

BAB III

PEMBAHASAN

Dalam program kesehatan, komunikasi merupakan bagian dari KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi). Terdapat 3 (tiga) strategi yang biasa digunakan sebagai dasar melaksanakan kegiatan KIE program kesehatan termasuk program gizi. Sering dikenal sebagai strategi "ABG" yaitu :

1. **Advokasi:** Mencari dukungan dari para pengambil keputusan untuk melakukan perubahan tata nilai atau peraturan yang ada untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan gizi, sehingga tujuan KIE kesehatan dan gizi (peningkatan pengetahuan yang diikuti perubahan perilaku) dapat tercapai. Kelompok sasaran untuk strategi advokasi ini biasa dikenal dengan istilah "kelompok sasaran tersier". Bentuk operasional dari strategi advokasi ini biasanya berupa pendekatan kepada pimpinan/institusi tertinggi setempat.
2. **Bina Suasana:** Membuat lingkungan sekitar bersikap positif terhadap tujuan KIE kesehatan dan gizi yang ingin dicapai yaitu peningkatan pengetahuan yang diikuti perubahan perilaku. Strategi ini biasanya digunakan untuk kelompok sasaran para pimpinan masyarakat dan/atau orang-orang yang mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan dan perilaku kelompok sasaran utama. Kelompok sasaran untuk strategi bina suasana ini biasa dikenal dengan istilah "kelompok sasaran sekunder". Bentuk operasional dari strategi ini biasanya

berupa pelatihan, sosialisasi program, pertemuan-pertemuan, yang dapat memanfaatkan metode komunikasi modern dan formal maupun metode sederhana (tatap muka) dan informal.

3. Gerakan Masyarakat: Membuat pengetahuan kelompok sasaran utama (yaitu mereka yang memiliki masalah kesehatan dan gizi) meningkat yang diikuti dengan perubahan perilaku mereka sehingga dapat mengatasi masalah yang dihadapi. Kelompok sasaran untuk strategi Gerakan Masyarakat ini umumnya merupakan kelompok sasaran utama dan dikenal dengan istilah "kelompok sasaran primer", yaitu mereka yang pengetahuan dan perilakunya hendak diubah. Bentuk operasional dari strategi ini biasanya berupa tatap muka langsung atau penyuluhan kelompok, dan lebih sering memanfaatkan metode komunikasi yang lebih sederhana dan informal, misalnya melakukan latihan bagi kader-kader PKK dan kader Posyandu sehingga mereka menjadi tahu tentang kesehatan reproduksi atau pelayanan kesehatan dan gizi yang tersedia sehingga dapat memberi tahu masyarakat di lingkungannya untuk memanfaatkan pelayanan tersebut.

Menurut Sulaeman (2010) untuk melaksanakan KIE/penyuluhan, perlu memperhatikan 5 (lima) aspek berikut: (1) Pesan inti yang ingin disampaikan (APA), (2) Kelompok yang akan menjadi sasaran penyampaian pesan tersebut (SIAPA), (3) Pengetahuan yang diharapkan dikeTAHUi oleh kelompok sasaran, (4) Perilaku yang diharapkan MAU diterima dan dilakukan kelompok sasaran, (5) Cara apa yang

paling tepat untuk mencapai kelompok sasaran tersebut (jalur dan media).

Dengan memperhatikan empat aspek yang pertama, dapat menentukan APA pesan inti yang akan disampaikan, SIAPA kelompok sasaran yang akan dituju, pengeTAHUan yang diharapkan diketahui oleh kelompok sasaran, dan perilaku yang diharapkan MAU diterima dan dapat dilakukan oleh kelompok sasaran. Setelah empat aspek pertama dipenuhi, Mahasiswa kemudian dapat menentukan aspek yang ke lima yaitu cara apa yang paling sesuai untuk melaksanakan kegiatan dengan memilih JALUR dan MEDIA penyampaian yang paling tepat.

Bab ini akan menyajikan mengenai hasil penelitian tentang “Strategi Komunikasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan dalam Upaya Mensosialisasikan Penanggulangan Gizi Buruk Pada Tahun 2011”. Lokasi penelitian dilaksanakan di Kecamatan Cimahi Kabupaten Kuningan, sehubungan lokasi tersebut di tahun 2010 merupakan Kecamatan yang rawan gizi. Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kualitatif, dengan pengumpulan data yang dilakukan dengan *Focus Group Discussion* (FGD), dengan informan terdiri dari petugas kesehatan pengelola program gizi (Bidan Desa) dan perwakilan warga masyarakat sebanyak 6-12 orang yang mewakili PKK dan Kader.

Menurut Bagdan dan Taylor (1975:5) metode kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Menurut mereka, pendekatan ini diarahkan pada latar dan individu tersebut secara holistik (utuh). Jadi, dalam hal ini

tidak boleh mengisolasi individu atau organisasi ke dalam variabel atau hipotesis, tetapi perlu memandangnya sebagai bagian dari sesuatu keutuhan.

Penelitian ini menggunakan paradigma konstruktivitas dengan jenis eksploratif, yaitu menggali, mengidentifikasi dan memahami penerimaan masyarakat tentang pemahaman gizi buruk.

A. PENYAJIAN DATA

Penyajian data yang akan disajikan peneliti dalam pembahasan ini adalah berupa hasil laporan gizi buruk balita Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan pada tahun 2010. Hasil dari laporan tersebut adalah :

1. Upaya Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK)

a. *Penimbangan Rutin Balita Di Posyandu*

Rata-rata tingkat pencapaian UPGK tahun 2010 dibandingkan dengan hasil pencapaian tahun 2009 adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1
Rata-Rata Tingkat Pencapaian UPGK
Kabupaten Kuningan Tahun 2009 dan 2010

No	Indikator	Tahun 2009		Tahun 2010		Trend
		Target	Cakupan	Target	Cakupan	
1.	Cakupan Program (K/S)	90%	98,5 %	90%	80 %	Turun
2.	Partisipasi Masy. (D/S)	70%	85,8 %	70%	70 %	Turun
3.	Pencapaian Prog. (N/S)	40%	61 %	40%	49 %	Turun
4.	Kelangsungan Prog. (D/K)	80%	87,1 %	80%	88 %	Naik

5.	Hasil Penimbangan (N/D)	70%	71,2 %	70%	71 %	Turun
6.	DO Balita Timbang	20%	12,3 %	20%	12 %	Turun

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

1) Cakupan Program (K/S)

Pencapaian indikator K/S rata-rata kabupaten pada tahun 2010 mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2009 yaitu dari 98,5 % menjadi 80,0 % dan jika dilihat dari pencapaian target, belum mencapai target (90%). Hal ini disebabkan karena pada tahun ini tidak ada pengadaan lagi KMS.

Rata-rata pencapaian K/S per puskesmas dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.2
Rata-Rata Pencapaian Indikator Cakupan Program (K/S)
Tiap Puskesmas Tahun 2010

NO	PUSKESMAS	CAKUPAN K/S
1	LINGGARJATI	96
2	DARMA	91
3	CIGANDAMEKAR	90
4	JAPARA	88
5	PANCALANG	88
6	MANGGARI	88
7	SINDANGAGUNG	87
8	CILIMUS	87
9	GARAWANGI	85
10	CIPICUNG	84
11	KUNINGAN	84
12	MEKARWANGI	83
13	MALEBER	83
14	CIHAUR	83
15	CIDAHU	82
16	KARANGKANCANA	82
17	JALAKSANA	82
18	CIWARU	82

19	LURAGUNG	81
20	HANTARA	81
21	SUKAMULYA	81
22	CIAWIGEBANG	78
23	KADUGEDE	77
24	CINIRU	77
25	SUBANG	76
26	KALIMANGGIS	76
27	NUSAHERANG	73
28	LAMEPAYUNG	73
29	WINDUSENGKAHAN	73
30	PASAWAHAN	71
31	CIBEUREUM	71
32	CIMAHI	71
33	SELAJAMBE	70
34	KRAMATMULYA	69
35	CIBINGBIN	67
36	CILEBAK	65
37	MANDIRANCAN	64
A	KABUPATEN	80
B	TARGET	90

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan tabel diatas, pencapaian K/S sebagian besar puskesmas belum mencapai target (90%), hanya 3 puskesmas yang mencapai target yaitu Puskesmas Linggarjati, Darma dan Cigandamekar.

2) Partisipasi Masyarakat (D/S)

Pencapaian Indikator Partisipasi Masyarakat (D/S) rata-rata kabupaten pada tahun 2010 mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2009 yaitu dari 85,8% menjadi 70,0 %. Tetapi jika dilihat dari pencapaian target, telah mencapai target (70%). Rata-rata pencapaian D/S per puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 3.3
Pencapaian Partisipasi Masyarakat (D/S)
Tiap Puskesmas Tahun 2010

NO	PUSKESMAS	CAKUPAK D/S
1	LINGGARJATI	90
2	CIGANDAMEKAR	83
3	PANCALANG	79
4	GARAWANGI	78
5	JALAKSANA	77
6	MALEBER	77
7	CILIMUS	77
8	CIPICUNG	76
9	DARMA	75
10	MANGGARI	75
11	MEKARWANGI	75
12	CIDAHU	74
13	CIAWIGEBANG	74
14	SINDANGAGUNG	74
15	JAPARA	73
16	CINIRU	73
17	CIWARU	73
18	CIHAUR	72
19	HANTARA	72
20	KUNINGAN	70
21	KADUGEDE	69
22	KARANGKANCANA	68
23	SUKAMULYA	68
24	SUBANG	67
25	PASAWAHAN	66
26	LURAGUNG	66
27	NUSAHERANG	65
28	SELAJAMBE	63
29	CILEBAK	63
30	CIBINGBIN	62
31	CIBEUREUM	62
32	MANDIRANCAN	61
33	WINDUSENGKAHAN	61
34	LAMEPAYUNG	60
35	CIMAHI	59
36	KRAMATMULYA	57

37	KALIMANGGIS	56
A	KABUPATEN	70
B	TARGET	70

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan tabel diatas, terlihat bahwa sebanyak 20 puskesmas sudah mencapai target 70%.

3) Pencapaian Program (N/S)

Pencapaian indikator N/S rata-rata kabupaten tahun 2010 mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2009 yaitu dari 61,0 % menjadi 49,0 %, tetapi jika dilihat dari pencapaian target, telah mencapai target (40%). Rata-rata pencapaian N/S tahun 2010 per puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 3.4
Pencapaian Program (N/S)
Tiap Puskesmas Tahun 2010

NO	PUSKESMAS	CAKUPAN N/S
1	CIGANDAMEKAR	71
2	CINIRU	67
3	LINGGARJATI	61
4	GARAWANGI	59
5	CILEBAK	58
6	CIWIGEBANG	58
7	JALAKSANA	57
8	CIBINGBIN	57
9	MALEBER	56
10	CIWARU	55
11	DARMA	54
12	MEKARWANGI	53
13	CIHAUR	52
14	CILIMUS	52
15	CIDAHU	50
16	CIPICUNG	50
17	PASAWAHAN	49
18	SINDANGAGUNG	49
19	KARANGKANCANA	49

20	PANCALANG	49
21	SUBANG	48
22	JAPARA	48
23	MANGGARI	47
24	HANTARA	47
25	KUNINGAN	47
26	LURAGUNG	46
27	KADUGEDE	46
28	SUKAMULYA	45
29	NUSAHERANG	44
30	SELAJAMBE	43
31	KALIMANGGIS	43
32	CIBEUREUM	41
33	KRAMATMULYA	40
34	MANDIRANCAN	38
35	WINDUSENGKAHAN	34
36	CIMAHI	32
37	LAMEPAYUNG	29
A	KABUPATEN	49
B	TARGET	40

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa sebagian besar puskesmas telah mencapai target 40%, hanya 4 puskesmas yang belum memenuhi target yaitu Puskesmas Mandirancan, Windusengkahan, Cimahi dan Lamepayung.

