

LAPORAN PRAKTIK KERJA LAPANGAN (PKL)



Disusun Oleh:
KELOMPOK 1

KELURAHAN : AMPEL
KECAMATAN : SEMAMPIR
KOTA : SURABAYA

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN PRAKTIK KERJA LAPANGAN (PKL)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI KELURAHAN AMPEL KECAMATAN SEMAMPIR
KOTA SURABAYA

NAMA MAHASISWA	NIM
a. Rina Tri Wahyuni	101811123001
b. Silvia Putri Sintia Dewi	101811123014
c. Anisa Fizrul Amri	101811123018
d. Rochana Tsaratifah	101811123022
e. Rr Sri Rejeki Eviyanti Puspita Sari	101811123037
f. Muhammad Rusdi	101811123039
g. Nurussyifa Afiana Zaen	101811123045
h. Rani Marfuah	101811123046
i. Dinda Pratiwi	101811123050
j. Lailia Ayu Rachmawati	101811123051
k. Nadya Kumalasari	101811123053
l. Rena Azizul Fadila	101811123055

Mengetahui,

Surabaya, 31 Januari 2020

Lurah Ampel,

Dosen Pembimbing,

Mochamad Imzak, S.Sos.
NIP. 197806182006041013

Mahmud Aditya Rifqi, S.Gz., M.Si.
NIP. 198812072015041003

Menyetujui,

Koordinator PKL Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

Riris Diana Rachmayanti, S.K.M., M.Kes
NIP. 198609042015042001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Proposal Praktik Kerja Lapangan (PKL) di Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya, untuk memenuhi persyaratan dalam pengajuan Praktik Kerja Lapangan (PKL) di Universitas Airlangga Surabaya.

Dalam penulisan proposal ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada pihak-pihak yang membantu dalam menyelesaikan proposal ini, khususnya kepada:

- 1) Bapak Mahmud Aditya Rifqi, S.Gz., M.Si. selaku dosen pembimbing Praktik Kerja Lapangan atas segala bimbingan dan pengarahan selama kami menjalankan kegiatan.
- 2) Bapak Mochamad Imzak, S.Sos. selaku Lurah Ampel atas segala dukungan, bantuan, serta pengarahan selama kami menjalankan kegiatan.
- 3) Puskesmas Sidotopo atas segala partisipasi dan bimbingan selama kami menjalankan kegiatan.
- 4) Rekan-rekan kelompok 1 yang telah berkontribusi selama penyusunan proposal ini.

Kami mengharapkan proposal ini tentunya dapat bermanfaat dan digunakan sebagai media dan acuan pembelajaran bagi pembaca. Kami menyadari dengan sepenuhnya bahwa proposal ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Oleh karena itu, diharapkan adanya saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak untuk pengalaman dan perbaikan di masa yang akan datang.

Surabaya, 31 Januari 2020

Kelompok 1

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Metode Pengumpulan Data	6
2.2 Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan di Masyarakat dengan Metode USG	11
2.3 Penentuan Akar Masalah dengan Menggunakan <i>Fishbone Diagrams</i>	12
2.4 Penentuan Alternatif Solusi dengan Menggunakan Metode MEER	15
2.5 1000 HPK (1000 Hari Pertama Kehidupan)	16
2.6 <i>Stunting</i>	18
2.7 Kegiatan Intervensi	21
BAB III METODE KEGIATAN	23
3.1 Sasaran	23
3.2 Waktu dan Tempat	23
3.3 Metode Kegiatan (Operasional Riset)	23
3.4 Kerangka Operasional	27
3.5 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisis Data	28
3.6 Populasi dan Sampel	29
3.7 Teknik Pengambilan Sampel	29
3.8 Pelaksanaan Kegiatan	30
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	32
4.1 Gambaran Umum Lokasi PKL	32
4.2 Identifikasi Masalah	42
4.3 Prioritas Masalah	64
4.4 Intervensi	71
4.5 Hasil Kegiatan Intervensi	81
4.6 Rencana Tindak Lanjut	95
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	99
5.1 Simpulan	99
5.2 Saran	100
DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN – LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Contoh Matriks Penentuan Ranking Pemilihan Pemecahan Masalah (Solusi) Pada Analisis Pembobotan MEER	15
Tabel 3.1 Pelaksanaan Kegiatan PKL	31
Tabel 4.1 Distribusi Penduduk Kelurahan Ampel Menurut Usia	35
Tabel 4.2 Distribusi Penduduk Kelurahan Ampel Menurut Pendidikan	35
Tabel 4.3 Distribusi Mobilitas Penduduk Kelurahan Ampel Berdasarkan Jenis Kelamin	36
Tabel 4.4 Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sidotopo Tahun 2018	41
Tabel 4.5 Hasil Skoring USG di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya	65
Tabel 4.6 Matriks USG Penentuan Prioritas Masalah	66
Tabel 4.7 Tabel Analisis Diagram <i>Fishbone</i>	68
Tabel 4.8 Penentuan Prioritas Alternatif Solusi	71
Tabel 4.9 <i>Plan of Action</i> Emo Demo	73
Tabel 4.10 Rencana Anggaran Kegiatan Emo Demo	75
Tabel 4.11 <i>Plan of Action</i> Demo Cara Membuat MP-ASI	76
Tabel 4.12 Rencana Anggaran Kegiatan Demo Cara Membuat MP-ASI	78
Tabel 4.13 <i>Plan of Action</i> Penyuluhan <i>Stunting</i>	79
Tabel 4.14 Rencana Anggaran Kegiatan Penyuluhan <i>Stunting</i>	80
Tabel 4.15 Tabel Pembagian Tugas Kegiatan Emo Demo	83
Tabel 4.16 Tabel Anggaran Kegiatan Emo Demo	84
Tabel 4.17 Tabel Evaluasi Kegiatan Emo Demo	85
Tabel 4.18 Tabel Pembagian Tugas Kegiatan Demo Masak MP ASI	88
Tabel 4.19 Tabel Anggaran Kegiatan Demo Masak MP ASI	89
Tabel 4.20 Tabel Evaluasi Kegiatan Demo Masak MP ASI	90
Tabel 4.21 Tabel Pembagian Tugas Kegiatan Penyuluhan <i>Stunting</i>	92
Tabel 4.22 Tabel Anggaran Kegiatan Penyuluhan <i>Stunting</i>	93
Tabel 4.23 Tabel Evaluasi Kegiatan Penyuluhan <i>Stunting</i>	94
Tabel 4.24 Rencana Tindak Lanjut	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Fishbone Diagrams</i>	14
Gambar 3.1 Kerangka Operasional	27
Gambar 4.1 Peta Kelurahan Ampel	33
Gambar 4.2 Puskesmas Sidotopo	38
Gambar 4.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	43
Gambar 4.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	43
Gambar 4.5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Baduta	44
Gambar 4.6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	44
Gambar 4.7 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	45
Gambar 4.8 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga	45
Gambar 4.9 Distribusi Frekuensi Lingkar Lengan Atas Ibu (LiLA Ibu)	46
Gambar 4.10 Distribusi Frekuensi Usia Menikah	47
Gambar 4.11 Distribusi Frekuensi Merencanakan Jarak Anak	47
Gambar 4.12 Distribusi Frekuensi Ketersediaan Tenaga Kesehatan Terlatih dalam Persalinan	48
Gambar 4.13 Distribusi Frekuensi Berat Bayi Lahir	48
Gambar 4.14 Distribusi Frekuensi Status Gizi Baduta Berdasarkan Tinggi Badan/Umur	49
Gambar 4.15 Distribusi Frekuensi Status Gizi Baduta Berdasarkan Berat Badan/Umur	50
Gambar 4.16 Distribusi Frekuensi Status Gizi Baduta Berdasarkan Berat Badan/Tinggi Badan	50
Gambar 4.17 Distribusi Frekuensi Ketersediaan Air Bersih	51
Gambar 4.18 Distribusi Frekuensi Sumber Air Bersih	51
Gambar 4.19 Distribusi Frekuensi Sumber Air Minum	52
Gambar 4.20 Distribusi Frekuensi Jamban Sehat	53
Gambar 4.21 Distribusi Frekuensi Ketersediaan Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL) Tertutup	53
Gambar 4.22 Distribusi Frekuensi Pemilahan Sampah Organik dan Anorganik ...	54
Gambar 4.23 Distribusi Frekuensi Kondisi Tempat Sampah	54
Gambar 4.24 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun	55
Gambar 4.25 Distribusi Frekuensi Anggota Keluarga Merokok	56
Gambar 4.26 Distribusi Frekuensi Rutin ke Posyandu	56
Gambar 4.27 Distribusi Frekuensi Konsumsi Karbohidrat	57
Gambar 4.28 Distribusi Frekuensi Konsumsi Protein	58
Gambar 4.29 Distribusi Frekuensi Konsumsi Sayur	58
Gambar 4.30 Distribusi Frekuensi Konsumsi Bahan Makanan Tambahan	59
Gambar 4.31 Distribusi Frekuensi Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	60
Gambar 4.32 Distribusi Frekuensi Sumber Informasi Kesehatan	60

Gambar 4.33 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Tentang <i>Stunting</i>	61
Gambar 4.34 Distribusi Frekuensi Sikap Ibu Tentang <i>Stunting</i>	62
Gambar 4.35 Suasana Pelaksanaan USG di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya	65
Gambar 4.36 Suasana Kegiatan FGD di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya	67
Gambar 4.37 Diagram <i>Fishbone</i> (<i>Stunting</i>)	68

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menjelaskan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-undang Dasar Negara RI Tahun 1945.

Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu faktor lingkungan (fisik, sosial, budaya dan politik), faktor perilaku perorangan dan masyarakat, faktor pelayanan kesehatan dan faktor keturunan/genetik. Untuk mewujudkan status kesehatan yang optimum diperlukan suatu kondisi atau lingkungan yang juga optimum. Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, mempromosikan kesehatan dan efisiensi dengan menggerakkan potensi seluruh masyarakat. Konsep kesehatan masyarakat berkaitan dengan perubahan perilaku sehat akan lebih terbentuk dan bertahan lama bila dilandasi kesadaran sendiri (internalisasi) sehingga konsep upaya sehat dari, oleh dan untuk masyarakat sangat tepat diterapkan. Tujuan kesehatan masyarakat adalah kesejahteraan biologis, fisik, dan mental semua anggota masyarakat. Dengan demikian, tidak seperti obat-obatan yang berfokus pada kesehatan pasien individu, kesehatan masyarakat berfokus pada kesehatan masyarakat yang agregat.

Guna mengetahui masalah kesehatan yang berpotensi terjadi di suatu daerah, dapat dilihat melalui gambaran demografi, sosial ekonomi yang dapat berpengaruh terhadap timbulnya masalah kesehatan, misalnya masalah gizi,

kesehatan lingkungan, perilaku sehat, kesehatan kerja, kependudukan, serta kejadian penyakit dan jaminan kesehatan.

Masalah kesehatan ini dapat diketahui dengan melihat fakta yang berupa data di masyarakat. Fakta yang berupa data tersebut berguna bagi mahasiswa dan ilmuwan yang bergelut di bidang ilmu kesehatan masyarakat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang sedang berkembang di masyarakat dan memunculkan suatu intervensi untuk mengatasinya.

Mahasiswa Fakultas kesehatan masyarakat di Universitas Airlangga melalui kegiatan PKL, diharapkan dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada dan mahasiswa mampu membuat perencanaan program, kesehatan yang tepat bagi masyarakat. Mahasiswa juga diharapkan mampu mengembangkan dan mengaplikasikan semua pengetahuan dan ketrampilan yang diperoleh selama masa perkuliahan sehingga dapat diterapkan secara langsung di masyarakat.

PKL adalah proses belajar mengajar di luar kampus dengan tujuan memberi pengalaman kepada mahasiswa untuk mengenal dan memahami berbagai masalah kesehatan di masyarakat maupun institusi pelayanan kesehatan. Pada prinsipnya PKL adalah strategi pembelajaran atau bentuk pengajaran yang secara berlangsung secara bersama antara kemampuan psikomotorik (keterampilan), pengertian (pengetahuan), dan afektif (sikap) yang dimiliki mahasiswa. Pada kegiatan PKL ini, mahasiswa dapat melakukan pemberdayaan masyarakat dan pengembangan kegiatan dukungan sosial (kemitraan) serta advokasi dibidang kesehatan masyarakat untuk meningkatkan jejaring dan aksesibilitas pelayanan kesehatan masyarakat selain itu juga sebagai bentuk Tri Dharma Perguruan Tinggi dan melakukan Pengkajian status kesehatan masyarakat berdasarkan data, informasi dan indikator kesehatan (*evidence based*) untuk pengambilan keputusan dalam menyelesaikan masalah di bidang kesehatan masyarakat.

Praktik Kerja Lapangan (PKL) Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga dilaksanakan pada tanggal 27 Desember 2019 – 31 Januari 2020 di Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya. Kelurahan Ampel merupakan wilayah kerja dari Puskesmas Sidotopo selain Kelurahan Sidotopo itu sendiri. Kelurahan Ampel terdiri dari 17 RW dan 86 RT. Sesuai dengan tema PKL tahun ini yaitu mengenai “1000 HPK” dan didukung dengan data sekunder yang

diperoleh dari puskesmas, kepala kelurahan Ampel merekomendasikan kelompok 1 untuk melaksanakan PKL di RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya.

Adanya Praktik Kerja Lapangan (PKL) ini diharapkan dapat menjadi salah satu jembatan bagi mahasiswa, di mana mahasiswa dapat mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh, serta dapat menyentuh kepentingan atau memenuhi kebutuhan masyarakat sehingga dapat dirasakan langsung oleh masyarakat khususnya di RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

- a. Bagaimana karakteristik masyarakat RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya?
- b. Bagaimana mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya?
- c. Bagaimana menentukan prioritas masalah bersama masyarakat berdasarkan kondisi masyarakat RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya?
- d. Bagaimana menentukan akar penyebab dari prioritas masalah bersama masyarakat berdasarkan kondisi masyarakat RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya?
- e. Bagaimana mencari alternatif solusi untuk rencana intervensi dari hasil data primer yang terkumpul dan akar penyebab masalah prioritas dari masyarakat RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya?
- f. Bagaimana intervensi yang dilakukan untuk mengatasi akar masalah yang ditemukan?
- g. Bagaimana evaluasi dan keberlanjutan program (Rencana Tindak Lanjut) intervensi yang dilakukan?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Kegiatan praktik kerja lapangan mempunyai tujuan umum untuk menyusun rencana, mengimplementasikan dan melakukan penilaian (evaluasi) rencana program di bidang kesehatan masyarakat.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus Praktik Kerja Lapangan:

- a. Mengetahui karakteristik masyarakat RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya.
- b. Mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya.
- c. Memprioritaskan masalah kesehatan masyarakat di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya.
- d. Menentukan akar penyebab masalah dari prioritas masalah RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya.
- e. Menentukan dan merencanakan intervensi masalah kesehatan masyarakat sesuai akar penyebab dari masalah prioritas yang telah ditetapkan.
- f. Melakukan intervensi masalah kesehatan dari akar penyebab masalah yang telah disepakati.
- g. Melakukan evaluasi program dan keberlanjutan program yang telah dilaksanakan.

1.4 Manfaat

Pada dasarnya kegiatan Praktik Kerja Lapangan (PKL) diarahkan kepada 3 (tiga) sasaran sebagai berikut:

- a. Bagi mahasiswa
 1. Memperdalam pengertian, penghayatan dan pengalaman mahasiswa tentang penyelesaian masalah kesehatan masyarakat dan tantangan yang dihadapi.
 2. Mendewasakan pola berpikir mahasiswa dalam menelaah dan memberikan alternatif pemecahan masalah yang ada di lapangan secara pragmatis ilmiah.
 3. Menumbuhkan sikap empati, rasa cinta dan kepedulian serta tanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat di sekitarnya.
 4. Membina lulusan kesehatan masyarakat untuk menjadikan lulusan MIRACLE (*Manager, Innovator, Researcher, Aprenticer, Communitarian, Leader, dan Educator*).

b. Bagi Masyarakat

1. Masyarakat memperoleh bantuan pikiran dan tenaga untuk merencanakan serta melaksanakan program pembangunan di bidang kesehatan berbasis pemberdayaan masyarakat.
2. Masyarakat dapat meningkatkan kemampuan berpikir, bersikap dan berperilaku agar mengikuti pola hidup bersih dan sehat.
3. Masyarakat dapat memperoleh pembaharuan yang diperlukan dalam pembangunan kesehatan di sekitarnya.
4. Membentuk masyarakat yang mampu melanjutkan kesinambungan program kesehatan berbasis komunitas yang dibentuk.

c. Bagi FKM UNAIR

1. Fakultas akan lebih terarah dalam mengembangkan ilmu dan pengetahuan kepada mahasiswa dengan adanya umpan balik sebagai hasil integrasi mahasiswa dengan masyarakat yang terintegrasi dalam program PKL ini.
2. Fakultas dapat menjalin kerjasama dengan instansi pemerintah atau lembaga terkait lainnya dalam pengupayaan status derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik.
3. Fakultas ikut berperan serta dalam mengembangkan IPTEK di bidang kesehatan masyarakat yang lebih bermanfaat dalam pengelolaan dan penyelesaian masalah kesehatan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah teknik atau cara-cara yang dapat digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Teknik pengumpulan data yang benar akan menghasilkan data yang memiliki kredibilitas tinggi dan sebaliknya. Pengumpulan data merupakan kegiatan mencari data di lapangan yang akan digunakan untuk menjawab permasalahan penelitian (Burhanuddin, 2013).

Terdapat beberapa teknik yang dapat digunakan oleh peneliti dalam pengumpulan data yaitu:

a. Kuesioner

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden untuk menjawabnya. Kuesioner berisi pertanyaan yang menyangkut tentang tanggapan pemustaka terhadap penerapan. Sanksi administratif pengembalian bahan pustaka. Pertanyaan disusun dengan memperhatikan prinsip-prinsip penulisan angket seperti isi dan tujuan pertanyaan, bahasa yang digunakan, tipe dan bentuk pertanyaan, panjang pertanyaan, urutan pertanyaan, penampilan fisik angket, dan sebagainya (Sugiyono, 2012).

b. Wawancara

Wawancara adalah salah satu metode pengumpulan data dengan jalan komunikasi yaitu melalui kontak atau hubungan pribadi antara pengumpul data dengan sumber data. Wawancara terbagi atas wawancara terstruktur dan tidak terstruktur. Wawancara terstruktur artinya peneliti telah mengetahui dengan pasti apa informasi yang ingin digali dari responden sehingga daftar pertanyaannya sudah dibuat secara sistematis. Peneliti juga dapat menggunakan alat bantu *tape recorder*, kamera, dan material lain yang dapat membantu kelancaran wawancara. Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara bebas, yaitu peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang berisi pertanyaan yang akan diajukan secara spesifik, dan hanya memuat poin-poin penting masalah yang ingin digali dari responden (Sugiyono, 2012).

1. *Guided Interview* (Wawancara Terarah)

Wawancara terarah (*guided interview*), di mana peneliti menanyakan kepada informan hal-hal yang telah disiapkan sebelumnya. Berbeda dengan wawancara mendalam, wawancara terarah memiliki kelemahan, yakni suasana tidak hidup, karena peneliti terikat dengan pertanyaan yang telah disiapkan sebelumnya. Sering terjadi pewawancara atau peneliti lebih memperhatikan daftar pertanyaan yang diajukan daripada bertatap muka dengan informan, sehingga suasana terasa kaku.

2. *Indepth Interview* (Wawancara Mendalam)

Wawancara mendalam merupakan proses menggali informasi secara mendalam, terbuka, dan bebas dengan masalah dan fokus penelitian dan diarahkan pada pusat penelitian. Dalam hal ini metode wawancara mendalam yang dilakukan dengan adanya daftar pertanyaan yang telah dipersiapkan sebelumnya (Moleong, 2007).

Minichiello (1995) mendefinisikan wawancara mendalam sebagai percakapan antara peneliti dan informan yang memfokuskan pada persepsi diri informan, pengalaman hidup, yang diekspresikan melalui bahasa informan sendiri. Wawancara mendalam sering digunakan untuk menggali pengalaman individu realitas sosial yang dikonstruksi dalam diri serta interpretasi seseorang terhadap hal itu.

3. Teknik Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (*life histories*), ceritera, biografi, peraturan, kebijakan. Dokumen yang berbentuk gambar misalnya foto, gambar hidup, sketsa dan lain-lain. Dokumen yang berbentuk karya misalnya karya seni, yang dapat berupa gambar, patung, film dan lain-lain. Studi dokumensi merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif (Sugiyono, 2013).

4. *Focus Group Discussion* (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) atau diskusi kelompok terfokus merupakan suatu metode pengumpulan data yang lazim digunakan pada penelitian kualitatif sosial. Metode ini mengandalkan perolehan data atau informasi dari suatu interaksi informan atau responden berdasarkan hasil diskusi dalam suatu kelompok yang berfokus untuk melakukan bahasan dalam menyelesaikan permasalahan tertentu. Data atau informasi yang diperoleh melalui teknik ini, selain merupakan informasi kelompok, juga merupakan suatu pendapat dan keputusan kelompok tersebut.

Tujuan utama metode FGD adalah untuk memperoleh interaksi data yang dihasilkan dari suatu diskusi sekelompok partisipan/responden dalam hal meningkatkan kedalaman informasi menyingkap berbagai aspek suatu fenomena kehidupan, sehingga fenomena tersebut dapat didefinisikan dan diberi penjelasan. Data dari hasil interaksi dalam diskusi kelompok tersebut dapat memfokuskan atau memberi penekanan pada kesamaan dan perbedaan pengalaman dan memberikan informasi/data yang padat tentang suatu perspektif yang dihasilkan dari hasil diskusi kelompok tersebut. Karakteristik FGD adalah sebagai berikut :

- a) FGD diikuti oleh para peserta yang idealnya terdiri dari 7 – 11 orang. Kelompok tersebut harus cukup kecil agar memungkinkan setiap individu mendapat kesempatan mengeluarkan pendapatnya, sekaligus agar cukup memperoleh pandangan dari anggota kelompok yang bervariasi. Dalam jumlah relatif terbatas ini diharapkan juga penggalian masalah melalui diskusi atau pembahasan kelompok dapat dilakukan secara relatif lebih memadai.
- b) Peserta FGD terdiri dari orang-orang dengan ciri-ciri yang sama atau relatif homogen yang ditentukan berdasarkan tujuan dan kebutuhan studi atau proyek. Kesamaan ciri-ciri ini seperti: persamaan gender, tingkat pendidikan, pekerjaan atau persamaan status lainnya.
- c) FGD merupakan sebuah proses pengumpulan data dan karenanya mengutamakan proses. FGD tidak dilakukan untuk tujuan menghasilkan pemecahan masalah secara langsung ataupun untuk

mencapai konsesus. FGD bertujuan untuk menggali dan memperoleh beragam informasi tentang masalah atau topik tertentu yang sangat mungkin dipandang secara berbeda-beda dengan penjelasan yang berbeda pula. Kecuali apabila masalah atau topik yang didiskusikan tentang pemecahan masalah, maka FGD tentu berguna untuk mengidentifikasi berbagai strategi dan pilihan-pilihan pemecahan masalah.

- d) FGD adalah metode dan teknik pengumpulan data kualitatif. Oleh sebab itu di dalam metode FGD biasanya digunakan pertanyaan terbuka (*open ended*) yang memungkinkan peserta memberi jawaban dengan penjelasan- penjelasan. Fasilitator berfungsi selaku moderator yang bertugas sebagai pemandu, pendengar, pengamat dan menganalisa data secara induktif.
- e) FGD adalah diskusi terarah dengan adanya fokus masalah atau topik yang jelas untuk didiskusikan dan dibahas bersama. Topik diskusi ditentukan terlebih dahulu. Pertanyaan dikembangkan sesuai topik dan disusun secara berurutan atau teratur alurnya agar mudah dimengerti peserta. Fasilitator mengarahkan diskusi dengan menggunakan panduan pertanyaan tersebut.
- f) Lamanya waktu yang dibutuhkan untuk melakukan Diskusi Kelompok Terarah (FGD) ini berkisar antara 60 sampai dengan 90 menit. Jika waktu terlalu pendek dikhawatirkan diskusi dan pembahasan masih terlalu dangkal sehingga data yang diperoleh sangat terbatas. Sedangkan jika waktu terlalu lama, dikhawatirkan peserta lelah, bosan atau sangat menyita waktu sehingga berpengaruh terhadap konsentrasi dan perhatian peserta.
- g) Dalam suatu studi yang menggunakan FGD, lazimnya FGD dilakukan beberapa kali. Jumlahnya tergantung tujuan dan kebutuhan proyek serta pertimbangan teknis seperti ketersediaan dana dan apakah masih ada informasi baru yang perlu dicari. Kegiatan FGD yang pertama kali dilakukan biasa memakan waktu lebih panjang dibandingkan FGD

selanjutnya karena pada FGD pertama sebagian besar informasinya baru.

