

DEPARTEMEN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

**PENELITIAN GIZI
DAN MAKANAN**

JILID 7

1984

PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI
(NUTRITION RESEARCH AND DEVELOPMENT CENTRE)
KOMPLEK GIZI JALAN SEMBOJA BOGOR INDONESIA
TELEPON (0251) 21763

PENELITIAN GIZI DAN MAKANAN
(NUTRITION AND FOOD RESEARCH)

DEWAN REDAKSI

DJUMADIAS ABUNAIN, M.Sc. (Ketua)
SOEKARTIJAH MARTOATMODJO, SKM
MUHILAL, Ph.D.
Dr. HERMANA, M.Sc.

1984. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi
Isi buku ini dapat dikutip dengan menyebut
"dikutip dari Penelitian Gizi dan Makanan, jilid 7, 1984"

Penelitian Gizi dan Makanan adalah penerbitan tidak berkala untuk
menyebarkan hasil-hasil penelitian yang dilakukan oleh Pusat
Penelitian dan Pengembangan Gizi.

Singkatan judul : Penelit Gizi Makan

ISSN : 0125-9717

PENGANTAR REDAKSI

Buku Penelitian Gizi dan Makanan jilid 7 ini merupakan edisi khusus, karena tidak seperti biasanya memuat beberapa hasil penelitian. Edisi ini hanya memuat satu laporan penelitian yaitu Analisa Situasi Kini tentang Isi dan Pelaksanaan kegiatan Gizi dalam *Primary Health Care*.

(Situation analysis of the current status with regard to content and implementation of the nutrition component of Primary Health Care).

Redaksi

ANALISA SITUASI KINI
TENTANG ISI DAN PELAKSANAAN KEGIATAN GIZI
DALAM "PRIMARY HEALTH CARE"

"Situation analysis of the current status with regard
to content and implementation of the nutrition
component of Primary Health Care"

Oleh

Soekartijah Martoatmodjo
Yayah K. Husaini
Zein Sulaiman
Darwin Karyadi

PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN R.I
DENGAN BANTUAN
WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR
SOUTH-EAST ASIA
1984

PRAKATA

Masalah gizi merupakan salah satu masalah kesehatan pada masyarakat negara-negara di kawasan Asia Tenggara. Dalam rangka usaha meningkatkan keadaan gizi masyarakat di berbagai negara tersebut, maka pada tahun 1979 di New Delhi, India, WHO-SEARO telah mengadakan pertemuan yang dihadiri oleh sekelompok cendekiawan dari pelbagai negara Asia Tenggara, termasuk Indonesia. Kelompok tersebut telah menghasilkan berbagai rencana program dan penelitian yang berhubungan dengan usaha meningkatkan keadaan gizi masyarakat berpenghasilan rendah.

Salah satu penelitian yang diutamakan untuk dilaksanakan dengan mendapat bantuan dari WHO-SEARO adalah mengenai "*Situation analysis of the current status with regard to content and implementation of the nutrition component of Primary Health Care*" (1). Protokol studi yang dibuat oleh berbagai negara yang akan melakukan penelitian, termasuk Indonesia, telah dibahas bersama oleh peserta dari negara-negara Asia Tenggara dan tim ahli dari WHO pada tahun 1980 di New Delhi.

Penelitian ini diselenggarakan dalam PELITA III dan ditunjang oleh studi Evaluasi Proyek/Program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga. Sebagai pelaksana penelitian ditentukan Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi berdasarkan surat *WHO ICP-RPD 002-180 (INO)*. Dalam perencanaan dan pelaksanaannya Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi mengadakan kerjasama dengan tim dari Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Fakultas Kedokteran dari Universitas Padjadjaran, Universitas Diponegoro dan Universitas Andalas.

Kelancaran pelaksanaan penelitian ini, sebagian besar berkat bantuan dan kerjasama yang baik dari berbagai instansi di Pusat serta di daerah penelitian.

Kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada tim pelaksana penelitian lapangan di daerah penelitian serta semua pihak yang telah ikut membantu, sehingga tugas ini dapat diselesaikan.

Khusus kepada para ibu sasaran pelaksanaan kegiatan gizi, kader gizi, pemuka masyarakat dan seluruh petugas pelaksana kegiatan gizi di daerah penelitian, atas kesediaannya sebagai responden, kami ucapkan terima kasih.

Hasil penelitian ini yang meliputi gambaran keadaan pengelolaan dan pelaksanaan kegiatan gizi di berbagai organisasi kesehatan dari pelbagai daerah penelitian serta saran-saran, diharapkan dapat digunakan oleh yang berkepentingan dalam memasuki PELITA IV.

Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan
Gizi, Badan Penelitian dan Pengembangan
Kesehatan, Dep Kes RI,

Prof. Dr. Darwin Karyadi

D A F T A R I S I

	halaman
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
RINGKASAN	1
KESIMPULAN	4
SARAN-SARAN	7
SUMMARY	10
CONCLUSIONS	14
RECOMMENDATIONS	17
PENDAHULUAN	20
BAHAN DAN CARA	24
HASIL	28
Pengamatan	28
Gambaran tentang pelaksanaan delapan kegiatan <i>PHC</i> esensial	28
Situasi Isi dan Pelaksanaan Kegiatan Gizi dengan Pendekatan <i>PHC</i>	31
1. Tahap Persiapan	31
A. Rencana	31
1) Pertemuan konsultasi gizi untuk pengelola pelaksanaan kegiatan gizi	31
2) Latihan untuk pelaksana kegiatan gizi	31
3) Persiapan desa terpilih untuk pelaksanaan kegiatan gizi	32
B. Ditemukan	33
1) Pengelola pelaksanaan kegiatan gizi	33

(1) Lamanya menjadi pengelola pelaksanaan kegiatan gizi	33
(2) Pertemuan konsultasi gizi	34
2) Latihan untuk pelaksana kegiatan gizi	
(1) Latihan untuk petugas UKIA sebagai pelaksana kegiatan gizi	35
Materi	35
Cara materi diajarkan	35
Alat peraga	35
Penilaian	36
Pelatih	36
Latar belakang petugas UKIA	38
(2) Latihan untuk calon kader, sebagai calon pelaksana kegiatan gizi	39
Materi	39
Cara materi diajarkan	40
Alat peraga	40
Penilaian	42
Petugas instansi sebagai pengajar pada latihan calon kader	42
Latar belakang	44
3) Persiapan desa terpilih untuk pelaksanaan kegiatan gizi	47
Hasil pertemuan antara pengelola dan pemuka masyarakat	47
2. Isi dan Pelaksanaan Kegiatan Gizi	49
A. Rencana	49
Pelaksanaan isi kegiatan gizi	
1) Kegiatan penimbangan anak Balita	49
2) Kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan	50
3) Kegiatan pemberian makanan tambahan	50
4) Kegiatan pemberian paket pertolongan gizi	50
5) Sarana untuk pelaksanaan kegiatan gizi	51

(1) Ketenagaan	51
a. Pelaksana	51
b. Pengelola	51
(2) Perlengkapan untuk pelaksanaan kegiatan gizi	52
B. Ditemukan	
1) Latar belakang ibu sasaran pelaksana kegiatan gizi	53
2) Pelaksanaan kegiatan penimbangan anak Balita	54
3) Pelaksanaan kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan	55
4) Pelaksanaan kegiatan pemberian makanan tambahan	57
5) Pelaksanaan kegiatan pemberian paket pertolongan gizi	58
6) Pendapat pemuka masyarakat tentang kegiatan gizi	59
7) Peranserta pemuka masyarakat dan ibu sasaran dalam pelaksanaan kegiatan gizi	60
8) Sarana untuk pelaksanaan kegiatan gizi	62
(1) Ketenagaan	63
a. Pelaksana	63
a) Kemampuan kader dan petugas UKIA melakukan kegiatan gizi	63
b) Beban kerja kader dan petugas UKIA dalam pelaksanaan kegiatan gizi	67
c) Usaha kader dan petugas UKIA untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi	70
b. Pengelola	73
a) Pengelola yang telah memahami kegiatan gizi	73
b) Pengelola yang telah melaksanakan kunjungan pembinaan	74
c) Laporan pelaksanaan kegiatan gizi	76
d) Tanggapan pengelola dan pemuka masyarakat tentang kemampuan dan beban kerja pelaksana kegiatan gizi	78

(2) Perlengkapan untuk melaksanakan kegiatan gizi	80
9) Penyebab pelaksanaan kegiatan gizi kurang lancar.	80
Faktor penyebab kurang lancar	
(1) Sarana	80
(2) Beban kerja pelaksana berat	81
(3) Pelaksana kegiatan gizi bukan tugas utama	81
(4) Masyarakat sulit diajak untuk mengikuti kegiatan gizi	81
(5) Daerah kerja	82
(6) Saat pelaksanaan kegiatan gizi kurang cocok dengan waktu luang kader/ibu sasaran	82
10) Usaha pengelola, pemuka masyarakat, kader dan petugas UKIA untuk mengatasi hambatan	83
Macam usaha yang telah dilakukan	
(1) Meminta bantuan atasan langsung	83
(2) Meminta bantuan kepada pemerintah daerah/lu- rah	84
(3) Meminta bantuan kepada instansi/organisasi la- in	84
(4) Mengadakan pendekatan kepada masyarakat	84
(5) Mengatasi sendiri	84
(6) Mengusahakan perlengkapan	84
11) Faktor yang memperlancar pelaksanaan kegiatan gi- zi	85
(1) Mendapat bantuan dari instansi lain	85
(2) Pemuka masyarakat selalu dihubungi oleh pe- laksana kegiatan gizi	86
(3) Pemuka masyarakat telah memberi bantuan	86
(4) Selalu ada bantuan dari pamong desa	86
(5) Pemuka masyarakat memberi tanggapan, jika di- minta bantuan	86
(6) Petugas kesehatan memberi tanggapan, jika di- minta bantuan	86
(7) Latihan yang telah pelaksana ikuti, sudah cu- kup untuk melakukan kegiatan gizi	86

halaman

PEMBAHASAN	88
KEPUSTAKAAN	96

DAFTAR TABEL

Tabel		halaman
1	Pelaksanaan delapan kegiatan <i>PHC</i> esensial pada organisasi kesehatan menurut pengamatan.	30
2	Lamanya menjadi pengelola pelaksanaan kegiatan gizi	33
3	Pertemuan konsultasi gizi	34
4	Latihan gizi untuk petugas UKIA sebagai pelaksana kegiatan gizi	37
5	Latar belakang petugas UKIA sebagai pelaksana kegiatan gizi	39
6	Latihan untuk calon kader	43
7	Latar belakang kader	46
8	Pemuka masyarakat yang telah memahami materi gizi	47
9	Persyaratan dalam memilih calon kader	48
10	Latar belakang ibu sasaran	54
11	Kegiatan penimbangan anak Balita	55
12	Kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan	56
13	Kegiatan pemberian makanan tambahan	58
14	Kegiatan pemberian paket pertolongan gizi	59
15	Pendapat pemuka masyarakat mengenai kegiatan gizi	60
16	Peranserta pemuka masyarakat dalam pelaksanaan kegiatan gizi	61
17	Peranserta ibu sasaran dalam pelaksanaan kegiatan gizi	62
18	Pengetahuan kader tentang materi gizi; kader yang trampil melaksanakan kegiatan gizi dan usul kader untuk meningkatkan pengetahuan mereka	64
19	Petugas UKIA yang memahami materi gizi dan yang trampil melaksanakan kegiatan gizi.	66

Tabel		halaman
20	Beban kerja kader dalam pelaksanaan kegiatan gizi	69
21	Petugas UKIA yang telah membuat laporan bulanan mengenai pelaksanaan kegiatan gizi	70
22	Usaha yang telah kader lakukan untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi	71
23	Usaha yang telah petugas UKIA lakukan untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi	73
24	Pengelola yang memahami tentang kegiatan gizi. .	74
25	Kunjungan pembinaan dilakukan oleh pengelola di tingkat kabupaten dan kecamatan	75
26	Pengelola yang menerima, membuat dan mengirimkan laporan	77
27	Kemampuan dan beban kerja pelaksana kegiatan gizi	79
28	Faktor penyebab pelaksanaan kegiatan gizi kurang lancar	82
29	Usaha pengelola, pemuka masyarakat, kader dan petugas UKIA untuk mengatasi hambatan	85
30	Faktor yang memperlancar pelaksanaan kegiatan gizi	87

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		halaman
1	Keterangan tentang organisasi kesehatan dalam penelitian yang melakukan kegiatan gizi dengan pendekatan <i>PHC</i>	98
2	Peta daerah penelitian	104
3	Penjelasan tentang daerah penelitian dan responden	105
4	Kerangka penelitian	109
5	Susunan tim penelitian	110

RINGKASAN

Dalam usaha untuk meningkatkan keadaan gizi masyarakat berpenghasilan rendah diberbagai negara di kawasan Asia Tenggara, termasuk Indonesia, langkah pertama ialah mengadakan penelitian mengenai isi dan pelaksanaan kegiatan gizi dengan pendekatan *PHC* yang telah dijalankan oleh negara bersangkutan. Penelitian ini mendapat bantuan dari WHO-SEARO.

Sehubungan dengan itu telah dilakukan penelitian, dengan tujuan untuk memperoleh data saat ini, tentang isi dan pelaksanaan kegiatan gizi dengan pendekatan *PHC* pada organisasi kesehatan (Puskesmas-UKIA, UPGK-Kes, KB-Gizi dan PKMD) di berbagai daerah, agar hasilnya dapat digunakan dalam meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi.

Daerah terpilih ialah propinsi Jawa Barat, Jawa Tengah dan Sumatera Barat. Jumlah Daerah tingkat II (DATI II) dan jumlah tiap organisasi kesehatan ditentukan secara proporsional berdasarkan jumlah DATI II di tiap propinsi serta jumlah tiap organisasi kesehatan di tiap DATI II dan di Indonesia; yaitu sembilan DATI II, 27 kecamatan untuk daerah kerja Puskesmas-UKIA, 27 desa UPGK-Kes, sembilan desa KB-Gizi dan sembilan desa PKMD. Responden terdiri atas: di DATI II: 33 pengelola (Kesehatan dan KB) pelaksanaan kegiatan gizi: di tingkat kecamatan: 91 pengelola (Kesehatan dan KB) pelaksanaan kegiatan gizi; 41 petugas Puskesmas-UKIA; di tingkat desa: 227 pemuka masyarakat, 145 kader dan 570 ibu sasaran yang telah mengikuti kegiatan gizi pada masing-masing organisasi kesehatan.

Pengumpulan data telah dilakukan serentak oleh tim di tiap propinsi dengan pengamatan dan wawancara, menggunakan kuesioner yang telah diujicoba. Pengolahan data dilakukan secara manual dan data dianalisa secara deskriptif terhadap variabel: isi dan pelaksanaan kegiatan gizi, ciri-ciri pelaksana kegiatan gizi, dan lain-lain.

Puslitbang Gizi dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian bekerja sama dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia serta Fakultas Kedokteran dari Universitas Diponegoro, Universitas Padjadjaran dan Universitas Andalas.

Hasil.

Pengamatan: pelaksanaan kegiatan gizi dengan pendekatan *PHC*, telah dilakukan oleh tiap organisasi kesehatan: tiga kegiatan di semua sub daerah penelitian dan satu kegiatan lainnya di sebagian besar sub daerah penelitian.

Tahap persiapan pelaksanaan kegiatan gizi: semua kegiatan yang telah digariskan, sudah dilakukan: Pertemuan konsultasi gizi sudah dilaksanakan, diikuti oleh 69-100 persen pengelola di tingkat kabupaten dan 36-75 persen pengelola di tingkat kecamatan. Materi yang seharusnya dibahas belum semuanya dikemukakan oleh pengelola tersebut.

Latihan gizi: telah dijalankan, diikuti oleh 44 persen petugas UKIA

sebagai pelaksana kegiatan gizi dan 83-98 persen kader. *Materi dan alat peraga* yang diberikan serta *cara mengajarkannya* (sebagian besar dengan ceramah), dikemukakan oleh pelaksana tersebut masing-masing di antara 0-100 persen; 0-97 persen dan 0-83 persen.

Tahap persiapan desa terpilih yang akan melakukan kegiatan gizi: pada permulaan, para petugas Kesehatan dan KB di tingkat kecamatan telah mengadakan pertemuan sehari dengan pemuka masyarakat, untuk memberi penjelasan tentang masalah gizi, tujuan pelaksanaan kegiatan gizi dan lain-lain. Didapatkan bahwa pemuka masyarakat (30-92 persen) sudah memahami dengan tingkat cukup tentang materi gizi.

Pemilihan calon kader: telah dilakukan oleh pemuka masyarakat, dan terdapat 5-62 persen kader yang belum mempunyai penghasilan tetap.

Isi dan pelaksanaan kegiatan gizi:

isi kegiatan gizi: penimbangan anak Balita sebulan sekali, penyuluhan gizi dan kesehatan; pemberian makanan tambahan (PMT) serta pemberian paket pertolongan gizi (PPG) telah dilakukan.

Pelaksanaan kegiatan gizi: 92-100 persen ibu sasaran telah mengikuti kegiatan penimbangan anak Balita; 25-90 persen telah mengikuti penyuluhan gizi dan kesehatan dan 10-80 persen telah mengerti dengan tingkat cukup tentang materi penyuluhan (sebagian besar ibu berpendidikan rendah). Ibu sasaran yang belum mengikuti penyuluhan dengan alasan *repot* atau *belum ada kegiatan penyuluhan*. PMT telah diterima oleh 13-100 persen ibu sasaran, 36-75 persen telah menerima berupa *makanan masak*. Berupa *wang, susu* telah diterima masing-masing di antara 1-55 persen dan 0-48 persen ibu sasaran. PPG telah diterima oleh 25-92 persen ibu sasaran; 5-89 persen anak Balita telah menerima kapsul vitamin A dosis tinggi. Di antara 0-28 persen ibu yang telah menerima oralit dan 10-42 persen yang mendapat tablet tambah darah. Di antara 63-74 persen ibu telah diminta untuk berperan serta dan 1-16 persen mulai memberi bantuan dalam berbagai bentuk (pekerjaan pokok suami mereka termasuk golongan berpenghasilan rendah).

Pendapat pemuka masyarakat: 5-88 persen pemuka masyarakat menyatakan: *penyuluhan gizi dan kesehatan*, ialah kegiatan gizi yang paling diperlukan; 58-100 persen mengemukakan: kader telah *mampu melakukan kegiatan gizi* dan 8-83 persen petugas UKIA telah mampu melakukannya; 8-83 persen menyatakan *beban kerja berat* untuk kader dan 0-50 persen untuk petugas UKIA.

Di antara 8-83 persen pemuka masyarakat telah berperan serta dalam kegiatan gizi.

Kemampuan kader: 8-100 persen kader telah mengetahui dengan tingkat cukup mengenai materi latihan dan 0-88 persen sudah trampil melakukan kegiatan gizi (sebagian besar kader berusia sebaya dengan ibu sasaran).

Usul beberapa kader: diadakan latihan lagi yang lebih mendalam untuk kader.

Kemampuan petugas UKIA: 41-100 persen petugas UKIA sudah memahami dengan tingkat baik mengenai materi latihan gizi dan 48-90 persen telah trampil dalam melakukan kegiatan gizi.

Beban kerja kader: 58-100 persen kader melayani 21 kepala keluarga atau lebih tiap kader; 0-58 persen kader telah melakukan penimbangan 41-100 anak per pos penimbangan. Kegiatan tersebut melebihi dari yang telah digariskan dalam juklak.

Usaha kader untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi: melakukan kunjungan rumah, menghubungi pamong desa, mengadakan kerja sama dengan petugas berbagai instansi dan beberapa kader melakukan penyuluhan gizi dan kesehatan.

Beban kerja petugas UKIA: Selain melakukan tugas Puskesmas yang telah digariskan, harus juga melaksanakan kegiatan gizi dengan daerah kerja satu kecamatan.

Usaha petugas UKIA untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi: menghubungi pamong desa dan mengadakan kerjasama dengan petugas berbagai instansi.

Pengelola di tingkat kabupaten (38-59 persen) dan kecamatan (35-94 persen) telah memahami dengan tingkat cukup mengenai kegiatan gizi. *Kunjungan pembinaan:* telah dilakukan oleh pengelola di tingkat kabupaten (88-100 persen) dan di tingkat kecamatan (69-100 persen). Kegiatan-kegiatan yang sudah digariskan telah dilakukan oleh pengelola di tingkat kabupaten (59-88 persen) dan di tingkat kecamatan (12-100 persen).

Laporan bulanan tentang pelaksanaan kegiatan gizi: isi laporan, penerimaan laporan, pembuatan laporan dan mengirimkannya kepada yang wajib menerimanya telah dilakukan, namun belum seragam dalam beberapa hal.

Faktor-faktor penyebab pelaksanaan kegiatan gizi kurang lancar: perlengkapan dan tenaga pelaksana yang kurang; beban kerja pelaksana yang berat; daerah kerja yang susah dijangkau atau terlalu luas atau tempat pertemuan terlalu jauh; masyarakat sulit untuk diajak mengikuti kegiatan gizi dan saat pelaksanaan kegiatan gizi kurang cocok dengan waktu luang dari kader atau ibu sasaran.

Usaha yang telah dilakukan untuk mengatasi hambatan: meminta bantuan kepada atasan langsung, kepada pemerintah daerah/kepala desa dan kepada instansi/organisasi lain; mengadakan pendekatan kepada masyarakat; mengatasi sendiri serta mengusahakan perlengkapan.

Faktor-faktor yang memperlancar pelaksanaan kegiatan gizi: mendapat bantuan dari instansi lain, pemuka masyarakat, dan pamong desa; petugas kesehatan dan pemuka masyarakat memberi tanggapan, jika diminta bantuan serta latihan yang telah diikuti oleh sebagian pelaksana dirasakan sudah cukup untuk melakukan kegiatan gizi.

KESIMPULAN

Hasil *pengamatan* menunjukkan, bahwa pelaksanaan kegiatan gizi dengan pendekatan *PHC* telah dilakukan di daerah penelitian. Tetapi satu dari empat kegiatan gizi ialah *pemberian paket pertolongan gizi* belum dimulai di beberapa sub daerah penelitian.

Pada *tahap persiapan pelaksanaan kegiatan gizi*, kegiatan yang dilakukan:

- 1) *Pertemuan konsultasi gizi*, namun belum diikuti oleh semua pengelola di tingkat kabupaten dan kecamatan serta petugas instansi lain yang mempunyai peranan dalam pelaksanaan kegiatan gizi. Materi yang dibahas: belum menurut yang telah digariskan dalam petunjuk pelaksanaan (juklak).
- 2) *Latihan untuk calon kader dan latihan gizi untuk petugas UKIA*, sebagai pelaksana kegiatan gizi, tetapi belum semua dari mereka telah mengikutinya. Materi dan alat peraga yang diberikan serta cara penyampaiannya (sebagian besar melalui ceramah): belum menurut yang telah digariskan dalam juklak.
- 3) *Pertemuan sehari dengan pemuka masyarakat* oleh petugas kesehatan dan KB tingkat kecamatan pada persiapan desa terpilih, untuk memberi penjelasan tentang tujuan pelaksanaan kegiatan gizi, masalah gizi yang ada di desa, dan lain-lain.
Dengan keadaan tersebut, ditemukan, bahwa:
 - (1) belum semua pengelola telah memahami dengan tingkat cukup mengenai kegiatan gizi;
 - (2) belum semua kader mengetahui dengan tingkat cukup dan belum semua petugas UKIA memahami dengan tingkat baik tentang materi latihan serta belum semua dari mereka sudah trampil melakukan kegiatan gizi;
 - (3) belum semua pemuka masyarakat memahami dengan tingkat cukup tentang materi gizi.
Pemilihan calon kader telah dilakukan oleh pemuka masyarakat, namun belum ditrapkan semua kriteria yang telah digariskan dalam juklak, sehingga terdapat 5-62 persen kader yang belum mempunyai penghasilan tetap.

Hasil isi dan pelaksanaan kegiatan gizi

- 1) Ke empat *isi kegiatan gizi* telah dilakukan: penimbangan anak Balita sebulan sekali, penyuluhan gizi dan kesehatan; pemberian makanan tambahan (PMT) dan pemberian paket pertolongan gizi (PPG).
- 2) Belum semua *ibu sasaran* telah memanfaatkan kegiatan gizi tersebut.
 - (1) Ibu sasaran yang belum mengikuti penyuluhan gizi dan kesehatan memberi alasan: repot atau belum ada kegiatan tersebut di daerahnya.
 - (2) PMT belum dilakukan menurut yang telah digariskan dalam juklak, sehingga belum semua ibu menerima PMT untuk anaknya

- berupa makanan masak dan banyak di antara ibu telah menerima berupa susu atau dalam bentuk uang.
- (3) Sesuai dengan hasil pengamatan, pelaksanaan PPG belum menyebar di semua sub daerah penelitian, sehingga belum semua anak Balita telah menerima kapsul vitamin A dosis tinggi dan masih sedikit ibu hamil dan ibu menyusui yang telah mendapat tablet tambah darah.
 - (4) Belum semua ibu sasaran telah mengerti dengan tingkat cukup mengenai materi gizi yang diberikan melalui penyuluhan; (sebagian besar dari mereka mempunyai dasar pendidikan rendah: buta huruf, putus/tamat SD).
 - (5) Pekerjaan utama sebagian besar suami ibu sasaran termasuk golongan berpenghasilan rendah, maka di antara 1-16 persen ibu sasaran yang telah mulai berperan serta dalam pelaksanaan kegiatan gizi dalam berbagai bentuk.
- 3) *Kader* sebagai pelaksana kegiatan gizi dengan sukarela:
- (1) mempunyai beban kerja yang berat yaitu melebihi dari yang telah digariskan didalam juklak; sedangkan banyak di antara mereka belum mempunyai penghasilan yang tetap;
 - (2) berusaha dengan berbagai kegiatan untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi;
 - (3) sebagian besar kader mempunyai pendidikan setingkat dan berusia sebaya dengan ibu sasaran;
- 4) *Petugas UKIA* sebagai pelaksana kegiatan gizi yang berstatus pegawai negeri:
- (1) mempunyai beban kerja yang berat yaitu sebagai petugas Puskesmas-UKIA yang meliputi daerah kerja satu kecamatan dan selaku pelaksana kegiatan gizi;
 - (2) berusaha dengan berbagai kegiatan untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi;
 - (3) sebagian besar petugas UKIA berpendidikan tamat SLP/ sederajat atau SLA/ sederajat dan berusia lebih tua dari pada ibu sasaran.
- 5) *Pengelola* di tingkat kabupaten dan kecamatan:
- (1) belum semua pengelola telah mengadakan kunjungan pembinaan dan melakukan semua kegiatan yang telah digariskan dalam juklak;
 - (2) belum semua pengelola telah melaksanakan sistem pelaporan pelaksanaan kegiatan gizi sesuai dengan yang telah digariskan dalam juklak.
- 6) *Pemuka masyarakat* berpendapat, bahwa *penyuluhan gizi dan kesehatan*, ialah kegiatan yang paling diperlukan.
- 7) *Faktor-faktor sebagai penyebab pelaksanaan kegiatan gizi menjadi kurang lancar*:
- (1) perlengkapan untuk pelaksanaan kegiatan gizi yang kurang;
 - (2) tenaga pelaksana yang kurang, sehingga beban kerja untuk pelaksana menjadi berat;

- (3) masyarakat sulit untuk diajak mengikuti kegiatan gizi dan saat pelaksanaan kegiatan gizi kurang cocok dengan waktu luang ibu sasaran.
- 8) *Usaha yang telah dilakukan untuk mengatasi hambatan:*
 - (1) meminta bantuan kepada atasan langsung, pemerintah daerah, atau instansi/organisasi lain;
 - (2) mengadakan pendekatan kepada masyarakat;
 - (3) mengusahakan perlengkapan dan mengatasi sendiri.
- 9) *Faktor-faktor yang memperlancar pelaksanaan kegiatan gizi:*
 - (1) mendapat bantuan dari instansi lain, pemuka masyarakat dan pamong desa;
 - (2) petugas kesehatan dan pemuka masyarakat memberi tanggapan, jika diminta bantuan.

