

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
BIDANG GIZI MASYARAKAT
DI PUSKESMAS CUKIR KABUPATEN JOMBANG**



Oleh:

Nadhifa Aulia Arnesya	101611233049
Yulianti Wulansari	101611233050
Nurul Fitriyah	101611233051

**PROGRAM STUDI S1 GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
BIDANG GIZI MASYARAKAT
DI PUSKESMAS CUKIR KABUPATEN JOMBANG**

Disusun Oleh:

Nadhifa Aulia Arnesya 101611233049

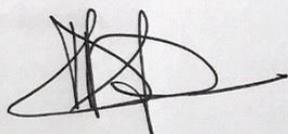
Yulianti Wulansari 101611233050

Nurul Fitriyah 101611233051

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Program Studi,

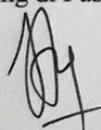
Desember 2019



Dominikus Raditya Atmaka, S.Gz, M.P.H
NIP.199206182019031018

Pembimbing di Puskesmas

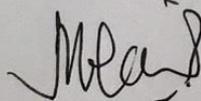
Desember 2019



Vika Reviana Widodo, S.Gz
NIP. 199102242015052001

Mengetahui,
Koordinator Program Studi Gizi

Desember 2019



Lailatul Muniroh, SKM, M.Kes
NIP. 198005252005012004

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa sehingga Laporan Pelaksanaan Magang Bidang Gizi Masyarakat di Puskesmas Cukir ini dapat diselesaikan tepat waktu. Laporan ini ditujukan sebagai syarat akademik di Program Studi S1 Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Kegiatan ini bertujuan untuk memperkaya *soft* dan *hard skill* mahasiswa, serta dijadikan wadah sebagai implementasi teori yang dipelajari pada kegiatan belajar mengajar di kelas.

Penulis berterimakasih banyak kepada semua pihak yang membimbing dan membantu dalam proses penyusunan laporan ini. Penulis menyadari masih terdapat kesalahan di dalam laporan sehingga penulis mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari berbagai pihak. Harapannya, laporan ini dapat dijadikan sebagai referensi dan bahan analisis serta evaluasi oleh instansi terkait dalam rangka pembaharuan dan peningkatan mutu pelayanan.

Jombang, 9 November 2019

Penulis

Daftar Isi	
Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Gambar	iii
Daftar Tabel	iv
BAB I Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
1.3 Manfaat	2
BAB II Tinjauan Pustaka	4
2.1 Puskesmas	4
2.2 Program Gizi	6
2.3 Metode Analisis Situasi Masalah	11
2.4 Metode Penentuan Prioritas Masalah	11
2.5 Metode Alternatif Pemecahan Masalah	Error! Bookmark not defined.
BAB III Metode Pelaksanaan	15
3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang	15
3.2 Peserta Kegiatan	15
3.3 Metode Pengumpulan Data	15
3.4 Matriks Pelaksanaan Magang	17
BAB IV Hasil dan Pembahasan	21
4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang	21
4.2 Gambaran Umum Puskesmas Cukir	21
4.3 Analisis Situasi	28
4.4 Identifikasi Masalah	32
4.5 Penentuan Prioritas Masalah	35
4.6 Analisis Sumber Daya dan Stakeholder	36
4.7 Analisis SWOT	39
4.8 Program Gizi Puskesmas	39
4.9 Analisis Efektivitas, Efisiensi, dan Keberlanjutan Program	55
4.10 Rencana Tindak Lanjut	57
BAB V Penutup	59
5.1 Kesimpulan	59
5.2 Saran	59
DAFTAR PUSTAKA	61
Lampiran	62

Daftar Gambar

Gambar 1 Denah ruang gizi Puskesmas Cukir	27
Gambar 2 Peta administrasi Kecamatan Diwek, Kabupaten Jombang	29
Gambar 3 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Cukir.....	29
Gambar 4 Jumlah penduduk di Kecamatan Diwek.....	7
Gambar 5 Gambaran penduduk menurut jenis pekerjaan	8
Gambar 6 Gambaran keluarga prasejahtera dan sejahtera wilayah kerja Puskesmas Cukir	8
Gambar 7 Cakupan Pemberian TTD Ibu Hamil	57

Daftar Tabel

Tabel 1 Target pelaksanaan Pembinaan Perbaikan Gizi Masyarakat Tahun 2015-2019.....	11
Tabel 2 Waktu pelaksanaan magang.....	15
Tabel 3 Peserta kegiatan magang.....	15
Tabel 4 Matriks pelaksanaan magang	20
Tabel 5 Gambar struktur organisasi Puskesmas Cukir	23
Tabel 6 Daftar ketenagakerjaan Puskesmas Cukir.....	24
Tabel 7 Jenis pelayanan gizi.....	25
Tabel 8 Perbandingan capaian program dengan target standar pelayanan minimal.....	25
Tabel 9 Jadwal kegiatan Puskesmas Cukir 2018	27
Tabel 10 Jenis sarana dan prasarana pelayanan gizi	28
Tabel 11 Daftar Fasilitas Kesehatan Masyarakat	9
Tabel 12 Penentuan prioritas permasalahan	9
Tabel 13 Anggaran Puskesmas Cukir tahun 2018	36
Tabel 14 Kegiatan pokok dan rincian kegiatan penyuluhan	43
Tabel 15 Rincian kegiatan pembinaan kader posyandu	48
Tabel 16 Jumlah posyandu dan kader di wilayah kerja Puskesmas Cukir.....	48
Tabel 17 Cakupan SKDNT Bulan Januari-Oktober 2019.....	50
Tabel 18 Persentase Pemberian Makanan Tambahan Balita.....	56
Tabel 19 Persentase Pemberian Makanan Tambahan Ibu Hamil KEK	56
Tabel 20 Cakupan Pemberian Vitamin A pada Bayi dan Balita	58

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada tahun 2019, *World Bank* mempublikasikan daftar peringkat *Human Capital Index* (HCI) negara di seluruh belahan dunia. Indonesia, yang menjadi salah satu partisipan, menempati urutan ke-87 dari 157 negara dengan skor indeks modal manusia sebesar 0,53. Artinya, anak-anak Indonesia yang lahir saat ini, pada 18 tahun kemudian, hanya akan mencapai tingkat produktivitas sebesar 53% dari potensi produktivitas maksimumnya. Investasi pada *human capital* perlu dijadikan urgensi sebab peningkatan produktivitas masyarakat dapat mendukung pertumbuhan pembangunan ekonomi negara secara berkelanjutan. Untuk memaksimalkan potensi dan produktivitas masyarakat maka pemerintah perlu merancang agenda akselerasi peningkatan derajat kesehatan, terutama yang menyangkut pada pertumbuhan anak serta aksesibilitas masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Daerah Kabupaten Jombang, permasalahan kesehatan yang dijadikan isu strategis adalah tingginya kematian Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), rendahnya pengendalian terhadap penyakit infeksi, serta meningkatnya tren penyakit degeneratif (diabetes, penyakit jantung koroner, dan kanker). Pada pelaksanaan pemberantasan permasalahan kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang dibantu oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat 1, yaitu puskesmas, untuk membuat program kerja yang menasar pada permasalahan kesehatan yang terdapat di masing-masing wilayah kerja.

Permasalahan gizi yang ditemukan paling banyak di wilayah kerja Puskesmas Cukir adalah rendahnya cakupan ASI eksklusif, tingginya prevalensi balita dengan pertumbuhan di bawah garis merah (BGM) serta lansia yang hipertensi. Kurangnya pengetahuan mengenai gizi disinyalir menjadi salah satu penyebab kedua permasalahan tersebut. Hal ini dapat dilihat dari capaian Angka Partisipasi Murni (APM) di tiap jenjang pendidikan di kecamatan yang tidak berdekatan dengan wilayah perkotaan cenderung lebih rendah dibandingkan dengan kecamatan yang berdekatan dengan wilayah perkotaan. Selain itu, ketiga permasalahan tersebut juga dapat disebabkan karena faktor sosial ekonomi. Data dari Badan Pusat Statistik (2018) menggambarkan bahwa terdapat 1983 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga prasejahtera (KPS) dan terdapat 4824 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga sejahtera I (KSI). Keluarga pra-sejahtera dan sejahtera I digolongkan ke dalam keluarga miskin. Faktor pendidikan serta sosial-ekonomi merupakan akar permasalahan kesehatan, terutama gizi.

Dalam mengimplementasikan program kesehatan maka diperlukan sinergitas antara pelaksana program serta *stakeholder*, serta lintas sektor yang saling terintegrasi secara efektif. Magang merupakan salah satu wadah untuk menganalisis dan mengeksplorasi segala potensi pada institusi mitra, sehingga diharapkan melalui kegiatan magang, peserta dapat melakukan optimalisasi program baik yang bersifat promotif, preventif, rehabilitative, maupun kuratif yang diimplementasikan. Selain itu, harapannya mahasiswa dapat menggali pengalaman dan kemampuan, serta kompetensi yang dibutuhkan untuk bekerja.

1.2 Tujuan

1.) Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman, keterampilan, penyesuaian sikap, dan penghayatan pengetahuan di dunia kerja, serta melatih kemampuan bekerja sama dengan orang lain dalam satu tim sehingga diperoleh manfaat bersama.

2.) Tujuan Khusus

- a. Mempelajari perencanaan program penanggulangan masalah gizi, mulai dari analisis masalah, penentuan prioritas, hingga menyusun solusi di wilayah kerja Puskesmas Cukir
- b. Melaksanakan program gizi di Puskesmas Cukir Kabupaten Jombang
- c. Menganalisis metode monitoring dan evaluasi dari program gizi yang diimplementasikan di wilayah kerja Puskesmas Cukir Kabupaten Jombang

1.3 Manfaat

1.) Bagi Mahasiswa

- a. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan analisis situasi permasalahan gizi, prioritas masalah, dan penyusunan alternatif solusi
- b. Meningkatkan kemampuan *hardskill* dan *softskill* sebagai bekal untuk terjun di dunia kerja gizi masyarakat.
- c. Menciptakan kepekaan serta mengasah dan menstimulasi kreativitas untuk melakukan *problem solving* pada *setting* komunitas
- d. Menerapkan asas-asas pengabdian masyarakat melalui implementasi program pemberdayaan kesehatan masyarakat

2.) Bagi Institusi Puskesmas

- a. Terciptanya keterikatan dan keselarasan antara perguruan tinggi dengan Puskesmas Cukir.
- b. Terbukanya peluang untuk memperoleh pengalaman praktis pekerjaan bidang gizi bagi mahasiswa

- c. Menambah sumber daya untuk membantu dalam melaksanakan tugas-tugas atau program yang terkait dengan gizi yang ada di Puskesmas Cukir sesuai dengan teori dan keilmuan yang telah dipelajari
- d. Laporan magang dapat dijadikan sebagai referensi bahan analisis serta evaluasi terhadap program yang diimplementasikan di Puskesmas Cukir, Kabupaten Jombang
- e. Rencana program yang dicanangkan dan diajukan oleh mahasiswa dapat dijadikan alternatif pemecahan permasalahan gizi di Puskesmas Cukir, Kabupaten Jombang

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

Dalam rangka melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, Pemerintah Indonesia bersinergi untuk melakukan optimalisasi upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan melalui fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu Puskesmas. Fasilitas pelayanan kesehatan sendiri apabila merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 44 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat didefinisikan sebagai suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Menurut Departemen Kesehatan (2004), Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab melakukan pembangunan kesehatan di wilayah kerja. Dengan demikian, tujuan utama penyelenggaraan Puskesmas adalah melakukan upaya penyehatan masyarakat melalui pendekatan yang strategis, tepat sasaran, dan tepat guna. Pendekatan-pendekatan ini perlu mengacu pada prinsip penyelenggaraan Puskesmas yang di antaranya adalah (PMK No. 44 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat).

1. Paradigma Sehat

Dalam hal ini, Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2. Pertanggungjawaban Wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

3. Kemandirian Masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

4. Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

5. Teknologi Tepat Guna

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

6. Keterpaduan dan Kestinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Fungsi Puskesmas secara umum antara lain melakukan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Upaya kesehatan masyarakat di antaranya adalah upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat perkembangan. Upaya kesehatan masyarakat esensial yang harus dilakukan oleh Puskesmas adalah (a) pelayanan promosi kesehatan; (b) pelayanan kesehatan lingkungan; (c) pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana; (d) pelayanan gizi; dan (e) pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Dalam melaksanakan fungsi upaya kesehatan masyarakat, Puskesmas memiliki wewenang sebagai berikut.

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Sedangkan upaya kesehatan perseorangan dilaksanakan dalam bentuk (a) rawat jalan; (b) pelayanan gawat darurat; (c) pelayanan satu hari (*one day care*); (d) *home care*; dan/atau (e) rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Upaya kesehatan

perseorangan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional dan standar pelayanan. Untuk melakukan upaya kesehatan perorangan, Puskesmas memiliki wewenang sebagai berikut.

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- e. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- f. Melaksanakan rekam medis;
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;
- h. Melaksanakan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan;
- i. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan

2.2 Program Gizi

Rencana Strategis (Renstra) periode 2020-2024 yang diusung Kementerian Kesehatan (Kemenkes) berupaya untuk mendongkrak dan menginvestasikan *Human Capital Index* (HCI) Indonesia agar masyarakat dapat memiliki daya produktivitas yang lebih besar secara ekonomi dan sosial. Pembangunan indeks modal manusia yang optimal membutuhkan pendekatan dari bidang pendidikan dan kesehatan. Pendekatan dari bidang kesehatan salah satunya adalah mengupayakan peningkatan derajat kesehatan melalui beberapa indikator yang di antaranya adalah akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja, usia reproduksi dan lanjut usia, status gizi pada balita, penurunan *stunting* dan *wasting*, serta perubahan perbaikan pada akses sanitasi dan air bersih.

Untuk mencapai indikator derajat kesehatan masyarakat, Pemerintah berupaya menciptakan berbagai program kesehatan yang dilaksanakan dari tingkat kabupaten/kota, provinsi hingga nasional. Program adalah sepaket proyek yang berkaitan yang dikoordinasikan

dengan jalan tertentu untuk mencapai manfaat dari tiap proyek dan juga mengatur hal tertentu yang tidak dapat dilakukan hanya dalam satu proyek (PMI, 2006). Keberhasilan program dapat ditentukan dari perencanaan program yang spesifik dan tepat sasaran. Perencanaan program dapat menggunakan metode *Logical Framework Analysis* (LFA). Terdapat empat langkah perencanaan program menurut LFA yang di antaranya adalah analisis situasi, analisis masalah/strategi, matriks kegiatan, dan rencana pelaksanaan. Berikut ini merupakan sasaran kegiatan penanggulangan permasalahan gizi di masyarakat yang dicanangkan oleh Departemen Kesehatan dalam Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2015-2019.

1. Ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan

A. Definisi Operasional

Ibu hamil dengan ukuran lingkaran lengan atas (LiLA) $< 23,5$ cm yang mendapat makanan tambahan dalam bentuk pabrikan atau bahan pangan lokal yang diberikan minimal selama 90 Hari Makan Ibu (HMI) secara berturut-turut.

B. Formula / Cara Perhitungan

Jumlah ibu hamil KEK yang mendapatkan makanan tambahan dibagi jumlah ibu hamil KEK yang ada di suatu wilayah pada periode tertentu dikali dengan 100%.

C. Sumber Data Laporan Monitoring Puskesmas

LB3 gizi/laporan PGZ, kohort ANC, formulir pencatatan pemberian makanan tambahan ibu hamil kurang energi kronik (KEK).

D. Waktu Pelaporan

Setiap satu bulan sekali.

E. Penanggung Jawab

Petugas gizi dan bidan desa

F. Mekanisme Pelaporan

Formulir pencatatan pemberian makanan tambahan ibu hamil kurang energi kronik (KEK).

2. Ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)

A. Definisi Operasional

Ibu hamil yang mendapat tablet yang mengandung Fe dan asam folat, baik yang berasal dari program (tablet yang mengandung 60 mg elemental besi dan 0.25 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara gratis pada ibu hamil) maupun mandiri (tablet multivitamin dan mineral, minimal mengandung elemental besi dan asam folat yang diperoleh secara mandiri sesuai dengan anjuran) yang diberikan minimal 90 tablet selama masa kehamilan (setiap bulannya mendapat 10 Tablet Tambah Darah).

- B. Formula / Cara Perhitungan
Jumlah ibu hamil yang mendapat minimal 90 TTD dibagi jumlah sasaran ibu hamil yang ada di satu wilayah pada periode tertentu dikali dengan 100%.
- C. Sumber Data Laporan Monitoring Puskesmas
Kartu ibu, Kohort *Antenatal Care* (Kohort Ibu), dan Buku KIA.
- D. Waktu Pelaporan
Setiap satu bulan sekali.
- E. Penanggung Jawab
Petugas gizi dan bidan desa
- F. Mekanisme Pelaporan
Formulir monitoring bulanan ibu selama hamil dan jumlah TTD yang diterima serta formulir pelaporan, mekanisme pelaporan melalui laporan LB3 Gizi/laporan PGZ.
3. Persentase bayi baru lahir yang mendapat IMD
- A. Definisi Operasional
Proses inisiasi dimulai dari bayi baru lahir diletakkan segera setelah lahir dengan posisi tengkurap di dada atau perut ibu minimal 1 jam sehingga kulit bayi melekat pada kulit ibu.
- B. Formula / Cara Perhitungan
Jumlah bayi baru lahir yang mendapat IMD dibagi Jumlah bayi baru lahir di suatu wilayah pada periode tertentu dikali dengan 100%.
- C. Sumber Data: buku KIA, kohort bayi, laporan IMD RS, puskesmas rawat inap, bidan praktik mandiri, kohort ibu.
- D. Waktu Pelaporan
Setiap 1 bulan dihitung secara kumulatif setahun.
- E. Penanggung Jawab
Petugas Gizi dan bidan desa
- F. Mekanisme Pelaporan
Laporan bulanan kesehatan bayi dengan tingkat frekuensi pengamatan sebulan sekali.
4. Bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif
- A. Definisi Operasional
Bayi yang mencapai umur 5 bulan 29 hari yang mendapat ASI (Air Susu Ibu) tanpa diberikan makanan lain / pendamping pada bayi selama 6 bulan dan dicatat melalui register pencatatan/Buku KIA/KMS (Kartu Menuju Sehat).
- B. Formula / Cara Perhitungan

Jumlah bayi yang mencapai umur 5 bulan 29 hari mendapat ASI Eksklusif selama 6 bulan dibagi Jumlah seluruh bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari yang datang dan tercatat dalam register pencatatan/Buku KIA/KMS di suatu wilayah pada periode tertentu dikali dengan 100%.

C. Sumber Data

Kohort bayi, laporan PGZ, dan SP2TP/ LB 3.

D. Waktu Pelaporan

Setiap 6 bulan (Februari dan Agustus).

E. Penanggung Jawab

Petugas Gizi

F. Mekanisme Pelaporan

Form ASI Eksklusif diisi setiap bulannya bersamaan dengan penimbangan di Posyandu dan dikirim ke SiGizi Kab/Kota.

5. Balita kurus yang mendapat makanan tambahan

A. Definisi Operasional

Anak usia 6 sampai dengan 59 bulan 29 hari dengan status gizi kurus (BB/PB atau BB/TB -3 SD sampai dengan < -2 SD) yang mendapat tambahan asupan zat gizi di luar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan 40 pabrikan yang diberikan minimal selama 90 hari secara berturut-turut.

B. Formula / Cara Perhitungan

Jumlah anak usia 6 sampai dengan 59 bulan 29 hari dengan status gizi kurus (BB/PB atau BB/TB -3 SD sampai dengan < -2 SD) yang mendapat makanan tambahan selama 90 hari dibagi Jumlah anak usia 6 sampai dengan 59 bulan 29 hari dengan status gizi kurus pada periode dan wilayah tertentu dikali dengan 100%.

C. Sumber Data

Data hasil laporan pengiriman MP-ASI dari pusat, provinsi ke kabupaten serta kabupaten ke puskesmas.

D. Waktu Pelaporan

Setiap satu bulan sekali.

E. Penanggung Jawab

Petugas Gizi Puskesmas

F. Mekanisme Pelaporan

Data diperoleh Dari laporan LB3 Gizi/PGZ dengan frekuensi pengamatan sebulan sekali dengan data yang dikumpulkan:

a. Jumlah seluruh balita kurus yang ada di wilayah tertentu pada bulan ini; dan

b. Jumlah kasus balita kurus yang telah ditemukan dan diberikan makanan

6. Remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)

A. Definisi Operasional

Remaja putri yang berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SLTP dan SLTA / sederajat yang mendapat tablet yang mengandung Fe dan asam folat, baik yang berasal dari program (tablet yang mengandung 60 mg elemental besi dan 0.25 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara gratis pada remaja putri) maupun mandiri (tablet multivitamin dan mineral, minimal 41 mengandung elemental besi dan asam folat yang diperoleh secara mandiri sesuai dengan anjuran) minimal 13 tablet setiap bulan (1 tablet setiap minggu dan 1 tablet setiap hari selama 10 hari masa haid, minimal 4 bulan).

B. Formula / Cara Perhitungan

Jumlah remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 13 butir dalam sebulan dibagi Jumlah remaja putri di suatu wilayah pada periode tertentu dikali 100%.

C. Sumber Data

Laporan Monitoring Puskesmas, LB3 SP2TP, serta laporan UKS termasuk laporan TTD mandiri.

D. Waktu Pelaporan

Setiap 6 bulan sekali.

E. Penanggung Jawab

Petugas Gizi Puskesmas

F. Mekanisme Pelaporan Data diperoleh secara online dengan frekuensi pengamatan sebulan sekali dengan data yang dikumpulkan:

- a. Jumlah remaja putri 12-18 tahun yang bersekolah di SLTP dan SLTA yang ada di wilayah tertentu; dan
- b. Jumlah remaja putri yang mendapat TTD.

Indikator yang digunakan untuk mengukur capaian target pelaksanaan kegiatan Pembinaan Perbaikan Gizi Masyarakat Tahun 2015-2019 adalah sebagai berikut.

Sasaran	Indikator	Target				
		2015	2016	2017	2018	2019
Meningkatnya pelayanan	Persentase ibu hamil KEK yang mendapatkan makanan	13%	50%	65%	80%	95%

gizi masyarakat	tambahan					
	Persentase ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah (TTD)	82%	85%	90%	95%	98%
	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif	39%	42%	44%	47%	50%
	Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusui Dini (IMD)	38%	41%	44%	47%	50%
	Persentase balita kurus yang mendapatkan makanan tambahan	70%	75%	80%	85%	90%
	Persentase remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	10%	15%	20%	25%	30%
Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan bayi, anak, dan remaja	Persentase kunjungan neonatal permata (KN1)	75%	78%	81%	85%	90%
	Persentase puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 1	50%	55%	60%	65%	70%
	Persentase puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 7 dan 10	30%	40%	50%	55%	60%
	Persentase puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja	25%	30%	35%	40%	45%
Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi	Persentase puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil	78%	81%	84%	87%	90%
	Persentase puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	77%	83%	88%	95%	100%
	Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali (K4)	72%	74%	76%	78%	80%

Tabel 1 Target pelaksanaan kegiatan Pembinaan Perbaikan Gizi Masyarakat Tahun 2015-2019

2.3 Analisis Situasi Masalah

Analisis situasi merupakan tahap pengumpulan data yang ditempuh sebelum merancang dan merencanakan program. Analisis situasi bertujuan untuk mengumpulkan informasi mencakup jenis dan bentuk kegiatan, pihak atau publik yang terlibat, tindakan dan strategi yang akan diambil, taktik, serta anggaran biaya yang diperlukan dalam melaksanakan program. Tujuan analisis situasi adalah untuk mengumpulkan informasi sebanyak mungkin tentang

kondisi kesehatan yang akan berguna untuk menentukan permasalahan dari daerah atau kelompok tersebut, sehingga dapat digunakan untuk merencanakan sebuah program.

Analisis situasi juga dapat digunakan dalam bidang kesehatan. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan informasi sebanyak mungkin tentang kondisi kesehatan yang akan berguna untuk menentukan permasalahan dari daerah atau kelompok tersebut, sehingga dapat digunakan untuk merencanakan sebuah program. Dapat dijelaskan bahwa tujuan dari analisis situasi adalah sebagai berikut.

