

**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DESA DALAM  
PENINGKATAN GIZI BALITA DENGAN  
PENGEMBANGAN PANGAN POTENSI LOKAL**

**Dwi Faqihatus Syarifah Has, SKM, M. Epid  
Dra. Eka Srirahayu Ariestiningsih M. Pd  
Heru Baskoro, S. Sos, MM**

## **PRAKATA**

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang Maha Pengasih dan maha Penyayang atas terselesaikannya Buku Monograf “Pemberdayaan Masyarakat Desa dalam Peningkatan Gizi Balita dengan Pengembangan Pangan Potensi Lokal” sebagai hasil dari kegiatan pengabdian masyarakat yang dilakukan di Desa Kedungsumber.

Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku Monograf ini. Dalam Buku Monograf ini selain teori teori yang berkaitan dengan tema Peningkatan Gizi Balita juga disertakan hasil dari Pengabdian Masyarakat dan Implementasi Program peningkatan gizi balita terhadap masyarakat. Berawal dari masalah kesehatan gizi masyarakat terutama balita di Desa Kedungsumber, penulis tergerak untuk membantu masyarakat dalam mencegah dan mengatasi peningkatan Balita BGM (Bawah Garis Merah) dan mengajak masyarakat untuk memahai serta menerapkan Kadarzi (Keluarga sadar Gizi) sebagai mana misi bersama untuk menciptakan Desa Kedungsumber adalah Desa yang Sehat.

Diharapkan buku ini dapat menjadi literatur baru dalam pengembangan produk pangan berbahan dasar potensi lokal yang ada di Desa, serta dapat dijadikan juga sebagai acuan bagi para Kader Kesehatan (Kader Posyandu) untuk berinovasi dan semakin kreatif dalam mengolah serta menyajikan Biskuit PMT menjadi Produk Pangan Alternatif yang diminati anak-anak terutama Balita.

Dalam menyusun buku ajar ini tentunya tidak lepas dari kekurangan yang tidak penulis sengaja dan untuk perbaikan dimasa depan penulis mohon maaf serta meminta masukan dari berbagai pihak yang menggunakan Buku Monograf ini.

Akhir Kata semoga buku ini bermanfaat bagi pihak pihak yang membutuhkan dan menggunakan untuk tujuan memperdalam pengetahuan di bidang Kesehatan, Pendidikan dan Manajemen Sumber Daya Masyarakat. Semoga Buku Momograf dengan judul “Pemberdayaan Masyarakat Desa dalam Peningkatan Gizi Balita dengan Pengembangan Pangan Potensi Lokal” dapat menginspirasi dan bermanfaat bagi banyak pihak.

Salam,

Penulis.

## DAFTAR ISI

PRAKATA.....	
DAFTAR ISI.....	
DAFTAR GAMBAR.....	
DAFTAR TABEL.....	
Bab I.....	
Pendahuluan.....	
1.1    Analisis Situasi.....	1
1.2    Permasalahan Mitra.....	4
Bab II.....	
Pemberdayaan Masyarakat Desa .....	
Bab III.....	<b>Error! Bookmark not d</b>
Strategi Dan Metode Peningkatan Gizi Balita .....	<b>Error! Bookmark not d</b>
Bab IV.....	<b>Error! Bookmark not d</b>
Pengembangan Pangan Potensi Lokal .....	<b>Error! Bookmark not d</b>
Bab V.....	<b>Error! Bookmark not d</b>
Produk Bima-X.....	<b>Error! Bookmark not d</b>
Bab VI.....	<b>Error! Bookmark not d</b>
Monitoring Dan Evaluasi.....	<b>Error! Bookmark not d</b>
DAFTAR REFERENSI.....	<b>Error! Bookmark not d</b>
GLOSARIUM.....	<b>Error! Bookmark not d</b>
INDEKS.....	<b>Error! Bookmark not d</b>