4) Hasil Penimbangan (N/D)

Pencapaian indikator N/D tahun 2010 mengalami penurunan dibanding tahun 2009 yaitu dari 71,2 % menjadi 71,0 %, tetapi jika dilihat dari pencapaian target, telah mencapai target 70,0%. Rata-rata cakupan Indikator N/D per puskesmas adalah sebagai berikut:

Tabel 3.5
Indikator Penimbangan (N/D)
Tiap Puskesmas Tahun 2010

NO	PUSKESMAS	CAKUPAN N/D
1	CILEBAK	93
2	CINIRU	92
3	CIBINGBIN	91
4	CIGANDAMEKAR	85
5	CIWIGEBANG	78
6	KALIMANGGIS	76
7	GARAWANGI	76
8	CIWARU	75
9	PASAWAHAN	75
10	JALAKSANA	74
11	MALEBER	72
12	CIHAUR	72
13	SUBANG	72
14	KARANGKANCANA	72
15	MEKARWANGI	72
16	DARMA	71
17	KRAMATMULYA	71
18	LURAGUNG	71
19	SELAJAMBE	69
20	LINGGARJATI	68
21	NUSAHERANG	68
22	CIDAHU	68
23	CILIMUS	68
24	KADUGEDE	67
25	SINDANGAGUNG	67
26	CIBEUREUM	67
27	CIPICUNG	67
28	SUKAMULYA	66
29	KUNINGAN	66
30	HANTARA	66
31	JAPARA	65
32	MANDIRANCAN	63
33	MANGGARI	63
34	PANCALANG	62
35	WINDUSENGKAHAN	57
36	CIMAHI	56

37	LAMEPAYUNG	49
A	KABUPATEN	71
B	TARGET	70

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan tabel diatas, terlihat bahwa hanya 18 puskesmas yang sudah mencapai target 70,0%.

5) Kelangsungan Program (D/K)

Kelangsungan Program (D/K) dinilai dengan melihat jumlah balita yang ditimbang dengan jumlah balita yang mempunyai KMS. Pencapaian D/K rata-rata kabupaten tahun 2010 mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun 2009 yaitu dari 87,1% menjadi 88,0 %.

b. Pencegahan dan Penanggulangan Kekurangan Vitamin A (KVA)

1) Pemberian Kapsul Vitamin A Kepada Bayi dan Balita

Cakupan pemberian kapsul vitamin A pada bayi rata-rata kabupaten tahun 2010 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2009 yaitu dari 85,1 % menjadi 85,0 % dan belum mencapai target 100%. Sedangkan cakupan pemberian vitamin A pada balita tahun 2010 mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun 2009 yaitu dari 77,2% menjadi 78,0%, tetapi belum mencapai target 90%. Cakupan pemberian vitamin A bayi dan balita per puskesmas dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.6
Cakupan Pemberian Vitamin A Bayi dan Balita
Per Puskesmas Tahun 2010

No	PKM	Vit A Bayi	Vit A Balita
1	CIAWIGEBANG	149	80
2	CIBEUREUM	68	60

3	CIBINGBIN	83	62
4	CIDAHU	85	86
5	CIGANDAMEKAR	119	91
6	CIHAUR	108	73
7	CILEBAK	63	65
8	CILIMUS	87	88
9	CIMAHI	70	58
10	CINIRU	82	74
11	CIPICUNG	79	81
12	CIWARU	88	79
13	DARMA	94	85
14	GARAWANGI	93	87
15	HANTARA	77	76
16	JALAKSANA	81	83
17	JAPARA	84	89
18	KADUGEDE	67	78
19	KALIMANGGIS	74	74
20	KARANGKANCANA	73	79
21	KRAMATMULYA	68	66
22	KUNINGAN	100	83
23	LAMEPAYUNG	64	75
24	LINGGARJATI	93	97
25	LURAGUNG	79	90
26	MALEBER	81	88
27	MANDIRANCAN	68	65
28	MANGGARI	98	88
29	MEKARWANGI	77	79
30	NUSAHERANG	78	63
31	PANCALANG	85	89
32	PASAWAHAN	77	71
33	SELAJAMBE	82	64
34	SINDANGAGUNG	76	81
35	SUBANG	86	77
36	SUKAMULYA	83	83
37	WINDUSENGKAHAN	60	76
A	KABUPATEN	85	78
B	TARGET	100	90

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Dilihat dari tabel diatas, terlihat bahwa cakupan pemberian vitamin A pada bayi yang sudah mencapai target 100% hanya ada 4 puskesmas, sedangkan untuk pemberian Vitamin A pada Balita yang sudah mencapai target 90% hanya ada 3 puskesmas.

2) *Pemberian Kapsul Vitamin A untuk Ibu Nifas*

Cakupan pemberian vitamin A ibu nifas rata-rata kabupaten tahun 2010 mengalami kenaikan dari tahun 2009 yaitu dari 85,9 % menjadi 87,0% dan belum mencapai target. Rata-rata cakupan Vitamin A ibu nifas per puskesmas dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.7
Cakupan Pemberian Vitamin A Ibu Nifas
Per Puskesmas Tahun 2010

NO	PUSKESMAS	CAK VIT. A BUFAS
1	CIAWIGEBANG	103
2	CIMAHI	99
3	CILIMUS	98
4	LAMEPAYUNG	97
5	CIGANDAMEKAR	95
6	SINDANGAGUNG	95
7	CIHAUR	93
8	CIPICUNG	93
9	NUSAHERANG	92
10	JAPARA	92
11	JALAKSANA	91
12	LURAGUNG	91
13	GARAWANGI	90
14	MALEBER	89
15	LINGGARJATI	88
16	DARMA	88
17	MANGGARI	87
18	KUNINGAN	87
19	CIWARU	87

20	KARANGKANCANA	87
21	CINIRU	86
22	MEKARWANGI	85
23	SUBANG	85
24	SUKAMULYA	82
25	MANDIRANCAN	82
26	CILEBAK	81
27	PANCALANG	81
28	HANTARA	79
29	KALIMANGGIS	79
30	KADUGEDE	79
31	WINDUSENGKAHAN	79
32	SELAJAMBE	79
33	CIBEUREUM	77
34	CIDAHU	77
35	KRAMATMULYA	76
36	PASAWAHAN	74
37	CIBINGBIN	67
A	KABUPATEN	87
B	TARGET	100

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa hanya ada 1 puskesmas yang sudah mencapai target 100% yaitu Puskesmas Ciawigebang.

c. Distribusi Tablet Tambah Darah (Tablet Fe) Kepada Ibu Hamil

Cakupan pemberian tablet tambah darah (Fe I) rata-rata kabupaten tahun 2010 mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2009 yaitu dari 87,5% menjadi 88,0 %, sedangkan cakupan pemberian Fe III tahun 2010 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2009 yaitu dari 80,0 % menjadi 90,2 %. Cakupan rata-rata pemberian tablet Fe I dan Fe III per puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 3.8
Cakupan Pemberian Tablet Fe I dan Fe III
Per Puskesmas Tahun 2010

NO	PUSKESMAS	Fe I	Fe III
5	CIAWIGEBANG	97	96
25	CIBEUREUM	84	79
35	CIBINGBIN	71	55
23	CIDAHU	85	71
2	CIGANDAMEKAR	99	89
9	CIHAUR	95	73
32	CILEBAK	73	66
10	CILIMUS	95	92
15	CIMAHI	91	89
31	CINIRU	74	70
6	CIPICUNG	96	89
13	CIWARU	93	85
12	DARMA	94	76
11	GARAWANGI	94	90
33	HANTARA	72	70
20	JALAKSANA	88	75
22	JAPARA	86	76
34	KADUGEDE	72	68
26	KALIMANGGIS	83	58
28	KARANGKANCANA	78	72
29	KRAMATMULYA	78	76
3	KUNINGAN	98	79
8	LAMEPAYUNG	95	92
18	LINGGARJATI	90	73
1	LURAGUNG	101	100
4	MALEBER	97	82
17	MANDIRANCAN	91	78
21	MANGGARI	87	85
30	MEKARWANGI	77	78
7	NUSAHERANG	96	89
14	PANCALANG	92	77
36	PASAWAHAN	68	69
37	SELAJAMBE	65	72
24	SINDANGAGUNG	85	81
19	SUBANG	88	83
16	SUKAMULYA	91	82

27	WINDUSENGKAHAN	81	69
A	KABUPATEN	88	80
B	TARGET	90	85

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Dari tabel di atas terlihat bahwa sebanyak 18 puskesmas cakupan pemberian tablet Fe-I sudah mencapai target 90%, sedangkan cakupan pemberian tablet Fe-III ada 11 puskesmas yang sudah mencapai target 85%.

d. Pemantauan Garam Beryodium

Hasil survey garam beryodium yang dilakukan pada bulan Agustus tahun 2010 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.9
Hasil Survey Garam Beryodium
Di Kabupaten Kuningan Pada Bulan Agustus Tahun 2010

NO	PUSKESMAS	SASARAN (RT SAMPEL)	GARAM BERYODIUM CUKUP	
			JUMLAH RT	%
1	CIAWIGEBANG	700	700	100,0
2	CIBEUREUM	400	370	92,5
3	CIBINGBIN	500	500	100,0
4	CIDAHU	600	574	95,7
5	CIGANDAMEKAR	550	548	99,6
6	CIHAUR	500	456	91,2
7	CILEBAK	350	350	100,0
8	CILIMUS	350	298	85,1
9	CIMAHI	500	456	91,2
10	CINIRU	450	449	99,8
11	CIPICUNG	500	489	97,8
12	CIWARU	600	574	95,7
13	DARMA	950	849	89,4
14	GARAWANGI	850	846	99,5
15	HANTARA	400	370	92,5
16	JALAKSANA	750	696	92,8

17	JAPARA	500	449	89,8
18	KADUGEDE	600	600	100,0
19	KALIMANGGIS	300	270	90,0
20	KARANGKANCANA	450	440	97,8
21	KRAMATMULYA	700	700	100,0
22	KUNINGAN	400	400	100,0
23	LAMEPAYUNG	150	146	97,3
24	LINGGARJATI	300	300	100,0
25	LURAGUNG	800	797	99,6
26	MALEBER	800	778	97,3
27	MANDIRANCAN	600	600	100,0
28	MANGGARI	300	300	100,0
29	MEKARWANGI	350	341	97,4
30	NUSAHERANG	400	395	98,8
31	PANCALANG	650	579	89,1
32	PASAWAHAN	500	430	86,0
33	SELAJAMBE	350	350	100,0
34	SINDANGAGUNG	600	600	100,0
35	SUBANG	350	328	93,7
36	SUKAMULYA	500	494	98,8
37	WINDUSENGKAHAN	250	250	100,0
	KABUPATEN	18.800	18.072	96,1

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Dari tabel diatas, diketahui bahwa 96,1 % rumah tangga di Kabupaten Kuningan sudah menggunakan garam beryodium.

1. Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)

a. Pemantauan Status Gizi Balita melalui BPB

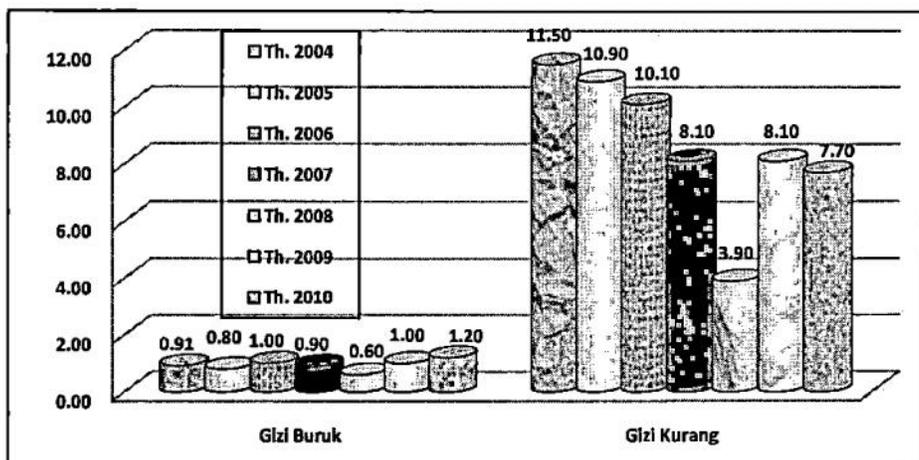
Setelah dilakukan *entry* dan pengolahan data secara komputerisasi, prevalensi status gizi balita hasil BPB bulan Agustus tahun 2010 di Kabupaten Kuningan dapat dilihat pada tabel dan grafik di bawah ini:

Tabel 3.10
Data Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/U
Hasil BPB Di Kabupaten Kuningan
Tahun 2004 s/d 2010

Tahun	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		Gizi Lebih	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Th. 2004	697	0,91	8.773	11,50	66.766	88,00	1.220	1,60
Th. 2005	652	0,80	8.347	10,90	68.149	86,80	1.059	1,50
Th. 2006	754	1,00	7.973	10,10	69.073	87,50	1.104	1,40
Th. 2007	999	1,30	7.587	9,40	71.206	88,00	1.101	1,40
Th. 2008	437	0,60	2.942	3,90	70.422	93,00	1.914	2,50
Th. 2009	739	1,00	6.326	8,10	69.003	88,80	1.645	2,10
Th. 2010	972	1,20	6.392	7,70	74.587	89,60	1.253	1,50

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Grafik 3.1
Data Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/U
Hasil BPB Di Kabupaten Kuningan Tahun 2004 s/d 2010



Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa prevalensi status gizi balita berdasarkan BB/U Tahun 2010 yaitu sebagai berikut :

- Gizi Buruk : 1,2 % (972 anak dari 83.204 balita yang ditimbang)

- Gizi Kurang : 7,7 % (6.392 anak dari 83.204 balita yang ditimbang)
- Gizi Baik : 89,6 % (74.587 anak dari 83.204 balita yang ditimbang)
- Gizi Lebih : 1,5 % (1.253 anak dari 83.204 balita yang ditimbang)

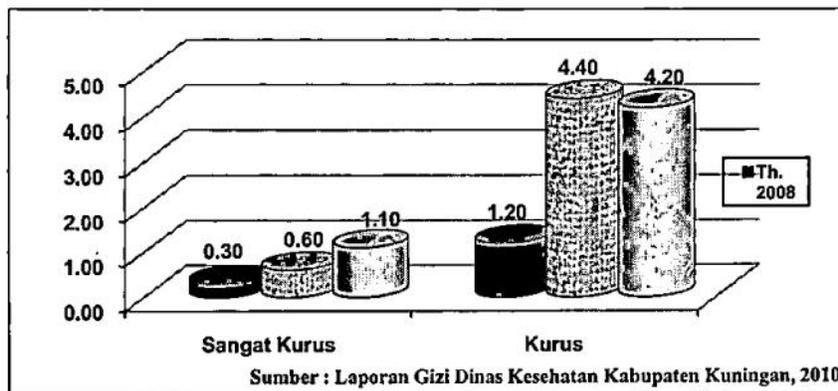
Selain mengolah data status gizi berdasarkan indikator BB/U, juga dilakukan pengolahan berdasarkan indikator BB/TB seperti dilihat pada tabel dan grafik di bawah ini :

Tabel 3.11
Data Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/TB
Hasil BPB Di Kabupaten Kuningan
Tahun 2008 s/d 2010

Tahun	Sangat Kurus		Kurus		Normal		Gemuk	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Th. 2008	229	0,30	872	1,20	63.525	83,90	11.089	14,60
Th. 2009	444	0,60	3442	4,40	64.630	83,20	9197	11,80
Th. 2010	919	1,10	3492	4,20	73.963	88,90	4830	5,80

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Grafik 3.2
Data Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/TB
Hasil BPB Di Kabupaten Kuningan
Tahun 2008 s/d 2010



Berdasarkan grafik diatas dapat dilihat bahwa prevalensi status gizi balita berdasarkan Indikator BB/TB Tahun 2010 yaitu sebagai berikut :

- Sangat Kurus : 1,1 % (919 anak dari 83.204 balita yang ditimbang dan diukur)
- Kurus : 4,2 % (3.492 anak dari 83.204 balita yang ditimbang dan diukur)
- Normal : 88,9 % (73.963 anak dari 83.204 balita yang ditimbang dan diukur)
- Gemuk : 5,8 % (5.830 anak dari 83.204 balita yang ditimbang dan diukur)

Keadaan Balita Gizi Buruk di Kabupaten Kuningan pada akhir tahun 2010, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.12
Data Gizi Buruk Berdasarkan Indikator BB/TB
Hasil BPB dan Akhir Tahun 2010

No	Puskesmas	Jml Balita Ditimbang	Sangat Kurus (BB/TB)			
			BPB		Des	
			Jml	%	Jml	%
1	Darma	2.735	25	0,9	0	0,0
2	Kadugede	2.029	19	0,9	4	0,2
3	Nusaherang	1.298	28	2,2	7	0,5
4	Ciniru	1.595	2	0,1	0	0,0
5	Hantara	1.080	6	0,6	2	0,2
6	Selajambe	981	19	1,9	0	0,0
7	Subang	1.169	44	3,8	10	0,9
8	Cilebak	771	22	2,9	0	0,0
9	Ciwaru	2.418	25	1,0	5	0,2
10	Karangkencana	1.552	9	0,6	3	0,2
11	Cibingbin	2.736	31	1,1	0	0,0
12	Cibeureum	1.263	7	0,6	0	0,0
13	Luragung	3.279	-	-	0	0,0
14	Cimahi	2.258	110	4,9	2	0,1
15	Cidahu	3.303	3	0,1	7	0,2
16	Kalimanggis	1.992	2	0,1	8	0,4
17	Ciawigebang	4.366	23	0,5	0	0,0

18	Cihaur	2.347	35	1,5	15	0,6
19	Cipicung	2.286	58	2,5	0	0,0
20	Mekarwangi	2.190	62	2,8	6	0,3
21	Manggari	1.565	45	2,9	0	0,0
22	Maleber	3.301	112	3,4	0	0,0
23	Garawangi	3.592	15	0,4	6	0,2
24	Sindang Agung	2.583	3	0,1	0	0,0
25	Kuningan	3.300	4	0,1	0	0,0
26	Windusengkahan	1.586	29	1,8	17	1,1
27	Lamepayung	2.410	28	1,2	0	0,0
28	Sukamulya	3.519	-	-	0	0,0
29	Kramatmulya	3.295	-	-	0	0,0
30	Jalaksana	3.547	4	0,1	0	0,0
31	Japara	1.422	8	0,6	8	0,6
32	Cilimus	2.553	51	2,0	0	0,0
33	Linggarjati	1.151	6	0,5	5	0,4
34	Cigandamekar	2.485	6	0,2	4	0,2
35	Mandirancan	1.529	51	3,3	14	0,9
36	Pancalang	2.021	12	0,6	0	0,0
37	Pasawahan	1.697	15	0,9	0	0,0
	Kabupaten	83.204	919	1,1	123	0,1

Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Dari tabel diatas terlihat bahwa pada akhir tahun 2010 setelah dilakukan berbagai kegiatan berupa validasi oleh petugas gizi puskesmas/kabupaten dan intervensi dari program gizi Kabupaten Kuningan, jumlah gizi buruk indikator BB/TB (sangat kurus) menjadi menurun yaitu dari 919 balita (1,1%) hasil BPB pada bulan Agustus 2010 menjadi 123 (0,1%) dari jumlah total balita 83.204.

Gambaran besaran masalah kurang gizi berdasarkan indikator BB/TB (sangat kurus dan kurus) di tiap-tiap kecamatan dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.13
Prevalensi Status Gizi Balita Indikator BB/TB Per Kecamatan
Hasil BPB Di Kabupaten Kuningan
Tahun 2010

No	Puskesmas	Jml Balita Yg Ada	Jml Balita Ditimbang	Indikator BB/TB				Besaran Masalah Kurang gizi (BB/TB)	
				Sangat Kurus		Kurus		Jml	%
				Jml	%	Jml	%		
1	Darma	4.014	2.735	25	0,9	141	5,2	166	6,07
2	Kadugede	2.029	2.029	19	0,9	75	3,7	94	4,63
3	Nusaherang	1.307	1.298	28	2,2	48	3,7	76	5,86
4	Ciniru	1.651	1.595	2	0,1	10	0,6	12	0,75
5	Hantara	1.164	1.080	6	0,6	30	2,8	36	3,33
6	Selajambe	981	981	19	1,9	26	2,7	45	4,59
7	Subang	1.231	1.169	44	3,8	120	10,3	164	14,03
8	Cilebak	771	771	22	2,9	29	3,8	51	6,61
9	Ciwaru	2.418	2.418	25	1,0	166	6,9	191	7,90
10	Karangkencana	1.552	1.552	9	0,6	78	5,0	87	5,61
11	Cibingbin	2.736	2.736	31	1,1	54	2,0	85	3,11
12	Cibeureum	1.408	1.263	7	0,6	17	1,3	24	1,90
13	Luragung	3.439	3.279	-	-	202	6,2	202	6,16
14	Cimahi	2.495	2.258	110	4,9	143	6,3	253	11,20
15	Cidahu	3.318	3.303	3	0,1	138	4,2	141	4,27
16	Kalimanggis	2.171	1.992	2	0,1	30	1,5	32	1,61
17	Ciawigebang	6.954	6.713	58	2	291	9	349	5,20
18	Cipicung	2.343	2.286	58	2,5	104	4,5	162	7,09
19	Lebakwangi	3.783	3.755	107	6	264	14	371	9,88
20	Maleber	3.632	3.301	112	3,4	198	6,0	310	9,39
21	Garawangi	3.677	3.592	15	0,4	104	2,9	119	3,31
22	Sindang Agung	2.906	2.583	3	0,1	88	3,4	91	3,52
23	Kuningan	7.356	7.296	61	3	211	9	272	3,73
24	Sukamulya	3.519	3.519	-	-	112	3,2	112	3,18
25	Kramatmulya	3.295	3.295	-	-	36	1,1	36	1,09
26	Jalaksana	3.563	3.547	4	0,1	175	4,9	179	5,05
27	Japara	1.667	1.422	8	0,6	95	6,7	103	7,24
28	Cilimus	3.704	3.704	57	3	172	9	229	6,18
29	Cigandamekar	2.549	2.485	6	0,2	72	2,9	78	3,14
30	Mandirancan	1.529	1.529	51	3,3	90	5,9	141	9,22

31	Pancalang	2.152	2.021	12	0,6	148	7,3	160	7,92
32	Pasawahan	1.697	1.697	15	0,9	25	1,5	40	2,36
Kabupaten		87.011	83.204	919	1,1	3.492	4,2	4.411	5,30