1. Memahami masalah kesehatan secara jelas dan spesifik
2. Mempermudah penentuan prioritas

Menurut HL. Blum, terdapat empat aspek penting dalam analisis situasi yang diantaranya adalah.

1. Analisis Derajat (Masalah Kesehatan)

Analisa derajat kesehatan akan menjelaskan masalah kesehatan apa yang dihadapi. Analisis ini akan menghasilkan ukuran-ukuran derajat kesehatan secara kuantitatif, penyebaran masalah menurut kelompok umur penduduk, menurut tempat, dan waktu. Untuk menilai suatu kondisi digunakan indikator-indikator yang merupakan kesepakatan mengenai kuantifikasi fenomena kesehatan yang terjadi di masyarakat. Indikator keadaan kesehatan dapat dibandingkan dengan standar pelayanan kesehatan, cakupan, target program kesehatan di daerahnya (puskesmas, kabupaten, provinsi, dan nasional), atau dibandingkan dengan daerah lain serta dapat dianalisis kecenderungan kejadian dari waktu ke waktu.

2. Analisis Perilaku kesehatan

Terdapat dua paradigma dalam kesehatan yaitu paradigma sakit dan paradigma sehat. Paradigm sakit adalah paradigma yang menitikberatkan pada aspek kuratif dan rehabilitatif yang khusus dilakukan oleh rumah sakit, sedangkan paradigma sehat adalah paradigma yang menitikberatkan pada aspek promotive dan preventif, dan berpandangan bahwa tindakan pencegahan itu lebih baik dan lebih murah dibandingkan pengobatan.

Sumber data dan informasi tentang analisis perilaku kesehatan ini terdapat pada data susenas, SKRT, dan lain sebagainya. Selain itu, data dapat dicari secara kualitatif melalui wawancara dan observasi langsung kepada masyarakat. Analisis ini memberikan gambaran tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat sehubungan dengan kesehatan maupun upaya kesehatan.

3. Analisis Lingkungan Kesehatan

Aspek lingkungan adalah faktor yang memiliki pengaruh yang paling besar terhadap derajat kesehatan. Secara spesifik aspek lingkungan yang berhubungan dengan kesehatan

dapat digolongkan menjadi tiga yaitu aspek lingkungan fisik, biologis, dan lingkungan sosial ekonomi. Lingkungan fisik dapat berupa suhu, cuaca, manusia, pemandangan, suara, bau, dan lain sebagainya. Lingkungan biologis terdiri atas beberapa komponen yang diantaranya adalah sanitasi, kuman penyakit, dan vektor. Indikator lingkungan biologis terdiri atas akses terhadap air bersih, jumlah jamban dan keberadaan pembuangan sampah, serta keberadaan vektor penyakit. Terakhir, lingkungan sosial ekonomi yang berisi data tingkat ekonomi sosial masyarakat dapat dijadikan indikator dari kemampuan masyarakat untuk ikut mendapatkan pelayanan kesehatan yang tepat.

4. Analisis Faktor Hereditas dan Kependudukan

Analisis faktor hereditas dan kependudukan menggunakan data ukuran demografis karena permasalahan kesehatan bersifat multifaktoran.

2.4 Metode Penentuan Prioritas Masalah

Pembangunan kesehatan tidak terlepas dari masalah keterbatasan sumberdaya seperti sumber daya manusia, sarana dan dana. Oleh karena itu, dalam menyiapkan kegiatan yang akan dilakukan pada tahap perencanaan awal kegiatan untuk kegiatan penanggulangan masalah kesehatan perlu dilakukan prioritas untuk menjawab masalah kesehatan atau penyakit apa yang perlu diutamakan/diprioritaskan dalam program kesehatan. Selanjutnya apabila sudah didapatkan masalah kesehatan atau jenis penyakit yang diprioritaskan untuk ditanggulangi maka pertanyaan berikutnya jenis/bentuk intervensi apa yang perlu diutamakan/diprioritaskan agar program yang dilakukan dapat dicapai secara efektif dan efisien.

Penentuan prioritas masalah perlu dilakukan karena tidak semua masalah kesehatan akan mampu diatasi oleh Puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kabupaten. Untuk itu perlu dilakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan salah satu dari berbagai cara yang biasanya digunakan diantaranya Metoda Matematik, Metoda Delbeque, Metoda Delphi, dan Metoda estimasi beban kerugian akibat sakit (*disease burden*).

Metode yang digunakan dalam penentuan prioritas masalah pada laporan ini adalah metode matematik, metode ini dikenal juga sebagai metoda PAHO yaitu akronim dari *Pan American Health Organization*, karena digunakan dan dikembangkan di wilayah Amerika Latin. Dalam metode ini dipergunakan beberapa kriteria untuk menentukan prioritas masalah kesehatan disuatu wilayah berdasarkan luasnya masalah (*magnitude*), beratnya dampak yang timbul (*severity*), tersedianya sumberdaya untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut (*vulnerability*), serta ketersediaannya (*affordability*).

Dalam penerapan metoda ini untuk prioritas masalah kesehatan, maka masing-masing kriteria tersebut diberi skor dengan nilai ordinal, misalnya antara angka 1 menyatakan terendah sampai angka 5 menyatakan tertinggi, Pemberian skor ini dilakukan oleh *panel expert* yang memahami masalah kesehatan dalam forum curah pendapat (*brain storming*). Setelah diberi skor, masing-masing penyakit dihitung nilai skor akhirnya yaitu perkalian antara nilai skor masing-masing kriteria untuk penyakit tersebut. Perkalian ini dilakukan agar perbedaan nilai skor akhir antara masalah menjadi sangat kontras, sehingga terhindar keraguan manakala perbedaan skor tersebut terlalu tipis

BAB III

METODE PELAKSANAAN

3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang

3.1.1 Lokasi Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang masyarakat dilakukan di Puskesmas Cukir yang berlokasi di Jalan Mojowarno No. 9 Kecamatan Diwek, Kabupaten Jombang, Jawa Timur.

3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Adapun waktu pelaksanaan magang dilakukan selama 4 (empat) minggu dengan rincian kegiatan sebagai berikut.

Waktu Pelaksanaan	Jenis Kegiatan
26 Agustus 2019	Pembekalan magang masyarakat
21 Oktober-1 November 2019	Penyusunan proposal magang masyarakat
1 November 2019	Pembukaan resmi magang masyarakat bersama Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang
4 November 2019	Orientasi mengenai Permasalahan dan Program Gizi Dinas Kesehatan Kab. Jombang
5 November-3 Desember 2019	Pelaksanaan magang puskesmas
4-9 Desember 2019	Penyusunan laporan magang dan seminar hasil magang masyarakat

Tabel 2 Waktu pelaksanaan magang

3.2 Peserta Kegiatan

Kegiatan magang masyarakat di Puskesmas Cukir Kabupaten Jombang diikuti oleh sejumlah tiga orang yang diantaranya adalah

Nama Mahasiswa	NIM
Nadhifa Aulia	101611233049
Yulianti Wulansari	101611233050
Nurul Fitriyah	101611233051

Tabel 3 Peserta kegiatan magang

3.3 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan beberapa cara yang diantaranya adalah.

1. Observasi

Kegiatan ini berupa pengamatan secara langsung terhadap proses yang relevan dan berkaitan langsung dengan tujuan kegiatan magang masyarakat di Puskesmas Cukir.

2. Wawancara

Kegiatan ini berupa pengajuan pertanyaan-pertanyaan kepada narasumber yang kredibel yang dibutuhkan sebagai data kualitatif penunjang untuk penyusunan laporan magang masyarakat di Puskesmas Cukir.

3. Wawancara Mendalam (*In-depth Interview*)

Kegiatan ini berupa pengajuan pertanyaan-pertanyaan secara mendalam yang bertujuan untuk menggali suatu masalah atau informasi yang detail yang terjadi pada suatu fenomena tertentu yang relevan dan dapat dijadikan sebagai data penunjang kualitatif untuk penyusunan laporan magang.

4. Praktik

Kegiatan ini berupa pelaksanaan tugas yang dapat menunjang pengayaan keterampilan kerja mahasiswa, yang terdiri atas penyuluhan, edukasi, pemberian konseling, serta pelaksanaan program gizi.

5. Diskusi atau *Focus Group Discussion* (FGD)

Diskusi dilakukan dengan cara berinteraksi antara kelompok magang dengan pimpinan maupun pegawai puskesmas atau dengan kelompok masyarakat tertentu dengan topik yang relevan dan berkaitan langsung dengan tujuan pelaksanaan magang masyarakat

6. Studi Literatur

Kegiatan ini merupakan literasi referensi yang relevan, kredibel, dan dikarang oleh penulis yang memiliki akuntabilitas yang tinggi sehingga informasi yang diperoleh dapat dipertanggungjawabkan. Kegiatan ini bertujuan untuk mendukung dan dijadikan sebagai landasan teori dalam penyusunan laporan akhir kegiatan magang masyarakat.

3.4 Matriks Pelaksanaan Magang

Waktu Pelaksanaan	Kegiatan	Metode
5 November 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasi dan pengenalan lingkungan di Puskesmas Cukir 2. Penjelasan dan pembagian tugas pokok kepada mahasiswa selama melaksanakan magang 	Observasi dan wawancara
6 November 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penggalian masalah gizi yang dijadikan sebagai prioritas utama serta determinan dan faktor risiko di Puskesmas Cukir 2. Penggalian program gizi yang diimplementasikan oleh Puskesmas Cukir 	Diskusi dan wawancara
7 November 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempelajari data program gizi dan capaian program gizi Puskesmas 2. Mengevaluasi program gizi Puskesmas 3. Menyusun prioritas masalah di wilayah kerja Puskesmas Cukir 4. Menentukan dan menyusun alternatif pemecahan masalah dan perencanaan program dan rencana kegiatan program dan rencana pembuatan media 	Wawancara, diskusi, dan studi literatur
8 November 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementasi Program 1: Mengikuti pendampingan dan penyuluhan di kelas ibu hamil bersama bidan desa 2. Implementasi Program 2: Melakukan metaplan yang berkaitan dengan Berat Badan (BB) di Bawah Garis Merah (BGM) 	Praktik dan partisipasi aktif
11 November 2019	Pengenalan aplikasi e-PPGBM dan meng- <i>input</i> data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM	Praktik dan partisipasi aktif
12 November 2019	Memberikan konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care Puskesmas	Praktik dan partisipasi aktif
13 November 2019	Membantu pengukuran antropometri (berat badan, panjang badan, dan tinggi badan) balita di Posyandu Desa Cukir 1	Praktik dan partisipasi aktif
14 November 2019	Memberikan konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care Puskesmas	Praktik
15 November 2019	Implementasi Program 1: Penyuluhan emo-demo bertajuk “ASI Saja Cukup” di Kelas Ibu Hamil Desa Jatirejo dan pemberian edukasi gizi	Praktik dan partisipasi aktif

Waktu Pelaksanaan	Kegiatan	Metode
	tentang pentingnya pemberian ASI kepada ibu hamil	
16 November 2019	Implementasi Program 3: Memberikan konseling kepada lansia di Balai Desa Puton dan melakukan <i>home visit</i> kepada lansia yang tidak dapat hadir di Balai Desa	Praktik dan partisipasi aktif
18 November 2019	Meng- <i>input</i> data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM	Praktik dan partisipasi aktif
19 November 2019	Implementasi Program 1: Penyuluhan emo-demo bertajuk “ASI Saja Cukup” di Kelas Ibu Hamil Desa Bandung dan pemberian edukasi gizi tentang pentingnya pemberian ASI kepada ibu hamil	Praktik dan partisipasi aktif
20 November 2019	Pemberian konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care Puskesmas Pemberian konseling gizi kepada pasien rawat jalan rujukan dokter	Praktik dan partisipasi aktif
21 November 2019	Meng- <i>input</i> data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM Pemberian konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care Puskesmas Pemberian konseling gizi kepada pasien rawat jalan rujukan dokter	Praktik dan partisipasi aktif
22 November 2019	Meng- <i>input</i> data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM Pemberian konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care (ANC) dan Post-natal Care (PNC) Terpadu Puskesmas Pemberian konseling gizi kepada pasien rawat jalan rujukan dokter	Praktik dan partisipasi aktif
23 November 2019	Implementasi Program 2: Melakukan <i>home visit</i> balita BGM	Praktik dan partisipasi aktif

Waktu Pelaksanaan	Kegiatan	Metode
25 November 2019	Meng- <i>input</i> data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM Pemberian konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care (ANC) dan Post-natal Care (PNC) Terpadu Puskesmas Pemberian konseling gizi kepada pasien rawat jalan rujukan dokter	Praktik dan partisipasi aktif
26 November 2019	Implementasi Program 2: Melakukan <i>home visit</i> balita BGM	Praktik dan partisipasi aktif
27 November 2019	Meng- <i>input</i> data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM Pemberian konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care (ANC) dan Post-natal Care (PNC) Terpadu Puskesmas Pemberian konseling gizi kepada pasien rawat jalan rujukan dokter	Praktik dan partisipasi aktif
28 November 2019	Implementasi Program 2: Melakukan <i>home visit</i> balita BGM	Praktik dan partisipasi aktif
29 November 2019	Meng- <i>input</i> data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM Pemberian konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care (ANC) dan Post-natal Care (PNC) Terpadu Puskesmas Pemberian konseling gizi kepada pasien rawat jalan rujukan dokter	Praktik dan partisipasi aktif
30 November 2019	Meng- <i>input</i> data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM Pemberian konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care (ANC) dan Post-natal Care (PNC) Terpadu Puskesmas Pemberian konseling gizi kepada pasien rawat jalan rujukan dokter	Praktik dan partisipasi aktif
2 Desember 2019	Melakukan penyuluhan mineral mix dan tablet tambah darah di Posyandu Dahlia Desa Puton 1, Posyandu Bulurejo 1, dan Posyandu Kayangan 1 Menyicil laporan pelaksanaan magang masyarakat puskesmas	Praktik dan partisipasi aktif

Waktu Pelaksanaan	Kegiatan	Metode
3 Desember 2019	Meng- <i>input</i> data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM Pemberian konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care (ANC) dan Post-natal Care (PNC) Terpadu Puskesmas Pemberian konseling gizi kepada pasien rawat jalan rujukan dokter	Praktik dan partisipasi aktif

Tabel 4 Matriks pelaksanaan magang

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 49 Tahun 2016, Dinas Kesehatan merupakan unsur pelaksana urusan pemerintah di bidang kesehatan yang menjadi kewenangan daerah. Gizi kesehatan masuk ke dalam penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat yang merupakan fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dalam melaksanakan fungsinya sebagai Unsur Pembantu Pemerintah, Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang memiliki visi yaitu “bersama mewujudkan jombang yang berkarakter dan berdaya saing” yang dicapai melalui misi yaitu mewujudkan masyarakat Jombang yang berkualitas, religus, dan berbudaya.

2.1.1 Kedudukan

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang berkedudukan sebagai unsur pelaksana Pemerintah Kabupaten Jombang.
2. Dinas Kesehatan dipimpin oleh seorang kepala yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah

4.2 Gambaran Umum Puskesmas Cukir

Puskesmas Cukir terletak di Jl. Raya Mojowarno No.9 Desa Cukir Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang, Provinsi Jawa Timur. Wilayah kerja Puskesmas Cukir sendiri meliputi sebelas desa yang di antaranya adalah Desa Kayangan, Puton, Bender, Bulurejo, Grogol, Jatirejo, Cukir, Ceweng, Bandung, Kedawong, Ngudirejo. Puskesmas ini berdiri pada tahun 1975 yang terakreditasi utama dan merupakan puskesmas induk yang memiliki fasilitas Unit Gawat Darurat (UGD) dan rawat inap berkapasitas 12 tempat tidur.

Selain itu, Puskesmas Cukir memiliki fasilitas pelayanan yang terdiri atas poli kesehatan ibu dan anak (KIA), poli Keluarga Berencana (KB), pemeriksaan darah, urin, imun-sero, dan kimia darah di laboratorium, penyuluhan dan konsultasi kesehatan remaja di klinik remaja, pelayanan persalinan di poli bersalin, pelayanan obgyn, penyuluhan dan konsultasi gizi di pojok gizi. Pelayanan rutin pojok gizi membawahi beberapa posyandu diantaranya 35 posyandu lansia, 10 posyandu madya, 47 posyandu purnama, dan 4 posyandu mandiri. Menurut Trihono (2015) dalam Nurhidayah (2017), fungsi puskesmas di antaranya adalah.

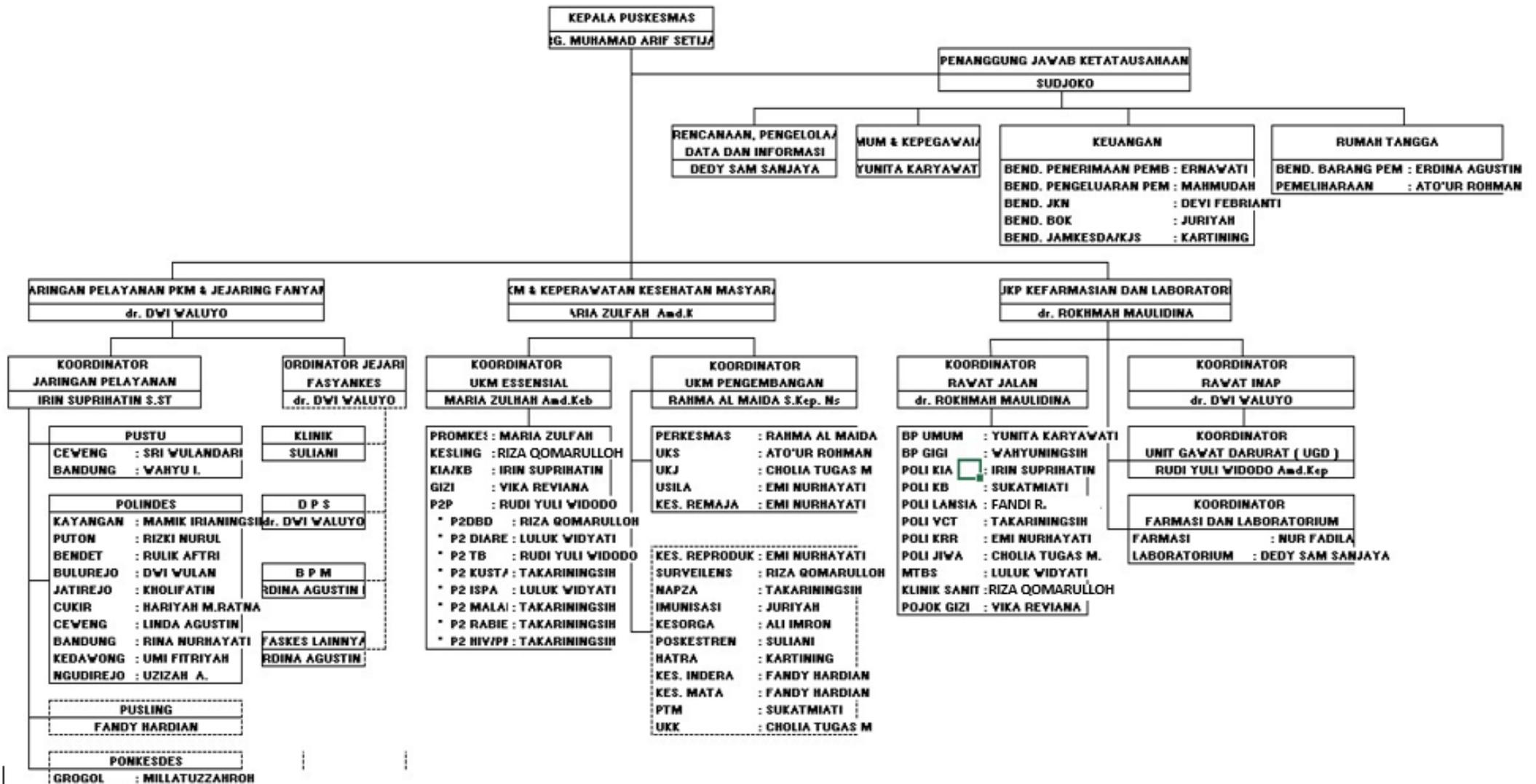
1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berarti puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan.
2. Di samping itu, puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya

3. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan

Puskesmas Cukir menerapkan tata nilai “PRIMA” yang merupakan akronim dari Peduli, Ramah, Inovatif, Manusiawi dan Akurat. Sejalan dengan visi pembangunan kesehatan Kabupaten Jombang, Puskesmas Cukir memiliki misi “Menjadi Puskesmas dengan pelayanan prima yang memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan terjangkau”. Untuk mendukung tercapainya visi tersebut maka Puskesmas Cukir memiliki misi sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar, memuaskan masyarakat dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.
2. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.
3. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi perorangan, keluarga dan masyarakat.
4. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan dan sektor lain agar sesuai dengan aspek kesehatan.
5. Mengembangkan sistem manajemen dan informasi kesehatan

4.2.1 Struktur Organisasi Puskesmas Cukir



Tabel 5 Gambar struktur organisasi Puskesmas Cukir

4.2.2 Ketenagakerjaan

Sumber Daya Manusia jumlah tenaga kerja yang dimiliki oleh Puskesmas Cukir sebanyak 86 orang dengan 38 orang PNS dan 48 orang tenaga non PNS.

No.	Ketenagaan	Tenaga PNS			Tenaga Non-PNS		
		L	P	Jumlah	L	P	Jumlah
1.	Medis						
	a. Dokter umum	2	1	3	-	-	-
	b. Dokter gigi	1	-	1	-	-	-
	c. Dokter spesialis	-	-	-	-	-	-
2.	Perawat						
	a. Perawat	5	6	11	1	13	14
	b. Perawat gigi	-	1	1	-	-	-
3.	Bidan						
	a. Bidan di Puskesmas	-	10	10	-	12	12
	b. Bidan di desa	-	9	9	-	2	2
4.	Farmasi						
	a. Asisten apoteker	-	1	1	-	1	1
	b. Apoteker	-	-	-	-	-	-
5.	Administrasi						
	a. Rekam medis	-	-	-	-	1	1
	b. Lain-lain	1	5	6	3	2	5
6.	Sanitarian	1	-	1	-	-	-
7.	Gizi	-	1	1	-	1	1
8.	Teknisi medis						
	a. Analis kesehatan	1	2	3	-	1	1
	b. Radiografer	-	-	-	-	-	-
	c. Teknisi elektromedis	-	-	-	-	-	-
	d. Teknisi gigi	-	-	-	-	-	-
9.	Keterampilan fisik						
	a. Fisioterapi	-	-	-	-	-	-
	b. Akupuntaris	-	-	-	-	-	-
	c. Terapi okupansi	-	-	-	-	-	-
10.	Non kesehatan						
	a. SD	-	-	-	-	-	-
	b. SMP	-	2	2	-	-	-
	c. SMA	-	7	7	-	12	12
	d. D1	-	-	-	-	-	-
	e. D3	-	27	27	-	30	30
	f. S1/D4	-	-	-	-	-	-
Jumlah		13	25	38	7	41	48

Tabel 6 Daftar ketenagakerjaan Puskesmas Cukir

4.2.3 Kegiatan Puskesmas

Terdapat dua jenis pelayanan gizi di Puskesmas Cukir yang di antaranya adalah pelayanan gizi di dalam gedung dan di luar gedung.

Ruang Lingkup Kegiatan	Jenis Pelayanan
Pelayanan gizi di dalam gedung	a. Pojok gizi

Ruang Lingkup Kegiatan	Jenis Pelayanan
Pelayanan gizi di luar gedung	b. Konseling ANC dan PNC Terpadu a. Edukasi/Pendidikan Gizi b. Pengelolaan pemantauan pertumbuhan di Posyandu c. Pengelolaan pemberian vitamin A d. Pengelolaan pemberian tablet tambah darah untuk ibu hamil dan ibu nifas e. Edukasi dalam rangka pencegahan anemia pada remaja putrid an WUS f. Pengelolaan MP-ASI dan PMT pemulihan g. Surveillance gizi h. Kerjasama lintas sektor dan lintas program

Tabel 7 Jenis pelayanan gizi

Setiap kegiatan pelayanan terdiri dari berbagai macam program dan target atau capaian. Berikut adalah kegiatan pelayanan Puskesmas Cukir beserta capaiannya pada tahun 2018.