## DAFTAR GAMBAR

- Gambar 1: Tanaman Kelor banyak terdapat di lingkungan Desa..... 10
- Gambar 2: Model Prinsip Pemberdayaan Masyarakat Desa dalam bidang Kesehatan (Sulaeman, 2012) ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Gambar 3: Faktor Masalah Gizi ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Gambar 4: Strategi Peningkatan Gizi dengan Pemberdayaan Masyarakat ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Gambar 5: Konsep Pelaksanaan Peningkatan Gizi dengan Pemberdayaan Masyarakat ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Gambar 6: Puding dan Nugget BIMA-X ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Gambar 7: Stik Kelor dan Es Krim BIMA-X ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Gambar 8: Nugget Ayam, Daun Kelor dan Biskuit PMT (BIMA-X) ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Gambar 9: Alat dan Bahan Pembuatan Puding BIMA-X ..... **Error! Bookmark not defined.**
- Gambar 10: Pengukuran BB dan TB Balita BGM / minggu ..... **Error! Bookmark not defined.**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1: Nilai kadungan gizi daun kelor segar dan kering..... **Error! Bookmark not defined.**

Tabel 2: Kandungan Asam Amino per 100g daun kelor..... **Error! Bookmark not defined.**

Tabel 3. Hasil Pengukuran Antropometri Balita setelah intervensi ..... **Error! Bookmark not defined.**



# Bab I

## Pendahuluan

### 1.1 Analisis Situasi

Indonesia sehat merupakan visi dari pembangunan kesehatan yang menggambarkan bahwa bangsa Indonesia hidup dalam lingkungan yang sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat. Serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata sehingga memiliki derajat kesehatan yang setinggi – tingginya. Untuk mendukung visi pembangunan kesehatan tersebut, maka ditetapkan peraturan bersama Mendagri dan Menkes no. 34 tahun 2005 no. 1138/MENKES/PB /VIII/2005 Tanggal 3 Agustus 2005, dan ditindaklanjuti pula oleh bupati selaku kepala wilayah di Kabupaten Gresik. Cerminan Indonesia sehat diterjemahkan salah satunya adalah adanya Desa Sehat.

Desa sehat adalah suatu kondisi desa yang bersih, nyaman, aman, dan sehat untuk di huni penduduk yang di capai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah. Pengembangan desa sehat mencakup upaya

untuk lebih meningkatkan perilaku kesehatan dasar pada masyarakat desa, menyiapkan siagakan masyarakat untuk menghadapi masalah kesehatan, memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Prakarsa atau partisipasi masyarakat pada upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan wajib didorong secara bersama-sama semua lapisan masyarakat guna mewujudkan sebuah tatanan hidup masyarakat dengan sebuah paradigma “Desa Sehat” yang diharapkan bisa bermanfaat langsung bagi peningkatan status kesehatan dan kesejahteraan masyarakat desa. Salah satu gerakan untuk menciptakan atau mewujudkan sebuah desa dengan kondisi masyarakat desa yang memiliki pengetahuan tentang kesehatan termasuk gizi, mampu menerapkan pola dan budaya hidup sehat serta bersih baik jasmani maupun rohani. Selain itu juga untuk mewujudkan lingkungan yang sehat, bersih, rapi dengan mampu memanfaatkan sumber daya alam yang ada untuk kelangsungan hidup baik diri sendiri maupun orang lain dan juga sehat dalam arti mandiri secara ekonomi (Tualeka, 2017).

Sebuah desa dengan kategori sehat tentu harus punya indikator capaiannya, diantaranya : 1. Peningkatan kapasitas kader PKK dan Posyandu guna mendukung terwujudnya kesejahteraan keluarga, 2. Gerakan Sadar

Gizi atau Kadarzi (Keluarga sadar Gizi), 3. Gerakan PHBS dengan membudayakan kebiasaan CTPS (cuci tangan pakai sabun) dan SGPM (sikat gigi pagi malam) dengan benar, 4. Gerakan Pengelolaan Sampah rumah tangga secara mandiri dengan memisahkan sampah organik dan anorganik kemudian diolah menjadi produk bermanfaat, dan 5. Gerakan Jamban Sehat (Tualeka, 2017).

