkualitas seperti; konseling gizi, konseling menyusui dan tatalaksana gizi buruk. (Gizi dalam angka 2005)

Hal-hal tersebut diatas antara lain dipengaruhi oleh menurunnya dukungan Pemerintah Daerah terhadap program perbaikan gizi di era otonomi daerah, aktivitas posyandu yang menurun, sistem surveilans gizi yang tidak jalan, terbatasnya jumlah dan kualitas tenaga ahli gizi puskesmas, keterbatasan sarana dan prasarana penunjang pelayanan gizi termasuk biaya operasional.

Hanya 50% dari seluruh penduduk Indonesia yang mendapatkan akses air minum (Susenas, 2002). Di area perdesaan angka ini bahkan lebih rendah yaitu hanya 41%. Baru 10 kota di Indonesia yang memiliki jaringan air limbah dengan tingkat pelayanan sekitar 1,3% dari seluruh jumlah populasi. Sedangkan di daerah

perdesaan dilaporkan 52% penduduk yang memiliki akses sanitasi dasar, angka ini diperkirakan lebih rendah karena data ini tidak mencantumkan kepemilikan sarana dan bagaimana standar teknis dan kesehatannya. (Gizi dalam angka 2005)

Terkait dengan permasalahan di atas maka diperlukan suatu upaya terobosan yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk mengatasi masalah tersebut di atas. Upaya yang akan dikembangkan adalah model perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat yang disesuaikan dengan kebutuhan setempat baik di perdesaan maupun di perkotaan. Untuk ini akan dilaksanakan Proyek Perbaikan Gizi melalui Pemberdayaan Masyarakat (NICE) dengan fokus pada penguatan kelembagaan, penyelenggaraan pelayanan gizi terintegrasi, pemberdayaan gizi masyarakat, perluasan program fortifikasi dan komunikasi gizi. Penyebab status gizi kurang dapat bersifat langsung ataupun tidak langsung.

Kajian terhadap penyebab naiknya gizi kurang dan gizi buruk di Sulsel antara tahun 2007 ke tahun 2010 tidak linier dengan program kesehatan gratis yang telah dicanangkan pemerintah Sulsel dan juga gambaran kenaikan pendapatan perkapita tahun 2010. Pendapatan per kapita masyarakat Sulawesi Selatan Rp 13 juta. Upah Minimum Provinsi (UMP) di Sulawesi Selatan tahun 2011 merupakan kelima terbesar di Indonesia (Prop Sulsel. Go.id)

Propinsi Sulawesi Selatan pada kurun waktu 2004 sd 2006 telah memiliki program pemberdayaan gizi masyarakat dengan dirintisnya program tenaga gizi pendamping (TGP) khususnya terkonsentrasi pada kecamatan gerbang taskin di Sulsel. Hasil evaluasi program pendampingan cukup menggembirakan dengan penempatan ahli gizi madya di tingkat desa sebagai tenaga gizi pendamping

(TGP)masyarakat dengan label asuhan gizi keluarga. Cakupan kapsul vitamin A, cakupan garam beryodium dan partisipasi masyarakat (D/S) meningkat pada awal dan akhir kegiatan pendampingan gizi. Cakupan vitamin A meningkat dari 83.67% menjadi 100%, keluarga yang menggunakan garam beryodium meningkat dari 49.88% menjadi 64.49%, dan kunjungan balita ke posyandu (D/S) meningkat dari 44.7% menjadi 78.1%. Program pendampingan gizi dapat menurunkan angka gizi kurang dan gizi buruk, yaitu gizi kurang dari 26.97 menjadi 11.6% dan gizi buruk dari 2.29% menjadi 0.7%. Kontribusi pendampingan sangat korelasi dengan penurunan gizi buruk dan gizi kurang pada tahun 2007 sesuai dengan publikasi riset kesehatan dasar tahun 2007. (Ismail A, 2008)

Hasil studi pendampingan gizi dengan model tungku (hearth) di Haiti membuktikan bahwa setiap tahun dapat diturunkan prevalensi kurang gizi sebesar 10,9% (intervensi), 6,9% (pembanding) dalam waktu 1 tahun sedangkan pada studi Dobusson at.all (1994) mampu menurunkan 30,6% (intervensi) dan tidak mengalami penurunan pada kelompok pembanding dalam jangka waktu 3 tahun. Sirajuddin (2007) dalam hasil penelitiannya tentang penerapan model tungku dalam pendampingan gizi di Kabupaten Selayar Sulawesi Selatan tahun 2006 melaporkan bahwa penerapan model tungku mampu meningkatkan status pertumbuhan kelompok intervensi sebesar 28.6%, meskipun peningkatannya tidak mampu menyamai status pertumbuhan kelompok pembanding (42.4%). Program pendampingan keluarga di Kabupaten Selayar tersebut mampu meningkatkan asupan zat gizi balita, sekaligus menggambarkan adanya perbaikan pola

pengasuhan gizi pada kelompok intervensi setelah dilakukan pendampingan selama 3 bulan.

Ismail (2008) melakukan studi evaluasi penempatan Tenaga Gizi Pendamping (TGP) di tingkat desa yang berada di kecamatan Gerakan Pembangunan dan Pengentasan Kemiskinan (Gerbang Taskin). Pada tahun 2005 program ini hanya meliputi 5 lima kabupaten kemudian dikembangkan di 10 kabupaten pada tahun 2006. Pada tahun 2007 program gizi pendamping meliputi semua kabupaten/kota kecuali Selayar dan Makassar. Hasil evaluasi program pendampingan gizi dapat menurunkan angka gizi kurang dan gizi buruk, yaitu gizi kurang dari 26.97 menjadi 11.6% dan gizi buruk dari 2.29% menjadi 0.7%.

Program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat ada sejak tahun 2007 di 6 propinsi dan 24 kabupaten/kota, sedang untuk Sulawesi selatan ada di empat Kabupaten/kota (Jeneponto, Maros, Makassar dan Pangkep) dengan nama *Nutrition Improvement through Community Empowerment* (NICE) Project. NICE adalah sebuah program pemberdayaan masyarakat dengan sumberdaya dan potensinya dapat mengenali, mencegah dan mengatasi masalah gizi dan kesehatan yang dihadapinya. Sasarannya adalah bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui dan anak sekolah terutama keluarga miskin. Unsur pokok kegiatan NICE adalah Pemberdayaan gizi masyarakat yang terdiri dari paket gizi masyarakat (PGM), kelompok Gizi Masyarakat (KGM) dan Fasilitator Masyarakat (FM).

Program pemberdayaan gizi masyarakat yang telah dilakukan dalam periode 2007 sampai saai ini (2011) adalah NICE Project. Salah satu kabupaten yang menjadi area NICE adalah Kabupaten Jeneponto. Hasil baseline data di

Kabupaten Jeneponto dalam rangka studi evaluasi implementasi pemberdayaan masyarakat melalui project NICE dengan 200 sampel rumah tangga diketahui bahwa status gizi balita (BB/U) adalah gizi buruk dan gizi kurang masing masing 10,6%, 19,8%, status gizi menurut indeks TB/U adalah sangat pendek dan pendek masing masing 23,5% dan 23%. Status Gizi menurut indeks BB/TB adalah sangat kurus dan kurus masing masing 6.9% dan 12%.

Proporsi balita yang menimbang di Posyandu tiga kali dalam enam bulan terakhir adalah 67.3% sedangkan di seluruh kabupaten NICE adalah 69.9%. Persentase ibu yang masih menyusui di Kabupaten Jeneponto adalah 87.5% sedangkan di Kabupaten Kontrol 85.1%. Alasan memberikan makanan lain yang tepat di kabupaten Jeneponto hanya 36% sedangkan di kabupaten kontrol 60.5%. Pola konsumsi makanan ibu hamil yang baik adalah 17.3% sedangkan kontrol 32.7%. Konsumsi garam beriodium adalah 24.5% sedang Kontrol 91.5%. Konsumsi suplemen vitamin A dua kali setahun adalah 87,9% sedangkan kontrol 87%. Data diatas membuktikan bahwa tidak semua parameter kinerja perbaikan gizi menunjukkan proporsi yang lebih baik daerah NICE dengan daerah kontrol. Jawaban atas penyebab hasil yang bervariasi atas beberapa parameter perbaikan gizi memerlukan kajian yang sistematis dan cermat. (Depkes, 2010)

Dari data diatas terlihat bahwa masih begitu banyak masalah gizi dan kesehatan yang di alami oleh bangsa ini sehingga diperlukan suatu upaya terobosan yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk mengatasi masalah tersebut di atas. Upaya yang dikembangkan adalah model perbaikan gizi melalui

pemberdayaan masyarakat (NICE). Salah satu propinsi yang memperoleh program tersebut adalah Sulawesi Selatan dan salah satu kabupatennya adalah Jeneponto.

Program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat di kab. Jeneponto ada sejak tahun 2008 namun pelaksanaannya efektif berjalan sejak bulan april 2009 dengan direkrutnya Fasilitator Masyarakat, namun program tersebut belum memperlihatkan hasil yang di inginkan berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Depkes tahun 2010 yaitu untuk kabupaten jeneponto prevalensi gizi buruk dan kurang berdasarkan indeks BB/U adalah 10,6% dan 19,8% sedangkan status gizi kurus dan sangat kurus berdasarkan indeks BB/TB adalah 12% dan 6,9%.

Hal ini masih jauh dari tujuan yang diharapkan pada program ini yaitu meningkatkan status gizi balita, ibu hamil dan ibu menyusui terutama keluarga miskin. Dan dampak yang di harapkan dalam program ini yaitu (1). Prevalensi gizi kurang BB/U setinggi tingginya 20%. (2) Prevalensi Balita Gizi kurus BB/TB,PB setinggi tingginya 5%. (3). Prevalensi anemia Bumil 30% (4) Prevalensi anemia balita 35%. Oleh sebab itu perlu dilakukan penilaian kinerja Fasilitator masyarakat terkait input dan proses serta dampak fasilitator masyarakat pada program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat karena sampai saat ini belum pernah dilakukan studi terhadap kinerja fasilitator masyarakat pada program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat di Kabupaten Jeneponto.