- h) FGD sebaiknya dilaksanakan di suatu tempat atau ruang netral disesuaikan dengan pertimbangan utama bahwa peserta dapat secara bebas dan tidak merasa takut untuk mengeluarkan pendapatnya.

Sumber data dalam sebuah penelitian merupakan faktor yang sangat penting. Karena sumber data akan menyangkut kualitas dari hasil penelitian. Menurut Puhantara (2010) sumber data terdiri dari dua jenis, yaitu:

a. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh langsung dari subyek penelitian, dalam hal ini peneliti memperoleh data atau informasi langsung dengan menggunakan instrument-instrumen yang telah ditetapkan. Data primer dikumpulkan oleh peneliti untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian. Pengumpulan data primer merupakan bagian internal dari proses penelitian dan yang seringkali diperlukan untuk tujuan pengambilan keputusan. Data primer dianggap lebih akurat, karena data ini disajikan secara terperinci.

b. Data Sekunder

Data Sekunder merupakan data yang telah tersedia dalam berbagai bentuk. Biasanya sumber data ini lebih banyak sebagai data statistic atau data yang sudah diolah sedemikian rupa sehingga siap digunakan dalam statistic biasanya tersedia pada kantor-kantor pemerintahan, biro jasa data, perusahaan swasta atau badan lain yang berhubungan dengan penggunaan data. Data sekunder umumnya berupa bukti, catatan atau laporan historis yang telah tersusu arsip (data dokumenter) yang dipublikasikan dan yang tidak dipublikasikan. Menurut Puhantara (2010) ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh peneliti berkaitan dengan data sekunder, terutama berkaitan dengan keakurasian data. Langkah yang perlu ditempuh peneliti adalah:

1. Kemampuan data yang tersedia untuk menjawab masalah atau pertanyaan (kesesuaian dengan pertanyaan penelitian)
2. Kesesuaian antara periode waktu tersedianya data dengan periode waktu yang diinginkan dalam penelitian

3. Kesesuaian antara populasi data yang ada dengan populasi yang menjadi perhatian peneliti
4. Relevansi dan konsistensi unit pengukur yang digunakan
5. Biaya yang dipergunakan untuk mengumpulkan data sekunder
6. Kemungkinan bias yang ditimbulkan oleh data sekunder
7. Dapat atau tidaknya dilakukan pengujian terhadap akurasi pengumpulan data.

2.2 Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan di Masyarakat dengan Metode USG

Metode USG (*Urgency, Seriousness and Growth*) adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Dalam metode USG menyatakan pentingnya suatu masalah dibandingkan masalah lainnya dapat dilihat dari tiga aspek berikut:

- a. Bagaimana gawatnya masalah dilihat dari pengaruhnya sekarang ini terhadap produktivitas, orang, dan / atau sumber dana dan daya?
- b. Bagaimana mendesaknya dilihat dari waktu yang tersedia?
- c. Bagaimanakah perkiraan yang terbaik mengenai kemungkinan berkembangnya masalah?

Urgency berkaitan dengan seberapa urgensi atau penting masalah yang ada. *Seriousness* berkaitan dengan dampak dari adanya masalah tersebut terhadap organisasi. Dampak ini terutama yang menimbulkan kerugian bagi organisasi seperti dampaknya terhadap produktivitas, keselamatan jiwa manusia, sumber daya atau sumber dana. Semakin tinggi dampak masalah tersebut terhadap organisasi maka semakin serius masalah tersebut. *Growth* berkaitan dengan pertumbuhan masalah. Semakin cepat berkembang masalah tersebut maka semakin tinggi tingkat pertumbuhannya.

Suatu masalah yang cepat berkembang tentunya makin prioritas permasalahan tersebut untuk diatasi. Untuk mengurangi tingkat subjektivitas dalam menentukan prioritas masalah, maka perlu menetapkan kriteria untuk masing-masing unsur USG tersebut.

Umumnya digunakan skor dengan skala tertentu. Misalnya penggunaan skor skala 1-5. Semakin tinggi tingkat urgensi, serius, atau pertumbuhan masalah

tersebut, maka semakin tinggi skor untuk masing – masing unsur tersebut.

2.3 Penentuan Akar Masalah dengan Menggunakan *Fishbone Diagrams*

Fishbone diagrams (diagram tulang ikan) merupakan konsep analisis sebab akibat yang dikembangkan oleh Dr. Kaoru Ishikawa untuk mendeskripsikan suatu permasalahan dan penyebabnya dalam sebuah kerangka tulang ikan. *Fishbone diagrams* juga dikenal dengan istilah diagram Ishikawa, yang diadopsi dari nama seorang ahli pengendali statistik dari Jepang, yang menemukan dan mengembangkan diagram ini pada tahun 1960-an. Diagram ini pertama kali digunakan oleh Dr. Kaoru Ishikawa untuk manajemen kualitas di perusahaan Kawasaki, yang selanjutnya diakui sebagai salah satu pioner pembangunan dari proses manajemen modern.

Fishbone diagrams merupakan alat (*tool*) yang menggambarkan sebuah cara yang sistematis dalam memandang berbagai dampak atau akibat dan penyebab yang membuat atau berkontribusi dalam berbagai dampak tersebut. Oleh karena fungsinya tersebut, diagram ini biasa disebut dengan diagram sebab-akibat. *Fishbone diagrams* (Ishikawa) pada dasarnya menggambarkan sebuah model sugestif dari hubungan antara sebuah kejadian (dampak) dan berbagai penyebab kejadiannya. Beberapa keuntungan dari konstruksi diagram tulang ikan antara lain membantu untuk mempertimbangkan akar berbagai penyebab dari permasalahan dengan pendekatan struktur, mendorong adanya partisipasi kelompok dan meningkatkan pengetahuan anggota kelompok terhadap proses analisis penyebab masalah, dan mengidentifikasi wilayah dimana data seharusnya dikumpulkan untuk penelitian lebih lanjut (Ciocoiu, 2010).

Representasi dari diagram tersebut sederhana, yakni sebuah garis horizontal yang melalui berbagai garis sub penyebab permasalahan. Diagram ini dapat digunakan juga untuk mempertimbangan risiko dari berbagai penyebab dan sub penyebab dari dampak tersebut, termasuk risikonya secara global. *Fishbone diagrams* (diagram tulang ikan) adalah diagram sebab-akibat yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi potensi masalah kinerja. Diagram tulang ikan menyediakan struktur untuk diskusi kelompok sekitar potensi penyebab masalah tersebut. Tujuan utama dari diagram tulang ikan adalah untuk menggambarkan secara grafik cara hubungan antara penyampaian akibat dan semua faktor yang

berpengaruh pada akibat ini. Fungsi dasar diagram 5 tulang ikan adalah untuk mengidentifikasi dan mengorganisasi penyebab-penyebab yang mungkin timbul dari suatu efek spesifik dan kemudian memisahkan akar penyebabnya.

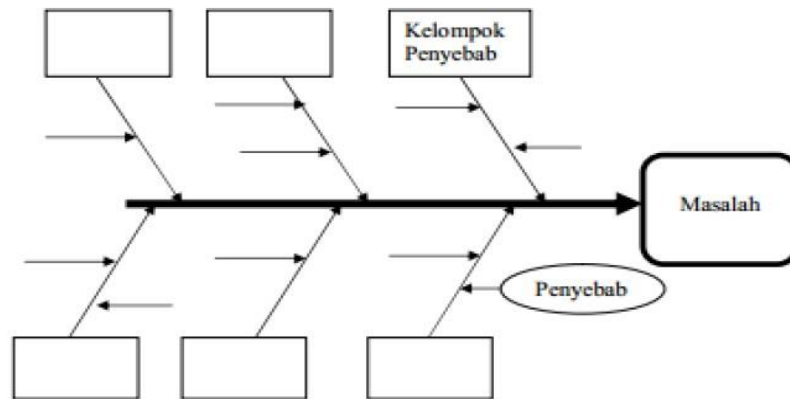
Adanya diagram tulang ikan ini sebenarnya memberi banyak sekali keuntungan. Pada dasarnya diagram tulang ikan dapat dipergunakan untuk kebutuhan-kebutuhan berikut:

- a. Membantu mengidentifikasi akar penyebab masalah dari suatu masalah.
- b. Membantu membangkitkan ide-ide untuk solusi suatu masalah.
- c. Membantu dalam penyelidikan atau pencarian fakta lebih lanjut.
- d. Mengidentifikasi tindakan untuk menciptakan hasil yang diinginkan.
- e. Membuat issue secara lengkap dan rapi.
- f. Menghasilkan pemikiran baru.

Beberapa manfaat lainnya dari membangun diagram tulang ikan adalah membantu menentukan akar penyebab masalah atau karakteristik kualitas menggunakan pendekatan terstruktur, mendorong partisipasi kelompok dan memanfaatkan pengetahuan kelompok proses, serta mengidentifikasi area dimana data harus dikumpulkan untuk studi lebih lanjut (*Balanced Scorecard Institute*, 2009).

Diagram tulang ikan atau sebab akibat merupakan pendekatan terstruktur yang memungkinkan dilakukan suatu analisis lebih terperinci dalam menemukan penyebab-penyebab suatu masalah, ketidaksesuaian, dan kesenjangan yang ada (Gasversz, 1997). Terdapat 7 langkah yang harus dilakukan dalam melakukan analisis dengan diagram tulang ikan yaitu:

- a. Menyepakati permasalahan utama yang terjadi dan diungkapkan bahwa masalah tersebut merupakan suatu pernyataan masalah (*problem statement*).
- b. Mengidentifikasi penyebab masalah yang mungkin. Identifikasi ini dilakukan dengan metode *brainstorming*. Kelompok penyebab masalah ini ditempatkan di *fishbone diagrams* pada sirip ikan. Pada tahap kedua ini, dilanjutkan dengan pengisian penyebab masalah yang disepakati seperti pada gambar berikut :



Gambar 2.1 *Fishbone Diagrams*

- c. Membuat garis diagonal yang menjadi cabang. Setiap cabang mewakili sebab utama dari masalah yang ditulis. Sebab ini diinterpretasikan sebagai *cause*, secara visual dalam *fishbone* seperti tulang ikan. Kategori sebab utama mengorganisasikan sebab sedemikian rupa sehingga masuk akal dengan situasi.
- d. Menemukan sebab potensial. Saat sebab- sebab dikemukakan, tentukan bersama-sama dimana sebab tersebut harus ditempatkan dalam *fishbone diagrams*, yaitu tentukan di bawah kategori yang mana gagasan tersebut harus ditempatkan. Sebab- sebab ditulis dengan garis horizontal sehingga banyak “tulang” kecil keluar dari garis diagonal.
- e. Pertanyakan kembali “Mengapa sebab itu muncul? Sehingga “tulang” lebih kecil (sub-sebab) keluar dari garis horizontal tadi. Satu sebab bisa ditulis di beberapa tempat jika sebab tersebut berhubungan dengan beberapa kategori.
- f. Mengkaji kembali. Setelah menemukan penyebab potensial dari setiap penyebab yang mungkin, kemudian dikaji kembali urutan penyebab hingga ditemukan akar penyebabnya. Setelah itu tempatkan akar penyebab masalah tersebut pada cabang yang sesuai dengan kategori utama sehingga membentuk seperti tulang-tulang kecil dari ikan. Selanjutnya adalah menginterpretasikan dan mengkaji kembali diagram sebab akibat tersebut mulai dari masalah awal hingga ditemukannya akar penyebab tersebut.
- g. Mencapai kesepakatan. Setelah proses interpretasi dengan melihat penyebab yang muncul secara berulang, didapatkan kesepakatan melalui konsensus tentang penyebab itu, sehingga sudah dapat dilakukan pemilihan penyebab

yang paling penting dan dapat diatasi. Selanjutnya adalah memfokus perhatian pada penyebab yang terpilih melalui konsensus tersebut untuk hasil yang lebih optimal. Penerapan hasil analisis dengan menggunakan diagram tersebut adalah dengan cara mengembangkan dan mengimplementasikan tindakan korektif, serta memonitor hasil-hasil untuk menjamin bahwa tindakan korektif yang dilakukan itu efektif dengan hilangnya penyebab masalah yang dihadapi.

2.4 Penentuan Prioritas Alternatif Solusi dengan Menggunakan Metode MEER

Metode MEER (Metodologi, Efektivitas, Efisiensi, dan Relevansi) merupakan salah satu metode yang dapat digunakan untuk menentukan prioritas solusi terpilih yang dapat dilakukan. Pembobotan dengan analisis ini adalah berdasarkan aspek kriteria sebagai berikut:

- a. Metodologi yaitu kemudahan pelaksanaan atau tersedia teknologi tepat guna
- b. Efektifitas yaitu seberapa jauh keberhasilan strategi tersebut dalam pencapaian tujuan
- c. Efisiensi yaitu besar kecilnya dukungan yang diperlukan (5M : *Man, Money, Material, Methode, Machine*) dalam pelaksanaan strategi
- d. Relevansi yaitu keterikatan/ kesesuaian strategi tersebut dengan kegiatan organisasi.

Tabel 2.1 Contoh Matriks Penentuan Ranking Pemilihan Pemecahan Masalah (Solusi) Pada Analisis Pembobotan MEER

Rencana Alternatif Solusi	Nilai				Jumlah Nilai (M*E*E*R)	Rangking
	M	E	E	R		

Tahapan *scoring* metode MEER untuk menentukan prioritas alternatif solusi adalah adalah masing-masing ukuran atau kriteria diberi nilai berdasarkan justifikasi peneliti. Pembobotan nilai dimulai dari angka 1 sampai dengan angka 5, bila alternatif solusi tersebut realistis diberi nilai 5 paling tinggi dan bila sangat kecil diberi nilai 1. Setiap solusi yang didapatkan kemudian dinilai setiap aspeknya. Kemudian nilai-nilai tersebut dijumlahkan berdasarkan setiap aspek. Alternatif solusi yang memperoleh nilai tertinggi (terbesar) adalah yang diprioritaskan, alternatif solusi yang memperoleh nilai terbesar kedua memperoleh prioritas kedua, dan seterusnya.

2.5 1000 HPK (1000 Hari Pertama Kehidupan)

Status gizi dan kesehatan ibu dan anak sebagai penentu kualitas sumber daya manusia, semakin jelas dengan adanya bukti bahwa status gizi dan kesehatan ibu pada masa prahamil, saat kehamilannya dan saat menyusui merupakan periode yang sangat kritis. Periode seribu hari, yaitu 270 hari selama kehamilannya dan 730 hari pada kehidupan pertama bayi yang dilahirkannya, merupakan periode sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Dampak tersebut tidak hanya pada pertumbuhan fisik, tetapi juga pada perkembangan mental dan kecerdasannya, yang pada usia dewasa terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi. (Republik Indonesia, 2013).

Kegiatan 1000 HPK ini dibagi menjadi dua intervensi yaitu intervensi spesifik yang menjadi titik kritis dalam membentuk SDM berkualitas lebih fokus kepada ibu hamil, bayi kelompok umur 0-6 bulan dan 7- 23 bulan atau sejak anak masih dalam kandungan sampai berusia 2 tahun dan intervensi sensitif yang sasarannya berada diluar sektor kesehatan yang dapat mendukung kesehatan seperti penyediaan air bersih dan sanitasi, keluarga berencana, jaminan kesehatan masyarakat, jaminan persalinan dasar, ketahanan pangan dan gizi, fortifikasi pangan, pendidikan gizi masyarakat, intervensi untuk remaja putri dan pengentasan kemiskinan (Kementerian Sosial RI, 2015).

a. Periode Kehamilan (280 Hari)

Awal kehamilan merupakan titik awal perhatian terhadap anak. Hal yang harus dipastikan dalam 1000 hari pertama kehidupan yaitu anak harus mendapatkan asupan gizi yang optimal agar penurunan status gizi anak dapat dicegah sejak awal (Priyatna, 2014).

Masa kehamilan yang dapat juga disebut sebagai masa pertumbuhan janin yang sangat cepat dalam kandungan ibu. Pada kehamilan 8 minggu pertama terbentuk cikal bakal yang akan menjadi jantung, otak, hati, ginjal, tulang dan yang lainnya sedangkan pada usia 9 minggu hingga masa kelahiran terjadi pertumbuhan dan perkembangan lebih lanjut dari organ tubuh hingga siap untuk hidup diluar kandungan ibu (Achadi, 2014). Bayi dalam kandungan

sangat bergantung pada kesehatan dan nutrisi ibunya yang baik saat periode kehamilan. Kekurangan gizi yang dialami ibu hamil akan berdampak buruk bagi dirinya dan janin yang dikandungnya (Chomaria, 2011).

Pengukuran status gizi ibu hamil sering dilihat dari ukuran lingkaran lengan atas (LiLA). Ibu hamil diharapkan memiliki ukuran LiLA minimal 23,5 cm karena ibu hamil yang memiliki LiLA < 23,5 cm beresiko menderita kekurangan energi kronik (KEK) dan dikhawatirkan akan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) atau < 23,5 cm beresiko 2 kali lebih besar melahirkan bayi BBLR daripada ibu yang memiliki ukuran LiLA normal, oleh karena itu perlu memperbaiki status gizi calon ibu dan dimulai dari remaja.

b. Periode 0 – 6 Bulan (180 hari)

Periode ini adalah periode pemberian ASI eksklusif pada bayi yang harus memperhatikan beberapa hal seperti bayi harus mendapatkan inisiasi menyusui dini (IMD) segera setelah lahir setidaknya selama satu jam pertama setelah lahir atau hingga proses menyusui pertama selesai (Fikawati, 2015). Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi karena semua nutrisi yang diperlukan bayi ada di ASI. WHO telah merekomendasikan pemberian ASI selama 6 bulan sedangkan pemerintah telah merangkumkannya dalam peraturan tentang ASI eksklusif yang dapat dilihat pada Undang-undang nomor 13 tahun 2003 pasal 83 tentang ketenagakerjaan, Undang-undang nomor 36 tahun 2009 pasal 128 tentang kesehatan dan Peraturan Pemerintah nomor 33 tahun 2012 tentang pemberian ASI.

c. Periode 6 – 24 Bulan (540 hari)

Pada periode ini dimulai pemberian makanan pada bayi selain ASI yang dilanjutkan sampai anak berusia dua tahun. Pada periode ini sistem pencernaan sudah relatif sempurna. Pemberian MP-ASI pada periode ini harus dilakukan secara bertahap, sedikit demi sedikit dan terus bertambah seiring pertambahan usia bayi. Begitupula dengan konsistensi makanan bayi yang harus dimulai dengan makanan encer hingga makanan keluarga.

Menurut Kemensos RI (2015) pada bayi usia 6 bulan sampai 2 tahun hal yang harus dilakukan ialah pemberian MP-ASI namun pemberian ASI tetap

harus diberikan, berikan kapsul vitamin A, melengkapi imunisasi dasar pada bayi dan memantau pertumbuhan dan perkembangan serta mencegah dan menangani anak sakit segera mungkin.

2.6 *Stunting*

a. Definisi

Stunting atau tubuh pendek merupakan akibat kekurangan gizi kronis atau kegagalan pertumbuhan di masa lalu dan digunakan sebagai indikator jangka panjang untuk gizi kurang pada anak (Kemenkes RI, 2015). Pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) yang merupakan istilah *stunting* atau *severely*. Balita pendek (*stunting*) dapat diketahui bila balita sudah dapat diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (Multicentre Growth Reference Study) tahun 2005 dan didapatkan hasil nilai z -score < -2 SD, sedangkan dikatakan sangat pendek apabila hasil z -score < -3 SD (Kemenkes RI, 2016).

b. Kelompok Usia Berisiko *Stunting*

Masa balita merupakan kelompok usia yang berisiko mengalami kurang gizi salah satunya adalah *stunting* (Aridiyah *et al* 2015). Oleh karena itu, keadaan gizi yang baik dan sehat pada masa anak balita merupakan hal yang penting bagi kesehatannya di masa depan. Masa usia 12 – 24 bulan adalah masa rawan dimana balita sering mengalami infeksi atau gangguan status gizi, karena pada usia ini balita mengalami peralihan dari bayi menjadi anak. Apabila pola pengasuhan tidak betul diperhatikan, maka balita akan sering mengalami penyakit terutama penyakit infeksi (Welasasih and Wirjatmadi ,2012).

c. Faktor Penyebab *Stunting*

Adapun faktor yang berhubungan dengan *stunting*, diantaranya yaitu:

1. Faktor Genetik

Faktor genetik orang tua merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* pada anak balita. Salah satu atau kedua orang tua yang pendek akibat kondisi patologis dan memiliki gen dalam kromosom yang membawa

sifat pendek dapat mengakibatkan anak balita akan mewarisi gen tersebut dan tumbuh menjadi pendek atau *stunting* (Aridiyah *et al.* 2015).

2. Faktor Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan merupakan jenjang terakhir yang ditempuh seseorang dimana tingkat pendidikan merupakan suatu wahana untuk mendasari seseorang berperilaku secara ilmiah. Pendidikan merupakan salah satu unsur penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi karena berhubungan dengan kemampuan seseorang menerima dan memahami sesuatu, karena tingkat pendidikan seorang ibu dapat mempengaruhi pola konsumsi makan melalui cara pemilihan makanan pada balita. Pendidikan ibu muncul sebagai prediktor utama *stunting*, merupakan faktor rumah tangga yang dapat dimodifikasi, memiliki hubungan yang kuat dan konsisten dengan status gizi buruk (Hagos *et al.* 2017).

3. Faktor Pola Pemberian Makan

Salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* adalah asupan gizi (Kemenkes RI, 2015). Pola pemberian makan dapat memberikan gambaran asupan gizi mencakup jenis, jumlah, dan jadwal makan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi (Kemenkes RI, 2014). Ibu yang memiliki pola pemberian makan yang baik, menunjukkan bahwa ibu telah memberikan makanan yang tepat kepada balita yaitu makanan yang diberikan sesuai dengan usia anak dan memenuhi kebutuhan nutrisi anak (Kumala, 2013).

4. Faktor Pengetahuan Ibu

Pengetahuan ibu mengenai gizi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya *stunting* pada anak balita. Secara tidak langsung tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi kemampuan dan pengetahuan ibu mengenai perawatan kesehatan terutama dalam memahami pengetahuan mengenai gizi (Aridiyah *et al.* 2015).

5. Faktor Ekonomi

Pendapatan keluarga menjadi faktor yang berhubungan dengan *stunting* pada anak balita. Apabila ditinjau dari karakteristik pendapatan keluarga bahwa akar masalah dari dampak pertumbuhan bayi dan berbagai masalah gizi lainnya salah satunya disebabkan dan berasal dari krisis ekonomi.

Sebagian besar anak balita yang mengalami gangguan pertumbuhan memiliki status ekonomi yang rendah (Aridiyah *et al.* 2015). Status ekonomi yang rendah berdampak pada ketidakmampuan untuk mendapatkan pangan yang cukup dan berkualitas karena rendahnya kemampuan daya beli. Kondisi ekonomi seperti ini membuat balita *stunting* sulit mendapatkan asupan zat gizi yang adekuat sehingga mereka tidak dapat mengejar ketertinggalan pertumbuhan (*catch up*) dengan baik (Anugraheni, 2012).

6. Faktor Budaya

Faktor yang sangat mempengaruhi status gizi adalah pola asuh gizi anak melalui makanan, yang akan direspon dan dipraktikan oleh pemberi perawatan secara berbeda-beda pada masing-masing budaya. Sosiobudaya yang merupakan hubungan manusia dengan manusia, sering dipengaruhi oleh mitos, norma, nilai, kepercayaan, kebiasaan yang berkaitan dengan pola budaya dan merupakan efek dari berbagai akses, yang dapat berupa akses pangan, akses informasi dan akses pelayanan serta modal yang dipunyai. Kondisi ini memunculkan bentuk pola asuh yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi. (Kasmini, 2012)

7. Sanitasi

Higene dan sanitasi yang rendah dapat menyebabkan faktor kejadian *stunting* pada balita. Anak yang tinggal di lingkungan dengan sanitasi rendah lebih rawan terkontaminasi bakteri (Anugraheni, 2012).