Balompanggung adalah salah satu dari 18 kecamatan yang ada di Kabupaten Gresik. Balompanggung memiliki 25 Desa, salah satunya adalah Desa Kedungsumber. Desa Kedungsumber 517,5 Ha yang terdiri dari 4 dusun yaitu Dusun Kedungsumber Timur terdiri dari 6 RT, dusun Kedungsumber Barat terdiri dari 5 RT, dusun Kedung Watu terdiri dari 4 RT dan dusun Gowah terdiri dari 2 RT. Jumlah penduduk seluruhnya adalah 2914 jiwa, dengan distribusi golongan umur terbanyak adalah antara usia 45-49 tahun, yakni dengan persentase 68,61%. Menurut jenis pekerjaan, pekerjaan mayoritas penduduk desa Kedungsumber adalah petani (90,7%). Mayoritas Pendidikan penduduk desa adalah SD/Sederajat (60,9%).

Visi Desa Sehat adalah menjadikan Desa Kedungsumber desa yang nyaman, bersih dan sehat bagi warganya untuk bertempat tinggal dan bekerja, berperilaku hidup bersih dan sehat (ber PHBS), religius,

rukun dan sejahtera menuju kehidupan yang berkualitas. Salah satu misi Desa Kedungsumber untuk menjadi desa sehat adalah dengan meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat serta pemenuhan kebutuhan dasar lainnya.

Pemberdayaan masyarakat desa adalah sebagai upaya mengembangkan kemandirian dan kesejahteraan masyarakat dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku, kemampuan, kesadaran, serta memanfaatkan sumber daya melalui penetapan kebijakan, program, kegiatan, dan pendampingan yang sesuai dengan esensi masalah dan prioritas kebutuhan masyarakat desa. Sehingga ada upaya-upaya sinergis dari seluruh komponen masyarakat desa dengan perannya masing-masing bersama berkomitmen menerapkan prinsip-prinsip hidup sehat dalam segala aspek kehidupan (Tualeka, 2017).

## **1.2 Permasalahan Mitra**

Pemberian suplementasi gizi merupakan suatu upaya yang dapat dilakukan dalam rangka mencukupi kekurangan kebutuhan gizi dari konsumsi makan harian yang berakibat pada timbulnya masalah kesehatan dan gizi pada kelompok rawan gizi. Salah satu program suplementasi yang saat ini dilaksanakan oleh pemerintah

yaitu Pemberian Makanan Tambahan pada balita, anak SD/MI dan ibu hamil.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi merupakan penyempurnaan sekaligus pengganti dari Kepmenkes Nomor 224/Menkes/SK/II/2007 Tentang Spesifikasi Teknis Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dan Kepmenkes Nomor 899/Menkes /SK/X/2009 Tentang Spesifikasi Teknis Makanan Tambahan Anak Balita 2-5 Tahun, Anak Usia Sekolah Dasar dan Ibu Hamil, disesuaikan dengan perkembangan hukum, ilmu pengetahuan dan teknologi. Selanjutnya dalam rangka penyesuaian dengan kebutuhan zat gizi pada tiap sasaran berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) tahun 2013 serta perbaikan tampilan produk Makanan Tambahan (MT) telah pula dilakukan perubahan terhadap bentuk kemasan menyesuaikan dengan aturan pemberian (Juknis PMT, 2017).

Berdasarkan Riskesdas tahun 2013 diketahui bahwa prevalensi balita kurus dan prevalensi balita stunting masing-masing sebesar 12,1 % dan 37,2 %, sedangkan prevalensi ibu hamil risiko Kurang Energi Kronis (KEK) sebesar 24,2%. Selain hal tersebut data Riskesdas tahun 2013 juga menunjukkan kurang gizi pada anak usia 5-12 tahun sebesar 11,2 % yang disebabkan karena berbagai hal diantaranya tidak

sarapan pagi dan lebih suka makanan yang tidak/kurang bergizi. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2016 menunjukkan bahwa prevalensi stunting pada balita sebesar 27,5%, balita kurus 8,0 %, balita sangat kurus 3,1 % dan balita risiko kurus 22,8% (Juknis PMT, 2017).