B. Rumusan Masalah Penelitian.

Berdasarkan hal tersebut diatas makarumusan masalahnya adalah: Bagaimana dampak kegiatan fasilitator masyarakat pada program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat terhadap status gizi baduta di desa binaan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi dampak kegiatan fasilitator masyarakat terhadap perbaikan status gizi masyarakat di Kabupaten Jeneponto.

2. Tujuan khusus

- a. Diketuainya informasi kinerja fasilitator masyarakat (input, proses, output) disetiap desa dalam wilayah kerja pendampingan di Kabupaten Jeneponto
- b. Diketuainya informasi prevalensi status gizi masyarakat di setiap desa dalam wilayah kerja pendampingan di Kabupaten Jeneponto
- c. Diketuainya dampak kegiatan pendampingan terhadap perbaikan status gizi masyarakat desa di Kabupaten Jeneponto.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Kepentingan Pengembangan Program Gizi

- a. Sebagai bahan kajian Dirjen Bina Gizi Masyarakat Depkes RI (Gizi Makro) terhadap pengembangan model pendampingan sebagaimana dituangkan dalam Rencana Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk di Indonesia.
- b. Sebagai masukan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dalam menindaklanjuti pengembangan model pendamping sebagai salah satu model intervensi gizi berkelanjutan.
- c. Sebagai sebuah studi efektivitas pengembangan dalam pemberdayaan gizi masyarakat di Propinsi Sulawesi Selatan.

2. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan

- a. Menguji hipotesis bahwa pemdekatan perbaikan gizi dengan model pendampingan, mampu meningkatkan status gizi balita
- b. Menjadi bahan informasi ilmiah terhadap pengembangan model pendamping dalam bidang gizi dan kesehatan di Indonesia

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Evaluasi Dampak Pendampingan

Evaluasi adalah suatu upaya untuk mengukur dan memberi nilai secara objektif pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan terlebih dahulu. Diharapkan hasil-hasil penilaian akan dapat dimanfaatkan untuk mencapai umpan balik bagi perencanaan kembali. Dalam tahap penilaian pihak penilai membuktikan, mengukur, dan memverifikasi secara objektif apa yang telah direncanakan, diproyeksikan, dan diramalkan oleh pihak perencana. Dengan demikian keberhasilan rencana kegiatan, rencana program dan rencana pelayanan kesehatan hanya dapat dibuktikan melalui suatu evaluasi (Maidin MA, 1999).

Evaluasi merupakan suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana suatu kegiatan tertentu telah tercapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih diantara keduanya, serta bagaimana manfaat yang telah dikerjakan itu bila dibandingkan dengan harapan-harapan yang ingin diperoleh (Umar H, 2003).

Menurut kamus istilah manajemen, evaluasi adalah "proses bersistem dan objektif yang menganalisa sifat dan ciri pekerjaan di dalam suatu organisasi atau pekerjaan". Levey (1973) mengatakan: "To evaluated is to make a value judgment, it involves comparing, something with another and then making either choice or action decision".

Secara eksplisit, pengertian evaluasi sering digunakan untuk menunjukkan tahap-tahap di dalam suatu siklus program, yang secara umum dapat dibagi tiga kategori, yaitu (1) evaluasi pada tahap perencanaan (input), (2) evaluasi pada tahap pelaksanaan (process) dan (3) evaluasi pada tahap akhir pelaksanaan (output).

1. Evaluasi pada tahap perencanaan (input)

Kata evaluasi sering digunakan pada tahap perencanaan dalam rangka mencoba dan menentukan skala prioritas terhadap berbagai alternatif dan kemungkinan terhadap cara mencapai tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Untuk itu diperlukan berbagai teknik yang dapat dipakai oleh para perencana. Satu hal yang patut dipertimbangkan dalam kaitan ini adalah bahwa metode-metode yang ditempuh dalam pemilihan prioritas tidak selalu sama setiap keadaan, melainkan berbeda-beda menurut hakekat dari permasalahannya sendiri.

2. Evaluasi pada tahap pelaksanaan (process)

Evaluasi pada tahap pelaksanaan ini adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk menentukan tingkat kemajuan pelaksanaan dibandingkan dengan rencana. Terdapat perbedaan antara evaluasi menurut pengertian ini dengan monitoring atau pengendalian. Monitoring menganggap bahwa tujuan yang ingin dicapai sudah tepat dan bahwa program tersebut direncanakan untuk dapat mencapai tujuan tersebut. Monitoring melihat apakah pelaksanaan program sudah sesuai rencana dan bahwa rencana tersebut sudah tepat untuk mencapai tujuan. Sebaliknya evaluasi melihat sejauhmana proyek masih tetap dapat mencapai tujuannya, apakah tujuan tersebut sudah berubah, atau dengan kata lain, apakah

pencapai hasil program tersebut akan memecahkan masalah yang ingin pecahkan. Evaluasi ini juga mempertimbangkan faktor-faktor luar yang mempengaruhi keberhasilan proyek baik yang membantu maupun yang menghambat.

Evaluasi proses dilakukan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- a. apa yang sudah dilakukan
- b. apakah sudah sesuai dengan rencana dan strategi yang dikembangkan, yaitu:
 - kepada siapa
 - oleh siapa
 - kepada berapa banyak target sasaran
 - berapa kali
 - untuk berapa lama
 - bagaimana caranya
 - kapan
 - dimana

Evaluasi proses sebenarnya juga serupa dengan monitoring proses. Evaluasi proses memberikan informasi apakah program menjangkau target sasaran. Ia juga memberikan informasi tentang keputusan-keputusan yang sudah dibuat hingga masih memberikan kesempatan untuk memperbaiki kekeliruan kecil yang dibuat, sebelum kesalahan tersebut menjadi kesalahan yang lebih besar. Evaluasi proses juga memberikan informasi tentang cara yang paling efektif dan efisien melancarkan intervensi (Mantra IB,).

3. Evaluasi pada tahap akhir pelaksanaan (output)

Pengertian evaluasi pada tahap akhir pelaksanaan ini hampir sama dengan evaluasi pada tahap pelaksanaan, hanya perbedaannya yang dinilai dan dianalisa bukan lagi tingkat kemajuan pelaksanaan dibandingkan dengan rencana, melainkan hasil pelaksanaan dibandingkan dengan rencana, yaitu apakah dampak yang dihasilkan oleh pelaksanaan kegiatan tersebut sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

Perencanaan program Venugopal (Mardikanto,1993) mendefinisikan perencanaan program sebagai suatu prosedur kerja bersama-sama masyarakat dalam upaya untuk merumuskan masalah (keadaan-keadaan yang belum memuaskan) dan upaya pemecahan yang mungkin dapat dilakukan demi tercapainya tujuan dan sasaran yang ingin dicapai. Pendapat yang hampir sama dikemukakan oleh Mueller (Mardikanto,1993) yang mengartikan perencanaan program sebagai upaya sadar yang dirancang atau dirumuskan guna tercapainya tujuan (Kebutuhan, keinginan, minat) masyarakat, untuk siapa program tersebut ditujukan.

Perencanaan adalah salah satu fungsi dari siklus manajemen program. Perencanaan adalah usaha untuk mencapai tujuan dengan segala macam metoda sedetail mungkin diformulasikan sebelumnya tentang apa yang akan dicapai, berapa, dimana, bilaman dan oleh siapa (Aji FB, Sirait SM, 1990).

Perencanaan merupakan kegiatan pemikiran, penelitian, perhitungan dan perumusan tindakan-tindakan yang akan dilakukan dimasa yang akan datang, baik

berkaitan dengan kegiatan-kegiatan operasional dalam pengelolaan logistik, pengorganisasian, maupun pengendalian logistik (Dwianta L, Sumarto RH, 2004).

Menurut Newman, perencanaan adalah penentuan terlebih dahulu apa yang akan dikerjakan. Pada umumnya suatu rencana yang baik memuat enam unsur yaitu: *the what, the why, the where, the when, the who, the how*. Jadi suatu rencana yang baik harus memberikan jawaban kepada enam pertanyaan berikut:

- 1) tindakan apa yang harus dilakukan
- 2) apakah sebabnya tindakan itu harus dikerjakan
- 3) dimana tindakan itu harus dikerjakan
- 4) kapan tindakan itu dilaksanakan
- 5) siapa yang akan mengerjakan
- 6) bagaimana caranya melaksanakan tindakan itu

Dalam kaitan perencanaan program ini Martinez (Mardikanto, 1993) mengungkapkan bahwa perencanaan program merupakan upaya perumusan, pengembangan, dan pelaksanaan program-program. Perencanaan program merupakan suatu proses yang berkelanjutan, melalui semua warga masyarakat, penyuluh dan para ilmuwan memusatkan pengetahuan dan keputusan-keputusan dalam upaya mencapai pembangunan yang mantap. Di dalam perencanaan program, sedikitnya terdapat tiga pertimbangan yang menyangkut: hal-hal, waktu, dan cara kegiatan-kegiatan yang direncanakan itu dilaksanakan. Martinez juga menekankan bahwa perencanaan program merupakan proses berkelanjutan, melalui mana warga masyarakat merumuskan kegiatan-kegiatan yang berupa serangkaian aktivitas yang diarahkan untuk tercapainya tujuan-tujuan tertentu

yang diinginkan masyarakat setempat. Sehubungan dengan pengertian perencanaan program ini, Lawrence (Mardikanto,1993) menyatakan bahwa perencanaan program penyuluhan menyangkut perumusan tentang: (a) proses perancangan program, (b) penulisan perencanaan program, (c) rencana kegiatan, (d) rencana pelaksanaan program (kegiatan), dan (e) rencana evaluasi hasil pelaksanaan program tersebut. Dari beberapa definisi dan pengertian tentang perencanaan program tersebut, maka dapat diambil suatu kesimpulan bahwa perencanaan program merupakan proses berkesinambungan tentang pengambilan keputusan menyangkut situasi, pentingnya masalah, atau kebutuhan, perumusan tujuan, dan upaya pemecahan yang mungkin dilakukan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Keputusan yang diambil pada perencanaan program harus mengandung pengetahuan yang tepat di masa yang akan datang. Hal inilah yang membedakan perencanaan dengan peramalan. Perencanaan harus dapat mengukur hasil-hasil yang dicapai berdasarkan pengetahuan yang tepat tentang kondisi masyarakat.