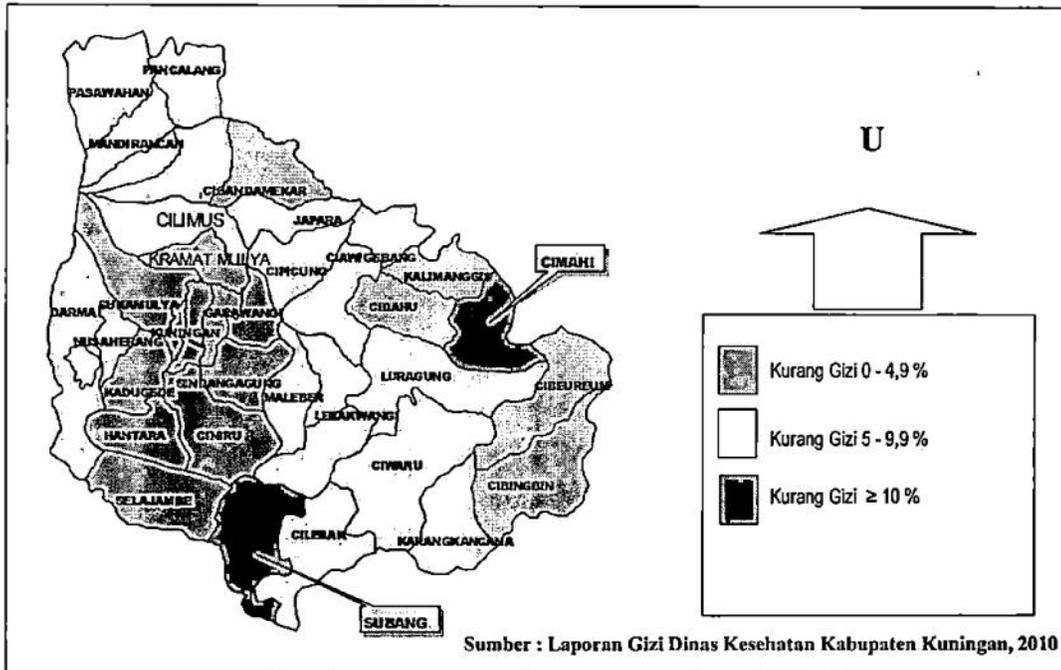
Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan tabel diatas, prevalensi sangat kurus di Kabupaten Kuningan sebesar 1,1 %, dengan prevalensi tertinggi sebesar 4,90 % terdapat di Kecamatan Cimahi, sedangkan prevalensi kurus sebesar 4,2 %, dengan prevalensi tertinggi sebesar 10,3 % terdapat di Kecamatan Subang.

Besaran masalah kurang gizi (gizi buruk dan gizi kurang) di Kabupaten Kuningan sebesar 5,30 %, dimana masalah kurang gizi tertinggi sebesar 14,03 % terdapat di Kecamatan Subang.

Berdasarkan data tersebut, dapat dibuatkan peta kecamatan rawan gizi berdasarkan prevalensi balita kurang gizi (sangat kurus dan kurus) seperti terlihat pada peta di bawah ini

Gambar 3.1
Peta Kecamatan Rawan Gizi Tahun 2010



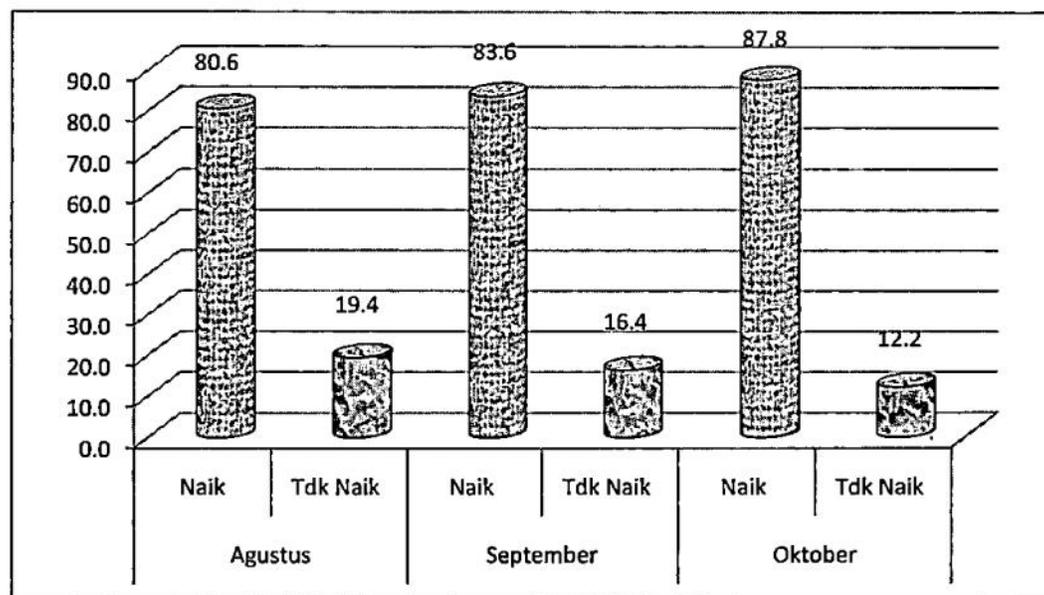
Dari gambar diatas, terlihat bahwa Kecamatan yang mempunyai prevalensi Kurang Gizi (sangat kurus + kurus) $\geq 10,0\%$ terdapat di Kecamatan Subang (14,03 %) dan Cimahi (11,20 %).

Berdasarkan besaran masalah tersebut, dapat diketahui bahwa hanya 2 Kecamatan (6,25 % dari 32 kecamatan) yang termasuk kecamatan rawan gizi yaitu Subang dan Cimahi. Sedangkan sisanya sebanyak 30 Kecamatan (93,75 %) termasuk Kecamatan Bebas Rawan Gizi. Keadaan ini menunjukkan bahwa kecamatan bebas rawan gizi di Kabupaten Kuningan masih aman, karena lebih besar dari target SPM (T= 80%).

b. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

MP-ASI diberikan kepada 458 Baduta Gakin selama 90 hari mulai bulan Agustus s/d Oktober 2010. Data perkembangan berat badan baduta penerima MP-ASI dapat dilihat pada grrafik berikut :

Grafik 3.3
Perkembangan Berat Badan Balita Penerima MP-ASI
Di Kabupaten Kuningan Tahun 2010



Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa dari sebanyak 458 baduta yang mendapatkan MP-ASI, pada bulan Agustus jumlah baduta yg naik berat badannya sebanyak 369 baduta (80,6 %), bulan September sebanyak 383 baduta (83,6 %) dan pada bulan Oktober sebanyak 402 baduta (87,8 %). Hal ini menunjukkan bahwa

semakin lama baduta gakin diberi MP-ASI, maka semakin banyak pula jumlah baduta yang mengalami kenaikan berat badan.

c. Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P)

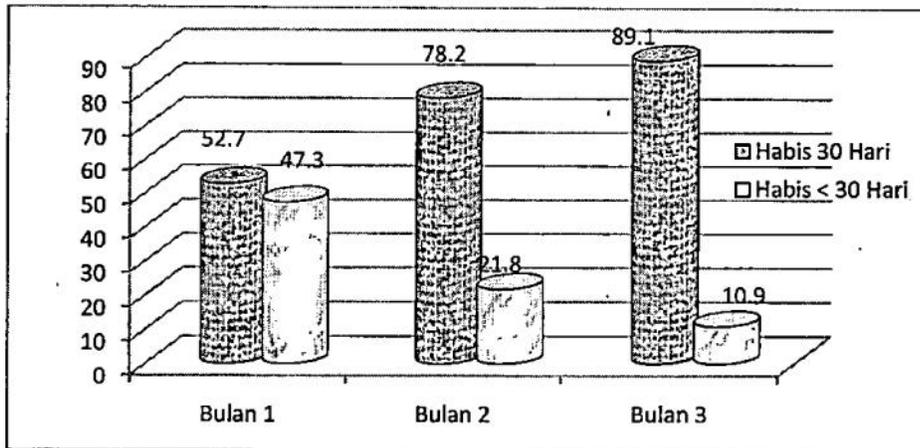
Pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) di Kabupaten Kuningan tahun 2010 diberikan kepada 55 balita sangat kurus dan kurus yang tersebar di 32 kecamatan selama 90 hari. Dalam kegiatan PMT-P yang bersumber dana dari Bangub Tahun 2010 ini, dilakukan juga kegiatan pendampingan oleh kader dan petugas puskesmas, pemantauan konsumsi balita, perkembangan berat badan, perubahan status gizi balita serta monitoring dan evaluasi.

Hasil kegiatan pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) tahun 2010 adalah sebagai berikut:

1) Konsumsi /Daya Terima Makanan Balita

Konsumsi/daya terima balita pada kegiatan pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) yang diberikan kepada 55 anak balita Kurang Gizi (Sangat Kurus dan Kurus) selama 90 hari dapat dilihat pada tabel dan grafik sebagai berikut :

Grafik 3.4
Data Konsumsi Balita Penerima PMT-P
Pada Kegiatan Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk
Di Kabupaten Kuningan Tahun 2010



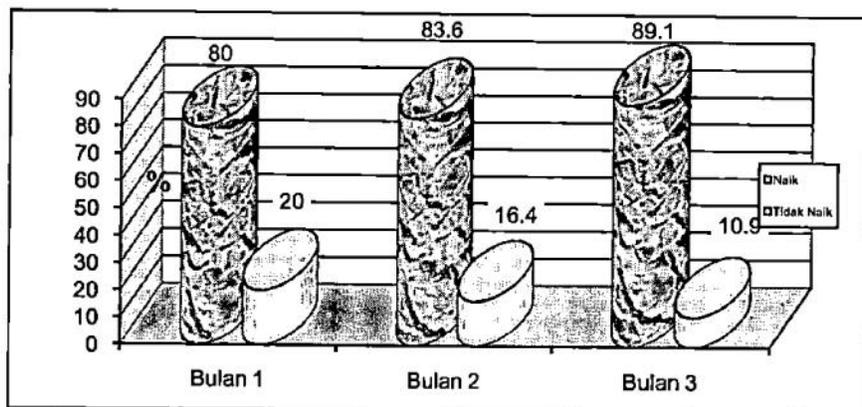
Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa pada bulan ke-1 daya terima balita terhadap menu PMT-P masih kurang diminati oleh balita sasaran yaitu hanya 44 balita (52,7%) yang menghabiskan konsumsinya selama 30 hari. Hal ini mungkin disebabkan karena menu masakan yang disajikan masih terasa awam atau belum terbiasa dirasakan oleh balita sasaran baik dari segi warna, rasa, aroma dan *texture* makanan yang disajikan.

Sedangkan pada bulan ke-3, sebagian besar balita yaitu sebanyak 49 balita (89,1 %) dapat menghabiskan makanannya selama 30 hari. Hal ini mungkin disebabkan karena balita sasaran sudah mampu beradaptasi terhadap menu yang diberikan sehingga mereka menjadi terbiasa dan dapat menerima menu yang disajikan.

2) Perkembangan Berat Badan Balita

Grafik 3.5
Data Perkembangan Berat Badan Balita Penerima PMT-P
Pada Kegiatan Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk
Di Kabupaten Kuningan Tahun 2010



Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

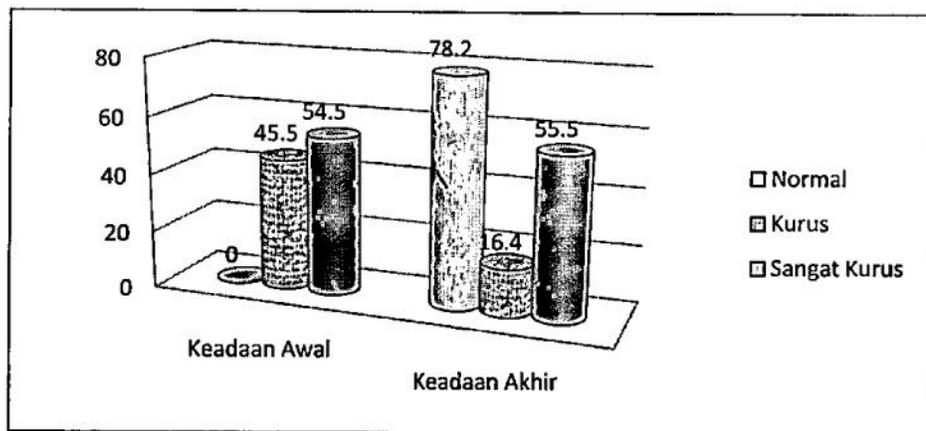
Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa pada bulan ke-1 berat badan (BB) balita penerima PMT-P masih sedikit yang mengalami kenaikan berat badan yaitu hanya 44 balita (80,0%). Hal ini mungkin disebabkan karena konsumsi makanan balita pada bulan ini masih sedikit yang dapat menghabiskan menu makanan sampai 30 hari.