SARAN-SARAN

Tahap persiapan

1) Dalam memilih/menunjuk pengelola pelaksanaan kegiatan gizi di tingkat kabupaten atau kecamatan hendaknya berpedoman pada kriteria yang telah disusun berdasarkan pengalaman. Para pengelola hendaknya mendapat pengarahannya yang cukup mendalam dan dibekali dengan petunjuk pelaksanaan yang sistematis dan terperinci mengenai pelaksanaan kegiatan gizi yaitu semacam "buku pintar".

2) Dalam mempersiapkan desa terpilih, petugas Puskesmas dan pengelola dari instansi lain, kecuali mengadakan kunjungan dan pertemuan yang dilakukan beberapa kali, hendaknya juga membuat rencana bersama-sama dengan para pemuka masyarakat, mengenai persiapan, pelaksanaan dan pengelolaan kegiatan gizi. Para pemuka masyarakat dibekali pula dengan buku pintar yang lebih sederhana. Dalam buku pintar tersebut antara lain dicantumkan syarat-syarat mengenai proses dan kriteria pemilihan calon kader. Perlu ditelaah kembali tentang syarat-syarat tersebut, menurut pengalaman di berbagai daerah antara lain mengenai usia, dasar pendidikan, pekerjaan utama yang menghasilkan.

3) Jumlah hari untuk latihan calon kader, hendaknya ditambah. Untuk memantapkan ketrampilan kader, maka supaya secara terus menerus diperagakan cara melakukan kegiatan gizi. Cara menyampaikan materi latihan, hendaknya lebih banyak dengan memperagakan perlengkapan yang akan digunakan pada pelaksanaan kegiatan gizi. Para pelatih hendaknya tidak hanya petugas Puskesmas dan BKKBN saja, tetapi juga terdiri atas petugas instansi yang ada kaitannya dengan pelaksanaan kegiatan gizi. Mereka hendaknya mendapat pengarahannya yang seksama dan dibekali pula dengan buku pintar, supaya seragam dalam macam materi yang akan diberikan serta cara menyampaikannya.

Pelaksanaan kegiatan gizi

1) Mengingat pelaksana kegiatan gizi pada UKIA mempunyai beban tugas yang berat di Puskesmas dengan daerah kerja yang luas (mencakup satu kecamatan), maka hendaknya mereka tidak lagi diserahi untuk melakukan kegiatan gizi. Pelaksana kegiatan gizi di desa di seluruh kecamatan hendaknya dilakukan oleh kader.

2) Jumlah kader hendaknya ditambah untuk mengurangi beban kerja mereka yang berat. Untuk menambah jumlahnya, salah satu usaha diantaranya, adalah supaya latihan calon kader diselenggarakan lebih dari satu kali dalam satu tahun. Sewaktu-waktu dapat dilatih pengganti kader yang mendadak mengundurkan diri, sehingga kekurangan tenaga dapat dengan segera diatasi. Untuk meningkatkan pengetahuan dan

ketrampilan kader, hendaknya secara berkala diadakan latihan penyegar. Dalam latihan ini, hendaknya diajarkan pula ketrampilan yang dapat menambah penghasilan. Diharapkan ketrampilan ini akan diteruskan pula oleh kader kepada ibu sasaran melalui kegiatan penyuluhan. Dengan cara ini diharapkan untuk meningkatkan jumlah pengunjung kegiatan gizi, sekaligus juga guna memantapkan ketrampilan kader dan ibu sasaran dalam usaha untuk menambah penghasilan.

3) Guna meningkatkan peranserta masyarakat, lagi pula untuk memantapkan perhatian dan pemahaman pemuka masyarakat mengenai pelaksanaan kegiatan gizi, maka hendaknya secara bergantian/bergiliran para pemuka masyarakat menghadiri latihan calon kader, latihan penyegar untuk kader dan kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh kader. Dengan cara ini diharapkan, agar dapat merangsang serta memantapkan gairah masyarakat untuk mengunjungi kegiatan gizi dan berperanserta dalam pelaksanaannya. Lagi pula agar dapat menimbulkan pengertian dan semangat bergotong royong di antara mereka, tentang kegiatan gizi yang menjadi milik masyarakat dan untuk kepentingan masyarakat, serta seyogyanya dilaksanakan oleh masyarakat.

4) Hendaknya untuk tingkat kecamatan ada petugas penuh yang menangani pelaksanaan kegiatan gizi dan ditempatkan di Puskesmas. Petugas ini telah memahami dengan baik tentang gizi dan seluk beluk pelaksanaan kegiatan gizi. Diharapkan dengan cara ini, dapat meningkatkan pengelolaan pelaksanaan kegiatan gizi, sehingga dengan cepat dapat diketahui hambatan atau kelemahan pelaksanaan antara lain, desa mana yang memerlukan tambahan kader, perlengkapan, dan lain-lain.

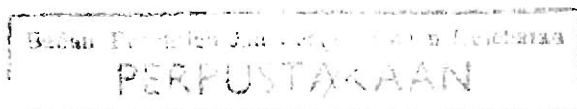
5) Kegiatan kunjungan pembinaan kepada kader, supaya diadakan secara teratur oleh petugas Puskesmas bersama-sama dengan pengelola dan petugas instansi lain yang mempunyai peranan dalam pelaksanaan kegiatan gizi. Kegiatan yang hendaknya mendapat perhatian dalam kunjungan ini antara lain menelaah tentang proses pemilihan calon kader, memberi bimbingan pada latihan untuk calon kader, latihan penyegar, pelaksanaan kegiatan gizi, memeriksa persediaan dan penggunaan perlengkapan/alat/bahan.

6) Sistem pelaporan hendaknya seragam dan tepat guna dan diteliti kembali, supaya sejalan dengan perkembangan pelaksanaan kegiatan gizi.

7) Di tingkat kabupaten dan kecamatan hendaknya diciptakan keterbukaan dalam pengelolaan biaya, penggunaan tenaga dan fasilitas antar instansi yang berperan dalam pelaksanaan kegiatan gizi, disertai dengan perincian pembagian tugas sesuai dengan tujuan pokok tiap instansi, supaya dapat saling isi mengisi.

8) Guna mengurangi kebosanan dalam pelaksanaan kegiatan gizi yang dilakukan secara rutin, maka perlu pemikiran untuk menganeka-

ragamkan perlengkapan dan kegiatan, disesuaikan dengan keadaan daerah, antara lain dengan menggunakan boneka, ceritera bergambar, video (digunakan secara bergantian). Untuk itu diperlukan kreatifitas para pengelola di tingkat kecamatan dan kabupaten.



SUMMARY

The strive to increase the nutritional status of the low income group in several South East Asian Countries, including Indonesia, the primary step to be taken is to conduct a study on the content and the implementation of the nutrition services in PHC already carried out by the country concerned. This study will be sponsored by the WHO-SEARO.

According to it, a study had been carried out, with the aim to get information on the situation of the current status in regard to the content and the implementation of the nutrition services in PHC at the health services (Puskesmas-UKIA (1), UPGK-Kes (2), KB-Gizi(3) and PKMD (4) in several areas, so that the results could be used to increase the implementation of the nutrition services.

The selected study areas were in the provinces of West Java, Central Java and West Sumatra. The number of regencies and the number of each health service were decided proportionally according to the number of regencies in each province and the number of each health service in each regency and in Indonesia, i.e. nine regencies, 27 kecamatans(5) as work area of Puskesmas-UKIA, 27 villages of UPGK-Kes, nine villages of KB-Gizi and nine villages of PKMD.

The respondents were: at the regency level:33 managers(of Health and KB)(6) of the nutrition services, at the kecamatan level: 91 managers (of Health and KB) of the nutrition services; 41 personnel of Puskesmas-UKIA, who did the nutrition services; at the village level: 227 key persons, 147 kaders(7) and 570 mothers as target group of the health services.

The data were collected at the same time by a team in each province through observation and interview, using pre-tested questionnaires. The data were processed manually, and were analysed descriptively on the variables: content and implementation of the nutrition services, the profile of the performers and others.

The Centre of Research and Development for Nutrition, during the planning stage and the execution of the study had worked together with the Faculty of Public Health, University of Indonesia and the Faculties of Medicine of the University of Diponegoro, University of Padjadjaran and the University of Andalas.

-
- (1) Puskesmas-UKIA = Health Centre-MCH
 - (2) UPGK-Kes = Family Nutrition Improvement Programme organized by the Ministry of Health
 - (3) KB-Gizi = Nutrition Programme organized by the Family Planning Coordinating Board
 - (4) PKMD = Village Community Health Development
 - (5) kecamatan = Sub district
 - (6) KB = Family planning
 - (7) kader = volunteer worker of the nutrition service

Results

Observation: the implementation of the nutrition services in PHC had been carried out by each health service: three kinds of sessions in all study sub areas and the other one kind of session in most study sub areas.

Preparation stage of the implementation of the nutrition services.

All planned activities were carried out:

The *nutrition consultation meeting:* was attended by 69-100 per cent of managers at the regency level and 36-75 per cent at the kecamatan level. The subjects which should be discussed were not all mentioned by those managers.

The *nutrition training:* was attended by 44 per cent of UKIA personnel as performers of the nutrition services and 83-98 per cent of kaders. The subjects and the training materials and the method of teaching (mostly through lectures) which should be given according to the plan were mentioned by those performers, respectively between 0-100 per cent, 0-97 per cent and 0-83 per cent.

Preparation stage of a village: at the initial stage, a one day meeting with key persons was organized by the health and KB's personnel at the kecamatan level, to inform the key persons on the nutrition problems in their village, the aim of the nutrition services and others. It was found that 30-92 per cent of the key persons had known sufficiently on the nutrition services. The selection of kader's candidates was done by the key persons and it was found that 5-63 per cent of kaders did not have a constant earning.

The content and the implementation of the nutrition services.

The *content* of the nutrition services: session of the monthly weighing of children under five years, nutrition and health education session; supplementary feeding session and nutritional first aids distribution session were carried out.

The *implementation* of the nutrition services: 92-100 per cent of mothers had attended the *weighing session*; 25-90 per cent of mothers had followed the *nutrition and health education session* (10-80 per cent of them had understood sufficiently the education subjects). Mothers, who were not able to be at that session, had mentioned the reasons: they were too busy or there was not yet such session in their neighbourhood (most of the mothers had low education).

Food supplementary feeding session was attended by 13-100 per cent of mothers; 36-75 per cent had received food supplement for their child in the form of cooked food, 1-55 per cent in the form of money and 0-48 per cent in the form of milk.

Nutritional first aids distribution session was attended by 25-92 per cent of mothers; 5-89 per cent had received oral high dose of

vitamin A capsules for their child; 0-28 per cent had received oral rehydration salts (ORS) and 10-42 per cent had received iron folate tablets. Between 63-74 per cent of mothers were asked to participate in the nutrition services and 1-16 per cent of them had started to help the nutrition services (the main occupation of their husbands belonged to the low income group).

Opinion of the key persons on the nutrition sessions: 5-88 per cent of key persons had the opinion: "the nutrition and health education session is the most needed session"; between 58-100 per cent and 8-83 per cent of them respectively had the opinion: "the kaders and the UKIA personnel are able to do the nutrition services"; between 8-83 per cent and 0-50 per cent of them respectively had the opinion: "the kaders and the UKIA personnel are overburden with the nutrition sessions".

Between 8-83 per cent of key persons had participated in the nutrition services.

The ability of the kaders: 8-100 per cent of kaders had known sufficiently on the subjects of the training and 0-88 per cent of them were able to do the nutrition services (most of the kaders were at the same age as the mothers as the target group).

Suggestion of some kaders: to organize again a more intensive training for kaders.

The kaders' efforts to increase the attenders of the session: doing home visits, meeting the head of the village; working together with workers of several government and private organizations and some kaders had done nutrition and health education session.

The workload of the kaders: each kader was in charge of 21 families or more according to 58-100 per cent of kaders; each weighing post was attended by 41-100 children, according to 0-58 per cent of kaders. The above workload was more than it was planned.

The ability of the UKIA personnel as nutrition services performers: 41-100 per cent of UKIA personnel were well knowledgeable on the subjects of the nutrition training and 48-90 per cent of them were able to do the nutrition services.

The UKIA personnel's efforts to increase the attenders of the sessions: meeting the heads of the villages and working together with workers of several governments and private organizations.

The workload of the UKIA personnel: they were burdened with the day to day activities in general health service delivery to the public with one kecamatan as their work area, besides they had to perform the nutrition services.

The managers at the kabupaten and kecamatan level: 38-59 per cent of managers at kabupaten level and 35-94 per cent at kecamatan level were knowledgeable sufficiently on the nutrition services.

Supervision was carried out by 88-100 per cent of managers at the kabupaten level and 69-100 per cent at the kecamatan level. The activities that should be carried out as planned, were performed by

59-88 per cent of managers at kabupaten level and by 12-100 per cent at kecamatan level.

The monthly report of the nutrition services: the content of the report, making the report and sending it to the officials concerned were performed, but in several points it was not yet uniform.

Some constraints on the implementation of the nutrition services: lack of facilities, shortage of manpower; the work area was difficult to reach or it was too broad or the meeting place was too far, it was difficult to stimulate the people to attend the sessions and the time of the sessions did not suite with the spare time of the kaders or the mothers.

Actions were taken to overcome the constraints: asking support from the superiors, from the local government and from other government and private organizations; approaching the community, striving for facilities and overcoming it by them self.

Factors which had smoothed the implementation of the nutrition services: getting support from other government organizations, key persons and the local government.

CONCLUSIONS

The *observation* results had shown, that the implementation of the nutrition services in PHC were carried out in the study areas. Although one of the four sessions i.e. nutritional first aids distribution session was not yet started in some study sub areas.

At the preparatory stage of the implementation of the nutrition services, activities which were carried out i.e.:

- 1) *Nutrition consultation meeting*, but it was not yet attended by all managers at the kabupaten and kecamatan levels and by staff members of other government organizations, which were involved in the implementation of the nutrition services. The subjects of the meeting: not yet all managers had mentioned the subjects according to the plan.
- 2) *Training for kader's candidates and for UKIA personnel*, who were performers of the nutrition services, but it was not yet attended by all of them. The subjects, the training materials and the method of teaching were not yet given according to the plan.
- 3) A one day meeting with key people organized by the Health and KB officials at the kecamatan level, with the purpose to give information to the key people on the aim of the nutrition services, the nutrition problem in their village and others.

With the above mentioned situation, it was found, that:

- (1) not yet all managers were sufficiently knowledgeable on the nutrition services;
- (2) not yet all kaders had understood sufficiently and not yet all UKIA personnel were well knowledgeable on the subjects of the training and not yet all of them were able to do the nutrition services;
- (3) not yet all key people had understood sufficiently on the nutrition subjects.
The selecting of kaders' candidates was carried out by the key people, but not all of the criteria were followed, so that there were 5-62 percent of kaders, who did not have a constant earning.

The results of the content and the implementation of the nutrition services.

- 1) The four sessions as content of the nutrition services were carried out i.e. the session of the monthly weighing of children under five year; the nutrition and health education session; the supplementary feeding session and the nutritional first aids distribution session.

- 2) Not yet all mothers as a target group had attended the above mentioned sessions.
 - (1) Mothers who had not yet attended the nutrition and health education session, had given their reasons: they were too busy and there was not yet such session in their neighbourhood.
 - (2) The supplementary feeding session was not yet carried out as planned, so that not yet all mothers who had received food supplement for their child, in the form of cooked food and there were many mothers who had received it in the form of milk or money.
 - (3) As mentioned at the result of observation, the implementation of the nutritional first aids distribution session was not yet carried out in all study sub areas, therefore that not all children under five years old had received the oral high dose of vitamin A capsules and there were not many pregnant and nursing mothers, who had received the iron folate tablets.
 - (4) Not yet all mothers had understood sufficiently the nutrition subjects given during the education session; most of the mothers had low education (illiterate, dropped out/finished the elementary school).
 - (5) The main occupation of their husbands belonged to the low economic group; and there were 1-16 per cent of mothers, who had started to participate with the sessions.
- 3) *Kaders* as volunteer workers, who had performed the nutrition services:
 - (1) had a heavy workload i.e. more than it was planned; while many of them did not have a constant earning;
 - (2) they had strived through several activities to increase the implementation of the nutrition services;
 - (3) most of them had the same level of education and were of the same age with the mothers as the target group of the nutrition services.
- 4) *UKIA personnel* as performers of the nutrition services, were government officials:
 - (1) they had a heavy workload as health staff members of the Puskesmas with a work area of one kecamatan and as performers of the nutrition services;
 - (2) they had strived through several activities to increase the implementation of the nutrition services;
 - (3) most of the UKIA personnel had the basic education of junior high school or senior high school and were older than the mothers as the target group of the health services.

- 5) *Managers* of the nutrition services at the regency and kecamatan levels:
 - (1) not all managers had carried out supervision and had done all of the activities according to the plan;
 - (2) not all managers had performed the reporting system of the nutrition services according to the plan.
- 6) *The opinion of the key persons* was that "the nutrition and health education session, is the most needed session".
- 7) *Some constraints on the implementation of the nutrition services:*
 - (1) lack of facilities;
 - (2) shortage of manpower, so that the workload of the performers became heavy;
 - (3) the people was difficult to be motivated to attend the nutrition services and the time of the implementation of the sessions did not suit with the spare time of the kaders and the mothers.
- 8) *Efforts had been taken to decrease the constraints:*
 - (1) to apply support from the superiors, from the local government or other government or private organizations;
 - (2) to approach the community;
 - (3) to overcome it by them self and to strive for facilities.
- 9) *Factors which had smoothed the implementation of the nutrition services:*
 - (1) there were supports from other government organizations; from the key people and the village caretakers;
 - (2) the health personnel and the key people had given support if they were asked for help.

RECOMMENDATIONS

Preparatory phase

1) In choosing/appointing a manager for the implementation of the nutrition services at the kabupaten or at the kecamatan level, it should be oriented on the criteria, based on experience. The managers should receive an intensive guide and they should be furnished with a systematic and specified guide book on the implementation of the nutrition services, it can be called as a "smart/intelligent book".

2) At the preparatory phase of a chosen village, the Puskesmas staff and the managers of the other institutions, during their several visits and meetings, they should also prepare together with the key persons a plan on the preparation, the implementation and the management of the nutrition services. The key persons should also be equipped with a more simple "smart book". In that book it is mentioned among others, the process and criteria of appointing kaders' candidates. It is necessary to check again that criteria, according to the experiences in several areas, i.e. on the age, the basic education, the main occupation, etc.

3) The number of days of the kaders' candidates' training should be increased. A continuous practice on the implementation of the nutrition services should be given to the kaders, to steady their abilities in doing the nutrition services. The subjects of the training should be given more through practice, using the materials of the nutrition services. The trainers should not only consist of the Health Centre and the Family Planning's staff, but it should also be taken from other institutions, which are involved in the implementation of the nutrition services. They should get an intensive guide and also be furnished with a "smart book", in order to be uniform in the kind of subjects given during the training and also the method in teaching the subjects.

The implementation of the nutrition services

1) The performers of the nutrition services at UKIA had already a heavy workload at the Health Centre, with a broad work area (covering one kecamatan); therefore they should be resigned in the performing of the nutrition services. The implementation of the nutrition at the village level in the kecamatan should be done by the kaders.

2) The number of kaders should be increased to cut down their heavy workload. To increase the number, one of the efforts is, that the kaders' candidates' training should be performed more than once a year. By this effort, it is expected, that any time, it can be

trained the replacements of kaders, who are suddenly resigned, so that the shortage of kaders can be solved soon. To increase the knowledge and the skill of kaders, refresher training should be periodically arranged.

During this training, it should also be given skills for income generating. It is expected, that the kaders are also willing to forward this skill to the mothers as target group through the nutrition and health education sessions.

It is expected, through this effort to increase the number of the nutrition services' attenders, and also to improve the kaders' and the users' skill for income generating.

3) To increase the community participation and also to improve the attention and the knowledge of the key persons on the implementation of the nutrition services, they are suggested to attend in turns the kader's candidates' training, the refresher's training; and the nutrition and health education sessions done by the kaders. It is expected through this effort, that it can stimulate and resolute the desire of the community in attending the nutrition services and in participation in the implementation. Besides that in order to appear the conception and the consciousness of their mutual aid about the nutrition services, which become the community's property and for the sake of the community; and it is properly to be implemented by the community themselves.

4) At the kecamatan level, there should be a full time person, who takes care on the implementation of the nutrition services and to be placed at the Puskesmas. This person should be well knowledgeable about nutrition and know the details of the implementation of the nutrition services. It is expected, through this effort, to increase the management of the implementation of the nutrition services, so that within a short time, it can be discovered the constraints or weaknesses of the implementation, such as, which villages need addition of kaders, of facilities, etc.

5) Supervision activities to kaders should be regularly performed, by the Puskesmas staff and the managers and the staff from other institutions, which are involved in the nutrition services. During the supervision, stress should be given such as on the process of selecting of kaders' candidates, giving advice on the kader's candidates' training, the refresher's training, the nutrition and health education sessions carried out by the kaders, enquiring on the supply and the use of materials/facilities, etc.

6) The reporting system should be uniform and effective, in order to be fitted with the development of the nutrition services. To conduct a study on the reporting system is necessary.

7) At the kabupaten and kecamatan levels an open management should be invented between institutions, which are involved in the nutrition services in order to help to fill each other gaps concerning expenses, the use of manpower and facilities.

8) To lessen the boredom of the routine implementation of the nutrition services, it is worth to take under consideration to have a diversity of facilities and sessions, which fit to the situation of the area i.e. using puppets, picture's stories, video (using it in turns). To do this, it is needed a creative thinking of the managers at the kecamatan and regency levels.

PENDAHULUAN

Keadaan gizi merupakan salah satu faktor yang turut menentukan status kesehatan dalam masyarakat tersebut. Masalah gizi utama di Indonesia pada saat ini adalah kurang kalori-protein (KKP), kekurangan vitamin A, anemi gizi dan kurang yodium (2). Masalah gizi timbul disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain kesehatan, persediaan pangan, ekonomi, sosial politik, budaya. Dengan demikian dalam memecahkan masalah gizi seharusnya ditangani oleh berbagai instansi pemerintah, secara lintas sektoral, badan swasta dan dengan partisipasi masyarakat serta dikoordinasi dengan baik (3). Ditinjau dari segi kesehatan masyarakat, keadaan gizi kurang, mempunyai pengaruh terhadap menaik/meningkatnya morbiditas dan mortalitas serta jika diderita sejak masa dini oleh anak-anak akan dapat mengakibatkan berkurangnya kemampuan belajar, produktifitas, ketahanan fisik (4). Dapatlah dipahami, bahwa usaha untuk meningkatkan keadaan gizi masyarakat yang meliputi usaha untuk mencegah, menanggulangi dan mengawasi masalah gizi merupakan prasyarat dalam rangka membangun masyarakat sehat.

Mengingat hubungan yang erat antara masalah gizi dan masalah kesehatan lainnya yang ada di masyarakat, diperlukan pelaksanaan kegiatan yang terpadu di bidang gizi, keluarga berencana, imunisasi, perbaikan sanitasi lingkungan dan program kesehatan lainnya, sehingga merupakan komponen dari suatu paket pendekatan "*Primary Health Care*" (PHC) (5).

PHC ialah suatu usaha kesehatan esensial/pokok dengan memakai cara dan teknologi yang praktis yang secara ilmiah dapat dipertanggung jawabkan dan dapat diterima masyarakat serta dapat dinikmati perorangan dan keluarga di dalam masyarakat, dilakukan melalui peran serta aktif dan dengan biaya yang sesuai dengan kemampuan masyarakat untuk menjamin kelangsungan, semangat mandiri dan menentukan nasibnya sendiri (5).

Dengan cara tersebut dapat dikembangkan usaha kesehatan yang mampu memecahkan masalah kesehatan di Indonesia sesuai dengan keadaan

lingkungan, sehingga dapat tercapai tingkat kesehatan yang wajar dalam usaha pembangunan nasional menuju masyarakat adil dan makmur. Usaha kesehatan esensial mencakup sekurang-kurangnya: perbaikan gizi, penyediaan air bersih yang memadai, sanitasi dasar, usaha kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi terhadap penyakit menular utama, pencegahan dan pemberantasan penyakit endemis setempat, pengobatan yang tepat terhadap penyakit umum.

Pendekatan *PhC* dijadikan prinsip upaya kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang kesehatan (1980-2000) (6)

Di Indonesia kegiatan gizi dengan pendekatan *PhC* telah dilakukan oleh berbagai organisasi kesehatan misalnya: Puskesmas (7), Usaha Perbaikan Gizi Keluarga yang dikelola oleh Departemen Kesehatan untuk selanjutnya disebut UPGK-Kes (3), Keluarga Berencana gizi yang dikelola oleh badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) untuk selanjutnya disebut KB-Gizi, Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) (9) dan beberapa usaha kesehatan yang dilakuk. pihak swasta.

Puskesmas sebagai organisasi kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada garis depan, telah melakukan hampir semua usaha kesehatan esensial termasuk kegiatan gizi, tetapi belum diarahkan dalam mengikutsertakan masyarakat. Pelaksanaan kegiatan gizi di Puskesmas terutama dilakukan melalui Usaha Kesehatan Ibu dan Anak, untuk selanjutnya disebut UKIA.

