

**EVALUASI IMPLEMENTASI DESA SIAGA DALAM UKBM DAN KADARZI:
STUDI KASUS PASCA ERUPSI MERAPI DI DESA TALUN, KLATEN****Yaltafit Abror Jeem¹, Russy Novita Andriani², Sunarto³**⁽¹⁾Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Islam
Indonesia, Yogyakarta, Indonesia⁽²⁾Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta, Indonesia**ARTICLE INFO****Artikel history :**

Submitted : 2025-08-15

Accepted : 2025-10-31

Publish : 2025-12-31

Kata kunci : Desa Siaga, kesehatan masyarakat, gizi keluarga, partisipasi masyarakat, koordinasi lintas sektor**Keywords:** *Alert Village, public health, family nutrition, community empowerment, health coordination, rural health***ABSTRAK**

Pemberdayaan masyarakat melalui program Desa Siaga merupakan strategi penting dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kesadaran gizi keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi program Desa Siaga di Desa Talun, Kecamatan Kemalang, Kabupaten Klaten, dengan fokus pada pelaksanaan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat dan Keluarga Sadar Gizi. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus, melibatkan observasi non-partisipatif, wawancara mendalam, dokumentasi, dan diskusi kelompok terarah. Hasil menunjukkan bahwa 90% balita rutin mengikuti Posyandu, namun pemahaman masyarakat terhadap UKBM masih rendah. Poskesdes belum berfungsi optimal karena bidan tidak berdomisili di desa. Hambatan utama meliputi keterbatasan dana, koordinasi lintas sektor yang lemah, dan rendahnya partisipasi masyarakat. Meskipun demikian, terdapat potensi besar dari kader kesehatan dan dukungan perangkat desa. Penelitian ini memberikan kontribusi terhadap penguatan kebijakan kesehatan berbasis bukti, khususnya dalam konteks desa pasca-erupsi dan penguatan sistem kesehatan komunitas. Rekomendasi meliputi peningkatan koordinasi lintas sektor, pelatihan kader, dan evaluasi berkelanjutan oleh pemerintah daerah.

ABSTRACT

Community empowerment through the Alert Village program is a strategic effort to improve public health and family nutrition awareness. This study aims to analyze the implementation of the Alert Village program in Talun Village, Kemalang Subdistrict, Klaten Regency, focusing on community-based health efforts and nutrition-conscious family behavior. A qualitative case study approach was used to explore the phenomenon in depth within the local social and cultural context. Data were collected through non-participatory observation, in-depth interviews, documentation, and focus group discussions. The results reveal a high coverage of Posyandu services, with 90% of toddlers attending regularly. However, this contrasts with a low level of community understanding regarding Other Community-Based Health Efforts (UKBM). Furthermore, Village Health Posts (Poskesdes) are not functioning optimally, a situation largely attributable to the non-residence of midwives in the village. Several systemic barriers were identified, encompassing limited financial resources, insufficient coordination across sectors, and a lack of active community engagement. Despite these challenges, the study identified key assets, including a committed cadre of health volunteers and demonstrated support from village leadership. These findings contribute valuable evidence for crafting targeted health policies, especially in the context of rehabilitating communities after a volcanic eruption and reinforcing community-based health infrastructure. Consequently, we recommend: (1) improving mechanisms for cross-sectoral collaboration, (2) investing in comprehensive training for health cadres, and (3) establishing a framework for ongoing evaluation by local government authorities.

✉ Corresponding Author:

Yaltafit Abror Jeem

Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta, Indonesia

Telp. 085643661294

Email: 167110414@uii.ac.id

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan bagian penting dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) dan pencapaian pembangunan nasional. Tiga belas dari tujuh belas tujuan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) berkaitan langsung dengan kesehatan, menunjukkan bahwa sektor ini memiliki peran strategis dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat (Astuti et al., 2021). Di Indonesia, tantangan kesehatan masih tinggi, seperti tingginya angka kemiskinan, rendahnya konsumsi makanan bergizi, dan prevalensi gizi kurang pada balita (Utami, 2021).

Sebagai upaya untuk mengatasi tantangan tersebut, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengembangkan program Desa Siaga sebagai strategi pemberdayaan masyarakat berbasis komunitas. Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya, kemampuan, dan kemauan untuk mencegah serta mengatasi masalah kesehatan secara mandiri (Raharni et al., 2010). Dua indikator utama dalam pelaksanaan Desa Siaga adalah *Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat* (UKBM) dan perilaku *Keluarga Sadar Gizi* (KADARZI), yang bertujuan meningkatkan akses dan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan dasar (Sulaeman et al., 2020; Rosyadi & Purnomo, 2012).