Sedangkan pada bulan ke-3, sebagian besar balita yaitu 49 balita (89,1%) mengalami kenaikan berat badan. Hal ini mungkin disebabkan karena balita sasaran sudah mampu beradaptasi terhadap menu yang diberikan sehingga mereka menjadi terbiasa dan dapat menghabiskan menu makanan yang disajikan selama 30 hari.

Dengan adanya kemampuan untuk menghabiskan makanan yang disajikan selama 30 hari, maka hal ini mengakibatkan jumlah makanan yang masuk ke dalam tubuh balita sasaran menjadi banyak, sehingga dapat digunakan untuk proses metabolisme di dalam tubuh, yang notabene hal ini dapat meningkatkan berat badan balita.

3) *Perkembangan Status Gizi BB/ TB*

Grafik 3.6
Perkembangan Status Gizi Penerima PMT-P
Pada Kegiatan Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk
Di Kabupaten Kuningan Tahun 2010



Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa setelah diberikan PMT-P selama 90 hari, dimana selama 90 hari itu terjadi peningkatan intake makanan yang berpengaruh terhadap kenaikan berat badan, maka hal ini secara tidak langsung dapat meningkatkan status gizi balita.

Terlihat bahwa keadaan status gizi akhir (setelah diberikan PMT-P selama 90 hari), banyak balita yang mengalami perubahan status gizi dari keadaan awal sangat kurus atau kurus menjadi normal. Hal ini menunjukkan bahwa dengan adanya PMT-P selama 90 dapat meningkatkan status gizi balita menjadi lebih baik.

d. Pelatihan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI Eksklusif

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku petugas tentang IMD dan ASI Eksklusif, sehingga diharapkan dapat disosialisasikan kepada masyarakat.

Pelatihan IMD dan ASI Eksklusif dilaksanakan selama 4 hari mulai tanggal 20-23 Juli 2010 di Hotel Intan Cirebon. Peserta pelatihan tersebut terdiri dari Petugas Gizi, Bidan Koordinator dan petugas Promkes yang berasal dari 6 Puskesmas yaitu Puskesmas Cidahu, Ciniru, Sukamulya, Kadugede, Sindang Agung dan Lamepayung ditambah dengan 2 orang peserta dari TP-PKK Kabupaten.

Hasil dari kegiatan ini yaitu adanya kesepakatan dari semua pihak (petugas gizi, petugas promkes, bidan koordinator dan Tim Penggerak PKK Kabupaten) untuk turut serta mensosialisasikan dan menggalakkan kembali Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif di masyarakat guna meningkatkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang lebih baik di masa yang akan datang.

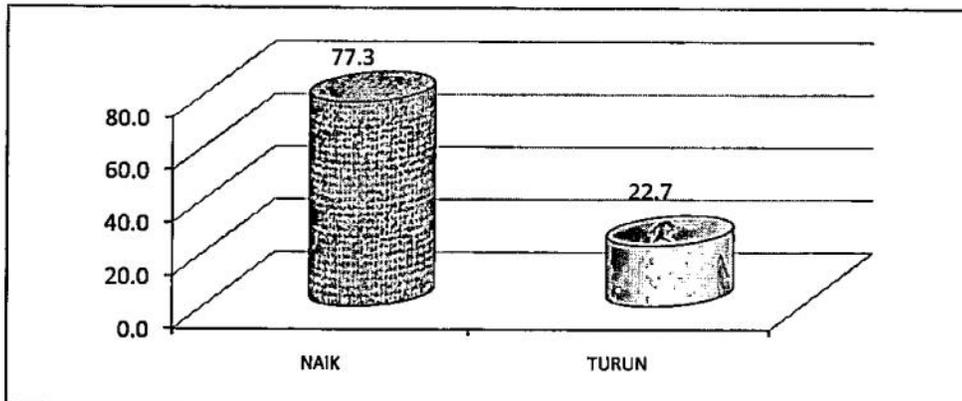
e. Pelatihan Positive Deviance (PD)

Hasil dari kegiatan Pelatihan Positive Deviance (PD) yaitu terbentuknya Pos Gizi di masing-masing desa/kelurahan yang didanai oleh swadaya masyarakat. Para tokoh masyarakat, kader dan aparat desa saling bahu membahu dalam menyelenggarakan kegiatan pos gizi. Ini membuktikan adanya kepedulian sosial dari masyarakat dalam rangka pencegahan dan penanggulangan masalah gizi di wilayahnya.

Kegiatan Pos Gizi yang dilaksanakan selama 10 hari hasilnya adalah sebagai berikut:

1) Perkembangan Berat Badan

Grafik 3.7
Perkembangan Berat Badan Balita Peserta Pos Gizi
Di Kabupaten Kuningan Tahun 2010



Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa balita yang telah mengikuti kegiatan di Pos Gizi selama 10 hari berturut-turut, sebagian besar dari mereka yaitu sebanyak

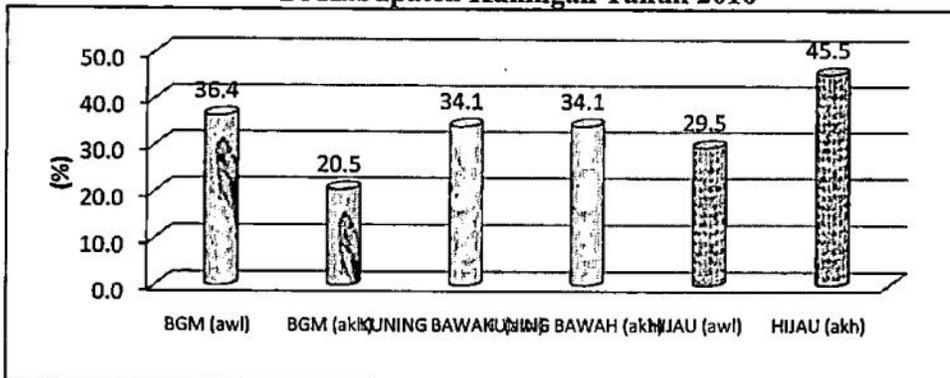
34 balita (77,3%) mengalami kenaikan berat badan. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan konsumsi makan balita sebagai efek dari makan bersama di pos gizi dan adanya perubahan sikap dan perilaku ibu balita dalam menerapkan pola asuh dan pola makan balita di rumahnya.

Perubahan tersebut mungkin disebabkan karena di pos gizi diberikan penyuluhan tentang bagaimana menerapkan pola asuh dan pola makan yang baik, diperkenalkannya aneka ragam makanan/masakan yang penting bagi kebutuhan tumbuh kembang balita. Selain itu ditumbuhkannya pula sikap, perilaku dan praktek yang berkaitan dengan kesehatan, kebersihan dan pola gizi seimbang.

Diharapkan kegiatan pos gizi ini bisa berjalan dengan lancar dan dapat dikembangkan disemua desa/kelurahan supaya masalah kurang gizi dapat segera teratasi dan mendapat perhatian dan kerjasama dari berbagai pihak.

2) Peningkatan Status Gizi

Grafik 3.8
Peningkatan Status Gizi Balita Peserta Pos Gizi
Di Kabupaten Kuningan Tahun 2010



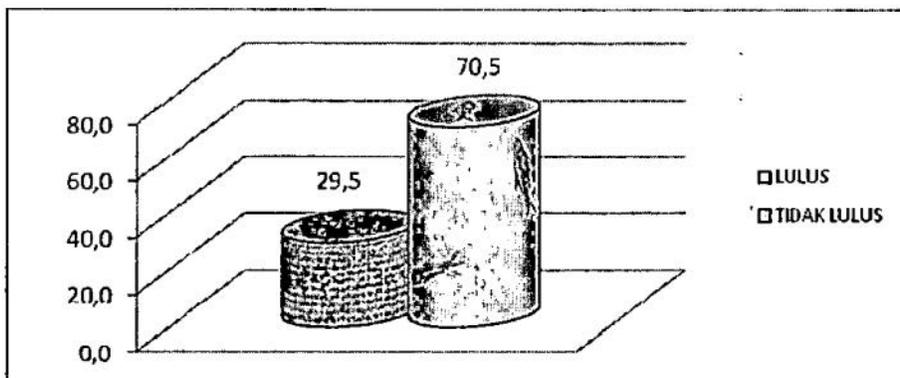
Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa balita yang telah mengikuti kegiatan di Pos Gizi selama 10 hari berturut-turut, mengalami peningkatan status gizi dari gizi kurang (BGM dan Kuning Bawah) menjadi gizi baik (berada pada pita pertumbuhan warna Hijau). Terlihat bahwa jumlah BGM pada awal kegiatan Pos Gizi sebanyak 16 balita (36,4%) turun menjadi 9 balita (20,5%) di akhir kegiatan.

Hal ini terjadi karena adanya kenaikan berat badan balita sebagai efek dari peningkatan konsumsi makan balita setelah mengikuti kegiatan pos gizi.

3) Tingkat Kelulusan Balita Mengikuti Pos Gizi

Grafik 3.9
Tingkat Kelulusan Balita Peserta Pos Gizi
Di Kabupaten Kuningan Tahun 2010



Sumber : Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 2010

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa tingkat kelulusan balita untuk mengikuti kegiatan di pos gizi masih rendah, hal ini mungkin disebabkan karena ibu balita merasa jenuh, karena setiap hari harus mendampingi anaknya untuk masak dan

makan bersama di pos gizi yang memerlukan waktu yang cukup lama sekitar 3 jam lebih.

Hal ini disebabkan karena kurangnya perlengkapan alat masak yang tersedia di pos gizi terutama ketersediaan kompor. Rata-rata di pos gizi yang telah berjalan hanya tersedia 1 atau 2 buah kompor. Oleh karena itu diharapkan adanya bantuan dari donatur untuk memberikan sumbangannya guna tersedianya peralatan masak dan makan yang memadai di pos gizi.

f. Kegiatan Lintas Sektor dalam rangka SKPG

Untuk menanggulangi terjadinya kerawanan pangan di Kabupaten Kuningan maka dibentuk Tim SKPG tingkat kabupaten yang terdiri dari Dinas Pertanian, Dinas Kesehatan dan BPS, dengan Leading Sektor Dinas Pertanian.

B. ANALISIS DATA

Berdasarkan penelitian gizi buruk Balita di Sumatra Barat pada tahun 1998 menyimpulkan bahwa, terjadinya gizi buruk balita disebabkan karena (a) daya beli masyarakat menurun, (b) ketidaktahuan orang tua terhadap persoalan kesehatan dan gizi, serta (c) Posyandu tidak berperan sebagaimana mestinya (Elfindri, 2003). Untuk itu penanggulangan gizi buruk perlu dilakukan secara lintas sektoral dengan melibatkan sektor pendidikan, sektor peningkatan pendapatan ekonomi keluarga, dan perbankan untuk memberikan permodalan usah keluarga.