No	Jenis Pelayanan Dasar dan SPM	Target	Capaian
A. Pelayanan Wajib			
1.	Pelayanan kesehatan ibu hamil	100%	105,56%
2.	Pelayanan kesehatan ibu bersalin	100%	112,25%
3.	Pelayanan kesehatan bayi baru lahir	100%	111,88%
4.	Pelayanan kesehatan balita	100%	102,24%
5.	Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar	100%	100%
6.	Pelayanan kesehatan pada usia lanjut	100%	99,90%
B. Perbaikan Gizi Masyarakat			
1.	Pemberian kapsul vitamin A anak usia 6-11 bulan	85%	97,58%
	Pemberian kapsul vitamin A anak usia 12-59	85%	87,51%
2.	Pemberian tablet tambah darah ibu hamil	90%	105,47%
3.	Pemberian ASI eksklusif	50%	73,76%
4.	Pemberian PMT-P pada balita kurus	85%	100%
5.	Ibu hamil KEK yang mendapatkan PMT pemulihan	65%	100%
6.	Cakupan balita gizi buruk mendapatkan perawatan sesuai standar tatalaksana gizi buruk	100%	100%

Tabel 8 Perbandingan capaian program dengan target standar pelayanan minimal

Berikut ini merupakan jadwal kegiatan Puskesmas Cukir tahun 2018.

No	Kegiatan	Bulan												Ket	P. Jawab	Petugas
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1.	Membuat POA/KAP	X												Setahun sekali	Pel. Gizi	Pel. Gizi
2.	Pemberian Fe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tiap bulan	Pel. Gizi	BDD
3.	PSG				X						X			Setahun dua kali	Pel. Gizi	Pel. Gizi
4.	Pemberian Vitamin A bayi dan balita		X						X					Setahun dua kali	Pel. Gizi	BDD
5.	Pemberian Vitamin A ibu nifas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tiap bulan	Pel. Gizi	BDD
6.	Screening sekolah								X					Setahun sekali	Pel. Gizi	BDD
7.	Konseling Gizi (Pojok Gizi)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tiap bulan	Pel. Gizi	Pel. Gizi
8.	Pembinaan dan penyuluhan di posyandu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tiap bulan	Pel. Gizi	Pel Gizi+BDD
9.	Membuat laporan setiap bulan	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tiap bulan	Pel. Gizi	Pel Gizi + BDD
10.	Penyaluran distribusi PMT ke bidan								X					Setahun sekali	Pel. Gizi	Pel. Gizi + BDD + Kader
11.	Survey kadarzi		X						X					Setahun dua kali	Pel. Gizi	Pel. Gizi + BDD
12.	Survey garam iodium				X									Setahun sekali	Pel/ Gizi	Pel Gizi + UKS
13.	Taman Pemulihan Gizi							X						1 desa	Pel. Gizi	Pel Gizi + BDD

No	Kegiatan	Bulan												Ket	P. Jawab	Petugas	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
14	Pelacakan gizi buruk				X										Setahun sekali	Pel. Gizi	Gizi + Perkesmas + BDD
15	Pembinaan Kader						X				X				Setahun dua kali	Pel. Gizi	Pel. Gizi

Tabel 9 Jadwal kegiatan Puskesmas Cukir 2018

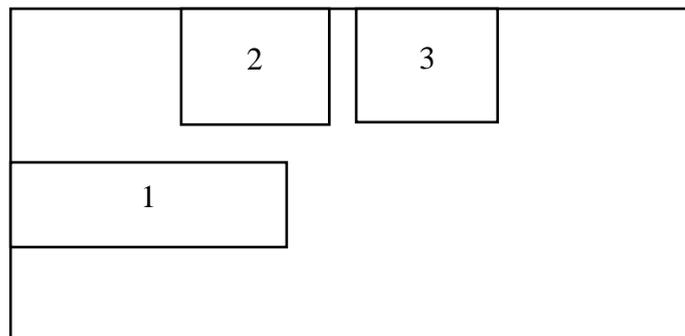
Keterangan:

BDD : Bidan di Desa

UKS : Usaha Kesehatan Sekolah

4.2.4 Sarana dan Prasarana

Berikut ini merupakan denah ruang gizi Puskesmas Cukir.



Gambar 1 Denah ruang gizi Puskesmas Cukir

Keterangan:

2. Meja konsultasi gizi
3. Pengukur tinggi badan
4. Timbangan

Berikut ini data sarana dan prasarana yang dimiliki oleh Puskesmas Cukir untuk mendukung kegiatan pelayanan gizi.

Kegiatan Pelayanan Gizi	Sarana Prasarana
Dalam gedung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meja dan kursi 2. Alat tulis 3. Buku register, buku pencatatan kegiatan 4. Timbangan dewasa dan bayi 5. Microtoise 7. Leaflet 8. Food model/alat peraga 9. Buku panduan: penuntun diet, pedoman pelayanan anak gizi buruk, tata laksana balita gizi buruk

Kegiatan Pelayanan Gizi	Sarana Prasarana
Luar gedung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leaflet, lembar balik, materi-materi penyuluhan: insiasi menyusui dini, strategi peningkatan penimbangan balita di posyandu, angka kecukupan gizi 2. Tabel antropometri 3. Timbangan: dacin, timbangan injak, timbangan bayi 4. Microtoise 5. Meja, kursi, ATK, F2 Gizi, F3 Gizi, dan blanko-blanko laporan lain 6. Vitamin A dan Fe

Tabel 10 Jenis sarana dan prasarana pelayanan gizi

4.3 Analisis Situasi

4.3.1 Karakteristik Geografi dan Demografi Puskesmas Cukir

Puskesmas Cukir terletak di Kecamatan Diwek yang memiliki luas wilayah sebesar 47,77 m². Terdapat 20 desa dan kelurahan di Kecamatan Diwek yang di antaranya adalah Balongbesuk, Bandung, Bendet, Brambang, Bulurejo, Ceweng, Cukir, Diwek, Grogol, Jatipelem, Jatirejo, Kayangan, Kedawong, Keras, Kwaron, Ngudirejo, Pandanwangi, Pundong, Puton, dan Watugaluh. Di antara 20 desa dan kelurahan yang dibawah oleh Kecamatan Diwek, terdapat 11 desa yang menjadi wilayah kerja Puskesmas Cukir yang diantaranya adalah Desa Kayangan, Puton, Bender, Bulurejo, Grogol, Jatirejo, Cukir, Ceweng, Bandung, Kedawung, Ngudirejo.

Secara administratif, Kecamatan Diwek berbatasan dengan Kecamatan Jombang dan Kecamatan Jogoroto di sebelah utara, berbatasan dengan Kecamatan Jogoroto, Mojowarno, dan Ngoro di sebelah timur, berbatasan dengan Kecamatan Gudo dan Ngoro di sebelah selatan, sertaberbatasan dengan Kecamatan Perak dan Gudo di sebelah barat.

Berikut ini peta administrasi Kecamatan Diwek beserta peta wilayah kerja Puskesmas Cukir.



Gambar 2 Peta administrasi Kecamatan Diwek, Kabupaten Jombang



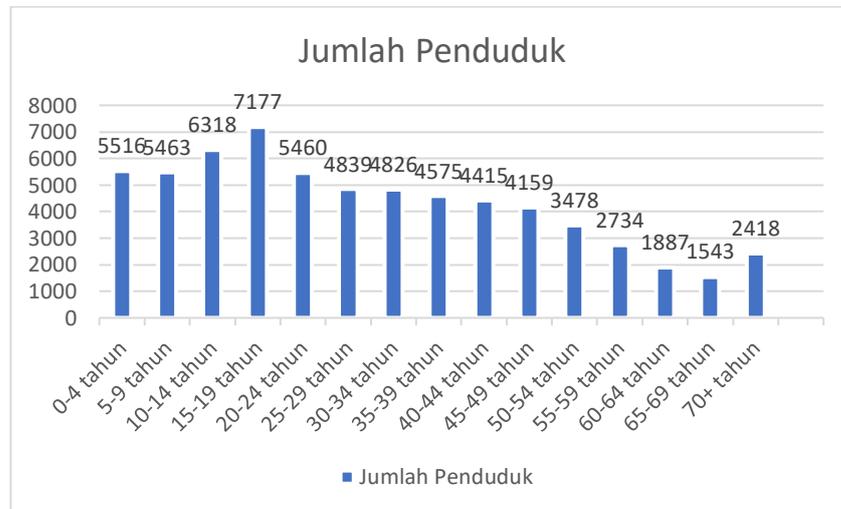
Gambar 3 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Cukir

4.3.1 Gambaran Umum Masyarakat

1. Jumlah Penduduk

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Cukir pada tahun 2018 adalah 62.980 jiwa yang terdiri dari penduduk laki-laki 31.983 jiwa dan perempuan 30.997 jiwa. Mayoritas penduduk di wilayah kerja Puskesmas Cukir didominasi oleh kelompok usia 15-19 tahun yang mencapai 7177 penduduk. Kelompok usia paling banyak disusul dengan kelompok usia 10-14 tahun yang mencapai 6318

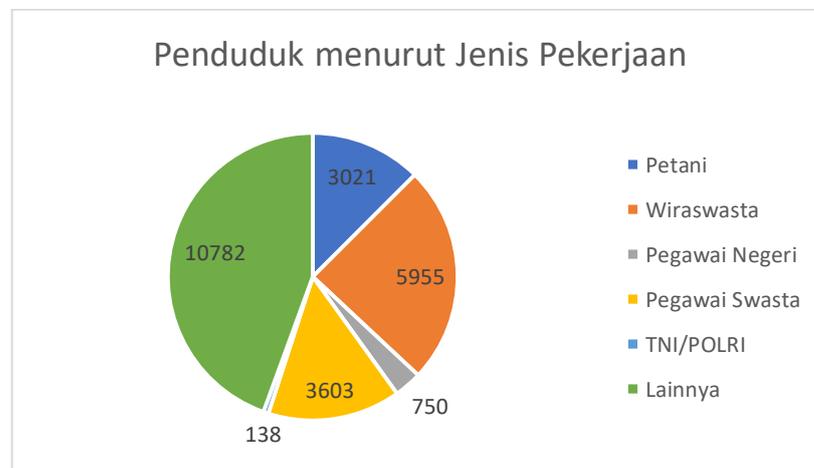
penduduk dan kelompok usia 0-4 tahun 5516 penduduk. Berikut ini merupakan data penduduk di wilayah kerja Puskesmas Cukir berdasarkan usia.



Gambar 4 Jumlah penduduk di Kecamatan Diwek

2. Jenis Pekerjaan

Penduduk di Kecamatan Diwek memiliki mata pencaharian yang beragam, jenis mata pencaharian yang paling banyak menopang kehidupan masyarakat adalah wiraswasta, yaitu sebanyak 5955 penduduk, yang diikuti dengan pegawai swasta yaitu 3603 penduduk, dan petani yang sebanyak 3021 penduduk.

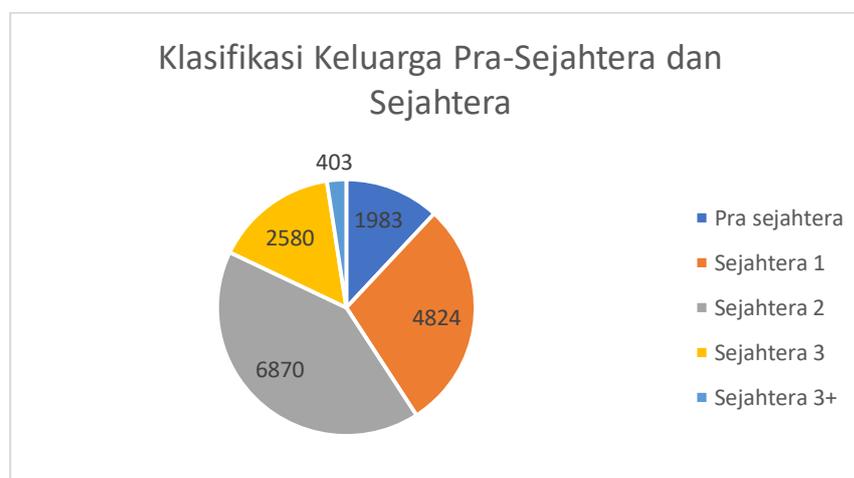


Gambar 5 Gambaran penduduk menurut jenis pekerjaan

3. Gambaran Keluarga Pra-Sejahtera dan Sejahtera

Di wilayah kerja Puskesmas Cukir, terdapat 1983 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga prasejahtera (KPS), terdapat 4824 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga sejahtera I (KSI), terdapat 6870 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga sejahtera II (KSII), terdapat 2580 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga sejahtera III (KSIII), dan

terdapat 403 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga sejahtera III Plus (KSIII Plus). Dalam hal ini, kelompok keluarga yang dikategorikan miskin oleh BKKBN adalah KPS dan KSI.



Gambar 6 Gambaran keluarga prasejahtera dan sejahtera wilayah kerja Puskesmas Cukir

Klasifikasi ini mengacu pada konsep kemiskinan menurut BKKBN. BKKBN mendefinisikan miskin berdasarkan konsep/pendekatan kesejahteraan keluarga, yaitu dengan membagi kriteria keluarga ke dalam lima tahapan, yaitu keluarga prasejahtera (KPS), keluarga sejahtera I (KSI), keluarga sejahtera II (KSII), keluarga sejahtera III (KSIII), dan keluarga sejahtera III Plus (KSIII Plus). Aspek keluarga sejahtera dikumpulkan dengan menggunakan 21 indikator sesuai dengan pemikiran pakar sosiologi dalam membangun keluarga sejahtera dengan mengetahui faktor-faktor dominan yang menjadi kebutuhan setiap keluarga. Faktor-faktor dominan tersebut terdiri dari.

- a. Pemenuhan kebutuhan dasar
- b. Pemenuhan kebutuhan psikologi
- c. Kebutuhan pengembangan
- d. Kebutuhan aktualisasi diri dalam berkontribusi bagi masyarakat di lingkungannya

Keluarga prasejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, seperti kebutuhan pokok (pangan), sandang, papan, kesehatan, dan pengajaran agama. Mereka yang dikategorikan sebagai KPS adalah keluarga yang tidak memenuhi salah satu dari 6 (enam) kriteria KSI. Selanjutnya KS-I adalah keluarga yang sudah dapat memenuhi kebutuhan yang

sangat mendasar, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi, yaitu satu atau lebih indikator pada tahapan KS-II.

4. Gambaran Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Cukir di antaranya adalah.

Jenis Pelayanan Kesehatan	Jumlah
Praktik dokter umum	11
Praktik dokter spesialis gigi	0
Praktik bidan mandiri	20
Puskesmas Induk	1
Puskesmas pembantu	2
Poli Bersalin Desa (Polindes)	8
Posyandu balita	61
Posyandu lansia	39
Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)	11

Tabel 11 Daftar Fasilitas Kesehatan Masyarakat

5. Situasi Derajat Kesehatan Masyarakat

A. Angka Mortalitas

1. Angka Kematian Bayi

Angka kematian bayi adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1000 kelahiran hidup (KH) pada tahun yang sama. AKB dapat menggambarkan kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat, karena bayi adalah kelompok usia yang paling rentan terkena dampak dari perubahan lingkungan maupun sosial ekonomi.

Faktor kematian bayi, secara garis besar dari sisi penyebab kematian bayi terbanyak di Puskesmas Cukir tahun 2018 sebanyak tiga bayi adalah aspirasi sebanyak dua bayi (0,21%) dan kelainan bawaan sebanyak satu bayi (0,10%).

2. Angka Kematian Ibu Maternal

Angka kematian ibu (AKI) menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan, persalinan dan nifas, serta penanganannya dalam hal ini tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental selama kehamilan, melahirkan, dalam masa nifas dimulai sejak 6 jam pasca bersalin sampai dengan 42 hari

setelah melahirkan tanpa memperhitungkan lama kehamilan, per 100.000 kelahiran hidup

Target MDGs untuk penurunan AKI adalah sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2018. Di Puskesmas Cukir pada tahun 2018 tercatat 4 kasus kematian ibu melahirkan (syok sepsis, kardiomiopati, anemia aplastik dan diabetes mellitus). Informasi mengenai AKI akan bermanfaat untuk pengembangan peningkatan kesehatan reproduksi, terutama pelayanan kehamilan dan membuat kehamilan yang aman bebas resiko tinggi, program peningkatan jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, peyiapan sistem rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, penyiapan keluarga dan suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang semuanya bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi

B. Status Gizi Masyarakat

Status gizi masyarakat dapat diukur melalui beberapa indikator, antara lain ; bayi dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) serta status gizi balita.

1. Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah

Berdasarkan kohort bayi, jumlah BBLR di Puskesmas Cukir yang dilaporkan tahun 2018 sebanyak 2 bayi (0,18%) sedangkan bayi lahir yang ditimbang 1.110 bayi. Kasus BBLR ini menjadi perhatian khusus karena seringkali menyebabkan kematian bayi.

2. Status Gizi Balita

Status gizi balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat status gizi masyarakat. Salah satu cara penilaian status gizi balita adalah dengan pengukuran antropometri yang menggunakan Indeks Masa Tubuh (IMT) yaitu pengukuran tubuh dibandingkan umur, berat badan/ umur (BB/U), berat badan per tinggi badan (BB/TB), atau tinggi badan per umur (TB/U). Jumlah balita di Puskesmas Cukir tahun 2018 adalah 4.826 balita, yang ditimbang 4.285 balita (88,79%), sedangkan balita yang naik BB nya sebanyak 3.769 (78,10 %) sedangkan untuk balita BGM sebanyak 15 (0,41%).

4.4 Identifikasi Masalah

Berdasarkan data yang tersedia di Puskesmas Cukir, permasalahan kesehatan yang berkaitan dengan gizi di wilayah kerja Puskesmas Cukir di antaranya adalah rendahnya

cakupan ASI eksklusif, tingginya angka Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), tingginya baduta dan balita dengan pertumbuhan di Bawah Garis Merah (BGM), dan tingginya prevalensi hipertensi pada usia ≥ 18 tahun.

1. Berat Badan Lahir Rendah

Berdasarkan kohort bayi, jumlah BBLR di Puskesmas Cukir yang dilaporkan tahun 2018 sebanyak dua bayi (0,18 %) sedangkan bayi lahir yang ditimbang 1.110 bayi. BBLR menjadi perhatian utama sebab menyumbang 11% penyebab kematian bayi di Indonesia. Bayi yang lahir dengan BBLR berpotensi untuk mengalami obesitas di usia kanak-kanak dan rentan terhadap penyakit degeneratif di masa tuanya. Penanggulangan bayi dengan berat badan lahir rendah di wilayah kerja Puskesmas Cukir dilakukan melalui program pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil yang kekurangan energi kronis (KEK) serta pemberian tablet tambah darah untuk ibu hamil dan wanita usia subur (WUS).

2. Cakupan ASI Eksklusif

Praktik pemberian ASI eksklusif sangat ditekankan oleh *World Health Organization* dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada enam bulan pertama kehidupan. Hal ini disebabkan karena ASI merupakan makanan yang dapat memenuhi kebutuhan zat gizi bayi hingga usia 6 bulan dan ASI juga mengandung antibodi yang dibutuhkan bayi seperti Immunoglobulin G (IgG) dan laktoferin. Pemberian ASI melalui kegiatan menyusui dari ibu langsung kepada bayinya dapat meminimalisir risiko terjadinya infeksi pada bayi. Dengan demikian, pemberian ASI dapat mendukung pertumbuhan optimal bayi.

Target cakupan ASI eksklusif pada skala nasional adalah 50% di tahun 2019. Target ini masih belum dapat terpenuhi karena cakupan ASI eksklusif di Indonesia masih mencapai 34,9%. Di wilayah kerja Puskesmas Cukir, cakupan ASI eksklusif mencapai 73,76%. Akan tetapi, capaian ini masih masih belum memenuhi target cakupan ASI eksklusif yang ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Jombang sebesar 80% pada tahun 2019. Rendahnya cakupan ASI eksklusif dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah minimnya pengetahuan ibu atau pengurus bayi mengenai ASI eksklusif atau praktik kepercayaan dan norma atau nilai yang dipegang teguh oleh masyarakat. Peningkatan cakupan ASI eksklusif dilakukan melalui program-program yang telah dicanangkan di puskesmas seperti KP-ASI (Kelompok Pendukung ASI) atau YUKENSI (Paguyuban Kakek Nenek ASI).

3. Tingginya Baduta dan Balita dengan Pertumbuhan di Bawah Garis Merah (BGM)

Rasio baduta dan balita yang mengalami pertumbuhan di bawah garis merah mencapai 0,3% di wilayah kerja Puskesmas Cukir. Menurut z-score WHO-MGRS, status gizi menurut BB/U dengan indeks < -2 SD merupakan gizi kurang dan BB/U dengan indeks < -3 SD, sedangkan TB/U dengan indeks < -2 SD merupakan pendek dan TB/U dengan indeks < -3 SD merupakan sangat pendek. Pertumbuhan optimal merupakan hak setiap anak yang dilahirkan, oleh karena itu dibutuhkan adanya pencegahan dan pemulihan pada anak yang mengalami pertumbuhan yang tidak optimal. Untuk menurunkan prevalensi balita BGM, langkah yang dilakukan oleh Puskesmas Cukir adalah memberikan makanan tambahan kepada balita yang dilakukan saat penimbangan posyandu.

3. Tingginya Prevalensi Hipertensi pada Masyarakat Berusia ≥ 18 Tahun

Pada tahun 2017, prevalensi hipertensi pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Cukir mencapai 30,9%. Apabila tidak dibenahi, permasalahan ini akan terus meningkat seiring dengan meningkatnya tren penyakit degeneratif baik secara nasional maupun global. Hipertensi merupakan faktor risiko dari penyakit jantung koroner, atherosclerosis, dan CVA infark yang merupakan penyebab kematian paling banyak di dunia. Perawatan hipertensi dan komplikasinya membutuhkan *health care cost* yang tinggi sehingga dibutuhkan tindakan pencegahan secara dini. Dengan demikian, perlu dilakukan berbagai upaya untuk menurunkan prevalensi hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Cukir yang diantaranya adalah penyuluhan hipertensi pada setiap kegiatan posyandu lansia dan prolanis.

4.5 Penentuan Prioritas Masalah

Metode penentuan prioritas masalah yang digunakan dalam hal ini adalah metode matematika yang dipaparkan oleh *Pone America Health Organization* (PAHO) yang termasuk ke dalam metode kualitatif. Metode ini menilai magnitude yang menunjukkan seberapa besar penduduk yang terjangkit penyakit, *severity* yang menunjukkan keparahan penyakit dan kerugian yang ditimbulkan akibat penyakit, *vulnerability* yang menunjukkan sejauh mana teknologi atau obat yang tersedia untuk menanggulangi penyakit, serta *affordability* yang menunjukkan ada tidaknya anggaran untuk menutupi biaya intervensi. Tiap komponen penilaian harus diberikan skor dari 1 – 5, kemudian masing-masing skor pada tiap komponen dikalikan. Hasil perkalian yang paling besar akan menjadi prioritas utama.

Masalah Kesehatan	<i>Magnitude</i>	<i>Severity</i>	<i>Vulnerability</i>	<i>Affordability</i>	<i>Final Score</i>
Rendahnya Cakupan ASI Eksklusif	4	4	4	5	320
Hipertensi	4	4	4	3	192
Pertumbuhan balita dan baduta BGM	4	3	4	5	240
BBLR	3	4	4	5	240

Tabel 12 Penentuan prioritas permasalahan

Berdasarkan perhitungan dengan metode PAHO, didapatkan bahwa prioritas dari urutan pertama hingga urutan keenam sebagai berikut:

1. Peningkatan cakupan ASI eksklusif
2. Pertumbuhan balita dan baduta dengan pertumbuhan di bawah garis merah
3. Penanggulangan hipertensi dan obesitas

4.6 Analisis Sumber Daya dan Stakeholder

4.6.1 Analisis Sumber Daya

1. Sumber Daya Pembiayaan Kesehatan

Berikut ini anggaran Puskesmas Cukir tahun 2018 menurut jenis dan sumber dana.