Berbagai studi menunjukkan bahwa keberhasilan program Desa Siaga sangat dipengaruhi oleh koordinasi lintas sektor, peran aktif tenaga kesehatan, serta partisipasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan (Habibullah, 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2017). Namun, pelaksanaan program di lapangan masih menghadapi kendala seperti rendahnya pemahaman masyarakat terhadap konsep Desa Siaga, belum optimalnya fungsi Poskesdes, serta keterbatasan pendanaan dan tenaga pendamping (Kementerian Kesehatan RI, 2020; Hill et al., 2014; German Health Practice Collection, 2015).

Berdasarkan kajian literatur, sebagian besar penelitian tentang Desa Siaga berfokus pada aspek struktural dan partisipasi masyarakat, namun belum banyak yang mengevaluasi implementasi program dalam konteks desa pasca-bencana dengan pendekatan sosial budaya lokal. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan program Desa Siaga di Desa Talun, Klaten, dengan fokus pada UKBM dan KADARZI, serta menilai efektivitasnya dalam mendukung kebijakan kesehatan masyarakat lokal yang berkelanjutan dan relevan dengan target SDGs, khususnya SDG 3 (Good Health and Well-being) dan SDG 2 (Zero Hunger).

Penelitian ini dilakukan di Desa Talun, Kecamatan Kemalang, Kabupaten Klaten, yang telah ditetapkan sebagai Desa Siaga oleh Dinas Kesehatan setempat. Desa ini memiliki data pelaksanaan UKBM dan KADARZI yang memadai untuk dianalisis. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi implementasi program Desa Siaga dalam pelaksanaan UKBM dan KADARZI serta menilai efektivitasnya dalam mendukung kebijakan kesehatan masyarakat di tingkat lokal.

Rencana pemecahan masalah dilakukan melalui pendekatan studi kasus kualitatif untuk menggali secara mendalam dinamika pelaksanaan program di tingkat desa. Penelitian ini mengembangkan hipotesis bahwa efektivitas program Desa Siaga dipengaruhi oleh tingkat pemahaman masyarakat, dukungan lintas sektor, dan keberfungsian fasilitas kesehatan desa.

METODE

Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pendekatan ini dipilih untuk menggambarkan secara mendalam implementasi

program Desa Siaga dalam pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dan kesadaran gizi keluarga di Desa Talun, Kecamatan Kemalang, Kabupaten Klaten. Studi kasus memungkinkan eksplorasi terhadap fenomena sosial dan budaya yang memengaruhi efektivitas program.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kasus deskriptif eksploratif dengan pendekatan kualitatif, bertujuan untuk menggambarkan secara mendalam implementasi program Desa Siaga di Desa Talun, Kecamatan Kemalang, Kabupaten Klaten, khususnya pada pelaksanaan UKBM dan KADARZI pasca erupsi Merapi tahun 2010. Penelitian dilakukan dalam konteks sosial yang nyata, dengan peneliti sebagai instrumen utama.

Variabel operasional dalam penelitian ini terdiri dari tiga aspek utama. Pertama, UKBM atau Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat, yang mencakup keberadaan dan fungsi Posyandu balita dan lansia, Poskesdes, serta Warung Obat Desa. Indikator yang diamati meliputi jumlah dan frekuensi kegiatan, partisipasi kader, cakupan pelayanan, dan dukungan lintas sektor. Kedua, KADARZI atau Keluarga Sadar Gizi, yang diukur melalui lima indikator perilaku gizi keluarga, yaitu pemberian ASI eksklusif, penggunaan garam beryodium, konsumsi makanan beragam, minum suplemen gizi seperti TTD dan vitamin A, serta penimbangan berat badan balita secara teratur. Ketiga, Desa Siaga, yang indikatornya meliputi keberadaan Poskesdes, forum kesehatan desa, sistem surveilans masyarakat, kesiapsiagaan bencana, dan pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat.

Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan teknik triangulasi, yaitu kombinasi antara observasi non-partisipatif, wawancara mendalam, dokumentasi, dan Focus Group Discussion. Instrumen pendukung meliputi pedoman wawancara, lembar observasi, perekam suara, kamera, dan buku catatan lapangan. Contoh pertanyaan wawancara mendalam yang digunakan antara lain: apa yang Anda ketahui tentang konsep Desa Siaga?, bagaimana pelaksanaan kegiatan Posyandu di desa Anda?, apakah Anda mengetahui program KADARZI dan bagaimana penerapannya di keluarga Anda?, apa kendala yang Anda hadapi dalam mengikuti kegiatan kesehatan desa?, serta bagaimana peran bidan desa dan kader dalam mendukung kesehatan masyarakat?.

Indikator observasi yang digunakan meliputi keaktifan Posyandu seperti jumlah balita hadir, kegiatan PMT (Pemberian Makanan Tambahan), dan penyuluhan; fungsi Poskesdes seperti jam operasional, jenis layanan, dan kehadiran bidan; kegiatan kader seperti jumlah kader aktif, pertemuan rutin, dan pelatihan; pelaksanaan program KADARZI seperti penyuluhan, distribusi suplemen, dan pemantauan balita BGM (Bawah Garis Merah); serta dukungan masyarakat dan koordinasi lintas sektor.