Status gizi balita merupakan cerminan dari status gizi masyarakat (Dewan Pertahanan Pangan, 2015). Masalah gizi akan timbul jika antara asupan zat gizi yang dikonsumsi dengan kebutuhan gizi tidak sesuai. Masalah gizi yang biasa timbul antara lain gizi kurang dan gizi buruk. Gizi kurang terjadi jika asupan zat gizi lebih rendah dibanding yang dibutuhkan, sedangkan gizi buruk terjadi jika asupan zat gizi semakin rendah. Usia dibawah lima tahun merupakan tahapan perkembangan yang rentan terhadap penyakit yang disebabkan karena kekurangan maupun kelebihan nutrisi (Kemenkes, 2015). Prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada anak balita di Indonesia meningkat dibandingkan tahun 2010 (Kemenkes, 2013).

Pemberian asupan nutrisi yang kurang tepat, akan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan balita jangka panjang, bersifat permanen dan sulit untuk diperbaiki. Dampak jangka pendek kekurangan gizi kronis adalah gangguan perkembangan otak dan gangguan pertumbuhan sedangkan dampak untuk

kekurangan gizi kronis adalah kematian (Kementrian Sosial, 2013).

Oleh karena itu masalah gizi perlu ditangani secara cepat dan tepat. Berbagai upaya untuk mengatasi masalah gizi telah dilakukan oleh pemerintah salah satunya adalah Pemberian makanan pendamping ASI (MPASI). Pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) dapat dibuat dari bahan pangan lokal sehingga balita mendapatkan asupan nutrisi dan suplementasi makanan yang cukup sesuai dengan usianya (Kementrian Sosial, 2013).

Penelitian Elisabeth Kristiansson, et all, 2016 berdasarkan hasil analisis data dari 31 negara memperlihatkan suplementasi makanan menunjukkan adanya kenaikan berat badan pada keluarga kurang mampu. Demikian halnya anak-anak usia 6 –23 bulan yang diberikan makanan tambahan selama 6 bulan menunjukkan kenaikan berat badan, selanjutnya ketika MT diberikan bersama edukasi gizi dan intervensi berbasis pangan lokal maka kenaikan berat badan menjadi lebih besar (Juknis PMT, 2017).

Berdasarkan rencana Pokja Desa Sehat di Desa Kedungsumber, ada 2 tatanan dalam Program kerja tersebut yakni: kehidupan masyarakat yang sehat dan mandiri serta kawasan pemukiman sarana dan prasarana yang sehat. Salah satu upaya untuk mewujudkan

masyarakat desa yang sehat dan mandiri adalah dengan suplementasi makanan. Pemberian produk makanan yang variatif dan kaya rasa akan menambah selera makan balita yang akan berdampak pada peningkatan berat badan balita.

Biskuit PMT biasanya diberikan pemerintah pada bulan Agustus di semua puskesmas di Indonesia, tidak terkecuali puskesmas Balongpanggang. Sosialisasi ke masyarakat tentang pemberian biskuit PMT pada balita sangat diperlukan. Sehingga pemberian biskuit PMT dapat efektif dan efisien.

Menurut penelitian Nur Hayati 2014, pemberian Biskuit PMT adalah salah satu bentuk suplementasi untuk meningkatkan berat badan balita. Pemberian Biskuit PMT tanpa pengawasan dari petugas kesehatan membuat informan memberikan Biskuit PMT tersebut dengan sesuka hati, bahkan ada yang memberikan Biskuit PMT kepada anak nya yang lain, tetangganya dan saudara informan. Agar upaya yang dilakukan pemerintah tidak sia sia, maka perlu adanya monitoring dan konseling sehingga dalam pemberian Biskuit PMT dapat memberikan dampak pada penambahan berat badan balita. Pemberian Biskuit PMT tanpa ada penyuluhan pada masyarakat atau konseling pada ibu ibu yang mempunyai balita gizi buruk tidak akan memberikan efek yang maksimal.

