

SUMBER DAYA LOKAL SEBAGAI DASAR PERENCANAAN PROGRAM GIZI DAERAH URBAN

Local Resources as Basic of Nutrition Programme Planning at Urban Area

Okta Woro Kasmini H, Bambang Budi Raharjo, Efa Nugroho, Bertakalswa Hermawati
Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang
(oktia_woro@yahoo.co.id)

ABSTRAK

Prevalensi gizi lebih dan buruk di Indonesia dan Kota Semarang, meningkat dari tahun 2007 sampai 2013. Program yang ada belum mengoptimalkan potensi yang dipunyai daerah. Tujuan penelitian ini untuk menggambarkan sumber daya lokal yang dapat digunakan sebagai dasar perencanaan program gizi untuk daerah urban. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif, dengan fokus penelitian adalah potensi lokal yang terdiri dari unsur modal sosial, sistem sosial, sistem budaya. Penelitian dilakukan di Kota Semarang. Penentuan informan menggunakan teknik *purposive* dan *snow ball*. Instrumen yang digunakan adalah panduan observasi, wawancara, *Focus Group Discussion* dan *Strengths Weaknesses Opportunities Threats Analysis*. Hasil yang didapat, sumber daya lokal yang dipunyai dalam rangka perencanaan program gizi adalah: 1) adanya *citizenship* yaitu keaktifan dan kreativitas kader, *social organization* terutama dari posyandu didukung dengan rumah gizi, dan sosial *support* dari keluarga. 2) Potensi lain berkaitan dengan efek dari daerah urban yaitu: (1) Ketersediaan bahan pangan yang mudah didapat, (2) Informasi kaitannya dengan kesehatan dan gizi lebih mudah didapat, dan (3) Tersedianya sarana transportasi dan infra struktur yang memadai. Sumber daya lokal di daerah urban dapat dimanfaatkan untuk perencanaan program gizi sehingga memberi peluang keberhasilan perbaikan status gizi di masyarakat menjadi lebih tinggi.

Kata kunci : Modal sosial, sistem sosial, daerah urban, program gizi

ABSTRACT

Over Nutrition prevalence and malnutrition in Indonesia and Semarang City has increased since 2007 until 2013. The current program has not yet optimize the local resources. The research objective is to describe local resources as basic of nutrition programme planning at urban area. The research uses qualitative approach, with focus on local resources included social capitals, social system, social culture. The research was conducted in Semarang city. It uses purposive and snow ball to determine informan. Observation, interview, focus group discussion guidances and Strength Weaknesses Opportunities Threats Analysis are used. The result is local resources to nutrition programme planning 1) citizenship role such as activity and creativity of caders, social organization specifically posyandu which supported by nutrition house and social support from family. 2) Another resources related with impact of urban area are (1) availability of foodstuffs reachable, (2) information related with health and nutrition are easily accesible and (3) availability of transportation services and adequate infrastructures. Local resources at urban area can be used in nutrition programme planning to give a higher chance of nutrition status improvement in the community.

Keywords : Social capitals, social system, urban area, nutrition programme

PENDAHULUAN

Masalah gizi yang ada di masyarakat akan memengaruhi kualitas sumberdaya manusia, sehingga menjadi problem yang cukup serius untuk pembangunan dimasa yang akan datang. Hasil penelitian Ivanovic, mengatakan bahwa anak dengan status gizi bermasalah disaat balita akan berkaitan dengan perkembangan otak, kecerdasan dan prestasi belajar sehingga mempunyai kecenderungan untuk putus sekolah atau tertundanya sekolah ke jenjang yang lebih tinggi.¹

World Health Organization (WHO), memperkirakan bahwa prevalensi *overweight* pada bayi dan anak pada tahun 2008 sebesar 40 juta atau 6% dari jumlah penduduk dunia. Prevalensi *overweight* tertinggi pada bayi dan anak berada pada kelompok negara berpendapatan menengah ke atas, namun peningkatan tercepat justru pada kelompok negara berpendapatan menengah ke bawah, seperti Indonesia.^{2,3}

Di Indonesia, masalah gizi kurang dan adanya masalah gizi lebih atau beban ganda masalah gizi merupakan hal yang harus ditangani saat ini. Berdasarkan data Riskesdas 2010, prevalensi gizi lebih pada Balita sebesar 14,0%, meningkat dari keadaan tahun 2007 yaitu sebesar 12,2 %. Hasil Riskesdas tahun (2013), secara nasional diperkirakan prevalensi balita gizi buruk dan kurang sebesar 19,6%. Jika dibandingkan dengan tahun 2007, terjadi peningkatan yaitu dari 18,4%(4.646.933 balita). Hal ini juga terjadi di Jawa Tengah, tahun 2013 untuk kasus gizi buruk dan kurang menduduki urutan ke 13 dari 33 provinsi yang ada di Indonesia dengan persentase 17,6% atau 480,441 anak.

Perbaikan status gizi masyarakat dilakukan melalui perencanaan dan program gizi. Upaya pemerintah pada tingkat nasional berupa kebijakan, dan langkah terpadu bidang pangan dan gizi, dalam bentuk Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RANPG) dan Gerakan 1000 HPK. Di samping itu, perencanaan dan program ditingkat provinsi sampai kabupaten juga telah dilakukan, seperti program, 1) pemantauan balita dan ibu hamil, 2) pelayanan gizi pada masyarakat, 3) penyelidikan epidemiologi dan 4) ASI eksklusif.