8. Penyakit Infeksi

Timbulnya status gizi *stunting* tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Kejadian penyakit infeksi berulang tidak hanya berakibat pada menurunnya berat badan atau akan tampak pada rendahnya nilai indikator berat badan menurut umur, akan tetapi juga indikator tinggi badan menurut umur. Hal tersebut bisa dijelaskan bahwa status gizi *stunting* disebut juga sebagai gizi kurang kronis yang menggambarkan adanya gangguan pertumbuhan tinggi badan yang berlangsung pada kurun waktu cukup lama. Sebagian besar balita pada kelompok *stunting* menderita penyakit ISPA. Memburuknya keadaan gizi anak akibat penyakit infeksi

dapat menyebabkan turunnya nafsu makan, sehingga masukan zat gizi berkurang padahal anak justru memerlukan zat gizi yang lebih banyak (Welasasih and Wirjatmadi, 2012).

d. Dampak *Stunting*

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh masalah gizi pada periode tersebut, dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Anak-anak yang mengalami *stunting* lebih awal yaitu sebelum usia 6 bulan, akan mengalami kekerdilalan lebih berat menjelang usia dua tahun. Bila hal tersebut terjadi, maka salah satu organ tubuh yang paling cepat mengalami resiko adalah otak. Dalam otak terdapat sel-sel saraf yang sangat berkaitan dengan respon anak termasuk dalam melihat, mendengar, dan berpikir selama proses belajar. Anak *stunting* pada usia dua tahun secara signifikan mengalami kinerja kognitif yang lebih rendah dan nilai yang lebih rendah disekolah pada masa anak-anak (Grantham et al. 2007).

Dampak berkepanjangan akibat *stunting* yaitu kesehatan yang buruk, meningkatnya risiko terkena penyakit tak menular, buruknya kognitif dan prestasi pendidikan yang dicapai pada masa kanak-kanak (Bappenas and UNICEF, 2017). Risiko tinggi munculnya penyakit dan disabilitas pada usia tua, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

2.7 Kegiatan Intervensi

Intervensi atau *intervening* merupakan kata yang berasal bahasa Latin yang berarti “*coming between*” artinya yang datang di antara. Intervensi berarti mengacu pada usaha untuk mengubah kehidupan yang sedang berjalan dengan cara tertentu. Perubahan itu bisa kecil atau besar, negatif atau positif. Orang-orang yang bekerja dalam profesi-profesi pemberi bantuan memiliki intensi etik yang sama, yaitu melakukan segala hal yang dapat dilakukan demi keuntungan klien tanpa menimbulkan kerugian (Sundberg et al. 2007).

a. *Emotional Demonstration* (Emo Demo)

Emotional Demonstration (Emo Demo) adalah salah satu metode edukasi masyarakat melalui pendekatan baru yang mengacu pada teori *Behavior*

Centered Design (BCD). Teori BCD berprinsip bahwa perilaku hanya dapat berubah sebagai respon atas sesuatu yang baru, menantang, mengejutkan atau menarik. Metode Emo Demo ini menggunakan cara-cara yang bersifat imajinatif dan provokatif untuk mencapai perubahan perilaku dalam bidang kesehatan masyarakat. (Amareta dan Ardianto, 2017).

b. Metode Demonstrasi

Menurut Notoadmojo (2010), metode demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang suatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan adegan dengan menggunakan alat peraga. Metode ini digunakan terhadap kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya.

Langkah melakukan demonstrasi antara lain :

1. Persiapan yang perlu diperhatikan dalam mempersiapkan demonstrasi yaitu:
 - a) Menentukan isi pesan atau kebutuhan belajar;
 - b) Mempersiapkan penyajian dan perlengkapan (alat dan bahan);
 - c) Mempersiapkan ruangan/tempat yang akan digunakan.
2. Pelaksanaan dalam pelaksanaan kegiatan demonstrasi antara lain:
 - a) Mendesain ruangan agar para audien bisa fokus pada materi;
 - b) Peragaan dalam proses demonstrasi dikerjakan dengan hati-hati;
 - c) Mengusahakan agar sistematis dalam penyajiannya (lengkapi dengan alat bantu berupa sketsa, gambar, dan model);
 - d) Memberi kesempatan audien untuk mencoba secara langsung peragaan;
 - e) Memberikan penjelasan untuk menghindari bahaya yang mungkin timbul;
 - f) Merangsang audien untuk bertanya dan berdiskusi;
 - g) Memberikan motivasi salah seorang audien agar mau membimbing audien lainnya melakukan peragaan;
 - h) Memberikan simpulan tentang apa yang telah dilakukan selama proses peragaan tersebut.
 - i) Pengakhiran setelah selesai melaksanakan demonstrasi cara maka dilakukan tindak lanjut berupa menyebarluaskan hasil demonstrasi cara dalam media yang dapat dimonitor oleh audien.

BAB III

METODE KEGIATAN

3.1 Sasaran

Sasaran Praktik Kerja Lapangan ini adalah seluruh warga yang bertempat tinggal di kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya.

3.2 Waktu dan Tempat

Pelaksanaan kegiatan Praktik Kerja Lapangan (PKL) dilaksanakan pada:

Waktu : 27 Desember 2019 s.d. 31 Januari 2020

Tempat : 1) Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya
2) Puskesmas Sidotopo

3.3 Metode Kegiatan (Operasional Riset)

3.3.1 Identifikasi Permasalahan

Identifikasi permasalahan kesehatan masyarakat yang dilakukan diwilayah Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir berdasarkan dari analisis dua jenis data, yaitu data sekunder dan data primer.

a. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari data di Puskesmas Sidotopo, Kelurahan Ampel, dokumen dari pihak terkait. Data dari Puskesmas Sidotopo terdiri dari data target dan cakupan *stunting*, data cakupan IMD (Inisiasi Menyusu Dini), data cakupan K1, data cakupan K4, KB, data AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB(Angka Kematian Bayi), data cakupan ASI, data 10 penyakit terbanyak yang terjadi di Puskesmas Sidotopo dan data lainnya terkait Kelurahan Ampel. Sedangkan data dari Kelurahan Ampel adalah data monografi dan demografi wilayah Kelurahan Ampel.

b. Data Primer

Data primer dapat diperoleh secara langsung dari responden atau narasumber yang diinginkan sesuai dengan tujuan. Teknik atau cara yang digunakan dalam pengambilan data primer untuk menentukan daftar masalah kesehatan di wilayah Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir,

Surabaya adalah FGD, wawancara mendalam (*indepth interview*), penyebaran kuesioner.

3.3.2 Masalah Kesehatan

Data yang dibutuhkan untuk menentukan masalah kesehatan maupun penyebab masalah kesehatan yang ada pada Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir terdiri dari dua jenis yaitu data primer dan data sekunder. Dalam mencari data primer, maka teknik pengumpulan data yang dilakukan antara lain:

a. Pengisian Kuisisioner

Pengisian kuisisioner dilakukan pada saat mencari masalah kesehatan yang terjadi pada Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir. Kuisisioner tersebut akan diisi langsung oleh masyarakat pada Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir. Apabila ada masyarakat yang tidak dapat mengisi kuisisioner tersebut secara mandiri, maka kelompok akan membantu mengisikan kuisisioner tanpa ada intervensi dalam pengisian kuisisioner tersebut.

b. Wawancara Terarah (*Guided Interview*)

Wawancara terarah dilakukan untuk mengetahui penyebab masalah kesehatan yang terjadi di Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya. Wawancara terarah dilakukan kepada beberapa responden yang memiliki baduta dalam kategori pendek atau sangat pendek.

c. Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*)

Wawancara akan dilakukan untuk mengetahui dan memastikan masalah kesehatan yang terjadi yang didapatkan dari hasil kuisisioner. Wawancara juga dapat dilakukan untuk mengetahui kegiatan yang sedang dilakukan yang berkaitan dengan masalah kesehatan yang terjadi di Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya. Wawancara akan dilakukan kepada beberapa orang yang mengerti tentang keadaan kesehatan pada Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir seperti pihak Puskesmas Sidotopo dan Kader RW 06.

d. *Focus Group Discussion* (FGD)

Focus Group Discussion akan dilakukan untuk mengetahui akar penyebab masalah kesehatan yang terjadi di Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir. *Focus Group Discussion* akan dilakukan dengan 7 – 10 orang yang terdiri dari Ketua RT, tokoh masyarakat, dan beberapa warga di Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir.

Sedangkan data sekunder didapatkan dari:

- a. Hasil laporan tahun 2019 yang mengkaji masalah terbesar di kelurahan Ampel kecamatan Semampir.
- b. Profil kesehatan Kota Surabaya
- c. Profil kesehatan Puskesmas Sidotopo
- d. Data kesehatan masyarakat Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir di Puskesmas Sidotopo
- e. Data kependudukan di Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir
- f. Data monografi dan demografi wilayah Kelurahan Ampel.
- g. Studi pustaka yang di dapatkan dari berbagai sumber masalah

3.3.3 Penentuan Prioritas Masalah

Penentuan prioritas masalah kesehatan masyarakat yang ada di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya didasarkan dari hasil diskusi dengan tokoh masyarakat dan kader menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness and Growth*) sesuai dengan masalah yang ditemukan.

3.3.4 Penentuan Akar Penyebab Masalah

Dalam menentukan akar penyebab masalah kesehatan masyarakat di RW 06 kelurahan Ampel kecamatan Semampir dapat dirumuskan dengan:

a. *Fishbone*

Menentukan kesempatan mengenai penyebab suatu masalah dengan menggunakan teknik *brainstorming* (tukar pendapat) para anggota tim akan memberikan sumbang saran mengenai penyebab munculnya masalah.

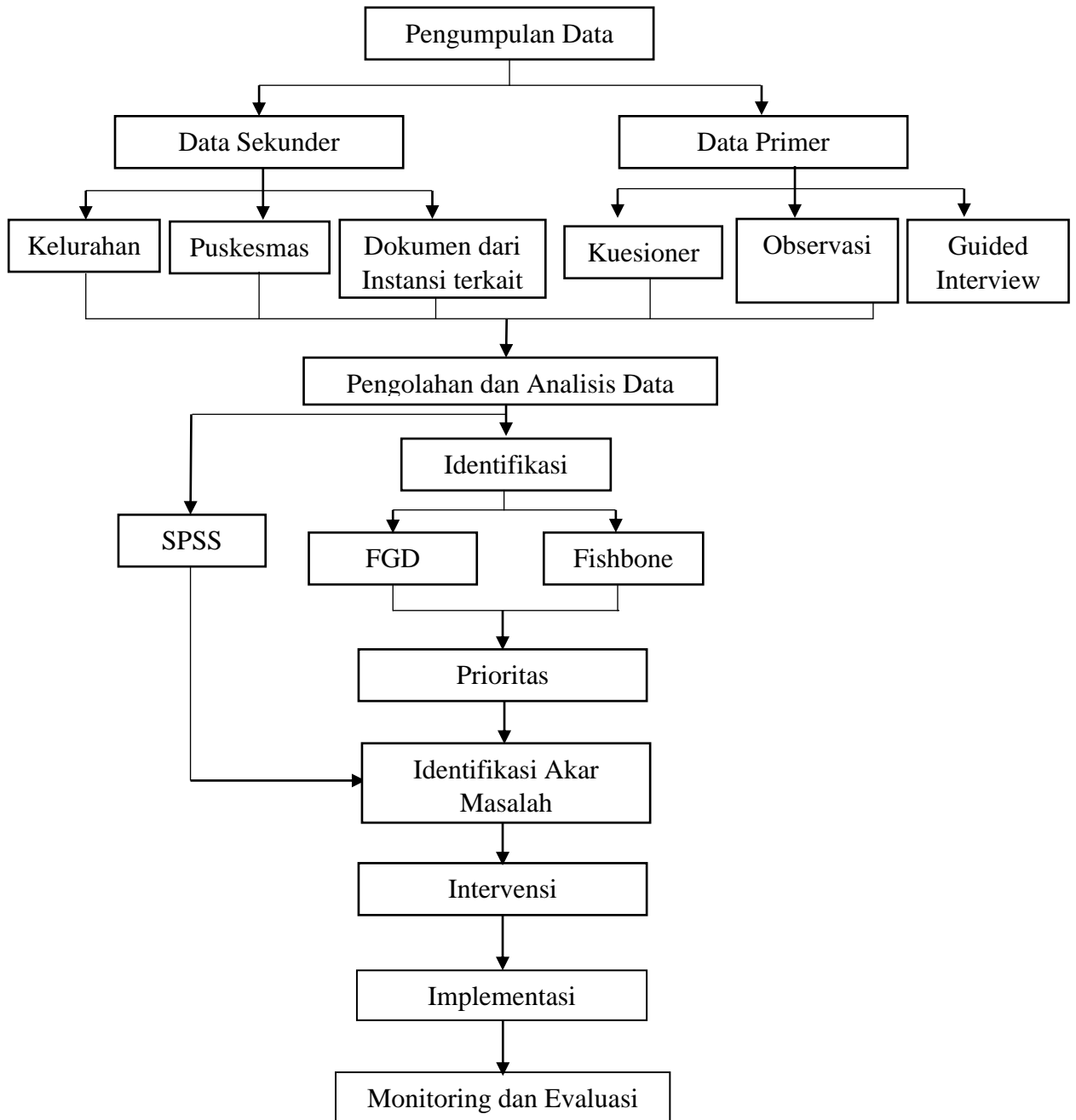
b. *Survey*

Penentuan akar penyebab masalah dengan metode *survey* menggunakan instrumen berupa kuesioner yang dilakukan pada sampel dari populasi warga RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya. Kuesioner yang telah disusun akan disebarakan kepada responden sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan dengan metode *total sampling*.

3.3.5 Penentuan Alternatif Solusi

Penentuan alternatif solusi masalah kesehatan masyarakat di wilayah RW 06 dilakukan dengan FGD (*Focus Group Discussion*) berdasarkan hasil diskusi mengenai akar penyebab masalah menggunakan metode fishbone bersama ketua RW, ketua RT, kader dan masyarakat di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya.

3.4 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Operasional

3.5 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisis Data

3.5.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperoleh dari data sekunder dan data primer. Data sekunder didapat dari studi pustaka dan dokumentasi, sedangkan data primer didapatkan dari:

a. Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*)

Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan *key person* untuk menjadi narasumber dalam wawancara, diantaranya yaitu, pihak Puskesmas Sidotopo, ketua RW 06, serta kader RW 06.

b. *Focus Group Discussion* (FGD)

FGD merupakan metode pengumpulan data dimana sekelompok orang berdiskusi tentang suatu fokus masalah atau topik tertentu dan dipandu oleh seorang fasilitator, dengan orang yang karakteristiknya sama. Dalam FGD yang dilakukan oleh kelompok yaitu dengan kader yang terdapat di RW 06 kelurahan Ampel dan 1 fasilitator dan *co-fasilitator* dengan fokus bahasan tentang masalah kesehatan yang terdapat di RW 06.

c. Kuesioner

Kuesioner merupakan daftar pertanyaan yang digunakan untuk memperoleh data dari sumbernya secara langsung. Kuesioner yang digunakan kelompok adalah kuesioner terstruktur terbuka dimana pertanyaan tersusun secara urut dan responden diberikan kesempatan memilih satu dari beberapa opsi jawaban responden.

3.5.2 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan proses memperoleh data yang berasal dari kumpulan data mentah dengan menggunakan metode/tahapan tertentu. Data diperoleh dari wawancara, dokumentasi, kuesioner. Pengolahan data dilakukan dengan *editing* (pemeriksaan data), *coding* (pembuatan kode), *entry* (memasukkan data), dan penyajian data.

3.5.3 Analisis Data

Analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis dengan mengorganisasikan, menjabarkan, mensintesa, menyusun

pola dan memilih mana yang penting dan dibuat kesimpulan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan statistic deskriptif.

3.6 Populasi dan Sampel

Populasi dalam kegiatan ini adalah semua ibu yang memiliki bayi dibawah usia dua tahun yang terdapat di RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir mulai dari RT 01 sampai dengan RT 04. Sampel dalam kegiatan ini menggunakan total populasi ibu yang memiliki bayi dibawah usia dua tahun yang terdapat di RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir mulai dari RT 01 sampai dengan RT 04 sebesar 26 sampel. Kriteria inklusi adalah ibu yang memiliki bayi di bawah usia dua tahun yang bertempat tinggal di RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir dan berada ditempat saat dilakukan pendataan. Kriteria eksklusi dalam kegiatan ini adalah sampel yang tidak memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Pada saat dilakukan pendataan, ada beberapa responden yang tidak memenuhi kriteria inklusi sehingga gugur dalam pemilihan sampel. Total responden yang dapat kami lakukan pendataan sebesar 19 responden dari total populasi.

3.7 Teknik Pengambilan Sampel

Setiap jenis penelitian membutuhkan teknik pengambilan sampel (teknik sampling) yang tepat sesuai dengan populasi sasaran yang akan diteliti. Populasi penelitian bersifat heterogen dan homogen. Manusia merupakan jenis populasi yang heterogen, sedangkan benda dan tumbuhan merupakan jenis populasi yang relatif homogen. Teknik sampling acak terdiri dari teknik *sampling* acak sederhana, *stratified*, *cluster*, dan sistematis.

Teknik *sampling* non acak terdiri dari teknik *sampling purposive*, aksidental atau insidental, dan *snowball*. Dalam kegiatan ini kelompok menggunakan tehnik *sampling* non acak yaitu *purposive sampling*. *Purposive sampling* digunakan apabila sasaran sampel yang diteliti telah memiliki karakteristik tertentu sehingga tidak mungkin diambil sampel lain yang tidak memenuhi karakteristik yang telah ditetapkan. Karakteristik sampel yang diambil sudah ditetapkan oleh peneliti sehingga teknik sampling ini dinamakan sampel bertujuan. Teknik *sampling* ini cocok digunakan untuk jenis penelitian studi kasus, evaluasi program, penelitian

tindakan dan jenis penelitian lain yang menggunakan data kualitatif (Endang Mulyatiningsih, 2011).

3.8 Pelaksanaan Kegiatan

Berikut merupakan tabel pelaksanaan kegiatan yang dilakukan pada kegiatan PKL Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir periode 27 Desember 2019 s.d. 31 Januari 2020.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi PKL

4.1.1 Monografi Kelurahan Ampel

a. Kondisi Geografis

Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya terletak pada kondisi geografis di ketinggian tanah ± 4 meter dari permukaan laut dengan curah hujan $\pm 10-20$ mm/tahun serta memiliki suhu udara rata-rata 26°C sampai dengan 36°C . Secara administrasi, Kelurahan Ampel terletak di wilayah Kecamatan Semampir Kota Surabaya yang memiliki batas wilayah:

1. Sebelah Utara : Kelurahan Ujung, Kecamatan Semampir
2. Sebelah Timur : Kelurahan Sidotopo, Kecamatan Semampir
3. Sebelah Selatan : Kelurahan Nyamplungan, Kecamatan Pabean
Cantikan
Kelurahan Simolawang, Kecamatan Simokerto
4. Sebelah Barat : Kelurahan Nyamplungan, Kecamatan Pabean
Cantikan



Gambar 4.1 Peta Kelurahan Ampel

b. Luas Wilayah

Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya memiliki luas wilayah sebesar ± 38 Ha yang terdiri dari:

- | | | | |
|-------------------|---|---------|------------------------|
| 1. Perumahan | : | ± 30 Ha | ± 7.032 m ² |
| 2. Perdagangan | : | ± 2 Ha | ± 984 m ² |
| 3. Perkantoran | : | ± 0 Ha | ± 0 m ² |
| 4. Industri | : | ± 0 Ha | ± 0 m ² |
| 5. Fasilitas Umum | : | ± 1 Ha | ± 400 m ² |

6. Lain-lain : ± 3 Ha ± 984 m²

Berkaitan dengan kelembagaan masyarakat, wilayah Kelurahan Ampel memiliki jumlah RW sebanyak 17 RW. Sedangkan untuk RT sebanyak 86 RT.

c. Kondisi Demografi

Berikut ini adalah gambaran kondisi demografi Kelurahan Ampel berdasarkan data sekunder Kelurahan Ampel tahun 2019.

1. Jumlah Penduduk Kelurahan Ampel

Jumlah penduduk Kelurahan Ampel pada tahun 2019 sejumlah 21.930 jiwa, dengan rincian sebagai berikut.

a) Jumlah Kepala Keluarga : 6.543 KK

b) Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin

Laki-laki : 10.895 orang

Perempuan : 11.035 orang

Jumlah : 21.930 orang

c) Jumlah Penduduk Menurut Kewarganegaraan

1) WNI

Laki-laki : 10.869 orang

Perempuan : 11.046 orang

Jumlah : 21.915 orang

2) WNA

Laki-laki : 10 orang

Perempuan : 5 orang

Jumlah : 15 orang

d) Jumlah Penduduk Menurut Agama

Islam : 21.703 orang

Kristen Protestan : 111 orang

Kristen Khatolik : 19 orang

Hindu : 1 orang

Budha : 91 orang

Kepercayaan Terhadap Tuhan YME : 5 orang

Jumlah : 21.930 orang

e) Jumlah Penduduk Menurut Usia

Tabel 4.1 Distribusi Penduduk Kelurahan Ampel Menurut Usia

Rentang Usia	Jumlah Penduduk
0 – 5 tahun	2.021 orang
6 – 9 tahun	1.465 orang
10 – 16 tahun	2.337 orang
17 tahun	503 orang
18 – 25 tahun	2.634 orang
26 – 40 tahun	5.528 orang
41 – 59 tahun	5.502 orang
> 60 tahun	1.940 ang

f) Jumlah Penduduk Menurut Pendidikan

Tabel 4.2 Distribusi Penduduk Kelurahan Ampel Menurut Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Jumlah Penduduk
SD	5.767 orang
SLTP	3.831 orang
SLTA	5.388 orang
Akademi (D1-D3)	156 orang
S-1	1.176 orang
S-2	70 orang
S-3	1 orang

g) Jumlah Penduduk Menurut Pekerjaan

1) PNS	: 168 orang
2) TNI	: 21 orang
3) POLRI	: 7 orang
4) BUMN/BUMD	: 5 orang
5) Pegawai Swasta	: 4.558 orang
6) Pedagang	: 521 orang

- 7) Dokter : 28 orang
- 8) Tenaga Medis : 7 orang
- 9) Guru/Dosen : 168 orang
- 10) Wiraswasta : 2.864 orang
- 11) Buruh : 75 orang
- 12) Pembantu : 25 orang
- 13) Mahasiswa : 358 orang
- 14) Pelajar : 3.087 orang
- 15) Notaris : 5 orang
- 16) Pejabat Tinggi Negara : nol orang
- 17) Fakir Miskin : 1.213 orang
- 18) Belum Bekerja : 3.075 orang
- 19) Purnawirawan : 10 orang
- 20) Pensiunan : 77 orang
- 21) Lain-lain : 5.658 orang

h) Jumlah Mobilitas Penduduk

Tabel 4.3 Distribusi Mobilitas Penduduk Kelurahan Ampel
Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Lahir	Mati	Datang	Pindah
Laki-laki	24	9	10	17
Perempuan	11	4	6	11
Jumlah	35	13	16	28

Sumber: Data Sekunder, Kelurahan Ampel November 2019

i) Jumlah Penduduk Tetap/Musiman

- Penduduk Tetap : 21.809 orang
- Penduduk Musiman : 118 orang

2. Sarana dan Prasarana

a) Sarana Kesehatan

- 1) Rumah Sakit Umum Pemerintah : nol unit
- 2) Rumah Sakit Umum Swasta : nol unit
- 3) Rumah Sakit Kusta : nol unit
- 4) Rumah Sakit Mata : nol unit

- | | |
|--|------------|
| 5) Rumah Sakit Jiwa | : nol unit |
| 6) Sanatorium | : nol unit |
| 7) Rumah Sakit Jantung | : nol unit |
| 8) Rumah Sakit Bersalin | : nol unit |
| 9) Poliklinik/Balai Pelayanan Masyarakat | : 1 unit |
| 10) Tempat Praktik Dokter | : 6 unit |
| 11) Tempat Praktik Bidan | : nol unit |
| 12) Laboratorium | : nol unit |
| 13) Apotek/Depot Obat | : 9 unit |
| 14) Posyandu | : 14 unit |
| 15) Puskesmas | : nol unit |
| 16) Puskesmas Pembantu | : nol unit |
| 17) Polindes + Poskesdes/Poskeskel | : 1 unit |
- b) Sarana Pendidikan Formal
- | | |
|------------------------------|------------|
| 1) Kelompok Bermain | : 2 unit |
| 2) Taman Kanak-Kanak | : 12 unit |
| 3) Sekolah Dasar | : 6 unit |
| 4) SMP/SLTP | : nol unit |
| 5) SMA/SLTA | : 2 unit |
| 6) Institut/Perguruan Tinggi | : nol unit |
- c) Sarana Pendidikan Non Formal
- | | |
|------------------------|------------|
| 1) Pondok Pesantren | : 4 unit |
| 2) Sekolah Luar Biasa | : nol unit |
| 3) Balai Latihan Kerja | : nol unit |
| 4) Kursus | : 3 unit |
- d) Prasarana Perhubungan
- | | |
|-------------------------|------------|
| 1) Jembatan | : 1 unit |
| 2) Stasiun Kereta Api | : nol unit |
| 3) Terminal | : nol unit |
| 4) Pedestrian (Trotoar) | : nol unit |
- e) Sarana Komunikasi
- | | |
|---------------|----------|
| 1) Kantor Pos | : 1 unit |
|---------------|----------|

- 2) BTS/Tower : nol unit
- 3) Warnet : 2 unit
- 4) Wartel : nol unit
- f) Sarana Pariwisata
 - 1) Tempat Wisata : 2 unit
 - 2) Kebudayaan : 1 unit
 - 3) RHUTPDUP (Rumah Hiburan Umum) : nol unit
 - 4) Hotel : 4 unit
 - 5) Penginapan Motel : 4 unit
 - 6) Pusat Perbelanjaan : nol unit
 - 7) Restoran : 7 unit
 - 8) Minimarket : 9 unit
- g) Sarana Perdagangan
 - 1) UMKM : 8 unit
 - 2) Sentral PKL : 3 unit
 - 3) Koperasi : 4 unit
 - 4) Bank : 5 unit
 - 5) Pertokoan : nol unit
 - 6) Pasar Non PD Surya : nol unit
 - 7) Pasar Surya Aktif : 2 unit
 - 8) Pasar Surya Tematik : 1 unit
 - 9) Usaha/Perdagangan : 12 unit

4.1.2 Profil Puskesmas Sidotopo

a. Gambaran Umum Puskesmas Sidotopo

Nama Puskesmas	: Puskesmas Sidotopo
Alamat	: Jl. Pegirian No. 236 Kecamatan Semampir Kota Surabaya
No Telp/Fax	: 031 – 3767735
Tahun Berdiri	: 2000
Tipe Puskesmas	: Puskesmas Rawat Jalan



Gambar 4.2 Puskesmas Sidotopo

b. Visi dan Misi Puskesmas Sidotopo

Visi Puskesmas Sidotopo:

Puskesmas yang profesional untuk mewujudkan masyarakat sehat dan mandiri

Misi Puskesmas Sidotopo:

1. Meningkatkan pelayanan berkualitas dengan sepenuh hati
2. Meningkatkan kemandirian masyarakat berperilaku hidup sehat
3. Meningkatkan kompetensi dan profesionalisme SDM
4. Meningkatkan tata kelola manajemen puskesmas

c. Data Wilayah

UPTD Puskesmas Sidotopo merupakan salah satu Puskesmas yang ada di Kecamatan Semampir Kota Surabaya. Transportasi antar wilayah dihubungkan dengan jalur darat. Akses jalan mudah dijangkau dengan menggunakan kendaraan roda 4 maupun roda 2. Wilayah kerja Puskesmas Sidotopo meliputi 2 kelurahan, yaitu Kelurahan Sidotopo dan Kelurahan Ampel dengan luas wilayah kerja $\pm 0,28$ Ha. Batas wilayah kerja Puskesmas Sidotopo adalah sebagai berikut.