Monitoring (pemantauan) Program

Pemantauan program merupakan upaya supervisi dan review kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis oleh pengelola program, untuk melihat apakah pelaksanaan program sudah sesuai dengan yang direncanakan. Monitoring atau pemantauan sering kali disebut juga evaluasi proses. Pemantauan merupakan upaya untuk mengamati cakupan program seperti seberapa banyak terget sasaran yang direncanakan sudah terjangkau. Sedangkan mengamati pelayanan program ialah menentukan apakah program sudah dilaksanakan seperti yang diharapkan.

Maksud pemantauan adalah agar seawal mungkin bisa menemukan dan memperbaiki masalah dalam pelaksanaan program. Pemantauan bukan pengujian pihak luar terhadap pelaksanaan program, tetapi merupakan alat yang dipergunakan oleh pelaksana program untuk mengungkapkan hal-hal yang tadinya tidak diperkirakan waktu perencanaan dan memerlukan perbaikan.

Evaluasi (penilaian)

Evaluasi ialah suatu proses menentukan nilai atau besarnya sukses dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya. Proses ini paling sedikit mencakup langkah-langkah berikut: memformulasikan tujuan, mengidentifikasi kriteria yang tepat yang akan dipakai mengukur sukses, menentukan dan menjelaskan besarnya sukses, dan merekomendasikan untuk kegiatan program selanjutnya.

Klineberg mendefinisikan evaluasi sebagai suatu proses yang memungkinkan administrator mengetahui hasil programnya, dan berdasarkan itu mengadakan penyesuaian-penyesuaian untuk mencapai tujuan secara efektif. Jadi menurut Klineberg, maka evaluasi itu tidak sekedar menentukan keberhasilan atau kegagalan, tetapi juga mengetahui mengapa keberhasilan atau kegagalan itu terjadi dan apa yang bisa dilakukan terhadap hasil-hasil tersebut.

Hal ini tercermin dalam pertanyaan-pertanyaan berikut:

- 1) perubahan macam apa yang diinginkan
- 2) apa cara yang dipakai untuk menciptakan perubahan tersebut
- 3) apa buktinya bahwa perubahan yang terjadi disebabkan oleh cara yang dipakai
- 4) apa arti dari perubahan yang terjadi

5) adakah pengaruh-pengaruh yang diharapkan yang terjadi akibat adanya perubahan tersebut.

Dapat didefinisikan bahwa evaluasi merupakan penentuan (apakah berdasarkan pendapat, catatan atau data objektik atau subjektif) hasil (apakah diharapkan atau tidak; sementara atau permanen, hasil langsung atau hasil yang dilihat beberapa waktu kemudian) yang diperoleh sebagai hasil suatu kegiatan, yang didesai untuk mencapai suatu tujuan tertentu (apakah tujuan jangka panjang, jangka menengah atau jangka pendek).

B. Program Perbaikan Gizi Melalui Pemberdayaan Masyarakat

1. Latar Belakang

Masalah gizi di Indonesia sampai saat ini masih memprihatinkan, dan terbukti menghambat pertumbuhan ekonomi, berkaitan erat dengan tingginya angka kematian ibu, bayi dan balita, rendahnya tingkat kecerdasan yang berakibat pada rendahnya produktifitas, tingginya pengangguran dan kemiskinan. Hal ini mendasari masalah Gizi menjadi salah satu faktor penting penentu pencapaian Millenium Development Goals.

Secara nasional pada tahun 2005 terdapat 100 juta penduduk Indonesia mengalami berbagai jenis masalah gizi (Gizi dalam angka 2005). Sekitar 1,7 juta bayi dan anak balita menderita gizi buruk. Anemia Gizi Besi (AGB) masih diderita pada sekitar 1,9 juta ibu hamil dan 8,8 juta pada kelompok balita. KVA juga masih merupakan masalah karena 11 juta balita memiliki serum retinol yang rendah ($< 20 \mu\text{g/dl}$).

Gangguan Kekurangan Yodium (GAKY) masih merupakan masalah gizi utama di Indonesia. Hal ini ditandai sekitar 73 kabupaten/kota merupakan daerah endemis sedang dan berat serta sekitar 40 juta penduduk tinggal di daerah rawan GAKY.

Masalah gizi disebabkan faktor-faktor ketersediaan pangan dalam rumah tangga, asuhan gizi keluarga dan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan. Pada saat ini, 50% rumah tangga masih mengalami kekurangan konsumsi pangan dengan rata-rata asupan kalori dibawah kecukupan sehari-hari (<2100 K.kal). Hal ini diperberat dengan asuhan gizi keluarga yang belum mendukung seperti praktik menyusui eksklusif masih rendah sekali (7,8%), balita ditimbang di Posyandu masih rendah (43%), keluarga mengkonsumsi garam beryodium dengan kualitas cukup masih rendah (73%), dan keluarga makan belum beraneka ragam.

Akses pelayanan kesehatan, baik pelayanan dasar maupun rujukan, belum menjangkau seluruh masyarakat terutama kelompok penduduk miskin. Cakupan suplementasi kapsul vitamin A pada anak balita masih rendah (60%), cakupan distribusi tablet besi pada ibu hamil juga masih rendah (60%), cakupan suplementasi kapsul vitamin A pada ibu nifas masih sangat rendah (45%). Belum semua Puskesmas dan Rumah Sakit mampu menyediakan pelayanan gizi yang berkualitas seperti; konseling gizi, konseling menyusui dan tatalaksana gizi buruk. Hal-hal tersebut diatas antara lain dipengaruhi oleh menurunnya dukungan Pemerintah Daerah terhadap program perbaikan gizi di era otonomi daerah, aktivitas posyandu yang menurun, sistem surveilans gizi yang tidak jalan,

terbatasnya jumlah dan kualitas tenaga ahli gizi puskesmas, keterbatasan sarana dan prasarana penunjang pelayanan gizi termasuk biaya operasional.

Hanya 50% dari seluruh penduduk Indonesia yang mendapatkan akses air minum (Susenas, 2002). Di area perdesaan angka ini bahkan lebih rendah yaitu hanya 41%. Baru 10 kota di Indonesia yang memiliki jaringan air limbah dengan tingkat pelayanan sekitar 1,3% dari seluruh jumlah populasi. Sedangkan di daerah perdesaan dilaporkan 52% penduduk yang memiliki akses sanitasi dasar, angka ini diperkirakan lebih rendah karena data ini tidak mencantumkan kepemilikan sarana dan bagaimana standar teknis dan kesehatannya.

Terkait dengan permasalahan di atas maka diperlukan suatu upaya terobosan yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk mengatasi masalah tersebut di atas. Upaya yang akan dikembangkan adalah model perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat yang disesuaikan dengan kebutuhan setempat baik di perdesaan maupun di perkotaan, karena pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses penguatan masyarakat yang sangat dibutuhkan oleh suatu program yang akan dilaksanakan dengan jalan menemukan permasalahan secara bersama dan kemudian mencari penyelesaian secara bersama pula yang didasarkan pada potensi yang ada dalam masyarakat yang bersangkutan.

Untuk ini akan dilaksanakan program Perbaikan Gizi melalui Pemberdayaan Masyarakat (NICE) dengan fokus pada penguatan kelembagaan, penyelenggaraan pelayanan gizi terintegrasi, pemberdayaan gizi masyarakat, perluasan program fortifikasi dan komunikasi gizi.

2. Tujuan

Tujuan umum program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan status gizi balita, ibu hamil dan ibu menyusui terutama keluarga miskin.

Tujuan khusus proyek adalah sebagai berikut;

1. Meningkatkan kapasitas institusi dalam mengembangkan kebijakan, program dan surveilans gizi.
2. Meningkatkan jangkauan dan kualitas pelayanan gizi terpadu terutama bagi penduduk rawan
3. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk merencanakan dan melaksanakan perbaikan gizi dan sanitasi
4. Memperluas program fortifikasi pangan
5. Meningkatkan komunikasi gizi masyarakat

3. Sasaran dan Lokasi Proyek

Proyek NICE yang dilaksanakan di 6 kota dan 18 kabupaten, di 6 propinsi. Dasar pemilihan kabupaten/kota adalah (1) prevalensi gizi kurang; (2) angka kemiskinan; (3) adanya komitmen Pemerintah Daerah untuk replikasi program. Sedangkan di propinsi Sulawesi Selatan terdapat 4 kabupaten yang terpilih yaitu Makassar, Maros, Pangkep dan Jeneponto. Untuk Jeneponto terdapat 50 desa/kelurahan yang menjadi lokasi NICE

4. Pemberdayaan Gizi Masyarakat

Pemberdayaan Gizi Masyarakat merupakan komponen utama Proyek NICE yang kegiatannya ditujukan untuk mendukung pelayanan gizi di masyarakat agar masyarakat secara mandiri dapat mengatasi masalah gizi dan kesehatan sendiri.

Kegiatan komponen terdiri dari sbb:

- 1) Persiapan Paket Gizi Masyarakat
- 2) Pengadaan Fasilitator Gizi Masyarakat (FGM)
- 3) Paket Gizi Masyarakat

- 1) Persiapan Paket Gizi Masyarakat

Agar kegiatan paket gizi masyarakat dapat berjalan dengan baik dan efektif, diperlukan serangkaian kegiatan persiapan yang akan dilaksanakan sebagai berikut:

a. Sosialisasi Paket Gizi Masyarakat (PGM)

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus melaksanakan sosialisasi PGM kepada lintas program, lintas sektor dan organisasi masyarakat di kabupaten, kecamatan dan desa/kelurahan.

Sosialisasi ini bertujuan:

1. Menyebarluaskan informasi tentang organisasi dan kegiatan Proyek NICE.
2. Menyebarluaskan informasi tentang pentingnya perbaikan gizi masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat.
3. Menjelaskan kepada masyarakat tentang peluang dan kriteria mendapatkan PGM untuk meningkatkan status gizi masyarakat.