Proyek/program UPGK merupakan perkembangan dari usaha untuk mengatasi masalah gizi yang dirintis sejak tahun 1954 di Jawa Tengah. Pada tahun 1963 kegiatan tersebut mendapat bantuan *UNICEF/FAO/WHO* berupa *Project Applied Nutrition Programme (ANP)*. Pada tahun 1972 telah berkembang di delapan propinsi dan disebut UPGK (10). Pada tahun 1979-1980 mencakup 26 propinsi (11).

Program Keluarga Berencana bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak (termasuk kegiatan gizi) dalam rangka mewujudkan keluarga bahagia, sebagai dasar tercapainya masyarakat sejahtera dengan mengendalikan kelahiran. Secara populer dapat dikatakan suatu

program untuk penerimaan, pelembagaan dan pembudayaan *Norma Keluarga Kecil yang Bahagia dan Sejahtera (NKKBS)* (12).

PKMD juga telah melaksanakan sebagian dari usaha kesehatan esensial dengan mengutamakan kegiatan yang paling diperlukan oleh masyarakat setempat dan inisiatif tumbuh dari masyarakat dengan pembinaan dari petugas pemerintah. Usaha pemerintah untuk "pemerataan kesempatan bagi masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan" dirumuskan dalam Program Pengembangan PKMD. PKMD adalah suatu pendekatan dalam pembangunan kesehatan dengan jalan mengadakan pelayanan kesehatan pokok (termasuk kegiatan gizi) yang terjangkau dan yang dapat diterima oleh masyarakat. Dalam pelaksanaan diikutsertakan masyarakat secara aktif dan bekerja sama dengan berbagai instansi lintas sektoral untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam rangka meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan (13).

Penjelasan lebih lanjut mengenai *PHC*, *UPGK-Kes*, *PKMD*, *KB-Gizi* dan *Puskesmas* dapat dilihat pada Lampiran 1 halaman 98-103.

Berbagai isi dan kegiatan gizi telah dilaksanakan dengan pendekatan *PHC* oleh keempat organisasi kesehatan tersebut, yang mempunyai perbedaan dalam tujuan, cara kerja dan ruang lingkup.

Untuk mendapatkan gambaran saat ini tentang isi dan pelaksanaan kegiatan gizi dengan pendekatan *PHC* dari organisasi kesehatan tersebut, maka telah dilakukan penelitian yang bertujuan untuk memperoleh jawaban tentang:

1. Bagaimanakah gambaran isi kegiatan gizi dalam *PHC* ?

2. Bagaimanakah mengenai pelaksanaan dan sarana kegiatan gizi ?
Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi (Puslitbang Gizi) sebagai penyelenggara mengadakan kerja sama dalam perencanaan dan pelaksanaannya dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan Fakultas Kedokteran dari Universitas Padjadjaran, Universitas Diponegoro, Universitas Andalas.

Pada tahap persiapan, telah diselenggarakan lokakarya yang dihadiri oleh tim dari Fakultas keempat Universitas tersebut, wakil-wakil dari Direktorat Gizi, Direktorat Pelayanan Kesehatan, *BKKBN*, serta

seorang wakil dari Kantor Wilayah Kesehatan dari masing-masing propinsi sebagai daerah penelitian yang terpilih. Tujuannya ialah agar ada keseragaman dalam pelaksanaan penelitian antara lain mengenai definisi dan kriteria yang digunakan dalam penelitian, latihan petugas lapangan/*enumerator*, cara pengisian kuesioner, dan penyandian data.

BAHAN DAN CARA

Pemilihan daerah penelitian

Telah dipilih propinsi-propinsi yang berada di pulau Jawa dan di luar pulau Jawa dengan kriteria: telah melakukan kegiatan gizi dengan pendekatan *PHC* oleh ke empat organisasi kesehatan (UPGK-Kes, KB-Gizi, PKMD dan Puskesmas-UKIA), ada Fakultas Kedokteran pada Universitas di daerah tersebut yang bersedia mengadakan kerja sama dengan Puslitbang Gizi, jarak dari Bogor relatif tidak terlalu jauh. Propinsi tersebut adalah Jawa Barat, Jawa Tengah dan Sumatera Barat.

Penentuan Daerah Tingkat II (DATI II) pada propinsi yang terpilih, berdasarkan adanya kegiatan gizi pada ke empat organisasi kesehatan tersebut diatas. Jumlah DATI II pada tiap propinsi ditentukan secara proporsional berdasarkan jumlah DATI II di propinsi masing-masing. Dengan demikian, maka di Jawa Tengah dipilih empat DATI II, di Jawa Barat tiga DATI II, dan di Sumatera Barat dua DATI II. Pemilihan DATI II ini dilakukan secara acak sederhana.

Setelah DATI II terpilih, kemudian diadakan inventarisasi mengenai organisasi kesehatan yang telah melakukan kegiatan gizi di daerah tersebut. Penentuan jumlah Puskesmas-UKIA, UPGK-Kes, KB-Gizi dan PKMD, dilakukan secara proporsional berdasarkan jumlah masing-masing organisasi kesehatan tersebut di seluruh Indonesia. Dengan demikian didapatkan perbandingan antara Puskesmas-UKIA, UPGK-Kes, KB-Gizi, PKMD ialah 3:3:1:1, sehingga diperoleh jumlah yang telah diteliti yaitu: 27 Puskesmas-UKIA, 27 UPGK-Kes, sembilan KB-Gizi dan sembilan PKMD.

Pemilihan tempat sampel organisasi kesehatan telah dilakukan berdasarkan beberapa kriteria, sebagai berikut : a) mudah didatangi; b) kecamatan yang ada desa sampel UPGK-Kes, KB-Gizi atau PKMD tidak diambil sebagai kecamatan sampel Puskesmas-UKIA; c) desa sampel UPGK-Kes, KB-Gizi, dan PKMD berbeda desanya.

Setiap organisasi kesehatan di tiap propinsi dianggap satu unit atau satu sub-daerah penelitian, sehingga jumlah sub daerah yang

telah diteliti ialah: empat sub daerah penelitian di Jawa Tengah, empat sub daerah di Jawa Barat dan empat sub daerah di Sumatera Barat.

Pemilihan responden

Responden terdiri atas berbagai golongan, berdasarkan tanggung jawab mereka dalam pelaksanaan kegiatan gizi, mulai dari Daerah Tingkat II (DATI II) sampai ke tingkat desa dan ibu sasaran pelaksanaan kegiatan gizi.

Responden di DATI II ialah Kepala Dinas Kesehatan Tingkat II dan pengelola pelaksanaan kegiatan gizi. Mereka adalah sebagai pembina pelaksanaan kegiatan gizi pada organisasi kesehatan: UPGK-Kes, PKMD, dan Puskesmas-UKIA. Untuk KB-Gizi respondennya ialah Kepala BKKBN DATI II dan Kepala Pengendalian Lapangan Keluarga Berencana. Jumlah seluruh responden untuk DATI II ialah 36 orang.

Responden di tingkat kecamatan ialah Kepala Puskesmas dan penanggung jawab pelaksanaan kegiatan gizi. Mereka adalah pembina pelaksanaan kegiatan gizi pada organisasi kesehatan: UPGK-Kes, PKMD dan Puskesmas-UKIA. Sedangkan untuk Kb-Gizi adalah Ketua Kelompok Petugas Lapangan Keluarga Berencana (*Group Leader*) dan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB). Jumlah responden pada tingkat ini adalah 144 orang.

Untuk tingkat Puskesmas-UKIA respondennya ialah seorang petugas pelaksana kegiatan gizi dan seorang atasan langsung petugas tersebut. Jumlah responden ini yaitu 54 orang.

Di tingkat desa diambil pemuka masyarakat formal dan non formal di masing-masing sub daerah penelitian. Pemuka masyarakat formal ialah pamong desa, sedangkan pemuka masyarakat non formal adalah antara lain guru, ulama, orang kaya, yang ikut langsung dalam pelaksanaan kegiatan gizi di desa bersangkutan. Dipilih dua orang pemuka masyarakat formal dan dua orang pemuka masyarakat non formal. Jumlah seluruh pemuka masyarakat sebagai responden ialah 288 orang.

Pada masing-masing desa dipilih empat kader yang masih aktif sebagai pelaksana kegiatan gizi di tingkat desa, sehingga jumlah kader seluruhnya sebagai responden ialah 180 orang.

Sebagai responden ibu sasaran pelaksanaan kegiatan gizi yaitu ibu-ibu yang telah mengikuti kegiatan gizi secara langsung pada masing-masing organisasi kesehatan. Di tiap desa dipilih secara acak sederhana 20 ibu sasaran. Jumlah ibu sasaran seluruhnya sebagai responden ialah 1440 orang.

Gambaran jumlah sampel menurut daerah penelitian dan banyaknya responden untuk masing-masing tingkat dapat dilihat pada Lampiran 3, halaman 105-108.

Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara dan pengamatan, dengan menggunakan kuesioner yang telah diuji coba sebelumnya. Data yang dikumpulkan ialah mengenai persiapan pelaksanaan kegiatan gizi serta isi dan pelaksanaan kegiatan gizi, antara lain meliputi hal-hal yang menghambat dan memperlancar pelaksanaan kegiatan di masing-masing organisasi kesehatan; latar belakang pelaksana dan ibu sasaran; pengetahuan responden mengenai materi/kegiatan gizi; keterampilan pelaksana melakukan kegiatan gizi serta peran serta pemuka masyarakat dan ibu sasaran dalam pelaksanaan kegiatan gizi.

Enam macam kuesioner yang telah digunakan sebagai alat ukur untuk masing-masing kelompok responden, yaitu:

- A.1 pengelola pelaksanaan kegiatan gizi di DATI II/Kabupaten
- A.2 pengelola pelaksanaan kegiatan gizi di tingkat kecamatan
- A.3 petugas UKIA sebagai pelaksana kegiatan gizi pada Puskesmas-UKIA
- A.4 kader sebagai pelaksana kegiatan gizi pada UPGK-Kes, KB-Gizi dan PKMD
- A.5 pemuka masyarakat
- B. ibu sasaran pada UKIA, UPGK-Kes, KB-Gizi dan PKMD
- C. pengamatan

Pelaksanaan pengumpulan data telah dilakukan oleh tim peneliti secara serentak di masing-masing daerah penelitian. Tiap tim peneliti terdiri atas dua orang staf Fakultas Kedokteran sebagai *coinvestigator* dan empat orang mahasiswa Fakultas Kedokteran tingkat terakhir sebagai tenaga pengumpul data (susunan tim penelitian lihat pada Lampiran 5, halaman 110). Tim Puslitbang Gizi selaku pembina di lapangan ikut serta dalam mempersiapkan daerah penelitian dan pada pelaksanaan pengumpulan data.

Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan secara manual dengan menggunakan *sorting card* untuk memudahkan pengisian *dummy table* yang telah direncanakan. Analisa data dilakukan secara deskriptif terhadap variabel-variabel:

- 1) Isi kegiatan gizi yang ada dalam ke empat organisasi kesehatan.
- 2) Pelaksanaan kegiatan gizi yang ada dalam ke empat organisasi kesehatan.
- 3) Ciri-ciri petugas UKIA dan kader UPGK-Kes, KB-Gizi, PKMD.
- 4) Pengetahuan para responden (tingkat DATI II/kabupaten, kecamatan dan desa) mengenai kegiatan gizi/materi latihan serta ketrampilan para pelaksana melakukan kegiatan gizi.
- 5) Peran serta pemuka masyarakat dan ibu sasaran dalam pelaksanaan kegiatan gizi.

Hasil penelitian diinterpretasikan untuk menjawab tujuan penelitian yang akan berguna sebagai masukan untuk dipakai sebagai bahan perbaikan dalam merencanakan program perbaikan gizi.

H A S I L

Penelitian ini meliputi 12 sub daerah penelitian di tiga propinsi sebagai daerah penelitian, yaitu tiga sub daerah masing-masing untuk UPGK-Kes, KB-Gizi, PKMD dan UKIA, sebagai organisasi kesehatan yang telah melaksanakan kegiatan gizi dengan pendekatan PHC.

Pada tabel, hasilnya dinyatakan dalam wilayah persen dan dalam uraian diungkapkan dengan mengelompokkan: 1-50 persen; 51-99 persen dan 100 persen.

Hasil pengamatan memberi gambaran mengenai pelaksanaan delapan kegiatan PHC esensial.

Hasil wawancara memberi gambaran tentang situasi isi dan pelaksanaan kegiatan gizi dengan pendekatan PHC.

PENGAMATAN

Pelaksanaan delapan kegiatan PHC esensial

Sebagai hasil pengamatan mengenai pelaksanaan delapan kegiatan PHC esensial di dua belas sub daerah penelitian dapat dilihat pada Tabel 1.

Gambaran tentang pelaksanaan delapan kegiatan PHC esensial ialah sebagai berikut.

- 1) *Penyediaan air bersih yang memadai* telah dilaksanakan 100 persen di satu sub daerah penelitian; 67 persen di dua sub daerah; di antara 30-50 persen di lima sub daerah dan di empat sub daerah lainnya belum dimulai.
- 2) *Sanitasi dasar* telah dilaksanakan 100 persen di satu sub daerah penelitian; di antara 56-83 persen di tiga sub daerah; di antara 33-50 persen di enam sub daerah dan di dua sub daerah lainnya belum dimulai.
- 3) *Usaha kesejahteraan ibu dan anak* telah dilaksanakan 100 persen di tujuh sub daerah penelitian; di antara 56-83 persen di empat sub daerah dan 33 persen di satu sub daerah lainnya.

- 4) *Keluarga berencana* telah dilakukan 100 persen di sebelas sub daerah penelitian dan 33 persen di satu sub daerah lainnya.
- 5) *Imunisasi terhadap penyakit menular utama* telah dilaksanakan 100 persen dan di antara 67-83 persen masing-masing di empat sub daerah penelitian; 33 persen di satu sub daerah serta di tiga sub daerah lainnya belum dimulai.
- 6) *Pencegahan dan pemberantasan penyakit endemis setempat* telah dilaksanakan 100 persen dan 78 persen masing-masing di satu sub daerah penelitian; di antara 17-50 persen di tujuh sub daerah serta di tiga sub daerah lainnya belum dimulai.
- 7) *Pengobatan yang tepat terhadap penyakit umum* telah dilaksanakan 100 persen di dua sub daerah penelitian; di antara 67-80 persen dan di antara 33-50 persen masing-masing di empat sub daerah serta di dua sub daerah lainnya belum dimulai.
- 8) *Peningkatan pangan dan gizi yang layak* yang telah dilaksanakan terdiri dari kegiatan:
 - (1) *Penimbangan anak Balita* (anak di bawah lima tahun) telah dilaksanakan 100 persen di ke duabelas sub daerah penelitian.
 - (2) *Penyuluhan gizi dan kesehatan* telah dilakukan 100 persen di sembilan sub daerah penelitian dan di antara 67-88 persen di tiga sub daerah lainnya.
 - (3) *Pemberian makanan tambahan* telah dilaksanakan 100 persen di enam sub daerah penelitian; di antara 56-67 persen di empat sub daerah dan di antara 33-40 persen di dua sub daerah lainnya.
 - (4) *Pemberian paket pertolongan gizi* telah dilakukan 100 persen dan di antara 33-50 persen, masing-masing di tiga sub daerah penelitian; 67 persen di empat sub daerah serta di dua sub daerah lainnya belum dimulai.

Tabel 1. Pelaksanaan delapan kegiatan *PHC* esensial, pada organisasi kesehatan menurut pengamatan (di dua belas sub daerah penelitian)

Jenis kegiatan	Organisasi kesehatan
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD; UKIA di dua belas sub daerah penelitian wilayah persen
1) Penyediaan air bersih yang memadai	0 - 100
2) Sanitasi dasar	0 - 100
3) Usaha kesejahteraan ibu dan anak	33 - 100
4) Keluarga berencana	33 - 100
5) Imunisasi terhadap penyakit menular utama	0 - 100
6) Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular setempat	0 - 100
7) Pengobatan yang tepat terhadap penyakit umum	0 - 100
8) Peningkatan pangan dan gizi yang layak	0 - 100

SITUASI ISI DAN PELAKSANAAN KEGIATAN GIZI DENGAN PENDEKATAN *PHC*1. *TABAP PERSIAPAN*A. *Rencana*

- 1) *Pertemuan konsultasi gizi untuk pengelola pelaksanaan kegiatan gizi*

Petugas Kesehatan di tingkat kabupaten dan petugas Puskesmas di tingkat kecamatan yang menjadi *pengelola* pelaksanaan kegiatan gizi pada organisasi kesehatan: UPGK-Kes, PKMD atau UKIA. Sedangkan petugas BKKBN di masing-masing tingkat kabupaten dan tingkat kecamatan yang menjadi *pengelola* pelaksanaan kegiatan gizi pada organisasi kesehatan: KB-Gizi.

Sebagai salah satu kegiatan persiapan pelaksanaan kegiatan gizi yang dilakukan oleh *pengelola* di tingkat propinsi yaitu menyelenggarakan *Pertemuan konsultasi gizi* bagi para *pengelola* di tingkat kabupaten dan tingkat kecamatan.

Materi yang dibahas terutama mengenai:

- a) penjelasan petunjuk pelaksanaan;
 - b) evaluasi dan pelaksanaan kegiatan gizi;
 - c) penyampaian hal-hal baru.
- 2) *latihan untuk pelaksana kegiatan gizi*
Petugas UKIA, sebagai *pelaksana* kegiatan gizi pada Puskesmas-UKIA.

Pelaksanaan kegiatan gizi di UKIA merupakan salah satu kegiatan UKIA dari serangkaian kegiatan sebagai tugas Puskesmas dengan daerah kerja meliputi satu kecamatan. Kegiatan gizi dilaksanakan sekali seminggu bersama-sama dengan kegiatan UKIA lainnya, bertempat di Puskesmas.

Untuk petugas UKIA, sebagai *pelaksana* kegiatan gizi, diselenggarakan *latihan gizi*. Materi yang diberikan meliputi: a) kebutuhan makanan sehat; b) cara menentukan keadaan gizi; c) cara menanggulangi penyakit disebabkan gizi; d) diet khusus; e) pendidikan gizi untuk golongan khusus.

Kader ialah pelaksana kegiatan gizi di tingkat desa pada UPGK-Kes, KB-Gizi dan PKMD. Telah digariskan, bahwa untuk calon kader diadakan latihan selama beberapa hari. Selama latihan diajarkan materi mengenai: a) pertumbuhan anak; b) makanan anak; c) mencret; d) kesehatan mata; e) kurang darah; f) cara penyuluhan; g) organisasi dan administrasi.

Pada penyampaian materi tersebut hendaknya sebanyak mungkin menggunakan alat peraga. Cara mengajarkan, supaya lebih banyak dilakukan dengan cara demonstrasi, praktek, tanya jawab. Cara ceramah hendaknya dilakukan sesedikit mungkin.

3) *Persiapan desa terpilih untuk pelaksanaan kegiatan gizi*

(1) *Pertemuan pengelola dengan pemuka masyarakat.*

Sebelum semua desa tercakup untuk pelaksanaan kegiatan gizi, maka tiap tahun ada desa baru yang terpilih untuk kegiatan tersebut yang dilakukan oleh UPGK-Kes, KB-Gizi atau PKMD.

Pemuka masyarakat (antara lain terdiri atas pamong desa, ulama, guru, orang kaya) mempunyai peranan penting dalam pembangunan desa, termasuk meningkatkan keadaan kesehatan dan status gizi serta ekonomiarganya. Diharapkan peranserta mereka, agar kegiatan gizi dapat dilaksanakan di desa mereka dengan partisipasi aktifarganya. Sehubungan dengan itu, maka pada tahap persiapan desa baru, pengelola pelaksanaan kegiatan gizi di tingkat kecamatan menyelenggarakan *pertemuan* dengan para pemuka masyarakat. Dalam pertemuan itu pengelola antara lain memberi penjelasan mengenai *masalah gizi* yang ada di desa bersangkutan dan *tujuan* pelaksanaan kegiatan gizi. Diterangkan pula, bahwa sebagai *pelaksana*, diharapkan dipilih dari *warga desa*. Calon pelaksana ini dipilih oleh pemuka masyarakat, karena merekalah yang mengetahui warga desanya. Para calon pelaksana ini akan mendapat latihan beberapa hari dari petugas/pengelola di tingkat kecamatan. Sebagai *peranserta masyarakat*, maka para pelaksana/para kader diharapkan melakukan kegiatan gizi secara *rutin*, beberapa jam dalam seminggu.

(2) Persyaratan dalam memilih calon kader.

Persyaratan dalam memilih calon kader/calon pelaksana yang digariskan, yaitu: a) wanita atau pria dewasa yang dipilih dan diterima oleh masyarakat lingkungannya; b) bersedia bekerja sukarela untuk masyarakat; c) tidak buta huruf latin dan d) mempunyai penghasilan tetap.

6. *Ditemukan*

1) *Pengelola pelaksanaan kegiatan gizi*

(1) *Lamanya* menjadi pengelola pelaksanaan kegiatan gizi.

Ditemukan, bahwa di tingkat *kabupaten*, *lebih banyak* yang telah menjadi pengelola pelaksanaan kegiatan gizi selama *tiga tahun lebih* dari pada di antara *satu sampai tiga tahun*. Sedangkan di tingkat *kecamatan* yang telah menjadi pengelola di antara *satu sampai tiga tahun dan tiga tahun lebih* jumlahnya *sama*. Di tingkat kecamatan yang telah menjadi pengelola, kurang dari satu tahun terdapat lebih banyak dari pada di tingkat kabupaten (Tabel 2).

Sebagai keterangan tambahan Tabel 3 ialah, bahwa di tingkat kabupaten 94 persen petugas Kesehatan yang telah menjadi pengelola selama tiga tahun lebih dan 63 persen petugas BKKBN menjadi pengelola di antara satu sampai tiga tahun. Di tingkat kecamatan 42-57 persen petugas Kesehatan yang telah menjadi pengelola selama tiga tahun lebih dan 59 persen petugas BKKBN yang telah menjadi pengelola di antara satu sampai tiga tahun.

Tabel 2. *Lamanya* menjadi pengelola pelaksanaan kegiatan gizi

Keterangan	Pengelola	
	tingkat kabupaten n=33	tingkat kecamatan n=91
	wilayah persen	
Lamanya menjadi pengelola		
a) tiga tahun lebih	31 - 94	24 - 57
b) satu sampai tiga tahun	6 - 63	24 - 59
c) kurang dari satu tahun	0 - 6	15 - 19

(2) *Pertemuan konsultasi gizi*

Ditemukan, bahwa di tingkat kabupaten, lebih banyak pengelola yang telah mengikuti *Pertemuan konsultasi gizi*, dari pada pengelola di tingkat kecamatan.

Materi yang dibahas, menurut sebagian besar pengelola di tingkat kabupaten dan tingkat kecamatan ialah mengenai *penjelasan petunjuk pelaksanaan*. Banyak pula di antara pengelola tersebut yang mengemukakan materi tentang *evaluasi dan pelaksanaan kegiatan gizi*. Materi mengenai *penyampaian hal-hal baru* dinyatakan oleh rata-rata lebih banyak pengelola di tingkat kabupaten dari pada pengelola di tingkat kecamatan.

Peserta Pertemuan konsultasi gizi di tingkat kabupaten dan tingkat kecamatan, sebagian besar berasal dari instansi Kesehatan, Pertanian dan BKKBN. Banyak pula peserta berasal dari instansi Agama. Sedangkan peserta berasal dari instansi Penerangan di tingkat kecamatan rata-rata jumlahnya lebih besar dari pada di tingkat kabupaten (Tabel 3).

Keterangan tambahan Tabel 3 ialah, di tingkat kabupaten seluruh pengelola Kesehatan dan 69 persen pengelola BKKBN yang telah mengikuti Pertemuan konsultasi gizi. Di tingkat kecamatan 36-75 persen pengelola UPGK-Kes dan KB-Gizi yang telah mengikuti Pertemuan konsultasi gizi.

Tabel 3. Pertemuan konsultasi gizi

Keterangan	Pengelola	
	tingkat kabupaten n = 33	tingkat kecamatan n = 91
	wilayah persen	
1) Telah mengikuti: Pertemuan konsultasi gizi	69 - 100	36 - 75
2) Materi yang dibahas:		
a) penjelasan petunjuk pelaksanaan	77 - 100	60 - 93
b) evaluasi dan pelaksanaan kegiatan gizi	64 - 77	40 - 67
c) penyampaian hal-hal baru	55 - 59	20 - 73

bersambung ...

Tabel 3. (lanjutan)

Keterangan	Pengelola	
	tingkat kabupaten n = 33	tingkat kecamatan n = 91
	wilayah persen	
3) Peserta dari instansi:		
a) Kesehatan	91 - 94	73 - 100
b) BKKBN	71 - 91	47 - 100
c) Pertanian	71 - 91	53 - 100
d) Agama	47 - 91	47 - 83
e) Penerangan	35 - 55	53 - 76

2) *Latihan untuk pelaksana kegiatan gizi.*

(1) *Latihan gizi untuk petugas UKIA sebagai pelaksana kegiatan gizi.*

Sejumlah 44 persen petugas UKIA yang telah mendapat latihan gizi (Tabel 4).

Materi

Selama latihan gizi materi yang diberikan ialah mengenai kebutuhan *makanan sehat*, cara menentukan *keadaan gizi*; dan cara menanggulangi *penyakit gizi*, dikemukakan di antara 72-89 persen petugas UKIA yang telah mengikuti latihan gizi. Sedangkan materi mengenai *diit khusus* dan *pendidikan gizi* untuk golongan khusus dinyatakan di antara 28-33 persen petugas UKIA.

Cara materi diajarkan

Cara pelatih mengajarkan materi dengan *ceramah* dikemukakan oleh semua petugas UKIA yang telah mengikuti latihan. Sedangkan dengan cara *demonstrasi*, *praktek* dan *tanya jawab*, dinyatakan di antara 61-67 persen petugas UKIA.

Alat peraga

Selama latihan, alat peraga yang ada kaitannya dengan pelaksanaan kegiatan gizi yang telah digunakan ialah:

Di ketiga sub daerah penelitian, yang digunakan: *timbangan dapur* dikemukakan di antara 20-44 persen petugas UKIA;

KMS, dinyatakan di antara 20-40 persen petugas UKIA;

gambar besar (poster), dikatakan di antara 20 - 40 persen

petugas UKIA

gambar tempel dari flanel, dikemukakan di antara 13-33 persen petugas UKIA;

dan *lembaran balik*, dinyatakan di antara 10-20 persen petugas UKIA.

Paket pertolongan gizi belum digunakan di semua daerah penelitian.

Buku pedoman petugas lapangan UPGK, di dua sub daerah penelitian, dikemukakan di antara 13-25 persen petugas UKIA dan di satu sub daerah lainnya belum digunakan.

Buku: Tak mungkin hidup sehat tanpa makanan sehat, di ketiga sub daerah penelitian, dinyatakan di antara 6-27 persen petugas UKIA.