1. Sebelah Utara : Kelurahan Pegirian
2. Sebelah Timur : Kelurahan Wonokusumo
3. Sebelah Selatan : Kelurahan Simolawang
4. Sebelah Barat : Jl. Sidodadi Kelurahan Simolawang

d. Data Kependudukan

Jumlah penduduk seluruhnya sekitar 52.509 orang dengan 25.903 orang penduduk laki-laki dan 26.606 orang penduduk perempuan. Jumlah penduduk tersebut terbagi sebanyak 15.757 KK dengan jumlah kepala keluarga miskin sebesar 9.471 KK. Jumlah penduduk total miskin yang memiliki kartu jamkesmas yaitu sebanyak 12.996 jiwa.

e. Derajat Kesehatan

1. Mortalitas

- a) AKB (Angka Kematian Bayi) : selama tahun 2019 terdapat 1 (satu) kasus kematian bayi di Puskesmas Sidotopo.
- b) AKABA (Angka Kematian Balita) : selama tahun 2019 terdapat nol kasus kematian balita di Puskesmas Sidotopo.
- c) AKI (Angka Kematian Ibu) : selama tahun 2019 terdapat nol kasus kematian ibu di Puskesmas Sidotopo.

2. Morbiditas

Data 10 penyakit terbanyak yang terjadi di Puskesmas Sidotopo antara lain:

- a) *Acute Upper Respiratory Infection, unspecified*
- b) *Myalgia*
- c) *Diarrhea and Gastroenteritis of Presumed Infectious Origin*
- d) *Fever, unspecified*
- e) *Pulpitis*
- f) *Supervision of High-risk Pregnancy, unspecified*
- g) *Dyspepsia*
- h) *Disturbances in Tooth Eruption*
- i) *Gastritis, unspecified*
- j) *Examination For Driving Licence*

f. Sarana Kesehatan Puskesmas Sidotopo

1. Sarana Kesehatan Puskesmas Sidotopo

Sarana kesehatan berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar. Sarana kesehatan yang ada di Puskesmas Sidotopo meliputi:

- a) Puskesmas Induk : 1

- b) Puskesmas Pembantu : nol
- c) Puskesmas Keliling : 2

2. Fasilitas Pelayanan

Fasilitas pelayanan yang ada di Puskesmas Induk Sidotopo Tahun 2018 antara lain:

- a) Poli Umum
- b) Poli Gigi
- c) Poli Kesehatan Ibu Anak (KIA) dan KB
- d) Poli Gizi
- e) Pelayanan Kesehatan Lingkungan
- f) Unit Obat
- g) Unit Laboratorium

3. Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat

Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) yang ada di wilayah Puskesmas Sidotopo Tahun 2018 meliputi:

- a) Posyandu Balita : 29 posyandu
- b) Posyandu Lansia : 22 posyandu
- c) Poskeskel : 2 pos
- d) Polindes : nol pos
- e) Poskestren : nol pos

g. Tenaga Kesehatan Puskesmas Sidotopo

Tenaga kesehatan yang dimiliki oleh Puskesmas Sidotopo pada tahun 2018 adalah sebagai berikut.

Tabel 4.4 Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Sidotopo Tahun 2018

No.	Jabatan	Total (orang)
1.	Dokter Umum	4
2.	Dokter Gigi	2
3.	Sarjana Kesehatan Masyarakat	1
4.	Bidan Induk	2
5.	Bidan Kelurahan	2
6.	Perawat Kesehatan	

No.	Jabatan	Total (orang)
	a. Lulusan SPK	nol
	b. Lulusan D3 Keperawatan	2
	c. Lulusan S1 Keperawatan	1
7.	Perawat Gigi	1
8.	Sanitarian/D3 Kesling	1
9.	Petugas Gizi/D3 Gizi	1
10.	Apoteker	1
11.	Asisten Apoteker	1
12.	Analisis Laboratorium	2
13.	Tata Usaha	1
14.	Rekam Medik	1
15.	Pendamping 1000 HPK	1
16.	Petugas IT	1
17.	Entry Data	1
18.	Petugas Loker	2
19.	Linmas	1
20.	Sopir	1
21.	Petugas Kebersihan	2

Sumber: Data Sekunder, Profil Puskesmas Sidotopo Tahun 2018

4.2 Identifikasi Masalah

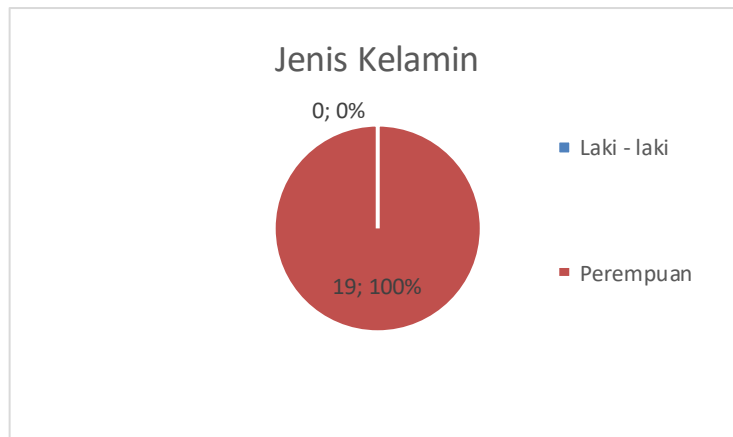
Untuk melaksanakan proses identifikasi masalah, didahului dengan pengambilan data pada 19 responden dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner dan panduan *guided interview*, dan diperoleh hasil sebagai berikut:

4.2.1 Analisis Responden

a. Karakteristik Responden

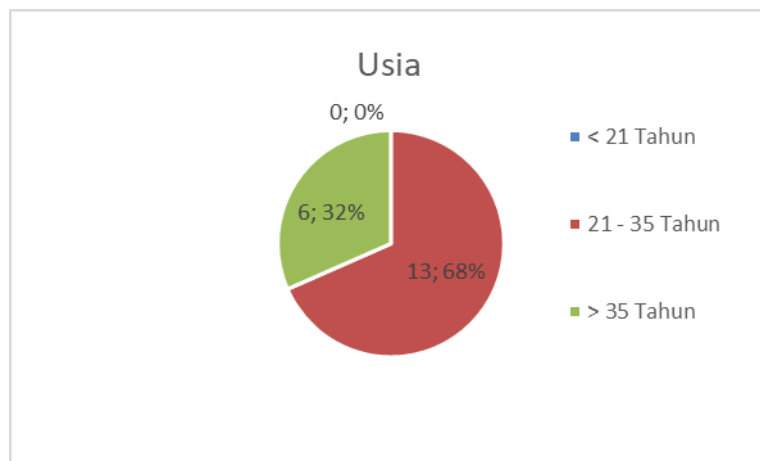
1. Jenis Kelamin

Keseluruhan 19 responden (100%) berjenis kelamin perempuan yaitu para ibu yang mempunyai anak baduta. Adapun diagram distribusi frekuensi jenis kelamin responden dapat dilihat seperti di bawah ini:



Gambar 4.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

2. Usia



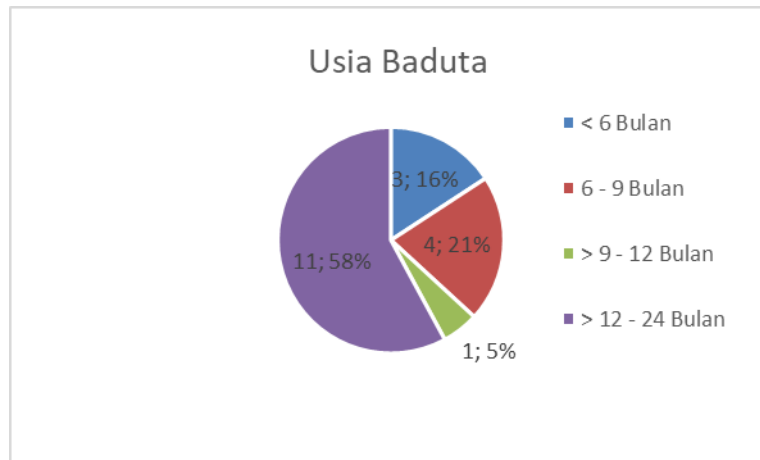
Gambar 4.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar usia ibu sekarang adalah pada rentang usia 21 tahun sampai 35 tahun yaitu sebesar 68% (13 responden). Sedangkan usia ibu lebih dari 35 tahun sebesar 32% (6 responden) dan tidak ada ibu yang sekarang berusia dibawah 21 tahun.

3. Usia Baduta

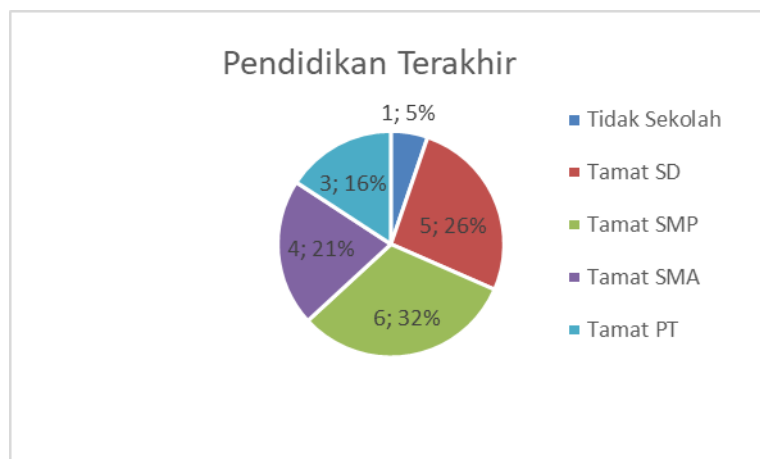
Sebagian besar usia bayi/baduta sekarang > 12-24 bulan yaitu sebesar 58% (11 responden). Sedangkan usia 6-9 bulan sebesar 21% (4 responden), usia < 6 bulan sebesar 16% (3 responden), dan usia > 9-12 bulan sebesar 5% (1 responden). Adapun diagram

distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia baduta dapat dilihat seperti di bawah ini:



Gambar 4.5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Baduta

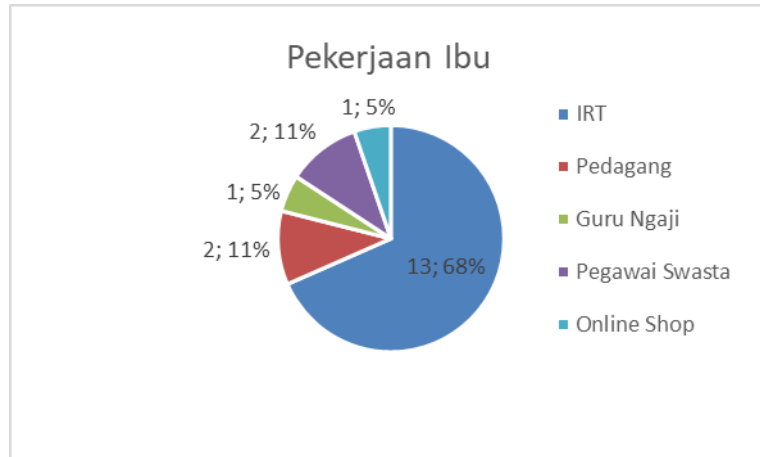
4. Pendidikan Terakhir



Gambar 4.6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa mayoritas ibu merupakan tamatan SMP yaitu sebanyak 32% (6 responden), sedangkan ibu dengan pendidikan terakhir tamat SMA sebesar 21% (4 responden), tamat SD 26% (5 responden), tamat perguruan tinggi sebesar 16% (3 responden), dan tidak sekolah sebesar 5% (1 responden).

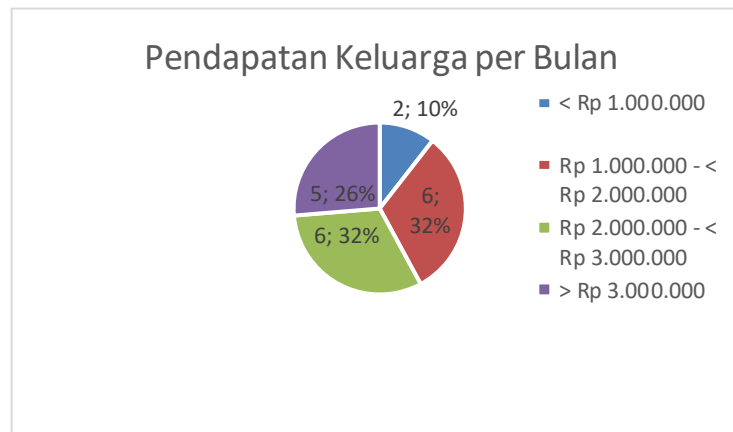
5. Pekerjaan



Gambar 4.7 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu tidak bekerja (IRT) yaitu sebesar 68% (13 responden). Sedangkan ibu yang bekerja sebagai pedagang sebesar 11% (2 responden), pegawai swasta 11% (2 responden), guru ngaji 5% (1 responden), dan bisnis *online shop* sebesar 5% (1 responden).

6. Pendapatan Keluarga



Gambar 4.8 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga

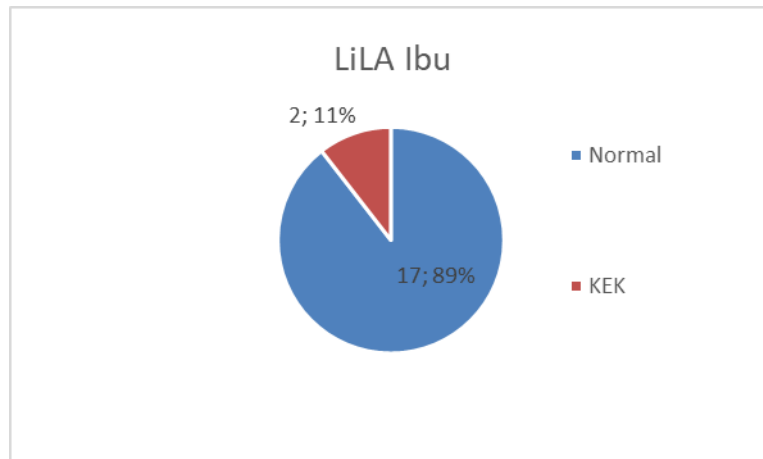
Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa penghasilan keluarga pada responden paling banyak adalah kisaran Rp. 1.000.000 - < Rp. 2.000.000 sebesar 32% (6 responden) dan penghasilan Rp. 2.000.000 - < Rp. 3.000.000 juga sebesar 32% (6

responden), sedangkan penghasilan Rp. > 3.000.000 sebesar 26% (5 responden), dan penghasilan Rp. < 1.000.000 sebesar 10% (2 responden).

b. Analisis Responden Berdasarkan Aspek Kesehatan Masyarakat

1. Faktor Ibu

a) Lingkar Lengan Atas Ibu (LiLA Ibu)



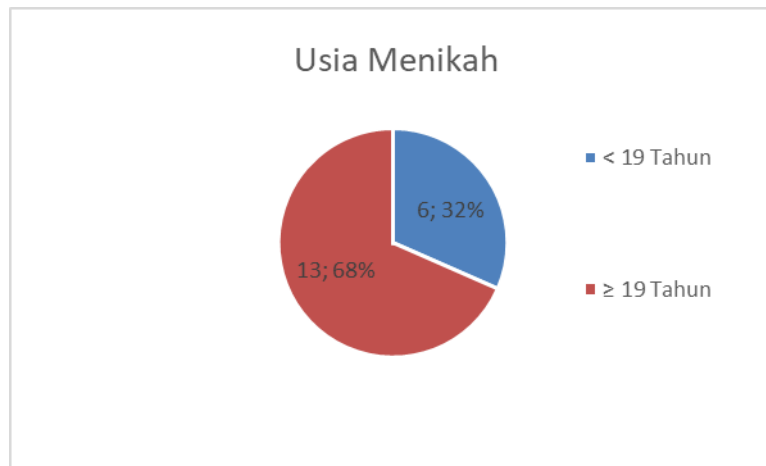
Gambar 4.9 Distribusi Frekuensi Lingkar Lengan Atas Ibu (LiLA Ibu)

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa perhitungan lingkar lengan atas pada responden ibu baduta sebagian besar normal yaitu sebanyak 89 % (17 responden). Sedangkan ibu yang mengalami KEK sebesar 11% (2 responden). Sehingga LiLA ibu saat ini bukan termasuk masalah kesehatan, hal tersebut dikarenakan ukuran LiLA sebagian besar ibu sudah normal, yaitu sudah lebih dari 23,5 cm.

b) Usia Menikah

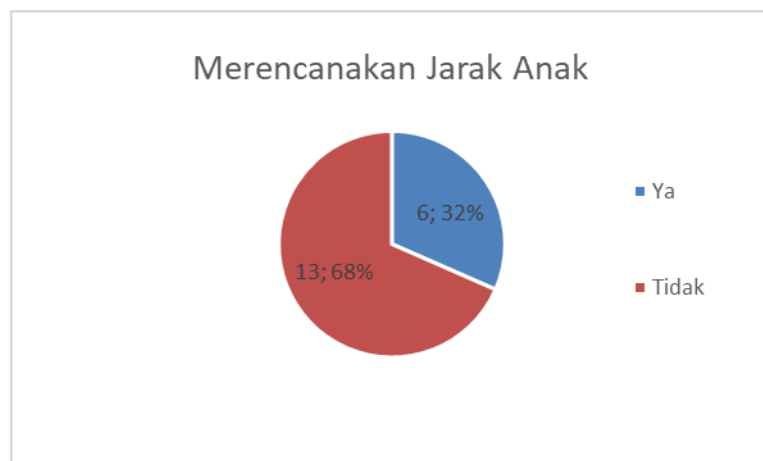
Sebagian besar ibu menikah di usia ≥ 19 tahun yaitu sebesar 68% (13 responden). Sedangkan usia menikah ibu < 19 tahun sebesar 32% (6 responden). Usia menikah ibu sudah baik, hal tersebut bukan masalah karena sebagian besar ibu sudah menikah di umur yang tepat. Dalam hal ini batas minimal umur perkawinan menurut UU No. 16 Tahun 2019 tentang Perkawinan yaitu batas minimal umur perkawinan bagi

wanita dipersamakan dengan batas minimal umur perkawinan bagi pria, yaitu 19 (sembilan belas) tahun. Adapun diagram distribusi frekuensi usia menikah ibu seperti di bawah ini:



Gambar 4.10 Distribusi Frekuensi Usia Menikah

c) Merencanakan Jarak Anak

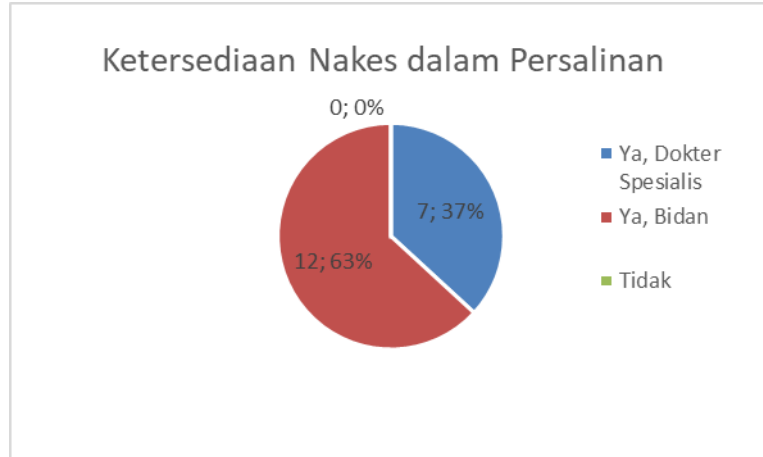


Gambar 4.11 Distribusi Frekuensi Merencanakan Jarak Anak

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa mayoritas responden tidak merencanakan jarak anak ataupun melakukan KB yaitu sebesar 68% (13 responden), sedangkan yang lain yaitu sebesar 32% (6 responden) telah melakukan perencanaan jarak anak. Menurut BKKBN (2018), keluarga yang mengikuti program KB akan cenderung lebih mudah membangun keluarga berkualitas karena dengan jumlah

anggota keluarga yang kecil dapat mempermudah orang tua dalam melaksanakan pengasuhan.

d) Ketersediaan Tenaga Kesehatan Terlatih dalam Persalinan

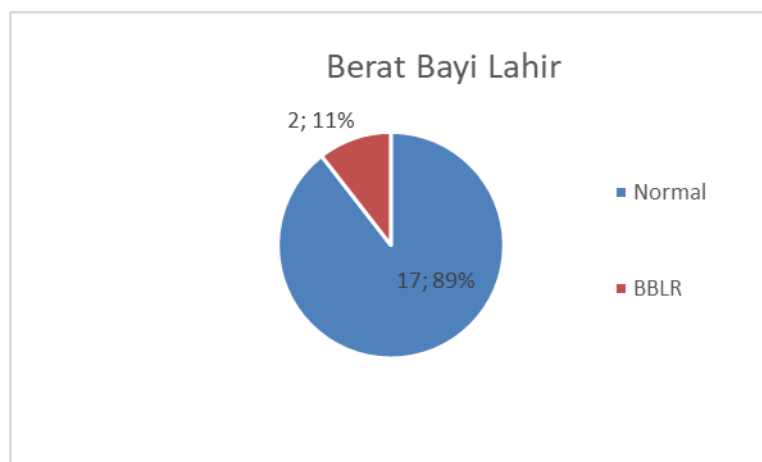


Gambar 4.12 Distribusi Frekuensi Ketersediaan Tenaga Kesehatan Terlatih dalam Persalinan

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa ketersediaan tenaga kesehatan dalam menolong persalinan sudah ada pada keseluruhan responden yaitu sebesar 63% (12 responden) menjawab bersalin di bidan dan sebesar 37% (7 responden) menjawab bersalin di dokter spesialis.