Program yang telah dilakukan terlihat belum dapat menghasilkan perbaikan status gizi secara maksimal. Hal ini terjadi karena penyebab dari masalah gizi sangat bervariasi dan berkaitan

dengan faktor yang mendasar seperti pendidikan dan tingkat ekonomi yang memerlukan program kompleks dan butuh waktu panjang. Sehingga perlu dipikirkan untuk memanfaatkan potensi lokal yang ada dalam rangka mengefisienkan program dan memaksimalkan hasil yang akan dicapai

Sumber daya lokal atau potensi lokal adalah Kemampuan atau kekuatan atau daya yang dimiliki oleh suatu daerah yang dapat dikembangkan untuk menghasilkan manfaat/keuntungan bagi daerah tersebut. Hasil penelitian Handayani dan Zuhud, mendapatkan adanya potensi lokal yang berkaitan dengan status gizi, yang berupa sistem sosial, sistem budaya dan modal sosial serta potensi alam yang ada di Indonesia.^{4,5} Penelitian yang dilakukan di Thailand juga mendapatkan adanya modal sosial yang memengaruhi status gizi balita, yaitu pada unsur partisipasi, *reciprocity* dan pro aktif dari para relawan kesehatan.⁶

Potensi lokal ini berbeda antara ras, etnik, tradisi, dan kondisi sosio ekonomi. Bahkan akan berbeda juga pada berbagai daerah di negara yang sama atau bahkan didaerah yang sama pada waktu yang berbeda.^{7,8,9} Potensi lokal berkaitan dengan sosialbudaya di daerah urban (perkotaan) akan berbeda dengan yang ada di daerah sub urban (pinggir kota), maupun di daerah urban *fringe*, yang dapat terjadi karena pergeseran mata pencaharian, akulturasi budaya, pendidikan dan sejarah.¹⁰ Daerah urban merupakan daerah perkotaan, dimanaterletak pada pusat pemerintahan dengan karakteristik yang mengikutinya. Sehingga tujuan dalam penelitian ini adalah untuk menggambarkan sumber daya lokal yang dapat digunakan sebagai dasar perencanaan program gizi bagi daerah urban.

BAHAN DAN METODE

Penelitian dilakukan di wilayah Puskesmas Lamper Tengah, Kota Semarang, Provinsi Jawa Tengah, Indonesia. Daerah ini dipilih sebagai lokasi penelitian dengan alasan: 1) merupakan daerah yang menjadi rangkaian penelitian sesuai dengan *road map* yang disusun oleh peneliti, 2) daerah dengan kasus-kasus gizi terbanyak dan 3) daerah urban yang mudah dijangkau oleh peneliti setiap saat. Penentuan wilayah puskesmas yang dipilih berdasarkan jumlah kasus gizi yang ada baik berupa gizi kurang, gizi buruk maupun kasus

obesitas yang tercatat tertinggi pada tahun 2015 dengan jumlah kasus gizi sebanyak 295 orang.

Pendekatan penelitian merupakan pendekatan kualitatif, dengan fokus penelitian adalah sumber daya lokal yang dapat mendukung program gizi di daerah urban. Penentuan informan awal melalui teknik *purposive*. Informan awal terdiri dari kepala puskesmas, 1 orang dari seksi gizi puskesmas, 2 kader posyandu, dan 2 orang ibu balita, sehingga informan awal berjumlah 6 orang, dengan syarat informan sebagai berikut: bertempat tinggal atau bertugas di daerah penelitian minimal satu tahun; bersedia menjadi informan dalam penelitian ini; dapat berkomunikasi dan memberi informasi maksimal. Selanjutnya informan ditambah lagi dengan teknik *snowball*, sehingga jumlah informan keseluruhan sebanyak 12 orang. Instrumen yang digunakan adalah panduan observasi, panduan wawancara, panduan FGD serta instrumen analisa SWOT. Teknik analisa data menggunakan model analisis dari *Miles and Huberman*, yaitu mencakup tiga kegiatan yang bersamaan yang terdiri dari reduksi data, penyajian (*display*) data dan penarikan kesimpulan (verifikasi).¹¹

HASIL

Sumber daya lokal adalah kemampuan atau kekuatan atau daya yang dimiliki oleh suatu daerah yang dapat dikembangkan untuk menghasilkan manfaat bagi daerah tersebut. Potensi lokal dapat dinilai dari unsur-unsur modal sosial, sistem sosial, dan sistem budaya. Modal sosial adalah sumberdaya yang muncul dari hasil interaksi dalam suatu komunitas, baik antar individu maupun institusi yang melahirkan ikatan emosional berupa kepercayaan, hubungan-hubungan timbal balik, dan jaringan-jaringan sosial, nilai-nilai dan norma-norma yang membentuk struktur masyarakat yang berguna untuk koordinasi dan kerjasama dalam mencapai tujuan. Sistem sosial adalah merupakan kompleks aktivitas serta tindakan yang berpola dari manusia dalam masyarakat, yang dapat berupa keakraban sosial (kohesi sosial) serta kelembagaan atau organisasi kemasyarakatan. Sistem budaya adalah bagian dari kebudayaan sebagai suatu kompleks dari ide-ide, gagasan, konsep-konsep, nilai-nilai, norma, peraturan. Gagasan itu tidak berada lepas satu dari yang lain, melainkan selalu berkaitan, menjadi suatu sistem.

Wilayah Puskesmas Lamper Tengah merupakan daerah urban yang terletak di Kota Semarang, Provinsi Jawa Tengah. Gambaran status gizi balita pada trimester pertama (bulan Januari, Februari dan Maret) tahun 2016, terbanyak dengan kasus gizi kurang yaitu sebanyak 216 balita (12,98%). Kasus gizi lebih sebanyak 4,87% yang mengalami peningkatan sejak tahun 2014 hingga tahun 2015, dan tidak ditemukan balita dengan gizi buruk.