No.	Sumber Anggaran	Penerimaan	Pengeluaran	%
1.	APBN BOK	Rp656.498.025	Rp211.344.625	32,19
2.	APBN JKN Kapitasi	Rp2.971.510.312	Rp2.641.648.695	88,90
3.	APBN JKN Non-Kapitasi	Rp854.455.000	Rp689.039.275	80,64
4.	APBD (Dana Retribusi)	Rp925.000.000	Rp875.482.690	94,65
5.	APBD II	Rp69.520.775	Rp69.520.775	100
6.	BLN	-	-	-
7.	Lain2	-	-	-

Tabel 13 Anggaran Puskesmas Cukir tahun 2018

Pada sumber daya pembiayaan kesehatan sumber anggaran didapatkan dari dana APBN (BOK, JKN KAPITASI, dan JKN NON KAPITASI) dan APBD (dana retribusi dan JAMKESDA). Keseluruhan sumber anggaran telah terserap dengan baik diatas 80% kecuali dana BOK yang baru terserap sebesar 32%.

4.6.2 Analisis Stakeholder

Brysson, dalam Putri (2018), mengartikan *stakeholder* sebagai individu, kelompok, atau organisasi apapun yang memiliki perhatian terhadap sumberdaya

atau hasil organisasi atau dipengaruhi oleh hasil organisasi tersebut. Jika mengacu kepada Ortrengen (2004), secara garis besar terdapat empat kategori pemangku kepentingan kebijakan program gizi di Puskesmas Cukir, yaitu (Iswarno, 2003).

1. Kelompok target, yaitu kelompok masyarakat terutama kelompok sasaran program.
2. Kelompok pelaksana kegiatan yang merupakan puskesmas yang termasuk di dalamnya tenaga kesehatan terutama bidan, dokter, perawat, ahli gizi, dan sanitarian, serta kader kesehatan.
3. Kelompok pembuat kebijakan yang terdiri dari kepala dinas, tim perencanaan dinas kesehatan.
4. Kelompok penyandang dana yaitu departemen kesehatan, bupati, kepala desa, dan masyarakat.

Terdapat berbagai upaya untuk menciptakan sinergi antara para pemangku kepentingan dengan pembuat kebijakan atau program, yang meliputi sosialisasi dan advokasi program melalui berbagai agenda pertemuan serta penyusunan rencana. Advokasi dan komunikasi yang efektif dapat dikatakan berhasil apabila dapat memengaruhi pemangku kepentingan. Identifikasi dan analisis kepentingan *stakeholder* merupakan langkah awal dalam pelaksanaan advokasi dan komunikasi. Selain itu, pemilihan bahan yang digunakan dalam proses advokasi dapat menentukan keberhasilan pelaksanaan advokasi bersama dengan pemangku kepentingan. Bahan advokasi harus sarat akan informasi yang sistematis dan jelas mengenai program yang dipaparkan kepada para pemangku kepentingan. Berikut ini hasil analisis kepentingan dan posisi *stakeholder* dalam implementasi program gizi di Puskesmas Cukir.

1. Kelompok target
 - a. Terlibat secara aktif dalam kegiatan UKM yang dilakukan oleh Puskesmas, serta berpartisipasi dalam mengupayakan paradigma sehat di masyarakat.
 - b. Membentuk lingkungan yang suportif kepada beberapa kelompok usia yang rentan, seperti ibu hamil, ibu menyusui, dan bayi, demi membantu keberhasilan program kesehatan.
2. Kelompok pelaksana kegiatan

Kelompok pelaksana kegiatan yang dimaksud meliputi Kepala Puskesmas, Tim Perencana Program Puskesmas, serta Tim Pelaksana Program.

- A. Kepala Puskesmas
 - a) Memfasilitasi *focus group discussion* untuk melakukan serangkaian proses perencanaan program
 - b) Menjadi pihak rujukan dan penasihat dalam proses perencanaan dan pelaksanaan program
 - B. Tim Perencana Program
 - a. Melakukan analisis situasi dan identifikasi masalah pada kelompok sasaran guna mencari solusi yang tepat guna sesuai dengan akar permasalahan (*grounbreaking solution*) di wilayah kerja.
 - b. Membuat prioritas masalah berdasarkan hasil analisis situasi dan identifikasi masalah yang disesuaikan dengan besaran masalah, ketersediaan dana di anggaran, ketersediaan obat atau teknologi untuk menanggulangi, serta keparahan masalah.
 - c. Membuat *Plan of Action* (POA) serta *budgeting* yang jelas dan rinci sehingga dapat menggambarkan keseluruhan program secara detail
 - d. Membuat SOP, uraian tugas dan beban kerja setiap pelaksana kegiatan serta *stakeholder* secara jelas, rinci, dan mudah dipahami
 - e. Menganalisis hasil monitoring dan evaluasi
 - C. Tim Pelaksana Program
 - a) Melakukan eksekusi program sesuai SOP yang telah ditetapkan
 - b) Melakukan monitoring (pemantauan) dan evaluasi terhadap program yang telah diimplementasikan
3. Kelompok pembuat kebijakan
- Kelompok pembuat kebijakan yang dimaksud adalah Dinas Kesehatan serta Tim Perencanaan Dinas Kesehatan
- a) Penyusunan dan perumusan rencana program dan kegiatan dalam rangka penetapan kebijakan teknis bidang kesehatan.
 - b) Pelaksanaan program kerja dan kebijakan teknis bidang kesehatan sesuai dengan norma, standar dan prosedur yang ditetapkan pemerintah.
 - c) Pelaksanaan koordinasi, pembinaan, bimbingan dan evaluasi untuk peningkatan kemampuan potensi di bidang kesehatan meliputi bidang bina kesehatan, bidang kesehatan masyarakat dan bidang pengembangan sumberdaya kesehatan.

- d) Pelaksanaan penataan, pemenuhan dan evaluasi kebutuhan sarana dan prasarana bidang kesehatan sesuai standar, prosedur dan norma yang ditetapkan pemerintah.
 - e) Perumusan kebijakan teknis bidang kesehatan.
 - f) Pelaksanaan teknis bidang kesehatan.
 - g) Pembinaan teknis Bidang Kesehatan.
 - h) Pembinaan dan pengembangan aparatur bidang kesehatan.
 - i) Pengawasan dan pengendalian teknis bidang kesehatan.
 - j) Koordinasi untuk mengadakan hubungan dan kerjasama dengan lintas sektor dan *stakeholder* di bidang kesehatan.
 - k) Pemberian perijinan dibidang kesehatan.
 - l) Melakukan sensus kependudukan, memetakan data demografi masyarakat, serta surveilans gizi yang dapat digunakan sebagai data sekunder pendukung proses perencanaan program puskesmas.
4. Kelompok penyandang dana
- a) Bupati bertugas untuk menyediakan Dana Alokasi Khusus (DAK) dan mengalokasikan dana kesehatan dalam APBD untuk membiayai program kesehatan
 - b) Kepala desa bertugas untuk mengalokasikan dana kesehatan dari dana desa yang tersedia

4.7 Analisis SWOT

4.7.1 S (*Strength*) atau Kekuatan

1. Adanya puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan yang utama di masyarakat dalam pembangunan kesehatan.
2. Adanya praktisi klinis yang berkompeten
3. Adanya kalaborasi lintas sektor yang baik antar tenaga medis.
4. Adanya kerjasama yang baik dalam melakukan penyuluhan kesehatan antara ahli gizi, dan bidan.
5. Adanya program pojok ASI untuk meningkatkan peran ibu yang memiliki bayi untuk memberikan ASI dengan aman dan benar
6. Adanya Posyandu terjalin hubungan yang baik antara kader posyandu, masyarakat yang mempunyai bayi dan balita untuk meningkatkan status kesehatan.

7. Puskesmas mendorong kader untuk aktif mendatangi ibu-ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif pada anaknya, untuk selanjutnya dianalisa penyebabnya dan selanjutnya diberikan alternative pemecahan masalahnya.
8. Pemantauan kesehatan dengan penimbangan berat badan pada balita secara rutin sehingga status gizi terkontrol.
9. Adanya kelas ibu hamil untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak.
10. Adanya forum komunikasi kader posyandu dengan petugas gizi puskesmas.
11. Tercapainya angka partisipasi masyarakat untuk datang menimbang bayi dan balita berdasarkan D/S Puskesmas Cukir yaitu 84,04% ini telah mencapai target capaian nasional yaitu sebesar 80%.
12. Tercapainya angka bayi dan balita naik timbangannya berdasarkan N/D Puskesmas Cukir telah mencapai 93,26% ini telah mencapai target capaian nasional yaitu sebesar 80%.

4.7.2 W (*Weaknesses*) atau Kelemahan

1. Jobdesc pegawai puskesmas masih ada yang berlebih sehingga devisi lain masih membutuhkan SDM tenaga tambahan dari devisi lain.
2. Pemberian PMT belum efektif.
3. Tidak lengkapnya bantuan peralatan penunjang untuk program kesehatan seperti peralatan penunjang emo-demo.
4. Kecilnya fasilitas bangunan untuk memenuhi pelayanan masyarakat utamanya ruangan konseling gizi yang masih digabung dengan devisi lain sehingga konseling tidak lagi bersifat privasi.

4.7.3 O (*Opportunity*) atau Peluang

1. Letak puskesmas yang strategis yang mudah dijangkau masyarakat.
2. Adanya kinerja Dinkes Kab. Jombang terhadap program puskesmas yang terjalin baik.
3. Tersedianya sebagian bantuan peralatan penunjang untuk program kesehatan.
4. Adanya program BOK (Bantuan Operasional Kesehatan dari Dinkes Kab. Jombang) berupa pendanaan yang digunakan untuk menunjang terlaksananya program kesehatan di Puskesmas.

4.7.4 T (*Threat*) atau Ancaman

1. Adanya pelayanan kesehatan swasta yang lebih berkompeten.
2. Masyarakat kurang maksimal memanfaatkan sarana kesehatan Puskesmas khususnya dalam pelayanan gizi..

3. Masih adanya masyarakat dengan tingkat pendidikan dan status ekonomi yang masih rendah.

4.7.5 Strategi S-O

1. Memanfaatkan sumber daya yang cukup banyak dan peralatan yang baru untuk melayani masyarakat
2. Memanfaatkan petugas praktisi klinis yang berkompeten untuk mengoptimalkan program
3. Memanfaatkan kerjasama yang baik untuk memaksimalkan program puskesmas terhadap kinerja Dinkes Kab. Jombang

4.7.6 Strategi W-O

1. Analisis beban kerja pada devisi yang memiliki jobdesc berlebih. Menambah jumlah SDM bila devisi tersebut membutuhkan sehingga tidak ada SDM yang memiliki tugas diluar kriteria pekerjaannya.
2. Lakukan inventaris peralatan untuk memenuhi dan melengkapi peralatan yang dibutuhkan.
3. Maksimalkan peralatan yang sudah tersedia untuk menjalankan program kesehatan.
4. Lakukan pengolahan keuangan untuk renovasi bangunan yang kecil guna memenuhi pelayanan masyarakat.

4.7.7 Strategi S-T

1. Optimalkan SDM dan peralatan yang memadai guna meningkatkan kinerja puskesmas
2. Optimalkan pelayanan guna masyarakat tidak berpaling ke balai pengobatan swasta
3. Optimalkan program kesehatan guna membantu masyarakat yang kurang mampu untuk berobat

4.7.8 Strategi W-T

1. Meningkatkan kualitas SDM dan Peralatan guna menjaga organisasi puskesmas tetap di percayai masyarakat dan menghindari masyarakat agar tidak berobat ke balai swasta
2. Meningkatkan kualitas SDM guna memaksimalkan sarana kesehatan puskesmas khususnya dalam pelayanan gizi
3. Memperbaiki prasarana dan tenaga ahli keuangan guna menghindari persepsi mahal nya biaya kesehatan

4.8 Program Gizi Puskesmas

Berikut ini merupakan program gizi yang dicanangkan oleh Puskesmas Cukir.

1. Kegiatan Penyuluhan Posyandu

Penyuluhan gizi merupakan kegiatan pelayanan gizi yang bersifat promotif dan preventif. Penyuluhan gizi adalah serangkaian kegiatan penyampaian pesan-pesan gizi dan kesehatan yang direncanakan dan dilaksanakan untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap, serta perilaku positif sasaran dan lingkungannya terhadap upaya perbaikan gizi dan kesehatan. Penyuluhan gizi ditujukan untuk kelompok atau golongan masyarakat masal dan target yang diharapkan adalah pemahaman perilaku aspek kesehatan dalam kehidupan sehari-hari. Dalam melaksanakan penyuluhan gizi harus berkoordinasi dengan tenaga promosi kesehatan sehingga kegiatan dapat berjalan lancar.

Tujuan dari penyuluhan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku kurang sehat. Sementara itu, sasaran penyuluhan kesehatan, seperti juga sasaran pendidikan kesehatan, meliputi masyarakat umum dengan orientasi masyarakat pedesaan, masyarakat kelompok khusus, dan individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual. Berikut ini merupakan kegiatan pokok dan rincian kegiatan.

No	Kegiatan	Tanggal	Tempat	Pelaksana
1.	Penyuluhan posyandu Bulan Januari	2 januari 2018	Kayangan	Pelaksana gizi, bidan desa
2.	Penyuluhan posyandu Bulan Februari	1 Februari 2018	Puton	Pelaksana gizi, bidan desa
3.	Penyuluhan posyandu Bulan Maret	1 Maret 2018	Bendet	Pelaksana gizi, bidan desa
4.	Penyuluhan posyandu Bulan April	5 April 2018	Bulurejo	Pelaksana gizi, bidan desa
5.	Penyuluhan posyandu Bulan Mei	9 Mei 2018	Grogol	Pelaksana gizi, bidan desa
6.	Penyuluhan posyandu Bulan Juni	4 Juni 2018	Jatirejo	Pelaksana gizi, bidan desa
7.	Penyuluhan posyandu Bulan Juli	10 Juli 2018	Cukir	Pelaksana gizi, bidan desa
8.	Penyuluhan posyandu Bulan Agustus	6 Agustus 2018	Ceweng	Pelaksana gizi, bidan desa
9.	Penyuluhan posyandu Bulan	3 September	Bandung	Pelaksana gizi, bidan desa

No	Kegiatan	Tanggal	Tempat	Pelaksana
	September	2019		
10.	Penyuluhan posyandu Bulan Oktober	2 Oktober 2018	Kedawong	Pelaksana gizi, bidan desa
11.	Penyuluhan posyandu Bulan November	5 November 2018	Ngudirejo	Pelaksana gizi, bidan desa

Tabel 14 Kegiatan pokok dan rincian kegiatan penyuluhan

Evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan dengan cara memberikan beberapa pertanyaan kepada peserta setelah penjelasan mengenai materi penyuluhan. Pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan dilakukan pada akhir kegiatan. Peran lintas sektor pada kegiatan penyuluhan gizi di antaranya adalah sebagai berikut.

- 1 Kepala desa memberikan motivasi kepada masyarakat untuk berpartisipasi aktif pada kegiatan penyuluhan
- 2 Tokoh masyarakat atau kader sebagai motivator

Kegiatan penyuluhan biasanya dilakukan pada kegiatan posyandu, posbindu, prolanis, dan/atau pada kelas ibu hamil. Materi penyuluhan dapat disampaikan baik secara lisan dan tulisan, biasanya melalui media cetak seperti *leaflet* atau brosur.

Pada saat kegiatan magang, mahasiswa melakukan beberapa penyuluhan yang di antaranya adalah.

1. Posyandu Lansia (Kegiatan Penyuluhan Hipertensi)

Tanggal pelaksanaan Kamis, 14 November 2019

Tempat Balai Desa Puton

Media Leaflet

Sasaran dan jumlah peserta Sasaran penyuluhan merupakan lansia dan jumlah peserta penyuluhan mencapai 30 orang

Kegiatan	Kegiatan dimulai pukul 09.00 WIB yang meliputi pengukuran tekanan darah penyuluhan dengan materi hipertensi yang disampaikan oleh mahasiswa.
Hasil	Sekitar 95% peserta mengalami hipertensi sedangkan sisa 5% peserta lainnya mengalami pre-hipertensi. Setelah melakukan <i>in-depth interview</i> dengan peserta, diketahui mayoritas peserta mengalami hipertensi akibat pola makan tinggi garam dan lemak serta karena faktor penuaan.
Kelebihan	Peserta dapat mengetahui kondisi kesehatannya dan meningkatkan pengetahuan mengenai pola makan yang benar (Diet DASH).
Kekurangan	Kegiatan penyuluhan ini hanya bersifat superfisial sehingga tidak dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi pada peserta yang sesungguhnya. Dengan demikian kegiatan penyuluhan dengan materi hipertensi yang bersifat universal ini dapat berpotensi tidak memberikan solusi secara menyeluruh dan tepat sasaran kepada peserta.
Saran	Sebelum melakukan penyuluhan, tim pelaksana penyuluhan harus menggali penyebab utama yang menyebabkan hipertensi pada lansia di wilayahnya. Setelah akar permasalahan dipetakan, tim pelaksana penyuluhan dapat memaparkan materi sesuai dengan kondisi yang ditemukan di wilayah tersebut. Contohnya, lansia di Desa Puton

cenderung mengonsumsi makanan tinggi garam, lemak, dan purin. Dengan demikian, materi penyuluhan harus membahas pola makan yang tepat, serta bahan makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi sesuai dengan sumber daya yang tersedia di Desa Puton.

Monev

Evaluasi fisik/klinis berupa tekanan darah dapat dilakukan satu bulan sekali dengan melihat perubahan tekanan darah peserta.

Evaluasi pengetahuan peserta dapat dilakukan dengan mewawancarai peserta tentang materi yang sudah disampaikan pada pertemuan sebelumnya.

2. Kelas Ibu Hamil (Penyuluhan Asuhan Gizi pada Ibu Hamil dan ASI Eksklusif)

Tanggal pelaksanaan

Kamis, 7 November 2019
 Sabtu, 16 November 2019
 Selasa, 19 November 2019

Tempat

Balai Desa Grogol
 Rumah Kader di Desa Jatirejo
 Rumah Kader di Desa Bandung

Media

Leaflet, peralatan penunjang demo “ASI SAJA CUKUP!” dan lembar balik

Sasaran dan jumlah peserta

Sasaran penyuluhan merupakan ibu hamil dan jumlah peserta mencapai 15 orang

Kegiatan

Kegiatan dimulai pukul 09.30 WIB meliputi penimbangan berat badan dan penyuluhan asuhan gizi pada ibu hamil, penyuluhan mengenai ASI eksklusif, demo “ASI SAJA CUKUP!” dan sesi diskusi

Kelebihan	Peserta dapat mengetahui penambahan berat badan selama kehamilan dan dapat meningkatkan pengetahuan peserta mengenai asuhan gizi pada ibu hamil dan pentingnya pemberian ASI eksklusif.
Kekurangan	Kegiatan penyuluhan tidak disertai dengan demonstrasi langsung mengenai pelekatan menyusui dan cara memeras ASI dengan tepat hanya melalui media lembar balik dan leaflet.
Saran	Dilakukannya demonstrasi secara langsung menggunakan media boneka bayi tentang pelekatan menyusui yang benar dan cara memeras ASI yang benar
Monev	Evaluasi jangka pendek dapat dilakukan pre-test post test saat kegiatan berlangsung dan <i>me-review</i> ulang materi yang di dapat pada pertemuan sebelumnya. Evaluasi jangka panjang dapat dilakukan dengan cara menanyakan apakah ibu memberikan ASI eksklusif atau tidak pada ibu yang memiliki anak 0-6 bulan setiap bulan pada saat kegiatan posyandu dan kendala yang ditemui saat pemberian ASI.

3. Posyandu (Penyuluhan Mineral Mix)

Tanggal pelaksanaan	Senin, 2 Desember 2019
Tempat	Posyandu Dahlia Puton 1, Posyandu Desa Kayangan 1, Posyandu Desa Bulurejo 1
Sasaran dan jumlah peserta	Sasaran penyuluhan mineral mix adalah ibu atau pengasuh balita. Jumlah peserta mencapai 15 orang.

Kegiatan	Kegiatan dimulai pukul 07.30 WIB meliputi penimbangan berat badan dan penyuluhan mengenai mineral mix dan tablet tambah darah kepada ibu atau pengasuh balita
Kelebihan	Peserta dapat mengetahui <i>update</i> pertumbuhan balita serta mendapatkan makanan tambahan untuk balita, khususnya yang mengalami pertumbuhan di bawah garis merah. Selain itu, peserta juga dapat mengetahui informasi mengenai mineral mix dan tablet tambah darah
Kekurangan	Penyuluhan tidak kondusif karena tempat pelaksanaan posyandu cukup kecil sehingga tidak dapat mengakomodasi seluruh peserta. Selain itu, banyak peserta yang tidak memerhatikan penjelasan materi karena fokus melakukan penimbangan.
Saran	Penyuluhan atau sosialisasi dilakukan di meja posyandu 4 saat konseling gizi langsung kepada ibu dengan balita yang BGM sehingga diharapkan penyampaiannya lebih efektif dan efisien.
Monev	Evaluasi dilakukan dengan melihat berat badan balita dan menanyakan apakah ibu sudah memberikan formula 100 kepada balita sesuai dengan yang dianjurkan ketika penyuluhan

4. Pembinaan Kader

Dalam upaya untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, dan kemampuan kader di Posyandu maka perlu dilakukan pembinaan terhadap kader secara berkesinambungan sehingga dihasilkan kader posyandu yang terlatih dan terampil serta mampu melaksanakan kegiatan Posyandu secara

menyeluruh. Pembinaan kader bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan para kader posyandu di wilayah kerja Posyandu Cukir. Tujuan khusus dari kegiatan pembinaan kader adalah.

1. Kader mampu melaksanakan kegiatan posyandu secara menyeluruh
2. Kader melakukan deteksi dini masalah gizi
3. Kader mampu mengerjakan administrasi posyandu secara tertib dan benar
4. Kader mampu melakukan KIE Gizi
5. Kader mampu mengevaluasi hasil kegiatan posyandu

Kegiatan pokok pada pembinaan kader adalah kegiatan pertemuan dengan rincian kegiatan sebagai berikut.

No	Program	Kegiatan	Bulan	Tempat	Pelaksana
1.	Gizi	Pertemuan kader motivator ASI	Juni	Puskesmas Cukir	Ahli Gizi
2.	Gizi	Pembinaan KP-ASI	Oktober	Puskesmas Cukir	Ahli Gizi

Tabel 15 Rincian kegiatan pembinaan kader posyandu

Berikut ini data jumlah posyandu dan kader yang aktif di tiap desa wilayah kerja Puskesmas Cukir.

No	Nama Desa	Jumlah Posyandu	Jumlah Kader	
			Jumlah Kader yang Ada	Jumlah Kader Aktif
1.	Kayangan	6	30	30
2.	Puton	5	26	26
3.	Bendet	3	16	16
4.	Bulurejo	5	25	25
5.	Grogol	8	39	39
6.	Jatirejo	5	26	26
7.	Cukir	7	35	35
8.	Ceweng	4	20	20
9.	Bandung	10	50	50
10.	Kedawong	3	18	18
11.	Ngudirejo	5	27	27

Tabel 16 Jumlah posyandu dan kader di wilayah kerja Puskesmas Cukir

Berdasarkan data di atas, seluruh kader yang terbagi di berbagai desa di wilayah kerja Puskesmas Cukir bersifat aktif 100%.

2. Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan pada Balita

Masalah kurang gizi merupakan salah satu faktor penyebab kematian bayi. Keadaan tersebut secara langsung disebabkan oleh asupan gizi yang kurang mencukupi gizi balita. Oleh karena itu, untuk membantu mencukupi kebutuhan gizi masyarakat tentang anak balita, Pemerintah mengembangkan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Pemberian makanan tambahan adalah kegiatan pemberian makanan kepada balita dalam bentuk kudapan yang aman dan bermutu serta mengandung nilai gizi yang sesuai dengan kebutuhan sasaran.

PMT Pemulihan dimaksud berbasis bahan makanan local dengan menu khas daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat. Namun PMT Pemulihan ini juga dapat berupa biskuit maupun susu. Sejak tahun 2011, Kementerian Kesehatan RI menyediakan anggaran untuk kegiatan PMT Pemulihan balita gizi kurang melalui Dana Bantuan Operasional (BOK). Adanya dana BOK di setiap Puskesmas, kegiatan penyelenggaraan PMT Pemulihan diharapkan dapat didukung oleh pimpinan puskesmas dan jajarannya.