Penilaian

Di ketiga sub daerah penelitian, selama latihan diadakan penilaian dengan cara *ulangan tulis*, dikemukakan di antara 6 - 20 persen petugas UKIA; *tes sebelum dan sesudah latihan*, dinyatakan di antara 10-20 persen petugas UKIA.

Di dua sub daerah penelitian, penilaian dengan cara *ulangan lisan*, dikemukakan di antara 7-20 persen petugas UKIA dan *belum* ada penilaian dinyatakan di antara 19-20 persen petugas UKIA. Di satu sub daerah penelitian lainnya tidak ada petugas UKIA yang mengemukakan kedua cara penilaian tersebut.

Pelatih

Di satu sub daerah penelitian, sebagai pelatih, petugas Kesehatan-Puskesmas, dikemukakan oleh 53 persen petugas UKIA dan di dua sub daerah lainnya, di antara 20-38 persen petugas UKIA.

Di dua sub daerah penelitian, sebagai pelatih petugas UKKBN, dinyatakan di antara 20-38 persen petugas UKIA. Di satu sub daerah lainnya, tidak ada petugas UKIA yang mengemukakannya.

Petugas Pertanian, Peternakan, Agama, PKK dan lain-lain sebagai pelatih, dikemukakan oleh 88 persen petugas UKIA di satu sub daerah dan di antara 30-40 persen petugas UKIA di dua sub daerah lainnya.

Tabel 4. Latihan gizi untuk petugas UKIA sebagai pelaksana kegiatan gizi
(di tiga sub daerah penelitian)

Keterangan	Petugas UKIA n=41 wilayah persen
Petugas UKIA yang telah mengikuti latihan gizi	44
Menurut petugas UKIA yang telah mengikuti latihan gizi mengenai materi, alat peraga, dll:	
1) Materi latihan:	
(1) kebutuhan makanan sehat	89
(2) cara menentukan keadaan gizi	83
(3) cara menanggulangi penyakit disebabkan kekurangan gizi	72
(4) diit khusus	44
(5) pendidikan gizi untuk golongan khusus	33
(6) lain-lain	28
2) Materi diajarkan dengan cara:	
(1) ceramah	100
(2) demonstrasi	67
(3) praktek	67
(4) tanya jawab	61
3) Alat peraga dan buku yang digunakan:	
Alat peraga:	
(1) timbangan dacin	20 - 44
(2) KMS	20 - 40
(3) gambar besar (<i>poster</i>)	20 - 44
(4) gambar tempel dari planel	13 - 33
(5) lembaran balik: Menuju keluarga sehat	10 - 20
Buku:	
(1) Buku pedoman petugas lapangan UPGK	0 - 25
(2) Buku: Tak mungkin hidup sehat tanpa makanan sehat	6 - 27
4) Selama latihan:	
(1) diadakan penilaian dengan cara:	
a) ulangan tulis	6 - 20
b) ulangan lisan	0 - 20
c) tes sebelum dan sesudah latihan	10 - 20
(2) belum diadakan penilaian	0 - 20
5) Pelatih berasal dari instansi:	
(1) Kesehatan - Puskesmas	20 - 53
(2) BKKBN	0 - 38
(3) Pertanian, Peternakan, Agama, PKK, dan lain-lain	30 - 88

Latar belakang petugas UKIA (Tabel 5)

Lamanya menjadi pelaksana kegiatan gizi.

Sejumlah 68 persen petugas UKIA telah menjadi pelaksana kegiatan gizi selama tiga tahun lebih dan yang lainnya di antara kurang dari satu tahun sampai tiga tahun. Semua petugas UKIA berstatus *pegawai negeri*.

Dasar pendidikan.

Di dua sub daerah penelitian, di antara 7-13 persen petugas UKIA telah tamat SD/ sederajat dan di satu sub daerah lainnya, tidak ada petugas UKIA dengan dasar pendidikan tersebut.

Di dua sub daerah penelitian, di antara 56-73 persen petugas UKIA dan di satu sub daerah selebihnya, 30 persen petugas UKIA telah tamat SLP/ sederajat.

Di satu sub daerah penelitian, 70 persen petugas UKIA dan di dua sub daerah lainnya, di antara 27-31 persen petugas UKIA telah tamat SLA/ sederajat.

Usia

Di tiga sub daerah penelitian, di antara 6-47 persen petugas UKIA telah berusia di antara 20-29 tahun dan di antara 8-25 persen sudah berumur 40 tahun atau lebih.

Di satu sub daerah penelitian, 75 persen petugas UKIA dan di dua sub daerah lainnya, di antara 40-50 persen petugas UKIA telah berusia di antara 30-39 tahun.

Jenis kelamin

Di dua sub daerah penelitian semua petugas UKIA adalah wanita dan di satu sub daerah lainnya, 80 persen petugas UKIA wanita dan 20 persen petugas pria.

Tabel 5. Latar belakang petugas UKIA sebagai pelaksana kegiatan gizi (di tiga sub daerah penelitian)

Keterangan	Petugas UKIA n=41 wilayah persen
1) Lamanya menjadi pelaksana kegiatan gizi:	
(1) tiga tahun lebih	68
(2) satu sampai tiga tahun	17
(3) kurang dari satu tahun	12
2) Pekerjaan utama: pegawai negeri	100
3) Dasar pendidikan:	
(1) tamat SD/ sederajat	0 - 13
(2) tamat SLP/ sederajat	30 - 73
(3) tamat SLA/ sederajat	27 - 70
4) Umur, tahun:	
(1) 20 - 29	6 - 47
(2) 30 - 39	40 - 75
(3) 40 atau lebih	10 - 13
5) Jenis kelamin:	
(1) wanita	80 - 100
(2) pria	0 - 20

(2) *Latihan untuk calon kader*, sebagai calon pelaksana kegiatan gizi

Ditemukan, bahwa disemua sub daerah penelitian di antara 83-98 persen kader telah mengikuti latihan untuk calon kader (Tabel 6).

Materi yang diberikan selama latihan.

Pertumbuhan anak, di tujuh sub daerah penelitian dikemukakan di antara 54-83 persen kader dan di dua sub daerah lainnya oleh 50 persen kader.

Makanan anak, di tiga sub daerah penelitian dinyatakan oleh seluruh kader dan di enam sub daerah lainnya di antara 64-92 persen kader.

Mencoret, di satu-sub daerah penelitian dikemukakan oleh seluruh kader; di enam sub daerah di antara 55-83 persen kader dan di dua sub daerah selebihnya oleh 50 persen kader.

Kesehatan mata, di empat sub daerah penelitian dinyatakan di antara 67-75 persen kader dan di lima sub daerah selebihnya di antara 25-50 persen kader.

Kurang darah, di tujuh sub daerah penelitian dikemukakan di antara 64-83 persen kader dan di dua sub daerah lainnya di antara 42-50 persen kader.

Cara penyuluhan, di enam sub daerah penelitian dinyatakan di antara 22-50 persen kader dan di tiga sub daerah selebihnya belum diberikan.

Organisasi dan administrasi, di tujuh sub daerah penelitian dinyatakan di antara 9-36 persen kader dan di dua sub daerah selebihnya belum diberikan.

Cara materi diajarkan dengan ceramah, di dua sub daerah penelitian dikemukakan oleh 100 persen kader; di tujuh sub daerah lainnya di antara 58-97 persen kader. *Demonstrasi*, di empat sub daerah penelitian dikemukakan di antara 58-83 persen kader dan di lima sub daerah lainnya di antara 9-46 persen kader. *Praktek*, di empat sub daerah penelitian dinyatakan masing-masing di antara 54-75 persen kader, dan di antara 9-46 persen kader serta di satu sub daerah selebihnya belum dilaksanakan. *Tanya-jawab*, di dua sub daerah penelitian dinyatakan di antara 51-67 persen kader dan di tujuh sub daerah selebihnya di antara 17-46 persen kader.

Alat peraga

Selama latihan alat peraga yang telah digunakan, ialah:

Timbangan dacin, di enam sub daerah penelitian dikemukakan di antara 64-88 persen kader; di dua sub daerah oleh 50 persen kader dan di satu sub daerah lainnya tidak ada kader yang menyatakannya.

KMS, di tujuh sub daerah penelitian dikemukakan di antara 64-97 persen kader, di satu sub daerah oleh 50 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya belum digunakan.

Paket pertolongan gizi, di tiga sub daerah penelitian dikemukakan di antara 67-92 persen kader; di lima sub daerah di antara 8-50 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya tidak ada kader yang menyatakannya.

Lembaran balik: Menuju keluarga sehat, di satu sub daerah penelitian dikemukakan oleh 92 persen kader; di tujuh sub daerah di antara 8-46 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya belum digunakan.

Gambar tempel planel, di satu sub daerah penelitian dikemukakan oleh 61 persen kader; di enam sub daerah di antara 17-42 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya tidak ada kader yang menyatakannya.

Gambar besar (poster), di lima sub daerah penelitian dikemukakan di antara 58-71 persen kader, di tiga sub daerah di antara 18-33 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya belum digunakan.

Buku pedoman petugas lapangan UPGK, di tujuh sub daerah penelitian dikemukakan di antara 4-25 persen kader dan di dua sub daerah selebihnya belum digunakan.

Buku: Tak mungkin hidup sehat, di tiga sub daerah penelitian dinyatakan di antara 4-25 persen kader dan di enam sub daerah selebihnya belum digunakan.

Buku dan formulir laporan, di satu sub daerah penelitian dikemukakan oleh 56 persen kader, di enam sub daerah di antara 9-50 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya belum digunakan.

Penilaian

Selama latihan diadakan *penilaian* dengan cara *ulangan tulis*, di tujuh sub daerah penelitian dikemukakan di antara 8-29 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya belum ada penilaian dengan cara tersebut. Dengan cara *ulangan lisan* di enam sub daerah penelitian dinyatakan di antara 8-50 persen kader dan di tiga sub daerah selebihnya belum ada penilaian dengan cara tersebut.

Dengan cara *tes sebelum dan sesudah latihan*, di lima sub daerah penelitian dikemukakan di antara 8-17 persen kader dan di empat sub daerah selebihnya belum ada penilaian dengan cara tersebut.

Belum diadakan penilaian selama latihan, di dua sub daerah penelitian dikemukakan di antara 58-83 persen kader dan di tujuh sub daerah selebihnya di antara 33-50 persen kader.

Petugas instansi sebagai pengajar pada latihan calon kader

Petugas Kesehatan - Puskesmas di dua sub daerah penelitian dikemukakan oleh seluruh kader; di enam sub daerah di antara 67-97 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya oleh 33 persen kader.

Petugas BKKBN, di satu sub daerah penelitian dinyatakan oleh semua kader; di empat sub daerah di antara 67-83 persen kader dan di empat sub daerah selebihnya di antara 33-46 persen kader.

Petugas Pertanian, Peternakan, Agama, PKK, di empat sub daerah penelitian dikemukakan di antara 58-81 persen kader; di empat sub daerah di antara 25-42 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya belum ada petugas dari instansi tersebut yang menjadi pelatih.

Petugas Pemerintah Daerah, di dua sub daerah penelitian dinyatakan di antara 67-72 persen kader; di enam sub daerah, di antara 13-42 persen kader dan di satu sub daerah selebihnya belum ada petugas dari instansi tersebut yang menjadi pelatih.

Tabel 6. Latihan untuk calon kader (di sembilan sub daerah penelitian)

Keterangan	Kader	
	UPGK-Kes, KB-Gizi dan PKMD n=145	
	wilayah persen	
Kader yang telah mengikuti latihan	83 - 98	
Menurut kader yang telah mengikuti latihan:		
1) Materi latihan:		
(1) pertumbuhan anak	50 - 83	
(2) makanan anak	64 - 100	
(3) mencret	50 - 100	
(4) kesehatan mata	25 - 75	
(5) kurang darah	42 - 83	
(6) cara penyuluhan	0 - 25	
(7) organisasi dan administrasi	0 - 36	
2) Materi diajarkan dengan cara:		
(1) ceramah	58 - 100	
(2) demonstrasi	9 - 83	
(3) praktek	0 - 75	
(4) tanya-jawab	17 - 67	
3) Alat peraga dan buku yang digunakan:		
Alat peraga:		
(1) timbangan dacin	0 - 88	
(2) kartu menuju sehat (KMS)	0 - 97	
(3) paket pertolongan gizi	0 - 92	
(4) lembaran balik: Menuju keluarga sehat	0 - 92	
(5) gambar tempel panel (<i>flanel graph</i>)	0 - 61	
(6) gambar besar (<i>poster</i>)		
Buku:		
(1) Buku pedoman petugas lapangan UPGK	0 - 49	
(2) Buku: Tak mungkin hidup sehat tanpa makanan sehat	0 - 25	
(3) Buku dan formulir laporan	0 - 56	
4) Selama latihan:		
(1) diadakan penilaian dengan cara:		
a) ulangan tulis	13 - 22	
b) ulangan lisan	4 - 26	
c) tes sebelum dan sesudah latihan	8 - 13	
(2) belum diadakan penilaian	42 - 71	
5) Pelatih berasal dari instansi		
(1) Kesehatan - Puskesmas	33 - 100	
(2) BKKBN	33 - 100	
(3) Pertanian, Peternakan, Agama, PKK	0 - 81	
(4) Pemerintah daerah	0 - 72	

Latar belakang kader

Sebagai hasil pemilihan calon kader, maka latar belakang kader dapat dilihat pada Tabel 7.

Sebagai *calon kader*, di tiga sub daerah penelitian sejumlah 100 persen kader, di lima sub daerah di antara 63-97 persen kader dan di satu sub daerah lainnya, 50 persen kader *ditunjuk/dicalonkan* oleh pemuka masyarakat.

Di tujuh sub daerah penelitian di antara 3-50 persen kader *mendaftarkan* sebagai calon kader dan di satu sub daerah lainnya tidak ada kader yang melakukan pendaftaran.

Mata pencaharian

Di satu sub daerah penelitian, 73 persen kader; dan di delapan sub daerah lainnya di antara 8-41 persen kader mempunyai mata pencaharian sebagai petani.

Di delapan sub daerah penelitian di antara 4-25 persen kader menjadi *pegawai negeri* dan di antara 4-50 persen kader mempunyai *mata pencaharian lainnya*. Di satu sub daerah lainnya tidak ada kader yang bekerja sebagai pegawai negeri atau mempunyai mata pencaharian lainnya.

Di dua sub daerah penelitian di antara 58-62 persen kader dan di sembilan sub daerah lainnya di antara 5-50 persen kader *tidak* mempunyai *penghasilan*.

Dasar pendidikan

Di satu sub daerah, 58 persen kader dan di tujuh sub daerah di antara 13-46 persen kader mempunyai dasar pendidikan *putus SD*. Di satu sub daerah lainnya tidak ada kader dengan dasar pendidikan tersebut.

Di ke sembilan sub daerah di antara 13-50 persen kader berpendidikan *tamat SD/ sederajat*.

Di dua sub daerah penelitian di antara 58-67 persen kader dan di tujuh sub daerah lainnya, di antara 9-50 persen kader berpendidikan *tamat SMP/ sederajat*.

Di tujuh sub daerah penelitian di antara 4-25 persen kader berpendidikan *lulus SLA*/sederajat dan di dua sub daerah lainnya tidak ada kader dengan dasar pendidikan tersebut.

Usia

Di satu sub daerah penelitian, 100 persen kader; di tiga sub daerah di antara 58-69 persen kader dan di lima sub daerah lainnya di antara 25-46 persen kader berusia di antara *20-29 tahun*.

Di tiga sub daerah penelitian, di antara 58-67 persen kader dan di lima sub daerah di antara 13-45 persen kader berusia di antara *30-39 tahun*. Di satu sub daerah lainnya tidak ada kader seumur tersebut.

Di tujuh sub daerah penelitian di antara 4-25 persen kader berusia 40 tahun atau lebih. Di dua sub daerah lainnya tidak ada kader seusia tersebut.

Jenis kelamin

Di ke sembilan sub daerah penelitian terdapat di antara 54-97 persen kader *wanita* dan di antara 3-46 persen kader *pria*.

Status perkawinan

Di delapan sub daerah penelitian terdapat di antara 63-92 persen kader *telah menikah* dan di antara 8-50 persen kader *belum kawin*. Di satu sub daerah lainnya terdapat 50 persen kader telah kawin dan tidak ada kader yang belum menikah.

Di lima sub daerah penelitian, di antara 3-13 persen kader telah menjadi janda/duda dan di empat sub daerah lainnya tidak ada kader yang berstatus demikian.

Kedudukan dalam masyarakat

Di satu sub daerah penelitian, 63 persen kader, di enam sub daerah, di antara 6-42 persen kader menjadi *pemuka masyarakat/pejabat formal*. Di satu sub daerah lainnya tidak ada kader mempunyai kedudukan tersebut.

Di tujuh sub daerah penelitian, di antara 8-33 persen kader, adalah *isteri pemuka masyarakat* dan di dua sub daerah lainnya tidak ada kader bersuami *pemuka masyarakat*.

Di tujuh sub daerah penelitian, di antara 58-91 persen kader dan di dua sub daerah lainnya, di antara 25-42 persen kader adalah *warga biasa*.

Tabel 7. Latar belakang kader (di sembilan sub daerah penelitian)

Keterangan	Kader
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD n=145 wilayah persen
1) Pemilihan calon kader dengan cara:	
(1) dicalonkan oleh pemuka masyarakat	50 - 100
(2) pendaftaran	0 - 50
2) Mata pencaharian kader:	
(1) pekerjaan yang memberi penghasilan:	
a) petani	8 - 73
b) pegawai negeri	0 - 25
c) lain-lain	0 - 50
(2) tidak mempunyai penghasilan	5 - 62
3) Dasar pendidikan:	
(1) putus SD/ sederajat	0 - 58
(2) tamat SD/ sederajat	13 - 50
(3) tamat SLP/ sederajat	9 - 67
(4) tamat SLA/ sederajat	0 - 25
4) Umur dalam tahun:	
(1) 20 - 29	25 - 100
(2) 30 - 39	13 - 67
(3) 40 atau lebih	0 - 25
5) Jenis kelamin:	
(1) wanita	54 - 97
(2) pria	3 - 46
6) Status perkawinan:	
(1) kawin	50 - 92
(2) belum	0 - 50
(3) janda/duda	0 - 13
7) Kedudukan dalam masyarakat:	
(1) warga biasa	25 - 91
(2) pemuka masyarakat/pejabat formal	6 - 63
(3) isteri pemuka masyarakat	0 - 33

3) *Persiapan desa terpilih untuk pelaksanaan kegiatan gizi*

Hasil pertemuan antara pengelola dan pemuka masyarakat.

a. Pemuka masyarakat yang telah *memahami* materi gizi.

Pemuka masyarakat yang telah memahami dengan tingkat *cukup* mengenai materi gizi dapat dilihat pada Tabel 8.

Di delapan sub daerah penelitian di antara 67-91 persen pemuka masyarakat telah memahami mengenai *pertumbuhan anak* dan di antara 55-92 persen pemuka masyarakat tentang *pemberian makanan tambahan (PMT)*. Di satu sub daerah penelitian lainnya 50 persen pemuka masyarakat telah memahami tentang masing-masing materi tersebut.

Di tujuh sub daerah penelitian, di antara 61-89 persen pemuka masyarakat dan di dua sub daerah lainnya di antara 46-50 persen pemuka masyarakat telah memahami materi tentang *mencret*.

Di tiga sub daerah penelitian, di antara 51-59 persen pemuka masyarakat dan di enam sub daerah lainnya di antara 40-50 persen pemuka masyarakat telah memahami materi mengenai *kesehatan mata*.

Di empat sub daerah penelitian, di antara 53-63 persen pemuka masyarakat dan di lima sub daerah lainnya di antara 30-50 persen pemuka masyarakat telah memahami materi tentang *kurang darah*.

Tabel 8. Pemuka masyarakat yang telah memahami materi gizi (di sembilan sub daerah penelitian)

Keterangan	Pemuka masyarakat
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD n=147 wilayah persen
Pemuka masyarakat yang telah memahami dengan tingkat cukup, mengenai materi gizi:	
1) pertumbuhan anak	50 - 91
2) pemberian makanan tambahan	50 - 92
3) mencret	46 - 89
4) kesehatan mata	42 - 59
5) kurang darah	30 - 63

b. *Persyaratan* dalam memilih calon kader menurut pemuka masyarakat.

Pemuka masyarakat yang mengemukakan *persyaratan* dalam memilih calon kader, dapat dilihat pada Tabel 9.

Di enam sub daerah penelitian, di antara 58-86 persen pemuka masyarakat dan di tiga sub daerah lainnya, mengemukakan: *mau bekerja* untuk masyarakat.

Di tujuh sub daerah penelitian, di antara 56-73 persen pemuka masyarakat dan di dua sub daerah lainnya, menyatakan: *tidak buta* huruf latin.

Di dua sub daerah penelitian, di antara 63-79 persen pemuka masyarakat mengemukakan masing-masing: *dapat dan mau memimpin; disegani masyarakat*. Di tujuh sub daerah lainnya di antara 9-50 persen pemuka masyarakat dan di antara 27-50 persen pemuka masyarakat menyatakan masing-masing *persyaratan* tersebut.

Di enam sub daerah penelitian, di antara 4-31 persen pemuka masyarakat mengemukakan: *berasal dari daerah setempat*. Di tiga sub daerah lainnya, tidak ada pemuka masyarakat yang menyebutkan *persyaratan* tersebut.

Tabel 9. *Persyaratan* dalam memilih calon kader (di sembilan sub daerah penelitian)

Persyaratan	Pemuka masyarakat
	UPGK-Kes, KB-Gizi, PKMD n=147 wilayah persen
1) Mau bekerja untuk masyarakat	50 - 86
2) Tidak buta huruf latin	38 - 73
3) Dapat dan mau memimpin	9 - 79
4) Disegani oleh masyarakat	27 - 79
5) Berasal dari daerah setempat	0 - 31

2. ISI DAN PELAKSANAAN KEGIATAN GIZI

A. Rencana

Pelaksanaan isi kegiatan gizi.

Isi kegiatan gizi yang telah dilakukan dengan pendekatan PHC oleh UPGK-Kes, KB-Gizi, PKMD dan UKIA sebagai organisasi kesehatan meliputi:

- 1) kegiatan penimbangan anak Balita,
- 2) kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan,
- 3) kegiatan pemberian makanan tambahan (PMT)
- 4) kegiatan pemberian paket pertolongan gizi (PPG) dan
- 5) kegiatan pemanfaatan pekarangan.

Kegiatan *pemanfaatan pekarangan*, berhubung sesuatu hal, data yang diperoleh kurang lengkap, maka *tidak* dimasukkan dalam laporan ini.

Sebagai sasaran pelaksanaan kegiatan gizi yang dilakukan oleh UPGK-Kes, KB-Gizi, PKMD dan UKIA ialah para ibu yang mempunyai anak Balita, sedang hamil atau sedang menyusui.

1) *Kegiatan penimbangan anak Balita*

Tujuan kegiatan penimbangan anak Balita ialah untuk mengadakan pengawasan terhadap pertumbuhan anak Balita dan menapis anak penderita kurang kalori-protein (KKP), berdasarkan berat badan terhadap umur. Kegiatan penimbangan ini dilakukan sebulan sekali.

Cara penimbangan dilaksanakan dengan menggunakan timbangan *dacin* yang dilengkapi dengan *celana* timbang atau *sarung* atau *tempat duduk*, yang dibuat dari papan atau bahan lainnya.

Hasil penimbangan berat badan anak dicantumkan dalam *kartu menuju sehat (KMS)*, sehingga ibunya dapat mengetahui gambaran berat badan anaknya. KMS ini diserahkan kepada ibu dan harus dibawa tiap bulan waktu menimbang anaknya. Selain itu pada KMS tercantum pula berbagai *pesan*, antara lain tentang *makanan anak*, cara membuat *larutan gula garam*.

2) Kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan

Tujuan kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan antara lain untuk meningkatkan tingkah laku ibu dengan memberi pengertian mengenai pertumbuhan anak sehat; mencegah anaknya menderita kekurangan gizi dengan cara memberikan makanan bergizi yang mudah diperoleh di daerahnya; mencegah dan mengobati anak mencret.

Kegiatan ini dilakukan antara lain pada pelaksanaan kegiatan penimbangan anak Balita; waktu kader mengadakan kunjungan rumah.

3) Kegiatan pemberian makanan tambahan

Kegiatan pemberian makanan tambahan (PMT) ada yang disebut *PMT penyuluhan* dan ada pula *PMT pemulihan*.

Tujuan *PMT penyuluhan* ialah untuk meningkatkan pengertian ibu mengenai makanan tambahan yang diberikan kepada anak disamping air susu ibu (asi), sebagai persiapan untuk menyapih anak. Kegiatan ini dilakukan antara lain pada pelaksanaan kegiatan penimbangan anak Balita, pada waktu mengadakan kunjungan rumah.

PMT pemulihan bertujuan selain untuk meningkatkan pengertian ibu seperti tersebut diatas, namun yang diutamakan ialah untuk menyembuhkan anak penderita gizi buruk. Kepada anak tersebut diberikan makanan tambahan bergizi tinggi selama 60 hari. Kegiatan ini diadakan melalui program PMT desa, dibiayai oleh pemerintah dan diharapkan agar masyarakat yang mengelolanya.

Makanan tambahan yang diberikan pada PMT penyuluhan dan PMT pemulihan tersebut, diusahakan supaya dibuat dari bahan makanan dengan harga yang terjangkau oleh masyarakat, mudah diperoleh setempat dan mengandung zat gizi tinggi.

4) Kegiatan pemberian paket pertolongan gizi

Isi paket pertolongan gizi terdiri atas kapsul vitamin A dosis tinggi (200.000 IU); oralit dan tablet asam darah. Kapsul vitamin A dosis tinggi diberikan kepada semua anak Balita, enam bulan sekali. Tujuan pemberian ini ialah untuk mencegah terjadinya *scurvy* dan *beriberi* yang disebabkan oleh kekurangan vitamin A.

Oralit diberikan kepada anak yang sedang mencret. *Tujuannya* untuk mencegah kematian anak yang disebabkan oleh kekurangan cairan, akibat mencret. Pada waktu memberikan oralit, selain diajarkan cara melarutkan oralit, juga diperagakan cara membuat larutan gula garam yang dapat dilakukan oleh para ibu di rumah, sebagai pengganti oralit.

Tablet tambah darah diberikan kepada ibu hamil selama triwulan terakhir dan kepada ibu menyusui yang pucat. *Tujuannya* ialah untuk mencegah ibu hamil menderita anemi dan mengobati ibu menyusui yang menderita kurang darah.