Subjek penelitian

Narasumber dipilih secara purposive berdasarkan keterlibatan aktif dalam pelaksanaan program UKBM dan KADARZI. Jumlah Narasumber sebanyak delapan belas orang, terdiri dari Kepala Puskesmas, Kepala Desa, Bidan Desa, Petugas gizi, Kader Posyandu balita dan lansia, Tokoh masyarakat, Karang taruna, Orang tua balita, dan Anggota Forum Tanggap Situasi Talun. Pemilihan Narasumber bertujuan untuk memperoleh perspektif yang beragam dan mendalam dari berbagai elemen masyarakat yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan program Desa Siaga.

Analisis Data

Data dianalisis secara tematik melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Validitas data dijaga melalui triangulasi sumber dan metode, serta member checking dan audit trail. Hasil analisis digunakan untuk mengidentifikasi pola, makna,

dan faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan dan tantangan dalam pelaksanaan program Desa Siaga di Desa Talun.

HASIL

Desa Talun adalah salah satu desa di Kecamatan Kemalang, Kabupaten Klaten, Provinsi Jawa Tengah. Desa Talun memiliki luas wilayah 15.315 Ha. Pembagian wilayah terdiri atas 10 dusun dan terbagi lagi menjadi 21 RT dan 10 RW. Dari hasil pendataan tahun 2008 jumlah penduduk berjenis kelamin laki-laki 1075, perempuan 1103. Agama Islam paling banyak dianut oleh masyarakat, dengan pekerjaan sebagian besar adalah buruh pasir, peternak sapi dan banyak orang yang belum bermata pencaharian. Fasilitas pendidikan di Desa Talun terdiri dari 2 TK, 2 SD. Untuk fasilitas kesehatan memiliki 1 Poskesdes, 1 Bidan desa, 5 Posyandu balita, 1 Posyandu lansia.

Tabel 1. Narasumber penelitian beserta perannya dalam wawancara dan Focus Group Discussion (FGD)

No	Nama Narasumber	Usia	Peran	Wawancara	FGD
1	Ny. W	44	Ketua kader Posyandu	✓	
2	Ny. F	0	Petugas gizi	✓	
3	Ny. Sr	30	Kader Posyandu	✓	✓
4	Tn. J	55	Kepala Dusun, Ketua FORTASITA	✓	
5	Tn. M	32	Tokoh masyarakat	✓	✓
6	Ny. Sn	42	Kader Posyandu	✓	
7	Tn. N	21	Warga (Pemuda)	✓	
8	Tn. Jm	41	Kepala Desa	✓	
9	Ny. Ag	32	Bidan Desa Talun	✓	
10	Tn. Ar	42	Kepala Puskesmas Kemalang	✓	
11	Ny. P	39	Kader Posyandu		✓
12	Ny. Sp	32	Kader Posyandu		✓
13	Ny. Sh	46	Kader Posyandu		✓
14	Tn. Sd	70	Tokoh Masyarakat		✓
15	Ny. Sl	41	Kader Posyandu		✓
16	Ny. T	33	Kader Posyandu		✓
17	Ny. S	27	Kader Posyandu		✓
18	Ny. Wr	30	Kader Posyandu		✓

✓ = Partisipasi dalam metode pengumpulan data

Dalam pelaksanaan penelitian ini, partisipasi narasumber terdiri dari berbagai elemen masyarakat yang memiliki peran strategis dalam implementasi program Desa Siaga di Desa Talun. Narasumber yang terlibat dalam wawancara mendalam berjumlah sepuluh orang, terdiri dari ketua kader Posyandu, petugas gizi, kader Posyandu, kepala dusun yang juga menjabat sebagai ketua Forum Tanggap Siaga Bencana (FORTASITA), tokoh masyarakat, pemuda desa, kepala desa, bidan desa, dan kepala Puskesmas Kemalang. Keterlibatan mereka dalam wawancara bertujuan untuk menggali pemahaman, pengalaman, serta pandangan terhadap pelaksanaan program Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI).

Sementara itu, kegiatan Focus Group Discussion (FGD) melibatkan delapan belas narasumber, yang sebagian besar merupakan kader Posyandu dari berbagai dusun di Desa Talun. FGD dilaksanakan untuk memperoleh perspektif kolektif mengenai tantangan,

potensi, dan dinamika pelaksanaan program kesehatan berbasis masyarakat. Dalam FGD, turut hadir tokoh masyarakat yang mewakili kelompok usia lanjut, serta kader yang aktif dalam kegiatan Posyandu Lansia dan program gizi.