Kegiatan pokok pada kegiatan ini adalah mendistribusikan PMT ke balita gizi kurang dan/atau gizi buruk melalui bidan desa yang biasanya dilakukan pada saat kegiatan penimbangan di posyandu. PMT dapat berupa biskuit atau makanan lainnya seperti kacang hijau atau nasi kuning. Sasaran dari kegiatan ini adalah balita gizi buruk dan gizi kurang. Kegiatan pemberian makanan tambahan dilakukan saat kegiatan penimbangan di posyandu.

4. Kegiatan Pemberian Tablet Tambah Darah

Anemia zat gizi besi menjadi salah satu permasalahan gizi utama di Indonesia yang ditandai dengan nilai hemoglobin serum kurang dari 12 mg/dL. Anemia dapat menyebabkan penurunan produktivitas pada remaja khususnya remaja putrid dan wanita usia subur (WUS). Hal ini disebabkan karena gejala yang dirasakan pada anemia adalah lemah, letih, lesu, serta lunglai yang disebabkan karena rendahnya pengangkutan oksigen ke seluruh jaringan, terutama otak, akibat penurunan produksi hemoglobin yang berfungsi sebagai transporter oksigen di darah.

Salah satu upaya pemerintah untuk menanggulangi anemia defisiensi zat gizi besi adalah dengan memberikan tablet tambah darah kepada remaja putri dan WUS. Selain diperuntukkan kepada remaja putri dan WUS, sasaran pemberian tablet tambah darah juga termasuk ibu hamil dan ibu nifas. Kegiatan pokok pada

kegiatan ini adalah pemberian tablet tambah darah kepada ibu hamil sebanyak 90 tablet sepanjang siklus kehamilan dan pemberian tablet tambah darah secara rutin setiap minggu. Jadwal pelaksanaan kegiatan dilakukan setiap hari, terutama saat ANC dan PNC terpadu serta saat penyuluhan pemberian TTD pada remaja. Pada pemberian TTD remaja, Kementerian Kesehatan membentuk outlet TTD mandiri sehingga remaja dapat melakukan *repurchasing* tablet tambah darah secara mandiri.

Dalam mencapai target pemberian tablet tambah darah bagi ibu hamil, dilakukan konseling ibu hamil di ANC Terpadu untuk meningkatkan *self-efficacy* ibu agar mau mengonsumsi tablet tambah darah secara teratur. Selama melaksanakan kegiatan magang, mahasiswa berpartisipasi aktif dalam memberikan konseling kepada ibu hamil dan ibu nifas pada kegiatan pojok gizi yang terintegrasi dengan ANC dan PNC Terpadu. Selain itu, mahasiswa juga turut serta membagikan tablet tambah darah pada ibu hamil dan wanita usia subur (WUS) dalam kegiatan penimbangan posyandu.

5. Kegiatan Pemantauan Status Gizi (PSG)

Nama Desa	S	K	D	N	T	Pencapaian				
						K/S	D/S	N/S	N/D	2T/D
Kayangan	481	425	361	335	26	88%	75%	70%	93%	7%
Puton	257	128	123	108	15	50%	48%	42%	88%	12%
Bendet	206	233	148	109	20	113%	72%	53%	74%	14%
Bulurejo	543	612	565	502	36	113%	104%	92%	89%	6%
Grogol	594	611	521	492	29	103%	88%	83%	94%	6%
Jatirejo	424	345	311	264	24	81%	73%	62%	85%	8%
Cukir	578	550	500	471	19	95%	87%	81%	94%	4%
Ceweng	323	337	114	210	23	104%	35%	65%	184%	20%
Bandung	784	729	603	533	39	93%	77%	68%	88%	6%
Kedawong	218	247	222	206	16	113%	102%	94%	93%	7%
Ngudirejo	369	456	441	432	5	124%	120%	117%	98%	1%
Total	4777	4673	3909	3662	252	98%	80%	75%	98%	8%

Tabel 17 Cakupan SKDNT Bulan Januari-Oktober 2019

Indikator keberhasilan posyandu tergambar melalui cakupan SKDN, yang diantaranya adalah.

S: Jumlah seluruh balita yang ada di wilayah kerja Posyandu.

K: Jumlah balita yang terdaftar dan memiliki KMS.

D: Jumlah balita yang datang dan ditimbang.

N: Jumlah balita yang naik berat badannya

Indikator cakupan program Posyandu merupakan indikator pokok untuk mengukur keberhasilan kegiatan program posyandu, yang diantaranya adalah.

1. Liputan Program (K/S)

Liputan program merupakan indikator mengenai kemampuan program untuk menjangkau balita yang ada di masing-masing wilayah, diperoleh dengan cara menghitung perbandingan antara jumlah balita yang terdaftar dan memiliki KMS dengan seluruh jumlah balita yang ada di wilayah kerja Posyandu. Cakupan K/S di wilayah kerja Puskesmas Cukir sebesar 98% yang berhasil mencapai target nasional sebesar 80%. Desa yang memperoleh cakupan K/S tertinggi adalah Desa Ngudirejo, sedangkan cakupan K/S terendah adalah Desa Puton.

2. Partisipasi Masyarakat (D/S)

Indikator ini menunjukkan tingkat partisipasi masyarakat dalam program kegiatan posyandu, yaitu dengan menghitung perbandingan antara jumlah balita yang datang dan ditimbang dengan jumlah seluruh balita yang ada di wilayah kerja Posyandu. Cakupan D/S di wilayah kerja Puskesmas Cukir adalah sebesar 80% yang berhasil mencapai target nasional sebesar 80%. Dari 11 desa, desa yang partisipasi masyarakatnya mencapai target adalah Desa Bulurejo, Desa Grogol, Desa Cukir, Desa Kedawong, dan Desa Ngudirejo, sedangkan desa dengan partisipasi masyarakat yang rendah adalah Desa Kayangan, Desa Desa Puton, Desa Bendet, Desa Jatirejo, Desa Ceweng, dan Desa Bandung. Salah satu penyebab cakupan D/S rendah adalah kesulitan ibu rumah tangga untuk mengakses posyandu. Hal ini dapat disebabkan karena letak posyandu yang terlalu jauh atau karena ibu tidak memiliki waktu untuk membawa balita ke posyandu karena bekerja.

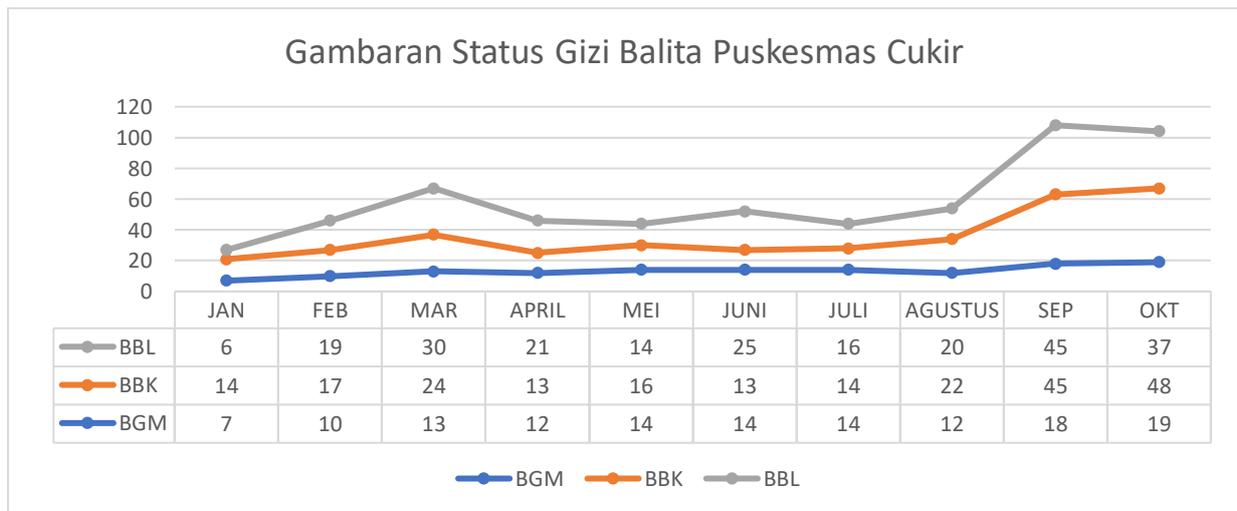
3. Tingkat Pencapaian Program (N/S)

Indikator ini diartikan sebagai keberhasilan atau kegagalan dalam mencapai program posyandu. Tingkat pencapaian program dapat di klasifikasikan menjadi dua kategori Posyandu berhasil bila N/S lebih dari atau sama dengan 40% dan posyandu kurang berhasil bilai nilai N/S kurang dari 40%. Cakupan N/S di wilayah kerja Puskesmas Cukir terkategori sangat baik yang mencapai 75% yang berhasil melebihi target nasional. Dari 11 desa yang masuk ke dalam wilayah kerja Puskesmas Cukir, hanya Desa Puton yang gagal mencapai target nasional.

4. Dampak Program (N/D)

Indikator dampak program dihitung berdasarkan perbandingan antara jumlah balita yang naik timbangannya dengan balita yang datang dan ditimbang. Cakupan N/D di wilayah kerja Puskesmas Cukir mencapai 98%, dimana target cakupan N/D adalah 80%. Hanya satu desa di wilayah kerja Puskesmas Cukir yang tidak dapat mencapai target N/D yaitu Desa Bendet yang hanya mencapai 74%.

4.8.4.1 Gambaran Status Gizi Balita di Wilayah Puskesmas Cukir



Berdasarkan grafik di atas, jumlah balita yang berat badannya berada di bawah garis merah (BGM) cenderung stagnan setiap bulannya. BGM adalah pertumbuhan anak yang tidak optimal ditandai dengan berat badan menurut umur kurang dari standar yang dapat diketahui secara visual melalui *plotting* dalam KMS (Kartu Menuju Sehat) berada di bawah garis merah (Sandjaja, 2009; Safitri dan Darmaningtyas, 2016). Secara keseluruhan, rerata persentase BGM di wilayah Puskesmas Cukir bila dibandingkan dengan rerata jumlah balita yang ditimbang adalah mencapai 1% yang artinya berada di bawah target nasional yang sebesar 5%. Selain pertumbuhan balita di bawah garis merah, permasalahan gizi pada balita di wilayah kerja Puskesmas Cukir lainnya adalah berat badan menurut umur yang kurang dari standar serta berat badan menurut umur yang lebih dari standar.

4.8.4.1 Kegiatan Operasi Timbang Posyandu

Selama kegiatan magang, mahasiswa mengikuti kegiatan penimbangan balita di posyandu dengan rincian kegiatan sebagai berikut.

Tanggal pelaksanaan Rabu, 13 November 2019

Tempat	Posyandu Desa Puton 1
Peserta	30 orang
Kegiatan	Kegiatan dimulai pukul 09.00 WIB meliputi penimbangan berat badan, tinggi badan, serta pembagian pemberian makanan tambahan pada balita
Evaluasi	Alat pengukuran antropometri tidak dikalibrasi dan metode pengukuran kurang tepat, seperti pembacaan angka hasil pengukuran kurang presisi
Kelebihan	Peserta dapat mengetahui <i>update</i> pertumbuhan balita serta mendapatkan makanan tambahan untuk balita, khususnya yang mengalami pertumbuhan di bawah garis merah.
Kekurangan	<ol style="list-style-type: none"> Pelayanan meja posyandu 4 tidak berjalan efektif. Terbukti ketika posyandu berlangsung, meja posyandu 4 tidak digunakan untuk melaksanakan konseling gizi. Tidak dilaksanakannya <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman ibu mengenai pertumbuhan anak.
Saran	Dilakukannya kalibrasi, pembinaan kader, serta pergantian alat (bila perlu) supaya pengukuran antropometri balita dapat lebih presisi dan akurat
Monev	Adanya kenaikan berat badan dan tinggi badan/panjang badan pada balita

5.4.1 Pojok Gizi

Pojok Gizi (POZI) adalah pelayanan gizi profesional yang di berikan di Puskesmas oleh tenaga gizi terdidik atau terlatih kepada setiap pengunjung Puskesmas yang membutuhkan dan bertujuan untuk pencegahan,

penanggulangan, penyembuhan dan pemulihan penyakit yang berkaitan dengan gizi. Pelayanan gizi menyeluruh (profesional) adalah pelayanan gizi yang diberikan oleh tenaga gizi terdidik atau terlatih berupa konseling dan anjuran dietetik, pemberian intervensi gizi berdasarkan hasil pengkajian yang sesuai dengan kaidah ilmu gizi. Kaidah gizi meliputi kajian status gizi, kebiasaan makan, laboratorium dan klinis (Depkes RI, 2002).

Menurut Yuandari (2012), komponen layanan pojok gizi antara lain.

1. Pengkajian Gizi

- A. Pengkajian status gizi adalah kegiatan mengkaji hasil pengukuran anthropometri yaitu mengkaji hasil pengukuran tinggi badan (TB), berat badan (BB) dan lingkar lengan atas terhadap setiap pengunjung POZI di Puskesmas berdasarkan standar yang telah ditentukan (KMS, IMT, LILA, dll).
- B. Pengkajian klinis adalah kegiatan mengkaji dan mengamati tanda-tanda klinis atau kelainan secara fisik yang dapat dilihat dari pengunjung (pucat, lesu, bercak pada mata, rambut kusam, kulit kasar, pembengkakan atau oedema, dll).
- C. Pengkajian laboratorium adalah kegiatan mengkaji hasil pemeriksaan kadar gula darah, kadar hemoglobin darah (Hb), urine, cacing, sputum, dll.
- D. Pengkajian kebiasaan makan adalah pemberian informasi tentang kebiasaan makan, pola makan dan asupan makanan dalam sehari (anamnesis).

2. Konseling Gizi

Konseling gizi adalah kegiatan pemberian informasi atau nasehat tentang gizi dan dietetik yang erat kaitannya dengan kondisi gizi dan kesehatan seseorang. Konseling gizi diawali dengan pengkajian gizi.

3. Dietetik

Dietetik yaitu anjuran pemberian makanan khusus atau diet yang sesuai dengan penyakit seseorang (KEP, obesitas, hipertensi, diabetes melitus) termasuk pemberian suplementasi gizi (Depkes RI, 2002).

Selama melaksanakan kegiatan magang, mahasiswa diberikan kesempatan untuk memberikan konseling kepada pasien rawat jalan dengan

diagnosis medis diabetes mellitus tipe dua, hipertensi, serta asam urat (*gout*) yang dirujuk oleh dokter. Ketika memberikan konseling, mahasiswa dibantu oleh media berupa brosur/leaflet diet sesuai dengan jenis penyakit yang dialami pasien. Kelebihan dari kegiatan konseling di pojok gizi adalah tingginya akurasi atau ketepatan solusi untuk masalah pasien yang disesuaikan dengan hasil identifikasi masalah melalui proses penggalian informasi ketika melakukan wawancara kepada pasien. Selain itu, konseling bersifat interpersonal sehingga penyampaian informasi kepada pasien akan menjadi jauh lebih efektif. Akan tetapi, kekurangan dari kegiatan konseling gizi adalah keterbatasan waktu yang hanya dipatok maksimal 20-30 menit per pasien dalam sekali konseling.

4.9 Analisis Efektivitas dan Efisiensi

4.9.1 Penyuluhan Posyandu

Berdasarkan data target capaian program di Puskesmas Cukir, program ini sudah efektif dikarenakan capaian hasil untuk penyuluhan posyandu sudah melebihi dari target sasaran. Target penyuluhan hipertensi adalah 30 lansia dan capaian yang diperoleh 30 lansia hadir dalam kegiatan penyuluhan, target penyuluhan cakupan ASI eksklusif adalah 15 orang dan sasaran yang hadir sudah mencapai target yaitu 15 orang ibu hamil dan target penyuluhan mineral mix adalah 15 orang dan sasaran yang hadir sudah mencapai target yaitu 15 orang ibu atau pengasuh balita.

4.9.2 Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Balita dan Ibu Hamil KEK

Pemberian makanan tambahan balita dinilai sudah efektif karena sudah mencapai target sasaran. Dalam satu tahun, ditemukan satu balita yang mengalami gizi buruk. Pada bulan Mei 2019, balita gizi buruk tersebut juga mendapatkan penanganan medis dan pada bulan berikutnya diberikan makanan tambahan untuk proses *recovery*.

Bulan Penimbangan Posyandu	Jumlah BGM	Persentase Pemberian Makanan Tambahan
Januari	7	100%
Februari	10	100%
Maret	13	100%
April	12	100%
Mei	14	100%

Juni	24	100%
Juli	19	100%
Agustus	20	100%
September	25	100%
Oktober	23	100%

Tabel 18 Persentase Pemberian Makanan Tambahan Balita

Sayangnya, pemberian makanan tambahan perlu dievaluasi ulang karena cenderung diberikan kepada seluruh balita baik yang memiliki status gizi normal maupun gizi kurang. Selain itu, pemberian makanan tambahan untuk balita dengan status gizi BB/U dan BB/PB atau IMT/U terkategori kurang biasanya dikonsumsi oleh ibu atau pengasuh balita. Dengan demikian, kenaikan berat badan yang optimal akan sulit dicapai.

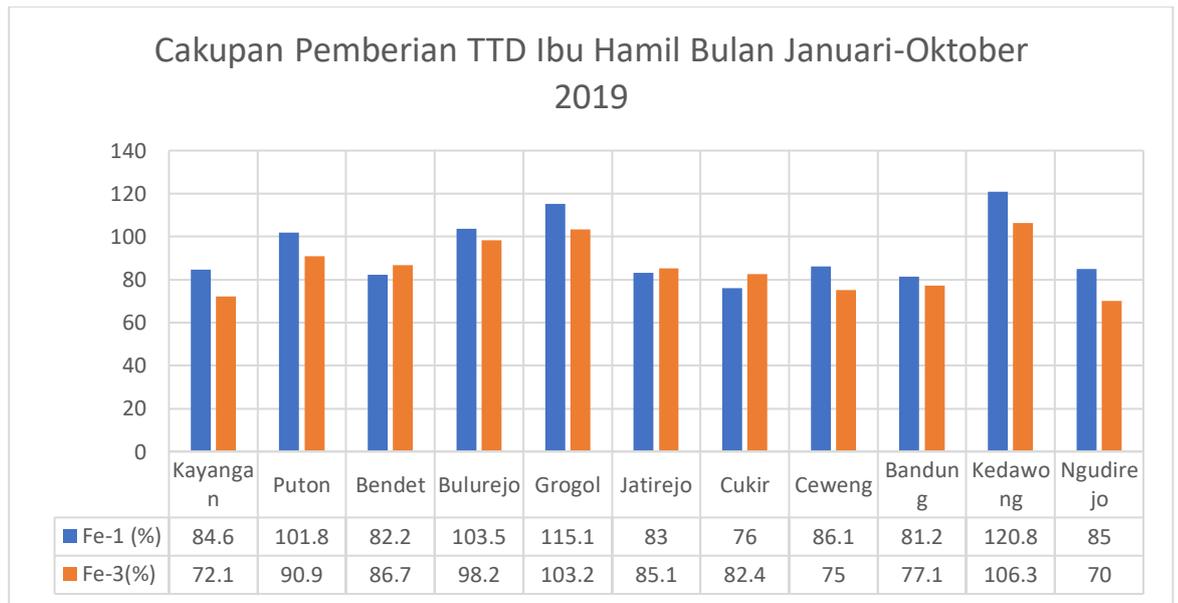
Sasaran pemberian makanan tambahan lainnya adalah ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronis (KEK). Berikut ini data persentase ibu hamil KEK yang mendapatkan makanan tambahan.

Bulan	Jumlah Ibu Hamil KEK	Jumlah Pemberian Makanan Tambahan	Persentase
Januari	13	13	100%
Februari	16	16	100%
Maret	3	3	100%
April	2	2	100%
Mei	12	12	100%
Juni	3	3	100%
Juli	8	8	100%
Agustus	24	24	100%
September	14	14	100%
Oktober	17	7	100%

Tabel 19 Persentase Pemberian Makanan Tambahan Ibu Hamil KEK

4.9.3 Kegiatan Pemberian Tablet Tambah Darah

Secara keseluruhan, pada bulan Januari-Oktober, cakupan target pemberian tablet tambah darah 30 tablet (Fe-1) mencapai 92,6% yang sudah memenuhi target nasional sebesar 90%, sedangkan cakupan pemberian TTD 90 tablet mencapai 86% yang belum memenuhi target nasional. Desa yang belum memenuhi target pada pemberian TTD 30 tablet dan 90 tablet adalah Desa Kayangan, Bendet, Jatirejo, Cukir, Ceweng, Bandung, serta Ngudirejo. Desa Kayangan, Bendet, Jatirejo.



Gambar 7 Cakupan Pemberian TTD Ibu Hamil

4.9.4 Cakupan Pemberian Vitamin A

Sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM), target pemberian vitamin A pada bayi dan balita masing-masing adalah 85%. Pada tahun 2019, cakupan pemberian vitamin A pada bayi dan balita telah memenuhi target nasional karena masing-masing mencapai 100% dan 115% secara keseluruhan. Dengan demikian, cakupan pemberian vitamin A di wilayah kerja Puskesmas Cukir dapat dinilai efektif.

No	Nama Desa	Jumlah Sasaran		Cakupan Vitamin A Tahun 2019			
		Bayi	Balita	Bayi	Persentase	Balita	Persentase
1	Kayangan	99	382	96	97%	368	96%
2	Puton	53	204	48	91%	114	56%
3	Bendet	42	164	40	95%	165	101%
4	Bulurejo	112	431	120	107%	570	132%
5	Grogol	123	471	125	102%	502	107%
6	Jatirejo	87	337	90	103%	360	107%
7	Cukir	119	459	110	92%	501	109%
8	Ceweng	66	257	70	106%	307	119%
9	Bandung	161	623	160	99%	740	119%
10	Kedawong	45	173	48	107%	221	128%
11	Ngudirejo	76	293	81	107%	399	136%

Tabel 20 Cakupan Pemberian Vitamin A pada Bayi dan Balita

4.9.5 Pelayanan kesehatan ibu hamil (K1 dan K4)

Hasil pencapaian di Puskesmas Cukir cakupan K1 sebesar 105,66 % dan cakupan K4 sebesar 105,47 % tahun 2018. Capain ini sudah mencapai target tetapi masih ada kesenjangan antara K1 dan K4 dengan harapan seluruh ibu hamil mendapat pelayanan paripurna dengan pelayanan ANC terpadu yang terjadwal dan kelas ibu hamil. Dengan demikian, pelayanan kesehatan ibu hamil dinilai sudah efektif.

4.10 Rencana Tindak Lanjut

No	Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Tempat	Waktu	Pelaksana	Biaya	Kete-rangan
1.	Melaksanakan kegiatan pemberian vitamin A pada bayi sesuai dengan jadwal di bulan Februari dan Agustus	Meningkatkan cakupan bayi yang mendapatkan kapsul vitamin A	Balita	61 Posyandu di wilayah Puskesmas Cukir	Februari dan Agustus	Bidan	-	-
2.	Melaksanakan kegiatan pemberian vitamin A pada balita sesuai dengan jadwal di bulan Februari dan Agustus	Meningkatkan cakupan balita yang mendapatkan kapsul vitamin A sebanyak 2 kali dalam setahun	Balita	61 Posyandu di wilayah Puskesmas Cukir	Februari dan Agustus	Bidan	-	-
3.	Pemberian PMT pada balita BGM	Menurunkan angka balita BGM	Balita BGM	11 desa wilayah Puskesmas Cukir	Maret	Petugas gizi dan bidan	-	-
4.	Mengajukan anggaran untuk penyediaan tablet tambah darah	Menyedakan stok tablet tambah darah yang cukup untuk diberikan kepada remaja putri di Puskesmas Cukir	Benda-hara	Puskesmas Cukir	Desember	Petugas Obat	JKN	-

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan selama kegiatan magang, dapat diketahui bahwa :

1. Berdasarkan hasil pengamatan, permasalahan gizi yang ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Cukir adalah tingginya angka BBLR, rendahnya cakupan ASI eksklusif, tingginya prevalensi balita BGM, serta tingginya prevalensi hipertensi terutama pada lansia.
2. Dalam menanggulangi permasalahan gizi yang ada, Puskesmas Cukir mengimplementasikan program gizi yang diantaranya adalah penyuluhan gizi, pemberian makanan tambahan pada ibu hamil KEK dan balita BGM, pemberian tablet tambah darah 30 tablet dan 90 tabel untuk ibu hamil dan wanita usia produktif (WUS), pemberian kapsul vitamin A untuk bayi dan balita pada bulan Februari dan Agustus, kegiatan pemantauan status gizi (PSG) balita yang meliputi operasi timbang, serta *screening* balita gizi buruk dan *stunting*, program kelompok pendukung ASI (KP-ASI), serta posyandu lansia.
3. Dari semua program yang telah diimplementasikan oleh Puskesmas, hanya program PMT ibu hamil KEK dan BGM, program pemberian TTD Fe-1 dan Fe-3, program pemberian KVA bayi dan balita, serta program PSG (Cakupan D/S, N/D, N/S) yang efektif dilakukan. Hal ini dapat dilihat melalui capaian tiap program yang telah memenuhi dan/atau melebihi target. Program KP-ASI tidak berjalan semestinya karena keterbatasan sumber daya.
4. Program kegiatan gizi di Puskesmas Cukir yang diikuti yaitu Posyandu Balita, Posyandu Lansia, dan Pelaksanaan Pojok Gizi.