5) *Sarana untuk pelaksanaan kegiatan gizi*

(1) *Ketenagaan*

a. *Pelaksana*

Kader sebagai pelaksana kegiatan gizi dengan sukarela, tiap kader diharapkan melayani 15-20 kepala keluarga di rukun tetangganya. Tiap pos penimbangan anak Balita, dilayani oleh empat kader, yang meliputi kegiatan: melakukan pencatatan, menimbang anak; mencatat hasil penimbangan pada KMS; memberi penyuluhan gizi dan kesehatan. Kegiatan penimbangan anak Balita diadakan sebulan sekali.

Petugas UKIA sebagai pelaksana kegiatan gizi pada Puskesmas-UKIA, mengadakan kegiatan penimbangan anak Balita seminggu sekali di Puskesmas dengan daerah kerja satu kecamatan. Selain melaksanakan kegiatan gizi, petugas UKIA juga melakukan kegiatan Puskesmas-UKIA lainnya.

b. *Pengelola*

Pengelola pelaksanaan kegiatan gizi pada UPGK-Kes, PKMD dan UKIA ialah petugas Kesehatan di tingkat kabupaten dan di tingkat kecamatan. Kadang-kadang seorang petugas kesehatan mengelola lebih dari satu organisasi kesehatan yang melakukan kegiatan gizi tersebut.

Pada KB-Gizi pengelolanya ialah petugas BKKBN di tingkat kabupaten dan di tingkat kecamatan. Para pengelola tersebut diharapkan mengikuti pertemuan konsultasi gizi, mengadakan kunjung-

an pembinaan serta menerima dan membuat laporan pelaksanaan kegiatan gizi.

Isi *pertemuan konsultasi gizi* yang digariskan, telah dikemukakan pada *Tahap persiapan*.

Kegiatan waktu mengadakan *kunjungan pembinaan* yang telah digariskan meliputi: 1) Memeriksa dan membahas: a) buku pos penimbangan; b) pengisian KMS; c) laporan bulanan, d) sarana kegiatan, e) kemajuan dan tingkat pencapaian kegiatan; 2) Menanyakan kesulitan; 3) Membahas kesulitan dan 4) Merencanakan kegiatan bulan berikutnya.

Diharapkan para pengelola mengadakan kunjungan pembinaan bersama-sama dengan petugas instansi lain yang mempunyai peranan dalam pelaksanaan kegiatan gizi.

Laporan pelaksanaan kegiatan gizi yang digariskan ialah pelaksana di tingkat desa dan pada Puskesmas-UKIA, setiap bulan membuat laporan pelaksanaan kegiatan gizi. Laporan ini dikirimkan kepada pengelola di tingkat kecamatan. Pengelola di tingkat kecamatan membuat rekapitulasi laporan pelaksanaan kegiatan gizi setiap bulan dan mengirimkannya kepada pengelola di tingkat kabupaten dan tembusannya dikirimkan kepada pengelola di tingkat propinsi dan pusat serta kepada pemerintah daerah tingkat II. Pengelola di tingkat kabupaten membuat rekapitulasi laporan pelaksanaan kegiatan gizi di wilayahnya dan mengirimkannya kepada pengelola di tingkat propinsi dan tembusannya dikirimkan kepada pengelola di tingkat pusat dan pemerintah daerah tingkat I.

(2) *Perlengkapan untuk pelaksanaan kegiatan gizi*

Peralatan untuk pelaksanaan kegiatan gizi dan untuk latihan pelaksana dilengkapi oleh pemerintah. Sedangkan tempat pelaksanaan kegiatan gizi pada UPGK-Kes, KB-Gizi dan PKMD diusahakan oleh pamong desa dan masyarakat setempat.

B. Ditemukan

1) Latar belakang ibu sasaran pelaksanaan kegiatan gizi

Latar belakang ibu sasaran pelaksanaan kegiatan gizi, dapat dilihat pada Tabel 10. Ditemukan, bahwa *dasar pendidikan* sebagian besar ibu sasaran di daerah penelitian ialah putus/lulus SD/ sederajat. Ada pula ibu sasaran yang masih buta huruf. Ibu sasaran yang tamat SLP/SLA/ sederajat jumlahnya lebih banyak dari pada yang buta huruf.

Sebagai keterangan tambahan Tabel 13, ialah bahwa ibu sasaran dengan dasar pendidikan SD/ sederajat atau lebih tinggi pada UPGK-Kes dan PKMD didapatkan di antara 48-59 persen. Sedangkan pada KB-Gizi dan UKIA berjumlah di antara 61-70 persen.

Usia ibu sasaran dengan jumlah terbanyak ialah di antara 25-34 tahun. Sedangkan yang berusia di antara 15-24 tahun jumlah ibu sasaran lebih banyak dari pada yang berumur 35 tahun atau lebih.

Pekerjaan pokok kepala keluarga (KK) ibu sasaran dengan jumlah terbanyak ialah sebagai petani. Banyak pula KK yang menjadi pegawai negeri, jika dibandingkan dengan pekerjaan pokok lainnya.

Sebagai keterangan tambahan Tabel 13, ialah bahwa di antara 30-35 persen KK pada KB-Gizi dan UKIA serta di antara 15-18 persen KK pada UPGK-Kes dan PKMD yang menjadi pegawai negeri.

Ibu sasaran yang *sedang menyusui* dan yang *tidak hamil - tidak menyusui* merupakan responden dengan jumlah terbanyak. Ibu sasaran *sedang hamil sekali gus sedang menyusui*, berjumlah paling sedikit, bahkan di tiga sub daerah penelitian tidak ada ibu sasaran dalam keadaan tersebut.

Sebagai keterangan tambahan Tabel 13 ialah, bahwa di tiga sub daerah penelitian KB-Gizi terdapat 53 persen ibu sasaran yang *tidak hamil - tidak menyusui*; di tiga sub daerah UKIA terdapat 49 ibu sasaran sedang *hamil* dan di tiga sub daerah PKMD terdapat 50 persen ibu sasaran *sedang menyusui*.

Tabel 10. Latar belakang ibu sasaran (di dua belas sub daerah penelitian)

Keterangan	Ibu sasaran	
	UPGK-Kes; Kb-Gizi, PKMD; UKIA n=570	
	wilayah persen	
1) Dasar pendidikan		
(1) buta huruf	4	11
(2) tidak tamat SD/ sederajat	20	41
(3) tamat SD/ sederajat	30	41
(4) tamat SLP/ sederajat	10	16
(5) tamat SLA/ sederajat	4	13
2) Usia dalam tahun		
(1) 15 - 24	33	44
(2) 25 - 34	41	48
(3) 35 atau lebih	15	19
3) Pekerjaan pokok kepala keluarga		
(1) petani	25	45
(2) buruh	11	28
(3) pegawai negeri	15	35
(4) pedagang	13	19
(5) lain-lain	1	5
4) Ibu sasaran dalam keadaan tidak hamil- tidak menyusui, hamil atau menyusui		
(1) tidak hamil - tidak menyusui	22	53
(2) sedang hamil	4	49
(3) sedang menyusui	29	50
(4) sedang hamil dan menyusui	0	3

2) Pelaksanaan kegiatan penimbangan anak Balita

Ibu sasaran yang telah mengikuti kegiatan penimbangan dapat dilihat pada Tabel 11. Di tujuh sub daerah penelitian, 100 persen ibu sasaran dan di lima sub daerah lainnya di antara 92-97 persen ibu sasaran telah menimbang anaknya.

Di sembilan sub daerah penelitian, di antara 67-90 persen ibu sasaran dan di tiga sub daerah lainnya di antara 37-50 persen ibu sasaran yang telah menimbang anaknya memberi tanggapan: *ingin mengetahui berat badan anak.*

Tabel 11. Kegiatan penimbangan anak Balita (di dua belas sub daerah penelitian)

Keterangan	Ibu sasaran
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD; UKIA n=570 wilayah persen
Ibu sasaran yang telah mengikuti kegiatan penimbangan anak Balita	92 - 100
Tanggapan ibu sasaran yang telah mengikuti kegiatan penimbangan: ingin mengetahui berat badan anak	37 - 90

3) Pelaksanaan kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan

Ibu sasaran yang telah mengikuti kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan dapat dilihat pada Tabel 12.

Di sembilan sub daerah penelitian di antara 58-90 persen ibu sasaran dan di tiga sub daerah lainnya di antara 25-30 persen ibu sasaran telah mengikuti kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan.

Di empat sub daerah penelitian, di antara 68-90 persen ibu sasaran dan di delapan sub daerah lainnya, di antara 23-47 persen ibu sasaran memberi tanggapan: penyuluhan gizi dan kesehatan berguna bagi kesehatan keluarga.

Jumlah ibu sasaran yang belum mengikuti kegiatan penyuluhan ialah 50 persen di tiga sub daerah penelitian dan di antara 26-38 persen di sembilan sub daerah lainnya.

Alasan yang diberikan ibu sasaran di dua belas sub daerah penelitian ialah *repot, belum ada kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan serta tidak dilatih tahu*, dikemukakan di antara 3-24 persen ibu sasaran.

Pengertian ibu sasaran mengenai materi penyuluhan

Jumlah ibu sasaran yang telah mengerti dengan tingkat *cukup* mengenai materi penyuluhan ialah:

Di enam sub daerah penelitian, di antara 55-83 persen ibu sasaran dan di enam sub daerah lainnya, di antara 12-43 persen ibu sasaran, telah mengerti dengan tingkat *cukup* tentang *pertumbuhan anak*.

Di empat sub daerah penelitian, di antara 53-72 persen ibu sasaran dan di delapan sub daerah lainnya, di antara 10-40 persen ibu sasaran telah mengerti dengan tingkat *cukup* mengenai *makanan anak*.

Di sepuluh sub daerah penelitian, di antara 55-81 persen ibu sasaran dan di dua sub daerah lainnya di antara 43-46 persen ibu sasaran telah mengerti dengan tingkat *cukup* tentang *mencoret*.

Di dua belas sub daerah penelitian, di antara 17-38 persen ibu sasaran telah mengerti dengan tingkat *cukup* mengenai *kesehatan mata*.

Di satu sub daerah penelitian, 52 persen ibu sasaran dan di sebelas sub daerah lainnya, di antara 26-50 persen ibu sasaran telah mengerti dengan tingkat *cukup* tentang *kurang darah*.

Tabel 12. Kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan (di dua belas sub daerah penelitian)

Keterangan	Ibu sasaran
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD; UKIA n=570 wilayah persen
1) Ibu sasaran yang telah mengikuti penyuluhan gizi dan kesehatan	25 - 90
2) Tanggapan ibu sasaran yang telah mengikuti kegiatan penyuluhan: penyuluhan gizi dan kesehatan berguna bagi kesehatan keluarga	23 - 90
3) Ibu sasaran yang belum mengikuti penyuluhan gizi dan kesehatan dengan alasan yang dikemukakan:	26 - 53
(1) repot	11 - 19
(2) belum ada kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan	8 - 24
(3) tidak diberi tahu	3 - 11
4) Ibu sasaran yang mengerti dengan tingkat cukup mengenai materi penyuluhan:	

bersambung ...

Tabel 12. (lanjutan)

keterangan	Ibu sasaran
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD; UKIA n=570
	wilayah persen
(1) pertumbuhan anak	12 - 83
(2) makanan anak	10 - 72
(3) mencret	43 - 81
(4) kesehatan mata	17 - 38
(5) kurang darah	26 - 52

4) Pelaksanaan kegiatan pemberian makanan tambahan (PMT)

Ibu sasaran yang telah menerima makanan tambahan untuk anaknya dapat dilihat pada Tabel 13. Di dua sub daerah penelitian, 100 persen ibu sasaran; di enam sub daerah, di antara 57-97 persen ibu sasaran dan di empat sub daerah lainnya di antara 13-47 persen ibu sasaran telah menerima makanan tambahan untuk anaknya.

Tanggapan yang diberikan ibu sasaran mengenai PMT ialah di tujuh sub daerah penelitian, di antara 57-80 persen ibu sasaran dan di lima sub daerah lainnya, di antara 13-50 persen ibu sasaran mengemukakan: PMT berguna bagi kesehatan keluarga.

Bentuk bahan makanan yang telah diterima

Di enam sub daerah penelitian, sekitar 76 persen ibu sasaran dan di enam sub daerah lainnya, di antara 36-48 persen ibu sasaran telah menerima dalam bentuk *makanan masak*.

Di dua belas sub daerah penelitian, di antara 4-19 persen ibu sasaran telah menerima dalam bentuk *bahan makanan mentah*.

Di enam sub daerah penelitian, di antara 36-48 persen ibu sasaran telah menerima dalam bentuk *susu*. Di enam sub daerah lainnya tidak ada ibu sasaran yang telah menerima susu.

Di masing-masing tiga sub daerah penelitian, 55 persen dan 32 persen ibu sasaran, dan di enam sub daerah penelitian lainnya satu persen ibu sasaran telah menerima dalam bentuk *uang*.

Tabel 13. Kegiatan pemberian makanan tambahan (di dua belas sub daerah penelitian)

Keterangan	Ibu sasaran
	UPGK-Kes, KB-Gizi; PKMD; UKIA n=570 wilayah persen
Ibu sasaran yang telah menerima makanan tambahan untuk anaknya	13 - 100
Tanggapan ibu sasaran yang telah menerima makanan tambahan:	
PMT berguna bagi kesehatan keluarga	13 - 80
Bentuk makanan tambahan yang telah diterima:	
1) makanan masak	36 - 76
2) bahan makanan mentah	4 - 19
3) susu	0 - 48
4) uang	1 - 55

5) Pelaksanaan kegiatan pemberian paket pertolongan gizi

Ibu sasaran yang telah menerima paket pertolongan gizi (PPG) dapat dilihat pada Tabel 14. Di empat sub daerah penelitian, di antara 57-92 persen ibu sasaran dan di delapan sub daerah lainnya di antara 25-50 persen ibu sasaran telah menerima PPG.

Tanggapan ibu sasaran yang telah menerima PPG, ialah di tiga sub daerah penelitian, di antara 57-81 persen ibu sasaran dan sembilan sub daerah penelitian lainnya, di antara 17-50 persen ibu sasaran mengemukakan PPG berguna.

Macam PPG yang telah diterima ibu sasaran

Kapsul vitamin A dosis tinggi, telah diterima di antara 57-89 persen ibu sasaran di dua sub daerah penelitian dan di antara 5-50 persen ibu sasaran di sepuluh sub daerah penelitian lainnya.

Oralit, telah diterima di antara 2-28 persen ibu sasaran di sebelas sub daerah penelitian dan tidak ada ibu sasaran yang telah menerimanya di satu sub daerah lainnya.

Tablet tambah darah, telah diterima di antara 10-42 persen ibu sasaran di semua sub daerah penelitian.

Tabel 14. Kegiatan pemberian paket pertolongan gizi (di dua belas sub daerah penelitian)

Keterangan	Ibu sasaran
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD; UKIA n=570 wilayah persen
1) Ibu sasaran yang telah menerima paket pertolongan gizi (PPG)	25 - 92
2) Tanggapan ibu sasaran yang telah menerima PPG: PPG berguna	17 - 81
3) Macam PPG yang telah diterima:	
(1) kapsul vitamin A dosis tinggi	5 - 89
(2) oralit	0 - 28
(3) tablet tambah darah	10 - 42

6) Pendapat pemuka masyarakat tentang kegiatan gizi

Pendapat pemuka masyarakat mengenai kegiatan gizi yang paling diperlukan dapat dilihat pada Tabel 15.

Kegiatan gizi yang paling diperlukan

Di delapan sub daerah penelitian, di antara 4-17 persen pemuka masyarakat mengemukakan pendapat: *penimbangan anak Balita* ialah kegiatan gizi yang paling diperlukan. Di empat sub daerah lainnya tidak ada pemuka masyarakat yang menyatakan pendapat tersebut.

Pendapat: *penyuluhan gizi dan kesehatan* ialah kegiatan gizi yang paling diperlukan, dikemukakan di antara 55-88 persen pemuka masyarakat di tujuh sub daerah penelitian dan di antara 5-50 persen pemuka masyarakat di lima sub daerah lainnya.

Di sebelas sub daerah penelitian, di antara 10-46 persen pemuka masyarakat menyatakan pendapat: *PMT* ialah kegiatan gizi yang paling diperlukan. Di satu sub daerah lainnya tidak ada pemuka masyarakat yang mengemukakan pendapat tersebut.

Di sembilan sub daerah penelitian di antara 4-17 persen pemuka masyarakat menyatakan pendapat: *pemberian paket pertolongan gizi* ialah kegiatan gizi yang paling diperlukan. Di tiga sub daerah lainnya tidak ada pemuka masyarakat yang mengemukakan pendapat tersebut.

Tabel 15. Pendapat pemuka masyarakat mengenai kegiatan gizi (di dua belas sub daerah penelitian)

Keterangan	Pemuka masyarakat
	UPGK-Kes; KE-Gizi; PKMD; UKIA n=227 wilayah persen
Pendapat pemuka masyarakat: kegiatan gizi yang paling diperlukan:	
1) penimbangan anak Balita	0 - 17
2) penyuluhan gizi dan kesehatan	5 - 88
3) pemberian makanan tambahan (PMT)	0 - 46
4) pemberian paket pertolongan gizi	0 - 17

7) *Peranserta pemuka masyarakat dan ibu sasaran dalam pelaksanaan kegiatan gizi*

Pemuka masyarakat yang telah mulai berperanserta dalam pelaksanaan kegiatan gizi dengan berbagai bentuk kegiatan dapat dilihat pada Tabel 16.

Bentuk peranserta:

- (1) Di dua sub daerah penelitian sekitar 58 persen pemuka masyarakat dan di sepuluh sub daerah lainnya, di antara 11-50 persen pemuka masyarakat telah berperanserta dalam *mengumpulkan masyarakat*.
- (2) Peranserta dalam bentuk *membantu dalam pelaksanaan kegiatan gizi*, di delapan sub daerah penelitian, telah dilaksanakan di antara 54-83 persen pemuka masyarakat dan di empat sub daerah lainnya di antara 30-50 persen pemuka masyarakat.

- (3) *Memberi/mengusahakan tempat kegiatan*, di satu sub daerah penelitian telah dilaksanakan oleh 75 persen pemuka masyarakat dan di sebelas sub daerah lainnya di antara 11-50 persen pemuka masyarakat.
- (4) *Memberi/mengumpulkan peralatan* yang diperlukan, di dua belas sub daerah penelitian telah dilakukan di antara 8-33 persen pemuka masyarakat.
- (5) *Memberi/mengumpulkan dana* di satu sub daerah penelitian telah dilaksanakan oleh 58 persen pemuka masyarakat dan di sembilan sub daerah di antara 9-50 persen pemuka masyarakat. Di dua sub daerah lainnya tidak ada pemuka masyarakat yang telah melakukan kegiatan tersebut.

Tabel 16. Peranserta pemuka masyarakat dalam pelaksanaan kegiatan gizi (di dua belas sub daerah penelitian)

Bentuk peranserta	Pemuka masyarakat
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD,UKIA n=227 wilayah persen
1) Mengumpulkan masyarakat	11 - 58
2) Membantu dalam pelaksanaan kegiatan gizi	30 - 83
3) Memberi/mengusahakan tempat kegiatan gizi	11 - 75
4) Memberi/mengumpulkan peralatan yang diperlukan	8 - 33
5) Memberi/mengumpulkan dana	8 - 58

Ibu sasaran yang telah diminta bantuan dalam pelaksanaan kegiatan gizi dan yang telah mulai berperanserta dengan berbagai bentuk kegiatan, dapat dilihat pada Tabel 17.

Di dua belas sub daerah penelitian, di antara 63-74 persen ibu sasaran telah diminta bantuan untuk berperanserta dalam pelaksanaan kegiatan gizi.

Bentuk peranserta:

Di sub daerah tersebut, ibu sasaran yang telah mulai memberi bantuan, sebagai peranserta mereka ialah, di antara 6-16 persen dalam bentuk *tenaga* di antara 4-11 persen berupa *bahan makanan*; di antara 2-9 persen dalam bentuk *uang* dan di antara 1-4 persen dalam bentuk *tempat kegiatan*. Berupa *peralatan*, di enam sub daerah penelitian telah diberikan oleh satu persen ibu sasaran dan di enam sub daerah lainnya tidak ada yang memberi bantuan dalam bentuk itu.

Tabel 17. Peranserta ibu sasaran dalam pelaksanaan kegiatan gizi (di dua belas sub daerah penelitian)

Ibu sasaran yang diminta bantuan dan bentuk peranserta	Ibu sasaran
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD; UKIA n=580 wilayah persen
1) Ibu sasaran yang telah diminta bantuan	63 - 74
2) Bentuk peranserta:	
(1) tenaga	6 - 16
(2) bahan makanan	4 - 11
(3) uang	2 - 9
(4) tempat kegiatan	1 - 4
(5) peralatan	0 - 1

8) *Sarana untuk pelaksanaan kegiatan gizi*

Lancar tidaknya pelaksanaan kegiatan gizi sangat dipengaruhi oleh tersedianya sarana, yaitu antara lain adanya tenaga pelaksana yang mampu melakukan kegiatan gizi dengan jumlah yang memadai dengan beban kerja; tenaga pengelola yang bijaksana dan menetralkan peranannya serta peralatan yang lengkap.

(1) *Keteragaan*a. *Pelaksana*a) *Kemampuan kader dan petugas UKIA melakukan kegiatan gizi*

Kader sebagai pelaksana kegiatan gizi di sub daerah penelitian UPGK-Kes, KB-Gizi dan PKMD yang telah mengetahui dengan tingkat cukup tentang materi latihan dan yang telah trampil melakukan kegiatan gizi dapat dilihat pada Tabel 18.

(a) *Kader yang telah mengetahui dengan tingkat cukup mengenai materi latihan*

Di tiga sub daerah penelitian, 100 persen kader dan di enam sub daerah lainnya di antara 63-90 persen kader telah mengetahui tentang *pertumbuhan anak*.

Pemberian makanan tambahan telah diketahui di antara 58-88 persen kader di enam sub daerah penelitian dan di antara 42-50 persen kader di tiga sub daerah penelitian lainnya.

Di delapan sub daerah penelitian, di antara 63-90 persen kader dan di satu sub daerah lainnya 25 persen kader telah mengetahui mengenai materi *mencret*.

Kesehatan mata telah diketahui di antara 59-87 persen kader di lima sub daerah penelitian dan di antara 22-50 persen kader di empat sub daerah penelitian lainnya.

Di delapan sub daerah penelitian, di antara 56-88 persen kader dan di satu sub daerah lainnya, 8 persen kader telah mengetahui tentang *kurang darah*.

(b) *Kader yang telah trampil melakukan kegiatan gizi*

Di lima sub daerah penelitian, di antara 56-67 persen kader, dan di empat sub daerah lainnya di antara 33-47 persen kader telah trampil melakukan *penimbangan anak Balita*.

Penyuluhan gizi dan kesehatan, di delapan sub daerah penelitian, sudah dapat dilakukan dengan trampil di antara 58-78 persen kader dan oleh 42 persen kader di satu sub daerah penelitian lainnya.

Di dua sub daerah penelitian, di antara 54-63 persen kader dan di tujuh sub daerah lainnya di antara 17-50 persen kader telah trampil melakukan *PMT*.

Cara melarutkan oralit, di tiga sub daerah penelitian, di antara 55-83 persen kader dan di lima sub daerah di antara 8-50 persen kader telah trampil melakukannya. Di satu sub daerah lainnya belum ada kader yang telah trampil melaksanakannya.

Di empat sub daerah penelitian, di antara 54-88 persen kader dan di lima sub daerah lainnya di antara 8-42 persen kader telah trampil melakukan *cara membuat larutan gula garam*.

Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi di empat sub daerah di antara 54-67 persen kader dan di tiga sub daerah di antara 17-33 persen kader telah trampil melakukannya. Di dua sub daerah lainnya belum ada kader yang sudah trampil melaksanakannya.

Di enam sub daerah penelitian di antara 4-27 persen kader telah trampil dalam kegiatan pemberian *tablet tambah darah*. Di tiga sub daerah penelitian lainnya belum ada kader yang sudah trampil melaksanakannya.

Usul kader untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mereka.

Di tiga sub daerah penelitian, di antara 58-67 persen kader telah mengusulkan supaya *diadakan lagi latihan* yang lebih mendalam untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan para kader.

Tabel 18. Pengetahuan kader tentang materi gizi, kader yang trampil melaksanakan kegiatan gizi dan usul kader untuk meningkatkan pengetahuan mereka (di sembilan sub daerah penelitian)

Keterangan	Kader
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD n=145
	wilayah persen
1) Kader yang telah mengetahui dengan tingkat cukup mengenai materi:	
(1) pertumbuhan anak	63 - 100
(2) pemberian makanan tambahan	42 - 83
(3) mencret	25 - 99

bersambung ..

Tabel 18. (lanjutan)

Keterangan	Kader
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD n=145 wilayah persen
(4) kesehatan mata	22 - 87
(5) kurang darah	8 - 88
2) Kader yang sudah trampil melaksanakan kegiatan gizi:	
(1) penimbangan anak Balita	33 - 67
(2) penyuluhan gizi dan kesehatan	42 - 78
(3) pemberian makanan tambahan	17 - 63
(4) cara melarutkan oralit	0 - 83
(5) cara membuat larutan gula garam	8 - 88
(6) pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi	0 - 67
(7) pemberian tablet tambah darah	0 - 27
3) Usul kader untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mereka:	
- supaya diadakan latihan lagi yang lebih mendalam untuk kader	0 - 67

Petugas UKIA di daerah penelitian yang telah memahami dengan tingkat baik mengenai materi gizi dan yang telah trampil melaksanakan kegiatan gizi, dapat dilihat pada Tabel 19.

(c) *Petugas UKIA* yang telah memahami dengan tingkat baik mengenai materi gizi.

Di tiga sub daerah penelitian, di antara 41-50 persen petugas UKIA memahami tentang *pertumbuhan anak*; di antara 73-79 persen petugas UKIA memahami mengenai *kesehatan mata* dan di antara 84-95 persen petugas UKIA memahami tentang *kurang darah*.

Di dua sub daerah penelitian, sekitar 93 persen petugas UKIA memahami tentang *mencret*. Di satu sub daerah lainnya untuk masing-masing materi tersebut dipahami oleh 50 persen dan 88 persen petugas UKIA.

(d) *Petugas UKIA* yang telah trampil melaksanakan kegiatan gizi.

Di tiga sub daerah penelitian, petugas UKIA yang telah trampil ialah di antara 63-86 persen petugas UKIA melaksanakan *penim-*

bangun anak Balita; di antara 73-80 persen petugas UKIA melakukan cara *melarutkan* oralit; di antara 56-90 persen petugas UKIA melaksanakan cara *membuat larutan gula garam* dan di antara 13-30 persen petugas UKIA *menentukan* ibu hamil dan ibu menyusui yang *memerlukan tablet tambah darah*.