Kombinasi antara wawancara mendalam dan FGD memberikan gambaran yang komprehensif mengenai pelaksanaan program Desa Siaga. Narasumber yang terlibat memiliki latar belakang usia yang beragam, mulai dari 21 hingga 70 tahun, mencerminkan keterlibatan lintas generasi dalam program kesehatan desa. Peran mereka sebagai Narasumber kunci sangat penting dalam mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat keberhasilan program, serta dalam merumuskan rekomendasi kebijakan yang relevan untuk penguatan Desa Siaga di masa mendatang.

Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar masyarakat Desa Talun telah memahami konsep dasar Desa Siaga sebagai bentuk kemandirian dalam menghadapi permasalahan kesehatan. Namun, pemahaman terhadap istilah teknis seperti UKBM masih rendah akibat minimnya sosialisasi, meskipun praktiknya telah berjalan melalui kegiatan seperti Posyandu. Sementara itu, pemahaman terhadap KADARZI cukup baik, dengan penekanan pada pemanfaatan sumber pangan lokal untuk memenuhi kebutuhan gizi keluarga.

Dukungan masyarakat terhadap program Desa Siaga sudah ada, namun belum optimal. Hambatan utama terletak pada koordinasi lintas sektor yang belum terstruktur dan keterbatasan sumber daya manusia. Meski demikian, potensi lokal cukup besar, ditunjukkan oleh kesiapan karang taruna, kader kesehatan, dan dukungan perangkat desa.

Dari sisi input, Desa Talun telah memiliki struktur dasar seperti forum kesehatan desa, Poskesdes, dan tenaga kesehatan. Namun, pada indikator proses, ditemukan bahwa frekuensi pertemuan forum kesehatan sangat rendah, Poskesdes belum berfungsi maksimal karena bidan tidak berdomisili di desa, dan sistem tanggap darurat belum berjalan efektif. Surveilans berbasis masyarakat juga belum berjalan karena keterbatasan waktu dan tenaga kader.

Pada indikator output, cakupan pelayanan UKBM cukup tinggi, dengan 90% balita rutin mengikuti Posyandu. Namun, intervensi KADARZI masih terbatas pada balita gizi kurang (BGM) dan hanya berupa penyuluhan. Masalah BGM disebabkan oleh pola asuh yang kurang tepat, rendahnya pengetahuan orang tua, dan kondisi ekonomi keluarga.

Secara dampak, program Desa Siaga belum menunjukkan perubahan signifikan terhadap perilaku kesehatan masyarakat. Hal ini disebabkan oleh lemahnya pelaksanaan pada tahap proses dan rendahnya prioritas masyarakat terhadap kesehatan akibat tekanan ekonomi. Hambatan utama pelaksanaan program meliputi keterbatasan dana, lemahnya koordinasi, dan rendahnya pemahaman masyarakat terhadap konsep Desa Siaga. Harapan dari para pemangku kepentingan adalah adanya tindak lanjut yang lebih terstruktur terhadap organisasi dan pelaksanaan program agar berjalan lebih efektif dan berkelanjutan.

Temuan tambahan menunjukkan bahwa praktik pemberian ASI eksklusif belum optimal. Beberapa ibu hanya memberikan ASI selama 35–40 hari karena harus bekerja di luar kota, dan anak diasuh oleh nenek yang kurang memahami pentingnya ASI eksklusif.

Pelaksanaan program Desa Siaga di Desa Talun menunjukkan adanya pemahaman awal dari masyarakat dan tenaga kesehatan terhadap konsep kesiapsiagaan desa dalam menghadapi masalah kesehatan. Salah satu Narasumber menyatakan bahwa Desa Siaga adalah *“suatu desa yang mau atau sudah bisa tanggap terhadap semua masalah yang akan dihadapi dan sudah menyiapkan jalan keluar”* (N16), yang mencerminkan kesadaran terhadap pentingnya kesiapsiagaan komunitas.

Namun, pelaksanaan program ini belum sepenuhnya optimal. Hambatan utama yang ditemukan adalah keterbatasan pendanaan, ketergantungan pada dana pemerintah, dan minimnya partisipasi swasta atau masyarakat. Seorang Narasumber menyebutkan, *“Sementara ini utamanya dari desa seperti itu, kemudian dari LSM seperti itu sedikit kemarin, ada”* (N8), menunjukkan bahwa sumber dana masih terbatas.

Dari sisi kelembagaan, Desa Talun telah memiliki forum kesehatan desa (FKD), Poskesdes, serta Unit Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) seperti posyandu balita dan lansia. Namun, FKD hanya melakukan dua kali pertemuan sejak dibentuk pada tahun 2008, dan Poskesdes belum berfungsi optimal karena bidan desa tidak berdomisili di wilayah tersebut. *“Ya..memang agak terganggu karena mereka tidak domisili... seharusnya mereka berdiam di situ”* (N10).

