

## PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN SEBAGAI STRATEGI INTERVENSI KEPERAWATAN DALAM PENCEGAHAN DAN PENANGANAN RESIKO GIZI KURANG

Dely Maria Panggabean<sup>\*)</sup>

Akademi Keperawatan Yayasan RS Jakarta

### Abstrak

*Tujuan penelitian ini adalah memberikan gambaran tentang penerapan pemberdayaan kader kesehatan dalam pelaksanaan PANTAU (Pemantauan Angka Nutrisi) terhadap pencegahan dan penanganan resiko gizi kurang pada anak usia sekolah di SDN Sindangkarsa 01 Kelurahan Sukatani, Depok. Metode Penelitian yang digunakan Eksperimen. Hasil pemberdayaan kader kesehatan menunjukkan peningkatan kemampuan anak usia sekolah dalam pengetahuan 8%, sikap 6%, keterampilan 2.3%. Tidak terjadi penurunan angka status gizi kurang, namun terjadi peningkatan berat badan 400-500 gram pada siswa yang mengalami resiko gizi kurang sebesar 1.02%.*

**Kata kunci :** *Pemberdayaan Kader Kesehatan, Anak Usia Sekolah, Gizi Kurang*

### Abstract

**[Empowerment of Health Worker as Strategy of Nursing Intervention in Prevention and Treatment of Less Nutritional Risk]** *The purpose of the writing to give an overview application of empowerment Kader in performing PANTAU in prevention and treatment of malnutritional risk on school age children in SDN Sindangkarsa 01 kelurahan Sukatani. The results of kader empowerment shows increase in the ability of school age children in knowledge 8, attitude 6%, and skills 2.3%. The number of malnutrition figure has decline, an increase in weight 400-500 gram in students who have experienced malnutrition risk amounting to 1.02%.*

**Keywords :** *Empowering of Health Worker, School-Age Children, Mal-Nutrition*

**Info Artikel :** *Dikirim 3 Maret 2017; Revisi 20 April 2017; Diterima 5 Mei 2017*

### 1. Pendahuluan

Masa usia sekolah memiliki perubahan dalam pertumbuhan fisik demikian juga perkembangan kognitif, sosial dan aktivitas. Faktor yang mendukung hal tersebut salah satunya yaitu nutrisi anak usia sekolah. Pemenuhan kebutuhan nutrisi anak sekolah dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko. Faktor risiko tersebut meliputi usia dan biologi (genetic), lingkungan dan gaya hidup. Stanhope dan Lancaster (2010). Faktor risiko dari segi usia, dimana usia anak sekolah (6-12 tahun) merupakan kelompok yang berisiko terhadap masalah nutrisi dikarenakan pemasukan yang tidak seimbang (Allender, Rector & Warner, 2010). Genetik, merupakan salah satu penyebab terjadinya gizi lebih (Hitchcock, 1999; Barlow, 2007; Kaakinen, 2010).

Lingkungan sosial dan lingkungan fisik merupakan faktor risiko yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan nutrisi (Stanhope & Lancaster, 2010). Faktor ekonomi merupakan komponen dari

lingkungan sosial, dimana terdapat hubungan antara sumber finansial dan kebutuhan. Keluarga yang memiliki sumber ekonomi adekuat, diharapkan keluarga dapat mengakomodasi kesehatannya. Anak yang hidup dalam kemiskinan mengalami nutrisi kurang sampai dengan buruk (Benyamin, 1996 di dalam Hitchcock, 1999; Allender, Rector & Warner, 2010).

Perilaku hidup sehat sangat dipengaruhi oleh keluarga seperti konsumsi makan yang sehat (James dan Flores (2004), di dalam Kaakinen, Duff, Coehlo dan Hanson (2010). Perilaku hidup sehat dipengaruhi oleh gaya hidup. Gaya hidup juga dapat mempengaruhi kesehatan anggota keluarga lainnya. Kaakinen (2010) mempertegas, bahwa bila salah satu anggota keluarga berinisiatif untuk merubah perilaku, anggota keluarga yang lain juga akan melakukan perubahan.