4. Memahami proses dan prosedur mendapatkan PGM, mulai dari pembentukan Kelompok Gizi Masyarakat (KGM), rekrutmen Fasilitator Gizi Masyarakat (FGM) dan penyusunan proposal PGM.

b. Pemilihan Desa/Kelurahan

Pemilihan desa/kelurahan yang akan mendapatkan PGM dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berdasarkan kriteria sebagai berikut:

- 1) Memiliki sekurang-kurangnya 1 (satu) kader aktif per posyandu
- 2) Memiliki keterbatasan fasilitas air bersih dan sanitasi di SD/MI;
- 3) Adanya komitmen Kepala Desa/Kelurahan
- 4) Diprioritaskan pada desa/kelurahan yang memiliki tenaga kesehatan.

Alokasi jumlah desa/kelurahan yang akan menerima PGM di setiap kabupaten/kota telah ditetapkan seperti dalam Lampiran 1. Nama-nama desa/kelurahan yang terpilih mendapatkan PGM diajukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Bupati/Walikota untuk ditetapkan melalui Surat Keputusan Bupati/Walikota.

c. Pembentukan Kelompok Gizi Masyarakat (KGM)

Pada desa-kelurahan yang terpilih untuk melaksanakan PGM, akan dikunjungi oleh petugas puskesmas untuk memberikan informasi tentang pembentukan KGM.

KGM adalah kelompok masyarakat yang dipilih dan dibentuk oleh masyarakat desa/kelurahan untuk melaksanakan kegiatan PGM. KGM dipilih dalam suatu rapat yang dipimpin oleh Kepala Desa/Kelurahan, yang anggotanya tidak lebih dari 10 orang termasuk Ketua, Sekretaris, dan Bendaharawan, dan sekurang-

kurangnya 60% anggotanya adalah perempuan. Pengurus KGM ditetapkan dengan SK Kepala Desa/Kelurahan. SK tersebut dikirimkan ke Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selaku manajer proyek dengan tembusan ke Kepala Puskesmas.

Tugas dan tanggung jawab KGM:

- 1) Menyusun proposal kegiatan PGM dibantu oleh FGM
- 2) Membuka rekening Bank atas nama ketua dan bendahara
- 3) Mengecek dan mencairkan uang dari rekening Bank oleh ketua dan bendahara KGM
- 4) Melaksanakan kegiatan PGM dengan melibatkan masyarakat dengan berpedoman pada proposal yang telah disetujui.
- 5) Mencatat, membukukan dan melaporkan penggunaan dana PGM ke DPIU melalui puskesmas setiap bulan.
- 6) Melaporkan perkembangan pelaksanaan kegiatan PGM setiap triwulan selambat-lambatnya 15 hari setelah akhir triwulan. Laporan tersebut harus diketahui oleh Kepala Desa/Kelurahan, kemudian dikirimkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selaku manajer proyek, dengan tembusan kepada Kepala Puskesmas.

2) Rekrutmen dan Penempatan Fasilitator Gizi Masyarakat (FGM)

FGM adalah tenaga yang secara khusus ditempatkan untuk pendampingan kegiatan pemberdayaan gizi masyarakat. Pengadaan dan pelatihan FGM dilakukan oleh perusahaan melalui proses tender. Tender pengadaan FGM (termasuk pelatihannya) dilakukan secara terbuka dengan metode QBS (quality-based selection). Setelah ditetapkan pemenang, Perusahaan Pemenang dapat

bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten melakukan seleksi FGM berdasarkan persyaratan berikut:

- 1) Diutamakan memiliki latar belakang serendah-rendahnya pendidikan D-III di bidang gizi. Latar belakang pendidikan lainnya adalah D-III bidang kesehatan, higiene sanitasi, dan pemberdayaan masyarakat.
- 2) Bersedia dikontrak dan ditempatkan di desa yang ditetapkan.
- 3) Bersedia bekerja penuh waktu.
- 4) Paling sedikit 50% FGM di masing-masing propinsi adalah perempuan.

Sebelum melaksanakan tugasnya, FGM mendapat pelatihan terlebih dahulu oleh Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota yang bekerjasama dengan perusahaan terpilih.

Tugas dan tanggung jawab Pendamping gizi (FGM)

- 1) Bersama tenaga puskesmas, membantu memfasilitasi pembentukan kelompok gizi masyarakat
- 2) Membantu masyarakat dalam menyusun proposal PGM
- 3) Setiap FGM bertanggungjawab terhadap 1-2 desa/kelurahan
- 4) Melakukan pembinaan pelaksanaan kegiatan PGM di desa/kelurahan
- 5) Melaporkan hasil kegiatan kepada Puskesmas
- 6) Memfasilitasi KGM dalam pencatatan dan penyusunan laporan kegiatan dan keuangan

FGM dikategorikan sebagai konsultan, untuk melaksanakan tugasnya akan memperoleh honorarium dan biaya operasional/transport setiap bulan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dalam melakukan tugasnya, FGM dibina oleh

petugas Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten dan kinerjanya akan dievaluasi secara periodik.

Dalam pelaksanaan tugas sehari-hari, FGM akan dibekali dengan Pedoman Pelaksanaan Fasilitator secara rinci yang disusun oleh konsultan.

3) Paket Gizi Masyarakat (PGM)

Paket Gizi Masyarakat (PGM) akan diberikan kepada 1800 desa dan kelurahan. Besar paket untuk masing-masing desa dan kelurahan tidak lebih dari Rp. 140.000.000 (\pm \$ 15,000) untuk paling lama 3 tahun sesuai dengan proposal.

Kegiatan yang diusulkan dalam PGM harus terkait langsung dengan sasaran yaitu: keluarga miskin yang mempunyai anak umur 0-2 tahun, ibu hamil dan menyusui; keluarga miskin dengan anak umur 2-5 tahun; posyandu; dan SD/Madrasah.

Jenis kegiatan yang **boleh** didanai oleh PGM adalah:

- meningkatkan fasilitas posyandu
- kegiatan monitoring pertumbuhan dan perkembangan anak
- penyuluhan dan pendidikan gizi melalui kader terlatih seperti pemberian makanan bayi dan anak
- kegiatan kelas ibu tentang pola asuh anak, menyusui, demonstrasi masak, stimulasi tumbuh kembang anak dll.
- penyediaan air bersih skala kecil dan sanitasi di sekolah dasar/ madrasah (10% dari total Paket Gizi Masyarakat)
- pelatihan warung sekolah dan penjaja makanan tentang gizi, kebersihan dan keamanan makanan.

- . dukungan untuk biaya operasional KGM (transport ke bank, alat-alat tulis, rapat-rapat koordinasi secara berkala)

Jenis kegiatan yang **tidak boleh** didanai oleh PGM adalah:

- . membangun gedung baru posyandu
- . memberikan upah tenaga, gaji anggota KGM dan petugas kesehatan
- . membeli obat gizi dan MP-ASI yang telah disediakan oleh dana APBN
- . membeli timbangan/dacin untuk posyandu

a. Proses Penyusunan Proposal Paket Gizi Masyarakat

Setelah desa diberitahu oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, bahwa desa tersebut telah di seleksi dan ditetapkan sebagai desa penerima paket dengan Surat Keputusan Bupati/Walikota.

Proses penyusunan proposal:

- . Dimulai dengan pengumpulan data dan analisa situasi desa.
- . Hasil analisa situasi desa dibahas bersama masyarakat, kemudian ditetapkan cara pemecahan masalahnya yang disepakati bersama.
- . Lingkup masalah yang dipilih untuk diusulkan dalam proposal adalah masalah yang berkaitan dengan gizi, kesehatan dan penyediaan air bersih di SD/Madrasah skala kecil.

b. Pengajuan Paket Gizi Masyarakat

Proposal diharapkan telah siap dalam jangka waktu paling lama 6 bulan. Setelah selesai disusun, kemudian:

Dikirimkan ke puskesmas untuk diteruskan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (DPIU).

Proposal akan direview dan dinilai oleh Tim Teknis Kabupaten/Kota (DTT).

Jika proposal memenuhi persyaratan yang ditentukan, DTT akan mengirimkan hasil penilaian proposal tersebut ke Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten selaku Manajer Proyek untuk mendapat persetujuan.

Manajer Proyek Kabupaten/Kota mengirimkan berkas tersebut ke Dinas Kesehatan Propinsi (PPCU) untuk dibuatkan kontrak (Surat Perjanjian Pemberian Bantuan/SPPB)

Bagi proposal-proposal yang belum memenuhi persyaratan, KGM dengan dibantu oleh FGM dapat memperbaiki proposal (tidak lebih 6 bulan sejak pengajuan proposal awal dan diajukan kembali ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendapat persetujuan oleh Manajer Proyek .

c. Pencairan Dana Paket Gizi Masyarakat

Setelah SPPB ditandatangani oleh PK Dinas Kesehatan Propinsi dan Ketua KGM, Dana Paket Gizi Masyarakat dapat dibayarkan oleh PPCU yang langsung ditransfer ke rekening KGM di Bank yang dipilih. Proses pencairan dana PGM adalah sbb:

DPIU akan menginformasikan KGM yang proposalnya disetujui, dan KGM segera menyelesaikan semua dokumen yang diperlukan untuk pencairan dana (seperti dokumen kontrak/SPPB, nama Ketua dan Bendahara KGM, nama Bank dan nomor rekening KGM, dll)

Kemudian Surat Persetujuan dan dokumen yang diperlukan untuk proses pencairan dana tersebut dikirimkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (DPIU) ke Dinas Kesehatan Propinsi (PPCU) untuk diproses pencairan dananya.

Pengirim dana PGM oleh propinsi dilaksanakan dalam 3 tahap pembayaran sbb:

(i) Pembayaran Tahap I

Sebanyak 40% dari total dana Paket Gizi Masyarakat yang telah disetujui akan disalurkan setelah proposal disetujui, SPPB antara PPCU dan KGM telah ditandatangani dan, sudah mempunyai rekening bank.

(ii) Pembayaran Tahap II

Setelah 75% dari dana kegiatan Tahap I telah selesai dilaksanakan yang disetujui oleh DPIU, KGM dapat mengajukan permintaan pembayaran tahap II sebanyak 30%, dengan melampirkan Resume SPPB dan SPTB (Surat Pernyataan Tanggung Jawab Belanja)

(iii) Pembayaran Tahap III

Setelah menyelesaikan 75% dana dan kegiatan tahap II dan telah disetujui oleh DPIU, KGM bisa mengajukan pembayaran tahap III sebesar 30% untuk menyelesaikan seluruh kegiatan yang direncanakan, dengan melampirkan Resume SPPB dan SPTB (Surat Pernyataan Tanggung Jawab Belanja).