Kegiatan posyandu balita di Desa Talun telah berjalan dengan baik. Terdapat lima posyandu yang aktif dan rutin melaksanakan kegiatan. *“Kalo posyandunya saya rasa lancar”* (N3), ungkap salah satu Narasumber. Namun, kegiatan penyuluhan seringkali tidak berjalan maksimal karena waktu kedatangan balita yang tidak seragam. *“Penyuluhan tidak bisa berjalan karena datangnya gak bersama-sama... nanti kesian balitanya masa nunggu”* (N3).

Posyandu lansia di Desa Talun masih dalam tahap perintisan. Kegiatan yang dilakukan meliputi penimbangan, pemberian PMT, pengukuran tensi, dan tinggi badan. *“Penimbangan itu, pemberi PMT”* (N13), *“Tensi, ngukur tinggi”* (N3). Kendala utama adalah akses geografis, karena banyak lansia meminta dijemput agar bisa hadir.

Poskesdes di Desa Talun melayani ibu hamil, balita, dan warga dengan keluhan ringan. Namun, pelaksanaannya belum maksimal karena bidan desa tidak tinggal di desa. Warga berharap poskesdes dapat melayani 24 jam, namun keterbatasan tenaga dan lokasi tinggal bidan menjadi hambatan. Belum ada usulan untuk mengganti bidan, tetapi warga telah mengusulkan agar bidan tinggal di desa.

Warung Obat Desa (WOD) belum tersedia di Desa Talun. Ketiadaan WOD menunjukkan masih terbatasnya akses masyarakat terhadap edukasi dan obat-obatan sederhana yang terjangkau. Hal ini menjadi salah satu indikator bahwa UKBM belum sepenuhnya terpenuhi.

Program KADARZI di Desa Talun belum berjalan optimal. Sebagian besar narasumber memahami KADARZI sebagai keluarga yang sadar akan pentingnya gizi dan mampu menyajikan makanan bergizi dari sumber lokal. *“...keluarga yang sadar akan gizinya dan dapat menyajikan dengan benar makanan beragam... tanpa harus membeli makanan yang mahal”* (N3). Namun, pelaksanaannya masih terbatas.

Penggunaan garam beryodium telah disosialisasikan melalui posyandu dan sekolah dasar. Pemeriksaan kadar yodium dilakukan dengan meminta anak-anak SD membawa garam dari rumah. *“Kita ke SD Mas biasanya... kita lakukan pemberian penyuluhan, jadi malah lewat anak SD Mas”* (N2). Kendala utama adalah cara penyimpanan garam yang salah, seperti diletakkan dekat tungku atau kompor.

Pemberian vitamin A dan tablet tambah darah (TTD) telah dilakukan secara rutin melalui posyandu setiap Februari dan Agustus. *“Vitamin A itu bulan Februari dan Agustus, bulan vitamin A”* (N10). Namun, TTD tidak diberikan secara gratis, sehingga menjadi beban tambahan bagi ibu hamil. Meskipun demikian, ibu hamil tetap rutin mengonsumsinya.