Unsur modal sosial terdiri dari *citizenship*, *social organization*, dan *social support*. Dari hasil penelitian di wilayah Puskesmas Lamper Tengah didapatkan gambaran : *Citizenship*, terlihat terutama pada ketua kader posyandu yang merupakan orang yang paling aktif dan kreatif. Mengikuti banyak pelatihan, lomba kesehatan dan tugas yang berkaitan dengan posyandu, PHBS, bumil, pemantauan jentik, dan pengurus keluarga berencana. Ketua kader hamper selalu hadir dalam setiap kegiatan posyandu di setiap pos, dan pernah menjemput ibu dan balita gizi buruk di rumahnya dengan naik sepeda motor untuk dibawa ke puskesmas yang kemudian dengan ambulance dibawa ke rumah gizi. Hal ini dilakukan oleh karena ketua kader menyenangkan dan merasa bangga dengan kegiatan yang dilakukannya, serta mempunyai banyak waktu luang.

Cytizenship lainnya tergambar pada partisipasi dari beberapa anggota kader posyandu yang mendukung program puskesmas berkaitan dengan gizi buruk. Melakukan komunikasi dengan keluarga balita, aktif mengajak ibu balita untuk menimbang balitanya dan mengikuti program di rumah gizi. Walaupun dari 10 kader disetiap pos hanya sekitar 3 sampai dengan 5 orang yang aktif membantu, oleh karena alasan bekerja dan banyak urusan rumah. Partisipasi aktif lainnya merupakan kerjasama di tingkat DKK Kota Semarang yaitu dengan anggota organisasi keagamaan wanita (Aisyiah) di tingkat pusat (DKK), yang selalu hadir saat diundang rapat koordinasi dan berupaya melakukan apa yang telah disepakati bersama dinas kesehatan. Termasuk juga kerjasama dengan perguruan tinggi kesehatan di Kota Semarang.

Social organization yang terlibat langsung terutama adalah posyandu. Merupakan organisasi yang tidak sepenuhnya merupakan organisasi sosial, oleh karena ada di bawah koordinasi puskesmas.

Tabel 1. Analisis SWOT Potensi Lokal di Wilayah Puskesmas Lamper Tengah

Kekuatan (<i>Strenght</i>)	Kelemahan (<i>weakness</i>)	Peluang (<i>Opportunity</i>)	Ancaman (<i>Threat</i>)
<p>Modal social :</p> <p>1. Cytizenship Ketua kader aktif dan kreatif mengikuti pelatihan, lomba, kegiatan posyandu disetiap RW, bangga dan menyenangi tugas yang diberikan, serta mempunyai banyak waktu luang. Beberapa kader posyandu aktif mendukung kegiatan posyandu</p> <p>2. Social support Adanya dukungan keluarga dalam mengasuh balita (terutama neneknya)</p> <p>3. Organisasi sosial Adanya institusi (organisasi) masyarakat yang berperan dalam masalah gizi (posyandu)</p> <p>4. Pendukung modal social</p> <p>a. Adanya fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar masyarakat yang mudah dijangkau baik swasta maupun pemerintah.</p> <p>b. Komunikasi antar institusi kesehatan, masyarakat dan institusi terkait lebih mudah (oleh karena letaknya dekat pusat pemerintahan).</p>	<p>Pendukung modal sosial</p> <p>a. Model Kepemimpinan kepala puskesmas, lebih dominan ke arah pemberian delegatif dan partisipatif .</p> <p>b. Lokasi puskesmas tidak dilalui oleh transportasi umum, lokasi agak masuk ke daerah perumahan.</p> <p>c. Fasilitas kesehatan yang tersedia kurang lengkap (fasilitas rawat jalan, lab standar).</p> <p>d. Tidak terdapat petugas khusus untuk menangani masalah gizi (nutrisionis) yang ada bidan merangkap bendahara dan petugas gizi.</p> <p>e. Terdiri dari daerah dengan tingkat ekonomi yang baik, menengah dan kurang</p> <p>f. Beberapa RT, di daerah yang berada di jalan besar, dengan tingkat komunikasi dan kepatuhan yang kurang</p>		

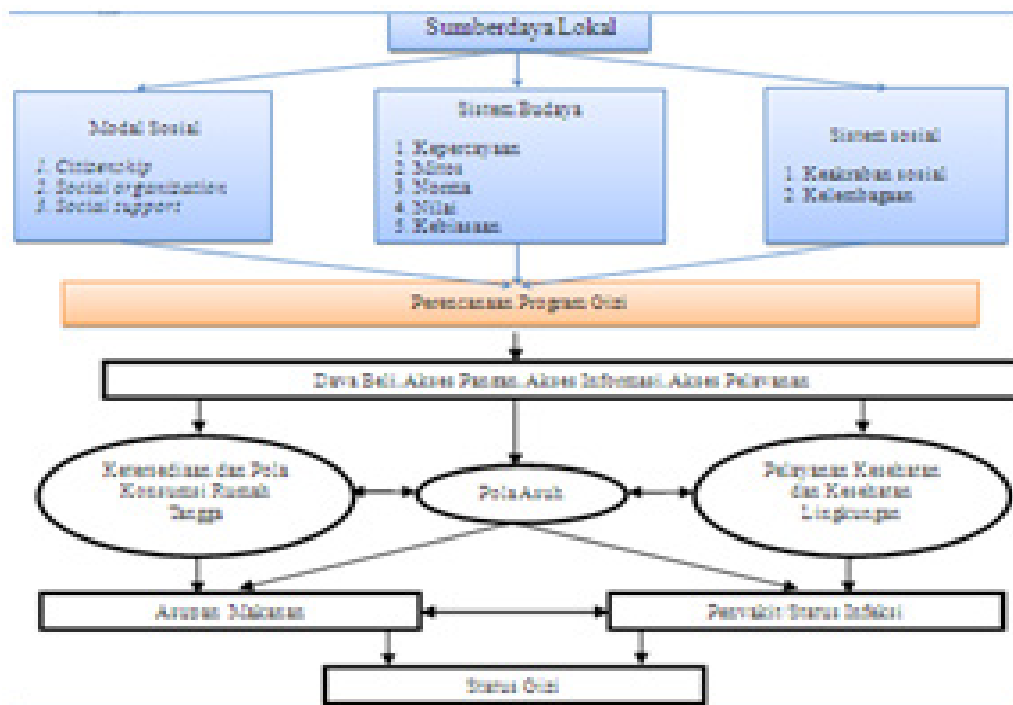
Tabel 1. Analisis SWOT Potensi Lokal di Wilayah Puskesmas Lamper Tengah