Dari hasil analisis beberapa dokumen tentang kasus gizi buruk balita di Kabupaten Kuningan, dan pelaksanaan penelitian *Fokus Group Discussion* (FGD)

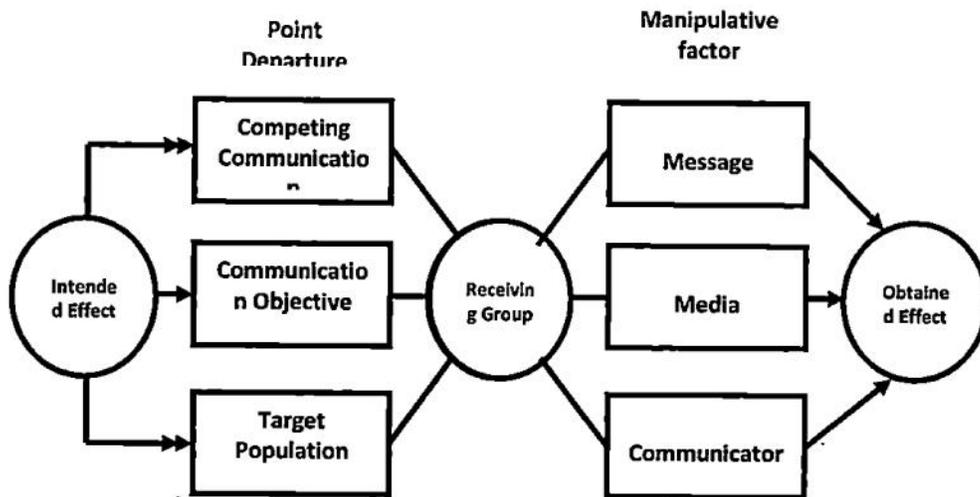
dengan mengambil sampel penelitian di daerah rawan gizi di Kabupaten Kuningan pada tahun 2010, yaitu Kecamatan Cimahi. Strategi dalam upaya mensosialisasikan penanggulangan gizi buruk balita tahun 2011 peneliti menggunakan metode kampanye komunikasi (*The Communication Campaign Model*) menurut Nowak and Warneryd dalam bukunya "A Model of A Communication Campaign" (1985), sebagaimana dikutip oleh Denis McQual & Sven Windahl (1995:184), yaitu meskipun ada perbedaan cukup besar dari bentuk-bentuk Model Kampanye Komunikasi (*The Communication Campaign Model*) yang selalu dilaksanakan, dan biasanya memiliki beberapa karakteristik, yaitu sebagai berikut :

- a) Pelaksanaan secara kolektif, dan berasal dari organisasi.
- b) Memiliki maksud tertentu, berpedoman pada tujuan pasti, yang bersifat khusus dan sangat jelas.
- c) Memiliki berbagai macam tujuan di dalam suatu kampanye yang sama, seperti untuk mempengaruhi sikap (*attitudes*), opini atau perilaku khalayak (publik).
- d) Terdapat tingkat keragaman karakter publik yang besar, secara tidak langsung menggunakan saluran media massa, dan memiliki tanggung jawab, metode serta efek (dampak) tujuan tertentu.
- e) Biasanya melibatkan lebih dari satu saluran media dan berbagai macam pesan-pesan yang disampaikan melalui komunikasi massa sebagai pelengkap oleh pihak personal tertentu.

- f) Memiliki target sasaran seperti kelompok-kelompok tertentu atau publik yang lebih luas dan tergantung dari tujuan tertentu.
- g) Aktivitas kampanye biasanya dilaksanakan oleh suatu lembaga tertentu, yang memiliki legitimasi diakui oleh publiknya, disesuaikan dengan norma-norma yang berlaku dan bukan bertujuan kontroversial.

Khususnya suatu kampanye di dalam masyarakat modern, berkaitan dengan dunia iklan komersial (*commercial advertising*) yang banyak dimanfaatkan oleh pihak partai-partai politik serta calon anggota legislatif ketika melakukan kampanye politik (Pemilu), termasuk kampanye keamanan dan meningkatkan kesehatan masyarakat, serta aktivitas amal dalam pengumpulan dana demi kepentingan untuk meringankan beban penderitaan dari korban bencana alam, atau konflik sosial yang terjadi.

Banyak terdapat model dalam kampanye komunikasi (*The Communication Campaign Model*), dan seperti model komunikasi yang diuraikan oleh Nowak and Warneryd, khususnya yang menggambarkan suatu proses unsur-unsur (*element*) dalam kegiatan kampanye komunikasi, dan memiliki suatu karakter normatif tertentu yang menyodorkan tentang rencana "Bagaimana sistematis kerja khusus dalam melaksanakan kampanye secara efektif.



Gambar 3.2 "A Model of A Communication Campaign" (Nowak & Warneryd)

Suatu gagasan, ide dan buah pikiran itu cukup penting sebagai alasan pokok dalam *Model of Communication Campaign* tersebut direncanakan ke setiap unsur-unsur dalam kampanye yang saling terkait dan berhubungan erat satu sama lain. Jika terjadi perubahan terhadap salah satu *element* (unsur-unsur) akan dapat mempengaruhi unsur-unsur lainnya. Khususnya ketepatan dalam hal untuk mencapai tujuan kampanye sebagaimana diharapkan hasilnya (*intended effect*), jika pihak *campaigner* (juru kampanye) berniat akan mengubah tujuannya (*obtained effect*), dan pada akhirnya akan mempengaruhi unsur-unsur dalam proses dan tujuan kampanye komunikasi yang sudah ditetapkan atau telah direncanakan sebelumnya.

Penjelasan dan pembahasan dari unsur-unsur (*element*) dalam suatu bagan dari *Model of Communication Campaign* dikaitkan dengan strategi komunikasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan dalam upaya mensosialisasikan penanggulangan gizi buruk balita pada tahun 2011 yaitu sebagai berikut :

1. The Intended Effect

Akibat atau hasil suatu kampanye yang diharapkan, sebagian besar permasalahan dalam pelaksanaan tujuan kampanye komunikasi tersebut, yang berkaitan dengan ketidaktepatan mengenai khalayak sarannya, tujuan kurang jelas dan kurang mengetahui dalam memperkirakan apakah pada akhirnya kampanye tersebut berhasil atau tidak. Kesalahan pada umumnya adalah kampanye yang kurang memuaskan dan terlalu *'overestimate'* dalam mencapai tujuan kampanye sebagaimana yang diharapkan.

Berdasarkan besaran masalah gizi yang dihadapi Kabupaten Kuningan tahun 2010, maka kegiatan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Tahun 2011 dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan efisiensi, koordinasi, dan membangun sinergitas antara upaya yang dilakukan dengan dukungan dana APBN, APBD Provinsi Jawa Barat, APBD Kabupaten Kuningan dan dana-dana lainnya. Diharapkan dengan adanya kegiatan-kegiatan tersebut dapat meningkatkan cakupan Standar Pelayanan Minimal (SPM). SPM pelayanan gizi meliputi : (1) Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun, (2) Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe, (3) Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada Bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin, (4) Balita gizi buruk mendapat perawatan. (Keputusan Menteri Kesehatan No.1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota).

Adapun tujuan Program Perbaikan Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, kami sajikan dalam tabel berikut :

TUJUAN UMUM	TUJUAN KHUSUS
<ul style="list-style-type: none"> • Terlaksananya upaya perbaikan gizi dalam rangka peningkatan status gizi masyarakat di Kabupaten Kuningan. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Terlaksananya kegiatan UPGK melalui kegiatan penimbangan balita setiap bulan di posyandu, pendistribusian obat program gizi kepada sasaran berupa tablet tambah darah (tablet Fe) kepada ibu hamil dan kapsul Vitamin A dosis tinggi kepada bayi, balita serta ibu nifas. b) Tersedianya data status gizi balita melalui kegiatan Bulan Penimbangan Balita (BPB) di 32 Kecamatan se-Kabupaten Kuningan. c) Menurunnya kasus balita gizi buruk melalui Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) selama 90 hari d) Terlaksananya kegiatan Pelatihan Positive Deviance (PD). e) Terlaksananya kegiatan Pelatihan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif bagi Petugas Puskesmas.

Tabel 3.14 Tujuan Program Perbaikan Gizi Masyarakat

Berdasarkan *Fokus Group Discussion* (FGD) yang dilakukan di Kecamatan Cimahi Kabupaten Kuningan, dengan mengajukan beberapa pertanyaan kepada masyarakat tentang sosialisasi gizi buruk diperoleh informasi sebagai berikut :

1. Ibu-ibu mengetahui tentang pengertian gizi buruk
2. Penyebab terjadinya gizi buruk di Kecamatan Cimahi dikarenakan oleh adanya penyakit bawaan atau penyerta. Seperti penyakit kelainan jantung, kromosom, ISPA, dan TBC.

3. Dampaknya adalah kematian dan penurunan kecaerdasan anak. Ibu-ibu mengetahui sekali dampak dari gizi buruk
4. Proses pencegahan dalam penanggulangan gizi buruk dilakukan dengan melapor langsung ke petugas gizi atau petugas kesehatan setempat.
5. Terdapat kekurangan sarana media informasi tentang penanggulangan gizi buruk yang diberikan. Informasi selama ini hanya didapatkan pada saat posyandu, yang dilaksanakan setiap satu bulan sekali. Namun informasi yang disampaikan pun terbatas, karena tidak adanya media informasi tambahan yang disediakan.
6. Yang dibutuhkan adalah media informasi di perbanyak, tidak hanya di puskesmas atau posyandu saja, tetapi juga di balai desa atau papan informasi warga.
7. Hambatan dalam proses penanggulangan gizi buruk adalah karena faktor keuangan atau ekonomi, jarak, koordinasi, dan kerjasama lintas sector. Selain dari masing-masing keluarga yang kekurangan, dana bantuan atau subsidi dari pemerintah pun terbatas. Sehingga petugas gizi pun merasa kekurangan saran dan prasarana seperti bahan pangan dan peralatan.
8. Tindak lanjut penanggulangan gizi buruk masih lambat, kader gizi masih kurang cepat tanggap dalam menginformasikan dan mengarahkan warganya.

9. Sejauh ini masyarakat sangat berperan dalam penanggulangan kesehatan, termasuk gizi buruk. Namun terbentur dengan faktor ekonomi dan jarak tempuh yang relatif jauh.
10. Peningkatan fungsi dan peran petugas gizi puskesmas dengan mengikutsertakan bidan desa yang telah menyebar di seluruh desa, sehubungan kader desa yang dilatih merasa kurang percaya diri dan belum siap dalam menyampaikan informasi kesehatan terhadap warganya. Bantuan dana dari pemerintah setempat di perbanyak dengan penambahan dari swadaya masyarakat, karena dana yang tersedia masih kurang mencukupi untuk pemberian makanan tambahan, seperti bubur kacang hijau, lauk pauk 4 sehat 5 sempurna.

2. *Competing Communication*

Hal yang penting dalam mencapai efektivitas pelaksanaan kampanye yang tidak terganggu oleh persaingan atau komunikasi yang bertentangan. Juru kampanye harus menyadari bahwa kemungkinan pesan balasan (*counter message*) dalam mencapai tujuan yang sesungguhnya dari kampanye tersebut.

Petugas pelaksana gizi puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan harus berperan aktif, tanggap, serta peka terhadap efektivitas pelaksanaan kampanye sosialisasi penganggulangan gizi buruk yang kemungkinan masyarakat umum kurang merespon dan menanggapi informasi yang telah disampaikan tentang gizi buruk.

Sistem koordinasi yang terjadi di wilayah Kabupaten Kuningan memang masih kurang. Selain dengan jarak tempuh yang relatif jauh dari pusat kota, para pelaksana gizi di masing-masing kecamatan kurang proaktif dan tanggap. Sehingga dari hasil diskusi ini masyarakat memberikan masukan kepada peneliti dan petugas gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan agar pola koordinasi ditingkatkan, petugas yang mengerti tentang pangan dan gizi diperbanyak, karena kader desa yang dipilihpun merasa kurang percaya diri dan belum siap dalam menyampaikan informasi kesehatan terhadap warganya. Bantuan dana dari pemerintah setempat diperbanyak dengan menambah jaringan donaturnya. Karena masih kurang untuk pemberian makanan tambahan, seperti bubur kacang hijau, lauk pauk 4 sehat 5 sempurna.