Menurut Elly Farida Ketua TP PKK Kota Depok, yang dikutip dari Web Pemerintahan Kota Depok 2017, menyediakan makanan bagi balita tidak semudah memberikan makanan bagi orang dewasa. Namun, Ketua Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (TP PKK) Kota Depok punya cara tersendiri agar menu yang Beragam Bergizi Seimbang dan Aman (B2SA) bisa dinikmati balita sebagai menu Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Kader harus mampu menampilkan makanan yang variatif dan beragam kepada masyarakat pada pelaksanaan Posyandu. Dengan menyajikan menu B2SA di Posyandu, katanya, akan semakin mampu mendorong terwujudnya peningkatan kualitas konsumsi pangan keluarga. Termasuk semakin menambah dan memperkaya variasi hidangan menu masakan bagi balita maupun lansia.

Untuk memberikan suplementasi tambahan selain pemberian PMT, banyak hal yang telah dilakukan Kader Kesehatan dalam hal ini Kader Posyandu. Salah satu program yang sudah ada yaitu program suplementasi Fe, namun program pemberian suplemen zat besi tidak mampu berdiri sendiri untuk menyelesaikan masalah anemia, karena kekurangan zat besi biasanya terjadi bersamaan dengan kekurangan zat gizi mikro lainnya, termasuk folat, vitamin C dan Vitamin E. Daun kelor mengandung unsur multi zat gizi mikro yang sangat

dibutuhkan oleh ibu hamil. Enam sendok makan penuh dapat memenuhi kebutuhan zat besi dan kalsium wanita hamil dan menyusui. B-caroten yang ditemukan dalam kelor merupakan prekursor retinol (vitamin A). Terdapat 25 jenis B-caroten pada daun kelor, tergantung dari varitas. Selain vitamin dan mineral daun kelor juga mengandung semua asam amino yang essensial (asam amino yang tidak diproduksi sendiri oleh tubuh, sehingga harus disuplai dari luar tubuh dalam bentuk jadi) (Yulfianti Yatim, 2018)



Gambar 1: Tanaman Kelor banyak terdapat di lingkungan Desa

Kelor merupakan bahan pangan yang kaya akan zat gizi makro dan mikro. Kandungan nilai gizi yang tinggi dalam daun kelor dapat dimanfaatkan untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi pada ibu menyusui dan balita dalam masa pertumbuhan (Aminah et al, 2015).

Tanaman kelor mudah tumbuh pada semua jenis tanah di negara beriklim tropis dengan toleransi terhadap kekeringan sampai 6 bulan (Mendeita-Araica, et al, 2013). Daun kelor memiliki kandungan karbohidrat, protein, zat besi, kalsium, Vitamin C, Vitamin A dan kalium yang tinggi (Krisnadi, 2015). Daun kelor dapat dikonsumsi secara langsung sebagai sayuran maupun sebagai fortifikasi bahan pangan (Aminah, et al, 2015). Konsumsi daun kelor merupakan salah satu alternatif untuk menanggulangi kasus kekurangan gizi di Indonesia (Zakaria, 2013)

Terbukti bahwa balita yang terindikasi stunting, gizi buruk dan gizi kurang pada tiga desa di Kecamatan Talibura, Kabupaten Sikka, Pulau Flores, memberi indikasi positif. 80 persen berat badan Balita meningkat berkisar rata-rata 2 ons dan berat badan semua anak bertambah (Elfi, 2019).

Dalam memenuhi permintaan konsumen, salah satu faktor yang sangat penting dalam mensukseskan program keanekaragaman pangan adalah melaksanakan pengembangan produk pangan. Pengembangan produk pangan ini merupakan upaya menciptakan suatu produk baru yang memiliki sifat antara lain sangat praktis, tersedia dalam segala ukuran, kalau digunakan tidak ada sisanya dan mudah diperoleh di mana saja. Dengan semakin sibuknya kehidupan setiap anggota rumah

tangga dan tidak cukupnya waktu untuk memasak makanan maka bentuk makanan yang siap olah dan siap santap merupakan pilihan yang terbaik (Ariani, 2013).