2. Faktor Baduta

a) Berat Bayi Lahir

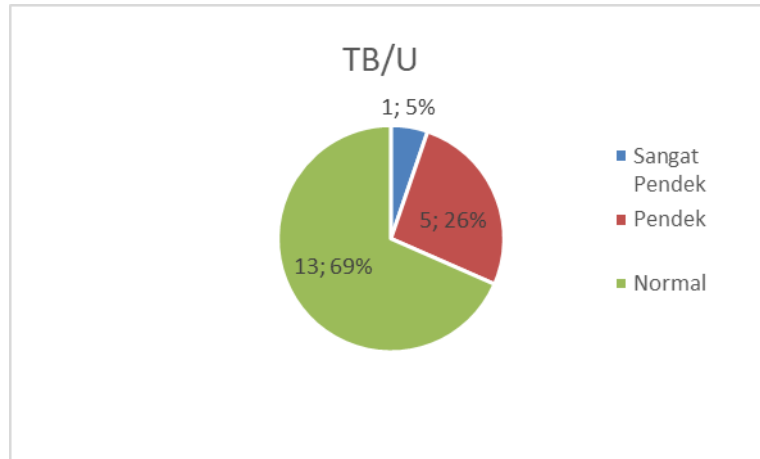


Gambar 4.13 Distribusi Frekuensi Berat Bayi Lahir

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa BB lahir pada responden bayi/ baduta sebesar 89% (17 responden)

memiliki BB lahir normal dan sebesar 11% (2 responden) mengalami BBLR. Sedangkan anak dengan riwayat BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) merupakan salah satu faktor yang potensial mempengaruhi pertumbuhan anak.

b) Status Gizi Baduta Berdasarkan Tinggi Badan/Umur



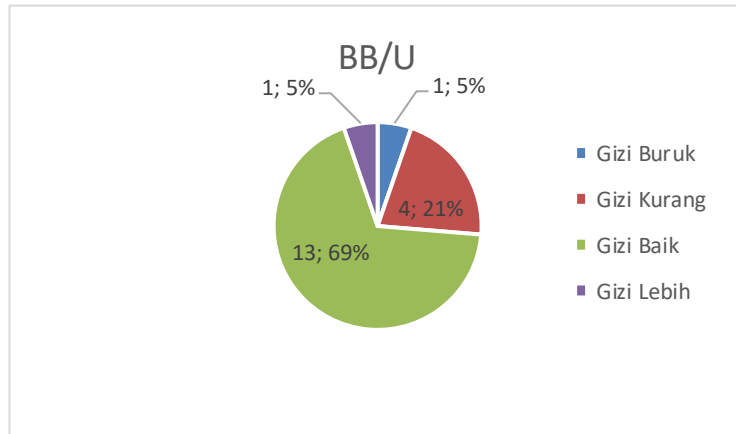
Gambar 4.14 Distribusi Frekuensi Status Gizi Baduta Berdasarkan Tinggi Badan/Umur

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa status gizi baduta/ bayi berdasarkan TB/U sebagian besar masuk katagori normal yaitu sebesar 69% (13 responden). Sedangkan pada kategori pendek sebesar 26% (5 responden), dan kategori sangat pendek sebesar 5% (1 responden). Hasil tersebut menunjukkan adanya baduta yang masih tergolong pendek, maka akan menjadi masalah yang akan berdampak pada tingginya angka *stunting*. Hal tersebut dapat dibuktikan berdasarkan *cut off point* yaitu nilai *Z-score* terletak < -2 SD.

c) Status Gizi Baduta Berdasarkan Berat Badan/Umur

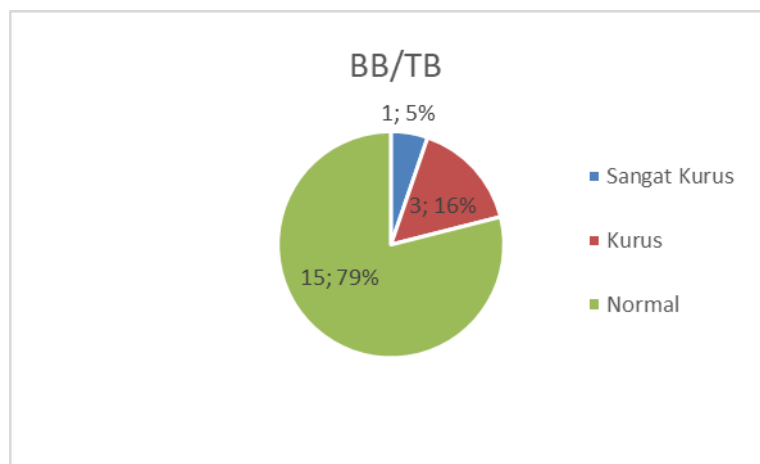
Berdasarkan hasil kuesioner, diperoleh data status gizi baduta/ bayi berdasarkan BB/U sebagian besar bergizi baik yaitu sebesar 69% (13 responden). Sedangkan pada kategori gizi kurang sebesar 21% (4 responden), serta pada kategori gizi lebih dan gizi buruk masing - masing sebesar 5% (1 responden). Hasil tersebut bukan merupakan masalah, karena mayoritas gizi baduta rata-rata sudah baik. Hal tersebut dapat

dibuktikan berdasarkan *cut off point* yaitu nilai *Z-score* terletak dari ≥ -2 SD s/d $+2$ SD. Berikut adalah diagram yang menampilkan data tentang status gizi baduta berdasarkan BB/U:



Gambar 4.15 Distribusi Frekuensi Status Gizi Baduta Berdasarkan Berat Badan/Umur

d) Status Gizi Baduta Berdasarkan Berat Badan/Tinggi Badan



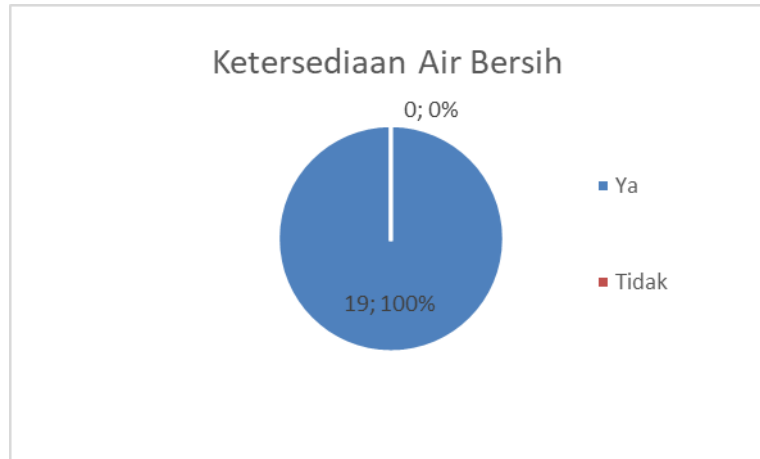
Gambar 4.16 Distribusi Frekuensi Status Gizi Baduta Berdasarkan Berat Badan/Tinggi Badan

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa status gizi baduta/ bayi berdasarkan BB/TB sebagian besar masuk dalam kategori normal yaitu sebesar 79% (15 responden). Sedangkan pada kategori kurus sebesar 16% (3 responden) dan kategori sangat kurus sebesar 5% (1 responden). Hasil tersebut bukan menjadi masalah karena

sebagian besar indeks masa tubuh baduta dalam keadaan normal. Hal tersebut dapat dibuktikan berdasarkan *cut off point* yaitu nilai *Z-score* terletak dari ≥ -2 SD s/d $+2$ SD.

3. Faktor Lingkungan

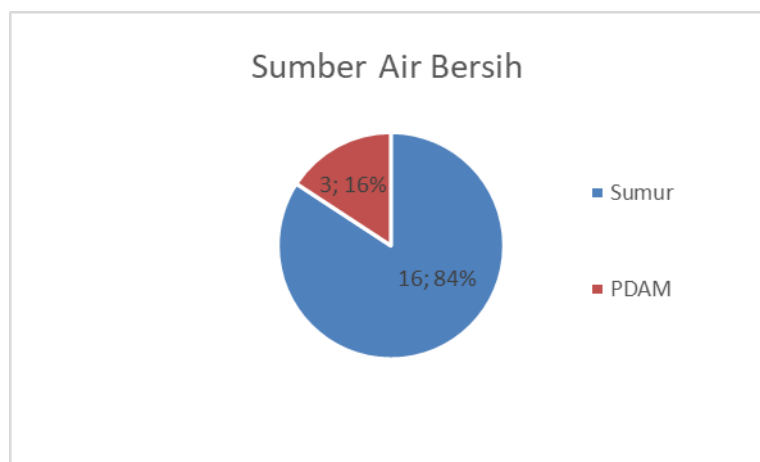
a) Ketersediaan Air Bersih



Gambar 4.17 Distribusi Frekuensi Ketersediaan Air Bersih

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa keseluruhan responden yaitu sebesar 100% (19 responden) telah tercukupi ketersediaan air bersihnya, hal tersebut dinilai sudah baik.

b) Sumber Air Bersih

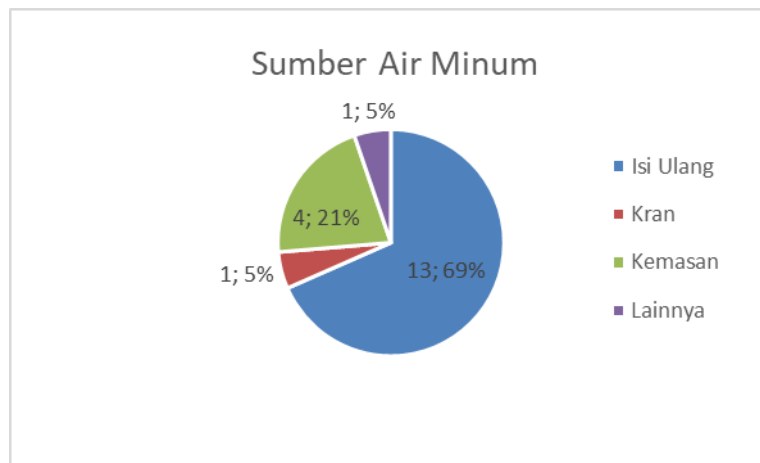


Gambar 4.18 Distribusi Frekuensi Sumber Air Bersih

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa sumber air bersih yang digunakan oleh responden sebagian besar berasal dari sumur, yaitu sebesar 84% (15 responden),

sedangkan lainnya sebesar 16 % (3 responden) menggunakan air bersih dari PDAM. Sebagian besar responden menggunakan air sumur untuk aktivitas sehari-hari seperti mandi, mencuci pakaian maupun peralatan dapur dan kakus. Kondisi fisik sumur telah memenuhi syarat kesehatan yaitu dinding sumur kedap air dan memiliki bibir sumur sekitar satu meter serta sekeliling sumur sudah kedap air dan air limbah dialirkan ke saluran pembuangan sehingga air limbah tidak kembali mencemari air sumur.

c) Sumber Air Minum



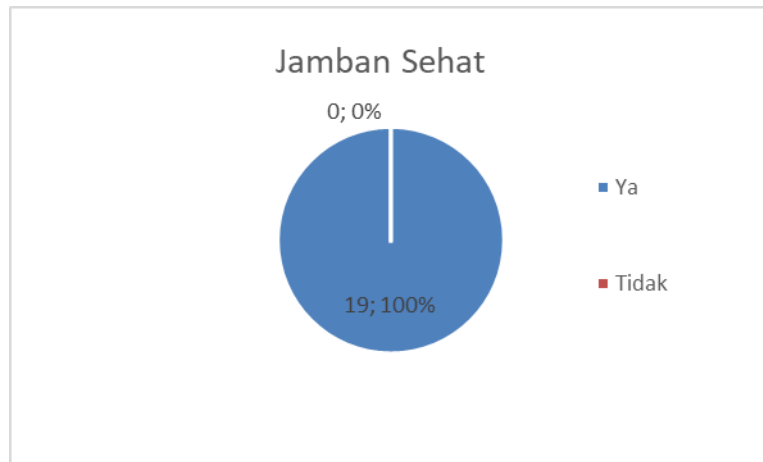
Gambar 4.19 Distribusi Frekuensi Sumber Air Minum

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden menggunakan sumber air minum berupa air isi ulang yaitu sebesar 69% (13 responden). Sedangkan sebesar 21% (4 responden) menggunakan air kemasan, sebesar 5% (1 responden) menggunakan air kran, dan 5% (1 responden) menggunakan sumber lain. Hal ini tidak menjadi masalah ketika air yang dikonsumsi dalam keadaan bersih.

d) Jamban Sehat

Berdasarkan hasil kuesioner, diperoleh data bahwa keseluruhan 19 responden (100%) telah menggunakan jamban sehat, yaitu menggunakan jamban leher angsa dan memiliki

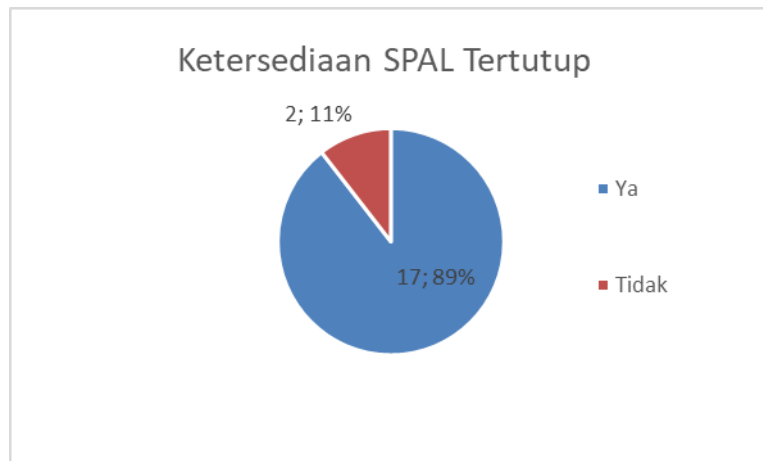
septic tank sendiri. Berikut adalah diagram yang menyajikan data mengenai jamban sehat:



Gambar 4.20 Distribusi Frekuensi Jamban Sehat

- e) Ketersediaan Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL) Tertutup

Ketersediaan SPAL tertutup dirumah – rumah tiap responden sebesar 89% (17 responden) terdapat SPAL tertutup dan 11% (2 responden) terdapat SPAL yang tidak tertutup. Adapun diagram ketersediaan SPAL di Kelurahan Ampel RW 06 adalah sebagai berikut:

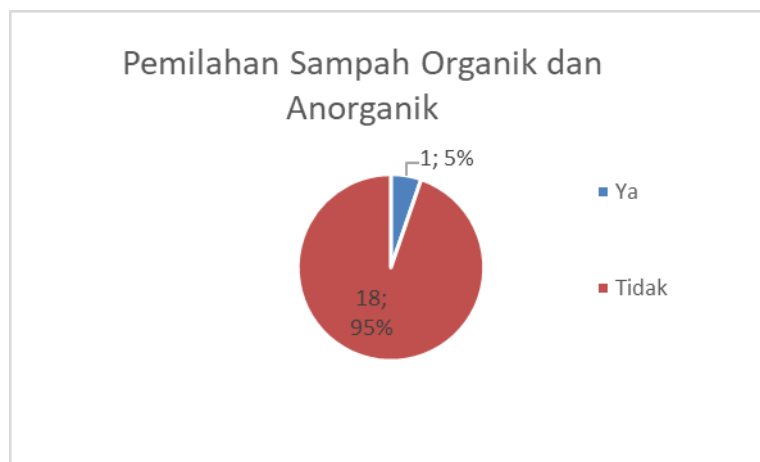


Gambar 4.21 Distribusi Frekuensi Ketersediaan Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL) Tertutup

- f) Pemilahan Sampah Organik dan Anorganik

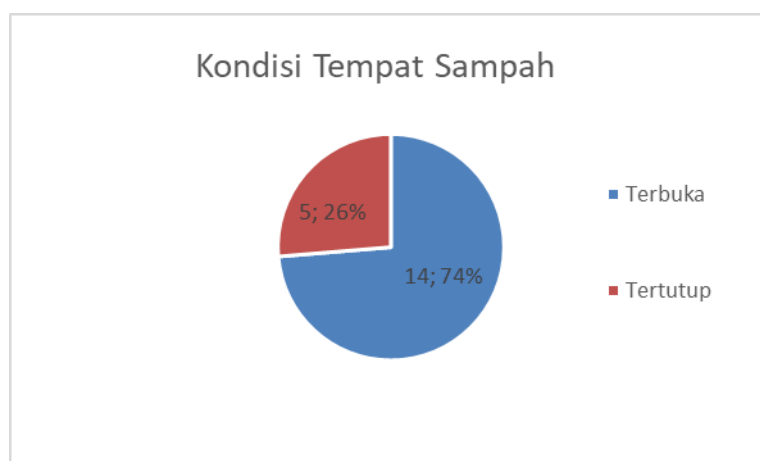
Berdasarkan hasil kuesioner, diperoleh data bahwa pengelolaan sampah dengan cara pemilahan sampah organik

dan anorganik sebesar 95% (18 responden) tidak melakukannya dan hanya ada 6% (1 responden) yang melakukan pemilahan sampah organik dan anorganik. Sebagian besar warga tidak memilah sampah, hal ini dapat menyebabkan proses pengolahan sampah selanjutnya lebih lama dan menjadi sarang vektor penyakit. Adapun diagram yang menyajikan data mengenai pemilahan sampah organik dan anorganik di Kelurahan Ampel RW 06 adalah sebagai berikut:



Gambar 4.22 Distribusi Frekuensi Pemilahan Sampah Organik dan Anorganik

g) Kondisi Tempat Sampah



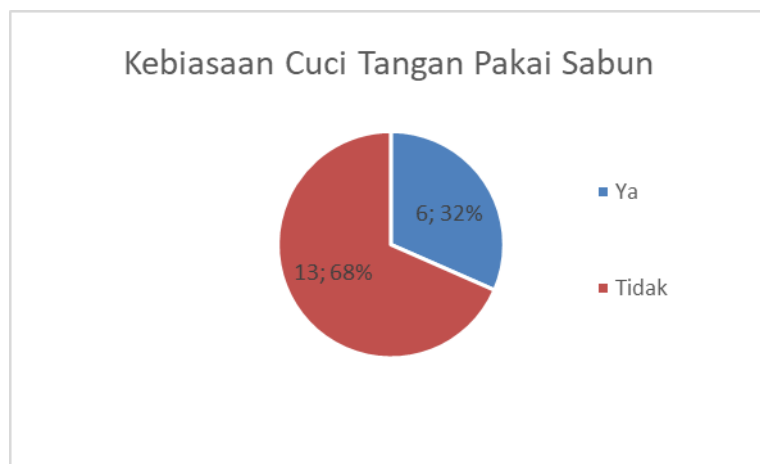
Gambar 4.23 Distribusi Frekuensi Kondisi Tempat Sampah

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa kondisi tempat sampah pada tiap – tiap rumah responden

sebagian besar terbuka yaitu sebesar 74% (14 responden), sedangkan sebesar 26% (5 responden) memiliki tempat sampah dengan kondisi tertutup. Kondisi tempat sampah yang terbuka dapat menjadi tempat perkembangbiakan vektor dan tikus yang dapat menyebarkan penyakit infeksi seperti diare, dimana infeksi yang berulang merupakan salah satu faktor penyebab *stunting*.

4. Faktor Perilaku

a) Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun



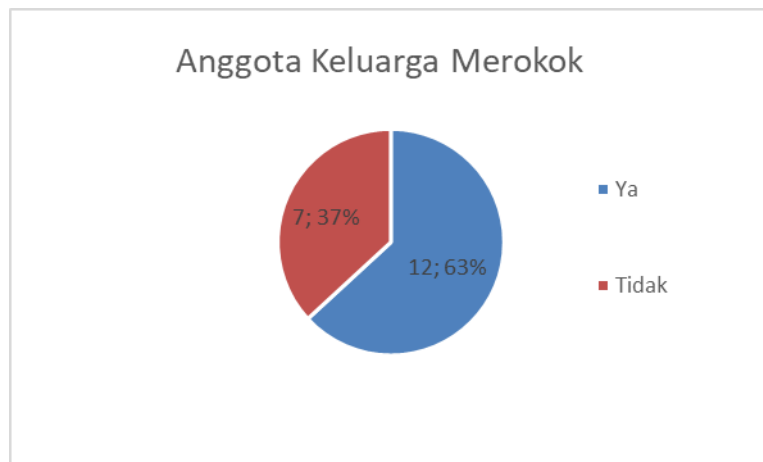
Gambar 4.24 Distribusi Frekuensi Kebiasaan Cuci Tangan Pakai Sabun

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden belum membiasakan mencuci tangan menggunakan sabun yaitu sebesar 68% (13 responden), sedangkan sebesar 32% (6 responden) sudah melakukan kebiasaan cuci tangan pakai sabun. Sikap tidak melakukan cuci tangan pakai sabun oleh masyarakat akan menimbulkan masalah yang juga akan berdampak jangka panjang pada *stunting*.

b) Anggota Keluarga Merokok

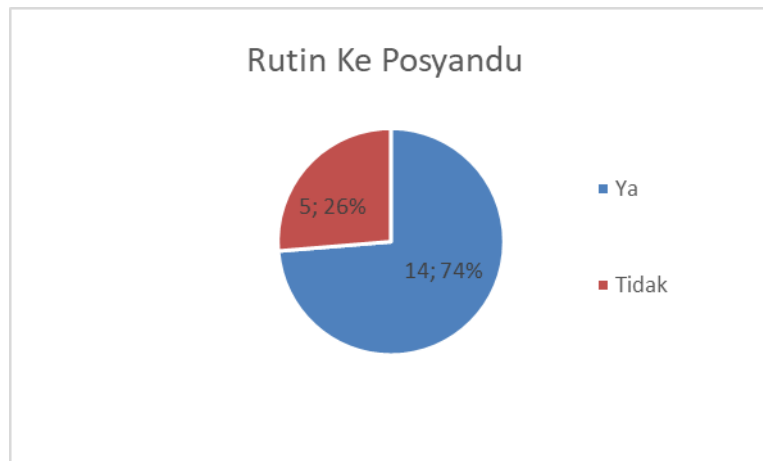
Berdasarkan hasil kuesioner, diperoleh data bahwa sebesar 63% (12 responden) memiliki anggota keluarga yang merokok dan sebesar 37% (7 responden) tidak memiliki anggota keluarga yang merokok. Merokok terutama yang

dilakukan di dalam rumah juga akan menjadi masalah yang akan berdampak jangka panjang pada kajian *stunting*. Menurut data dari Pusat Kajian Jaminan Sosial UI (PKJS UI 2018), bayi yang lahir dari keluarga perokok memiliki tinggi badan 0,34 lebih rendah dan berat badan 1,5 kg lebih rendah dari ideal. Berikut adalah diagram yang menyajikan data mengenai distribusi anggota keluarga yang merokok pada responden:



Gambar 4.25 Distribusi Frekuensi Anggota Keluarga Merokok

c) Rutin ke Posyandu



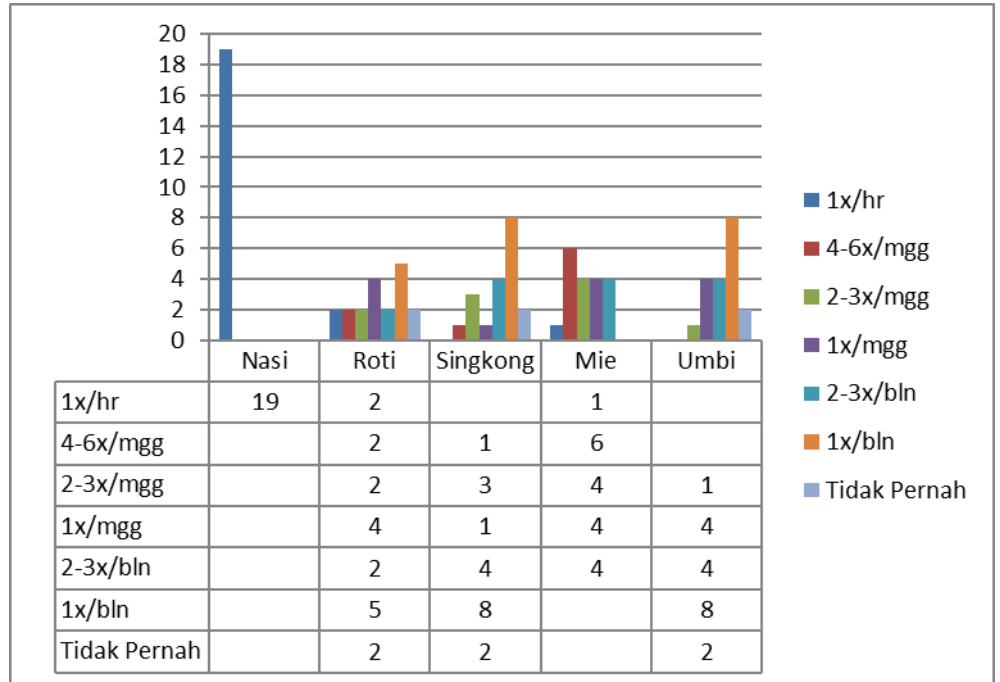
Gambar 4.26 Distribusi Frekuensi Rutin ke Posyandu

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 74% (14 responden) telah rutin datang ke posyandu, sedangkan lainnya yaitu sebesar 26% (5 responden) tidak rutin datang ke posyandu.