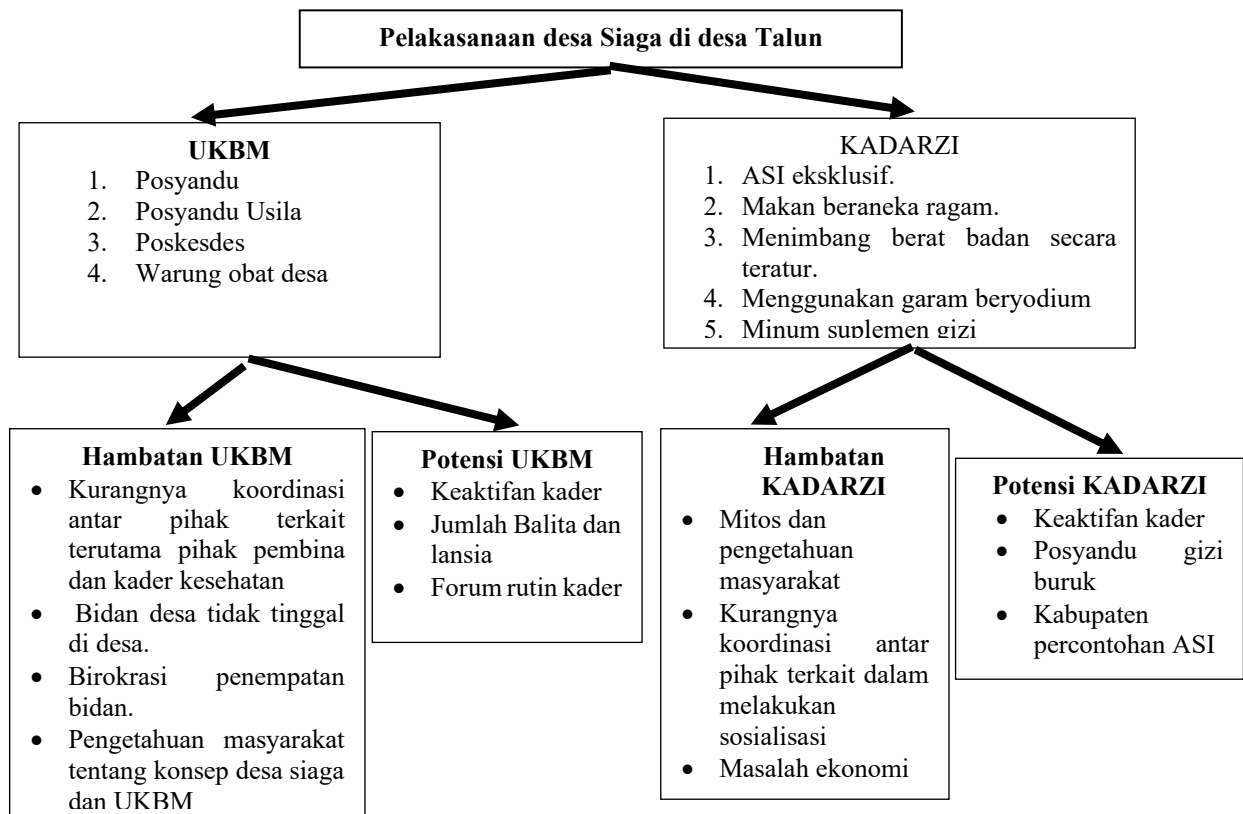
Variasi makanan belum diterapkan secara luas karena keterbatasan ekonomi dan rendahnya kesadaran masyarakat. *“Kalau pemberitahuannya sudah... tapi mungkin..*

pelaksanaannya... tergantung masing-masing keluarga” (N9). Faktor sosial ekonomi menjadi penghambat utama dalam penerapan pola makan sehat dan beragam.

Pemberian ASI eksklusif juga belum sepenuhnya diterapkan. Meskipun Kabupaten Klaten memiliki Perda ASI, praktik di lapangan masih dipengaruhi oleh mitos dan kondisi sosial ekonomi. *“Kalau mitos banyak ya.. bahwa bayi lahir.. nangis.. itu mesti lapar.. jadi mereka kan dikasih makanan pendamping terlalu dini”* (N10). Beberapa ibu yang merantau ke luar kota menitipkan anak kepada nenek yang kurang memahami pentingnya ASI eksklusif.

Triangulasi data dari wawancara, observasi, dan dokumen menunjukkan konsistensi temuan, terutama dalam hal stabilitas kegiatan pasca erupsi. Kegiatan UKBM dan KADARZI tetap berjalan berkat peran aktif kader dan dukungan lintas sektor. *“Tetep stabil..mas tetep stabil ..”* (N9), ungkap salah satu Narasumber .

Harapan masyarakat adalah agar program Desa Siaga, UKBM, dan KADARZI berjalan lancar dan tidak ditemukan lagi kasus gizi buruk. *“Ya harapan kedepannya itu.. ya dapat berjalannya lancar...tidak ditemukan gizi buruk”* (N9). Masyarakat juga berharap adanya peningkatan kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan agar program dapat berjalan secara mandiri dan berkelanjutan.



Gambar 1. Ringkasan Pelaksanaan desa Siaga di desa Talun

PEMBAHASAN

Pelaksanaan program Desa Siaga di Desa Talun menunjukkan adanya potensi lokal yang cukup besar, namun belum sepenuhnya dimanfaatkan secara optimal. Struktur kelembagaan seperti Poskesdes, Posyandu, dan Forum Tanggap Situasi Talun (FORTASITA) telah tersedia, dan partisipasi masyarakat cukup tinggi, terutama dalam kegiatan Posyandu balita yang mencapai cakupan sekitar 90%. Sayangnya, beberapa kendala masih menghambat efektivitas program, seperti bidan desa yang tidak berdomisili di wilayah tersebut, sehingga pelayanan kesehatan tidak tersedia secara kontinu. Selain itu, pendekatan program yang masih bersifat top-down belum sepenuhnya memberdayakan potensi lokal (Asmaripa, 2020; Permanasari, 2020).