Kekuatan (<i>Strenght</i>)	Kelemahan (<i>Weakness</i>)	Peluang (<i>Opportunity</i>)	Ancaman (<i>Threat</i>)
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebiasaan ibu bekerja sehingga pola asuh balita diserahkan pada nenek, anak yang lebih besar atau pengasuh yang dibayar 2. Norma adanya rasa malu dan gengsi jika anak mengikuti program gizi buruk 3. Adanya nilai yang tinggi untuk anak dengan gizi baik
	<i>System social</i> berupa kekerabatan, kerjasama dan gotong royong yang sudah melemah, masing masing dengan persoalannya sendiri-sendiri		
Lain-lain <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan bahan pangan yang mudah didapat. 2. Informasi kaitannya dengan kesehatan dan gizi lebih mudah didapat 3. Tersedianya sarana transportasi dan infra struktur yang memadai 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Banyak variasi atau macam makanan jajanan untuk balita dan anak baik yang memenuhi syarat sehat maupun yang tidak sehat 2. Adanya program dan kebijakan gizi dari kementerian pusat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lokasi merupakan daerah urban sehingga banyak pendatang baru. 2. Risiko kontaminasi dari makanan jajanan lebih besar. 3. Sering beredar promosi dan informasi yang menyesatkan.

Sumber: Data Primer

mas, tetapi merupakan suatu bentuk pemberdayaan masyarakat. Di Kelurahan Peterongan terdapat 8 pos, satu RW membentuk satu pos, dengan jumlah kader 10 orang per pos. Pendidikan kader rata-rata SMA. Kader semua berumur diatas 40 tahun dan tidak ada masalah berkaitan dengan pengetahuan dan keterampilan, hal ini dapat dicermati dari kader yang mengikuti lomba yang berkaitan dengan pengetahuan kesehatan dengan baik, tidak merasa kesulitan oleh karena banyak bacaan yang ada baik yang didapat dari puskesmas maupun mencari sendiri sehingga pernah mendapatkan juara

3 tingkat kota. Ketua kader sendiri berumur 57 tahun dengan pendidikan SMP dan tidak bekerja. Dikatakan oleh anggota kader bahwa, kader yang mau dan mudah untuk diajak aktif dalam kegiatan posyandu hanya itu-itu saja, untuk mencari kader baru sangat sulit. Beberapa alasan yang dimunculkan adalah sibuk bekerja, kerja cari uang, dan repot. Pada saat penimbangan ibu balita juga sering mendesak untuk segera selesai, dengan alasan: *selak dodolan, selak kerjo, selak metuk sekolah*, seperti yang sering diutarakan ibu balita: "*bu cepet to bu kok rak bar bar kaet mau*".



Gambar 1: Potensi Lokal (Sumberdaya Lokal) Sebagai Faktor Pendukung Status Gizi

Sumber: Adaptasi dari UNICEF 1990 dan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006 – 2010

Program gizi di wilayah puskesmas Lamper Tengah yang rutin berasal dari kegiatan posyandu dengan sistem 5 meja. Masing-masing meja mempunyai kegiatan berlainan yang berupa pendaftaran, penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, pencatatan, konseling gizi, dan pelayanan kesehatan. Untuk konseling gizi, pelayanan kesehatan dan pengukuran tinggi badan dilakukan sesuai kebutuhan. Kegiatan tambahan saat posyandu berupa pemberian PMT untuk balita, yang biasanya berupa kacang hijau atau nasi sayur dan lauknya atau buah atau puding. Dana PMT didapat dari swadaya masyarakat, kadang juga mendapat bantuan dari rumah zakat. Untuk 3 bulan terakhir ini di RW 01 wilayah Peterongan mendapat bantuan Rp 200.000 – Rp 250.000 per bulan. Dana yang dikeluarkan dalam membuat PMT untuk 63 balita sekitar tiga ratus ribuan. Pembuatan PMT disepakati secara bergantian tiap RT. Aktivitas kegiatan posyandu ini dipengaruhi oleh wilayah Puskesmas Lamper Tengah, yang terdiri dari daerah dengan tingkat ekonomi kurang, cukup dan baik, dengan karakter yang berbeda-beda. Beberapa RT juga terletak di daerah elit kota dan dijalan besar pusat kota, seperti RW 4 (daerah Ta-

man Belimbing) dan RW 7 yang terdiri dari 9 RT tetapi hanya 4 RT yang aktif, lainnya dapat dikatakan tidak ada aktivitas PKK maupun posyandu. Koordinasi dengan puskesmas dilakukan setiap bulan pada hari kamis minggu terakhir, yang membahas mengenai program posyandu, masalah yang dihadapi kader, kadang juga diberi penyuluhan kesehatan. Satu pos diwakili oleh 2 kader. Pertemuan dipimpin oleh tenaga puskesmas.