- KGM harus memantau rekening Bank untuk mengetahui ketersediaan dana PGM yang telah dikirim oleh propinsi. Untuk menjaga kelancaran tahapan

pembayaran, KGM perlu memperhatikan pencatatan dan pelaporan penggunaan keuangan dan kegiatan sesuai dengan proposal.

Pedoman pelaksanaan penggunaan PGM secara rinci disusun oleh Konsultan.

C. FASILITATOR MASYARAKAT (FM)

Fasilitator masyarakat (FM) adalah orang yang membantu masyarakat atau kelompok masyarakat agar lebih mudah memperoleh pemecahan atas persoalan yang dihadapinya. Dalam rangka pelaksanaan di desa, masyarakat difasilitasi atau dibimbing oleh seorang fasliator masyarakat. Dalam proses fasilitasi ini mengandung pengertian membantu dan menguatkan masyarakat agar dapat dan membantu mengembangkan diri untuk melaksanakan KADARZI, berperilaku makan dan memberi makan yang sehat sesuai dengan potensi yang dimiliki. FM merupakan tenaga dengan latar belakang pendidikan/pengalaman dibidang gizi, Higiene, sanitasi dan atau mobilisasi masyarakat yang mendapatkan pelatihan tentang tehnik pemberdayaan masyarakat dan penulisan proposal. Setiap FM ditugaskan menangani 2 desa. FM berkoordinasi dengan Puskesmas bertanggung jawab terhadap semua aspek pemberdayaan masyarakat terutama dalam hal memfasilitasi Kelompok Gizi masyarakat(KGM) dalam menyusun proposal dan melaksanakan kegiatan yang tertulis dalam proposal serta kegiatan lainnya.

Sebelumnya di sulawesi selatan telah ada program yang mirip program pemberdayaan gizi masyarakat yaitu program Pendampingan gizi. Menurut pengertiannya pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi

buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran/solusi, menyampaikan layanan/bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama.

Pendampingan gizi dilaksanakan dengan prinsip-prinsip: (1) pemberdayaan keluarga atau masyarakat; (2) partisipatif, dimana tenaga pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi; (3) melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan (4) tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator (Depkes, 2007)

Jadi yang membedakan fasilitator masyarakat pada program pemberdayaan gizi masyarakat dengan pendampingan gizi pada program pendampingan gizi yaitu

1. Sasaran kegiatan Fasilitator masyarakat yaitu bayi, balita, bumil, busui, SD/MI, dan posyandu (hal ini tertuang dalam pedoman umum program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat) sedangkan pendamping gizi yang menjadi sasaran adalah keluarga yang memiliki balita gizi kurang dan buruk
2. Dalam pelaksanaan kegiatan FM melakukan pembinaan dan memfasilitasi Kelompok Gizi Masyarakat (KGM) agar mampu melakukan pemberdayaan gizi masyarakat melalui kegiatan dalam paket gizi masyarakat sedangkan pendamping gizi melakukan pembinaan dan fasilitasi pada keluarga atau masyarakat yang menjadi sasaran kegiatan.
3. Berdasarkan tujuan yang ingin dicapai, kegiatan FM bertujuan meningkatkan status gizi bayi, balita, Bumil, dan busui dalam wilayah kerjanya sedangkan kegiatan

pendamping gizi bertujuan meningkatkan status gizi bayi dan balita yang menjadi binaannya.

Agar dapat melaksanakan fungsi dan tugasnya dengan baik maka seorang FM perlu menyadari dan memahami empat fungsi fasilitasi dimasyarakat yaitu;

1. sebagai narasumber : artinya seorang FM harus mampu menyediakan dan siap dengan informasi termasuk pendukungnya yang berkaitan dengan pelaksanaan dan tahapan dalam program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat. Seorang FM harus mampu menjawab pertanyaan, memberikan ulasan, gambaran, analisis maupun memberikan saran atau nasehat yang kongkrit dan realistis agar mudah diterapkan
2. sebagai guru: fungsi sebagai guru seringkali dibutuhkan untuk membantu masyarakat dalam mempelajari dan memahami keterampilan atau pengetahuan baru dalam upaya pemberdayaan masyarakat dan pelaksanaan kegiatan. Sebagai FM harus mampu menyampaikan materi yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi dan bahasa yang mudah di terapkan.
3. sebagai mediator
 - (i) Mediasi Potensi ; seorang FM diharapkan dapat membantu masyarakat memediasi /menakses potensi potensi yang dapat mendukung penembangan dirina
 - (ii) Mediasi berbagai kepentingan ; seorang FM diharapkan juga dapat berperan sebagai seorang yang dapat menengahi apabila diantara kelompok atau individu di masyarakat terjadi perbedaan kepentingan

5. sebagai motivator; sering ditemui masyarakat jarang mengetahui dan mengenal potensi dan kapasitasnya sendiri. Untuk itu seorang FM harus mampu merangsang dan mendorong masyarakat untuk menemukan dan mengenali potensi dan kapasitasnya sehingga masyarakat dapat melaksanakan berbagai kegiatan pembangunan secara mandiri

Bekal dan kemampuan fasilitator Masyarakat

Agar dapat menjalankan fungsinya dengan baik maka seorang fasilitator perlu dibekali dan memiliki beberapa kemampuan antara lain

1. Kepemimpinan, seorang FM juga akan menjalankan fungsi kepemimpinan dimasyarakat sehingga FM harus memiliki kapasitas untuk membimbing, memberi motivasi, menggerakkan sekaligus berperan sebagai mediator antar warga masyarakat dan pihak lain yang diperlukan
2. Kemampuan komunikasi
 - a. Kemampuan menyampaikan pesan atau informasi
 - b. Menjadi pendengar yang baik
 - c. Bertanya efektif dan terarah
 - d. Kemampuan dalam pengembangan masyarakat
 - (a) Mengenal isu-isu lokal
 - (b) Kemampuan identifikasi
 - (c) Kemampuan analitis
 - (d) Adaptasi partisipatif
 - (e) Berpandangan positif kedepan
 - (f) Kemampuan melakukan aksi sebagai akumulasi kemampuan teknis

(g) Kemampuan melakukan hubungan antar manusia

A. TUGAS DAN TANGUNG JAWAB

Seorang Fasilitator masyarakat (FM) mempunyai tugas dan tanggung jawab sebagai berikut

1. melapor kepada kepala puskesmas bahwa dia mendapat tugas sebagai fasilitator masyarakat dan mempersiapkan rencana kegiatan bersama petugas gizi.
2. Memperkenalkan diri kepada kepala desa/kelurahan setempat, tokoh masyarakat, tokoh agama dan KGM bahwa ia mempunyai komitmen untuk melaksanakan PGM
3. Bekerjasama sama dengan puskesmas untuk melaksanakan pelatihan KGM dalam membuat proposal paket gizimasyarakat.
4. Menyelenggarakan pertemuan dengan KGM dalam mempersiapkan SMD tentang masalah Gizi dan kesehatan di desa
5. Memfasilitasi KGM melaksanakan survey dan melakukan analisa data.
6. Membantu KGM menyelenggarakan pertemuan masyarakat untuk mendiskusikan hasil SMD, merumuskan masalah, kebutuhan, sumber dan potensi, dan mengidentifikasi kegiatan yang dapat didanai oleh PGM.
7. Memfasilitasi KGM untuk menyusun proposal PGM, proposal harus memenuhi kriteria, (i) kegiatan yang memprioritaskan anak umur di bawah 2 tahun, wanita hamil dan wanita menyusui serta (ii) meningkatkan pelayanan Posyandu; (iii) intervensi air bersih dan sanitasi dalam skala kecil untuk sekolah dasar/MI

8. Memfasilitasi pelaksanaan kegiatan yang direncanakan didalam proposal dan kegiatan lainnya
9. Menolong KGM dalam membangun kewaspadaan masyarakat dalam bidang gizi, kesehatan, higene dan sanitasi
10. Membantu KGM menyusun laporan kemajuan triwulan, laporan tahunan, dan laporan akhir meliputi laporan kegiatan dan laporan keuangan
11. Setiap FM bertugas di dua desa yang ditentukan.

B. Langkah Langkah Kegiatan Fasilitator Masyarakat

Langkah langkah kegiatan Fasilitator Masyarakat dapat dirinci seperti pada matriks dibawah ini

Tahapan	Langkah Kegiatan
A. Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyiapan diri sebagai petugas FM 2. Pengorganisasian dan persiapan masyarakat 3. Keadaan umum dan pemahaman lokasi
B. Perencanaan	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pemahaman masalah gizi/kesehatan masyarakat dan sumber sumber yang ada dimasyarakat 5. Penggalan cara cara mengatasi masalah gizi/kesehatan 6. Memfasilitasi penyusunan perencanaan (proposal) tingkat desa/kelurahan
C. Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 7. Pengorganisasian pelaksanaan kegiatan untuk pemecahan masalah gizi/kesehatan 8. Pelaksanaan dan pembimbingan kegiatan
D. Pemantauan dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 9. Pemantauan, penilaian dan pelaporan keberhasilan program yang dijalankan

Adapun bentuk pendampingan yang dilakukan FM terhadap paket gizi masyarakat (PGM) yang ada dalam proposal secara garis besarnya dapat dilihat pada matriks dibawah ini