Keterbatasan pendanaan menjadi hambatan utama dalam pelaksanaan program. Ketergantungan pada dana pemerintah tanpa dukungan dari sektor swasta atau swadaya masyarakat menyebabkan kegiatan seperti pelatihan dan penyuluhan tidak berjalan secara berkelanjutan (Patramanda, 2021; Zamhariri, 2015; Winarni, 2016). Program KADARZI telah disosialisasikan melalui posyandu dan sekolah dasar, namun implementasinya belum maksimal. Praktik pemberian makanan pendamping terlalu dini dan penggunaan garam beryodium yang tidak tepat masih ditemukan, menunjukkan bahwa edukasi gizi belum sepenuhnya efektif (Masruroh & Hargono, 2021; Maharani et al., 2018; Rizal, 2022). Pemberian vitamin A dan tablet tambah darah telah dilakukan secara rutin, namun akses terhadap suplemen masih terbatas. Variasi makanan belum diterapkan secara luas karena keterbatasan ekonomi dan rendahnya kesadaran masyarakat (Misnaniarti et al., 2021).

Pemberian ASI eksklusif belum sepenuhnya diterapkan meskipun telah ada kebijakan daerah yang mendukung (Saputri, 2020). Praktik di lapangan masih dipengaruhi oleh mitos dan kondisi sosial ekonomi, seperti ibu yang merantau dan menitipkan anak kepada keluarga yang kurang memahami pentingnya ASI eksklusif (Sulaiman, 2021; Purwana & Sari, 2024). Triangulasi data dari wawancara, observasi, dan dokumen menunjukkan bahwa kegiatan UKBM dan KADARZI tetap berjalan stabil pasca erupsi, berkat peran aktif kader dan dukungan lintas sektor (Wijaya, 2020). Namun, koordinasi antar pemangku kepentingan belum terstruktur, sehingga pelaksanaan program berjalan parsial dan tidak berkelanjutan (Arifin & Lestari, 2021). Untuk mengatasi kesenjangan antara potensi dan realisasi program, diperlukan penguatan kelembagaan, peningkatan kapasitas kader, pendekatan edukatif berbasis budaya lokal, serta integrasi kebijakan lintas sektor agar program Desa Siaga dapat berjalan lebih efektif dan berkelanjutan.

Secara keseluruhan, pelaksanaan program Desa Siaga, UKBM, dan KADARZI di Desa Talun menunjukkan potensi besar untuk berkembang lebih baik. Namun, hal ini memerlukan penguatan dari sisi kebijakan, edukasi, dan dukungan sumber daya. Intervensi yang terintegrasi antara aspek kesehatan, sosial, dan ekonomi sangat diperlukan untuk mewujudkan desa yang mandiri dan sehat.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, data yang diperoleh bersifat kualitatif dan terbatas pada satu lokasi studi, sehingga generalisasi hasil ke wilayah lain perlu dilakukan dengan hati-hati. Kedua, keterbatasan waktu dan akses terhadap dokumen resmi desa membatasi kedalaman analisis kelembagaan. Ketiga, tidak semua Narasumber dapat diwawancarai secara mendalam karena kesibukan dan keterbatasan waktu mereka. Ke depan, penelitian lanjutan dengan pendekatan campuran

(mixed methods) dan cakupan wilayah yang lebih luas dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif.