Organisasi sosial lainnya yang berpartisipasi adalah: 1) organisasi keagamaan wanita (Aisyiah), yang berupa tenaga pendampingan dan dikoordinir ditingkat DKK, 2) Rumah zakat, adalah satu lembaga yang bergerak dalam banyak bidang seperti kesehatan, pendidikan dan sosial lainnya, termasuk pelayanan ambulans gratis dan rumah bersalin gratis yang diperuntukkan bagi masyarakat tidak mampu. *Social support* yang ada terutama dari dukungan neneknya, yang terlihat menjaga balita, jika ibu berhalangan atau sedang bekerja, sedangkan kepedulian dari lingkungan sekitar atau tetangga dapat dikatakan tidak ada, karena semua sibuk bekerja, dari pagi sampai sore disibukkan dengan urusannya masing-masing.

Berkaitan dengan sistem budaya yang me-

rupakan kebudayaan sebagai suatu kompleks dari ide-ide, gagasan, konsep-konsep, nilai-nilai, norma, peraturan, kepercayaan, kebiasaan, tradisi dan mitos. Sistem budaya yang mempengaruhi pola asuh gizi balita berkaitan dengan kebiasaan, norma dan nilai, seperti yang tergambar sebagai berikut: 1) Kebiasaan, terdiri dari: (1) kebanyakan ibu mempunyai kegiatan mencari tambahan uang atau bekerja, dan beberapa ibu balita mempunyai kebiasaan sambil berdagang sekaligus mengasuh anaknya, (2) ibu balita yang bekerja dipasar dan tidak punya keluarga dekat dalam satu rumah terlihat meninggalkan anak balitanya untuk diurus oleh kakaknya yang masih duduk di SD, (3) pelayanan kesehatan untuk keluarga yang sakit pada saat ini dengan fasilitas BPJS, (4) pada balita (Putri) dengan gizi kurang, anak susah untuk makan 3 kali sehari, sering mau makan hanya dengan lauk krupuk saja, tetapi anak suka makan jajanan sosis dan chiki sehingga untuk memenuhi kebutuhan makanan anak maka Ibu terpaksa memenuhi keinginan jajan anaknya. Dalam sehari rata-rata menghabiskan uang jajan Rp 5.000,-.

2) Norma, yang berkaitan dengan program status gizi adalah: (1) ibu balita, sangat patuh dengan larangan suaminya untuk tidak membawa balita mengikuti program perbaikan gizi bagi putranya. Dengan alasan, anaknya sudah dibawa berobat ke RS dan dinyatakan sehat sehat saja tidak ada keluhan sakit, walaupun agak kurus, (2) adanya rasa malu dan gengsi jika anak mengikuti program gizi buruk. 3) Nilai, yang mempengaruhi pola asuh gizi adalah: (1) Orang tua menyadari bahwa anak dengan gizi kurang atau gizi buruk merupakan anak yang bermasalah atau anak dengan nilai kualitas SDM yang rendah. sehingga orangtua yang sudah tahu anaknya masuk dalam kategori gizi buruk akan malu dan menghindari dengan berbagai alasan seperti pulang kampung, bekerja sampai sore, agar tidak mengikuti intervensi perbaikan gizi. Dan masalahnya tidak diketahui oleh orang banyak, (2) Ibu balita gizi buruk pernah dianjurkan, bahkan akan diantar oleh ketua kader ke puskesmas untuk mendapatkan penanganan, tetapi ibu balita menolak. Dengan alasan jauh, disana cuman dipegang-pegang saja dan tidak ada perbaikan.

Sistem sosial merupakan kebudayaan sebagai suatu kompleks aktivitas serta tindakan ber-

pola dari manusia dalam masyarakat. Sistem sosial yang berupa kekerabatan, kerjasama dan rasa gotong royong dalam perawatan balita tidak terlihat, masyarakat cenderung mengatasi masalahnya sendiri, masing-masing disibukan dengan persoalan sendiri. Berdasarkan deskripsi data tentang modal sosial, sistem budaya, dan sistem sosial serta hasil observasi maka didapatkan analisis SWOT yang menggambarkan tentang kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman dijabarkan pada Tabel 1.

PEMBAHASAN

Daerah urban merupakan daerah yang berada di pusat kota. Pusat pemerintahan dengan berbagai fasilitas yang tersedia, hal ini dapat merupakan potensi daerah yang dapat dimanfaatkan, tetapi dapat pula menjadi ancaman. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan di Sudan dan Bangladesh, menunjukkan bahwa status gizi anak berbeda untuk daerah rural dan urban, akibat dari kondisi geografis atau lokasi daerah yang merupakan faktor yang perlu mendapat perhatian.^{12,13,14} Fasilitas infrastruktur yang relatif baik, ketersediaan transportasi yang ada, kedekatan dengan pusat penentu kebijakan, ketersediaan sarana prasarana pelayanan kesehatan, baik dari institusi pemerintah maupun swasta, serta kemudahan mendapatkan informasi khususnya berkaitan dengan kesehatan dan gizi.