No	Pengelompokan Kegiatan Paket Gizi Masyarakat yang dilaksanakan sesuai dengan proposal	Rincian Sub-Kegiatan per Kelompok Kegiatan
I	Peningkatan Fasilitas Posyandu :	
	1. Meubelair Posyandu	Meja, kursi, tempat tidur periksa, papan nama, papan data, lemari.
	2. Rehab Posyandu	Rehab skala kecil untuk Posyandu gedung sendiri (bukan milik warga/dirumah warga), misal: mengecat dinding, perbaikan lantai, atap, wc, dll.
	3. Pengadaan buku Registrasi	Penyediaan buku register penimbangan, RR Posyandu
	4. ATK Posyandu	Alat tulis untuk administrasi Posyandu
	5. dan lain-lain	Seragam Kader, dan kegiatan lain yang tidak masuk pada item di atas
II	Monitoring Pertumbuhan:	
	1. Penimbangan balita di Posyandu	Untuk mengamati pola asuh dan deteksi dini tumbuh kembang bayi dan balita.
	2. Kunjungan Rumah	Penyuluhan pd ibu yg tdk membawa balita ke Pyd, dan menimbang balita dan mencatat hasil penimbangan.
	3. dan lain-lain	Kegiatan lain yang dilakukan.
III	Peningkatan Cakupan Posyandu:	
	1. Sosialisasi dan Promosi	Sosialisasi dan promosi kesehatan, gizi buruk, taburia, cetak spanduk/baliho, pengadaan buku demo masak, lomba balita sehat, lomba pengolahan makanan jajanan sehat, lomba Kadarzi, dll
	2. Penyuluhan	Penyuluhan gizi, ASI Eks, Taburia, KIA, PHBS, Kadarzi, pemakaian zat berbahaya pada makanan, dll
	3. Konseling	Konseling gizi bagi ibu balita, ibu hamil, ibu menyusui.
	4. Kelas Ibu	Kelas ibu balita, ibu hamil, ibu menyusui dengan topik sesuai masalah dan kesepakatan KGM, FM dan TPG.
	5. Demo Masak	Makanan bayi, balita, ibu hamil an ibu menyusui (cara memasak yang benar, tidak merusak kandungan zat gizi makanan, kelengkapan asupan gizi, dll).
	6. Pelatihan Kader	Pelatihan dan refreshing kader.
	7. Penyediaan alat pendukung	APE, alat masak untuk mengolah makanan anak balita dan ibu hamil, dll.
	8. dan lain-lain	Kegiatan lain yang dilakukan
IV	Pertemuan dan Koordinasi Desa:	Pertemuan tingkat desa, pertemuan KGM,

	1. Pertemuan tingkat desa	rembug desa, dll. SMD, MMD, rembug desa, pembahasan proposal, dll
	2. Pertemuan KGM	Pertemuan KGM dengan FM, Kepala Desa, TPG, Toma, Toga, dll.
V	Dukungan Operasional KGM: 1. ATK KGM	ATK KGM, Transportasi ke Bank, konsultasi teknis, dll. Pengadaan ATK, biaya foto copy, papan data/informasi KGM, dll
	2. Transport KGM	Transport ke Bank, konsultasi ke Puskesmas, DPIU/DTT, antar dusun/Posyandu, survey harga di took, ke kantor dsa, dll.
	3. Seragam KGM	
VI	Penyediaan Air Bersih dan Sanitasi Skala Kecil di SD/MI 1. Sarana air bersih	Pembuatan sumur sekolah, pengadaan pompa air sumur, pipa, kran, bak mandi, tendon air, dll.
	2. Sanitasi skala kecil	MCK: perbaikan kamar mandi/wc sekolah SD/MI, saluran pembuangan, tempat sampah, wastafel, gayung, ember, dll.
VII	Pelatihan Warung Sekolah dan penjaja makanan: 1. Peningkatan kualitas jajanan sekolah	Pelatihan bagi pengelola warung sekolah dan penjaja makanan: cara pengolahan bahan makanan dan minuman sehat dan bergizi, penggunaan bahan berbahaya pada makanan anak sekolah, pengolahan makanan tambahan an sekolah, dll.
	2. Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat bagi siswa	Praktek cuci tangan dan gosok gigi, kebersihan lingkungan sekolah, pengadaan alat kebersihan sekolah, penyuluhan UKS, lomba tulis siswa tentang Kadarzi, pemilihan duta kesehatan, dll
VIII	Kegiatan Inovasi :	Kegiatan yang dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan cakupan Posyandu dan keberlanjutan Posyandu melalui pemberdayaan masyarakat.
	1. Pos Gizi	Pemberian makanan tambahan bagi anak balita gizi kurang, konseling gizi bagi ibu balita, pemantauan pertumbuhan balita dan pencatatan hasil pemantauan pertumbuhan balita.
	2. Budidaya tanaman	Pembelian bibit tanaman, pupuk, pembuatan pagar, dll
	3. Budidaya ikan	Pembelian bibit ikan, makanan ikan, sewa lahan, dll
	4. Ternak ayam/kambing/hewan lainnya	Pembelian bibit dan makanan ternak, bahan untuk kandang, penyediaan lahan ternak, dll..
	5. dan lain-lain	

D. STATUS GIZI

1. Pengertian status gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat interaksi antara asupan energi dan protein serta zat-zat gizi esensial lainnya dengan keadaan kesehatan tubuh. Status gizi adalah kondisi tubuh sebagai akibat penyerapan zat-zat gizi esensial. Status gizi merupakan ekspresi dari keseimbangan zat gizi dengan kebutuhan tubuh, yang diwujudkan dalam bentuk variable tertentu. Ketidak seimbangan (kelebihan atau kekurangan) antara zat gizi dengan kebutuhan tubuh akan menyebabkan kelainan patologi bagi tubuh manusia. Keadaan demikian disebut *malnutrition* (gizi salah atau kelainan gizi). Secara umum, bentuk kelainan gizi digolongkan menjadi 2 yaitu *over nutrition* (kelebihan gizi) dan *under nutrition* (kekurangan gizi). *Over nutrition* adalah suatu keadaan tubuh akibat mengkonsumsi zat-zat gizi tertentu melebihi kebutuhan tubuh dalam waktu yang relative lama. *Under nutrition* adalah keadaan tubuh yang disebabkan oleh asupan zat gizi sehari-hari yang kurang sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh (Supriasa, 2002).

Penyebab tidak langsung adalah ketahanan pangan tingkat keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan di keluarga (*household food security*) adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan

waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaikbaiknya secara fisik, mental dan sosial. Pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan, adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Ketiga faktor ini saling berhubungan. Ketiga faktor penyebab tidak langsung saling berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan keluarga. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan dan keterampilan kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak, dan makin banyak keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Demikian juga sebaliknya.

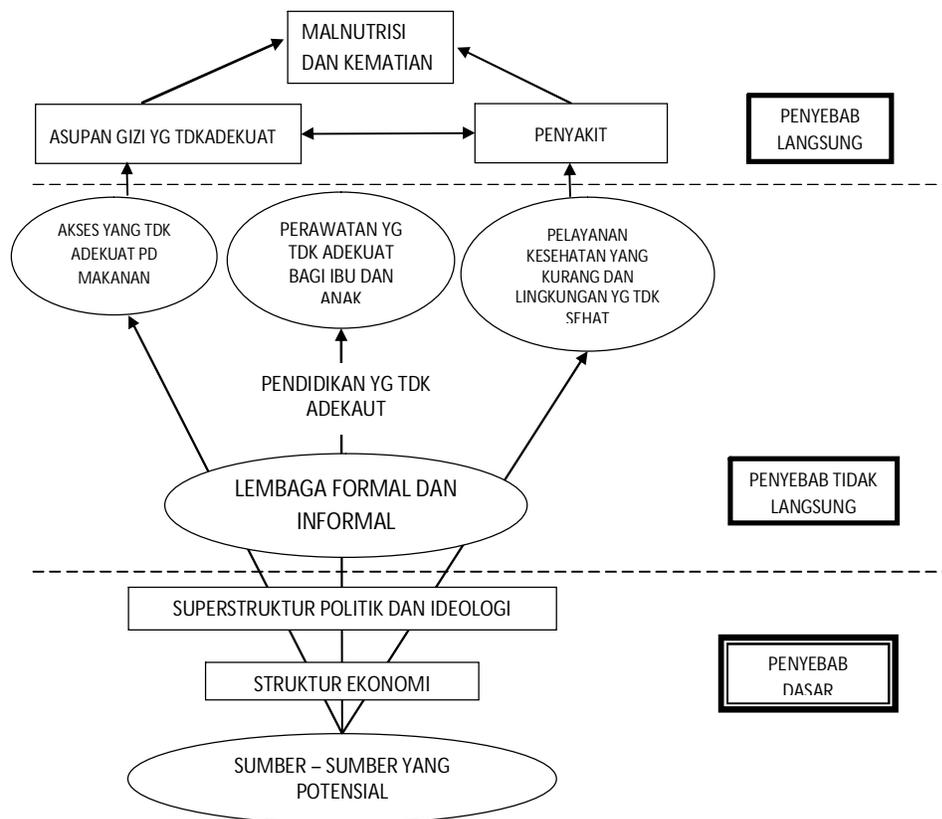
Ketahanan pangan keluarga terkait dengan ketersediaan pangan (baik dari hasil produksi sendiri maupun dari pasar atau sumber lain), harga pangan dan daya beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Sebagai contoh, air susu ibu (ASI) adalah makanan bayi utama yang seharusnya tersedia di setiap keluarga yang mempunyai bayi. Makanan ini seharusnya dapat dihasilkan oleh keluarga tersebut sehingga tidak perlu dibeli. Namun tidak semua keluarga dapat memberikan ASI kepada bayinya oleh karena berbagai masalah yang dialami ibu. Akibatnya, bayi tidak diberikan ASI atau diberi ASI dalam jumlah yang tidak cukup sehingga harus diberikan tambahan makanan pendamping ASI (MP-ASI). Timbul masalah apabila oleh berbagai sebab, misalnya kurangnya pengetahuan dan atau kemampuan, MP-ASI yang diberikan tidak memenuhi persyaratan. Dalam keadaan demikian, dapat dikatakan ketahanan pangan keluarga ini rawan karena tidak mampu

memberikan makanan yang baik bagi bayinya sehingga berisiko tinggi menderita gizi buruk.

Pola pengasuhan anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau dimasyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari si ibu atau pengasuh anak.