Masyarakat Desa Kedungsumber masih belum mengetahui tentang manfaat Daun Kelor yang banyak tumbuh di desa mereka, selama ini mereka hanya mengolah Daun Kelor untuk pakan ternak dan pengobatan alternatif. Untuk mewujudkan pengembangan produk pangan besumber dari potensi lokal maka perlu adanya pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat desa adalah sebagai upaya mengembangkan kemandirian dan kesejahteraan masyarakat dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku, kemampuan, kesadaran, serta memanfaatkan sumber daya melalui penetapan kebijakan, program, kegiatan, dan pendampingan yang sesuai dengan esensi masalah dan prioritas kebutuhan masyarakat desa.

Dengan demikian maka perlu adanya Program Pemberdayaan Masyarakat Desa dalam rangka Peningkatan Gizi Balita dengan Pengembangan Pangan Potensi Lokal yakni Daun Kelor dan Biskuit PMT sebagai salah satu bentuk suplementasi bagi Balita BGM (Bawah Garis Merah) Di Desa Kedungsumber Kecamatan Balongpanggang Gresik.

## **Bab II**

# **Pemberdayaan Masyarakat Desa**

Secara etimologis pemberdayaan berasal dari kata dasar “daya” yang berarti kekuatan atau kemampuan. Bertolak dari pengertian tersebut maka pemberdayaan dapat dimaknai sebagai suatu proses menuju berdaya, atau proses untuk memperoleh daya/ kekuatan/ kemampuan, dan atau proses pemberian daya/ kekuatan/ kemampuan dari pihak yang memiliki daya kepada pihak yang kurang atau belum berdaya.

Pengertian “proses” menunjukkan pada serangkaian tindakan atau langkah-langkah yang dilakukan secara kronologis sistematis yang mencerminkan pertahapan upaya mengubah masyarakat yang kurang atau belum berdaya menuju keberdayaan. Proses akan merujuk pada suatu tindakan nyata yang dilakukan secara bertahap untuk mengubah kondisi masyarakat yang lemah, baik knowledge, attitude, maupun practice (KAP) menuju pada penguasaan pengetahuan, sikap-perilaku sadar dan kecakapan-keterampilan yang baik.

### **A. Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan didefinisikan sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol atas keputusan dan tindakan yang memengaruhi kesehatan masyarakat, bertujuan untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat keterampilan dasar hidup dan meningkatkan pengaruh pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi. Sementara itu, menurut pemerintah RI dan United Nations International Children's Emergency Funds, pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitas yang bersifat noninstruktif untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan, dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektor maupun LSM dan tokoh masyarakat (United Nation International Children Emergency Fund , 2019)

Pada hakikatnya pemberdayaan merupakan penciptaan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang (enabling). Logika ini didasarkan pada asumsi bahwa tidak ada masyarakat yang sama sekali tanpa memiliki daya. Setiap masyarakat pasti memiliki daya, akan tetapi kadang-kadang mereka tidak menyadari atau daya tersebut masih belum diketahui secara eksplisit. Oleh karena itu daya harus digali dan kemudian dikembangkan. Jika asumsi ini berkembang maka pemberdayaan adalah upaya untuk membangun daya, dengan cara mendorong, memotivasi dan

membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki serta berupaya untuk mengembangkannya. Di samping itu hendaknya pemberdayaan jangan menjebak masyarakat dalam perangkat ketergantungan (charity), pemberdayaan sebaliknya harus mengantarkan pada proses kemandirian.

Pemberdayaan suatu komunitas mengacu pada proses yang memungkinkan komunitas untuk meningkatkan kontrol atas hidup mereka. "Komunitas " adalah kelompok orang yang mungkin atau mungkin tidak secara spasial terhubung, tetapi yang berbagi kepentingan umum, keprihatinan atau identitas. Komunitas ini bisa lokal, nasional atau internasional, dengan kepentingan tertentu atau luas. Pemberdayaan mengacu pada proses dimana orang mendapatkan kontrol atas faktor dan keputusan yang membentuk kehidupan mereka. Ini adalah proses di mana mereka meningkatkan aset dan atribut dan membangun kapasitas untuk mendapatkan akses, mitra, jaringan dan/atau suara, dalam rangka untuk mendapatkan kontrol kehidupan mereka.