Daerah urban dalam penelitian ini yang berada di wilayah Puskesmas Lamper Tengah mempunyai sumberdaya lokal, yang dapat menjadi pertimbangan dasar dalam membuat suatu program perbaikan gizi yang ada di masyarakat. Sumberdaya lokal ini akan memudahkan pencapaian tujuan yang hendak dicapai, jika ditinjau dari segi keterlaksanaan berkaitan dengan keterbatasan sumber daya manusia yang dipunyai, efisiensi pendanaan, peningkatan pemberdayaan dan partisipasi masyarakat. Potensi lokal yang berupa kekuatan adalah: 1) Adanya modal sosial utama, yaitu posyandu yang merupakan organisasi semi sosial, oleh karena organisasi ini berada dibawah koordinasi dan binaan puskesmas. Petugas posyandu berasal dari masyarakat, merupakan bentuk pemberdayaan masyarakat, yang disebut sebagai kader kesehatan, yang dipilih dari ibu-ibu yang ada di wilayah posyandu. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian De Silva *et al*, yang menyatakan bahwa

modal sosial maternal yang tinggi yang dimiliki ibu dalam jalinan bermasyarakat dapat memberikan dampak yang positif bagi status gizi balita.¹⁵ Kegiatan posyandu yang dilakukan setiap bulan, merupakan satu - satunya lembaga yang konsisten melakukan pelayanan, pendataan di bidang gizi. Ketua kader posyandu merupakan orang yang potensial, oleh karena aktif dan kreatif dalam memimpin, maupun membina kegiatan posyandu dan kegiatan lainnya yang berkaitan dengan kesehatan di wilayahnya, serta didukung oleh beberapa anggota kader, walaupun tidak semua kader bisa berperan aktif, seperti juga yang terjadi di Cameron, upaya peningkatan status gizi anak dilakukan melalui penguatan kader kesehatan local yang menekankan misi kesehatan di dalam kelompok-kelompok social yang ada di masyarakat.^{16,17} 2) Daerah urban mempunyai banyak fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia dan mudah dijangkau oleh karena sarana transportasi dan infrastruktur yang memadai, informasi-informasi berkaitan dengan kesehatan dan gizi juga lebih banyak. Contohnya promosi produk zat gizi dan obat-obatan tradisional yang kemudian dapat menjadi pilihan masyarakat untuk dapat mendukung kesehatan dan status gizinya. Selain itu, ketersediaan bahan pangan sesuai dengan yang dikehendaki mudah didapat sesuai dengan anggaran keluarga yang tersedia. Sehingga tidak merupakan faktor kendala dalam penentuan status gizi di masyarakat. Daerah urban yang merupakan kota dengan pusat-pusat pemerintahan akan mempermudah komunikasi antar institusi kesehatan (Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kota, maupun Puskesmas), serta komunikasi dengan institusi terkait yang merupakan penentu kebijakan. Dengan demikian, diharapkan masalah kesehatan dan gizi yang muncul dapat segera mendapat perhatian dan penyelesaian.

Kekuatan di daerah urban di wilayah kerja Puskesmas Lamper Tengah ini diperkuat dengan adanya peluang berupa: 1) adanya program dan kebijakan gizi dari tingkat pusat (Kementrian Kesehatan), 2) terdapat fasilitas rumah gizi yang disediakan oleh DKK Semarang, khususnya untuk penanganan gizi buruk, 3) banyaknya variasi atau macam makanan jajanan untuk balita dan anak sebagai pilihan pemenuhan kebutuhan gizi anak.

Potensi yang berupa kekuatan dan peluang yang ada menjadi bahan pertimbangan dalam me-

entukan program kesehatan khususnya program gizi, selain itu juga harus memperhatikan kelemahan dan ancaman yang ada, yaitu: 1) Lokasi puskesmas yang tidak dilalui oleh transportasi umum, dimana lokasi masuk kedalam daerah perumahan, 2) Fasilitas kesehatan yang tersedia terbatas pada pelayanan rawat jalan dan laboratorium standar, 3) Tidak terdapat petugas khusus untuk menangani masalah gizi (nutrisionis) yang ada bidan merangkap bendahara dan petugas gizi, 4) Variasi kondisi masyarakat yang sangat mencolok juga menjadi masalah, dimana wilayah Puskesmas Lamper Tengah terdiri dari daerah dengan tingkat ekonomi berlebih, baik, menengah dan kurang. Beberapa RT (Rukun Tetangga) berada di jalan utama kota, dengan tingkat komunikasi dan kepatuhan yang kurang. Walaupun khusus untuk wilayah dengan tingkat ekonomi yang berlebih ini, masalah kesehatan dan gizi tidak terlalu mengkhawatirkan, karena masyarakat di wilayah ini mempunyai tingkat kesadaran dan kemampuan terhadap upaya kesehatan dan gizi lebih baik. Dilain pihak hasil penelitian yang dilakukan di Bolivia menyatakan bahwa, dalam pola modern yang biasa dilakukan di oleh masyarakat di daerah urban didapatkan, tidak ada perbedaan antara tingkat pendidikan, status pekerjaan yang berkaitan dengan pendapatan terhadap status gizi yang diukur secara *antropometri* dan nilai indeks massa tubuhnya.¹⁸ Namun, dalam menyusun program yang berkaitan dengan perbaikan status gizi, maka model atau metode yang akan diterapkan tidak dapat sama.

Daerah urban dengan kehidupan ekonomi yang dinamis, memungkinkan lebih banyak terjadinya urbanisasi atau perpindahan penduduk dan banyaknya pendatang baru, sehingga penyebaran penyakit, perubahan kasus dan masalah gizi dapat berfluktuasi yang menyebabkan strategi penanganan atau program perbaikan yang lebih bervariasi pula. Seperti hasil penelitian yang dilakukan di Cina, yang menyimpulkan bahwa pendatang termasuk migran menjadi factor penting dalam memprediksi status kesehatan anak.^{19,20}

Daerah urban yang menyediakan aneka ragam makanan terutama makanan jajanan yang berkaitan dengan konsumsi makan balita maupun anak sekolah memungkinkan kontaminasi biologi dan zat kimia yang lebih besar pula. Selain juga menyebabkan ketidakseimbangan makanan

yang dikonsumsi. Hal ini diperberat dengan fasilitas yang diberikan oleh orangtua kepada anaknya, seperti memberi uang jajan dan memenuhi keinginan jajan anaknya, yang dapat disebabkan orangtua bekerja dan tidak mempunyai waktu untuk membuatnya dan menyediakannya di rumah.