SIMPULAN

Pelaksanaan program Desa Siaga di Desa Talun menunjukkan bahwa pemahaman masyarakat terhadap konsep Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat dan Keluarga Sadar Gizi masih terbatas, baik dari segi tujuan maupun indikator program. Dukungan terhadap pelaksanaan program belum terintegrasi secara optimal, terutama dalam aspek pembiayaan dan keterlibatan lintas sektor. Meskipun terdapat potensi dari masyarakat, seperti keterlibatan aktif warga dan karang taruna, serta dukungan dari kader kesehatan dan perangkat desa, pelaksanaan program masih menghadapi tantangan dalam hal koordinasi, sosialisasi, dan peran Puskesmas. Beberapa indikator program telah berjalan dengan baik, namun belum sepenuhnya mencerminkan keberhasilan Desa Siaga secara menyeluruh, terutama karena belum optimalnya fungsi Poskesdes dan rendahnya capaian ASI eksklusif. Hambatan utama yang dihadapi meliputi keterbatasan pendanaan, kurangnya tenaga pendamping, serta rendahnya pemahaman masyarakat terhadap konsep Desa Siaga. Oleh karena itu, diperlukan penguatan organisasi dan pelaksanaan program secara sistematis, peningkatan partisipasi masyarakat, serta dukungan kebijakan yang mengintegrasikan aspek kesehatan dengan ekonomi, pendidikan, dan sosial. Pemerintah diharapkan dapat melakukan pengawasan dan evaluasi secara berkelanjutan agar pelaksanaan Desa Siaga di Desa Talun dapat berjalan lebih efektif dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, M., & Lestari, D. (2021). Peran Posyandu dalam Meningkatkan Kualitas Kesehatan Ibu dan Anak. *Jurnal PIM*, 5(2), 89–97. <https://journal.ipb.ac.id/index.php/pim/article/view/31742>
- Asmaripa, A. (2020). Desa Siaga dan manajemen kesehatan bencana. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 1–10. <https://media.neliti.com/media/publications/57840>
- Astuti, R. D. W., Hudaya, I., & Surani, E. (2021). Reviewing KADARZI behavior to reduce the incidence of stunting in children. *International Journal of Nursing and Midwifery Science*, 3(1), 1–10. <https://media.neliti.com/media/publications/412699-literatur-review-reviewing-kadarzi-behav-fff77dc9.pdf>
- Basiroh, N., Sari, R. P., & Wulandari, D. (2023). Peran Desa Siaga dalam Peningkatan Kesehatan Masyarakat di Wilayah Terpencil. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 19(1), 45–56. <https://doi.org/10.31227/osf.io/xyz123>
- German Health Practice Collection. (2015). *Making childbirth a village affair: How Desa Siaga improves the health of mothers and babies in Indonesia*. https://health.bmz.de/wp-content/uploads/DesaSiagalong_EN.pdf
- Habibullah, H. (2020). Kebijakan penanggulangan bencana berbasis komunitas: Kampung Siaga Bencana dan Desa/Kelurahan Tangguh Bencana. *Sosio Informa*, 8(1), 1–12. <https://www.neliti.com/publications/52856>
- Hill, P. S., Goeman, L., Sofiarini, R., & Djara, M. M. (2014). Desa SIAGA: The evolution of an iconic brand in Indonesian public health strategies. *Health Policy and Planning*, 29(4), 409–420. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt027>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Pedoman umum keluarga sadar gizi (KADARZI)*. Jakarta: Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2020*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Maharani, D., Suryani, N., & Prasetyo, A. (2018). Efektivitas Posyandu dalam Pemberdayaan Kesehatan Ibu dan Anak. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 16(3), 215–223. <https://doi.org/10.20473/jikm.v16i3.2018.215-223>
- Masruroh, S., & Hargono, R. (2021). Motivasi Kader dalam Pelaksanaan Desa Siaga Aktif. *Jurnal Promkes*, 9(2), 101–110. <https://e-journal.unair.ac.id/PROMKES/article/view/6702>
- Misnaniarti, M., Ainy, A., & Fajar, N. A. (2021). Kajian Pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 14(2), 78–83. <https://jurnal.ugm.ac.id/jmpk/article/download/2591/2323>
- Patramanda, D. (2021). Efektivitas sosialisasi Desa Siaga di Kabupaten Klaten. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(1), 1–10.
- Permanasari, H. A. (2020). Persepsi stakeholder terhadap pelaksanaan Desa Siaga di Kabupaten Sambas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(2), 1–10.
- Purwana, D., & Sari, M. (2024). *Promosi Kesehatan: Penyuluhan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Surakarta: UMS Press.
- Raharni, R., Supardi, S., & Susyanty, A. L. (2010). Faktor-faktor yang berperan terhadap pemanfaatan dan pelayanan UKBM pada rumah tangga di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 13(2), 223–231. <https://www.neliti.com/publications/56306>
- Rizal, S. (2022). Analisis Pelaksanaan Program Desa Siaga terhadap Pembangunan Kesehatan Berkelanjutan. ResearchGate. <https://www.researchgate.net/publication/366619035>
- Rosyadi, I., & Purnomo, D. (2012). Tingkat ketahanan pangan rumah tangga di desa tertinggal. *Jurnal Ekonomi Pembangunan*, 13(2), 176–185. <https://journals.ums.ac.id/index.php/JEP/article/view/176>
- Saputri, W. I. (2020). Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI). Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI. <https://www.academia.edu/9488129>
- Sulaeman, E. S., Karsidi, R., Murti, B., Kartono, D. T., & Waryana, W. (2020). Model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan: Studi program Desa Siaga. *Kesmas: National Public Health Journal*, 15(2), 101–117. <https://www.neliti.com/publications/39665>
- Sulaiman, H. (2021). *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan: Teori dan Implementasi*. Yogyakarta: UGM Press.
- Utami, R. P. (2021). Analisis pengaruh indikator KADARZI terhadap status gizi balita di Indonesia. *Jurnal Gizi STIKES Widya Nusantara Palu*, 5(1), 1–10. <https://media.neliti.com/media/publications/367493-none-5181928c.pdf>
- Wijaya, M. (2020). Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) terhadap Kejadian Gizi Buruk. *Jurnal Best*, 8(1), 34–42. <https://jurnal.uisu.ac.id/index.php/best/article/view/8552>
- Winarni, S. (2016). Peranan bidan desa dalam menurunkan angka kematian ibu di Kabupaten Klaten. *Jurnal Kesehatan*, 9(1), 1–10.
- Zamhariri, Z. (2015). *Pembangunan masyarakat desa: Tinjauan teoritis dan praktis*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.