Di dua sub daerah penelitian, sekitar 53 persen petugas UKIA dan di satu daerah lainnya 48 persen petugas UKIA telah trampil melaksanakan *penyuluhan gizi dan kesehatan*.

Tabel 19. Petugas UKIA yang memahami materi gizi dan yang trampil melaksanakan kegiatan gizi (di tiga sub daerah penelitian)

Keterangan	Petugas UKIA n = 41 wilayah persen
1) Petugas UKIA yang telah memahami dengan tingkat baik mengenai materi:	
(1) pertumbuhan anak	41 - 50
(2) pemberian makanan tambahan	50 - 93
(3) mencret	88 - 100
(4) kesehatan mata	73 - 79
(5) kurang darah	84 - 95
2) Petugas UKIA yang sudah trampil melakukan kegiatan gizi:	
(1) penimbangan anak Balita	63 - 87
(2) penyuluhan gizi dan kesehatan	48 - 53
(3) cara melarutkan oralit	73 - 80
(4) cara membuat larutan gula garam	56 - 90
(5) menentukan ibu hamil dan ibu menyusui yang memerlukan tablet tambah darah	13 - 30

b) *Beban kerja kader dan petugas UKIA dalam pelaksanaan kegiatan gizi*

- (a) *Kader sebagai tenaga sukarela dalam pelaksanaan kegiatan gizi mempunyai beban kerja seperti yang tercantum pada Tabel 20.*

Jumlah kepala keluarga yang telah dilayani setiap kader.

Di empat sub daerah di antara 3-8 persen kader telah melayani *sembilan kepala keluarga (KK)* atau kurang, setiap kader. Di lima sub daerah lainnya tidak ada kader yang telah melayani sejumlah KK tersebut.

Telah melayani *10-20 KK* setiap kader, dinyatakan di antara 4-29 persen kader, di tujuh sub daerah penelitian. Di dua sub daerah penelitian lainnya tidak ada kader yang telah melayani sejumlah KK tersebut.

Di satu sub daerah penelitian, 100 persen kader dan di delapan sub daerah penelitian lainnya di antara 58-96 persen kader telah melayani *21 KK atau lebih* setiap kader.

Telah melakukan *kegiatan penimbangan* dengan jumlah anak per pos penimbangan sebagai berikut.

Di dua sub daerah penelitian, dengan *50 anak atau kurang* per pos penimbangan telah dilakukan oleh 100 persen kader. Di tiga sub daerah telah dilakukan oleh sekitar 63 persen kader dan di empat sub daerah lainnya, di antara 33-50 persen kader.

Di antara *51-100 anak* per pos penimbangan, telah dilaksanakan di dua sub daerah penelitian di antara 54-58 persen kader dan di lima sub daerah oleh 17-50 kader. Di dua sub daerah penelitian lainnya tidak ada kader yang telah melakukan dengan jumlah anak tersebut per pos penimbangan.

Di empat sub daerah penelitian, dengan *101 anak atau lebih* per pos penimbangan telah dilakukan di antara 6-42 persen kader. Di lima sub daerah lainnya tidak ada kader yang telah melaksanakan dengan jumlah anak tersebut per pos penimbangan.

Telah *melaksanakan PMT* dengan menyediakan makanan tambahan untuk sejumlah anak sebagai berikut.

Di satu sub daerah penelitian, 67 persen kader dan di delapan sub daerah penelitian lainnya di antara 17-46 persen kader telah menyediakan makanan tambahan untuk *25 anak atau kurang*. Memberi makanan tambahan kepada *26-50 anak*, telah dilakukan di antara 58-83 persen kader, di dua sub daerah penelitian dan di antara 8-50 persen kader, di tujuh sub daerah lainnya.

Di satu sub daerah penelitian, **51 persen** kader dan di lima sub daerah di antara **4-28 persen kader telah menyediakan** makanan tambahan untuk *51 anak atau lebih*.

Di tiga sub daerah lainnya tidak ada kader yang menyediakan makanan tambahan untuk jumlah anak tersebut.

Telah membuat *laporan* bulanan tentang pelaksanaan kegiatan gizi.

Di delapan sub daerah penelitian, di antara **13-42 persen** kader telah membuat *laporan* mengenai kegiatan penimbangan.

Di satu sub daerah lainnya tidak ada kader yang telah membuat laporan tersebut.

Isi laporan tentang *penggunaan dan persediaan alat serta bahan* di lima sub daerah penelitian, dibuat di antara **8-25** persen kader.

Di empat sub daerah lainnya tidak ada kader yang telah membuat laporan dengan isi tersebut (Tabel 20).

Tabel 20. **Beban kerja kader dalam pelaksanaan kegiatan gizi (di sembilan sub daerah penelitian)**

Macam pekerjaan dalam kegiatan gizi	Kader
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD n=145 wilayah persen
1) Tiap kader di daerah rukun tetangganya melayani jumlah kepala keluarga (Kk)	
(1) 9 KK atau kurang	0 - 8
(2) 10 - 20 KK	0 - 29
(3) 21 KK atau lebih	58 - 100
2) Melakukan kegiatan penimbangan anak Balita oleh 4-5 kader per pos penimbangan dengan jumlah pengunjung:	
(1) 50 anak atau kurang	33 - 100
(2) 51 - 100 anak	0 - 58
(3) 101 anak atau lebih	0 - 42
3) Melaksanakan kegiatan pemberian makanan tambahan dengan menyediakan makanan untuk jumlah anak:	
(1) 25 anak atau kurang	17 - 67
(2) 26 - 50 anak	8 - 83
(3) 51 anak atau lebih	0 - 51
4) Membuat laporan bulanan tentang kegiatan gizi	0 - 42
Isi laporan mengenai:	
(1) kegiatan penimbangan	13 - 42
(2) penggunaan, persediaan alat dan bahan	0 - 25

(b) Petugas UKIA sebagai pelaksana kegiatan gizi di Puskesmas-UKIA mempunyai *beban kerja* berbeda dari pada kader. Pelaksanaan kegiatan gizi yang petugas UKIA lakukan juga berbeda yaitu dilaksanakan seminggu sekali di salah satu ruangan Puskesmas. Selain melakukan kegiatan gizi, petugas UKIA juga harus melayani pengunjung Puskesmas mengenai kegiatan kesejahteraan ibu dan anak serta keluarga berencana yang meliputi satu daerah kecamatan.

Petugas UKIA yang diserahkan untuk membuat *laporan* bulanan mengenai pelaksanaan kegiatan gizi, dapat dilihat pada Tabel 21.

Di satu sub daerah penelitian, 70 persen petugas UKIA dan di dua sub daerah lainnya, di antara 38-40 persen petugas UKIA yang telah membuat *laporan* bulanan mengenai pelaksanaan kegiatan gizi.

Isi laporan mengenai kegiatan penimbangan anak Balita yang telah dilakukan, dibuat oleh 70 persen petugas UKIA di satu sub daerah penelitian dan di antara 38-40 persen petugas UKIA di dua sub daerah lainnya.

Di tiga sub daerah penelitian, di antara 10-31 persen petugas UKIA membuat laporan mengenai *penggunaan dan persediaan alat serta bahan*.

Tabel 21. Petugas UKIA yang telah membuat laporan bulanan mengenai pelaksanaan kegiatan gizi (di tiga sub daerah penelitian)

Keterangan	Petugas UKIA
	n = 41 wilayah persen
1) Petugas UKIA yang telah membuat laporan	38 - 70
2) Isi laporan mengenai:	
(1) kegiatan penimbangan anak Balita	38 - 70
(2) penggunaan, persediaan alat dan bahan	10 - 31

c) *Usaha* kader dan petugas UKIA untuk *meningkatkan* pelaksanaan kegiatan gizi

(a) *Kader* telah melakukan berbagai kegiatan, dalam usaha mereka untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi, dapat dilihat pada Tabel 22.

Di sembilan sub daerah penelitian, di antara 21-50 persen kader telah melakukan *kunjungan rumah*.

Di delapan sub daerah penelitian, di antara 21-50 persen kader telah *mengikuti kegiatan desa*. Di satu sub daerah lainnya tidak ada

kader yang telah melakukannya.

Di empat sub daerah penelitian, di antara 8-29 persen kader telah melaksanakan *penyuluhan gizi dan kesehatan*. Di lima sub daerah lainnya tidak ada kader yang telah melakukannya.

Menghubungi pamong desa untuk mendapat bantuan telah dilakukan oleh 100 persen kader, di satu sub daerah penelitian; di antara 58-67 persen kader di tiga sub daerah dan di antara 4-42 persen kader, di lima sub daerah lainnya.

Mengadakan *kerja sama dengan petugas Pertanian* telah dilakukan di antara 58-73 persen kader, di dua sub daerah penelitian dan di antara 17-50 persen kader, di enam sub daerah. Di satu sub daerah lainnya tidak ada kader yang telah melakukannya.

Di satu sub daerah penelitian, 58 persen kader dan di enam sub daerah, di antara 8-46 persen kader telah mengadakan *kerja sama dengan petugas Ajiama*. Di dua sub daerah lainnya tidak ada kader yang melakukannya.

Dengan *petugas Penerangan*, telah dilakukan di antara 8-33 persen kader, di enam sub daerah penelitian dan di tiga sub daerah lainnya tidak ada kader yang telah melaksanakannya.

Dengan *pengurus/anggota organisasi kemasyarakatan* telah diadakan *kerja sama* di antara 3-45 persen kader, di tujuh sub daerah penelitian dan di dua sub daerah lainnya tidak ada kader yang telah melaksanakannya.

Tabel 22. Usaha yang telah kader lakukan untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi (di sembilan sub daerah penelitian)

Keterangan	Kader
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD n=145 wilayah persen
Usaha yang telah kader lakukan:	
1) melakukan kunjungan rumah	21 - 50
2) mengikuti kegiatan desa	4 - 50
3) melakukan penyuluhan gizi dan kesehatan	0 - 29

bersambung ..

Tabel 22. (lanjutan)

Keterangan	Kader
	UPGK-Kes; KB-Gizi; PKMD n=145 wilayah person
4) menghubungi pamong desa untuk mendapat bantuan	4 - 100
5) mengadakan kerja sama dengan:	
(1) petugas Pertanian	0 - 73
(2) petugas Agama	0 - 58
(3) petugas Penerangan	0 - 33
(4) pengurus/anggota organisasi kemasyarakatan	0 - 45

(b) *Petugas UKIA* telah melaksanakan berbagai kegiatan dalam usaha mereka untuk meningkatkan penyelenggaraan kegiatan gizi, dapat dilihat pada Tabel 23.

Di dua sub daerah penelitian, di antara 73-88 persen petugas UKIA dan di satu sub daerah lainnya, 20 persen petugas UKIA telah *menghubungi pamong desa*.

Mengadakan kerja sama dengan *petugas Pertanian*, dilakukan di antara 6-31 persen petugas UKIA, di tiga sub daerah penelitian.

Di dua sub daerah penelitian, masing-masing sekitar 20 persen petugas UKIA telah melakukan kerja sama dengan *petugas Agama* dan sekitar tujuh persen petugas UKIA dengan pengurus/anggota *organisasi kemasyarakatan*. Di satu sub daerah lainnya tidak ada petugas UKIA yang mengadakan kedua kegiatan tersebut.

Di tiga sub daerah penelitian, di antara 13-31 persen petugas UKIA telah mengadakan kerja sama dengan petugas Penerangan.

Tabel 23. Usaha yang telah petugas UKIA lakukan untuk meningkatkan pelaksanaan kegiatan gizi (di tiga sub daerah penelitian)

Macam usaha yang telah dijalankan	Petugas UKIA n=41
	wilayah persen
1) Menghubungi pamong desa	20 - 28
2) Mengadakan kerjasama dengan petugas instansi/pengurus organisasi:	
(1) Pertanian	6 - 31
(2) Agama	0 - 20
(3) Penerangan	13 - 31
(4) Organisasi kemasyarakatan	0 - 7

b. Pengelola

a) *Pengelola yang telah memahami kegiatan gizi.*

Pengelola di tingkat kabupaten dan kecamatan yang telah memahami dengan tingkat cukup mengenai *kegiatan gizi* dapat dilihat pada Tabel 24.

Kegiatan *penimbangan anak Balita* dipahami dengan tingkat cukup, oleh 47 persen pengelola Kesehatan dan 38 persen pengelola KB-Gizi di tingkat kabupaten. Di tingkat kecamatan, dipahami dengan tingkat cukup, di enam sub daerah penelitian di antara 59-70 persen pengelola dan di tiga sub daerah penelitian di antara 59-70 persen pengelola dan di tiga sub daerah lainnya oleh 42 persen pengelola.

Kegiatan *penyuluhan gizi dan kesehatan* dipahami dengan tingkat cukup oleh 53 persen pengelola Kesehatan dan 38 persen pengelola KB-Gizi di tingkat kabupaten serta di tingkat kecamatan di sembilan sub daerah penelitian, di antara 75-94 persen pengelola.

Kegiatan *PMT* dipahami dengan tingkat cukup oleh 59 persen pengelola Kesehatan dan 44 persen pengelola KB-Gizi di tingkat kabupaten serta di tingkat kecamatan di enam sub daerah penelitian di antara 58-70 persen pengelola dan di tiga sub daerah lainnya oleh 35 persen pengelola.



Tabel 24. Pengelola yang memahami tentang kegiatan gizi

Keterangan	Pengelola	
	tingkat kabupaten n=33	tingkat kecamatan n=91
	wilayah persen	
Pengelola yang memahami dengan tingkat cukup mengenai kegiatan:		
1) penimbangan anak Balita	38 - 47	42 - 70
2) penyuluhan gizi dan kesehatan	38 - 53	75 - 94
3) pemberian makanan tambahan	44 - 59	35 - 70

b) *Pengelola yang telah melaksanakan kunjungan pembinaan.*

Kunjungan pembinaan yang telah dilaksanakan oleh pengelola di tingkat kabupaten dan kecamatan dalam tiga bulan terakhir dapat dilihat pada Tabel 25.

Di tingkat kabupaten, 100 persen pengelola Kesehatan dan 88 persen pengelola KB-Gizi, serta di tingkat kecamatan di enam sub daerah penelitian, 100 persen pengelola dan di enam sub daerah lainnya di antara 69-83 persen pengelola telah melaksanakan kunjungan pembinaan dalam tiga bulan terakhir.

Kegiatan yang dilakukan para pengelola di tingkat kabupaten dan kecamatan, waktu mengadakan kunjungan pembinaan, ialah:

Memeriksa dan membahas *buku pos penimbangan* sudah dilakukan oleh sekitar 88 persen pengelola di tingkat kabupaten dan di dua belas sub daerah penelitian di tingkat kecamatan di antara 70-77 persen pengelola.

Memeriksa dan membahas *KMS* telah dilaksanakan oleh sekitar 82 persen pengelola di tingkat kabupaten dan di tingkat kecamatan di dua sub daerah penelitian oleh 100 persen pengelola; di enam sub daerah di antara 79-82 persen pengelola dan di tiga sub daerah lainnya oleh 50 persen pengelola.

Memeriksa dan membahas *laporan bulanan* telah dilakukan di antara 71-88 persen pengelola di tingkat kabupaten dan di tingkat kecamatan oleh 100 persen pengelola di tiga sub daerah penelitian, di antara 79-82 persen pengelola di enam sub daerah dan 50 persen pengelola di tiga sub daerah lainnya.

Memeriksa dan membahas *sarana kegiatan* telah dilaksanakan di antara 71-82 persen pengelola di tingkat kabupaten dan di tingkat kecamatan, di antara 71-86 persen pengelola di dua belas sub daerah penelitian.

Memeriksa dan membahas *kemajuan dan tingkat pencapaian kegiatan* sudah dilakukan di antara 71-77 persen pengelola di tingkat kabupaten dan di tingkat kecamatan di antara 60-80 persen pengelola, di dua belas sub daerah penelitian.

Melakukan *kunjungan pembinaan* bersama dengan petugas instansi di tingkat kabupaten ialah di antara 65-93 persen pengelola di tingkat kabupaten dengan petugas *Kesehatan*; di antara 79-82 persen pengelola dengan petugas *Pertanian*. Dengan petugas *BKKBN* dilakukan oleh 77 persen pengelola *Kesehatan* dan 43 persen pengelola *KB-Gizi*. Dengan petugas *Agama* dilaksanakan oleh 53 persen pengelola *Kesehatan* dan 50 persen pengelola *KB-Gizi* (Tabel 25).

Tabel 25. Kunjungan pembinaan dilakukan oleh pengelola di tingkat kabupaten dan kecamatan

Keterangan	Pengelola	
	tingkat kabupaten n=33	tingkat kecamatan n=81
	wilayah persen	
Kunjungan pembinaan		
1) Pernah melakukan dalam tiga bulan terakhir	88 - 100	69 - 100
2) Kegiatan yang dijalankan		
(1) Memeriksa dan membahas:		
a) buku pos penimbangan	86 - 88	70 - 77
b) pengisian KMS	79 - 82	50 - 100
c) laporan bulanan	71 - 88	50 - 100

bersambung ..

Tabel 25. (lanjutan)

Keterangan	Pengelola	
	tingkat kabupaten n=33	tingkat kecamatan n=81
	wilayah persen	
d) sarana kegiatan	71 - 82	71 - 86
e) kemajuan dan tingkat pencapaian kegiatan	71 - 77	60 - 80
(2) Menanyakan kesulitan	71 - 82	24 - 65
(3) Membahas kesulitan	82 - 86	30 - 70
(4) Merencanakan kegiatan bulan berikutnya	59 - 86	12 - 50
3) Melakukan kunjungan pembinaan bersama dengan petugas instansi (tingkat kabupaten)		
(1) Kesehatan	65 - 93	tidak ditanyakan
(2) BKKBN	43 - 77	
(3) Pertanian	79 - 82	
(4) Agama	50 - 53	

c) *Laporan pelaksanaan kegiatan gizi.*

Laporan bulanan mengenai pelaksanaan kegiatan gizi yang telah diterima, dibuat dan dikirim oleh pengelola di tingkat kabupaten serta kecamatan dapat dilihat pada Tabel 26.

Di tingkat kabupaten, 94 persen pengelola dan di tingkat kecamatan di antara 65-95 persen pengelola di dua belas sub daerah penelitian telah menerima laporan bulanan masing-masing dari tingkat kecamatan dan tingkat desa.

Di tingkat *kabupaten* 52 persen pengelola kesehatan dan 93 persen pengelola KB-Gizi telah *membuat laporan sebulan sekali*.

Di tingkat *kabupaten* 100 persen pengelola KB-Gizi dan 88 persen pengelola Kesehatan, serta di tingkat *kecamatan*, 77 persen pengelola di tiga sub daerah penelitian dan di antara 27-42 persen pengelola di sembilan sub daerah telah *mengirimkan* laporan kepada pengelola di tingkat *propinsi*.

Sejumlah 59 persen pengelola Kesehatan dan 71 persen pengelola KB-Gizi di tingkat kabupaten serta di tingkat kecamatan di antara 5-40 persen pengelola di dua belas sub daerah penelitian telah mengirimkan laporan kepada Kepala *Pemerintah Daerah* tingkat II.

Di tingkat *kabupaten*, 53 persen pengelola Kesehatan dan 71 persen pengelola KB-Gizi serta di tingkat *kecamatan* 64 persen pengelola di tiga sub daerah penelitian dan di antara 7-21 persen pengelola di sembilan sub daerah lainnya, telah *mengirimkan* laporan kepada pengelola di tingkat *pusat*.

Di tingkat *kecamatan* di enam sub daerah penelitian, 100 persen pengelola dan di enam sub daerah lainnya di antara 54-77 persen pengelola telah *mengirimkan* laporan kepada pengelola di tingkat *kabupaten* (Tabel 26).

Tabel 26. Pengelola yang menerima, membuat dan mengirimkan laporan

Keterangan	Pengelola	
	tingkat kabupaten n=35	tingkat kecamatan n=79
	wilayah persen	
1) Menerima laporan bulanan dari:		
(1) tingkat kecamatan	94	-
(2) tingkat desa	-	65 - 95
2) Membuat laporan: sebulan sekali	52 - 93	tidak ditanyakan
3) Mengirimkan laporan kepada:		
(1) Pengelola pelaksanaan kegiatan gizi di tingkat propinsi	88 - 100	27 - 77
(2) Kepala Daerah tingkat II	59 - 71	5 - 40
(3) Pengelola pelaksanaan kegiatan gizi di tingkat kabupaten	-	54 - 100
(4) Pengelola pelaksanaan kegiatan gizi di tingkat pusat	53 - 71	7 - 64

- d) *Tanggapan pengelola dan pemuka masyarakat tentang kemampuan dan beban kerja pelaksana kegiatan gizi.*

Tanggapan pengelola pelaksanaan kegiatan gizi di tingkat kecamatan dan pemuka masyarakat mengenai kemampuan dan beban kerja pelaksana kegiatan gizi dapat dilihat pada Tabel 27.

- (a) *Kader yang telah mampu melaksanakan kegiatan gizi.*

Di antara 13-50 persen *pengelola* di tingkat kecamatan di enam sub daerah penelitian, mengemukakan *tanggapan: kader telah mampu melaksanakan kegiatan gizi.* Di tiga sub daerah lainnya tidak ada *pengelola* yang menyatakan *tanggapan* tersebut.

Di dua sub daerah penelitian, 100 persen *pemuka masyarakat* dan di tujuh sub daerah lainnya, di antara 58-86 persen *pemuka masyarakat* memberi *tanggapan: kader telah mampu melaksanakan kegiatan gizi.*

- (b) *Petugas UKIA yang telah mampu melakukan kegiatan gizi.*

Di satu sub daerah penelitian 76 persen *pengelola* di tingkat kecamatan dan di dua sub daerah lainnya di antara 23-42 persen *pengelola* memberi *tanggapan: petugas UKIA telah mampu melakukan kegiatan gizi.*

Di dua sub daerah penelitian, di antara 67-71 persen *pemuka masyarakat* dan di satu sub daerah lainnya 30 persen *pemuka masyarakat* mengemukakan *tanggapan: petugas UKIA telah mampu melaksanakan kegiatan gizi.*

- (c) *Beban kerja kader berat.*

Di dua sub daerah penelitian 100 persen *pengelola*; di tiga sub daerah penelitian masing-masing di antara 75-83 persen *pengelola* dan di antara 33-50 persen *pengelola* mengemukakan *tanggapan: beban kerja kader berat.* Di satu sub daerah selebihnya tidak ada *pengelola* yang menyatakan *tanggapan* tersebut.

Di lima sub daerah penelitian, di antara 58-83 persen *pemuka masyarakat* dan di empat sub daerah lainnya di antara 8-33 persen *pemuka masyarakat* memberi *tanggapan: beban kerja kader berat.*

(d) *Beban kerja petugas UKIA berat*

Di satu sub daerah penelitian, 92 persen pengelola dan di dua sub daerah lainnya di antara 31-41 persen pengelola menyemukakan tanggapan: beban kerja petugas UKIA berat.

Di dua sub daerah penelitian, di antara 36-50 persen pemuka masyarakat memberi tanggapan: beban kerja petugas UKIA berat.

Di satu sub daerah lainnya tidak ada pemuka masyarakat yang memberi tanggapan tersebut (Tabel 27).

Tabel 27. Kemampuan dan beban kerja pelaksana kegiatan gizi (menurut pengelola di tingkat kecamatan dan pemuka masyarakat)

Keterangan	Pengelola di tingkat kecamatan		Pemuka masyarakat	
	sembilan sub daerah*) n=49	tiga sub daerah**) n=32	sembilan sub daerah*) n=147	tiga sub daerah**) n=80
	wilayah persen			
1) Kader telah mampu melakukan kegiatan gizi	0 - 50		58 - 100	
2) Petugas UKIA telah mampu melakukan kegiatan gizi		23 - 77		30 - 71
3) Beban kerja kader berat	33 - 100		8 - 83	
4) Beban kerja petugas UKIA berat		31 - 92		0 - 50

*) untuk kader pada UPGK-Kes, KB-Gizi dan PKMD

***) untuk petugas UKIA pada Puskesmas-UKIA

(2) *Perlengkapan untuk melaksanakan kegiatan gizi*

Peralatan yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan gizi masih kurang, telah dikemukakan oleh pengelola di tingkat kecamatan, pemuka masyarakat, kader dan petugas UKIA. Kekurangan peralatan merupakan salah satu faktor penyebab terlambatnya pelaksanaan kegiatan gizi. Keterangan tersebut dapat dilihat pada Tabel 28.

Selain itu alat peraga yang digunakan selama latihan untuk calon kader dan latihan gizi untuk petugas UKIA kurang lengkap, dapat dilihat masing-masing pada Tabel 9 dan Tabel 5.

Pemuka masyarakat dan ibu sasaran yang telah memberi/mengusahakan tempat pelaksanaan kegiatan gizi dapat dilihat masing-masing pada Tabel 35 dan Tabel 36.

9) *Penyebab pelaksanaan kegiatan gizi kurang lancar*

Beberapa faktor penyebab pelaksanaan kegiatan gizi kurang lancar telah dikemukakan oleh pengelola di tingkat kecamatan, pemuka masyarakat, kader dan petugas UKIA, dapat dilihat pada Tabel 28.

Faktor penyebab kurang lancar

(1) Sarana

a. *Perlengkapan kurang* telah dikemukakan oleh 100 persen pengelola di dua sub daerah penelitian, di antara 60-83 persen pengelola di enam sub daerah dan di antara 17-35 persen pengelola di tiga sub daerah lainnya. Di satu sub daerah selebihnya tidak ada data mengenai faktor penyebab hambatan yang dikemukakan oleh pengelola di tingkat kecamatan.

Faktor penyebab tersebut telah dikemukakan di antara 63-88 persen pemuka masyarakat, di enam sub daerah penelitian dan di antara 31-50 persen pemuka masyarakat di enam sub daerah lainnya. Di antara 5-36 persen kader di delapan sub daerah penelitian telah menyatakan faktor penyebab hambatan itu. Di satu sub daerah lainnya tidak ada kader yang mengemukakannya.

Di tiga sub daerah penelitian sekitar 27 persen petugas UKIA telah mengemukakan faktor penyebab hambatan tersebut.

b. *Tenaga pelaksana kurang*, telah dikemukakan di antara 60-69 persen *pengelola* di dua sub daerah penelitian dan di antara 17-50 persen *pengelola* di delapan sub daerah penelitian. Di satu sub daerah lainnya tidak ada yang mengemukakannya.

(2) *Beban kerja pelaksana berat*, telah dinyatakan di antara 17-50 persen *pengelola*, di sembilan sub daerah penelitian. Di dua sub daerah lainnya tidak ada *pengelola* yang mengemukakannya. Di antara 8-18 persen *kader*; di tiga sub daerah penelitian telah mengemukakan faktor penyebab hambatan tersebut. Di enam sub daerah lainnya tidak ada *kader* yang menyatakannya.