Banyaknya promosi juga dapat merupakan ancaman yang perlu mendapat perhatian, misalnya promosi susu formula atau bubur instan dengan berbagai zat tambahan atau suplemen yang menjanjikan, vitamin-vitamin yang dapat menyehatkan dan memenuhi segala kebutuhan zat gizi mikro anak. Penyerapan dan tindakan yang dilakukan berkaitan dengan promosi yang ada disekelilingnya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan masyarakat. Penelitian Ziraba, mendapatkan bahwa status gizi di daerah urban, terutama yang berkaitan dengan kelebihan berat badan atau obesitas meningkat 5% per tahun dan didapatkan hasil yang tidak signifikan berbeda antara yang miskin dan kaya, tetapi lebih berkaitan dengan tingkat pendidikan yang rendah.²¹ Hasil penelitian mendapatkan bahwa karakteristik letak daerah berperan kecil terhadap status gizi anak, sedangkan faktor utamanya adalah tingkat pendidikan. Dimana tingkat pendidikan ibu merupakan faktor penentu praktik pemberian makanan, walaupun tingkat pendidikan yang tinggi tidak secara otomatis menggambarkan tentang pengetahuan gizi yang baik.^{22,23,24} Hal ini dikarenakan ibu dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung bekerja, mempunyai kemungkinan meningkatkan penghasilan keluarga, tetapi mempunyai kelemahan pengasuhan anak diserahkan kepada orang lain. Hasil penelitian Mariele Contreras, menyatakan bahwa pada ibu dengan pendidikan tinggi maka frekuensi pemberian ASI eksklusif rendah, konsumsi makanan ringan atau cemilan tinggi, dan keanekaragaman makanan juga tinggi, sehingga akan memberi paparan beban ganda untuk status gizi.²³

Hasil penelitian ini mendapatkan skema potensi lokal (sumberdaya lokal) sebagai faktor pendukung status gizi, sehingga dapat dipertimbangkan dalam perencanaan program gizi (Gambar 1). Modal sosial, sistem budaya dan sistem sosial merupakan kekuatan atau daya dan dapat sebagai potensi lokal sebagai dasar menentukan perencanaan program gizi di suatu daerah. Setiap daerah mempunyai karakteristik yang dapat dipengaruhi

oleh geografi, urbanisasi, pengembangan wilayah, budaya, yang saling berkaitan. Sumberdaya lokal yang dimanfaatkan diharapkan akan mendapatkan pencapaian hasil program yang maksimal, mengurangi rintangan yang ada di lapangan, termasuk mengatasi kurangnya sumber daya manusia dan dana. Hal ini juga diperkuat dengan hasil penelitian Lopez, yang mendapatkan kesimpulan bahwa kebijakan berkaitan dengan status gizi dan penyakit dibuat dengan mempertimbangkan lingkungan fisik, faktor sosial, budaya dan politik daerah, baik berupa lingkungan kota maupun pinggiran kota.²⁵ Lingkungan yang bersifat negatif (merugikan), maupun lingkungan yang merupakan potensi untuk dimanfaatkan. Sektor di luar kesehatan perlu menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan dan program perbaikan gizi, karena pendekatan sistemik terhadap program akan lebih tepat dibandingkan hanya fokus terhadap program yang menekankan perilaku individu, seperti hasil penelitian tentang program *South Australia HiAP Healthy Weight* yang melibatkan banyak institusi terkait dan mendapatkan hasil peningkatan komitmen antar instansi non kesehatan yang dilakukan melalui penyesuaian dan harmonisasi dengan kebijakan yang ada di instansi tersebut sehingga mencapai tujuan tanpa banyak anggaran yang dikeluarkan²⁶. Dalam penelitian ini maka institusi atau lembaga yang potensial saat ini yang perlu dilibatkan adalah perguruan tinggi kesehatan, pemerintah daerah setempat, lembaga sosial keagamaan (Aisyiah), dan perusahaan yang ada disekitar daerah Mijen. Dalam hal ini SDM instansi kesehatan merupakan aktor utama dan dukungan politik dari lembaga tertinggi juga menjadi faktor penentu.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian mendapatkan bahwa sumberdaya lokal yang dimiliki oleh wilayah Puskesmas Lamper Tengah, yang merupakan daerah urban dalam rangka perencanaan program gizi adalah: 1) modal sosial berupa adanya *citizenship* yang berupa keaktifan dan kreativitas kader, *social organization* terutama dari posyandu didukung dengan rumah gizi, dan *social support* dari keluarga. Adanya fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar masyarakat yang mudah dijangkau baik swasta maupun pemerintah dan kemudahan

komunikasi antar institusi kesehatan, masyarakat dan institusi terkait dapat memperkuat modal sosial yang dipunyai. 2) Potensi lain berkaitan dengan efek dari daerah urban yaitu: (1) Ketersediaan bahan pangan yang mudah didapat, (2) Informasi kaitannya dengan kesehatan dan gizi lebih mudah didapat, dan (3) Tersedianya sarana transportasi dan infra struktur yang memadai.