Pelayanan kesehatan, adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi, serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit, dan pesediaan air bersih. Tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan (karena jauh dan atau tidak mampu membayar), kurangnya pendidikan dan pengetahuan merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia. Hal ini dapat berdampak juga pada status gizi anak. Berbagai faktor langsung dan tidak langsung penyebab gizi kurang, berkaitan dengan pokok masalah yang ada di masyarakat dan akar masalah yang bersifat nasional. Pokok masalah di masyarakat antara lain berupa ketidakberdayaan masyarakat dan keluarga mengatasi masalah

kerawanan ketahanan pangan keluarga, ketidaktahuan pengasuhan anak yang baik, serta ketidakmampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.(Thaha, 1999)



FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS GIZI
Sumber : UNICEF (1998)

2. Penilaian status gizi

- a. Secara umum, status gizi dapat dikatakan sebagai fungsi kesenjangan gizi, yaitu selisih antara konsumsi zat gizi dengan kebutuhan zat gizi tersebut. Kesenjangan energi pada tingkat dini bermanifestasi dalam bentuk mobilisasi himpunan lemak tubuh. Kurang energi protein (KEP) atau gizi

kurang pada tingkat perubahan biokimia dapat dikenal dari pemeriksaan darah dan urine dengan menggunakan antara lain: hidroksi prolin indeks dalam urin, rasio asam amino bebas dalam plasma, plasma albumin, plasma prealbumin dan plasma transferin. Pada tingkat yang lebih berat dapat diperiksa dengan antropometri (Tarwotjo, 1990).

Metode penilaian status gizi dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat perkembangan kekurangan gizi, yaitu metode konsumsi, metode laboratorium, metode antropometri dan metode klinik (Hadju, 1999). Menurut Supriasa (2002), penentuan status gizi dapat dikelompokkan dalam metode langsung dan metode tidak langsung. Metode penilaian status gizi secara langsung meliputi metode biokimia, antropometri, klinik dan biofisik. Sedangkan metode tidak langsung adalah metode konsumsi makanan, statistik vital dan faktor-faktor ekologi.

3. Penilaian Status Gizi Secara Antropometri

a. *Kelebihan Pengukuran Antropometri*

Penentuan status gizi dengan menggunakan metode antropometri mempunyai beberapa keuntungan seperti yang dikutip oleh Veni Hadju (1999), yaitu:

- 1) Prosedur pengukurannya sederhana, aman, tidak invasive sehingga dapat dilakukan di lapangan dan cocok dengan jumlah sampel yang besar.

- 2) Alat yang dibutuhkan tidak mahal, mudah dibawa, dan tahan (durabel) dan dapat dibuat atau dibeli di setiap wilayah.
- 3) Tidak membutuhkan tenaga khusus dalam pelaksanaannya.
- 4) Metode yang digunakan tepat dan akurat, sehingga standarisasi pengukuran terjamin.
- 5) Hasil yang diperoleh menggambarkan keadaan gizi dalam jangka waktu yang lama dimana tidak dapat diperoleh dengan tingkat kepercayaan yang sama dengan teknik lain.
- 6) Prosedur ini dapat membantu mengidentifikasi tingkat malnutrisi (ringan sampai berat).
- 7) Metode ini dapat digunakan untuk mengevaluasi terjadinya perubahan yang terjadi dari satu generasi ke generasi berikutnya, suatu fenomena yang dikenal sebagai “secular trend”.
- 8) Dapat digunakan sebagai skrining test untuk mengidentifikasi individu yang mempunyai resiko tinggi terjadinya malnutrisi.

b. *Ukuran dan Indeks Antropometri*

Ukuran antropometri terbagi atas 2 tipe, yaitu ukuran pertumbuhan tubuh dan komposisi tubuh. Ukuran pertumbuhan yang biasa digunakan meliputi: tinggi badan atau panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, tinggi lutut. Pengukuran komposisi tubuh dapat dilakukan melalui ukuran: berat badan, lingkar lengan atas, dan tebal lemak di bawah kulit (Hadju, 1999). Ukuran pertumbuhan lebih banyak menggambarkan keadaan gizi masa lampau, sedangkan ukuran

komposisi tubuh menggambarkan keadaan gizi masa sekarang atau saat pengukuran (Supariasa, 2002).

Indeks antropometri yang digunakan dalam penentuan status gizi meliputi: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan atau panjang badan menurut umur (TB/U atau PB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), lingkar lengan atas menurut umur (LLA/U) dan lingkar lengan atas menurut tinggi badan (LLA/TB).

Untuk kegiatan pemantauan status gizi, jarak waktu yang cukup panjang (dua tahun atau lebih) pilihan utama adalah indeks TB/U. Indeks ini cukup sensitif untuk mengukur perubahan status gizi dalam jangka panjang, stabil, tidak terpengaruh oleh fluktuasi perubahan status gizi yang sifatnya musiman. Perubahan-perubahan yang disebabkan oleh keadaan secara musiman yang dapat mempengaruhi status gizi dapat ditunjukkan oleh indeks BB/U. Kalau tujuan penilaian status gizi adalah untuk “*assessment*” seperti dalam evaluasi suatu kegiatan program gizi, gabungan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB dapat memberikan informasi yang rinci tentang status gizi, baik gambaran masa lalu maupun masa kini atau keduanya (kronis dan akut).

d. Klasifikasi Status Gizi

Berdasarkan kesepakatan pada Temu Pakar bidang gizi pada Januari 2000, merekomendasikan penggunaan baku rujukan WHO-

NCHS (*National Center for Health Statistic*) sebagai standar atau rujukan dalam penentuan status gizi secara antropometri. Temu pakar tersebut juga menyepakati cara penggolongan status gizi khusus untuk indeks BB/U, TB/U dan BB/TB.

Namun saat ini rujukan tsb tidak lagi direkomendasikan oleh karena kendala teknis penggunaan rujukan local yaitu;

- (1) Penggunaan rujukan lokal belum mencerminkan pertumbuhan potensial (pertumbuhan maksimum) anak,
- (2) Kesulitan dalam membandingkan dengan negara lain, sebagai upaya mengembangkan strategi global memerangi masalah gizi.

(Minarto, 2009)

Perbandingan rujukan WHO-NCHS dengan WHO 2005

<ul style="list-style-type: none"> • dikembangkan dengan mengukur anak yang sehat, tanpa mempertimbangkan faktor lingkungan lain. • memberikan penjelasan pencapaian pertumbuhan anak-anak yang SEHAT. (diskriptif) • multi ras, satu negara • Pengukuran setiap 3 bulan, 6 bulan, potong lintang 	<ul style="list-style-type: none"> • memasukkan variabel lingkungan yang mempengaruhi pertumbuhan bayi, seperti kebiasaan menyusui eksklusif, tidak merokok, tidak alkohol. • menggambarkan bagaimana anak-anak HARUS TUMBUH (preskriptif) • multi ras, multi negara • Frekuensi pengukuran lebih sering (mingguan, bulanan untuk bayi 0-24 bulan), potong lintang untuk anak 18-72 bulan
---	---

Klasifikasi Status Gizi menurut Standar WHO 2005

Untuk Indeks BB/U:

1. Berat Badan Sangat Kurang (BB/U < -3 SD)
2. Berat Badan kurang (BB/U -3 SD s/d < -2SD)
3. Berat Badan Normal (BB/U -2 SD s/d 2 SD)
4. Berat Badan Lebih (BB/U > 2SD)

Untuk Indeks TB/U:

1. Sangat Pendek (TB/U < -3 SD),
2. Pendek (TB/U -3 SD s/d < -2 SD),
3. Normal (TB/U >= -2 SD)

Untuk Indeks BB/TB (atau IMT/U):

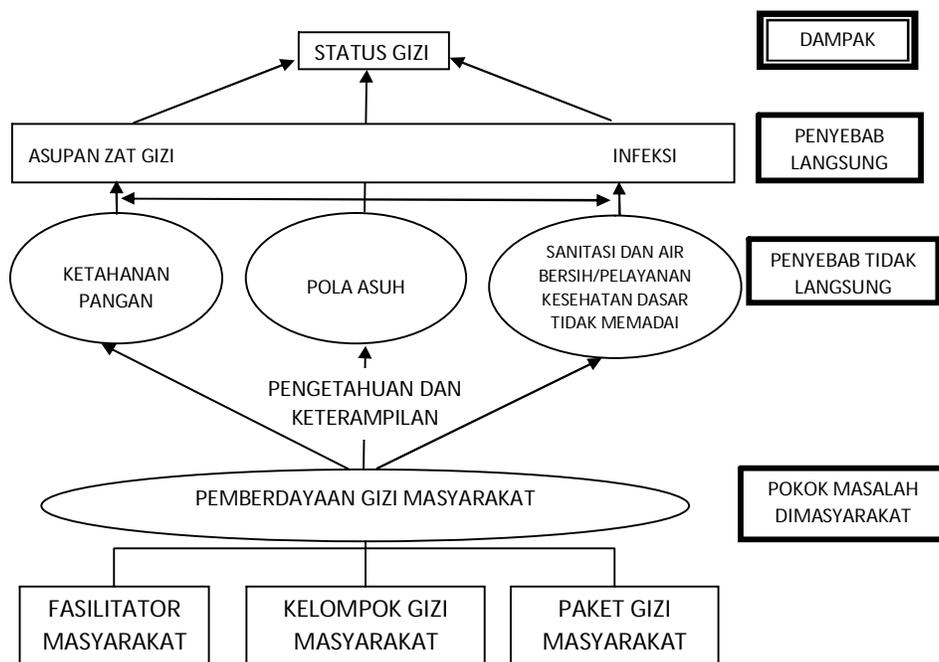
1. Sangat Kurus (BB/TB < -3 SD)
2. Kurus (BB/TB -3 SD s/d < -2SD)
3. Normal (BB/TB -2 SD s/d 2 SD)
4. Kegemukan (BB/TB > 2SD)

Tabel . Klasifikasi Status Gizi menurut Baku Rujukan WHO-NCHS

Indeks	Status gizi	Kategori (Nilai Z Sckore)
BB/U	Gizi lebih	> +2 SD
	Gizi baik	(> -2 SD) – (+2 SD)
	Gizi kurang	(≥ -3 SD) – (< -2 SD)
	Gizi buruk	< -3 SD
TB/U	Normal	≥ -2 SD
	Pendek	< -2 SD
BB/TB	Gemuk	> +2 SD
	Normal	(> -2 SD) – (+2 SD)
	Kurus	(≥ -3 SD) – (< -2 SD)
	Sangat kurus	< -3 SD

E. Kerangka Teori

Dari uraian kepustakaan diatas dapat disimpulkan bahwa status gizi dipengaruhi oleh asupan zat gizi dan penyakit infeksi sebagai penyebab langsung, penyebab tidak langsung adalah pengetahuan dan keterampilan serta pola asuh dalam keluarga, ketahanan pangan rumah tangga serta sanitasi dan air bersih/pelayanan kesehatan dasar, dan yang menjadi pokok masalah dimasyarakat adalah pemberdayaan gizi masyarakat Secara singkat digambarkan dalam gambar.