Menurut (Laverack, 2008) menjelaskan bahwa:

*"Enabling" implies that people cannot "be empowered" by others; they can only empower themselves by acquiring more of power's different forms. It assumes that people are their own assets, and the role of the external agent is to catalyse, facilitate or "accompany" the community in acquiring power.*

Dari pendapat tersebut dapat disimpulkan, "Pemberdayaan menyiratkan bahwa orang tidak dapat "diberdayakan" oleh orang lain; mereka hanya dapat memberdayakan diri mereka sendiri dengan mengakuisisi lebih banyak bentuk kekuatan yang berbeda. Ini mengasumsikan bahwa orang adalah aset mereka sendiri, dan peran agen eksternal adalah untuk mengkatalarnya, memfasilitasi atau "menemani " komunitas dalam memperoleh kekuasaan.

Pemberdayaan suatu komunitas selalu membahas determinan sosial, budaya, politik dan ekonomi yang mendasari kesehatan, dan berusaha untuk membangun kemitraan dengan sektor lain dalam mencari solusi.

Dari hasil penelitian Dahyar Daraba (Daraba, 2015) terdapat faktor-faktor yang berpengaruh terhadap program pemberdayaan masyarakat adalah: (1) komunikasi (*communication*), (2) sumber daya (*resources*), (3) disposisi (*disposition*), dan (4) struktur birokrasi. Yang didukung pendapat Edward III, G.C; ( 2007: 66-69)

Desa Kedungsumber mempunyai Visi sebagai Desa Sehat, Desa Sehat adalah suatu upaya untuk menyehatkan kondisi pedesaan yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni warganya dengan mengoptimalkan potensi masyarakat, melalui pemberdayaan kelompok kerja masyarakat, difasilitasi oleh sektor terkait dan sinkron dengan perencanaan wilayah.

Sasaran dari Desa Sehat adalah:

1. Terlaksananya program kesehatan dan sektor terkait yang sinkron dengan kebutuhan masyarakat, melalui pemberdayaan forum yang disepakati masyarakat.
2. Terbentuknya forum masyarakat yang mampu menjalin kerjasama antar masyarakat, pemerintah kabupaten dan pihak swasta, serta dapat menampung aspirasi masyarakat dan kebijakan pemerintah secara seimbang dan berkelanjutan dalam mewujudkan sinergi pembangunan yang baik.
3. Terselenggaranya upaya peningkatan lingkungan fisik, sosial dan budaya serta perilaku dan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara adil, merata dan terjangkau dengan memaksimalkan seluruh potensi sumber daya di kabupaten tersebut secara mandiri.
4. Terwujudnya kondisi yang kondusif bagi masyarakat untuk meningkatkan produktifitas dan ekonomi wilayah dan masyarakatnya sehingga mampu meningkatkan kehidupan dan penghidupan masyarakat menjadi lebih baik (Kesmas, 2019)

Untuk mewujudkan hal itu maka tim pengabdian masyarakat UMG berkolaborasi dengan pemerintahan Desa serta kader kesehatan di Desa Kedungsumber untuk membuat suatu program Peningkatan Gizi Balita berbasis pengembangan bahan pangan potensi lokal.

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan mengemuka sejak dideklarasikannya Piagam Ottawa. Piagam

Ottawa menegaskan bahwa partisipasi masyarakat merupakan elemen utama dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Selanjutnya, Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke-7 di Nairobi, Kenya, menegaskan kembali pentingnya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan dengan menyepakati perlunya: membangun kapasitas promosi kesehatan, penguatan sistem kesehatan, kemitraan dan kerjasama lintas sektor, pemberdayaan masyarakat, serta sadar sehat dan perilaku sehat.