Dalam membuat perencanaan program gizi perlu memperhatikan kekuatan dan peluang yang ada sebagai sumberdaya lokal, serta mempertimbangkan kelemahan dan ancaman yang ada. Sehingga diharapkan program dapat berjalan secara efektif dan efisien dengan hasil yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ivanovic, D.,Rodriguez, Perez, H. Twelve-year Follow-up Study of The Impact of Nutritional Status at The Onset of Elementary School on Later Educational Situation of Chilean School-age Children, *European Journal of Clinical Nutrition*. 2008; 62, 18-31.
2. McMurray RG et al. The Influence of Physical Activity, Socioeconomic Status, and Ethnicity on The Weight Status of Adolescents. *Obesity Research* 2000; 8:130–139.
3. Wang Y. Cross-national Comparison of Childhood Obesity: The Epidemic and The Relationship between Obesity and Socioeconomic Status. *International Journal of Epidemiology*. 2001; 30:1129–1136.
4. Handayani, Oktia. W. Nilai Anak dan Jajanan Dalam Konteks Sosiokultural (Studi Tentang Status Gizi Balita Pada Lingkungan Rentan Gizi di Desa Pecuk Kecamatan Mijen Kabupaten Demak Jawa Tengah). Disertasi. 2011.
5. Zuhud Ervival A.M. Potensi Hutan Tropika Indonesia Sebagai Penyangga Bahan Obat Alam Untuk Kesehatan Bangsa. *Jurnal Tumbuhan Obat Indonesia*. 2010; 2 (5) : 1-22
6. Oktia Woro KH, Tandiyo R, Irwan B, Pomsuk H, Songpol T, Anong H. Social Capital and Nutritional Status of Child Under 5 Years in Rural Indonesia and Thailand. *Jurnal Kemas*. 2014; 10(1): 88-95.
7. Horowitz, C. R., Davis, M. H. et al. Approaches to Eliminating Sociocultural Disparities in Health. *Health Care Financing Review*. 2000; 21 (4): 57-72.
8. Garces, I. C., Scarinci Isabel C, Harrison Lynda. An Examination of Sociocultural Factors Associated With Health and Health Care Seeking Among Latina Immigrants. *Journal Immigrant Health*. 2006; Vol 8 , 377-385.
9. Mitra, M., Sahu, P.K. et al. Nutritional and Health Status of Gond and Kavar Tribal Preschool Children of Chhattisgarh, India. *Journal Humaniora and Ecology*. 2007;21 (4): 293-299.
10. Prihanto Teguh. Perubahan Spasial dan Sosial Budaya Sebagai Dampak Mega Urban di Daerah Pinggiran Kota Semarang. *Jurnal Teknik Sipil & Perencanaan*. 2010; 1(2): 131-140.
11. Basrowi & Suwandi. Memahami Penelitian Kualitatif. Jakarta: PT Rineke Cipta. 2008.
12. Fatima ON. Comparative Study of Nutritional Status of Urban and Rural School Girl's Children Khartoum State, Sudan. *Journal of Science and Technology*. 2011; 12 (02): 60-68.
13. Maria FL, Valter PM, Sebastio SA, Telma MB, Maria BC, Maria EC. Geographic Location, Sex and Nutritional Status Play an Important Role in Body Image Concerns Among Brazilian Adolescents. *J Health Psychol* . 2012; 4 (17): 1-7.
14. Md. Serajul Islam, Jakia Sultana Jothi, Monirul Islam, Obidul Huq. Nutritional Status of Rural and Urban Under-Five Children in Tangail District, Bangladesh. *International Journal of Innovation and Applied Studie*. 2014; 8(2): 841-848.
15. De Silva, M.J., Harpham T. Maternal Social Capital and Child Nutritional Status in Four Developing Countries. *Health Place*. 2007; 13(2): 341-355.
16. Plan. Community Approaches to Child Health in Cameroon: Applying the Community-Based Integrated Management of Childhood Illness (c-IMCI) Frameworks. Rhode Island, USA. 2009.
17. Eileen SA, Richard AW, Janet RW. Self Regulation, Self Efficacy, Outcome Expectations, and Social Support: Social Cognitive Theory and Nutrition Behavior. *Ann Behav Med*. 2007; 34(3): 304-312.
18. Mat Walton, Louise Signal, George Thomson. Household Economic Resources As A Deter-

- minant of Childhood. *Social Policy Journal of New Zealand*. 2009; 36: 194-207.
19. Hong Liu, John A Rizzo, Hai Fang. Urban-Rural disparities in Child Nutrition- Related Health Outcomes in China: The Role of Hukou Policy. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1159.
 20. Donna B Johnson, et al. Developing an Agenda for Research About Policies to Improve Access to Healthy Foods in Rural Communities: Aconcept Mapping Study. *BMC Public Health*. 2014; 14: 592-604.
 21. Ziraba Abdhahah K, Fotso Jean C, Ochako Rhonne. Overweight And Obesity In Urban Africa: A Problem Of The Rich Or The Poor. *BMC Public Health*. 2009; (9) 465.
 22. Richard Mussa. A Matching decomposition of The Rural-Urban Difference in Malnutrition in Malawi. *Health Economics*. 2014; 4 (11): 1-25.
 23. Mariele Contreras, Elmer Zelaya Blandon, Lars Ake Persson, Andres Hijem, Eva Charlotte Ekstrom. Socioeconomic Resources, Young Child Feeding Practisces, Consumption of Highly Processed Snacks and Sugar Sweetened Beverages: A Population Based Survey in Rural Northwestern Nicaragua. *BMC Public Health*. 2015; 15:25.
 24. Chittur SS, Giacomo Zanello, Bhavani Shankar. Rural-Urban Disparities in Child Nutrition in Bangladesh and Nepal. *BMC Public Health*. 2013; 13:581-593.
 25. Lopez Russell P, Hynes H Patricia. Obesity, Physical Activity, and The Urban Environment: Public Health Research Needs. *Environmental Health: A Global Access Science Source*. 2006; 5:25.
 26. Lareen Newman, Isobel Ludford, Carmel Williams, Michele Herriot. Applying Health in All Policies to Obesity in South Australia. *Health Promotion Internasional*. 2014; 31(1):44-58