Kerangka Teori Penelitian
 Sumber : UNICEF (1998) Dengan Penyesuaian

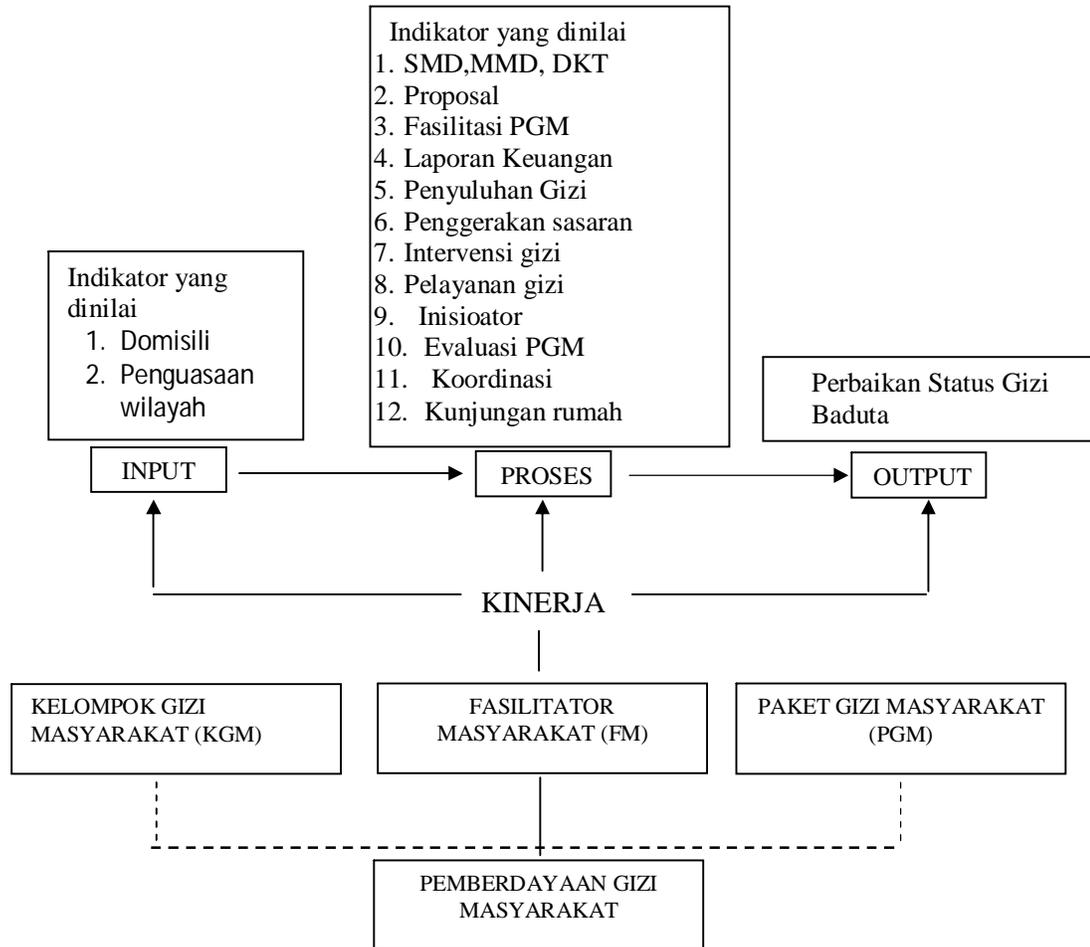
F. Kerangka Konsep

Program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh Fasilitator masyarakat di Sulawesi Selatan telah dilaksanakan di setiap kabupaten/kota. Sampai saat ini program ini telah berjalan tiga tahun berturut-turut. Oleh karena itu sangat penting dilakukan penilaian untuk melihat efektifitas Program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh Fasilitator masyarakat tersebut secara menyeluruh terhadap sistem pelaksanaan program tersebut, yaitu input, proses, output dan outcome.

Keempat komponen sistem evaluasi Program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh Fasilitator masyarakat adalah evaluasi pada tahap input yang akan menghasilkan informasi yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan program Program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat, pada tahap proses akan menghasilkan informasi pelaksanaan. Evaluasi output akan memberikan informasi terhadap hasil pencapaian pelaksanaan program. Ketiga komponen sistem program tersebut, apabila terlaksana dengan baik akan bermuara pada satu titik outcome yaitu peningkatan status gizi balita sebagai tujuan akhir dari program pendampingan tersebut.

Pada kerangka konsep yang dikembangkan dalam penelitian ini akan menjelaskan bagaimana Dampak program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh fasilitator masyarakat di Kabupaten Jeneponto. Untuk jelasnya kerangka konsep penelitian ini digambarkan sebagai berikut.

Kerangka Konsep



Varibel Yang Diteliti:

Kinerja Fasilitator masyarakat yang meliputi:

Input : Domisili (tempat tinggal fasilitator masyarakat) dan Penguasaan wilayah kerja.

Proses : SMD, MMD, DKT, Proposal, Fasilitasi Paket Gizi Masyarakat (PGM), Laporan Keuangan, penyuluhan gizi, Pergerakan sasaran, intervensi gizi, Pelayanan gizi, Inisiator, Evaluasi PGM (PaketGizi Masyarakat), Koordinasi, dan Kunjungan rumah.

Output : Perbaikan gizi baduta

G. Definisi Operasional

1. Penilaian input adalah menilai segala sesuatu yang dibutuhkan oleh seorang fasilitator masyarakat untuk dapat melaksanakan program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat kepada Kelompok Gizi masyarakat dan masyarakat yang menjadi sasaran program meliputi:
 - a. Domisili yaitu fasilitator bertempat tinggal disalah satu desa/kelurahan tempat penugasannya
 - b. Penguasaan wilayah yang dimaksud yaitu fasilitator mengenal wilayah kerja, dan dikenal oleh aparat pemerintah desa, Tokoh agama, tokoh masyarakat tempat di tugasnya dengan baik sebagai fasilitator pada program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat.
2. Penilaian proses adalah segala sesuatu yang dilakukan seorang fasilitator masyarakat dalam pelaksanaan program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat, terdiri atas:
 - a. SMD, MMD dan DKT yaitu fasilitator masyarakat melaksanakan Survey Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) dan Diskusi Kelompok Terbatas (DKT)
 - b. Proposal yaitu fasilitator memfasilitasi KGM (Kelompok Gizi Masyarakat) dalam pembuatan proposal Paket Gizi Masyarakat (PGM).
 - c. Fasilitasi PGM (Paket Gizi Masyarakat) yaitu fasilitator memfasilitasi KGM (Kelompok Gizi Masyarakat) dalam penyusunan rencana kerja PGM baik mingguan, bulanan maupun triwulan.

- d. Laporan Keuangan: yang dimaksud yaitu fasilitator membantu KGM membuat laporan keuangan dan kegiatan KGM sesuai petunjuk pelaksanaan.
- e. Penyuluhan Gizi; yang dimaksud adalah Fasilitator masyarakat memfasilitasi KGM dalam pelaksanaan penyuluhan dan konsultasi gizi bagi sasaran kelompok dan individu sesuai rencana kegiatan
- f. Pergerakan sasaran; yang dimaksud adalah memfasilitasi KGM dalam melakukan pergerakan sasaran untuk berkunjung keposyandu pada setiap hari posyandu.
- g. Intervensi Gizi; yang dimaksud adalah memfasilitasi pemberian paket gizi (taburia, MP ASI, maupun PMT pemulihan) pada kelompok sasaran
- h. Pelayanan Gizi; yang dimaksud adalah fasilitator masyarakat membantu sasaran untuk memperoleh pelayanan gizi (Kapsul Vit. A, Tablet tambah darah)
- i. Inisiator; yang dimaksud adalah fasilitator masyarakat berperan sebagai inisiator rapat/pertemuan berkala KGM, dan menghadiri undangan rapat dari puskesmas, pemerintah dan organisasi masyarakat lainnya.
- j. Evaluasi PGM; yang dimaksud adalah fasilitator masyarakat melaksanakan evaluasi seluruh kegiatan PGM (Paket Gizi Masyarakat) di desa/kelurahan.
- k. Koordinasi; yang dimaksud adalah fasilitator masyarakat melaksanakan koordinasi dengan pemangku kepentingan seperti kepala desa/kelurahan

beserta jajarannya, kepala puskesmas dan seluruh staf, dan lintas sektor terkait.

1. Kunjungan rumah; yang dimaksud adalah fasilitator masyarakat memfasilitasi dan membantu kegiatan kunjungan rumah.

(skor Penilaian terlampir)

3. Penilaian output adalah dampak positif timbul sebagai akibat dari kegiatan yang dilaksanakan oleh fasilitator masyarakat pada program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat, yang dilihat berdasarkan peningkatan status gizi baduta. Status gizi baduta dinilai berdasarkan nilai Z-Skor indeks BB/U, menggunakan Standar WHO-2005 dengan kriteria sebagai berikut:

Untuk indeks BB/U:

1. Sangat Kurang bila $Z\text{-Skor} < -3\text{ SD}$
2. Kurang bila $-3\text{ SD} \leq Z\text{-Skor} < -2\text{SD}$
3. Normal bila $-2\text{ SD} \leq Z\text{-Skor} \leq 2\text{ SD}$
4. Lebih bila $Z\text{-Skor} > 2\text{SD}$

Hasil dari penilaian status gizi baduta tersebut di akumulasikan dalam bentuk prevalensi desa/kelurahan yang menjadi lokasi pelaksanaan program perbaikan gizi melalui pemberdayaan masyarakat.