5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut.

1. Perlu adanya kerjasama lintas sektor dan melibatkan *stakeholder* dalam program atau kegiatan gizi, misalnya dilakukan advokasi dengan kepala desa untuk menambahkan/mengalokasikan dana/anggaran kesehatan terkait gizi.
2. Perlu dilakukan koordinasi dengan tenaga kesehatan seperti KIA, bidan yang menangani persalinan dan bidan desa dalam penyampaian pentingnya ASI Eksklusif pada bayi.

3. Perlu adanya kegiatan pemantauan sensitifitas alat yang digunakan untuk operasi timbang di posyandu serta optimalisasi meja 4 untuk konseling gizi di posyandu
4. Perlu dilakukannya sensus identifikasi masalah gizi di rumah tangga untuk menggali faktor pengaruh permasalahan gizi rumah tangga

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang. 2018. Profil Kesehatan Kabupaten Jombang.
- Nurhidayah Listia. 2017. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Masyarakat Desa Jurangbahas Dalam Pemanfaatan Puskesmas di Puskesmas II Wangon Kecamatan Wangon Kabupaten Banyumas. Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto
- Symond Denas. 2013. Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan dan Prioritas Jenis Intervensi Kegiatan dalam Pelayanan Kesehatan di Suatu Wilayah. Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol 7 No 2
- Yuandari Meita. 2012. Gambaran Konseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (Bgm) Berdasarkan Pedoman Konseling Gizi Depkes RI Tahun 2008. Jember: Universitas Jember

LAMPIRAN

Apakah hipertensi berbahaya?
Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan:

 **Stroke**
 **Gagal ginjal**
 **Gagal jantung**

Klasifikasi Tekanan Darah

120/80	135/88	140/90
NORMAL	PRE-HIPERTENSI	HIPERTENSI

Individu ≥ 50 tahun harus memeriksa tekanan darah secara rutin dan mengupayakan tekanan darahnya minimal $< 150/90$



Prodi S1 Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga

HIPERTENSI
TEKANAN DARAH TINGGI



Konsumsi makanan yang dianjurkan



- Konsumsi buah dan sayuran sebanyak 4-5 kali dalam satu hari
- Konsumsi ikan, daging ayam tanpa kulit, telur ayam kampung. Batasi konsumsi daging sapi, daging domba, bebek, daging kambing, jeroan (tetelan)
- Mengurangi makanan yang digoreng. Makanan lebih baik direbus, dipepes, dikukus, atau ditumis
- Membatasi garam hanya satu sendok teh per hari





Mengatasi hipertensi dapat dengan cara menjaga pola makan, melakukan olahraga ringan, mengontrol stress, dan mengonsumsi obat anti-hipertensi rutin (apabila didiagnosis hipertensi oleh dokter)



Makanan yang tidak boleh dikonsumsi

- Makanan bersantan dan berlemak, contohnya tetelan (otak, paru, hati, ginjal, gajih)
- Makanan bernatrium (asin), contohnya ikan asin, telur asin, keripik, biskuit.
- Makanan kaleng dan yang diawetkan, contohnya abon, dendeng, kornet,



ASI EKSKLUSIF

⇒ Apa Yang Dimaksud ASI Eksklusif?
Pemberian ASI **SAJA** sejak bayi dilahirkan hingga bayi berusia **6 bulan** tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain, bahkan air putih sekalipun, kecuali obat.

⇒ Manfaat ASI Eksklusif

- Tidak ribet, cepat, tidak mahal, higienis, selalu tersedia kapanpun dimanapun.
- Melindungi bayi dari berbagai macam penyakit seperti diare dan infeksi saluran pernapasan
- Menyusui membakar kalori sebanyak 250 kalori/hari bisa menurunkan berat badan. Ibu makin cantik dan menarik.

⇒ Kerugian Bayi Bila Tidak ASI Eksklusif

- Dapat merusak pencernaan bayi
- Mengurangi daya imun bayi
- Memperbesar resiko bayi terkena penyakit utamanya gizi buruk



⇒ Gizi Ibu Menyusui

- Semua makanan boleh dikonsumsi sesuai prinsip B2SAH (bergizi, berimbang, aman, dan halal).
- Makanan pelancar ASI (Daun katuk, ubi, kedelai, bayam, pare)

MEMERAH, MENYIMPAN DAN MEMBERI ASI PERAH PADA BAYI

- ⇒ Siapkan peralatan seperti gelas/plastik klip food grade khusus tempat simpan ASI perah.
- ⇒ Cuci tangan dengan sabun sebelum memerah.
- ⇒ Bersikap santai.
- ⇒ Letakkan ibu jari diatas daerah gelap.
- ⇒ Tekan dengan lembut ke arah daerah gelap
- ⇒ ASI mungkin menetes/ mengucur. Tampung ASI pada wadah yang bersih
- ⇒ Jangan menggosok kulit, memencet puting dapat menyebabka ASI berhenti mengalir.
- ⇒ Pijat dengan ibu jari dibagian yang berbeda dengan pola yang sama.



⇒ Perah satu payudara-minimal 3-5 menit, kemudian perah ASI dari payudara lainnya, kemudian ulangi keduanya total sekitar 20 mnt.
⇒ Simpan ASI dalam wadah bersih tertutup.

GIZI IBU HAMIL

⇒ Selama hamil semua makanan boleh dikonsumsi sesuai prinsip B2SAH (bergizi, berimbang, aman, dan halal).



- ⇒ Selama hamil, ibu perlu menambah makan dengan porsi kecil frekuensi sering agar zat gizi tercukupi
- ⇒ Minum air putih minimal 8 gelas/hr
- ⇒ Kurangi minum kopi dan teh saat makan karena dapat menghambat penyerapan zat gizi dari makanan yang dikonsumsi
- ⇒ Konsumsi tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan dan 3 bulan setelah persalinan dapat mencegah pendarahan, anemia, dan menurunkan resiko kematian ibu & bayi,
- ⇒ Minum kapsul vitamin A setelah melahirkan agar bayi mendapat vitamin A dari ASI ibu untuk mencegah penyakit..
- ⇒ Gunakan garam beryodium untuk membantu perkembangan otak bayi dan pertumbuhan janin dengan baik.
- ⇒ Ibu dengan usia muda harus makan dan istirahat lebih banyak.

LEAFLET EDUKASI ASUHAN GIZI PADA IBU HAMIL DAN ASI EKSKLUSIF



Program Studi S1 Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga
Surabaya

CARA MENYUSUI YANG BENAR



- ⇒ Posisi menyusui yang benar membantu anak menghisap dengan baik dan membantu produksi ASI lebih banyak.
- ⇒ Posisi Menyusui yang Benar:
 - Kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus.
 - Ibu mendekap badan bayi menopang seluruh badan bukan hanya kepala atau bahu bayi.
 - Wajah dan badan bayi menghadap payudara hidung menghadap puting dan keseluruhan bagian hitam sekitar puting masuk kemulut bayi.

ASI
Tidak akan bisa
TERGANTIKAN

BAGAIMANA BILA ASI BELUM KELUAR?

- ⇒ Bayi dapat puasa tidak mengonsumsi apapun selama 3 hari.
- ⇒ Walaupun ASI tidak keluar/produksinya sedikit bayi harus tetap disusui agar dapat merangsang produksi ASI ibu.

Kapasitas lambung si kecil	Usia	Kuantitas Susu
Cherry	Satu hari	5-7ml
Leci	Tiga hari	22-27ml
Aprikot	Seminggu	45-60ml
Telur ayam	Sebulan	80-150ml

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
BIDANG GIZI MASYARAKAT
DI PUSKESMAS CUKIR KABUPATEN JOMBANG**



Oleh:

NADHIFA AULIA ARNESYA

NIM. 101611233049

**PROGRAM STUDI GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

Daftar Isi

BAB I	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan	2
1.3 Manfaat.....	2
BAB II.....	3
BAB III.....	7
3.1 Gambaran Umum Target Populasi.....	7
BAB IV.....	12
4.1 Implementasi Program.....	12
4.2 Analisis SWOT	16
4.3 Analisis Efektivitas dan Efisiensi Program	17
4.4 Analisis Keberlanjutan Program	18
4.5 Sumber Pembiayaan	18
BAB V.....	20
LAMPIRAN	21

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada rancangan RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) tahun 2020-2024, salah satu agenda pembangunan yang diusung oleh pemerintah adalah meningkatkan sumber daya manusia berkualitas dan berdaya saing, yang dititikberatkan pada pemenuhan layanan dasar. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Kemenkes RI, 2010).

Program prioritas yang ditetapkan oleh pemerintah pada sektor kesehatan adalah peningkatan akses dan mutu kesehatan. *Stunting* dan juga pertumbuhan balita di bawah garis merah menjadi isu strategis dan merupakan *major project* yang dilakukan melalui peningkatan efektivitas intervensi spesifik, serta perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi. Hal ini dilakukan dalam upaya mencapai target Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang pada tahun 2020 diharapkan mencapai 75,56, dimana pada tahun 2018 IPM Indonesia baru mencapai 71,39 (Badan Pusat Statistika, 2019).

Untuk menangani permasalahan kesehatan yang terjadi di Indonesia dibutuhkan upaya komprehensif dan holistik dari sektor kesehatan dan para pemangku kepentingan. Green dan Kreuteur (1991) dalam Chairani (2011) mengemukakan bahwa perilaku seseorang terhadap kesehatan dilatarbelakangi oleh tiga hal yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang mencakup pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, dan tradisi atau kepercayaan klien terhadap penyakit dan pengobatannya; faktor yang mendukung (*enabling factors*) yang mencakup ketersediaan fasilitas kesehatan, sedangkan yang termasuk faktor pendorong (*reinforcing factors*) adalah adanya sikap atau dukungan keluarga dan sikap petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan termasuk di dalamnya melakukan kunjungan rumah (*home visit*). Dengan demikian, pendidikan gizi, terutama yang khusus menyinggung isu *stunting* dan pertumbuhan di bawah garis merah, yang dilakukan berbasis kunjungan rumah dapat

memengaruhi faktor predisposisi dan faktor pendorong dalam membentuk perilaku kesehatan yang diharapkan.

1.2 Tujuan

1. Mengimplementasikan program *home visit* atau kunjungan rumah pada keluarga yang memiliki balita dengan pertumbuhan di bawah garis merah (BGM)
2. Menganalisis situasi rumah tangga serta mengidentifikasi potensi determinan penyebab pertumbuhan balita di bawah garis merah (BGM)
3. Meningkatkan pengalaman serta keterampilan sosial pada *setting* masyarakat

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

1. Meningkatkan kemampuan *hardskill* dan *softskill* sebagai bekal untuk terjun di dunia kerja gizi masyarakat.
2. Menciptakan kepekaan serta mengasah dan menstimulasi kreativitas untuk melakukan *problem solving* pada *setting* komunitas
3. Menerapkan asas-asas pengabdian masyarakat melalui implementasi program pemberdayaan kesehatan masyarakat

1.3.2 Bagi Sasaran

1. Keluarga dapat menerima informasi kesehatan yang akurat dan valid melalui proses konseling
2. Keluarga menjadi lebih sadar terhadap kesehatan dan siap berpartisipasi aktif dan terlibat dalam agenda kesehatan untuk mengupayakan kesehatan keluarga secara menyeluruh
3. Masing-masing anggota keluarga dapat meningkatkan *self-efficacy* untuk melakukan perubahan ke arah paradigma sehat

BAB II

Tinjauan Pustaka

2.1 Balita di Bawah Garis Merah (BGM)

Bawah Garis Merah (BGM) adalah keadaan anak balita yang mengalami gangguan pertumbuhan akibat kekurangan gizi sehingga pada saat ditimbang berat badan anak balita di bawah garis merah pada KMS atau status gizi buruk (BB/U < -3 SD) atau adanya tanda-tanda klinis, sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI (2005), anak balita BGM adalah anak balita yang saat ditimbang berat badannya di bawah garis merah pada Kartu Menuju Sehat (KMS). KMS adalah kartu yang memuat kurva pertumbuhan anak balita berdasarkan indeks antropometri Berat Badan menurut Umur (BB/U) yang berfungsi sebagai alat bantu untuk memantau kesehatan dan pertumbuhan anak balita (Novitasari, 2016). World Health Organization (WHO) mencatat sedikitnya 23% balita di dunia mengalami berat badan yang rendah atau di bawah garis merah (Safitri, 2016). Di Indonesia jumlah balita yang mengalami berat badan di bawah garis normal berjumlah 34% (Riduwan, 2008; Safitri, 2016).

Berat badan anak balita yang sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak sehingga akan mempengaruhi status gizi anak balita (Safitri, 2016). Terdapat dua faktor yang memengaruhi kejadian BGM pada balita, yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung meliputi asupan makan dan penyakit infeksi, sedangkan faktor tidak langsung meliputi ketahanan pangan keluarga, pola asuh, sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan, umur anak, jenis kelamin anak, tempat tinggal, pendidikan, dan pekerjaan orang tua (Putri, 2013).

Berikut ini kerangka konseptual yang digagas oleh Unicef (1990) dalam



menggambarakan faktor yang memengaruhi status gizi balita.

Gambar 8 Kerangka Konseptual Masalah Gizi pada Anak

Dampak yang ditimbulkan akibat balita berada di pertumbuhan di bawah garis merah adalah.

1. Apabila gizi kurang terjadi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), maka dapat terjadi gangguan pertumbuhan otak dengan jumlah sel 15-20% lebih sedikit dibandingkan dengan anak-anak yang cukup makan (Berg, 1986; Retno, 2008).
2. Balita memiliki kerentanan terhadap penyakit infeksi yang disebabkan oleh tidak berkembang secara sepenuhnya sistem imunitas (Irsyada, 2018).
3. Balita berpotensi mengalami onset pubertas yang tertunda karena terganggunya proses maturasi jaringan gonad (Irsyada, 2018).

2.2 Kunjungan Rumah (*Home Visit*)

Berdasarkan Program Indonesia Sehat yang diusung oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2010, pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk

meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga-keluarga di wilayah kerjanya. Kunjungan rumah (keluarga) dilakukan secara terjadwal dan rutin, dengan memanfaatkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga).

Home visit adalah salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan di rumah yang tujuan utamanya adalah mencegah dan memberikan upaya penyembuhan kepada pasien-pasien yang menderita penyakit akut dan melibatkan pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan pelayanan. Tujuan dari pelayanan *home visit* adalah difokuskan pada keuntungan yang akan di dapat pasien, dimana pasien dapat memperoleh perawatan di rumah yang merupakan pilihan terbaik bagi orang-orang untuk mencapai kemandirian dan meningkatkan atau menjaga kualitas hidupnya. Menurut Nuryandari (2004) menyebutkan ruang lingkup pelayanan *home care* adalah:

1. Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
2. Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik
3. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik
4. Pelayanan informasi dan rujukan
5. Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan
6. Higiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan
7. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial

Menurut Rice (2001) jenis kasus yang dapat dilayani pada perawatan kesehatan di rumah meliputi kasus-kasus yang umum pasca perawatan di rumah sakit dan kasus-kasus khusus yang di jumpai di komunitas. Pelaksanaan pendekatan keluarga di Puskesmas mencakupi langkah-langkah sebagai berikut:

- a. pendataan kesehatan keluarga menggunakan formulir Prokesga oleh Pembina Keluarga (dapat dibantu Kader Kesehatan).
- b. pembuatan dan pengelolaan pangkalan data Puskesmas serta pengolahan data oleh tenaga pengelola data Puskesmas.
- c. analisis, perumusan intervensi masalah kesehatan, dan penyusunan rencana Puskesmas oleh tim manajemen Puskesmas.
- d. pelaksanaan penyuluhan kesehatan melalui kunjungan rumah oleh Pembina Keluarga.

- e. pelaksanaan pengorganisasian masyarakat dan pembinaan UKBM.
- f. pelaksanaan pelayanan kesehatan (dalam dan luar gedung) oleh tenaga kesehatan Puskesmas.

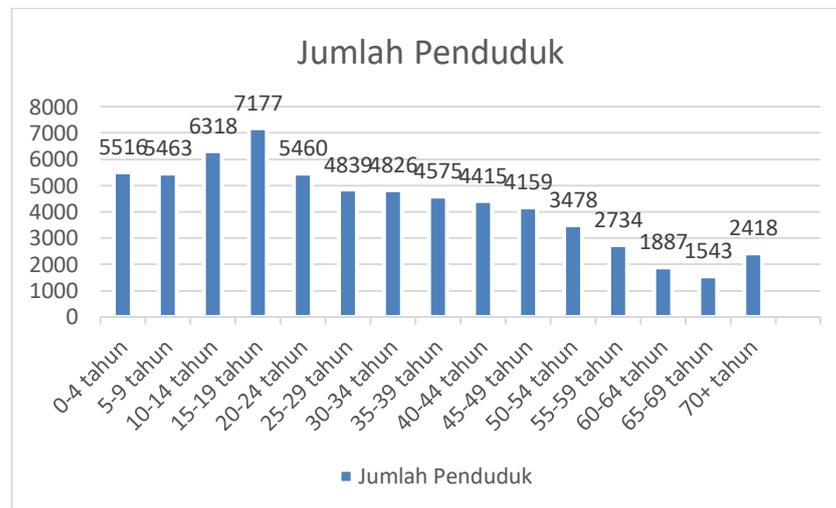
BAB III

GAMBARAN UMUM

3.1 Gambaran Umum Target Populasi

4. Jumlah Penduduk

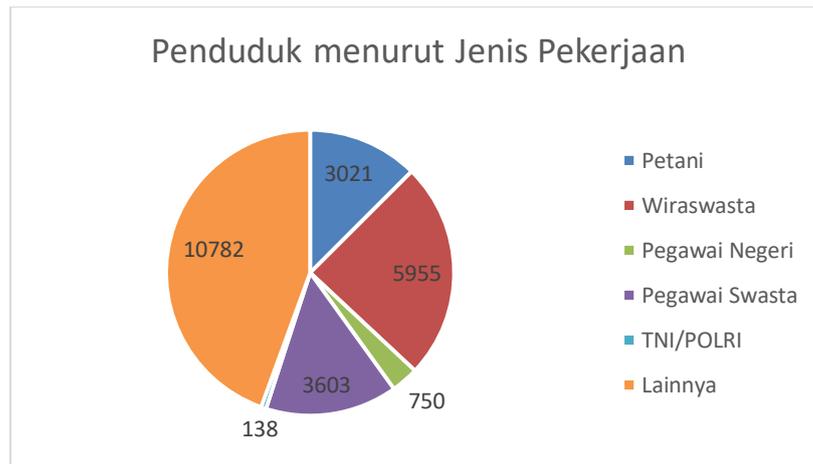
Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Cukir pada tahun 2018 adalah 62.980 jiwa yang terdiri dari penduduk laki-laki 31.983 jiwa dan perempuan 30.997 jiwa. Mayoritas penduduk di wilayah kerja Puskesmas Cukir didominasi oleh kelompok usia 15-19 tahun yang mencapai 7177 penduduk. Kelompok usia paling banyak disusul dengan kelompok usia 10-14 tahun yang mencapai 6318 penduduk dan kelompok usia 0-4 tahun 5516 penduduk. Berikut ini merupakan data penduduk di wilayah kerja Puskesmas Cukir berdasarkan usia.



Gambar 9 Jumlah penduduk di Kecamatan Diwek

5. Jenis Pekerjaan

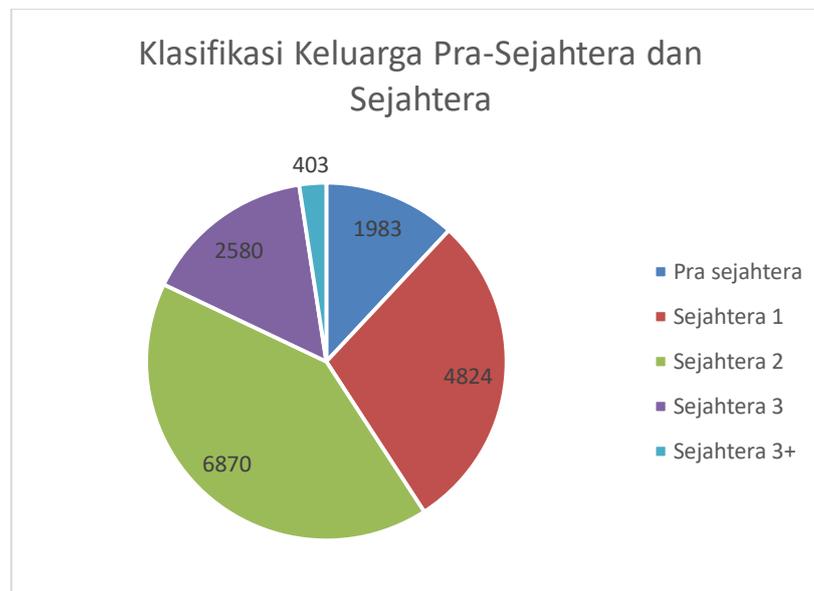
Penduduk di Kecamatan Diwek memiliki mata pencaharian yang beragam, jenis mata pencaharian yang paling banyak menopang kehidupan masyarakat adalah wiraswasta, yaitu sebanyak 5955 penduduk, yang diikuti dengan pegawai swasta yaitu 3603 penduduk, dan petani yang sebanyak 3021 penduduk.



Gambar 10 Gambaran penduduk menurut jenis pekerjaan

6. Gambaran Keluarga Pra-Sejahtera dan Sejahtera

Di wilayah kerja Puskesmas Cukir, terdapat 1983 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga prasejahtera (KPS), terdapat 4824 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga sejahtera I (KSI), terdapat 6870 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga sejahtera II (KSII), terdapat 2580 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga sejahtera III (KSIII), dan terdapat 403 keluarga yang diklasifikasikan sebagai keluarga sejahtera III Plus (KSIII Plus). Dalam hal ini, kelompok keluarga yang dikategorikan miskin oleh BKKBN adalah KPS dan KSI.



Gambar 11 Gambaran keluarga prasejahtera dan sejahtera wilayah kerja Puskesmas Cukir

Klasifikasi ini mengacu pada konsep kemiskinan menurut BKKBN. BKKBN mendefinisikan miskin berdasarkan konsep/pendekatan kesejahteraan keluarga,

yaitu dengan membagi kriteria keluarga ke dalam lima tahapan, yaitu keluarga prasejahtera (KPS), keluarga sejahtera I (KSI), keluarga sejahtera II (KSII), keluarga sejahtera III (KSIII), dan keluarga sejahtera III Plus (KSIII Plus). Aspek keluarga sejahtera dikumpulkan dengan menggunakan 21 indikator sesuai dengan pemikiran pakar sosiologi dalam membangun keluarga sejahtera dengan mengetahui faktor-faktor dominan yang menjadi kebutuhan setiap keluarga. Faktor-faktor dominan tersebut terdiri dari.