## **B. Model Pemberdayaan Masyarakat Desa**

Sepuluh model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan diformulasikan sebagai berikut. Pertama, model pengembangan lokal yaitu pemberdayaan masyarakat sejalan dengan model pengembangan lokal sebagai upaya pemecahan masalah masyarakat melalui partisipasi masyarakat dengan pengembangan potensi dan sumber daya lokal (Fleming ML, 2014)

Kedua, model promosi kesehatan dilakukan melalui empat pendekatan, yaitu persuasi (bujukan/kepercayaan) kesehatan, konseling personal dalam kesehatan, aksi legislatif, dan pemberdayaan masyarakat. Ketiga, model promosi kesehatan perspektif multidisiplin mempertimbangkan lima pendekatan meliputi medis, perilaku, pendidikan, pemberdayaan, dan perubahan sosial (Lewis GH, 2008)

Keempat, model pelayanan kesehatan primer berbasis layanan masyarakat menurut Ife, masyarakat harus bertanggung jawab dalam mengidentifikasi kebutuhan dan menetapkan prioritas, merencanakan dan memberikan layanan kesehatan, serta memantau dan mengevaluasi layanan kesehatan (Ife, 2010)

Kelima, model pemberdayaan masyarakat meliputi partisipasi, kepemimpinan, keterampilan, sumber daya, nilai-nilai, sejarah, jaringan, dan pengetahuan masyarakat (Rehn NS, 2006). Keenam, model pengorganisasian masyarakat yaitu hubungan antara pemberdayaan, kemitraan, partisipasi, responsitas budaya, dan kompetensi komunitas. Ketujuh, model determinan sosial ekonomi terhadap kesehatan meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan modal atau kekayaan yang berhubungan satu sama lain dengan kesehatan (House JS, 2012)

Kedelapan, model kesehatan dan ekosistem masyarakat interaksi antara masyarakat, lingkungan, dan ekonomi dengan kesehatan. Kesembilan, model determinan lingkungan kesehatan individual dan masyarakat determinan lingkungan kesehatan individual meliputi lingkungan psikososial, lingkungan mikrofisik, lingkungan ras/kelas/gender, lingkungan perilaku, dan lingkungan kerja (T., Collins, 2013)

Sementara itu, determinan lingkungan kesehatan masyarakat meliputi lingkungan politik/ekonomi, lingkungan makrofisik, tingkat keadilan sosial dan keadilan dalam

masyarakat, serta perluasan kontrol dan keeratan masyarakat. Kesembilan, model penanggulangan penyakit berbasis keluarga yaitu pemeliharaan kesehatan dilakukan secara swadaya dan mandiri oleh keluarga melalui penumbuhan kesadaran, peningkatan pengetahuan, dan keterampilan memelihara kesehatan. Kesepuluh, model pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD) (T, 2010)

Dalam rangka penyederhanaan konseptualisasi model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang direkomendasikan, dilakukan kategorisasi variabel yang dikelompokkan ke dalam variabel masukan, proses, dan keluaran. Masukan pemberdayaan terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal komunitas. Faktor internal komunitas meliputi tingkat pendidikan, pengetahuan, kesadaran, kepedulian, kebiasaan, dan status ekonomi, kepemimpinan, modal sosial, partisipasi masyarakat, sumber daya lokal, survei mawas diri, dan musyawarah masyarakat desa. Faktor eksternal komunitas meliputi akses informasi kesehatan, peran petugas kesehatan, peran fasilitator program kesehatan, peran pemerintahan desa, peran instansi pemerintah di tingkat kecamatan dan kabupaten, dan dukungan dana pemerintah (Sulaeman, 2012)

Adapun proses pemberdayaan meliputi proses pemberdayaan dan pemanfaatan sumber daya di dalam masyarakat yang dilakukan terhadap faktor internal komunitas,

dan proses fasilitasi dan dukungan sumber daya dari luar masyarakat yang dilakukan terhadap faktor eksternal komunitas. Keluaran pemberdayaan adalah keberdayaan masyarakat bidang kesehatan pada program Desa meliputi kemampuan mengidentifikasi masalah kesehatan lokal dan kemampuan pemecahan masalah kesehatan lokal pada program Desa Sehat (Sulaeman, 2012)