Di antara 6-13 persen *petugas UKIA*, di dua sub daerah penelitian telah mengemukakan faktor penyebab hambatan yang sama. Di satu sub daerah lainnya tidak ada *petugas UKIA* yang menyatakannya.

(3) *Pelaksanaan kegiatan gizi bukan tugas utama*, telah dikemukakan di antara 8-50 persen *pengelola*, di lima sub daerah penelitian. Di enam sub daerah penelitian lainnya, tidak ada *pengelola* yang menyatakannya.

Di antara 4-27 persen *kader* di tiga sub daerah penelitian telah mengemukakan faktor penyebab hambatan tersebut.

Di enam sub daerah lainnya tidak ada *kader* yang menyatakannya.

Kunjungan rumah, bukan tugas utama telah dikemukakan oleh 19 persen *petugas UKIA*. Di dua sub daerah lainnya tidak ada *petugas UKIA* yang telah menyatakannya.

(4) *Masyarakat sulit diajak* untuk mengikuti kegiatan gizi, telah dikemukakan oleh 54 persen *pemuka masyarakat* di satu sub daerah penelitian dan di antara 13-42 persen *pemuka masyarakat* di sebelas sub daerah lainnya.

Sekitar 58 persen *kader*, di dua sub daerah penelitian dan di antara 25-50 persen *kader* di lima sub daerah telah mengemukakan faktor penyebab hambatan tersebut. Di satu sub daerah lainnya tidak ada *kader* yang menyatakannya.

Di antara 20-50 persen *petugas UKIA*, di dua sub daerah penelitian telah mengemukakan faktor penyebab hambatan yang sama. Di satu sub daerah lainnya tidak ada *petugas UKIA* yang menyatakannya.

(5) *Daerah kerja*.

a. *Daerah kerja susah dijangkau* telah dikemukakan di antara 54-75 persen *pengelola* di lima sub daerah penelitian; di antara 6-50 persen di lima sub daerah lainnya. Di satu sub daerah selebihnya tidak ada *pengelola* yang telah menyatakannya.

b. *Daerah kerja terlalu luas* telah dikemukakan di antara 20-50 persen *petugas UKIA* di ke tiga sub daerah penelitian.

c. *Tempat pertemuan terlalu jauh* telah dikemukakan sekitar 9 persen *kader* di dua sub daerah penelitian. Di tujuh sub daerah lainnya tidak ada *kader* yang telah menyatakannya.

(6) *Saat pelaksanaan kegiatan gizi kurang cocok dengan waktu luang kader/ibu sasaran*, telah dikemukakan di antara 4-17 persen *kader*, di lima sub daerah penelitian. Di empat sub daerah lainnya tidak ada *kader* yang telah menyatakannya (Tabel 29).

Tabel 28. Faktor penyebab pelaksanaan kegiatan gizi kurang lancar (menurut *pengelola* di tingkat kecamatan, *pemuka masyarakat*, *kader* dan *petugas UKIA*)

Faktor penyebab pelaksanaan kegiatan gizi kurang lancar	<i>Pengelola tingkat kecamatan</i> (12 sub daerah) n=91	<i>Pemuka masyarakat</i> (12 sub daerah) n=227	<i>Kader</i> (9 sub daerah) n=145	<i>Petugas UKIA</i> (3 sub daerah) n=41
	wilayah persen			
1) Sarana kurang:				
(1) perlengkapan	0-100	19-88	0-36	25-27
(2) tenaga pelaksana	0-69	-	-	-
2) Beban kerja pelaksana berat	0-50	-	0-18	6-13

bersambung..

Tabel 28. (lanjutan)

Faktor penyebab pelaksanaan kegiatan gizi kurang lancar	Pengelola tingkat kecamatan (12 sub daerah) n=91	Pemuka masyarakat (12 sub daerah) n=227	Kader (9 sub daerah) n=145	Petugas UKIA (3 sub daerah) n=41
	wilayah persen			
3) Pelaksanaan kegiatan gizi/kunjungan rumah, bukan tugas utama	0 - 50	-	0 - 27	0 - 19
4) Masyarakat sulit diajak untuk mengikuti kegiatan gizi	-	13 - 54	0 - 58	0 - 13
5) Daerah kerja susah dijangkau/terlalu luas; tempat pertemuan terlalu jauh	0 - 75	-	20 - 50	0 - 9
6) Saat pelaksanaan kegiatan gizi kurang cocok dengan waktu luang kader/ibu saraan	-	-	0 - 17	-

10) *Usaha pengelola, pemuka masyarakat, kader dan petugas UKIA untuk mengatasi hambatan*

Berbagai usaha yang telah dilakukan oleh pengelola, pemuka masyarakat, kader dan petugas UKIA untuk mengatasi hambatan, dapat dilihat pada Tabel 29.

Macam usaha yang telah dilakukan

(1) *Meminta bantuan kepada atasan langsung* telah dilakukan oleh 100 persen *pengelola* di satu sub daerah penelitian; di antara 62-83 persen *pengelola* dan di antara 29-50 persen *pengelola* di masing-masing lima sub daerah. Di satu sub daerah penelitian tidak ada *pengelola* yang mengemukakan usaha yang telah dilakukan untuk mengatasi hambatan. Di antara 8-50 persen *kader* di ke sembilan sub daerah penelitian telah melaksanakan macam usaha tersebut untuk mengatasi hambatan. Di antara 20-50 persen *petugas UKIA* di ke tiga sub daerah penelitian telah melakukan macam usaha yang sama.

- (2) *Meminta bantuan kepada pemerintah daerah/lurah.*
- a. *Meminta bantuan kepada pemerintah daerah* telah dilakukan di antara 60-83 persen *penyelola* di empat sub daerah penelitian dan di antara 17-50 persen pengelola di tujuh sub daerah penelitian lainnya.
- b. *Meminta bantuan kepada kepala desa* telah dijalankan di antara 3-17 persen *pemuka masyarakat* di tujuh sub daerah penelitian. Di lima sub daerah lainnya tidak ada pemuka masyarakat yang melakukannya.
- Di satu sub daerah penelitian 55 persen *kader* dan di tujuh sub daerah penelitian di antara 33-50 persen kader telah melakukan macam usaha tersebut. Di satu sub daerah penelitian lainnya tidak ada kader yang melakukannya.
- Di antara 13-40 persen petugas UKIA di ketiga sub daerah penelitian telah menjalankan macam usaha yang sama.
- (3) *Meminta bantuan kepada instansi/organisasi lain* telah dilakukan oleh 67 persen *pengelola* di satu sub daerah penelitian dan di antara 15-50 persen pengelola di sepuluh sub daerah lainnya.
- (4) *Mengadakan pendekatan kepada masyarakat* telah dijalankan oleh 100 persen *pengelola* di satu sub daerah penelitian, di antara 60-92 persen pengelola di tujuh sub daerah dan di antara 17-50 persen pengelola di tiga sub daerah lainnya.
- Di antara 54-79 persen *pemuka masyarakat*, di tiga sub daerah penelitian dan di antara 20-50 persen pemuka masyarakat di delapan sub daerah telah melakukan macam usaha tersebut. Di satu sub daerah lainnya tidak ada pemuka masyarakat yang telah melaksanakannya.
- (5) *Mengatasi sendiri* telah dijalankan di antara 6-17 persen *pengelola* di dua sub daerah penelitian. Di sepuluh sub daerah lainnya tidak ada pengelola yang melakukannya.
- (6) *Mengusahakan perlengkapan* telah dilakukan di antara 3-25 persen pemuka masyarakat, di sembilan sub daerah penelitian. Di

tiga sub daerah penelitian lainnya tidak ada pemuka masyarakat yang menjalankannya (Tabel 29).

Tabel 29. Usaha pengelola, pemuka masyarakat, kader dan petugas UKIA untuk mengatasi hambatan

Usaha yang telah dilakukan untuk mengatasi kesulitan	Pengelola ditingkat kecamatan (12 sub daerah) n=91	Pemuka masyarakat (12 sub daerah) n=227	Kader (9 sub daerah) n=145	Petugas UKIA (3 sub daerah) n=41
	wilayah persen			
1) Meminta bantuan kepada atasan langsung	0 - 100	-	8 - 50	20 - 50
2) Meminta bantuan kepada pemerintah daerah/ kepala desa	0 - 83	0 - 17	0 - 55	13 - 40
3) Meminta bantuan kepada instansi/organisasi lain	0 - 67	-	-	-
4) Mengadakan pendekatan kepada masyarakat	0 - 100	0 - 79	-	-
5) Mengatasi sendiri	0 - 17	-	-	-
6) Mengusahakan perlengkapan	-	0 - 25	-	-

11) *Faktor yang memperlancar pelaksanaan kegiatan gizi*

Berbagai faktor yang dapat memperlancar pelaksanaan kegiatan gizi telah dikemukakan oleh pengelola di tingkat kecamatan, pemuka masyarakat, kader dan petugas UKIA dapat dilihat pada Tabel 30.

Faktor yang memperlancar pelaksanaan kegiatan gizi ialah:

- (1) *Mendapat bantuan dari instansi lain*, di empat sub daerah penelitian telah dikemukakan oleh 100 persen *pengelola* di tingkat kecamatan, di enam sub daerah, di antara 63-96 persen *pengelola* dan di dua sub daerah lainnya di antara 10-47 persen *pengelola*.

- (2) *Pemuka masyarakat selalu dihubungi oleh pelaksana kegiatan gizi*, di empat sub daerah penelitian telah dikemukakan di antara 58-75 persen pemuka masyarakat dan di enam sub daerah penelitian di antara 20-50 persen pemuka masyarakat. Di dua sub daerah lainnya tidak ada pemuka masyarakat yang mengemukakan faktor tersebut.
- (3) *Pemuka masyarakat telah memberi bantuan*, di satu sub daerah penelitian telah dinyatakan oleh 100 persen pemuka masyarakat; di enam sub daerah, dikemukakan di antara 54-96 persen pemuka masyarakat dan di lima sub daerah lainnya, di antara 25-42 persen pemuka masyarakat.
- (4) *Selalu ada bantuan dari pamong desa*, di satu sub daerah penelitian telah dikemukakan oleh 100 persen kader; di tiga sub daerah di antara 58-67 persen kader dan di lima sub daerah lainnya di antara 4-42 persen kader.
Petugas UKIA yang mengemukakan hal tersebut ialah di dua sub daerah penelitian, di antara 73-88 persen petugas UKIA dan di satu sub daerah lainnya oleh 20 persen petugas UKIA.
- (5) *Pemuka masyarakat memberi tanggapan, jika diminta bantuan*, di satu sub daerah penelitian telah dikemukakan oleh 58 persen kader dan di tujuh sub daerah, di antara 13-50 persen kader.
Di satu sub daerah lainnya tidak ada kader yang menyatakan faktor tersebut.
- (6) *Petugas kesehatan memberi tanggapan, jika diminta bantuan*; di tujuh sub daerah penelitian telah dikemukakan di antara 8-33 persen kader. Di dua sub daerah lainnya tidak ada kader yang menyatakan faktor tersebut.
Petugas UKIA yang mengemukakan faktor tersebut ialah di satu sub daerah penelitian oleh 75 persen petugas UKIA dan di dua sub daerah lainnya di antara 13-40 persen petugas UKIA.
- (7) *Latihan yang telah pelaksana ikuti; sudah cukup untuk melakukan kegiatan gizi*; di lima sub daerah penelitian dikemukakan di an-

tara 54-88 persen kader dan di empat sub daerah lainnya di antara 17-36 persen kader.

Petugas UKIA yang menyatakan faktor tersebut ialah di dua sub daerah penelitian di antara 13-27 persen petugas UKIA. Di satu sub daerah lainnya tidak ada petugas UKIA yang mengemukakan faktor tersebut.

Tabel 30. Faktor yang memperlancar pelaksanaan kegiatan gizi (menurut pengelola di tingkat kecamatan, pemuka masyarakat, kader dan petugas UKIA)

Faktor pelancar pelaksanaan kegiatan gizi	Pengelola ditingkat kecamatan (12 sub daerah) n=91	Pemuka masyarakat (12 sub daerah) n=227	Kader (9 sub daerah) n=145	Petugas UKIA (3 sub daerah) n=41
	wilayah persen			
1) Mendapat bantuan dari instansi lain	10-100	-	-	-
2) Pemuka masyarakat selalu dihubungi oleh pelaksana kegiatan gizi	-	0-75	-	-
3) Pemuka masyarakat telah memberi bantuan (perlengkapan, uang atau tempat)	-	25-100	-	-
4) Selalu ada bantuan dari pamong desa	-	-	4-100	20-88
5) Pemuka masyarakat memberi tanggapan, jika diminta bantuan	-	-	0-58	-
6) Petugas kesehatan memberi tanggapan, jika diminta bantuan	-	-	0-33	17-88
7) Latihan yang telah pelaksana ikuti, sudah cukup untuk melakukan kegiatan gizi	-	-	17-88	0-27

PEMBAHASAN

Hasil *pengamatan* di daerah penelitian menunjukkan, bahwa pelaksanaan kegiatan gizi dengan pendekatan PHC pada umumnya telah dilakukan. Ada beberapa sub daerah penelitian yang belum memulai dengan pemberian paket pertolongan gizi (PPG) dan ini merupakan satu di antara empat kegiatan gizi. Hal ini dapat pula dilihat pada hasil penelitian tentang masing-masing kegiatan tersebut dan didapatkan, bahwa belum banyak ibu sasaran yang telah menerima PPG tersebut.

Pada *tahap persiapan pelaksanaan kegiatan gizi*, ditemukan bahwa belum semua pengelola di tingkat kabupaten dan kecamatan serta petugas instansi lain yang mempunyai peranan dalam pelaksanaan kegiatan gizi, telah mengikuti *pertemuan konsultasi gizi*. Materi yang dibahas seyogyanya menurut yang sudah digariskan didalam petunjuk pelaksanaan (juklak). Namun belum semua dikemukakan oleh para pengelola yang telah mengikutinya. Dengan keadaan tersebut, maka ditemukan, bahwa belum semua pengelola telah memahami dengan tingkat cukup mengenai kegiatan gizi. Hal demikian dapat dimengerti dengan kesibukan para pengelola yang harus menangani berbagai kegiatan dengan daerah yang luas, maka sulit untuk mengharapkan agar mereka mengetahui semua.

Latihan untuk calon kader dan latihan gizi untuk petugas UKIA, sebagai pelaksana kegiatan gizi telah dijalankan. Namun belum semua pelaksana tersebut telah mengikutinya. Lagi pula belum semua materi, perlengkapan latihan dan cara penyampaiannya (lebih banyak dengan ceramah) yang diberikan, menurut yang telah digariskan dalam juklak. Dengan keadaan tersebut, maka ditemukan, bahwa belum semua petugas UKIA telah memahami dengan tingkat baik tentang materi latihan. Lagi pula belum semua dari mereka sebagai pelaksana sudah trampil melaksanakan kegiatan gizi. Dalam hal ini yang perlu mendapat perhatian ialah, supaya lamanya latihan untuk calon kader diperpanjang dan alat peraga dilengkapi serta cara mengajarkannya lebih banyak dengan praktek dan demonstrasi.

Pada tahap persiapan suatu desa yang akan melakukan kegiatan gizi petugas Puskesmas dan ketua kelompok petugas lapangan KB telah mengadakan pertemuan sehari dengan pemuka masyarakat dengan tujuan untuk memberi penjelasan kepada pemuka masyarakat mengenai berbagai hal yang bersangkutan dengan pelaksanaan kegiatan gizi. Dengan pertemuan yang singkat itu, tidak dapat diharapkan dari pemuka masyarakat untuk dapat memahami segala sesuatu tentang kegiatan gizi yang akan dilaksanakan di desanya. Sebagai salah satu contoh ialah, bahwa pada pemilihan calon kader, belum semua kriteria telah diikuti, sehingga banyak di antara kader sebagai tenaga sukarela belum mempunyai penghasilan tetap.

Hasil isi dan pelaksanaan kegiatan gizi

Walaupun ke empat macam kegiatan yaitu penimbangan anak Balita sebulan sekali; penyuluhan gizi dan kesehatan; PMT dan PPG, pada umumnya telah dijalankan, namun dalam beberapa hal perlu mendapat perhatian.

Kegiatan penimbangan anak Balita telah dilaksanakan di semua sub daerah penelitian dan hampir seluruh ibu sasaran sudah menimbang anak-anaknya. Tanggapan yang diberikan oleh sebagian besar ibu sasaran mengenai menimbang anak ialah *ingin mengetahui berat badan anak*. Hal ini merupakan salah satu tanda, bahwa kesadaran mereka sudah mulai tumbuh.

Beberapa faktor yang menunjang terlaksananya kegiatan penimbangan tersebut, antara lain:

- a) sebagian besar pengelola kabupaten dan kecamatan telah mengadakan kunjungan pembinaan serta memeriksa dan membahas hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan penimbangan;
- b) sebagian besar pelaksana kegiatan gizi yaitu petugas UKIA telah memahami dengan tingkat baik dan kader telah mengerti dengan tingkat cukup mengenai materi yang berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan penimbangan;
- c) pelaksanaan kegiatan penimbangan telah dimasukkan dalam laporan bulanan mengenai pelaksanaan kegiatan gizi.

Namun ada beberapa faktor yang masih lemah dan perlu mendapat perhatian untuk perbaikan, antara lain:

- a) belum banyak kader yang trampil dalam melakukan penimbangan anak Balita;
- b) masih sedikit jumlah pemuka masyarakat yang mengemukakan pendapat: *kegiatan penimbangan anak Balita adalah yang paling diperlukan;*
- c) pengelola kabupaten belum banyak jumlahnya yang memahami dengan tingkat cukup mengenai kegiatan penimbangan. Berhubung kegiatan berjalan diantara satu sampai tiga tahun, keadaan ini dapat dimengerti, mengingat banyak kegiatan yang berlangsung diwilayahnya, sehingga tidak dapat diharapkan dari mereka untuk mengetahui semuanya secara terperinci. Namun lambat laun keadaan ini perlu diperbaiki.

Kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan sudah dilaksanakan di sebagian besar sub daerah penelitian, bahkan pada beberapa organisasi kesehatan telah dilakukan di seluruh sub daerahnya. Beberapa faktor yang menunjang meluasnya pelaksanaan kegiatan ini antara lain, sebagian besar pengelola di tingkat kecamatan, sebagai atasan langsung pelaksana kegiatan gizi, telah memahami dengan tingkat cukup mengenai kegiatan penyuluhan ini. Lagi pula banyak pemuka masyarakat berpendapat: *kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan adalah paling diperlukan.*

Namun hasil yang diperoleh dari kegiatan penyuluhan yang dibirikan oleh petugas UKIA dan kader, ternyata bahwa masih sedikit jumlah ibu sasaran yang sudah mengerti dengan tingkat cukup mengenai materi "pertumbuhan anak; makanan anak; kesehatan mata dan kurang darah", tetapi materi "mencret" telah diketahui dengan tingkat cukup oleh banyak ibu sasaran.

Keadaan demikian mempengaruhi terhadap antara lain, bahwa belum semua ibu sasaran telah mengikuti/mendatangi kegiatan gizi; masih banyak anak ibu sasaran yang memerlukan PMT dan belum banyak ibu yang telah mulai berperan serta dalam pelaksanaan kegiatan gizi.

Ada beberapa faktor yang berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan penyuluhan yang masih lemah dan perlu mendapat perhatian untuk diperbaiki atau ditinjau kembali. Diantaranya adalah mengenai para pelaksana kegiatan gizi. Pelaksana kegiatan gizi pada UKIA sudah memahami dengan tingkat baik mengenai materi gizi dan telah trampil melaksanakan kegiatan gizi, namun mereka mempunyai beban tugas yang berat di Puskesmas-UKIA yang mencakup daerah kerja yang luas. Tidak dapat diharapkan dari mereka untuk mencurahkan lebih banyak waktu dalam melakukan penyuluhan yang lebih intensip.

Pada umumnya kader belum trampil dalam melaksanakan penyuluhan gizi dan kesehatan. Keadaan ini merupakan salah satu akibat dari latihan untuk calon kader yang pernah diikuti para kader yaitu bahwa masih kurang mendalam, disertai materi yang diberikan belum seragam dan alat peraga kurang lengkap. Lagi pula masih banyak pemuka masyarakat belum mengikuti kriteria yang dianjurkan dalam memilih calon kader, sehingga didapatkan, bahwa sebagian besar kader tidak mempunyai penghasilan. Juga yang perlu mendapat pertimbangan dalam pemilihan calon kader antara lain mengenai usia dan dasar pendidikan. Dengan usia kader yang sebaya dengan ibu sasaran dan dengan dasar pendidikan setingkat, maka hal ini mempunyai pengaruh pula pada hasil kegiatan penyuluhan. Masih banyak diantara ibu yang belum mengikuti kegiatan penyuluhan gizi dan kesehatan dengan alasan antara lain *re-pot*. Alasan ini perlu mendapat perhatian untuk dicarikan jalan keluar, sehingga mereka mempunyai kesempatan untuk dapat mengikuti kegiatan tersebut. Alasan tersebut dapat dimengerti, mengingat sebagian besar mata pencaharian kepala keluarga mereka adalah termasuk golongan yang berpenghasilan rendah. Dengan demikian para wanita ini memerlukan banyak waktu untuk melakukan semua pekerjaan rumah tangga dan disamping itu waktu dan tenaganya diperlukan untuk mencari nafkah sebagai penambah penghasilan suami mereka. Keadaan ini sesuai seperti yang ditemukan oleh Pudjiwati Sajogyo mengenai penggunaan waktu oleh wanita pedesaan (15).

Walaupun telah diakui, bahwa proses penyuluhan memerlukan waktu, namun keadaan yang dikemukakan diatas, merupakan bahan dalam menyiapkan para calon kader yang akan datang.

Kegiatan PMT, banyak di antara ibu sasaran telah menerima makanan tambahan untuk anaknya. Namun para pelaksana dan ibu sasaran pada umumnya belum mengetahui perbedaan antara tujuan PMT penyuluhan dan PMT pemulihan. Hal ini dapat terlihat antara lain pada bentuk PMT yang diterima oleh ibu sasaran untuk anaknya, yaitu dalam bentuk susu atau uang yang telah diterima oleh banyak ibu sasaran. Dengan demikian salah satu pesan kegiatan PMT belum terwujud yaitu memberikan makanan tambahan yang bergizi tinggi dan dibuat dari bahan makanan yang mudah diperoleh setempat (11). Lagi pula dengan memberikan susu atau uang, tidak banyak kesempatan untuk berkomunikasi antara pelaksana dan ibu dan antara anak yang memerlukan PMT. Justru kesempatan berkomunikasi itu sangat penting dan seyogyanya dimanfaatkan semaksimal mungkin, antara lain: pelaksana dan ibu bersama-sama membuat rencana mengenai serangkaian makanan yang akan dibuat; jumlah dan macam bahan yang diperlukan; siapa yang mendapat giliran untuk memasaknya.

Dengan memberi makanan masak, maka diusahakan supaya anak-anak makan bersama. Hal ini antara lain dapat mempengaruhi untuk meningkatkan nafsu makan anak, juga mereka akan menyukai makanan baru, karena pada umumnya anak akan meniru anak lain yang makannya dengan lahap.

Kegiatan pemberian paket pertolongan gizi belum diselenggarakan di beberapa sub daerah penelitian.

Faktor-faktor sebagai penyebab hal tersebut antara lain:

- a) Kegiatan ini belum difahami oleh sebagian besar responden di berbagai tingkat.
- b) Belum banyak pelaksana yang sudah trampil dalam kegiatan ini yaitu tentang cara melarutkan oralit, cara membuat larutan gula garam, cara memberikan kapsul vitamin A dosis tinggi dan cara menentukan wanita hamil dan wanita menyusui yang memerlukan tablet tambah darah.

- c) Pelaksanaannya belum dikemukakan dalam laporan bulanan kegiatan gizi.
- d) Masih sedikit jumlah pemuka masyarakat yang mengemukakan pendapat: kegiatan pemberian paket pertolongan gizi adalah yang paling diperlukan.

Hasil tersebut mencerminkan, bahwa komunikasi masih lemah dan selama latihan para pelaksana masih kurang mendapat peragaan tentang cara melakukan kegiatan gizi.

Peran serta masyarakat dalam pelaksanaan kegiatan gizi masih belum mantap, sehingga belum dapat diharapkan penyelenggaraan kegiatan gizi ini dapat dilimpahkan kepada masyarakat setelah berjalan sekitar tiga tahun, sesuai dengan rencana, walaupun masih dibimbing oleh para petugas Puskesmas/petugas lapangan KB. Berbagai faktor penghambat pelaksanaan kegiatan gizi dan keadaan ibu sasaran yang berkaitan dengan peran serta masyarakat perlu mendapat perhatian dan prioritas untuk ditangani secara bertahap. Antara lain faktor "masyarakat masih sulit untuk diajak mengikuti kegiatan gizi" ada kaitannya dengan penghasilan kepala keluarga yang tergolong rendah. Usaha yang penting dilakukan untuk membantu mereka antara lain:

- a) mengadakan kegiatan untuk memberi ketrampilan yang dapat menambah penghasilan para kader dan ibu sasaran;
- b) menyesuaikan waktu pelaksanaan kegiatan gizi dengan waktu senggang para kader dan ibu sasaran.

Faktor "beban tugas yang berat" untuk kader sebagai tenaga sukarela dan belum trampil melakukan kegiatan gizi dapat menyebabkan:

- a) terlalu banyak waktu yang tersita, sehingga menyerap waktu mereka yang diperlukan untuk memperoleh penghasilan;
- b) ibu sasaran harus menunggu lama untuk mendapat giliran pelayanan.

Usaha yang perlu dilakukan antara lain:

- a) menambah jumlah kader, dengan mengadakan latihan untuk calon kader lebih dari satu kali dalam setahun;

- b) mengadakan latihan penyegar untuk kader secara teratur dengan lebih banyak memperagakan pelaksanaan kegiatan gizi dengan alat peraga yang lengkap;
- c) mengadakan karya wisata untuk kader, kedaerah yang sudah maju dalam pelaksanaan kegiatan gizi dengan kader yang sudah trampil.

Jika usaha-usaha tersebut dapat dilaksanakan, diharapkan tidak hanya untuk meningkatkan peran serta masyarakat, tetapi juga untuk mempertahankan masa bakti para kader. Dengan demikian tidak terlalu banyak diantara mereka dalam waktu singkat sudah mengundurkan diri, seperti yang telah dialami di Boswana, menurut Isabelle de Zoy-sa (16).

Pelaksanaan kegiatan gizi yang telah dilakukan diantara 1-3 tahun dengan menghadapi berbagai kendala, belum dapat diharapkan semua dapat berjalan dengan lancar, karena proses penyerapan memerlukan waktu cukup lama.