Sebagian besar responden sudah rutin untuk datang ke posyandu, sehingga bukan menjadi masalah.

5. Faktor Gizi

a) Konsumsi Karbohidrat



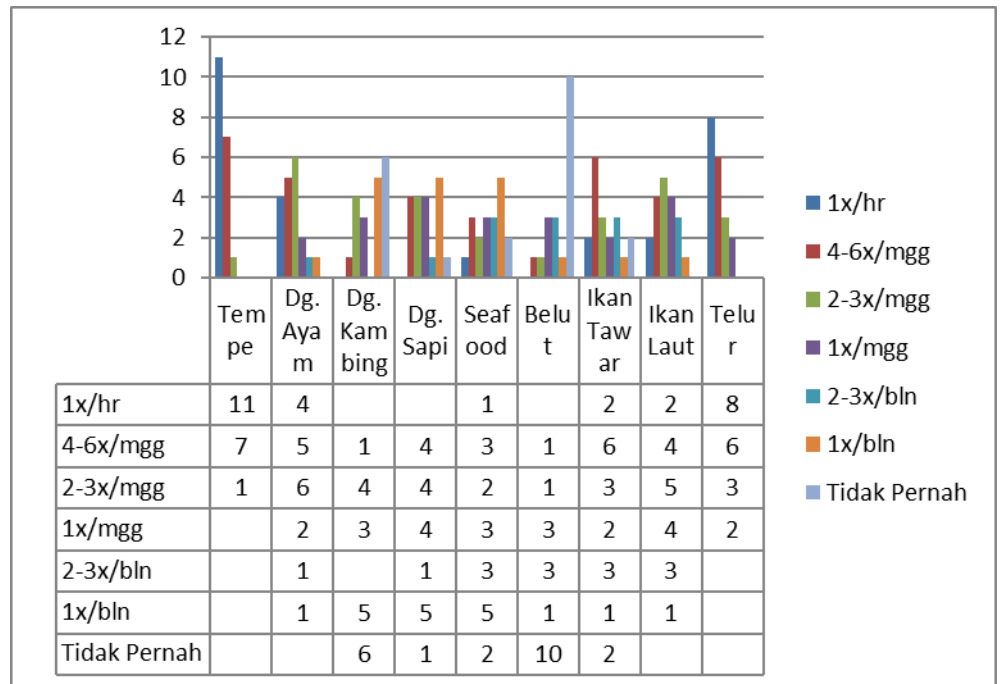
Gambar 4.27 Distribusi Frekuensi Konsumsi Karbohidrat

Berdasarkan hasil pengisian kuesioner didapatkan bahwa menu bahan makanan paling sering dikonsumsi warga Kelurahan Ampel RW 06 pada jenis karbohidratnya yaitu nasi dengan frekuensi minimal 1 kali per hari, kemudian jenis bahan makanan karbohidrat yang sering dikonsumsi setelah nasi yaitu singkong dan umbi kemudian mie dan yang terakhir roti.

b) Konsumsi Protein

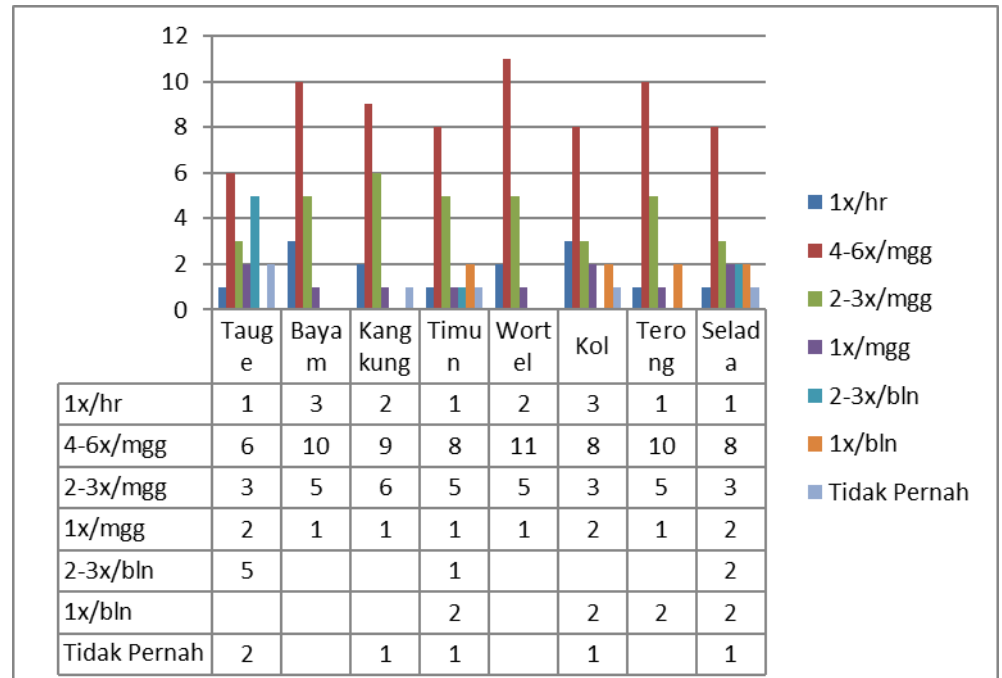
Berdasarkan hasil pengisian kuesioner didapatkan bahwa menu bahan makanan pada jenis lauknya yang paling sering dikonsumsi warga Kelurahan Ampel RW 06 yaitu tempe dengan frekuensi minimal 1 kali per hari, yang kedua yaitu belut, yang ketiga yaitu telur, kemudian yang keempat ada ikan air tawar, daging ayam, dan daging kambing, dan urutan yang kelima yaitu ada daging sapi, *seafood* serta ikan laut. Berikut

adalah diagram yang menyajikan distribusi frekuensi konsumsi protein pada responden:



Gambar 4.28 Distribusi Frekuensi Konsumsi Protein

c) Konsumsi Sayur



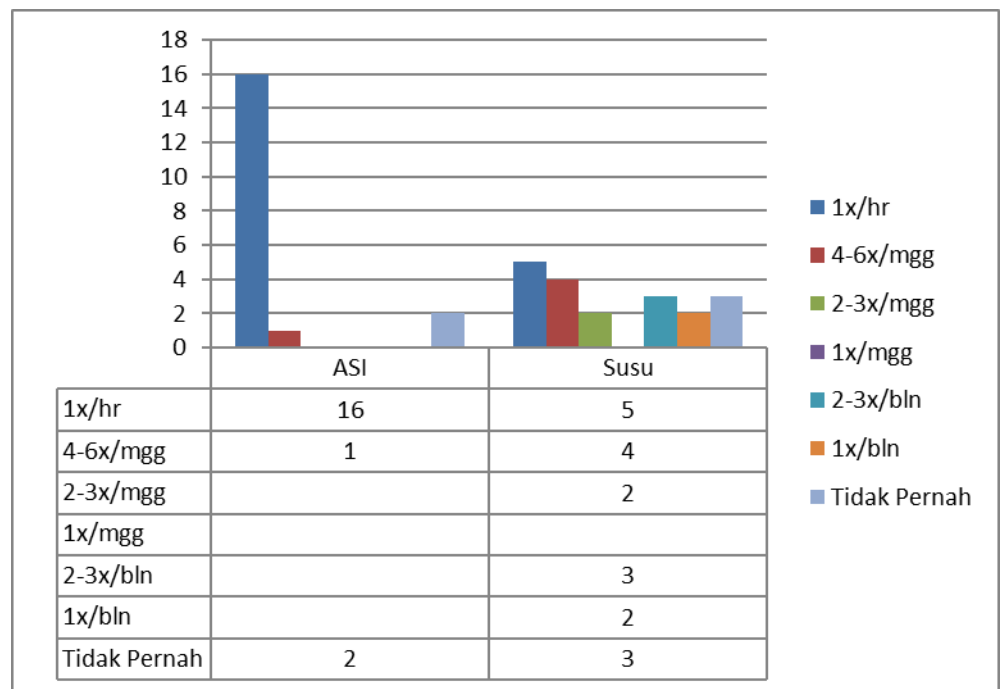
Gambar 4.29 Distribusi Frekuensi Konsumsi Sayur

Berdasarkan hasil pengisian kuesioner didapatkan bahwa menu bahan makanan pada jenis sayurnya yang paling sering

dikonsumsi warga Kelurahan Ampel RW 06 yaitu yang pertama ada wortel dengan frekuensi minimal 4-6 kali per minggu. Kemudian yang kedua ada bayam dan terong. Kemudian yang ketiga ada kangkung, urutan keempat paling sering dikonsumsi yaitu ada timun, kol, selada dan urutan kelima yang paling sering dikonsumsi yaitu ada tauge.

d) Konsumsi Bahan Makanan Tambahan

Berdasarkan hasil pengisian kuesioner didapatkan bahwa menu tambahannya yang paling sering dikonsumsi warga Kelurahan Ampel RW 06 yang memiliki baduta yaitu ASI dengan total 16 responden dan dengan frekuensi setiap hari. Kemudian yang kedua yaitu susu (susu formula, susu kotak dan produk susu olahan lainnya) dengan frekuensi paling sering yaitu setiap hari. Berikut adalah diagram yang menyajikan distribusi konsumsi bahan makanan tambahan pada responden:

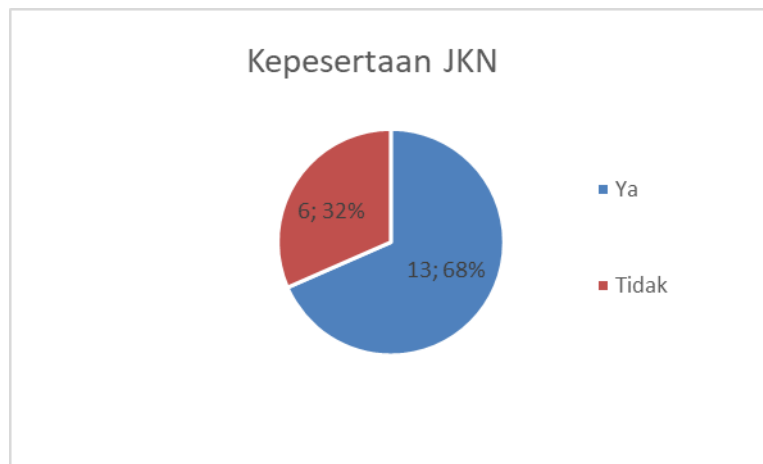


Gambar 4.30 Distribusi Frekuensi Konsumsi Bahan Makanan Tambahan

6. Faktor Lain

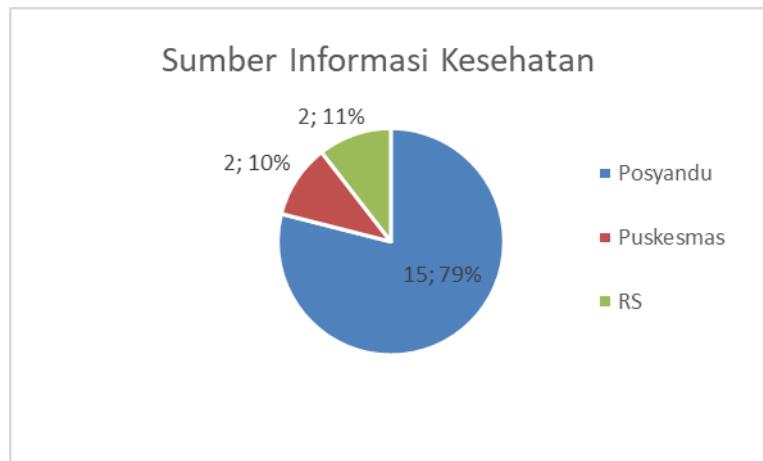
a) Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Berdasarkan hasil pengisian kuesioner, dapat diketahui bahwa sebesar 68% (13 responden) telah terdaftar sebagai peserta JKN, sedangkan 32% (6 responden) tidak termasuk peserta JKN. Berikut adalah diagram yang menyajikan data mengenai kepesertaan JKN pada responden:



Gambar 4.31 Distribusi Frekuensi Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

b) Sumber Informasi Kesehatan



Gambar 4.32 Distribusi Frekuensi Sumber Informasi Kesehatan

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa sumber informasi kesehatan yang diperoleh responden sebagian besar 79% (15 responden) bersumber dari kegiatan

posyandu. Sedangkan sebesar 11% (2 responden) bersumber dari rumah sakit, dan sebesar 10% (2 responden) bersumber dari puskesmas.

c) Pengetahuan Ibu Tentang *Stunting*

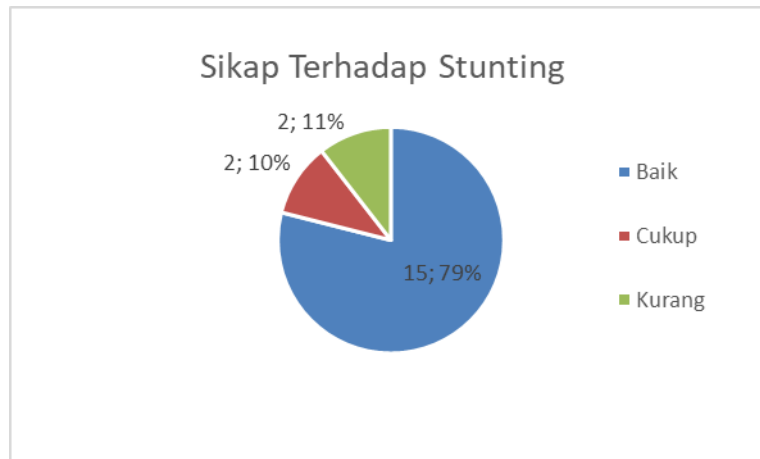


Gambar 4.33 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Tentang *Stunting*

Berdasarkan diagram di atas, dapat diketahui bahwa mayoritas responden masih memiliki pengetahuan yang kurang tentang *stunting* yaitu sebesar 58% (11 responden), sedangkan 26% (5 responden) memiliki cukup pengetahuan tentang *stunting*, dan hanya 16% (3 responden) yang memiliki pengetahuan yang baik tentang *stunting*. Pengetahuan responden terhadap *stunting* masih rendah, hal ini akan menimbulkan masalah *stunting* lebih tinggi.

d) Sikap Ibu Tentang *Stunting*

Mayoritas responden telah memiliki sikap yang baik terhadap *stunting* yaitu sebesar 79% (15 responden), sedangkan 11% (2 responden) masih memiliki sikap yang kurang, dan 10% (2 responden) memiliki sikap yang cukup terhadap *stunting*. Adapun gambaran distribusi frekuensi sikap ibu terhadap *stunting* dapat dilihat pada diagram di bawah ini:



Gambar 4.34 Distribusi Frekuensi Sikap Ibu Tentang *Stunting*

c. Hasil *Guided Interview*

Wawancara terarah dilakukan pada 4 responden yang telah diketahui bahwa anak badutanya mengalami *stunting* dengan harapan akan dapat menggali lebih jauh lagi faktor apakah yang lebih dominan mempengaruhi *stunting* di wilayah tersebut. Dari 4 responden tersebut didapatkan hasil bahwa pola asuh yang diberikan khususnya pemberian MP-ASI perlu untuk diperbaiki. Hal tersebut dikarenakan responden memberikan MP-ASI untuk baduta mereka hanya berfokus pada karbohidrat, sedangkan yang baduta butuhkan bukan hanya karbohidrat melainkan gizi seimbang termasuk protein juga penting. Selain itu, tekstur dan frekuensi pemberian MP-ASI juga perlu mendapatkan perhatian khusus. Dalam kasus ini, tekstur MP-ASI yang diberikan oleh ibu kepada baduta belum sesuai dengan usianya, sedangkan frekuensi pemberian MP-ASI hanya mengikuti kemauan dari baduta. Kurangnya pengetahuan akan hal tersebut akan dapat mempengaruhi gizi baduta. Selain pemberian MP-ASI, masalah lain yang dialami responden yaitu baduta sering mengalami infeksi. Infeksi yang sering dialami yaitu batuk, pilek, dan diare. Masalah tersebut kemungkinan disebabkan perilaku *personal hygiene* yang masih rendah, karena responden melakukan cuci tangan hanya dengan air mengalir tanpa sabun. Ketika baduta terkena infeksi maka nafsu makan akan menurun sehingga akan mengakibatkan gizi baduta kurang terpenuhi. Maka dari itu penting

untuk mengubah perilaku responden untuk lebih memperhatikan *personal hygiene*, sehingga infeksi lebih mudah untuk dicegah.

4.2.2 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah kesehatan yang ditemukan di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya dilakukan berdasarkan hasil rekapitulasi dan analisis data sekunder dan data primer antara lain sebagai berikut:

a. Data Sekunder

1. Pemeriksaan Ibu Hamil

Cakupan K1 ibu hamil di Puskesmas Sidotopo yang berasal dari Kelurahan Ampel yaitu sebesar 242 ibu (74,69%). Sedangkan cakupan K4 ibu hamil di Puskesmas Sidotopo yang berasal dari Kelurahan Ampel yaitu sebesar 249 ibu (76,85%).

2. Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Sidotopo yang berasal dari Kelurahan Ampel sebesar 254 ibu (81,94%).

3. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Cakupan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) di Puskesmas Sidotopo yang berasal dari Kelurahan Ampel sebesar 270 ibu (92,78%).

4. ASI Eksklusif

Cakupan ASI Eksklusif di Puskesmas Sidotopo yang berasal dari Kelurahan Ampel sebesar 79 ibu (69,30%).

5. KB Aktif

Cakupan KB Aktif di Puskesmas Sidotopo yang berasal dari Kelurahan Ampel sebesar 61,27%.

b. Data Primer

1. Hasil Rekap Kuesioner

Berdasarkan hasil rekap kuesioner didapatkan bahwa permasalahan kesehatan masyarakat yang terjadi di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya diantaranya:

a) *Stunting*

- b) Tidak adanya pemilahan sampah organik dan anorganik
 - c) Banyaknya tempat sampah terbuka
 - d) Kebiasaan cuci tangan tidak pakai sabun
 - e) Kebiasaan merokok
2. Hasil observasi

Sesuai dengan data primer yang didapatkan dari hasil kuesioner bahwa sebagian besar responden masih belum melakukan pemilahan sampah organik dan anorganik, memiliki tempat sampah terbuka, dan masih banyak yang memiliki kebiasaan merokok.

4.3 Prioritas Masalah

4.3.1 Penentuan Prioritas Masalah

Penentuan prioritas masalah kesehatan masyarakat yang ditemukan di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya dilakukan dengan menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, and Growth*) dan dilakukan bersama dengan para kader posyandu balita di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel yaitu sebanyak 5 orang.

Pelaksanaan USG dilakukan pada hari Rabu, 8 Januari 2020 pukul 19.30 – 20.15 WIB, bertempat di musholla Miftahul Jannah RW 06 Kelurahan Ampel. Masing – masing kader yang hadir dalam kegiatan ini memberikan penilaian pada beberapa permasalahan kesehatan masyarakat yang telah ditemukan berdasarkan 3 (tiga) aspek yaitu aspek *urgency*, aspek *seriousness* dan aspek *growth* dengan memberikan penilaian atau skor berdasarkan 5 (lima) tingkatan penilaian, antara lain:

- a. Skor 5: sangat besar
- b. Skor 4: besar
- c. Skor 3: sedang
- d. Skor 2: kecil
- e. Skor 1: sangat kecil



Gambar 4.35 Suasana Pelaksanaan USG di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya

Berikut adalah tabel penyajian hasil skoring pada kegiatan USG di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya.

Tabel 4.5 Hasil Skoring USG di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya

No.	Daftar Masalah	U	S	G	Total Skor
1.	<i>Stunting</i>	5	5	5	75
		5	5	5	
		5	5	5	
		5	5	5	
		5	5	5	
2.	Tidak adanya pemilahan sampah organik dan anorganik	2	2	2	30
		3	2	2	
		2	2	2	
		2	2	2	
		2	1	2	
3.	Banyaknya tempat sampah terbuka	1	1	1	18
		1	2	1	
		1	1	1	
		1	1	1	
		2	2	1	
4.	Kebiasaan tidak cuci tangan pakai sabun	3	3	3	47
		4	3	4	
		3	3	4	
		3	3	3	
		3	2	3	
5.	Kebiasaan merokok	3	4	4	63
		4	5	5	
		3	5	5	
		4	4	5	
		4	4	4	

Berikut adalah tabel penyajian matriks USG dalam menentukan prioritas masalah kesehatan di wilayah RW 06, Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya.

Tabel 4.6 Matriks USG Penentuan Prioritas Masalah

No	Masalah	Score			Total Score	Rank
		U	S	G		
1	<i>Stunting</i>	25	25	25	75	I
2	Tidak adanya pemilahan sampah organik dan anorganik	11	9	10	30	IV
3	Banyaknya tempat sampah terbuka	6	7	5	18	V
4	Kebiasaan tidak cuci tangan pakai sabun	16	14	17	47	III
5	Kebiasaan merokok	18	22	23	63	II

Berdasarkan hasil perhitungan matriks USG dengan mempertimbangkan aspek *urgency*, *seriousness* dan *growth* pada lima masalah kesehatan masyarakat yang ditemukan, maka didapatkan prioritas masalah kesehatan masyarakat di RW 06 Kelurahan Ampel adalah masalah gizi berupa *stunting* dengan perolehan skor tertinggi yakni 75. Menurut para kader yang merupakan peserta USG, permasalahan *stunting* termasuk permasalahan yang perlu segera diatasi karena *stunting* dapat menimbulkan masalah yang lebih serius dan dalam jangka panjang dapat mempengaruhi kualitas generasi penerus bangsa. Menurut mereka, apabila masalah *stunting* tidak segera diatasi maka akan mengganggu tumbuh kembang anak yang dapat menyebabkan keterbelakangan pada anak dan dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk bersaing dengan anak – anak lainnya yang seusia. Sehingga dapat disimpulkan bahwa prioritas masalah kesehatan masyarakat di RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya adalah masalah *stunting*.

4.3.2 Penentuan Akar Penyebab Masalah

Penentuan akar penyebab masalah kesehatan dari prioritas masalah kesehatan yang ditemukan dianalisis menggunakan diagram tulang ikan (*fishbone diagram/ cause and effect diagram*) melalui FGD (*Focus Group Discussion*). Kegiatan FGD dalam rangka penentuan akar penyebab masalah

dilakukan tepat setelah penentuan prioritas masalah yaitu pada hari Rabu, 8 Januari 2020 pukul 20.15 – 21.15 WIB, bertempat di musholla Miftahul Jannah RW 06 Kelurahan Ampel dengan peserta sebanyak 11 orang, yaitu meliputi ketua RW; masing – masing ketua RT 01 s/d RT 04; tokoh agama; dan para kader posyandu balita di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel.

Setelah ditemukan faktor-faktor yang kemungkinan merupakan akar penyebab *stunting* di RW 06 Kelurahan Ampel melalui kegiatan FGD tersebut, kemudian kelompok menyusun diagram *fishbone* dengan mengacu pada hasil tersebut. Hasil yang diperoleh terdiri dari beberapa aspek yang terdapat dalam diagram *fishbone* yaitu dari segi orangnya (*man*), metodenya (*method*), ketersediaan bahan (*material*), dan dari segi lingkungan (*mother nature/ environment*) tentang masalah kesehatan gizi yaitu *stunting*.