- a. Pemenuhan kebutuhan dasar
- b. Pemenuhan kebutuhan psikologi
- c. Kebutuhan pengembangan
- d. Kebutuhan aktualisasi diri dalam berkontribusi bagi masyarakat di lingkungannya

Keluarga prasejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, seperti kebutuhan pokok (pangan), sandang, papan, kesehatan, dan pengajaran agama. Mereka yang dikategorikan sebagai KPS adalah keluarga yang tidak memenuhi salah satu dari 6 (enam) kriteria KSI. Selanjutnya KS-I adalah keluarga yang sudah dapat memenuhi kebutuhan yang sangat mendasar, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi, yaitu satu atau lebih indikator pada tahapan KS-II.

6. Gambaran Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Cukir di antaranya adalah.

Jenis Pelayanan Kesehatan	Jumlah
Praktik dokter umum	11
Praktik dokter spesialis gigi	0
Praktik bidan mandiri	20
Puskesmas Induk	1
Puskesmas pembantu	2
Poli Bersalin Desa (Polindes)	8
Posyandu balita	61
Posyandu lansia	39
Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)	11

Tabel 21 Daftar Fasilitas Kesehatan Masyarakat

7. Situasi Derajat Kesehatan Masyarakat

C. Angka Mortalitas

4. Angka Kematian Bayi

Angka kematian bayi adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1000 kelahiran hidup (KH) pada tahun yang sama. AKB dapat menggambarkan kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat, karena bayi adalah kelompok usia yang paling rentan terkena dampak dari perubahan lingkungan maupun sosial ekonomi.

Faktor kematian bayi, secara garis besar dari sisi penyebab kematian bayi terbanyak di Puskesmas Cukir tahun 2018 sebanyak 3 bayi adalah aspirasi 2 bayi (0,21%) dan kelainan bawaan 1 bayi (0,10%).

5. Angka Kematian Ibu Maternal

Angka kematian ibu (AKI) menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan, persalinan dan nifas, serta penanganannya dalam hal ini tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidental selama kehamilan, melahirkan, dalam masa nifas dimulai sejak 6 jam pasca bersalin sampai dengan 42 hari setelah melahirkan tanpa memperhitungkan lama kehamilan, per 100.000 kelahiran hidup.

Target MDGs untuk penurunan AKI adalah sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2018. Di Puskesmas Cukir pada tahun 2018 tercatat 4 kasus kematian ibu melahirkan (syok sepsis, kardiomiopati, anemia aplastik dan diabetes mellitus). Informasi mengenai AKI akan bermanfaat untuk pengembangan peningkatan kesehatan reproduksi, terutama pelayanan kehamilan dan membuat kehamilan yang aman bebas resiko tinggi, program peningkatan jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, penyiapan sistem rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, penyiapan keluarga dan suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang semuanya bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi.

D. Status Gizi Masyarakat

Status gizi masyarakat dapat diukur melalui beberapa indikator, antara lain; bayi dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), status gizi balita dan anak sekolah, anemia gizi besi pada ibu, remaja, ibu hamil KEK (Kekurangan Energi Kronis) dan gangguan akibat kekurangan yodium.

3. Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah

Berdasarkan kohort bayi, jumlah BBLR di Puskesmas Cukir yang dilaporkan tahun 2018 sebanyak 2 bayi (0,18%) sedangkan bayi lahir yang ditimbang 1.110 bayi. Kasus BBLR ini menjadi perhatian khusus karena seringkali menyebabkan kematian bayi.

4. Status Gizi Balita

Status gizi balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat status gizi masyarakat. Salah satu cara penilaian status gizi balita adalah dengan pengukuran antropometri yang menggunakan Indeks Masa Tubuh (IMT) yaitu pengukuran tubuh dibandingkan umur, berat badan/ umur (BB/U), berat badan per tinggi badan (BB/TB), atau tinggi badan per umur (TB/U). Jumlah balita di Puskesmas Cukir tahun 2018 adalah 4.826 balita, yang ditimbang 4.285 balita (88,79%), sedangkan balita yang naik BB nya sebanyak 3.769 (78,10 %) sedangkan untuk balita BGM sebanyak 15 (0,41%).

5. Status Gizi ibu Hamil

Pada tahun 2018 cakupan target pemberian tablet adalah pemberian tablet 30 Fe(Fe1) mencapai 105,56%, sedangkan untuk pemberian 90 tablet Fe (Fe3) mencapai 105,47% hal ini menunjukkan bahwa pemberian Fe sesuai target sebesar 90%.

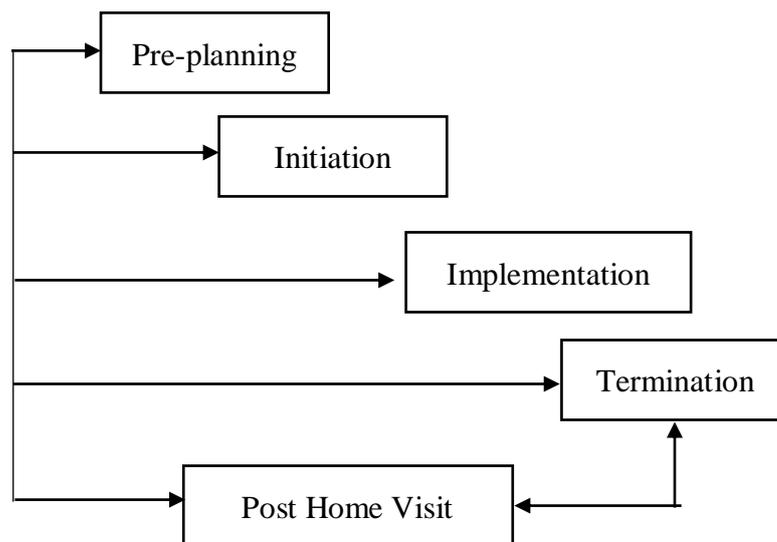
BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Implementasi Program

Kegiatan utama di dalam program ini adalah kunjungan rumah pada dua sasaran balita yang mengalami pertumbuhan di bawah garis merah. Data balita BGM didapatkan dari arsip gizi. Eksekusi kegiatan dibantu oleh seorang kader kesehatan yang diberikan *briefing* terlebih dahulu mengenai kegiatan yang akan dilakukan. Kader kesehatan berfungsi untuk mengarahkan petugas ke rumah sasaran dan mendampingi proses kunjungan hingga selesai. Pendampingan dilakukan dengan tujuan agar keluarga sasaran merasa lebih nyaman untuk dikunjungi karena keluarga telah mengenal kader kesehatan, sehingga keluarga merasa lebih terbuka dalam proses wawancara.

Dalam mengimplementasikan program *home visit*, terdapat beberapa tahapan kegiatan yang dilalui yang digambarkan melalui skema di bawah ini.



Gambar 12 Skema *Home Visit*

1. *Pre-planning*

Dalam tahap ini, mahasiswa melakukan penetapan *goal* yang diantaranya adalah.

- a. Meningkatkan pengetahuan ibu mengenai pertumbuhan balita di bawah garis merah (BGM) serta Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS).
- b. Terdapat perubahan perilaku keluarga yaitu menerapkan prinsip hygiene dan sanitasi, seperti mencuci tangan pada saat keluar kamar mandi dan sebelum makan, serta mempraktikkan enam langkah cuci tangan yang tepat.

Selain menetapkan *goal*, pada tahap *pre-planning* juga dilakukan pemilihan sasaran program. Di wilayah kerja Puskesmas Cukir, Desa Grogol merupakan desa

dengan balita di bawah garis merah paling banyak dengan jumlah mencapai 12 balita. Dengan demikian, Desa Grogol dijadikan lokasi sasaran. Akan tetapi, karena keterbatasan waktu dan dana, hanya dua balita yang dijadikan sebagai sasaran kunjungan rumah. Kedua balita tersebut adalah Bilqis, berjenis kelamin perempuan berusia lima tahun dengan berat badan lahir 3,2 kg, dan Alinka, berjenis kelamin perempuan berusia dua tahun lima bulan dengan berat badan lahir 2,8 kg. Kedua subjek pernah mengikuti kegiatan Taman Pemulihan Gizi (TPG) di Desa Grogol sebanyak satu kali. Akan tetapi, kegiatan tersebut tidak cukup efektif untuk memulihkan status gizi keduanya dan saat ini kegiatan TPG tidak dilakukan lagi secara berkala.

Tahapan kegiatan selanjutnya adalah berkoordinasi dengan Bidan Desa Grogol serta kader kesehatan mengenai kebutuhan logistik serta waktu kunjungan rumah. Selain itu, kegiatan yang dilakukan adalah menyiapkan instrumen dan media yang dibutuhkan.

2. *Initiation*

Tahap inisiasi dilakukan pada hari Sabtu, 23 November 2019 di Desa Grogol pada pukul 10.00 WIB. Pada tahap ini dilakukan perkenalan awal antara petugas dengan keluarga,. Petugas menjelaskan tujuan kunjungan, serta berdiskusi mengenai kesediaan keluarga untuk dikunjungi pada jadwal kunjungan selanjutnya. Pada tahap ini juga dilakukan penggalan faktor determinan penyebab BGM pada balita di keluarga melalui proses wawancara dengan ibu atau pengasuh balita. Diantara kedua subjek, permasalahan pertumbuhan BGM diinisiasi oleh praktis higiene dan sanitasi yang rendah sehingga balita memiliki risiko tinggi terhadap infeksi, terutama infeksi parasit seperti cacing, dan asupan makan yang rendah.

Kondisi rumah subjek pertama, Bilqis, berada tepat di samping sungai dengan air yang berwarna hijau tidak pekat. Keluarga subjek pertama sudah memiliki jamban leher angsa dan air yang digunakan di rumah tangga adalah air tanah. Di dalam keluarga subjek pertama tidak ada anggota keluarga yang merokok. Sedangkan, kondisi rumah subjek kedua, Alinka, berada di dalam gang yang sedikit kumuh karena cukup padat penduduk, bangunan rumah sedikit tidak layak, dan keluarga dinyatakan sebagai keluarga sejahtera 1 yang menerima dana hibah oleh Dinas Sosial Kab. Jombang. Akan tetapi, keluarga subjek kedua sudah memiliki jamban leher angsa dan air yang digunakan berasal dari air tanah. Di dalam keluarga subjek kedua terdapat anggota yang merokok yaitu kepala keluarganya.

Pada saat mengidentifikasi masalah dilakukan pula *food recall* terhadap kedua balita. Berikut ini hasil *food recall* subjek.

a) Bilqis

Waktu	Makanan yang Habis Dikonsumsi
07.00 WIB	Nasi putih 1 centong Bayam 5 sendok makan Labu air 2 sendok makan
19.00 WIB	Nasi putih 1 centong Ikan lele 1 potong sedang
17.00 WIB	Biskuit roma kelapa 2 buah
13.00 WIB	Nasi putih 1 centong Ikan lele 1 potong sedang
11.00 WIB	Susu ultramilk 200 ml rasa coklat

Hasil *recall* menunjukkan bahwa energi yang dikonsumsi oleh subjek pertama hanya mencapai 483,9 kkal, yang apabila dibandingkan dengan kebutuhan anak usia lima tahun menurut AKG yang sebesar 1600 kkal maka asupannya hanya memenuhi 30% dari kebutuhan. Sementara itu, asupan karbohidrat pasien hanya mencapai 91 gram yang memenuhi 41% dari kebutuhannya sebesar 220 gram. Sedangkan, asupan protein dan lemak pasien terkategori adekuat yaitu masing-masing sebesar 35,5 gram dan 64,8 gram, dimana masing-masing memenuhi 101% dan 104% dari kebutuhan. Ketika berusia 0-6 bulan, subjek pertama diberikan ASI eksklusif dan dilanjutkan hingga umur dua tahun. Subjek pertama lahir cukup bulan dengan berat badan lahir sebesar 3,2 kg.

Diketahui subjek pertama memiliki kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan, begitupun sang ibu yang mengaku sering lupa mencuci tangan sebelum menyuapkan makanan kepada anaknya. Makanan hewani dan nabati yang sering dikonsumsi oleh subjek pertama adalah ceker ayam, ikan lele, tahu, dan tempe. Subjek pertama tidak terlalu menyukai daging ayam dan daging sapi. Sedangkan sayuran yang paling sering dikonsumsi adalah sayur bayam bening. Subjek pertama menyukai susu merk ultramilk dengan varian rasa coklat ukuran 200 ml dan biasa mengonsumsinya satu-dua kali dalam sehari. Makanan cemilan yang biasa dikonsumsi adalah biskuit roma kelapa yang rerata sehari bisa mengonsumsi dua-tiga keping.

b. Alinka

Waktu	Makanan yang Habis Dikonsumsi
08.00 WIB	Nasi putih 1 centong Bayam 3 sendok makan

Waktu	Makanan yang Habis Dikonsumsi
07.00 WIB	Kerupuk 1 buah
18.00 WIB	Kerupuk 1 buah Nasi putih 1 centong Tahu 2 buah
16.00 WIB	Kerupuk 1 buah
13.00 WIB	Nasi putih 1 centong Bayam 5 centong Tahu 1 buah

Hasil *recall* menunjukkan bahwa asupan makanan subjek kedua tidak cukup adekuat secara keseluruhan. Hal ini diketahui dari asupan energinya yang hanya mencapai 432,6 kkal dari kebutuhan anak usia dua tahun menurut AKG yang sebesar 1125 kkal, sehingga asupannya hanya memenuhi 38% dari kebutuhan. Asupan protein, lemak, dan karbohidratnya masing-masing hanya mencapai 11,8 gram, 9 gram, dan 76,5 gram. Pemenuhan asupan protein, lemak, dan karbohidrat masing-masing adalah 45%, 20%, dan 49% jika dibandingkan dengan kebutuhan menurut AKG (2013). Subjek kedua mendapatkan ASI eksklusif dan pemberian ASI dilanjutkan hingga berusia dua tahun. Subjek kedua lahir cukup bulan dengan berat badan lahir sebesar 2,8 kg.

Subjek kedua memiliki kebiasaan mengonsumsi kerupuk dan aneka minuman es. Dalam sehari, subjek dapat menghabiskan lima buah kerupuk dan satu kali minum es yang diakses dari penjual sekitar rumah. Variasi makanan yang dikonsumsi juga lebih rendah karena subjek hanya mengonsumsi sayur bayam dan tahu dalam sehari. Makanan hewani yang mampu diakses oleh keluarga adalah telur ayam.

6. *Implementation*

Tahap implementasi dilakukan pada hari Selasa, 26 November 2019 pukul 10.00 WIB. Pada tahap implementasi dilakukan konseling sesuai dengan kondisi keluarga. Materi konseling yang diberikan kepada keluarga subjek pertama adalah informasi mengenai pertumbuhan balita di bawah garis merah yang meliputi definisi, faktor determinan utama, serta dampak jangka pendek dan jangka panjang, materi lainnya adalah panduan pola makan untuk balita, serta panduan mencuci tangan dengan enam langkah.

Sedangkan, materi konseling yang diberikan adalah informasi mengenai pertumbuhan balita di bawah garis merah yang meliputi definisi, faktor determinan utama, serta dampak jangka pendek dan jangka panjang, dan materi lainnya adalah panduan pola makan untuk balita dengan bahan yang disesuaikan dengan sumber daya, panduan mencuci tangan dengan enam langkah, serta panduan jajan sehat.

Materi konseling disampaikan dengan bantuan brosur/*leaflet*. Khusus mengenai panduan mencuci tangan, petugas melakukan demonstrasi enam langkah sesuai dengan yang direkomendasikan oleh WHO. Dalam melakukan konseling, keluarga juga didorong untuk mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas apabila mengalami permasalahan kesehatan.

7. Terminasi

Tahap terminasi dilakukan pada hari Kamis, 28 November 2019 pukul 10.00 WIB. Pada tahap terminasi dilakukan monitoring dan evaluasi keluarga sasaran. Monev dilakukan dengan cara meminta keluarga sasaran untuk memberikan *review* materi yang diberikan pada kunjungan sebelumnya. Selain itu, keluarga sasaran juga diminta untuk melakukan demonstrasi ulang enam langkah cuci tangan yang direkomendasikan oleh WHO. Kedua keluarga t dapat memberikan *review* mengenai materi yang diberikan pada pertemuan sebelumnya dan dapat melakukan demonstrasi ulang enam langkah cuci tangan.

8. *Post-Home Visit*

Pada tahapan ini dilakukan pembuatan laporan hasil kunjungan rumah pada keluarga sasaran serta menganalisis efektivitas dan efisiensi program berdasarkan kenyataan di lapangan.

4.2 Analisis SWOT

1. *Strength* atau Kekuatan

- a) Pelayanan kesehatan berbasis kunjungan rumah dapat meningkatkan *engagement* antara petugas dengan masyarakat sehingga terjalin rasa kepercayaan masyarakat terhadap petugas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, akses masyarakat terhadap faskes dasar dapat meningkat.
- b) Karena petugas melakukan asesmen secara menyeluruh langsung di rumah tangga, petugas menjadi lebih memiliki gambaran mengenai skema permasalahan yang terjadi di masyarakat terkait BGM pada wilayah kerjanya sehingga dapat merumuskan langkah promotif dan preventif yang tepat sesuai dengan kondisi di masyarakat
- c) Melalui pendidikan gizi yang diberikan secara komprehensif dan holistik, masyarakat dapat meningkatkan pengetahuannya serta *self-efficacy* untuk mengadopsi perilaku sehat

2. *Weakness* atau Kelemahan

- a) Ketersediaan sumber daya yang memiliki kapabilitas dirasa kurang karena ahli gizi di Puskesmas sudah memiliki tupoksi masing-masing
- b) Pencetusan inovasi program cenderung membutuhkan dana yang besar dan dalam melaksanakan kegiatan program, dana yang digelontorkan dalam dana BOK bisa jadi tidak dapat menutupi biaya yang dianggarkan seperti untuk mengadakan sosialisasi/ pertemuan, biaya penggandaan formulir dan pinkesga, dan biaya transportasi tenaga.

3. *Opportunity* atau Peluang

- a) Koordinasi serta jalinan kerjasama yang baik dengan pemangku kepentingan di wilayah kerja dapat menghasilkan langkah yang baik dalam eksekusi program. Misalnya, kepala desa bersikap kooperatif sehingga sebagian persen dana desa dapat digunakan untuk membiayai keberlangsungan program
- b) Melibatkan proses pemberdayaan pada keluarga, serta pemberdayaan pada kader.

4. *Threats* atau Ancaman

- a. Penolakan dari keluarga sasaran karena menganggap petugas dapat membahayakan
- b. Kurang terbukanya keluarga sasaran selama proses wawancara sehingga identifikasi masalah tidak dapat dilakukan dengan efektif
- c. Kurangnya *excitement* keluarga sasaran untuk menghayati dan memahami informasi yang dipaparkan oleh petugas sehingga perubahan sikap tidak dapat tercapai

4.3 Analisis Efektivitas dan Efisiensi Program

Pada jangka pendek, program dirasa sudah efektif karena pemberian materi konseling dapat diterima oleh keluarga dengan cukup baik. Hal ini dapat disimpulkan dari kemampuan keluarga melakukan *review* materi dan demonstrasi ulang enam langkah cuci tangan. Akan tetapi, pertemuan implementasi dan terminasi hanya berjarak dua hari sehingga hal tersebut dapat menjadi *bias* dalam menyimpulkan bahwa proses kunjungan bersifat efektif. Sedangkan, pada jangka panjang, program belum bisa dinilai efektivitasnya karena proses monitoring dan evaluasi belum dilaksanakan.

Untuk menjalankan *home visit* perlu memberdayakan sumber daya manusia seperti kader kesehatan yang tersebar di desa. Sebab melakukan *home visit* pada seluruh rumah

tangga di wilayah kerja Puskesmas Cukir akan melampaui beban kerja ahli gizi puskesmas. Dengan demikian, supaya program berjalan efisien maka perlu adanya dukungan dari *stakeholder* seperti kader kesehatan serta lintas sektor seperti petugas yang berasal dari bidang promkes (promosi kesehatan).

4.4 Analisis Keberlanjutan Program

Perlu adanya advokasi lebih lanjut dalam proses perencanaan program dan perumusan *Plan of Action* dengan Kepala Puskesmas Cukir untuk memasukan program kunjungan rumah ke dalam agenda bagian gizi. Proses ini belum bisa dilakukan karena perencanaan program di puskesmas biasanya dilakukan pada awal tahun. Akan tetapi, mahasiswa sudah melakukan pengusulan program kunjungan rumah kepada ahli gizi terkait. Berikut ini matriks rencana tindak lanjut usulan program.

Kegiatan	Sasaran	Waktu	Sumber Dana
Perumusan POA Puskesmas serta pembuatan SOP program	Petugas puskesmas terkait	Januari	Dana Bantuan Operasional Kesehatan
Uji coba/simulasi program	Sasaran sampel	Februari	Dana Bantuan Operasional Kesehatan
Evaluasi uji coba/simulasi program	-	Maret	Dana Bantuan Operasional Kesehatan
Sosialisasi program	Kepala desa, bidan desa, dan kader kesehatan	April	Dana Bantuan Operasional Kesehatan
Sosialisasi program di tiap desa	Masyarakat	Mei	Dana Bantuan Operasional Kesehatan
Pelaksanaan program	Masyarakat	Juni-Desember	Dana Bantuan Operasional Kesehatan

4.5 Sumber Pembiayaan

Pelaksanaan program ini dapat dibiayai dari beberapa sumber pembiayaan, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Anggaran Belanja dan Pendapatan Daerah (APBD),
2. Anggaran Belanja dan Pendapatan Negara (APBN)
 - a. Dana Dekonsentrasi

Dana dekonsentrasi diberikan kepada provinsi. Dana tersebut dapat dimanfaatkan untuk menunjang pelaksanaan program di Puskesmas.

b. Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik dan non fisik (BOK)

c. Dana dari pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional.

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penggunaan Dana Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas Melalui Pendekatan Keluarga 11 Persiapan Pelaksanaan Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Milik Pemerintah Daerah.

e. Alokasi Dana Desa (ADD)

3. Dana lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Sumber dana lainnya yang berasal dari masyarakat seperti donator ataupun *Corporate Social Responsibility* (CSR).

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. *Home visit* merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan di rumah yang tujuan utamanya adalah mencegah dan memberikan upaya penyembuhan kepada pasien- pasien yang menderita penyakit akut dan melibatkan pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan pelayanan.
2. Program ini mengadaptasi Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga
3. Program kunjungan rumah dilakukan sebanyak tiga kali dalam kurun waktu dua bulan dengan sasaran program sebanyak dua balita BGM yang pernah mengikuti kegiatan Taman Pemulihan Gizi (TPG)
4. Terdapat dua indikator keberhasilan program, yaitu keluarga dapat melakukan *review* materi pada pertemuan sebelumnya dan keluarga dapat mempraktikkan higiene dan sanitasi personal serta lingkungan
5. Pada jangka pendek program dirasa sudah efektif dan efisien, namun efektivitas dan efisiensi jangka panjang belum bisa diproyeksikan
6. Keberlanjutan program bergantung pada kesuksesan proses advokasi dengan kepala puskesmas pada kegiatan perencanaan program puskesmas yang biasanya dilaksanakan di awal tahun. Keberhasilan program juga sangat dipengaruhi oleh keterlibatan pemangku kepentingan serta petugas lintas sektor.

5.2 Saran

1. Penentuan *goal* harus jelas dan terukur serta dapat dievaluasi menggunakan instrumen yang sederhana.
2. Asesmen pola makan dapat menggunakan SQ-FFQ (*Semi Quantitative-Food Frequency Questionnaire*) sehingga hasilnya mampu menggambarkan kebiasaan subjek selama satu bulan hingga satu tahun terakhir.
3. Pelaksanaan kunjungan rumah harus dilakukan minimal seminggu sekali dalam satu bulan untuk mengetahui perkembangan (*progress*) dalam keluarga
4. Perlu adanya keterlibatan pemangku kepentingan serta koordinasi antar lintas sektor untuk mengimplementasikan program kunjungan rumah agar dapat berlangsung secara *sustainable*

5. Perlu adanya sosialisasi yang dilakukan oleh kepala desa kepada masyarakat terkait program kunjungan rumah (*home visit*) sehingga tidak terjadi mispersepsi di kalangan masyarakat.
6. Pelaksanaan program dilakukan pada bulan Februari dan Agustus, sehingga bersamaan dengan jadwal survey KADARZI Puskesmas Cukir.