Selain dari fakta gaya hidup, media massa mempengaruhi individu dalam perilaku kesehatan. Media memberikan hal yang positif dan negatif terhadap hal yang ditampilkan (Pender, 2002). Hal tersebut diperkuat dalam suatu penelitian bahwa meskipun keluarga dapat menjadi model di dalam

\*) Penulis Korespondensi

E-mail: clara\_laalaa@yahoo.com

keluarga dan mendorong perilaku makan yang sehat, namun pengaruh yang besar dalam pemilihan makanan yaitu media massa (Batada, Seitz, Wootan dan Story, 2008).

Gizi adekuat sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan. Faktor risiko dari penyakit dan kematian di negara berkembang yaitu gizi kurang (Amare, et.all, 2012; Olosunya, 2010). Hal tersebut dapat berdampak pada perkembangan kognitif dan performance anak (Cook, 2002; Hall, et.all, 2001 dalam Allender, 2010; Hioui, Azzaoui, Ahami & Aboussaleh, 2011).

Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan prevalensi nasional anak usia sekolah (6 - 12 tahun), kategori gizi kurang sebesar 11.2%. Status gizi anak usia sekolah di Depok sebesar 4.68%, sedangkan di SD Sindangkarsa 01 sebesar 4.02 %. Berdasarkan hasil pengkajian melalui angket dan wawancara terhadap 565 responden (siswa dan orang tua), didapatkan data hasil kuesioner orang tua sebagai berikut: pendidikan kepala keluarga SMA (63,2%), pendidikan ibu (56,8%), pendapatan keluarga diatas UMR (55,9%), pengetahuan keluarga mengenai gizi baik (61,4%), sikap keluarga terhadap gizi baik (83,6%) dan perilaku gizi keluarga baik (57,6%). Faktor risiko dari keluarga yang mempengaruhi masalah gizi yaitu keluarga masih belum menyediakan sayur tiap hari (27,9%), belum menyediakan buah tiap hari (25,6%), menganggap berat badan kurang merupakan hal yang biasa (24,3%), keluarga tidak menyediakan sarapan tiap hari (45,3%).

Hasil penelitian pada siswa kelas 1-5 sejumlah 565 responden didapatkan data : pengetahuan siswa terhadap gizi baik (67,8%), sikap siswa terhadap gizi (83,6%), perilaku anak terhadap gizi baik (67,2%), pengaruh teman sebaya terhadap gizi didapatkan kurang baik sebesar 32,4%. Faktor resiko dari perilaku siswa yang berpotensi terhadap gizi kurang yaitu belum mengkonsumsi makan buah (45,2%), jajan setiap hari (55,3%), siswa menganggap berat badan kurang merupakan hal yang sehat (37%), sering diajak teman jajan (24,6%), jantjan dengan teman jajan (23,4%).

Model yang digunakan dalam pelaksanaan strategi intervensi yaitu model Coordinated School Health Program (CSHP). Komponen CSHP yang digunakan yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, lingkungan sekolah sehat dan keterlibatan keluarga dan komunitas. Strategi intervensi keperawatan komunitas yang dilakukan yaitu pemberdayaan kader kesehatan (kader kesehatan) di dalam sekolah.

## 2. Bahan & Metode

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk mengkaji anak usia sekolah yaitu *winshield survey*, *literature review*, *interview*. Alat pengumpulan data yang digunakan yaitu kuesioner. Komponen dari kuesioner tersebut mengacu pada 4

(empat) dari 8 (delapan) komponen CSHP yaitu pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, lingkungan sekolah sehat dan keterlibatan keluarga/komunitas.

Model intervensi yang digunakan adalah model *Coordinated School Health Program (CSHP)* dan Model manajemen (*planning, organizing, staffing, actuating dan controlling*). Model manajemen diintegrasikan di dalam model CSHP yaitu di bagian komponen pelayanan kesehatan.

Variabel manajemen pelayanan kesehatan diintegrasikan dalam model *Coordinated School Health Program (CSHP)* yaitu komponen pelayanan kesehatan anak usia sekolah kelas I-V SDN Sindangkarsa 01 Kelurahan Sukatani Depok.