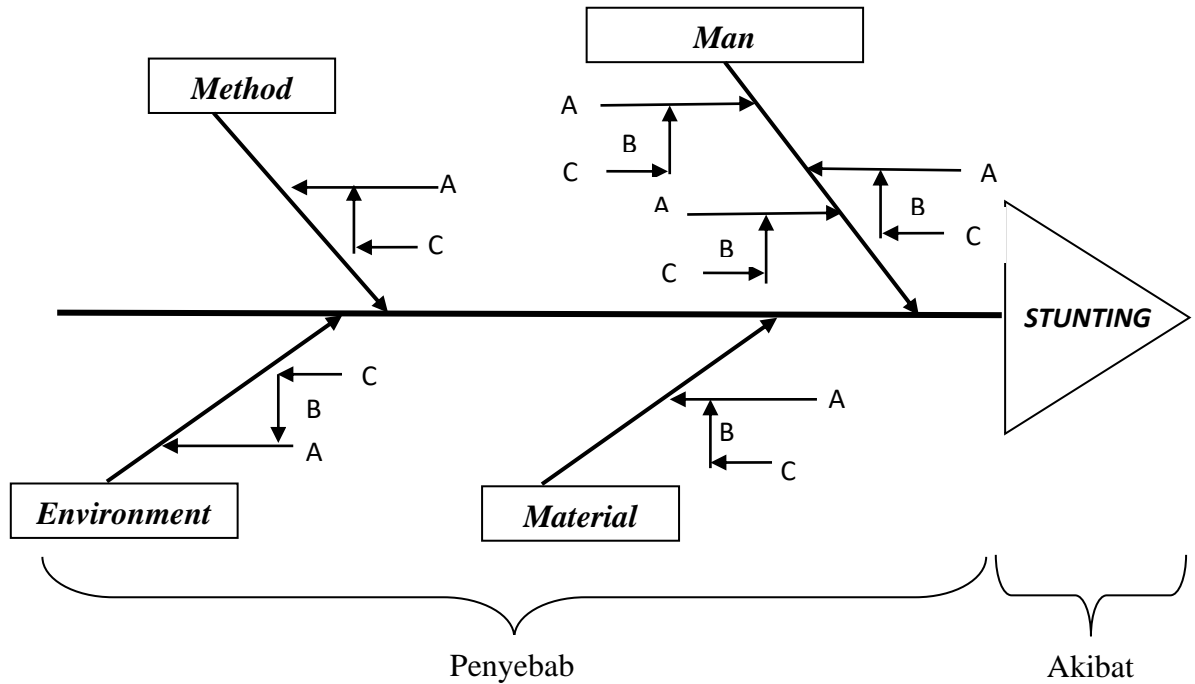


Gambar 4.36 Suasana Kegiatan FGD di RW 06 Kelurahan Ampel
Kecamatan Semampir Kota Surabaya

Adapun hasil yang diperoleh dari proses FGD mengenai akar penyebab masalah *stunting* adalah sebagai berikut:

- a. Anak sakit terus – menerus.
- b. Lingkungan rumah kotor.
- c. Asupan gizi dari orang tua kurang karena orang tua kurang tahu.
- d. Pendapatan keluarga rendah (faktor ekonomi).
- e. Kurang ASI.
- f. Kebiasaan tidak cuci tangan pakai sabun, kemungkinan masyarakat sudah tahu tetapi kesadarannya kurang.

Berdasarkan hasil penentuan akar penyebab masalah melalui FGD tersebut, kemudian kelompok memasukkannya ke dalam diagram *fishbone*. Berikut merupakan gambaran analisis penentuan akar penyebab masalah berdasarkan diagram *fishbone*.



Gambar 4.37 Diagram *Fishbone* (*Stunting*)

Berikut adalah penjelasan dari diagram *fishbone* di atas dengan keterangan “A” merupakan penyebab primer, “B” merupakan penyebab sekunder, dan “C” merupakan penyebab tersier yang disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 4.7 Tabel Analisis Diagram *Fishbone*

No	Kategori	Akar Masalah	Prioritas Akar Masalah
1.	<i>Man</i>	A. Intake gizi kurang	Pengetahuan ibu
		B. Pola asuh yang kurang tepat	tentang pemberian MP-ASI kurang
		C. Pengetahuan ibu tentang pemberian MP-ASI kurang	
		A. Infeksi penyakit berulang	Kesadaran akan
		B. <i>Personal hygiene</i> rumah tangga kurang	<i>personal hygiene</i> rendah
		C. Kesadaran akan <i>personal</i>	

No	Kategori	Akar Masalah	Prioritas Akar Masalah
		<i>hygiene</i> rendah	
		A. Cakupan ASI eksklusif rendah	Pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif kurang
		B. Kesalahpahaman tentang pengertian ASI eksklusif pada ibu	
		C. Pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif kurang	
2.	<i>Material</i>	A. Ketersediaan pangan bergizi dalam rumah tangga inadekuat	Daya beli terhadap bahan makanan bergizi kurang
		B. Daya beli terhadap bahan makanan bergizi kurang	
		C. Pendapatan rumah tangga rendah	
3.	<i>Method</i>	A. Kegiatan penyuluhan yang monoton	Kurangnya sosialisasi penyuluhan yang lebih inovatif
		B. Teknik penyuluhan belum up to date	
		C. Kurangnya sosialisasi penyuluhan yang lebih inovatif	
4.	<i>Environment</i>	A. Sanitasi lingkungan kurang baik	Kesadaran akan <i>hygiene</i> sanitasi rendah
		B. Rendahnya upaya pemeliharaan sarana prasarana yang ada	
		C. Kesadaran akan <i>hygiene</i> sanitasi rendah	

Berdasarkan analisa dari diagram *fishbone* di atas, dapat disimpulkan bahwa yang menjadi akar penyebab masalah *stunting* diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Pengetahuan ibu tentang pemberian MP-ASI kurang.
- b. Kesadaran akan *personal hygiene* rendah.
- c. Pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif kurang.
- d. Daya beli terhadap bahan makanan bergizi kurang.
- e. Kurangnya sosialisasi penyuluhan yang lebih inovatif.

f. Kesadaran akan *hygiene* sanitasi rendah

4.3.3 Penyusunan Alternatif Solusi

Penyusunan alternatif solusi bertujuan untuk mencari solusi yang dapat menyelesaikan prioritas masalah kesehatan masyarakat yang terpilih. Adapun prioritas masalah kesehatan masyarakat yang terjadi di RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya adalah masalah gizi yaitu *stunting*. Penyusunan alternatif solusi dilakukan dengan menggunakan metode *Forum Group Discussion* (FGD) yang dilakukan bersama dengan ketua RW, masing – masing ketua RT (RT 1, RT 2, RT 3, RT 4), tokoh agama, dan para kader posyandu balita di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel. Penggalan alternatif solusi dilakukan bersamaan dengan identifikasi akar penyebab masalah. Para peserta FGD yang hadir diajak menyusun alternatif solusi penyelesaian masalah yang menjadi prioritas. Masing-masing peserta FGD mengutarakan pendapatnya terkait alternatif yang dapat dilakukan untuk penyelesaian prioritas masalah terpilih. Adapun hasil perumusan alternatif solusi dengan metode FGD berdasarkan hasil diskusi bersama adalah sebagai berikut:

- a. Advokasi dengan pemerintah atau dinas kesehatan mengenai bantuan pemberian PMT untuk baduta kurang gizi berupa susu.
- b. Mengadakan penyuluhan atau sosialisasi terkait dengan *stunting*.
- c. Mengadakan kegiatan Emo Demo terkait dengan *stunting*.
- d. Mengadakan kegiatan demo masak mengenai cara pembuatan MP-ASI.

4.3.4 Prioritas Alternatif Solusi

Hasil perumusan alternatif solusi yang telah didapatkan dari kegiatan FGD bersama dengan ketua RW, masing – masing ketua RT (RT 1, RT 2, RT 3, RT 4), tokoh agama, dan para kader posyandu balita di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel kemudian diterjemahkan menjadi suatu strategi operasional yang aplikatif dan mampu untuk dilakukan oleh pihak pelaksana intervensi untuk menyelesaikan masalah *stunting* yang telah menjadi prioritas masalah kesehatan masyarakat di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya. Alternatif solusi yang telah

diubah menjadi strategi operasional kemudian dinilai dengan menggunakan metode MEER (Metodologi, Efektifitas, Efisiensi dan Relevansi) dengan tujuan untuk memperoleh tiga prioritas alternatif solusi yang akan diambil sebagai langkah penyelesaian masalah kesehatan masyarakat yang telah menjadi prioritas. Berikut ini adalah penentuan prioritas alternatif solusi dengan metode MEER:

Tabel 4.8 Penentuan Prioritas Alternatif Solusi

No.	Alternatif solusi	Nilai				Total nilai (M*E*E*R)	Rank
		M	E	E	R		
1	Advokasi dengan pemerintah atau dinas kesehatan mengenai bantuan pemberian PMT untuk baduta kurang gizi berupa susu	3	2	2	2	24	IV
2	Mengadakan penyuluhan atau sosialisasi terkait dengan <i>stunting</i>	5	3	4	4	240	III
3	Mengadakan kegiatan Emo Demo terkait dengan <i>stunting</i>	4	4	4	5	320	I
4	Mengadakan kegiatan demo masak mengenai cara pembuatan MP-ASI	4	4	4	4	256	II

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, diperoleh hasil bahwa tiga alternatif solusi yang menjadi prioritas untuk menyelesaikan masalah *stunting* yang terjadi di RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya adalah sebagai berikut:

1. Mengadakan kegiatan Emo Demo terkait dengan *stunting*.
2. Mengadakan kegiatan demo masak mengenai cara pembuatan MP-ASI.
3. Mengadakan penyuluhan atau sosialisasi terkait dengan *stunting*.

4.4 Intervensi

Perencanaan/ intervensi yang dirancang berdasarkan prioritas alternatif solusi menghasilkan program intervensi bernama GEMPITA MERAIH 4 BINTANG BADUTA yaitu “Gerakan meningkatkan pengetahuan ibu tentang menentukan menu, cara dan inovasi membuat MP ASI dengan 4 unsur gizi (karbohidrat, protein nabati, protein hewani, sayuran dan buah-buahan) untuk

anak usia bawah dua tahun).” Adapun tujuan khusus dari program GEMPITA MERAIH 4 BINTANG BADUTA ini adalah meningkatkan keterampilan ibu baduta dalam memilih menu, cara membuat dan inovasi penyajian MP ASI agar baduta mendapatkan asupan gizi yang diperlukan untuk pertumbuhannya. Sedangkan tujuan umumnya adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil tentang pengertian, penyebab, dampak dan pencegahan *stunting*.
2. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil tentang menentukan menu MP ASI yang sesuai dengan usia baduta dari segi bentuk dan jenisnya
3. Meningkatkan ketrampilan ibu baduta dan ibu hamil dalam membuat atau mengolah MP ASI agar zat gizi yang terkandung dalam bahan makanan terkandung dalam bahan makanan tidak rusak.
4. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil tentang membuat inovasi menu MP ASI.

Program GEMPITA MERAIH 4 BINTANG BADUTA (Gerakan meningkatkan pengetahuan ibu tentang menentukan menu, cara dan inovasi membuat MP ASI dengan 4 unsur gizi (karbohidrat, protein nabati, protein hewani, sayuran dan buah-buahan) untuk anak usia bawah dua tahun) yang rencananya akan dilakukan oleh kelompok 1 memiliki beberapa kegiatan intervensi guna meningkatkan pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil agar dapat memenuhi asupan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhannya. Ibu Baduta sebagai sasaran pelaksanaan program intervensi GEMPITA MERAIH 4 BINTANG BADUTA (Gerakan meningkatkan pengetahuan ibu tentang menentukan menu, cara dan inovasi membuat MP ASI dengan 4 unsur gizi (karbohidrat, protein nabati, protein hewani, sayuran dan buah-buahan) untuk anak usia bawah dua tahun) secara khusus adalah warga RW 06 yang terdiri dari 4 RT yaitu RT 1, RT 2, RT 3 dan RT 4, karena berdasarkan hasil *Guided interview* dan *FGD* didapatkan data bahwa mayoritas ibu baduta kurang tahu akan asupan gizi yang diperlukan anaknya. Berikut adalah rincian kegiatan intervensi Program GEMPITA MERAIH 4 BINTANG BADUTA (Gerakan meningkatkan pengetahuan ibu tentang menentukan menu, cara dan inovasi membuat MP ASI dengan 4 unsur gizi untuk anak usia bawah dua tahun):

a. *Plan of Action (PoA) Emo Demo*

Tabel 4.9 *Plan of Action* Emo demo

Jenis Kegiatan	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target	Waktu	Lokasi	Tenaga Pelaksana	Indikator Keberhasilan	Keterangan
Emo Demo menyusun balok	a. Peserta mengisi daftar hadir	a. Meningkatkan pengetahuan baduta dan ibu hamil mengenai perilaku yang mendukung pertumbuhan anak	Ibu hamil yang ada di RW 06 dan semua ibu baduta yang ada di RW 06	6 orang ibu hamil dan 18 ibu baduta	Rabu, 22 Januari 2020 Pukul 10.00 – 12.00	Kelurah an Ampel, RT 4, RW 06	Pemateri: Anggota Kelompok 1 dibantu kader	a. Tingkat kehadiran peserta 70% dari total target	a. Terdapat <i>doorprize</i> untuk peserta yang mendapat nilai tertinggi di post test
	b. Pembukaan kegiatan berupa perkenalan dari mahasiswa PKL	b. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta tentang pencegahan <i>stunting</i> melalui asupan gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan	ibu baduta yang ada di RW 06					b. Ibu baduta mengerti akan pencegahan <i>stunting</i>	b. Penyampaian informasi dengan menggunakan alat peraga emo demo sesuai modul yang
	c. Pre test							c. Ibu baduta mengerti tentang asupan gizi yang	
	d. Permainan menyusun balok								
	e. Post Test								

Jenis Kegiatan	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target	Waktu	Lokasi	Tenaga Pelaksana	Indikator Keberhasilan	Keterangan
		sesuai	usia					dibutuhkan	
		anaknya						untuk	
		c. Meningkatkan						pertumbuhan	
		pengetahuan	ibu					sesuai	usia
		hamil	tentang					anaknya	
		pencegahan						d. Ibu	hamil
		<i>stunting</i>	melalui					mengerti	
		kebutuhan	asupan					akan	
		gizi	yang					pencegahan	
		dibutuhkan	baduta.					<i>stunting</i>	
								melalui	
								kecukupan	
								asupan	gizi
								yang	
								dibutuhkan	
								oleh	baduta
								e. Nilai	post

Jenis Kegiatan	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target	Waktu	Lokasi	Tenaga Pelaksana	Indikator Keberhasilan	Keterangan
								test lebih tinggi dibandingkan dengan nilai pre test	

b. Rencana Anggaran Kegiatan Emo Demo

Tabel 4.10 Rencana Anggaran Kegiatan Emo Demo

No.	Jenis Sumber Daya	Jumlah	Satuan	Biaya Satuan (Rp)	Jumlah Harga (Rp)
1	Alat peraga + modul	1	paket	150.000,-	150.000,-
2	<i>Snack</i>	41	kotak	10.000,-	410.000,-
3	Fotokopi daftar hadir	6	lembar	250,-	1.500,-
4	Fotokopi <i>pretest</i> dan <i>post test</i>	60	lembar	250,-	15.000,-
5	<i>Doorprize</i>	2	buah	15.000,-	30.000,-
Total (Rp)					606.500,-

c. *Plan of Action (PoA) Demo Cara Membuat MP-ASI*

Tabel 4.11 *Plan of Action Demo Cara Membuat MP-ASI*

Jenis Kegiatan	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target	Waktu	Lokasi	Tenaga Pelaksana	Indikator Keberhasilan	Keterangan
Demo cara membuat MP ASI	a. Peserta mengisi daftar hadir	a. Meningkatkan keterampilan ibu baduta tentang cara membuat MP ASI kepada baduta	Ibu hamil yang ada di RW 06 dan semua ibu baduta yang ada di RW 06	6 orang ibu hamil dan 18 ibu badut a	Kamis, 23 Januari 2020	Kelurahan Ampel, RT 4, RW 06	Pemateri: Anggota Kelompok 1 dibantu kader	a. Tingkat kehadiran peserta 70% dari total target	a. Penyampaian informasi dengan melakukan Demo membuat MP ASI dengan bahan dan alat yang ada dan sederhana
	b. Pembukaan kegiatan berupa pengenalan dari mahasiswa PKL	b. Meningkatkan keterampilan ibu hamil tentang cara membuat MP ASI untuk mempersiapkan kelak saat	ibu hamil yang ada di RW 06		10.00 – 12.00			b. Ibu baduta dapat mengungkapkan kembali cara membuat MP ASI yang telah dicontohkan.	b. Penyampaian informasi dengan diberikan
	c. Menyampaikan tujuan dari Demo membuat MP ASI							c. Ibu hamil dapat mengungkapkan kembali cara membuat MP	

Jenis Kegiatan	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran Target	Waktu	Lokasi	Tenaga Pelaksana	Indikator Keberhasilan	Keterangan
	d. Memberikan buku contoh menu MP ASI untuk baduta	bayinya lahir					ASi yang telah dicontohkan.	contoh menu MP ASI
	e. Mempraktikkan cara membuat dan menyajikan MP ASI yang ada dibuku	c. Meningkatkan keterampilan ibu baduta tentang cara menyajikan MP ASI kepada baduta					d. Ibu baduta bisa menyebutkan cara penyajian MP ASI yang akan diberikan anaknya.	untuk Baduta
	f. Review pembuatan MP ASI	d. Meningkatkan keterampilan ibu hamil tentang cara menyajikan MP ASI untuk mempersiapkan kelak saat bayinya lahir					e. Ibu hamil bisa menyebutkan cara penyajian MP ASI yang akan diberikan anaknya	

d. Rencana Anggaran Kegiatan Demo Cara Membuat MP-ASI

Tabel 4.12 Rencana Anggaran Kegiatan Demo Cara Membuat MP-ASI

No.	Jenis Sumber Daya	Jumlah	Satuan	Biaya Satuan (Rp)	Jumlah Harga (Rp)
1	Bahan – bahan (buah,sayur, susu)	1	Paket	60.000,-	60.000,-
2	<i>Snack</i>	41	Kotak	10.000,-	410.000,-
3	Fotokopi daftar hadir	6	Lembar	250,-	1.500,-
4	Buku contoh menu MP ASI baduta	25	Buku	7.500,-	187.500,-
Total (Rp)					659.000,-

e. *Plan of Action (PoA) Penyuluhan Stunting*

Tabel 4.13 *Plan of Action Penyuluhan Stunting*

Jenis Kegiatan	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target	Waktu	Lokasi	Tenaga Pelaksana	Indikator Keberhasilan	Keterangan
Penyuluhan tentang stunting	a. Peserta mengisi daftar hadir	a. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta mengenai pengertian <i>stunting</i>	Semua ibu baduta yang ada di RW 06	Ibu baduta yang ada di RW 06	Jum'at, 24 Januari 2020 Pukul 10.00 – 12.00	Kelurahan Ampel, RT 4, RW 06	Pemateri: Anggota Kelompok 1	a. Tingkat kehadiran peserta 70% dari total target	a. Penyampaian informasi dengan menggunakan leaflet tentang <i>stunting</i>
	b. Pembukaan kegiatan berupa pengenalan dari mahasiswa	b. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta mengenai penyebab <i>stunting</i>						b. Ibu baduta mengerti akan istilah <i>stunting</i>	
	c. Penyuluhan tentang <i>stunting</i>	c. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta mengenai dampak <i>stunting</i>						c. Ibu baduta paham tentang pencegahan <i>stunting</i>	
	d. Review materi yang sudah	d. Meningkatkan pengetahuan ibu							

Jenis Kegiatan	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Target	Waktu	Lokasi	Tenaga Pelaksana	Indikator Keberhasilan	Keterangan
	disampaikan	baduta mengenai pencegahan <i>stunting</i>							

f. **Rencana Anggaran Kegiatan Penyuluhan *Stunting***

Tabel 4.14 Rencana Anggaran Kegiatan Penyuluhan *Stunting*

No.	Jenis Sumber Daya	Jumlah	Satuan	Biaya Satuan (Rp)	Jumlah Harga (Rp)
1	<i>Leaflet</i>	50	Lembar	3.000,-	150.000,-
2	Fotokopi daftar hadir	6	Lembar	250,-	1.500,-
Total					151.500,-

4.5 Hasil Kegiatan Intervensi

4.5.1 Emodemo Menyusun Balok

a. Metode Pelaksanaan Kegiatan

Demonstrasi, tanya jawab dan diskusi, *pre test - post test*, kuis, pembagian *doorprize* bagi yang mendapat nilai *pre test – post test* tertinggi.

b. Waktu/ Tempat Pelaksanaan

Waktu Pelaksanaan : Selasa, 21 Januari 2020 pukul 10.00-11.00 WIB

Tempat pelaksanaan : Jalan Nyamplungan II No. 32 Kelurahan Ampel
Kecamatan Semampir Kota Surabaya

c. Sasaran Kegiatan

Sasaran dari kegiatan ini adalah ibu baduta dan ibu hamil yang ada di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya.

d. Rincian Kegiatan

Kegiatan pelaksanaan emo demo menyusun balok dimulai pada jam 10.00 WIB. Secara umum, pelaksanaan program emo demo terdiri beberapa kegiatan diantaranya adalah:

1. Pada awal kegiatan dilaksanakan kegiatan *pre-test* kepada para peserta.
2. Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan tanya jawab terkait pengertian, penyebab dan dampak dari *stunting*. Pada tahap ini, digunakan untuk mengetahui pengetahuan ibu baduta secara langsung.
3. Setelah tanya jawab secara langsung, dilanjutkan dengan pembagian kelompok. Peserta yang datang dibagi dalam 2 kelompok.
4. Selanjutnya setelah terbagi 2 kelompok, fasilitator menjelaskan cara permainan balok yang akan dilakukan.
5. Dari 2 kelompok tersebut, kemudian setiap kelompok diminta untuk memilih perwakilan kelompok sebanyak 2 orang yaitu 1 orang memegang kartu yang terdiri dari 5 lembar, dan 1 orang lagi menyusun balok.
6. Ibu yang memegang kartu diminta ambil satu kartu bagian atas untuk membaca tulisan yang ada di kartu sekaligus angka yang tertera di kartu. Jika didalam kartu ada tulisan +2 maka ibu yang memegang balok menyusun 2 balok, akan tetapi jika didalam kartu ada tulisan 0 maka ibu

yang memegang balok diam yang artinya tidak boleh menyusun balok. Kegiatan ini dilakukan sampai kartunya habis.

7. Selanjutnya setelah kartu yang dipegang ibu tadi habis, maka fasilitator menjelaskan satu persatu tulisan atau pernyataan yang ada dikartu mengapa ada tulisan +2 dan 0.
8. Setelah menjelaskan pernyataan dari kartu tersebut, fasilitator menanyakan perbedaan tinggi antara balok pada kedua kelompok, kemudian para peserta menjawab bahwa lebih bagus balok yang tersusun lebih tinggi. Yang artinya bahwa antara anak yang tumbuh normal dan anak yang *stunting*, akan lebih bagus anak yang tumbuh normal.
9. Pada tahap selanjutnya peserta di berikan *post-test*. Kemudian dari hasil *pre-test* dan *post-test*, dipilih dari dua orang peserta yang mendapatkan nilai tertinggi, kemudian diberikan hadiah masing-masing 1 paket *doorprize* yang terdiri dari 1 mangkok dan 1 buah tempat makan kaca.
10. Kegiatan selesai dilaksanakan pada jam 11.00 WIB.

e. Pembagian Tugas

Tabel 4.15 Tabel Pembagian Tugas Kegiatan Emo Demo

No	Peran	Rincian Tugas	Nama Anggota
1.	Fasilitator	Pemandu permainan menyusun balok dan menjelaskan tentang tujuan permainan, dan menjelaskan materi tentang pengertian, penyebab dan dampak dari <i>stunting</i> .	Silvia Putri, Nurussyifa AZ
2.	Pembawa acara	Membawakan dan memandu jalannya acara, dan memandu <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> .	Lailia Ayu
3.	Notulensi	Menyiapkan undangan pertemuan. Menyiapkan daftar hadir. Membuat catatan dan melaporkan semua tahapan selama kegiatan berlangsung.	Rr. Sri Rejeki
4.	Konsumsi	Menyiapkan dan membagikan konsumsi pertemuan yang terdiri dari: kacang hijau dan roti tawar.	Nadya K, Rani Marfu'ah
5.	Dokumentasi	Mendokumentasikan jalannya kegiatan dari awal hingga akhir.	Rena Azizul F, Dinda Pratiwi
6.	Perlengkapan	Menyiapkan segala perlengkapan yang digunakan selama kegiatan berlangsung.	M. Rusdi, Rina Tri, Anisa Fizrul A, Rochana

f. Pencapaian Keberhasilan

1. Tingkat kehadiran peserta sebanyak 76% dari total undangan atau 19 orang dari 25 undangan.
2. Peserta mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diberikan fasilitator.
3. Peserta mampu menjelaskan apa yang dijelaskan oleh fasilitator.
4. Nilai *pre-test* tertinggi adalah 80 sedangkan *post-test* tertinggi adalah 100. Ada kenaikan jumlah nilai antara *pre-test* dan *post-test*.

g. Hambatan dan Solusi

1. Hambatan

Banyaknya baduta yang diajak oleh ibu baduta sehingga menghambat ibu baduta dalam melakukan emo demo.