3. The Communication Object

Kampanye biasanya memiliki tujuan dan tema utama, untuk itu penyuluhan pangan gizi juga perlu memiliki tujuan dan tema utama. Setiap perbedaan tujuan kampanye dan akan berbeda pula mengenai model kampanye komunikasinya, dan hal ini harus dipahami oleh juru kampanye tersebut. Seperti kampanye yang bertujuan kepedulian sosial, dan akan beda untuk model kampanye tujuan yang bertemakan sosial politik.

Dalam kasus gizi buruk ini, yang terjadi adalah masih kurangnya dukungan politis, kebijakan, dan anggaran dari pemerintah termasuk sosialisasi dan penanggulangannya. Salah satu contoh nyatanya adalah kurangnya bantuan dana

yang diberikan kepada Dinas Kesehatan untuk pelaksanaan sosialisasi dan penanggulangan gizi buruk. APBD yang diberikan untuk dialokasikan dalam proses sosialisasi dan penanggulang gizi ter sebut masih terbatas. Sehingga petugas gizi pun merasa terhadap dalam melakukan proses tersebut.

Penyuluhan-penyuluhan yang dilakukan hanya dilaksanakan pada saat posyandu. Media dan sarana informasi yang diberikan pun hanya sebatas buku pedoman saja, tidak adanya media informasi seperti papan pengumuman di masing-masing kecamatan, leaflet, poster yang disebarakan ke masyarakat Bahkan petugas gizi Dinas Kesehatan pun terhambat dengan pemberian penyuluhan kepada petugas gizi di masing-masing daerahnya karena keterbatasan alokasi dana. Selain itu kasus gizi buruk ini tidak dijadikan sorotan atau objek utama dari pemerintahan daerah. Pemerintah daerah masih menyampingkan masalah gizi buruk ini.

4. The Target Population and The Receiving Group

Agar KIE/penyuluhan program gizi berdaya guna dan berhasil, maka penyuluhan haruslah ditujukan kepada sasaran yang spesifik yaitu sasaran yang mempunyai ciri yang serupa dan berkaitan dengan masalah yang akan dipecahkan melalui KIE/penyuluhan. Sasaran yang spesifik disebut segmen sasaran dan tindakan kita membagi-bagi sasaran menjadi segmen-segmen sasaran disebut segmentasi sasaran.

Segmentasi sasaran yang banyak dipakai dewasa ini adalah sebagai berikut:

a. Sasaran Primer KIE Kesehatan Reproduksi

Yaitu individu atau kelompok yang: (a) terkena masalah gizi, (b) diharapkan akan berperilaku seperti yang diharapkan, (c) akan memperoleh manfaat paling besar dari hasil perubahan perilaku. Seringkali sasaran primer masih dibagi-bagi lagi dalam beberapa segmen, sesuai keperluan. Segmentasi ini bisa berdasarkan:

- Umur: remaja, wanita usia subur, usia lanjut, dsb;
- Jenis kelamin (seks) : pria dan wanita;
- Pendidikan: buta huruf, tingkat SD, SLTP, SLTA, Akademi, Perguruan Tinggi;
- Status sosial ekonomi: orang miskin, orang kaya;
- Tahap perkembangan reproduksi: ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui;
- Geografi: masyarakat pedesaan, perkotaan, dsb.

b. Sasaran Sekunder KIE program gizi

Sasaran sekunder adalah individu atau kelompok individu yang berpengaruh atau disegani oleh sasaran primer. Sasaran sekunder diharapkan mampu mendukung pesan-pesan yang disampaikan kepada sasaran primer.

c. Sasaran Tersier KIE program gizi

Ini mencakup para pengambil keputusan, para penyandang dana, dan lain-lain pihak yang berpengaruh. Sasaran tersier juga masih bisa dibagi lagi dalam segmen-segmen yang lebih kecil, misalnya berdasarkan:

- Tingkatannya: kecamatan, desa, keluarga, dsb.
- Bidang pengaruhnya: agama, politif, profesi, dsb.

Khalayak atau penduduk sebagai sasaran dari tujuan kampanye tersebut terlebih dahulu harus jelas, termasuk mengetahui kelompok masyarakat dan tokoh masyarakat tertentu sebagai komunikan (*receiver*) yang sering terjadi di lapangan, mungkin mudah untuk mencapainya dan bahkan sulit untuk menyebarkan pesan-pesan kampanye tersebut karena adanya penolakan dari kelompok tertentu, atau tidak memiliki kepentingan terhadap pesan-pesan kampanye.

Hasil penelitian di Kecamatan Cimahi dan Kecamatan Subang, masyarakat masih belum mendapat informasi tentang adanya sosialisasi program gizi dan penanggulangan gizi buruk. Media informasi yang didapatkan masyarakat hanya di dapatkan pada saat pelaksanaan posyandu saja. Tidak adanya sarana lain untuk pusat media informasinya. Petugas gizi dan dan pinisepuh yang telah ditunjuk pula masih kurang tanggap dan respon terhadap kasus ini. Pinisepuh sebagai orang yang dapat memberikan pengaruh besar dikalangan masyarakat pun masih merasa dirinya kurang percaya diri dalam menyampaikan sosialisasi, informasi, dan proses penanggulangan gizi buruk tersebut. Alasan dari pinisepuh tersebut adalah karena kurangnya dan keterbatasan ilmu yang dikuasai.

5. *The Channel*

Sebagai catatan bahwa berbagai perbedaan bentuk atau jenis dari saluran komunikasi terkait erat dengan berbagai macam pesan, dan perbedaan khalayak sebagai sasaran suatu kampanye. Melalui saluran media massa lebih cocok untuk mengangkat isu atau agenda utama untuk memperoleh tanggapan publik yang

beragam, sedangkan melalui komunikasi tatap muka (interpersonal) lebih dibutuhkan atau cocok untuk mempengaruhi perilaku masyarakat secara langsung.

Sementara itu menurut Sulaeman (2010) tipe-tipe saluran komunikasi dalam program kesehatan dan gizi meliputi : (1) Perseorangan atau kelompok, misalnya: tatap muka, kunjungan rumah, konseling, diskusi kelompok, (2) Cetakan (grafika) dan media dengar pandang, *pamflet, poster, videotape, slides, flipchart*, (3) Media massa: Radio, televisi, surat kabar, majalah, film, billboard (media luar ruang), (4) Tradisional: Wayang, drama, teater rakyat, dsb.

Pelaksanaan sosialisasi program gizi dan penanggulangan gizi buruk yang dilakukan oleh petugas gizi di Kabupaten Kuningan masih kurang, sehingga informasi program gizi dan penanggulangan gizi masih belum optimal. Penyuluhan hanya dilakukan pada saat adanya posyandu, tidak ada pertemuan khusus di masyarakat untuk mengkaji dan menginformasikan gizi buruk.

6. *The Message*

Menurut Sulaeman (2010) pesan KIE/penyuluhan dikembangkan berdasarkan sasaran dan tujuan yang ingin dicapai untuk masing-masing sasaran. Namun, agar arah KIE/penyuluhan program gizi dan penanggulangan gizi buruk tidak menyimpang dari tujuan utamanya, perlu ada pesan pokok. Untuk mengembangkan suatu pesan, ada beberapa unsur yang perlu masuk menjadi bagian dari pesan tersebut. Unsur-unsur tersebut antara lain:

- a. Perilaku yang diharapkan untuk dilakukan oleh sasaran;

- b. Keuntungannya kalau melaksanakan perilaku tersebut;
- c. Alasannya, mengapa menguntungkan atau bermanfaat;
- d. Nada pesan (*tone*). Yang dimaksud nada pesan ialah sifat pesan, yaitu apakah pesan tersebut bernada gembira, lucu, serius, ilmiah, emosional, umum, berorientasi pada keluarga, mendidik, otoriter, tradisional, modern, berorientasi pedesaan atau perkotaan, kasing sayang, dsb. Nada pesan berbeda-beda untuk berbagai program dan sasaran. Misalnya: nada pesan yang cocok untuk KIE Kesehatan Reproduksi mungkin nada lucu namun ilmiah.
- e. Sumber informasi: Siapa yang merupakan sumber informasi yang terpercaya untuk masalah kesehatan reproduksi harus masuk pula dalam pesan penyuluhan program gizi dan penanggulangan gizi buruk, baik yang cetak maupun yang disebarkan melalui media elektronika. Sumber informasi juga berlain-lainan untuk berbagai program dan sasaran. Contoh beberapa sumber informasi: dokter, ibu-ibu PKK, pemuka agama, dsb.

Secara umum, komunikasi sering diartikan sebagai: "*suatu proses penyampaian pesan dari sumber ke penerima*" (Berlo, 1960 dalam Mardiakno, 2009). Tetapi dalam praktek, proses komunikasi tidak hanya terhenti setelah pesan disampaikan atau diterima oleh penerimanya. Sebab, setelah menerima pesan, penerima memberikan tanggapannya kepada sumber/pengirim pesan untuk kemudian proses komunikasi tersebut terus berlangsung, di mana pengirim dan penerima pesan saling berganti peran (penerima menjadi pengirim dan pengirim

menjadi penerima). Proses komunikasi tersebut baru berhenti jika penerima telah memberikan tanggapan yang dapat dimengerti oleh pengirimnya, baik tanggapan tersebut sesuai atau pun tidak sesuai dengan yang dikehendaki oleh pengirimnya. Dengan demikian, proses komunikasi oleh Schramm (1977, dalam Mardikanto, 2009) diartikan sebagai: "*proses penggunaan pesan oleh dua orang atau lebih, dimana semua pihak saling berganti peran sebagai pengirim dan penerima pesan, sampai ada saling pemahaman atas pesan yang disampaikan oleh semua pihak*".

Khususnya untuk pesan atau tema sentral perlu di pertajam perbedaannya yang berhadapan dengan audiensi beragam, hal ini tergantung dari model kampanye yang dilaksanakan. Kampanye pada tahap awalnya adalah membangun "*awareness*" dan pengetahuan bagi khalayaknya, kemudian tahap kampanye selanjutnya adalah bersifat "*persuasive*" atau mempengaruhi perilakunya dan pada akhirnya kampanye tersebut diharapkan mengubah suatu pola tindakan (*acted wisely*) khalayak yang lebih bijaksana.

Inilah yang dirasa penting dalam proses sosialisasi dan penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Kuningan. Namun pada kenyataannya proses ini masih kurang dilakukan oleh petugas gizi, sehingga dampaknya masyarakat kurang merasa puas dengan informasi tersebut. Kesadaran masyarakat akan bahaya dari gizi burk ini sangat kecil, mereka masih sering melakukan pola makan yang salah terhadap keluarganya, khususnya akank-anaknya. Masyarakat pun hanya melakukan pola-pola kesehatan dengan tindakan seadanya.

7. *The Communicator (Sender)*

Komunikator atau juru bicara (*spokesperson*) yang lebih adalah selain memiliki keahlian, juga kemampuan, legitimasi dan kepercayaan serta atraktif di mata khalayaknya sangat penting agar pesan-pesan dalam kampanye tersebut lebih diperhatikan oleh pihak publiknya.

Termasuk dalam pengertian kualitas komunikator, terdapat empat tolok-ukur yang perlu mendapat perhatian, yaitu: (1) Kemampuan dan ketrampilan penyuluh untuk berkomunikasi, (2) Pengetahuan komunikator tentang inovasi yang (akan) disuluhkan, (3) sikap komunikator, baik terhadap inovasi, sasaran, dan profesinya, (4) Kesesuaian latar belakang sosial-budaya komunikator dan sasaran.

Selain faktor-faktor yang telah dikemukakan di atas, kecepatan adopsi penyuluhan program gizi dan penanggulangan gizi gurut juga sangat ditentukan oleh aktivitas yang dilakukan komunikator, khususnya tentang upaya yang dilakukan komunikator untuk "mempromosikan" inovasinya. Semakin rajin komunikator menawarkan inovasi, proses adopsi akan semakin cepat pula. demikian juga, jika penyuluh mampu berkomunikasi secara efektif dan trampil menggunakan saluran komunikasi yang paling efektif, proses adopsi pasti akan berlangsung lebih cepat dibanding dengan yang lainnya.