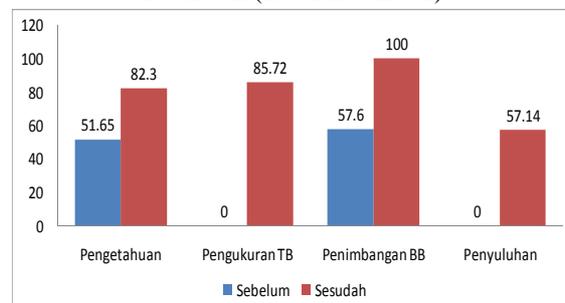
## 3. Hasil & Pembahasan

Pelaksanaan kegiatan berfokus pada pengoptimalan pengorganisasian. Kegiatan yang dilakukan meliputi terbentuknya kader kesehatan gizi, pelatihan kader kesehatan guru tentang gizi simbang, pengukuran berat badan dan tinggi badan , penghitungan status nutrisi, metode dan media pendidikan kesehatan. Hasil yang didapatkan yaitu terbentuknya kader kesehatan gizi, kader mampu melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan, melakukan penyuluhan pada siswa di kelas dengan menggunakan media kartu gizi.

Asuhan keperawatan komunitas dilakukan kegiatan pada siswa di kelas berupa materi gizi seimbang, gizi kurang, jajanan sehat dan pemilihan makan yang sehat dalam bentuk media kartu gizi dan video. Siswa juga diberikan permainan berupa penyusunan triguna makanan ditempel di dalam media kertas asturo.

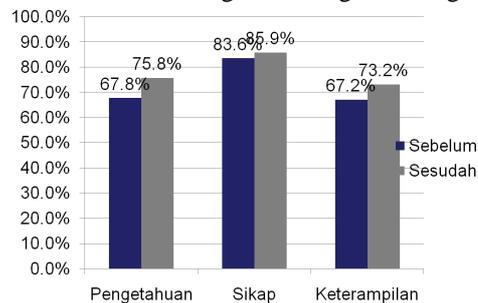
Hasil yang didapatkan dari asuhan keperawatan komunitas setelah kegiatan pemberdayaan kesehatan yaitu terjadi peningkatan pengetahuan siswa sebesar 8%, sikap (6%), perilaku (2.3%).

Tabel 1. Distribusi frekuensi kemampuan kader kesehatan (kader kesehatan)



Pelaksanaan kegiatan UKS memerlukan peran serta seluruh pihak terkait, yaitu institusi sekolah dan pelayanan keperawatan komunitas pada masalah pengorganisasian. Perbaikan fungsi pengorganisasian meliputi pembentukan struktur kader kesehatan, pengoptimalan peran dan fungsi tim pelaksana UKS.

Tabel 2. Distribusi frekuensi perilaku kesehatan sebelum dan sesudah intervensi keperawatan pada anak usia sekolah dengan resiko gizi kurang



Tugas kader kesehatan yaitu monitoring berat badan dan tinggi badan, penyuluhan gizi ke siswa. Dibentuknya kader kesehatan agar membantu sekolah dalam pelaksanaan TRIAS UKS, dalam hal ini membantu kinerja guru yang memiliki tugas dan tanggungjawab tidak hanya dalam pelaksanaan UKS.

Pembenahan di fungsi pengorganisasian merupakan hal yang sangat penting dikarenakan bila fungsi organisasi berjalan optimal, kegiatan di program UKS akan berjalan dengan baik. Pengorganisasian akan optimal didukung dengan SDM yang berkualitas. Marquis&Houston (2010) menyatakan di dalam pengorganisasian perlunya tenaga kerja/staff yang cukup terampil untuk mencapai tujuan organisasi. Oleh sebab itu perlunya pelatihan yang optimal dilakukan pada guru dan keterlibatan pihak puskesmas dalam hal supervise untuk meningkatkan pengembangan kegiatan UKS.

#### 4. Implikasi Keperawatan

##### a. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Keberhasilan kader kesehatan gizi dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik gizi AUS dengan resiko gizi kurang dapat menjadi program layanan kesehatan sekolah. Hal ini merupakan strategi intervensi yang bervariasi sehingga mendorong untuk mengembangkan kader kesehatan gizi dengan masalah lain misalnya kader kesehatan PHBS, dan lain-lain. Perilaku jajan anak yang sulit untuk dikurangi dapat dimodifikasi dengan Gerakan Bekal Sehat. Perlunya kebijakan tentang aturan jenis jajanan yang boleh dijual. Pihak dinas kesehatan bagian BPOM melakukan uji coba makanan pada semua sekolah. *Reward* dan *punishment* diterapkan untuk motivasi menjual jajanan sehat.