2. Solusi

Memberikan balon kepada baduta dan mengkondisikan baduta selama acara emo demo berlangsung.

h. Anggaran Kegiatan

Tabel 4.16 Tabel Anggaran Kegiatan Emo Demo

No.	Rincian Pengeluaran	Jumlah (Rp)
1.	Pembelian Alat Peraga	140.000,-
2.	Cetak kartu faktor	5.000,-
3.	Fotokopi <i>Post-test</i> dan <i>Pre-test</i>	6.500,-
4.	Konsumsi	154.500,-
5.	<i>Doorprize</i>	57.000,-
6.	Balon	13.000,-
Total (Rp)		376.000,-

i. Evaluasi Emodemo

Tabel 4.17 Tabel Evaluasi Kegiatan Emo Demo

No	Kegiatan Intervensi	Tujuan	Input	Process	Output
1	Emodemo Menyusun Balok	<p>a. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil tentang pengertian, penyebab, dampak dan pencegahan <i>stunting</i>.</p> <p>b. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil tentang menentukan menu MP ASI yang sesuai dengan usia baduta dari segi bentuk dan jenisnya</p>	<p>a. Kegiatan berjalan dengan lancar dan berhasil memenuhi setiap kebutuhan sesuai rencana.</p> <p>b. Perlengkapan yang dibutuhkan telah berhasil dipenuhi.</p> <p>c. Pembelanjaan telah terlaksana dengan baik.</p>	<p>a. Kehadiran peserta baik, yaitu 76 % dari total peserta yang diundang.</p> <p>b. Semua peserta mengikuti <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> dengan baik.</p> <p>c. Permainan menyusun balok terlaksana dengan baik.</p> <p>d. Peserta dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan dari fasilitator.</p>	<p>a. Pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil mengenai pengertian, penyebab dan dampak dari <i>stunting</i> meningkat, dibuktikan dengan nilai <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> yang mengalami kenaikan.</p> <p>b. Meningkatnya pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil tentang <i>stunting</i> dengan dapatnya menjawab pertanyaan-pertanyaan dari fasilitator.</p>

4.5.2 Demo Masak MP ASI

a. Metode Pelaksanaan Kegiatan

Demonstrasi, kuis dan diskusi, pembagian *doorprize* bagi yang dapat mengulang kembali cara membuat MP ASI yang telah diperagakan serta dengan bahan-bahannya.

b. Waktu/ Tempat Pelaksanaan

Waktu Pelaksanaan : Selasa, 21 Januari 2020 pukul 11.30-13.30 WIB

Tempat Pelaksanaan : Jalan Nyamplungan II No. 32 Kelurahan Ampel
Kecamatan Semampir Kota Surabaya

c. Sasaran Kegiatan

Sasaran dari kegiatan ini adalah ibu baduta dan ibu hamil yang ada di RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya.

d. Rincian Kegiatan

Kegiatan pelaksanaan demo masak MP ASI dimulai pada jam 11.30 WIB.

Secara umum, pelaksanaan program demo masak MP ASI terdiri beberapa kegiatan diantaranya adalah :

1. Pada awal kegiatan dilaksanakan perkenalan dan menjelaskan dilakukannya kegiatan demonstrasi memasak MP ASI agar ibu lebih kreatif dan inovatif dalam memberikan MP ASI kepada anaknya serta membagikan contoh buku menu.
2. Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan menjelaskan bahwa demonstrasi ini dilakukan 2 tahap yaitu pembuatan MP ASI untuk bayi usia 6 – 12 bulan dan untuk anak usia 1 -2 tahun.
3. Demonstrasi tahap 1 adalah pembuatan MP ASI untuk bayi usia 6 – 12 bulan yaitu membuat bubur roti pisang.
4. Selanjutnya menyebutkan bahan-bahan yang diperlukan yaitu bahan lokal yang mudah didapat akan tetapi dapat memenuhi kecukupan bayi usia 6 – 12 bulan.
5. Setelah jadi pembuatan MP ASI bubur pisang roti, MP ASI tersebut ditawarkan kepada peserta yang ingin mencobanya.
6. Kemudian dilanjutkan demonstrasi tahap 2 pembuatan MP ASI untuk usia 1 – 2 tahun yaitu omelet bayam.

7. Selanjutnya menyebutkan bahan-bahan yang diperlukan yaitu bahan lokal yang mudah didapat akan tetapi dapat memenuhi kecukupan anak usia 1 – 2 tahun.
8. Setelah jadi pembuatan MP ASI omelet bayam, MP ASI tersebut ditawarkan kepada peserta yang ingin mencobanya.
9. Pada akhir demonstrasi ada kuis yaitu ibu diminta mengulang kembali langkah-langkah pembuatan MP ASI tersebut beserta bahannya. Yang dapat menyebutkan lengkap mendapatkan *dooprize* berupa 1 piring dan 1 buah mangkuk.
10. Kegiatan selesai dilaksanakan pada jam 13.30 WIB

e. Pembagian Tugas

Tabel 4.18 Tabel Pembagian Tugas Kegiatan Demo Masak MP ASI

No	Peran	Rincian Tugas	Nama Anggota
1.	Demonstrator	Mendemonstrasikan cara membuat MP ASI sambil menyebutkan kandungan gizi dari bahan-bahan serta menjelaskan kebutuhan gizi akan anak usia baduta.	Rina Tri Wahyuni, Rani Marfuah
2.	Pembawa acara	Membawakan dan memandu jalannya acara, dan memandu kuis.	Lailia Ayu
3.	Notulensi	Menyiapkan undangan pertemuan. Menyiapkan daftar hadir. Membuat catatan dan melaporkan semua tahapan selama kegiatan berlangsung.	Rr. Sri Rejeki
4.	Konsumsi	Menyiapkan dan membagikan konsumsi pertemuan yang terdiri dari: nasi kotak dan air mineral.	Nadya K, Rochana, Silvia Putri
5.	Dokumentasi	Mendokumentasikan jalannya kegiatan dari awal hingga akhir.	Rena Azizul, Dinda Pratiwi
6.	Perlengkapan	Menyiapkan segala perlengkapan yang digunakan selama kegiatan berlangsung.	M. Rusdi, Nurussyifa AZ, Anisa Fizrul

f. Pencapaian Keberhasilan

1. Tingkat kehadiran peserta sebanyak 76 % dari total undangan atau 19 orang dari 25 undangan.

2. Peserta mampu mengulang kembali langkah-langkah cara membuat MP ASI serta dapat menyebutkan bahan-bahan yang diperlukan.
- g. Hambatan dan Solusi
1. Hambatan

Banyaknya baduta yang diajak oleh ibu baduta sehingga menghambat ibu baduta dalam melakukan demo masak. Selain itu, kondisi tempat demo masak tidak memungkinkan menggunakan meja untuk menempatkan kompor dan bahan-bahan lain.
 2. Solusi

Memberikan balon kepada baduta dan mengkondisikan baduta selama acara demo masak berlangsung. Serta menempatkan kompor dan bahan-bahan lain di atas tikar dan memasak dengan cara lesehan dan tetap memperhatikan keamanan pada saat memasak menggunakan kompor.
- h. Anggaran Kegiatan

Tabel 4.19 Tabel Anggaran Kegiatan Demo Masak MP ASI

No.	Rincian Pengeluaran	Jumlah (Rp)
1.	Beli bahan MP ASI 6 – 12 bulan	50.000.-
2.	Beli Bahan MP ASI 1 -2 tahun	23.900,-
3.	Konsumsi	475.000,-
4.	<i>Doorprize</i>	44.000,-
5.	Balon	13.000,-
Total (Rp)		605.900,-

i. Evaluasi Demo Masak MP ASI

Tabel 4.20 Tabel Evaluasi Kegiatan Demo Masak MP ASI

No	Kegiatan Intervensi	Tujuan	Input	Process	Output
1	Demo Masak MP ASI	<p>a. Meningkatkan keterampilan ibu baduta tentang cara membuat MP ASI kepada baduta.</p> <p>b. Meningkatkan keterampilan ibu hamil tentang cara membuat MP ASI dalam rangka mempersiapkan untuk kelak saat bayinya lahir.</p> <p>c. Meningkatkan keterampilan ibu baduta tentang cara menyajikan MP ASI kepada baduta.</p> <p>d. Meningkatkan keterampilan ibu hamil tentang cara menyajikan MP ASI dalam rangka mempersiapkan untuk kelak saat bayinya lahir.</p>	<p>a. Kegiatan berjalan dengan lancar dan berhasil memenuhi setiap kebutuhan sesuai rencana.</p> <p>b. Perlengkapan yang dibutuhkan telah berhasil dipenuhi.</p> <p>c. Pembelian telah terlaksana dengan baik.</p>	<p>a. Kehadiran peserta tergolong cukup baik, yaitu 76 % dari total peserta yang diundang.</p> <p>b. Semua peserta memperhatikan bagaimana cara membuat MP ASI</p> <p>c. Demonstrasi terlaksana dengan baik.</p> <p>d. Peserta dapat mengulang kembali langkah-langkah cara membuat MP ASI serta menyebutkan bahan-bahannya.</p>	<p>a. Pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil mengenai cara membuat MP ASI sesuai usia anaknya.</p> <p>b. Meningkatnya pengetahuan ibu baduta dan ibu hamil tentang cara membuat MP ASI dengan mengulang kembali langkah-langkah cara membuat MP ASI serta menyebutkan bahan-bahannya.</p>

4.5.3 Penyuluhan *Stunting*

a. Metode Pelaksanaan Kegiatan

Sosialisasi, tanya jawab dan diskusi, pembagian *leaflet*.

b. Waktu/ Tempat Pelaksanaan

Waktu Pelaksanaan : Minggu, 26 Januari 2020 pukul 12.30-13.30 WIB

Tempat Pelaksanaan : RT 01 RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir
Kota Surabaya

c. Sasaran Kegiatan

Sasaran dari kegiatan ini adalah ibu yang memiliki baduta dan ibu-ibu anggota PKK RW 06 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Kota Surabaya.

d. Rincian Kegiatan

Kegiatan PKK rutin dilakukan setiap akhir bulan dan ibu-ibu baduta diundang untuk diberikan sosialisasi tentang *stunting*. Secara umum, pelaksanaan kegiatan sosialisasi terdiri beberapa kegiatan diantaranya adalah:

1. Pada awal kegiatan dilaksanakan pembacaan acara rutin PKK yaitu yasin, tahlil dan doa.
2. Selanjutnya dilaksanakan penyuluhan kepada para ibu baduta. Pada tahap ini, penyampaian informasi diberikan dalam sosialisasi oleh mahasiswa PKL melalui media *leaflet*, serta penyuluhan kepada ibu-ibu anggota PKK RW 06 untuk diberikan informasi tentang *stunting* juga.
3. Kemudian kegiatan dilanjutkan dengan diskusi dan tanya jawab mengenai materi yang diberikan.
4. Kegiatan selesai pada jam 13.30 WIB.

e. Pembagian Tugas

Tabel 4.21 Tabel Pembagian Tugas Kegiatan Penyuluhan *Stunting*

No	Peran	Rincian Tugas	Nama Anggota
1.	Pemateri	Penyampaian materi melalui media <i>leaflet</i> , materi yang diberikan adalah terkait dengan <i>stunting</i> .	Nadya K, Rena Azizul, Rr. Sri Rejeki, M. Rusdi
2.	Pembawa acara	Membawakan dan memandu jalannya acara Menyiapkan undangan pertemuan.	Lailia Ayu
3.	Notulensi	Menyiapkan daftar hadir. Membuat catatan dan melaporkan semua tahapan selama kegiatan berlangsung.	Rina Tri, Rochana
4.	Dokumentasi	Mendokumentasikan jalannya kegiatan dari awal hingga akhir.	Nurussyifa AZ, Anisa Fizrul
5.	Perlengkapan	Menyiapkan segala perlengkapan yang digunakan selama kegiatan berlangsung.	Silvia Putri, Rani Marfu'ah, Dinda Pratiwi

f. Pencapaian Keberhasilan

1. Tingkat kehadiran peserta sebanyak 82% dari total undangan atau 41 orang dari 50 undangan.
2. Peserta mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan yang di berikan pemateri.
3. Peserta aktif bertanya terkait materi yang disampaikan.

g. Hambatan dan Solusi

1. Hambatan

Tempat penyuluhan tidak memungkinkan untuk menampilkan materi melalui LCD.

2. Solusi

Penyampaian materi penyuluhan menggunakan media *leaflet* yang dibagikan sebelum penyuluhan.

h. Anggaran Kegiatan

Tabel 4.22 Tabel Anggaran Kegiatan Penyuluhan *Stunting*

No	Rincian Pengeluaran	Jumlah (Rp)
1.	Cetak <i>leaflet</i>	102.500,-
Total (Rp)		102.500,-

i. Evaluasi Penyuluhan *Stunting*

Tabel 4.23 Tabel Evaluasi Kegiatan Penyuluhan *Stunting*

No	Kegiatan Intervensi	Tujuan	Input	Process	Output
1	Penyuluhan <i>Stunting</i>	<p>a. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta mengenai pengertian <i>stunting</i>.</p> <p>b. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta mengenai penyebab <i>stunting</i>.</p> <p>c. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta mengenai dampak <i>stunting</i>.</p> <p>d. Meningkatkan pengetahuan ibu baduta mengenai pencegahan <i>stunting</i></p>	<p>a. Kegiatan berjalan dengan lancar dan berhasil memenuhi setiap kebutuhan sesuai rencana.</p> <p>b. Perlengkapan yang dibutuhkan telah berhasil dipenuhi.</p> <p>c. Pembelanjaan telah terlaksana dengan baik.</p>	<p>a. Kehadiran peserta tergolong cukup baik, yaitu 82% dari total peserta yang diundang.</p> <p>b. Peserta dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan dari pemateri.</p>	<p>a. Pengetahuan mengenai pengertian, penyebab dan dampak dari <i>stunting</i> meningkat dengan dilihatnya dalam aktif bertanya terkait materi.</p> <p>b. Meningkatnya pengetahuan tentang <i>stunting</i> dengan dapatnya menjawab pertanyaan-pertanyaan dari pemateri.</p>

4.6 Rencana Tindak Lanjut

Rencana Tindak Lanjut (RTL) merupakan keberlanjutan dari evaluasi yang telah dilakukan pada program GEMPITA (Gerakan meningkatkan pengetahuan ibu tentang menentukan menu, cara dan inovasi membuat MP ASI dengan 4 unsur gizi (karbohidrat, protein nabati, protein hewani, sayuran dan buah – buahan) untuk anak usia bawah dua tahun). Tahapan yang dilakukan berawal dari analisis hasil evaluasi program yang telah dilaksanakan dan selanjutnya menentukan beberapa kegiatan untuk menyempurnakan pelaksanaan program secara berlanjut dan berkesinambungan. Berikut ini adalah Rencana Tindak Lanjut (RTL) dari program GEMPITA menurut kelompok, antara lain:

Tabel 4.24 Rencana Tindak Lanjut

No.	Nama Kegiatan	Analisa Kegiatan	Sasaran	Rencana Tindak Lanjut	Penanggung Jawab
1.	Emo Demo	Kegiatan emo demo perlu dilakukan secara berulang dengan materi yang sama maupun berbeda agar pengetahuan ibu hamil dan ibu baduta terkait pencegahan <i>stunting</i> terus meningkat.	Ibu hamil dan Ibu baduta	Pelaksanaan kegiatan emo demo secara berlanjut dan berkesinambungan. Materi emo demo tentang pencegahan <i>stunting</i> antara lain: a. ASI saja cukup b. Siap bepergian c. Ikatan ibu dan anak d. ATIKA e. Menyusun balok f. Membayangkan masa depan g. Camilan sembarangan h. Jadwal makan bayi dan anak i. Porsi makan bayi dan anak j. Cuci tangan pakai sabun k. Harapan ibu	- Kader kesehatan di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel - Puskesmas Sidotopo - Kelurahan Ampel

No.	Nama Kegiatan	Analisa Kegiatan	Sasaran	Rencana Tindak Lanjut	Penanggung Jawab
				1. Ditarik ke segala arah - Pelatihan kader mengenai 12 modul emo demo. - Pengadaan alat peraga emo demo. - Pengadaan balai/ tempat guna pelaksanaan kegiatan emo demo.	
2.	Demo masak MP-ASI	Pelaksanaan demo masak perlu dilakukan secara berkala minimal setiap satu tahun sekali, sehingga dapat mencakup sasaran yang <i>ter-update</i> .	Ibu baduta	- Pelaksanaan kegiatan demo masak MP-ASI secara berkala. - Pengadaan peralatan demo masak. - Pengadaan balai/ tempat guna pelaksanaan kegiatan demo masak.	- Kader kesehatan di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel - Puskesmas Sidotopo - Kelurahan Ampel - Ketua RW 06 Kelurahan Ampel
3.	Penyuluhan tentang pencegahan	Kegiatan penyuluhan khususnya mengenai pencegahan <i>stunting</i>	Warga RW 06 Kelurahan Ampel	- Penyuluhan tentang pencegahan <i>stunting</i> misalnya mengenai 9 Pesan 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK), yaitu:	- Kader kesehatan di wilayah RW 06 Kelurahan Ampel

No.	Nama Kegiatan	Analisa Kegiatan	Sasaran	Rencana Tindak Lanjut	Penanggung Jawab
	<i>stunting</i>	dapat tetap dilaksanakan pada saat ada pertemuan di RW 06 seperti posyandu maupun kegiatan PKK.		<ul style="list-style-type: none"> a. Gizi Ibu hamil b. ANC Terpadu c. Konsumsi tablet Fe d. IMD e. ASI Eksklusif f. Penimbangan BB bayi secara rutin g. Imunisasi dasar lengkap h. Pemberian ASI hingga 2 tahun i. MP-ASI secara bertahap dengan tetap memberikan ASI <ul style="list-style-type: none"> - Pengadaan balai/ tempat guna pelaksanaan kegiatan penyuluhan sehingga dapat memaksimalkan pelaksanaan kegiatan, misalnya dalam rangka penggunaan proyektor LCD yang tidak memungkinkan apabila penyuluhan dilaksanakan di tengah jalan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puskesmas Sidotopo - Bidan Kelurahan - Kelurahan Ampel

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Kelompok 1 melaksanakan Praktik Kerja Lapangan (PKL) di Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampir, Kota Surabaya tepatnya di RT 01-04 RW 06 yang dilaksanakan selama tiga puluh lima hari. Pengumpulan data didapatkan dari data primer dan data sekunder. Tahap pertama telah dilakukan identifikasi masalah kesehatan masyarakat yang mana ditemukan 5 masalah yang terkait dengan kesehatan. Kemudian dilakukan analisis lebih lanjut dan survei terkait masalah tersebut melalui kuisioner dan interview terarah. Setelah itu dilakukan penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG, disepakati bahwa yang menjadi prioritas adalah masalah *stunting*.

Dari hasil kesepakatan ditentukan satu prioritas masalah kesehatan yang akan dilakukan intervensi. Menggunakan metode FGD didapat bahwa akar masalah dari prioritas masalah yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang pemberian MP-ASI, rendahnya kesadaran akan *personal hygiene*, kurangnya pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif, daya beli terhadap bahan makanan yang bergizi kurang, kurangnya sosialisasi penyuluhan yang lebih inovatif, kesadaran akan *hygiene* sanitasi rendah.

Selanjutnya kelompok membuat rencana intervensi yang akan dilaksanakan di RT 01-04 RW 06 Kelurahan Ampel, Kecamatan Semampis, Kota Surabaya. Rencana intervensi dirancang berdasarkan prioritas alternatif solusi, dimana diperoleh tiga alternatif solusi yang menjadi prioritas untuk menyelesaikan masalah *stunting* yaitu mengadakan kegiatan Emo Demo terkait dengan *stunting*; mengadakan kegiatan demo masak mengenai cara pembuatan MP-ASI; mengadakan penyuluhan atau sosialisasi terkait dengan *stunting*. Program intervensi yang dihasilkan diberi nama GEMPITA MERAIH 4 BINTANG BADUTA (Gerakan meningkatkan pengetahuan ibu tentang menentukan menu, cara dan inovasi membuat MP ASI dengan 4 unsur gizi (karbohidrat, protein nabati, protein hewani, sayuran dan buah – buahan) untuk anak usia bawah dua

tahun). Dalam program ini terdapat tiga kegiatan, yaitu Emo Demo menyusun balok, demo cara membuat MP-ASI, dan penyuluhan tentang *stunting*.

5.2 Saran

Adapun saran yang peneliti harapkan yaitu untuk:

5.2.1 Masyarakat

Diharapkan masyarakat senantiasa berusaha meningkatkan kesehatan keluarga dengan selalu menjaga Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan mau memerhatikan nilai gizi dalam mengkonsumsi makanan.

5.2.2 Puskesmas Sidotopo

Diharapkan puskesmas dapat melakukan pelatihan kader dalam rangka meningkatkan potensi kader dalam melaksanakan dan membaca hasil pengukuran antropometri yang benar maupun pelatihan mengenai emo demo dan demo masak, serta tenaga kesehatan puskesmas diharapkan lebih aktif hadir dalam kegiatan posyandu.

5.2.3 Kelurahan Ampel

Kelurahan Ampel diharapkan tetap terus mendukung warganya selama keberlangsungan program PKL sehingga mereka dapat lebih aktif dan mau menjalankan program intervensi yang sudah dibentuk. Selain itu, diharapkan Kelurahan Ampel dapat mengusahakan pengadaan balai RW atau tempat perkumpulan warga khususnya di wilayah RW 06 dalam rangka membantu kelancaran pelaksanaan kegiatan – kegiatan di RW 06 khususnya kegiatan yang mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat setempat sehingga pelaksanaan kegiatan dapat berjalan dengan maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, E. L., 2014. *Presentasi Periode Kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan dan Dampak Jangka Panjang Terhadap Kesehatan dan Fungsinya*. Yogyakarta: PERSAGI. Diakses 7 Januari 2020
- Afiyanti, Yati (2008). *Focus group discussion (diskusi kelompok terfokus) sebagai metode pengumpulan data penelitian kualitatif*. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 12, No. 1
- Amareta, D.I dan Ardianto, E.T. (2017). *Penyuluhan Kesehatan dengan Metode Emo Demo Efektif Meningkatkan Praktik CTPS di MI Al-Badri Kalisat Kabupaten Jember*. Seminar Nasional Hasil Penelitian 2017, ISBN : 978-602-14917-5-1
- Anugraheni, H. S. (2012) 'Faktor Risiko Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 12-36 Bulan di Kecamatan Pati, Kabupaten Pati', *Journal Of Nutrition College*, Vol.1 No.1.
- Aridiyah, F. O., Rohmawati, N. And Ririanty, M. (2015) 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian *Stunting* pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan (The Factors Affecting *Stunting* on Toddlers in Rural and Urban Areas)', *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 3(1).
- Burhanuddin, A. (2013). *Metodologi Penelitian Sosial Dan Pendidikan*: Yogyakarta
- Chomaria, N., 2011. *Panduan Terlengkap Perawatan Bayi Baru Lahir*. Surakarta: Ziyad Visi Media.
- Fikawati, S., Syafiq, A., Karima, K., 2015. *Gizi Ibu dan Bayi*. Depok: PT. Raja Grafindo Persada.
- Grantham-McGregor SM, Fernald LC., Sethurahman, K. (2007) *Development Potensial In The First 5 Years For Children In Developing Countries*. Lancet [Internet] 369: 60-70. Available from: <www.sciencedirect.com>
- Kasmini, Oktia Woro. (2012). *Kontribusi Sistem Budaya Dalam Pola Asuh Gizi Balita Pada Lingkungan Rentan Gizi*. Jurnal Ekologi Kesehatan Vol. 11 No 3.
- Kemenkes RI. (2014). *Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2015). *Situasi dan Analisis Gizi, Pusat Data dan Informasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2016). *Situasi Balita Pendek, Pusat Data dan Informasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2015). *Infodatin Situasi dan Analisis Gizi*. Jakarta Selatan: Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI.
- Kementrian Sosial Republik Indonesia. 2015. *1000 Hari Pertama Kehidupan Penentu Ribuan Hari Berikutnya*. Tangerang Selatan: Wahana Visi Indonesia.
- Kumala, M. (2013) 'Hubungan Pola Pemberian Makan dengan Status Gizi Anak Usia Toddler (1-3 Tahun) di Posyandu Kelurahan Sidomulyo Godean Sleman'. Fakultas Kedokteran STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta
- Lexy J. Moleong. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

- Minichiello, Victor. (1995). *In-Depth Interviewing: Principles, Techniques, Analysis*. Melbourne: Longman.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- PKJS. (2018). *Perilaku Merokok Orang Tua dan Dampaknya Terhadap Stunting, Kecerdasan, dan Kemiskinan: Bukti Empiris dari Data Panel IFLS*. Jakarta: Pusat Kajian Jaminan Sosial Universitas Indonesia.
- Priyatna, A. & Asnol, U.B., 2014. *1000 Hari Pertama Kehidupan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Puhantara, Wahyu. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif Untuk Bisnis*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Republik Indonesia. (2013). *Kerangka Kebijakan: Gerakan nasional perbaikan gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan (1000 HPK)*. Jakarta: RI
- Sekretariat Wakil Presiden Indonesia. (2017). *100 Kabupaten/ Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Jakarta: TNP2K
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta CV.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta CV.
- Sundberg, D.N., Winebarger, A. Allen., Taplin, R. Julian. (2007). *Psikologi Klinis, Perkembangan Teori, Praktik, dan Penelitian*. Edisi Keempat. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Tentang Perkawinan.
- Welasasih, B. D. and Wirjatmadi, R. B. (2012) ‘Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita *Stunting*’, *The Indonesian Journal of Public Health*, 8, Pp. 99–104.