Berkaitan dengan kemampuan komunikator dalam KIE/penyuluhan program gizi dan penanggulangan gizi gurut untuk berkomunikasi, perlu juga diperhatikan kemampuannya ber-emphaty atau kemampuan untuk merasakan keadaan yang

sedang dialami atau perasaan orang lain. Kegagalan KIE/penyuluhan program gizi dan penanggulangan gizi buruk, seringkali disebabkan karena komunikator tidak mampu memahami apa yang sedang dirasakan dan dibutuhkan oleh sasarannya.

Pelaksanaan KIE/penyuluhan program gizi dan penanggulangan gizi buruk memerlukan tenaga profesional sebagai petugas gizi puskesmas yang merupakan "The Communicator Sender". Tenaga pelaksana gizi (*The Communicator Sender*) di Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan masih kurang baik jumlah maupun kualitasnya, yaitu pada tahun 2010 berjumlah 5 orang, seperti terlihat pada tabel berikut :

Tabel 3.15
Data Ketenagaan Pada Seksi Gizi
Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan Tahun 2010

No	Nama	Jabatan	Pendidikan
1	Dodi Wijaya, SKM, M.Kes	Kepala Seksi Gizi	S-II Gizi
2	Usep Rusependhi, SKM	Staf Gizi	S-I SKM
3	Indra Wahyuni, SKM	Staf Gizi	S-I SKM
4	Nanan Heryani	Staf Gizi	SPAG
5	Toto Hermanto	Tenaga Administrasi	SMA

Dari tabel diatas terlihat bahwa dari 5 orang tenaga pada Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, 1 orang lulusan S-II Gizi, 2 orang lulusan S-I SKM, 1 orang lulusan SPAG dan 1 orang lulusan SMA.

Adapun Tenaga Pelaksana Gizi (*The Communicator Sender*) di 37 puskesmas se-Kabupaten Kuningan secara terperinci dapat dilihat pada tabel dibawah ini :\

Tabel 3.16
Daftar Tenaga Pelaksana Gizi Tingkat Puskesmas
Se-Kabupaten Kuningan Tahun 2010

No	Puskemas	Nama Petugas	Pendidikan
1	Ciawigebang	Siti Hasanah, Am.Keb	AKBID
2	Cibeureum	Atin Suarti, Am.Keb	AKBID
3	Cibingbin	Urip Mulyono	SPAG
4	Cidahu	Yusup Firmawan, AMG	AKZI
5	Cigandamekar	Reni Maryani ,AMG	AKZI
6	Cihaur	Yayat Rohayati	D-I Kebidanan
7	Cilebak	Toni Suherlan	SPK
8	Cilimus	Marianawati Saragih, SST	D-IV Gizi
9	Cimahi	Ipah, Am.Keb	AKBID
10	Ciniru	Unang Suryana, SKM	S-1 SKM

No	Puskemas	Nama Petugas	Pendidikan
11	Cipicung	Hatin Dwi Hayatnasari	D-I Kebidanan
12	Ciwaru	Djoeningsih	SPAG
13	Darma	Dadang Suryana	SPAG
14	Garawangi	Saanah, Am.Keb	AKBID
15	Hantara	Nanan Supriatna	SPAG
16	Jalaksana	Sri Astuti	SPAG
17	Japara	Nunung Nuriah	SPK
18	Kadugede	Awang Somantri, SKM	S-I SKM
19	Kalimanggis	Enok Omay K	AKPER
20	Karangkencana	Yeti Maryati	D-I Kebidanan
21	Kramatmulya	Lindawaty, Am.Keb	AKBID
22	Kuningan	Lina Rosliana, AMG	AKZI
23	Lamepayung	Diar Restanti, AMG	AKZI
24	Linggarjati	Heti Widiati, AMG	AKZI
25	Luragung	Elis Suharliah, Am.Keb	AKBID
26	Maleber	Oom Komariah	D-I Kebidanan
27	Mandirancan	Siti Patonah	SPAG
28	Manggari	Teti Herawati, Am.Keb	AKBID
29	Mekarwangi	Enok Mayasari	D-I Kebidanan
30	Nusaherang	N. Supartini	SPAG
31	Pancalang	Satinah	D-I Kebidanan
32	Pasawahan	Yulia Sumartini, AMK	AKPER
33	Selajambe	Dede Endih, SKM	S-I SKM
34	Sindangagung	Sutisna, AMG	AKZI
35	Subang	Wasrini, Am.Keb	AKBID
36	Sukamulya	Magdalena Tulak, AMG	AKZI
37	Windusengkahan	Eli Rahmawati, Am.Keb	AKBID

Sumber : Sub. Bag. Kepegawaian

Dari tabel di atas, terlihat bahwa jumlah tenaga yang menangani Program Gizi di 37 Puskesmas, hanya 15 orang (40 %) berlatar belakang Ilmu Gizi, dengan rincian sebanyak 7 orang lulusan D-I SPAG, 7 orang lulusan D-III Gizi dan 1 orang lulusan D-IV Gizi, sedangkan sebanyak 22 orang (60 %) berlatar belakang diluar ilmu gizi yaitu Bidan dan Perawat.

Dengan adanya keterbatasan tenaga pelaksana gizi (*The Communicator Sender*), efeknya masih sering terjadi keterlambatan dalam pelaporan hasil kegiatan ke seksi gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, sehingga mempengaruhi dan menghambat proses penganalisaan data di tingkat kabupaten dan pelaporan ke tingkat propinsi. Dengan adanya keterlambatan pelaporan dari tenaga pelaksana gizi (*The Communicator Sender*) tersebut pemerintah harus benar-benar memperhatikan dan memikirkan solutif yang terbaik untuk mengatasinya.

Dengan adanya penambahan tenaga pelaksana gizi (*The Communicator Sender*) yang menangani kasus gizi buruk diharapkan akan menjadi solusi terbaik dalam menjalankan program proses sosialisasi, pelaporan, dan antisipasi yang cepat tanggap.

8. *Obtained Effect*

Efek dari kampanye yang dilancarkan tersebut menghasilkan dampak yang diharapkan atau tidak, bahkan mungkin bisa memperoleh tanggapan negatif atau positif. Kampanye tersebut dapat mempengaruhi efek, baik yang bersifat *kognisi*, yaitu berkaitan dengan peningkatan pengetahuan atau perhatian khalayak, sedangkan

afeksi berkaitan dengan perasaan senang atau tidak senang, atau perubahan sikap negatif menjadi positif. Dan maupun *konasi* yaitu berkaitan dengan perilaku, aktivitas dan pelaksanaannya baik atau tidak baik.

Efek yang terjadi di kabupaten Kuningan tentang program penanggulangan gizi buruk, terlihat adanya keberhasilan pemulihan status gizi pada gizi buruk yang ditemukan, namun kasus gizi buruk akan terus muncul apabila sumber masalahnya belum ditanggulangi seperti keterbatasan pangan, rendahnya ekonomi masyarakat, dan rendahnya pengetahuan masyarakat. Menurut data yang didapatkan dari Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan di tahun 2010 masih terdapat prevalensi sangat kurus di Kabupaten Kuningan sebesar 1,1 %, dengan prevalensi tertinggi sebesar 4,90 % terdapat di Kecamatan Cimahi, sedangkan prevalensi kurus sebesar 4,2 %, dengan prevalensi tertinggi sebesar 10,3 % terdapat di Kecamatan Subang.

Besaran masalah kurang gizi (gizi buruk dan gizi kurang) di Kabupaten Kuningan sebesar 5,30 %, dimana masalah kurang gizi tertinggi sebesar 14,03 % terdapat di Kecamatan Subang.

Sementara itu menurut Mardikanto (2009) persyaratan utama agar pesan dapat diterima dengan jelas oleh sasaran haruslah: (1) mengacu kepada kebutuhan masyarakat, dan disampaikan pada saat sedang dan atau segera akan dibutuhkan, (2) disampaikan dalam bahasa yang mudah dipahami, (3) tidak memerlukan korbanan yang memberatkan, (4) memberikan harapan peluang keberhasilan yang tinggi, dengan tingkat manfaat yang merangsang, dan (5) dapat diterapkan sesuai dengan

kondisi (pengetahuan, keterampilan, sumberdaya yang dimiliki/dapat diusahakan) masyarakatnya. Selanjutnya Berlo (1961 dalam Mardikanto, 2009) menegaskan bahwa, kejelasan komunikasi sangat ditentukan oleh keempat unsur-unsurnya, yang terdiri dari: sumber, pesan, saluran, dan penerimanya.

Menurut Sulaeman (2010) pusat perhatian KIE program gizi dan penanggulangan gizi buruk adalah perilaku, maka yang paling penting adalah analisis perilaku kesehatan reproduksi, agar dapat ditetapkan perilaku sasaran atau *target behavior*. Ada 3 (tiga) analisis perilaku, yaitu: (1) Perilaku ideal (*ideal behavior*), (2) Perilaku yang sekarang (*current behavior*), (3) Perilaku yang diharapkan (*expected & feasible behavior*).

Cara identifikasi perilaku-perilaku tersebut adalah sebagai berikut:

- a) Perilaku ideal (*ideal behavior*): Dapat diidentifikasi dari epidemiologi masalah yang sedang dianalisis dan kebijakan. Misalnya: perilaku ideal berkaitan dengan kebijakan ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja sampai usia 3 (tiga) bulan. Analisis perilaku ideal dilakukan dengan menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan target sasaran menerima/menolak perilaku ideal: (1) Dampak (*impact*) perilaku ideal terhadap masalah gizi, (2) Hasilnya (*outcome*) berperilaku program gizi ideal, (3) Perasaan (*emotion*) yang timbul dari berperilaku ideal, (4) Biaya (*cost*), baik internal seperti : rasa takut, bingung, malu, tidak nyaman, tersinggung, maupun eksternal seperti : biaya, waktu yang diperlukan, perlengkapan yang diperlukan, norma, (5) Dukungan sosial (*sosial support*), (6)

Perasaan pribadi; misalnya rasa bangga, rasa malu, dan lain-lain, (7) Keterampilan yang diperlukan, (8) Rasa percaya diri (*self confidence*) yang diperlukan. (9) Pengalaman mengenai pelayanan program gizi dan penanggulangan gizi buruk, (10) Pengetahuan, dan sebagainya.

- b) Perilaku sekarang (*current behavior*): Dapat diidentifikasi dengan observasi dan wawancara di lapangan, mengkaitkannya dengan epidemiologi masalah program gizi dan penanggulangan gizi buruk yang dianalisis dan perilaku ideal.
- c) Perilaku yang diharapkan (*expected & feasible behavior*): Perilaku ini diidentifikasi berdasarkan hasil analisis perilaku ideal, perilaku saat ini.
- d) Memilih *target behavior*: Program program gizi dan penanggulangan gizi buruk yang berhasil ialah yang memfokuskan pada perilaku sasaran (*target sasaran*) yang terbatas jumlahnya. Memilih *target behavior* merupakan suatu proses eliminasi. Artinya, komunikator menghilangkan perilaku yang tidak jelas dampaknya terhadap masalah yang sedang ditangani atau tidak *feasible* dilaksanakan oleh target sasaran. Memilih *target behavior* juga merupakan proses negosiasi. Artinya, untuk memilih *target behavior*, komunikator harus mengadakan negosiasi dan pembahasan dengan target sasaran dan pemuka masyarakat lainnya yang terkait. Semua perilaku harus digambarkan secara jelas, sederhana dan spesifik. Semua kegiatan pokok dalam berperilaku tersebut harus disebutkan.