##### b. Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Gizi kurang merupakan hal yang telah lama terjadi di area anak usia sekolah. Walaupun saat ini sudah terjadi pergeseran gizi kurang menjadi gizi lebih. Hasil penelitian ini menjadi langkah untuk memusatkan penanganan anak usia sekolah dengan resiko gizi kurang dimulai pada area sekolah. Dikarenakan sekolah merupakan factor lingkungan yang sangat melekat pada anak

usia sekolah. Strategi pemberdayaan merupakan salah satu solusi bagi penanganan resiko gizi kurang. Pemberdayaan kader kesehatan gizi dapat menjadi inspirasi atau rujukan bagi residen selanjutnya atau acuan membuat modul-modul, buku panduan dan media-media pembelajaran yang lebih menarik untuk pendidikan gizi di sekolah, keluarga atau di masyarakat. Pemberdayaan kader kesehatan gizi dapat digunakan untuk ilmu komunitas dan menambah *evidence base practice community nursing*.

#### 5. Kesimpulan

Status gizi kurang pada anak usia sekolah setelah dilakukan intervensi tidak terjadi perubahan, namun terjadi peningkatan berat badan 400-500 gram sebesar 1.02% setelah aplikasi pemberdayaan kader kesehatan gizi. Peningkatan kemampuan pengetahuan (8%), sikap (2.3%) dan keterampilan (6%) anak usia sekolah dengan resiko gizi kurang terkait prinsip gizi seimbang setelah aplikasi pemberdayaan kader kesehatan gizi. Peningkatan peran dan fungsi tim pelaksana UKS dapat menurunkan resiko angka gizi kurang pada anak usia sekolah khususnya peran kader kesehatan gizi secara bermakna, peran guru dan keluarga belum maksimal.

#### 6. Saran

Pihak Dinas Kesehatan mengoptimalkan Program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) perlu ditingkatkan untuk pembinaan dan pemberdayaan keluarga, melalui kerjasama dengan Dinas Pendidikan sehingga dapat dilaksanakan koordinasi dengan Pihak sekolah untuk mengimplementasi kegiatan yang mendukung seperti diadakan pelatihan guru UKS secara kontinu, dan atau menempatkan guru UKS yang terlatih pada setiap sekolah, kebijakan terkait jajanan sehat, serta pendidikan gizi. Demikian juga bagi Perawat komunitas perlu pengembangan pendekatan dalam merubah perilaku kurang sehat menjadi perilaku sehat misalnya perilaku makan seimbang, bekal sehat dan jajanan sehat.

#### 7. Daftar Pustaka

- Allender, Rector&Warner. (2010), *Community health nursing: promoting and protecting the public health*, seventh edition. Philadelphia: Lippincott
- Friedman, M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2003). *Family nursing : Research theory& Practice*. Fifth edition. New Jersey. Person Education Inc.
- Gomes.(2013). *Family and women decide child nutrition*.Vo.5.No.7.SciRes
- Hittchock, J.E et al. (1999). *Community health nursing. Caring in action*.New York.Delmar Publisher
- James.(2013). *Nursing care of children :principles and practice*.Fourth edition.St.Louis: Elsevier

- Lancaster.S. (2010).*Community public health nursing*. Sixth Edition.
- Olusanya.(2010).*Assesment of the food habits and school feeding programme of pupils in a rural community in odogbolu local government area of ogun state,nigeria*.Pakistan Journl of Nutrition
- Riskesdas (2013). *Laporan nasional Riskesdas tahun 2013*.  
[www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id). Diakses tanggal 25 Maret 2014
- Saifah,A., Sahar, J., (2011). *Hubungan peran keluarga, guru, teman sebay dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah darar wilayah kerja puskesmas Mabelopura Kota Palu*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Taylor., Evers.,Kenna.(2005).*Determinants of healthy eating in children and youth*.Canadian Journal of Public Health  
USA. Mosby Company