Menurut Alan Berg pelaksanaan kegiatan gizi yang mencakup daerah yang luas memerlukan waktu diantara 7-10 tahun untuk dapat melihat hasilnya (17). Walaupun demikian perlu kiranya ada pemikiran baru/perencanaan kembali dalam pembinaan/pengelolaan dan pelaksanaan program peningkatan gizi masyarakat di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa. Di tingkat kabupaten dan kecamatan hendaknya diciptakan keterpaduan dalam pembinaan dan pelaksanaannya antara Instansi lintas sektoral yang ada sangkut pautnya dengan program ini. Secara terbuka diadakan pengelolaan bersama tentang memanfaatkan tenaga, fasilitas dan biaya yang tersedia pada masing-masing instansi, sehingga dapat saling isi mengisi. Namun diperlukan suatu rencana yang meliputi antara lain pembagian tugas sesuai dengan tujuan pokok tiap instansi, seperti misalnya:

- a) Petugas KB menangani para remaja, wanita hamil dan wanita menyusui secara intensif untuk meluaskan dan melembagakan NKKBS. Menurut Shah (18) untuk mendapatkan anak sehat, penanganannya sudah harus dilakukan sebelum anak dilahirkan, yaitu dengan meningkatkan keadaan gizi ibu dan mengatur jarak kelahiran, sehingga akan

mengurangi kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah.

- b) Untuk meningkatkan ketrampilan/penghasilan para wanita pedesaan, petugas PKK yang mempunyai peranan.
- c) Dalam memanfaatkan pekarangan, petugas Pertanian yang melaksanakannya, dan seterusnya.

Mereka merupakan satu tim yang utuh dan terpadu dalam memberi bimbingan, latihan, dan lain-lain, kepada para pelaksana (kader dan tenaga lainnya) di tingkat desa. Kegiatan pembinaan dilakukan bersama-sama. Di tingkat desa pelaksanaannya dilakukan oleh kader dan hendaknya ada juga tenaga di tingkat kecamatan yang memahami dengan baik tentang materi gizi dan pelaksanaan kegiatan gizi lain yang dapat bekerja penuh dan secara khusus serta berkesinambungan untuk melancarkan komunikasi dengan para kader.

Dengan adanya kegiatan gizi di tingkat desa, maka petugas Puskesmas-UKIA tidak lagi sebagai pelaksana kegiatan gizi, tetapi mereka merupakan pembina (Puskesmas-UKIA sebagai wadah sistim rujukan), sesuai dengan kebijaksanaan pada Repelita IV.

KEPUSTAKAAN

1. WHO. *An Action Research Programme in Nutrition for Developing Countries*. WHO Regional Office for South East Asia. New Delhi, 1979.
2. Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi, Bogor 1978. Buku I. Laporan umum dan kesimpulan subtema Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, Jakarta, 1979.
3. Departemen Kesehatan, Direktorat Gizi. Petunjuk Pelaksanaan Proyek Usaha Perbaikan Gizi Keluarga 1979-1980, Mei, 1979.
4. Rencana Pembangunan Lima Tahun Ketiga 1979/80 - 1983/84 Bab 9.
5. Loedin, A.A. *Primary Health Care*, pendekatan dalam Usaha pembangunan kesehatan. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 17 Maret 1980.
6. Departemen Kesehatan, Republik Indonesia. Sistem Kesehatan Nasional, Maret 1982.
7. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Kerja Puskesmas Jilid II, 1976.
8. Suyono, Haryono. Pokok-pokok strategi program nasional KB bidang komunikasi, informasi & edukasi, BKKBN, 1977.
9. Departemen Kesehatan, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Sejarah perkembangan dan pelaksanaan PKMD sebagai salah satu bentuk operasional *Primary Health Care* di Indonesia, Rakerkesnas XII, Maret 1980, Jakarta.
10. Departemen Kesehatan RI. Konperensi Kerja UP GK I, 1969.
11. Departemen Kesehatan, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Gizi; UNICEF. Hasil Lokakarya Pemberian Makanan Tambahan dalam rangka Usaha Perbaikan Gizi Keluarga, Januari 1980.
12. Suyono, Haryono. Usaha Perbaikan Gizi Keluarga melalui jalur BKKBN, Seminar Nasional Peranan Gizi dalam *Primary Health Care*, 1982.
13. Hadiprodjo, Suryadi. Pelayanan Kesehatan Masyarakat melalui Puskesmas dan Pengembangan PKMD, Direktorat Pelayanan Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI, Des. 1979.
14. Departemen Kesehatan, Direktorat Gizi. Petunjuk Pelaksanaan Program UP GK-BKKBN Tahun 1980-1981.

15. Sajogyo, Pudjiwati. Peranan wanita dalam keluarga rumah tangga dan masyarakat yang lebih luas di pedesaan Jawa. Dua kasus penelitian di Kabupaten Sukabumi dan Kabupaten Sumedang di Jawa Barat. Disertasi untuk memperoleh gelar Doktor dalam Ilmu Sosiologi pada UI 1981.
16. De Zoysa, Isabelle and Susan Cale-King, *Remuneration of the community health worker: what are the options ? World Health Forum Vol.4*, 1983.
17. Berg, Alan. *Concluding afterthoughts; Nutrition Policy Implementation Issues and Experience by Nevin S. Scrimshaw and Mitchel B. Wallerstein. Plenum Press, New York, 1982.*
18. Shah, Kusum P. *Low birth weight, maternal nutrition and birth spacing. Assisgment children 61-62, 1/1983 UNICEF, Villa Le Bocage, Palais des Nations, Geneve.*

LAMPIRAN

KETERANGAN TENTANG ORGANISASI KESEHATAN DALAM PENELITIAN INI, YANG MELAKUKAN KEGIATAN GIZI DENGAN PENDEKATAN *PHC*

Primary Health Care (PHC) (5)

Pengertian (menurut Deklarasi *Alma Ata*).

PHC :

Adalah usaha kesehatan pokok yang didasarkan pada cara dan teknologi praktis yang secara ilmiah dapat dipertanggung jawabkan, dan dapat diterima masyarakat serta dapat dinikmati perorangan dan keluarga di dalam masyarakat, dilakukan melalui peran serta aktif dan dengan biaya yang sesuai dengan kemampuan masyarakat dan negara dalam setiap tingkat perkembangan untuk menjamin kelangsungan, berazaskan semangat mandiri dan menentukan nasib sendiri.

Kegiatan PHC

Minimal harus terdiri atas:

- a. Penyuluhan tentang masalah kesehatan yang ada dan cara-cara pencegahan serta pemberantasannya.
- b. Peningkatan pangan dan gizi yang layak.
- c. Penyediaan air bersih yang memadai dan tersedianya sarana sanitasi dasar.
- d. Usaha kesejahteraan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana.
- f. Pencegahan dan pemberantasan penyakit-penyakit endemis.
- g. Pengobatan yang tepat terhadap penyakit-penyakit umum dan luka atau kecelakaan.
- h. Penyediaan obat-obat esensial.

Organisasi kesehatan yang melakukan kegiatan gizi dengan pendekatan *PHC*.

A) *Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (U-PGK)* (11)

ialah suatu kegiatan yang terkordinasi bertujuan untuk memperbaiki gizi keluarga dengan mengutamakan golongan rawan sebagai sasaran, berdasarkan pengembangan swadaya keluarga dan

masyarakat setempat, baik di desa maupun di kota (golongan rawan ialah bayi, anak di bawah lima tahun, ibu hamil dan ibu menyusui).

Tujuan umum :

Meningkatkan keadaan gizi seluruh anggota masyarakat.

Tujuan khusus :

1. *Partisipasi dan pemerataan program*

- a. Semua anggota masyarakat ikut serta secara aktif dalam penyelenggaraan program di semua tingkat; pada tingkat dukuh penanggungjawab penyelenggaraan program adalah anggota masyarakat setempat yang telah mendapat latihan.
- b. Di daerah-daerah program, program meluas ke semua pedukuhan.
- c. Pada tiap pedukuhan tersebut semua anak Batita (Bawah Tiga Tahun), ibu hamil dan ibu menyusui tercakup dalam jangkauan pelayanan program.

2. *Perubahan tingkah laku yang mendukung tercapainya perbaikan gizi*

- a. Semua bayi disusui ibunya sampai usia dua tahun atau lebih, dan mendapat makanan tambahan yang sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Semua anak yang mencret segera diberi minum larutan gula garam atau larutan oralit.
- c. Setiap ibu hamil dan ibu menyusui makan satu-dua piring makanan bergizi lebih banyak dari biasanya.
- d. Setiap ibu hamil minum satu tablet tambah darah tiap hari selama tiga bulan terakhir masa kehamilannya
- e. Setiap pasangan usia subur mengerti dan melaksanakan keluarga berencana.
- f. Setiap pekarangan dimanfaatkan untuk peningkatan gizi keluarga.

3. *Perbaikan gizi pada anak-anak yang berumur 0-3 tahun (Batita)*

- a. Semua Batita naik timbangannya tiap bulan.
- b. Semua anak yang berumur 36 bulan mencapai berat badan lebih dari 11,5 kg.

c. Tidak terdapat lagi anak-anak dengan buta senja.

Kegiatan dalam program UPGK:

tahap satu: a s/d e; tahap dua: a s/d m; tahap tiga: a s/d q.

- a. Penimbangan anak Balita
- b. Penyuluhan gizi
- c. Pemberian Makanan Tambahan (PMT)
- d. Pemberian Paket Pertolongan Gizi (kapsul vitamin A dosis tinggi, tablet tambah darah dan oralit)
- e. Pemanfaatan pekarangan
- f. Imunisasi
- g. Air bersih
- h. Sanitasi lingkungan
- i. Pengobatan sederhana
- j. Penyuluhan kesehatan
- k. Rehabilitasi KKP berat
- l. Keluarga berencana
- m. Penelitian dan pengembangan
- n. Teknologi sederhana
- o. Industri kecil
- p. Dana sehat
- q. Koperasi (BUD/KUD)

Cakupan : th. 1979-1980

900 desa
300 kecamatan
120 kabupaten
26 propinsi

Petugas : kader gizi

Masaran : masyarakat

B) *Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) (13)*

Pengertian : Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh masyarakat, atas dasar gotongroyong dan swadaya masyarakat dalam rangka meningkatkan kesejahteraan dan mutu hidup masyarakat meliputi perbaikan status kesehatan.

Kegiatan tersebut merupakan bagian integral dari pembangunan nasional umumnya dan pembangunan desa khususnya yang mendapat dukungan dari Pemerintah secara lintas program dan lintas sektoral.

Tujuan : Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha swadaya masyarakat yang merupakan bagian integral dari pembangunan desa secara keseluruhan dalam peningkatan mutu hidup dan kesejahteraan masyarakat.

Ciri-ciri utama : Kegiatan-kegiatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa didasarkan atas kesadaran masyarakat dan dilaksanakan melalui usaha-usaha swadaya berdasarkan atas gotongroyong. Orientasi kegiatan PKMD adalah lintas program dan lintas sektoral berdasarkan musyawarah dan mufakat untuk mendorong penggalan, penggunaan dan pengembangan potensi masyarakat setempat. Pelaksanaan kegiatan tersebut dilakukan oleh petugas - petugas, yang berasal dari masyarakat itu sendiri dan menggunakan metodologi tepat guna. Mereka telah dipersiapkan lebih dahulu, sehingga pengetahuan, sikap dan ketrampilannya sesuai dengan tugas-tugas yang dibebankan kepadanya. Petugas-petugas tersebut haruslah merupakan tenaga yang mendapat kepercayaan dan dapat diterima oleh masyarakat.

Kegiatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa :

- a. pelayanan untuk perbaikan higiene perorangan
- b. kesehatan lingkungan
- c. perbaikan taraf gizi
- d. pengembangan kesadaran untuk hidup sehat
- e. pelayanan kuratif maupun preventif termasuk kesejahteraan ibu dan anak
- f. keluarga berencana
- g. imunisasi

- h. pemberantasan penyakit menular
- i. usaha kesehatan sekolah
- j. dan lain-lain sesuai dengan kebutuhan setempat

Wadah kegiatan PKMD : LKMD (Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa).

Cakupan : Tahun 1979/1980

- 220 Desa
- 88 Kecamatan
- 21 Kabupaten
- 12 Propinsi

Petugas : Prokesa (Promotor Kesehatan Desa).

Sasaran : Masyarakat.

C) *Keluarga Berencana - Gizi (KE-Gizi)* (14)

Kegiatan di Luar Berencana-Gizi.

- a. Pendidikan dan penyuluhan gizi (tanpa pemberian makanan tambahan).
- b. Penimbangan anak Balita setiap bulan.
- c. Pemanfaatan pekarangan guna meningkatkan produksi pangan yang bergizi.
- d. Pemberian paket pertolongan gizi berupa kapsul vitamin A dosis tinggi, tablet tambah darah dan oralit.
- e. Pelayanan kesehatan sederhana khususnya terhadap penyakit yang diakibatkan oleh kekurangan gizi, dengan sistim rujukan ke Puskesmas.

Cakupan : Tahun 1979-1980

2000 Desa di Jawa dan Bali.

Kelembagaan : Kader desa dibawah kordinasi PLKB.

Sasaran : a. Ibu hamil

b. Ibu menyusui

c. Ibu yang mempunyai anak balita

E) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) (7)

Adalah merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan yang langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terintegrasi kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok.

Kegiatan Puskesmas.

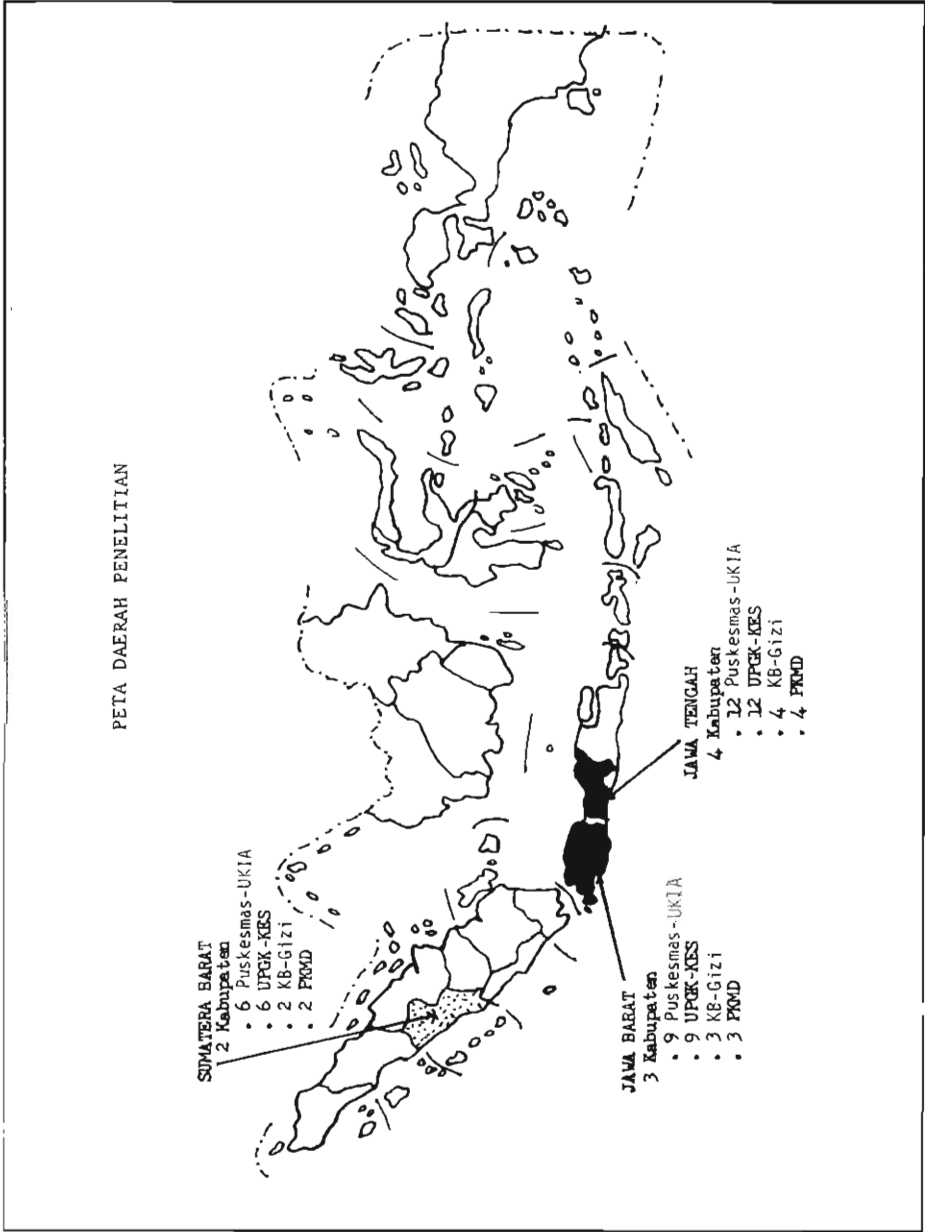
1. Usaha kesehatan pokok minimal
 - a. pengobatan jalan
 - b. kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
 - c. higiene dan sanitasi lingkungan
 - d. pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
 - e. penyuluhan kesehatan masyarakat
 - f. perawatan kesehatan masyarakat
 - g. kesehatan sekolah
 - h. peningkatan gizi
 - i. pencatatan dan pelaporan untuk keperluan perencanaan dan penilaian
2. Usaha kesehatan pokok yang dianjurkan
 - a. kesehatan gigi
 - b. kesehatan jiwa
 - c. laboratorium sederhana

Cakupan : Tahun 1979-1984
4135 Puskesmas
10992 Puskesmas pembantu

Petugas : a. Bidan II
b. Petugas atasan langsung dari Bidan II

Sasaran UKIA : Ibu-ibu hamil dan ibu-ibu yang membawa anaknya ke UKIA (Usaha Kesejahteraan Ibu dan Anak).

PETA DAERAH PENELITIAN



PENJELASAN TENTANG DAERAH PENELITIAN DAN RESPONDEN

Propinsi	I. Jawa Tengah	: 4	DATI II
	II. Jawa Barat	: 3	DATI II
	III. Sumatera Barat	: 2	DATI II
	Jumlah	: 9	DATI II/kabupaten

Jumlah di 9 kabupaten:

3 kecamatan-puskesmas-UKIA:	$(4 \times 3) + (3 \times 3) + (2 \times 3)$: 27	kecamatan- Puskesmas-UKIA
3 desa UPGK-Kes	$(4 \times 3) + (3 \times 3) + (2 \times 3)$: 27	desa
1 desa KB-Gizi	$(4 \times 1) + (3 \times 1) + (2 \times 1)$: 9	desa
1 desa PKMD	$(4 \times 1) + (3 \times 1) + (2 \times 1)$: 9	desa
	Jumlah	: 45	desa

Perincian responden tiap organisasi kesehatan

Puskesmas-UKIA	UPGK-Kes/KB-Gizi/PKMD
2 pelaksana kegiatan gizi	4 kader
2 atasan langsung	2 atasan tingkat kecamatan
2 atasan DATI II	2 atasan DATI II
4 pemuka masyarakat	4 pemuka masyarakat
10 ibu sasaran	10 ibu sasaran

Perincian jumlah responden tiap propinsi

JAWA TENGAH

Puskesmas-UKIA	: Petugas UKIA, pelaksana kegiatan gizi	$2 \times 3 \times 4 = 24$
	Atasan langsung tingkat kecamatan	$2 \times 3 \times 4 = 24$
	Atasan langsung DATI II	$2 \times 4 = 8$

	Pemuka masyarakat	$4 \times 3 \times 4 = 48$
	Ibu sasaran	$10 \times 3 \times 4 = 120$
		$\text{Sub jumlah} = 224$ responden
UPGK-Kes	: Kader	$4 \times 4 \times 3 = 48$
	Atasan langsung tingkat kecamatan	$2 \times 4 \times 3 = 24$
	Atasan langsung Dati II	$2 \times 4 = 8$
	Pemuka masyarakat	$4 \times 4 \times 3 = 48$
	Ibu sasaran	$10 \times 4 \times 3 = 120$
		$\text{Sub jumlah} = 248$ responden
KB-Gizi dan PKMD:	Kader	$4 \times 4 \times 2 = 32$
	Atasan langsung tingkat kecamatan	$2 \times 4 \times 2 = 16$
	Atasan langsung DATI II	$2 \times 4 \times 2 = 16$
	Pemuka masyarakat	$4 \times 4 \times 2 = 32$
	Ibu sasaran	$10 \times 4 \times 2 = 80$
		$\text{Sub jumlah} = 176$ responden
	Jumlah responden di propinsi Jawa Tengah	$= 648$ orang
JAWA BARAT		
Puskesmas-UKIA	: Petugas UKIA, pelaksana kegiatan gizi	$2 \times 3 \times 3 = 18$
	Atasan langsung tingkat kecamatan	$2 \times 3 \times 3 = 18$
	Atasan langsung DATI II	$2 \times 3 = 6$
	Pemuka masyarakat	$4 \times 3 \times 3 = 36$
	Ibu sasaran	$10 \times 3 \times 3 = 90$
		$\text{Sub jumlah} = 168$ responden

UPGK-Kes	: Kader	$4 \times 3 \times 3 =$	36
	Atasan langsung tingkat kecamatan	$2 \times 3 \times 3 =$	18
	Atasan langsung DATI II	$2 \times 3 =$	6
	Pemuka masyarakat	$4 \times 3 \times 3 =$	36
	Ibu sasaran	$10 \times 3 \times 3 =$	90
			<hr/>
		Sub jumlah =	186 responden
KB-Gizi dan PKMD:	Kader	$4 \times 3 \times 2 =$	24
	Atasan langsung tingkat kecamatan	$2 \times 3 \times 2 =$	12
	Atasan langsung DATI II	$2 \times 3 \times 2 =$	12
	Pemuka masyarakat	$4 \times 3 \times 3 =$	24
	Ibu sasaran	$10 \times 3 \times 2 =$	60
			<hr/>
		Sub jumlah =	132 responden
	Jumlah responden di propinsi Jawa Barat		= 486 orang

SUMATERA BARAT

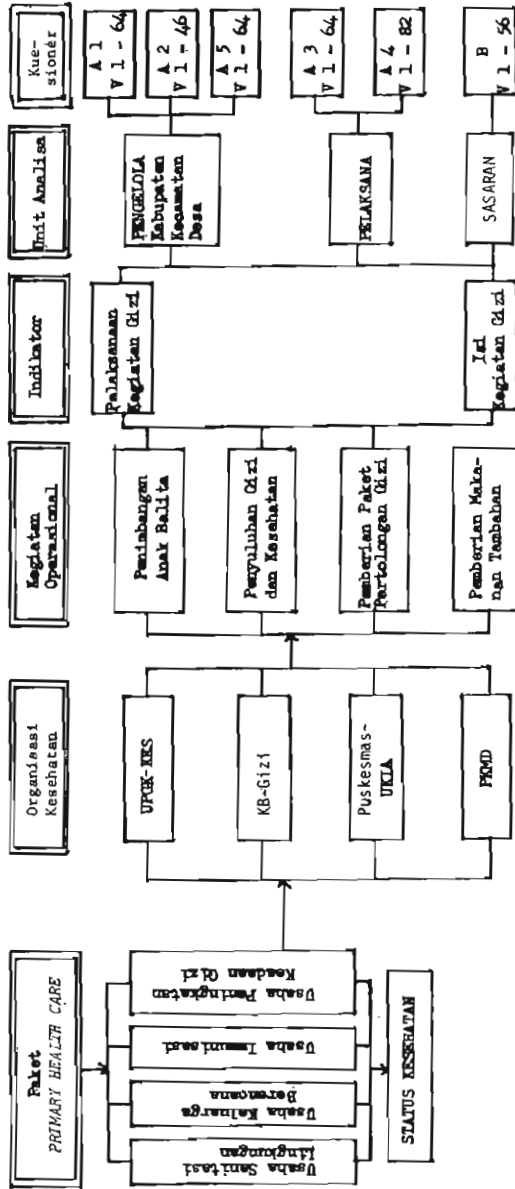
Puskesmas-UKIA	: Petugas UKIA, pelaksana kegiatan gizi	$2 \times 2 \times 3 =$	12
	Atasan langsung tingkat kecamatan	$2 \times 2 \times 3 =$	12
	Atasan langsung DATI II	$2 \times 2 =$	4
	Pemuka masyarakat	$4 \times 2 \times 3 =$	24
	Ibu sasaran	$10 \times 2 \times 3 =$	60
			<hr/>
		Sub jumlah =	112 responden
UPGK-Kes	: Kader	$4 \times 2 \times 3 =$	24
	Atasan langsung tingkat kecamatan	$2 \times 2 \times 3 =$	12
	Atasan langsung DATI II	$2 \times 2 =$	4
	Pemuka masyarakat	$4 \times 2 \times 3 =$	24

	Ibu sasaran	$10 \times 2 \times 3 = 60$
		<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
		Sub jumlah = 124 responden
KE-Gizi dan PKMD: Kader		$4 \times 2 \times 2 = 16$
	Atasan langsung tingkat kecamatan	$2 \times 2 \times 2 = 8$
	Atasan langsung DATI II	$2 \times 2 \times 2 = 8$
	Pemuka masyarakat	$4 \times 2 \times 2 = 16$
	Ibu sasaran	$10 \times 2 \times 2 = 40$
		<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
		Sub jumlah = 88 responden
	Jumlah responden di propinsi Sumatera Barat	$= 324$ orang

Jumlah responden di propinsi: Jawa Tengah : 648 orang
 Jawa Barat : 486 orang
 Sumatera Barat : 324 orang

Jumlah seluruhnya: 1458 responden

KERANGKA PENELITIAN



SUSUNAN TIM PENELITIAN

- Penasehat : Prof. Dr. A.A. Loedin (Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan).
 Prof. Dr. Ir. Sajogyo (Institut Pertanian Bogor).
 Dr. J.E. Rohde (WHO).
- Pemimpin Pelaksana : Prof. Dr. Darwin Karyadi (Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi).
- Wakil Pemimpin Pelaksana: Soekartijah Martoatmodjo, SKM (Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi).
- Pelaksana : Yayah K. Husaini, SKM (idem)
 dr. Zein Sulaiman (idem)
 Djoko Kartono, MSc. (idem)
 Sandjaja, MPH (idem)
 Susilowati Herman, MSc. (idem)
 Ig. Djoko Susanto, SKM (idem)
 Drh. Sri Anggarini, SKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat UI).
 Sri Mulyati, BSc. (Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi).
- Pelaksana Penelitian Lapangan di daerah penelitian (co-investigator) : dr. Satoto (Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro).
 dr. Muchamad Sulchan, MSc. (idem)
 dr. Kunkun K. Wiramihardja (Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran).
 dr. Eman Mahdar (idem)
 dr. Nurman Syah (Fakultas Kedokteran Universitas Andalas).
 dr. Amir Muslim M. (idem)