LAMPIRAN

Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Nama mahasiswa : Nadhifa Aulia Arnesya
 NIM : 101611233049
 Tempat Magang : Puskesmas Cukir

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
Hari ke-1 (4 November 2019)	(Kegiatan orientasi magang di Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang)	
Hari ke-2 (5 November 2019)	Kegiatan orientasi dan pengenalan lingkungan di Puskesmas Cukir Penjelasan dan pembagian tugas pokok kepada mahasiswa selama melaksanakan magang	
Hari ke-3 (6 November 2019)	Mengisi form asuhan gizi rawat inap -Mempelajari aplikasi e-PPBBM dan input data pengukuran balita wilayah kerja Puskesmas	
Hari ke-4 (7 November 2019)	- Input data hasil pengukuran balita wilayah kerja Puskesmas - Memberikan konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care (ANC) Terpadu	
Hari ke-5 (8 November 2019)	- Implementasi Program 1 : Mengikuti pendampingan dan penyuluhan di kelas ibu hamil bersama bidan desa - Implementasi Program 2 : Melakukan metaplan dengan tajuk "Balita BGM"	
Hari ke-6 (9 November 2019)	(Libur nasional)	
Minggu ke-2		
Hari ke-1 (11 November 2019)	- Input data hasil pengukuran balita wilayah kerja Puskesmas - Memberikan konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care (ANC) Terpadu	
Hari ke-2 (12 November 2019)	- Memberikan konseling kepada ibu hamil di ANC Terpadu - Input data hasil pengukuran balita wilayah kerja Puskesmas	
Hari ke-3 (13 November 2019)	- Membantu pengukuran antropometri (bb, pb, dan tb) balita di Posyandu Desa Cukir 1	

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Hari ke-4 (14 November 2019)	- Memberikan Konseling ibu hamil dan ibu nifas di ANC dan PNC terpadu - Memberikan Konseling DM dan hipertensi di POJOK gizi pasien rawat jalan	
Hari ke-5 (15 November 2019)	Implementasi Program 1: Penyuluhan emo-demo bertajuk "ASI Eksklusif" di kelas Ibu hamil Desa Jatirejo dan pemberian edukasi gizi tentang pentingnya pemberian ASI untuk bayi	
Hari ke-6 (16 November 2019)	Implementasi Program 3: Memberikan Konseling kepada lansia di Balai Desa Puton dan melakukan home visit kepada balaria yg tidak dapat hadir di balai desa	
Minggu ke-3		
Hari ke-1 (18 November 2019)	- Input data hasil pengukuran balita di E-PPGBM - Memberikan Konseling DM, hipertensi, dan asam urat di POJOK gizi untuk pasien rawat Jalan	
Hari ke-2 (19 November 2019)	- Memberikan konseling kepada ibu hamil di Antenatal Care (ANC) Terpadu - Memberikan konseling DM, hipertensi, dan asam urat di POJOK gizi untuk pasien rawat jalan	
Hari ke-3 (20 November 2019)	- Input data hasil pengukuran balita di aplikasi e-PPGBM - Konseling ANC Terpadu pada ibu hamil	
Hari ke-4 (21 November 2019)	- Input data hasil pengukuran balita di e-PPGBM - Konseling ANC Terpadu pada ibu hamil - Konseling pojok gizi pada pasien rawat jalan	
Hari ke-5 (22 November 2019)	- Input data hasil pengukuran balita di e-PPGBM - Konseling pojok gizi pada pasien rawat jalan - Konseling ANC Terpadu pada ibu hamil	
Hari ke-6 (23 November 2019)	- Implementasi Program 2: Melakukan home visit balita BGM (identifikasi Masalah)	
Minggu ke-4		
Hari ke-1 (25 November 2019)	- Input data e-PPGBM hasil pengukuran balita wilayah kerja Puskesmas Cukir - Konseling POJOK gizi pasien rawat jalan	

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Hari ke-2 (27 November 2019)	Implementasi Program 2 C Melarutkan home visit balita BGM): Konseling keluarga	
Hari ke-3 (28 November 2019)	- Input data hasil pengukuran e-PPGBM balita wilayah kerja Puskesmas Cukir - Pemberian konseling ibu hamil di ANC Terpadu	
Hari ke-4 (29 November 2019)	- Input data hasil pengukuran balita wilayah kerja Puskesmas Cukir e-PPGBM - Pemberian konseling ibu hamil di ANC Terpadu	
Hari ke-5 (30 November 2019)	- Pemberian konseling ibu hamil di ANC Terpadu - Pemberian konseling DM HT di pojok gizi	
Hari ke-6 (01 Desember 2019)	Penyicilan laporan Magang masyarakat	
Minggu ke-5		
Hari ke-1 (2 Desember 2019)	Penyuluhan mineral mix Posyandu Penyicilan laporan magang masyarakat	
Hari ke-2 (3 Desember 2019)	Penyuluhan mineral mix posyandu Penyicilan laporan magang masyarakat.	

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
BIDANG GIZI MASYARAKAT
DI PUSKESMAS CUKIR KABUPATEN JOMBANG**



Oleh:

YULIANTI WULAN SARI

NIM. 101611233050

**PROGRAM STUDI GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam pembangunan bangsa peningkatan kualitas manusia harus dimulai sejak dini yaitu sejak masih bayi, salah satu faktor yang memegang peranan penting dalam peningkatan kualitas manusia adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI). Rendahnya pemberian ASI merupakan ancaman bagi tumbuh kembang anak yang akan berpengaruh kepada pertumbuhan dan perkembangan kualitas SDM secara umum.

Perkembangan otak anak dimulai sejak dalam kandungan dimulaidari 1000 HPK (Hari PeratamaKehidupan) yang dikenal dengan periode emas, sehingga sangat penting untuk mendapatkan ASI yang kaya akan zat gizi, oleh karena itu diperlukan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan dan dapat dilanjutkan hingga 2 tahun. Pemberian ASI semaksimal mungkin merupakan kegiatan penting dalam pemeliharaan anak dan persiapan generasi penerus di masa depan.

Indonesia pada tahun 2018 proporsi pemberian ASI eksklusif dalam 24 jam terakhir pada bayi 0-6 bulan sebesar 74.5%. Provinsi Jawa Timur menempati urutan ke 4 dari 34 provinsi sebesar 70.8% sedangkan, target nasional sebesar 80%. Cakupan ini masih jauh dari target (Ditjen Bina Gizi dan KIA, 2018).

Berdasarkan laporan bulanan dari Puskesmas di Kabupaten Jombang tahun 2018 sebesar 83.03% menurun meskipun tidak signifikan, dibanding tahun 2017 dimana tercapai 83.78%. Angka ini sudah mencapai target nasional pada tahun 2018 (Profil Kesehatan Jombang, 2018), namun dari 34 puskesmas di Kabupaten Jombang 11 puskesmas masih memiliki cakupan ASI Eksklusif kurang dari target nasional termasuk puskesmas Cukir yang hanya memiliki cakupan ASI Eksklusif sebesar 74.38% pada tahun 2018.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Cukir, diantaranya kelas ibu hamil, KP-ASI (Kelompok Pendukung ASI), dan YUKENSI (Paguyuban Kakek Nenek ASI). Meskipun, telah terdapat program yang dicanangkan puskesmas dimungkinkan masih ada kendala saat pengimplementasian program sehingga perlu sisingin mengimplementasikan metode ceramah menggunakan media lembar balik dan metode ceramah menggunakan *emo-demo* pada kelas ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Cukir agar berdampak terhadap pencapaian cakupan ASI eksklusif di Puskesmas Cukir.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Meningkatkan capaian target ASI Eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Cukir, Kabupaten Jombang, Jawa Timur.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu hamil terkait konsumsi yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi ibu hamil.
- b. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman terkait pengertian, manfaat, kerugian bila anak tidak diberi ASI Eksklusif.
- c. Meningkatkan pemahaman cara menyusui/perlekatan bayi yang benar, cara mengatasi bila ASI tidak keluar dan cara pemerahan, menyimpan, serta memberi ASI perah pada bayi.

1.3 Manfaat

- a. Mahasiswa dapat menganalisis metode apa yang paling efektif untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif
- b. Mahasiswa dapat melaksanakan program gizi serta mengevaluasi hasil dari program gizi yang telah dilaksanakan.
- c. Instansi dan dinas terkait melalui hasil evaluasi mendapatkan masukan metode yang paling efektif dalam menjalankan program gizi.

BAB II

Tinjauan Pustaka

2.1 ASI Eksklusif

ASI (Air Susu Ibu) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, lactose dan garam-garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu, sebagai makanan utama bagi bayi (Haryono dan Setianingsih, 2014). Pada usia 6 bulan pertama, bayi hanya perlu diberikan ASI saja atau dikenal dengan sebutan ASI eksklusif (Maryunani, 2010).

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi 0-6 bulan tanpa pemberian tambahan cairan lain seperti susu formula, air jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, dan nasi tim (Haryono dan Setianingsih, 2014)

Pemberian makanan yang baik dan tepat pada bayi sejak lahir hingga usia dua tahun merupakan salah satu upaya mendasar untuk mencapai kualitas pertumbuhan dan perkembangan bayi serta untuk memenuhi hak bayi atas ASI. Pola pemberian makan pada bayi lahir sampai 2 tahun yang di rekomendasikan dalam *Global Strategy on Infant and Child Feeding* adalah sebagai berikut : (1) Inisiasi Menyusu Dini, (2) Menyusui secara eksklusif selama 6 bulan, (3) MP-ASI diberikan mulai bayi berumur 6 bulan; dan (4) tetap menyusui hingga anak berusia 24 bulan atau lebih (Kemenkes RI, 2014).

Menyusui adalah cara alami untuk memberikan asupan gizi, imunitas dan memelihara emosional secara optimal bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi. Tidak ada susu buatan (Susu Formula) yang dapat menyamai ASI baik dalam hal kandungan nutrisi, faktor pertumbuhan, hormon dan terutama imunitas. Karena imunitas bayi hanya bisa didapatkan dari ASI. (Kemenkes RI, 2014).

2.2 Manfaat ASI

ASI merupakan makanan pokok bagi bayi yang baru lahir, dikarenakan kandungan ASI sangat cocok dan dibutuhkan bagi tubuh bayi yang baru saja lahir. Berikut ini beberapa penjelasan manfaat ASI eksklusif menurut beberapa sumber.

a. Manfaat ASI Bagi Bayi

Bayi mendapatkan manfaat yang besar dari ASI. Selain mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan bayi, ASI juga berperan penting dalam melindungi dan meningkatkan kesehatan bayi. UNICEF mengatakan bahwa ASI menyelamatkan jiwa bayi terutama di negara-negara berkembang. Keadaan ekonomi yang sulit, kondisi sanitasi yang buruk, serta air bersih yang sulit didapat menyebabkan pemberian susu formula sebagai

penyumbang resiko terbesar terhadap kondisi malnutrisi dan munculnya berbagai macam penyakit seperti diare akibat penyiapan dan pemberian susu formula yang tidak higienis. Laporan WHO juga menyebutkan bahwa hampir 90% kematian balita terjadi di negara berkembang dan lebih dari 40% kematian tersebut disebabkan diare dan infeksi saluran pernafasan akut yang dapat dicegah dengan pemberian ASI eksklusif (Monika, 2016 : 4-5).

b. Manfaat ASI Bagi Ibu

Berbagai penelitian mendukung bukti bahwa ASI bermanfaat bagi ibu, baik secara fisik maupun emosional. Sebagian ibu tidak mengetahui manfaat bagi diri sendiri sehingga kurang menikmati menyusui dan terpaksa menyusui atau memberikan ASI agar hanya bayi sehat. Menyusui dapat memberi manfaat bagi kesehatan fisik dan psikologis ibu, baik jangka pendek maupun panjang sebagai berikut :

-Memberikan ASI segera setelah melahirkan akan meningkatkan kontraksi rahim, yang berarti mengurangi resiko pendarahan (Novianti, 2009 : 59).

-Mempercepat bentuk rahim kembali ke keadaan sebelum hamil oleh Holdcroft (dalam monika, 2016 : 8).

-Wanita menyusui memiliki angka insidensi terkena kanker payudara, kanker indung telur (ovarium), dan kanker endometri lebih rendah (Lesmana, Sandi, Mera & Nisman, 2011 : 14).

-Mengurangi resiko terkena penyakit diabetes tipe 2. Penelitian yang dilakukan oleh Lie, Jorm dan Banks mengemukakan bahwa resiko terkena penyakit diabetes tipe 2 meningkat 50% pada ibu yang tidak menyusui (Monika, 2016 : 8).

-Menjadi metode kontrasepsi yang paling aman dan efektif oleh vekemans (dalam Monika, 2016: 8) yaitu sebesar 98% ibu menyusui eksklusif selama 6 bulan belum mendapatkan menstruasi yang pertamakali setelah nifas.

-Mengurangi resiko obesitas dan lebih cepat mengembalikan berat badan seperti sebelum hamil oleh Baker (dalam Monika, 2016 : 9).

c. Manfaat ASI bagi Keluarga dan Masyarakat (lingkungan)

Menyusui juga tidak hanya memberikan keuntungan bagi ibu dan bayi saja namun juga bagi keluarga dan lingkungan disekitar ibu dan bayi. Berikut keuntungan ASI bagi keluarga dan lingkungan diantaranya :

-Mengurangi kemiskinan dan kelaparan karena ASI sangat ekonomis tidak seperti susu formula yang membutuhkan biaya tinggi untuk membelinya (Monika, 2016 : 10).

- Mengurangi anggaran biaya perawatan baik anggaran rumah tangga atau anggaran perusahaan tempat ibu / ayah bekerja (Monika, 2016 : 10).
- Menghemat waktu keluarga apabila bayi selalu sehat (Ratih, 2009 : 61).
- Lebih praktis bila berpergian tidak perlu membawa botol, susu, air panas, dan lain-lain (Ratih, 2009 : 61).
- Mengurangi penggunaan energi (yang diperlukan untuk memproduksi susu formula di pabrik) dan tidak membahayakan lingkungan (tidak ada sampah kemasan plastik) (Monika, 2016 : 10).

2.3 Faktor yang Mempengaruhi Produksi ASI

Produksi ASI dapat meningkat atau menurun tergantung stimulasi pada kelenjar payudara. (Haryono dan Setianingsih, 2014). Beberapa faktor yang mempengaruhi produksi ASI antara lain :

a. Frekuensi penyusuan.

Penyusuan direkomendasikan sedikitnya 8 kali perhari pada periode awal setelah melahirkan. Frekuensi penyusuan ini berkaitan dengan kemampuan stimulasi hormon dalam kelenjar payudara (Nugroho, 2011).

b. Berat lahir

Berat lahir bayi berkaitan dengan kekuatan untuk mengisap, frekuensi dan lamanya penyusuan yang kemudian akan mempengaruhi stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin dalam memproduksi ASI (Nugroho, 2011).

c. Umur kehamilan saat melahirkan Bayi yang lahir prematur (umur kehamilan kurang dari 34 minggu) sangat lemah dan tidak mampu mengisap secara efektif sehingga produksi ASI lebih rendah daripada bayi yang lahir tidak prematur. Lemahnya kemampuan mengisap pada bayi prematur disebabkan berat badan yang rendah dan belum sempurnanya fungsi organ (Nugroho, 2011).

d. Umur dan paritas

Ibu yang melahirkan bayi lebih dari satu kali, produksi ASI pada hari keempat setelah melahirkan lebih tinggi dibanding ibu yang melahirkan pertama kali (Nugroho, 2011).

e. Stress dan penyakit akut

Pengeluaran ASI akan berlangsung baik apabila ibu merasa rileks dan nyaman. Keadaan ibu yang cemas dan stres akan mengganggu proses laktasi karena produksi ASI terhambat. Penyakit infeksi kronik dan akut dapat mempengaruhi produksi ASI (Nugroho, 2011).

f. Pil kontrasepsi

Pil kontrasepsi kombinasi estrogen dan progestin apabila dikonsumsi oleh ibu menyusui akan menurunkan volume dan durasi ASI, namun apabila pil kontrasepsi hanya mengandung progestin saja maka tidak akan mengganggu volume ASI (Nugroho, 2011).

g. Makanan ibu

Seorang ibu yang kurang gizi akan mengakibatkan turunnya jumlah ASI bahkan pada akhirnya produksi ASI dapat terhenti. Hal ini disebabkan pada masa kehamilan jumlah pangan dan gizi yang dikonsumsi ibu tidak memungkinkan untuk menyimpan cadangan lemak dalam tubuhnya yang kelak akan digunakan sebagai salah satu komponen ASI dan sebagai sumber energy selama proses menyusui (Haryono dan Setianingsih, 2014)

h. Dukungan suami dan keluarga lain

Dukungan suami dan keluarga akan membuat perasaan ibu menjadi bahagia, senang, sehingga ibu akan lebih menyayangi bayinya yang pada akhirnya akan mempengaruhi pengeluaran ASI lebih banyak (Haryono dan Setianingsih, 2014).

BAB III

GAMBARAN UMUM

3.1 Gambaran Umum Program

Berdasarkan Peraturan Pemerintah no. 33 tahun 2012, ASI Eksklusif merupakan kewajiban bagi ibu dan pemerintah menjamin hak bayi untuk diberikan ASI sejak dilahirkan hingga usia 6 bulan. Di Kabupaten Jombang, pada tahun 2015, telah ditetapkan Peraturan Daerah (PERDA) nomor 2 tahun 2015 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.

Cakupan ASI eksklusif tentu juga dipengaruhi oleh program promosi ASI eksklusif tersebut. Program kesehatan yang terkait adalah Integrasi Promosi Kesehatan dan Program Gizi Masyarakat yang difokuskan pada bayi diberi ASI eksklusif. Pelaksanaan program promosi ASI eksklusif telah dilengkapi dengan panduan dalam bentuk pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis program bagi puskesmas dari Kementerian Kesehatan.

Puskesmas Cukir telah melaksanakan upaya untuk meningkatkan pemberian ASI Eksklusif bagi bayi usia 0-6 bulan di seluruh wilayah kerja puskesmas. Program dilakukan melalui kegiatan posyandu yang rutin dilaksanakan tiap bulan, kelas ibu hamil, KP-ASI (Kelompok Pendukung ASI), dan YUKENSI (Paguyuban Kakek Nenek ASI).

3.2 Gambaran Umum Target Populasi

Populasi dalam kegiatan ini adalah ibu – ibu hamil yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Cukir. Wilayah kerja Puskesmas Cukir sendiri meliputi sebelas desa yang di antaranya adalah Desa Kayangan, Puton, Bender, Bulurejo, Grogol, Jatirejo, Cukir, Ceweng, Bandung, Kedawing, Ngudirejo. 3 dari 11 desa wilayah kerja Puskesmas Cukir terpilih menjadi sasaran program penyuluhan Asuhan Gizi pada Ibu Hamil dan ASI Eksklusif yakni desa Grogol, desa Jatirejo, dan desa Bandung.

3.3 Penentuan Prioritas Masalah

Metode penentuan prioritas masalah yang digunakan dalam hal ini adalah metode matematika yang dipaparkan oleh *Pone America Health Organization* (PAHO) yang termasuk dalam metode kualitatif. Metode ini menilai magnitude yang menunjukkan seberapa besar penduduk yang terjangkit penyakit, *severity* yang menunjukkan keparahan penyakit dan kerugian yang ditimbulkan akibat penyakit, *vulnerability* yang menunjukkan sejauh mana teknologi atau obat yang tersedia untuk menanggulangi penyakit, serta *affordability* yang menunjukkan adak tidaknya anggaran untuk menutupi biaya intervensi. Tiap komponen penilaian harus diberikan skor dari 1 – 5, kemudian masing-masing skor pada tiap komponen dikalikan. Hasil perkalian yang paling besar akan menjadi prioritas utama.

MasalahKesehatan	<i>Magnitude</i>	<i>Severity</i>	<i>Vulnerability</i>	<i>Affordability</i>	<i>Final Score</i>
RendahnyaCakupan ASI Eksklusif	4	4	4	5	320
Hipertensi	4	4	4	3	192
Pertumbuhanbalita dan baduta BGM	4	3	4	5	240
BBLR	3	4	4	5	240

Tabel1.Penentuanprioritaspermasalahan

Berdasarkanperhitungandenganmetode PAHO, didapatkanbahwaprioritasdariurutanpertamahinggaurutankeenamsebagaiberikut:

3. Peningkatancakupan ASI eksklusif
4. Pertumbuhanbalita dan badutadenganpertumbuhan di bawahgarismerah
5. Penanggulanganhipertensi dan obesitas

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Implementasi Program

4.1.1 Tempat dan Waktu Pelaksanaan

Pelaksanaan Implementasi program dilakukanselama 3 kali di desa yang berbeda, yakni:

Implementasi 1

Hari, Tanggal : Kamis, 7 November 2019

Tempat : BalaiDesa Grogol

Implementasi 2

Hari, Tanggal : Sabtu, 16 November 2019

Tempat : Rumahkader di desaJatirejo

Implementasi 3

Hari, Tanggal : Selasa, 19 November 2019

Tempat : Rumahwarga di desa Bandung

4.1.2 Sasaran

Sasaran kegiatan penyuluhan yaitu ibuhamilsebanyak 10 orang di Desa Grogol, Jatirejo dan Bandung Kecamatan Diwek Kabupaten jombang.

4.1.3 Materi dan Media

Materi disampaikan melalui ceramah dan diskusidengantemaasuhangiziibuhamil dan ASI Eksklusif. Isi dari materi yang disampaikan yaitu:

1. Asuhangiziibuhamil
2. Pengertian ASI Eksklusif
3. Manfaat ASI Eksklusif
4. Kerugianbilabayitidakdiberi ASI Eksklusif
5. Asuhangiziibumenyusui
6. Cara menyusui/pelekatanbayi yang benar
7. Cara mengatasi ASI tidakkeluarsaatbayibarudilahirkan
8. Cara memerah, menyimpan, dan memberi ASI perah pada bayi

Media yang digunakan pada implementasi program di Desagrogolyaknilembarbalik dan leaflet, sedangkanimplementasi program di DesaJatirejo dan Bandung menggunakan media *emo-demo* dan leaflet.

4.1.4 Kegiatan

Berikut ini merupakan rincian kegiatan yang dilakukan:

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tekanan darah

Peserta yang datang diarahkan untuk mengisi daftar absensi lalu ditimbang berat badannya dan dilakukan pengukuran tekanan darah untuk selanjutnya di rekap di buku KIA pada halaman 20 untuk memantau penambahan berat badan, tekanan darah, ada tidaknya bengkak pada kaki ibu selama kehamilan.

2. Pemberian *pre-test*

Pretest diberikan pada peserta untuk mengetahui pengetahuan awal tentang asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI Eksklusif. *pre-test* berisi 5 pertanyaan pilihan ganda. Soal diberikan setelah peserta menimbang berat badan dan melakukan pengukuran tekanan darah. Pengisian *pre-test* hanya diberikan waktu 5 menit. Pertanyaan *pre-test* akan digunakan untuk *post-test* dan dibandingkan sebagai bahan evaluasi peningkatan pengetahuan dan pemahaman peserta.

3. Pemberian penyuluhan mengenai asuhan gizi pada ibu hamil.

Penyampaian materi dilakukan dengan metode ceramah, dan diskusi dengan media lembar balik dan leaflet. Materi yang disampaikan diantaranya piring makanku, prinsip makanan B2SAH, makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, serta mitos dan fakta yang sering beredar di masyarakat.

4. *Emo-Demo* “ASI Saja Cukup” (Tidak dilaksanakan di Desa Grogol)

Emo-Demo yang diberikan bertujuan agar peserta dapat lebih memahami materi yang disampaikan dan tidak mudah di lupakan oleh peserta. *Emo demo* diawali dengan yel – yel disertai gerakan untuk menambah minat peserta dalam memperhatikan materi, selama *emo-demo* berlangsung pemateri selalu mengajak peserta untuk berpartisipasi aktif menjawab pertanyaan dari pemateri dengan cara menunjuk peserta yang berbeda pada setiap pertanyaan, diakhir *emo-demo* peserta diberikan kesempatan untuk menyimpulkan kesimpulan dari *emo-demo* yang telah berlangsung dan diberikan kesempatan bertanya serta berdiskusi perihal *emo-demo* yang telah dilaksanakan.

5. Pemberian penyuluhan mengenai ASI Eksklusif

Penyampaian materi dilakukan dengan metode ceramah, dan diskusi dengan media lembar balik dan leaflet. Materi yang disampaikan diantaranya pengertian ASI Eksklusif, manfaat ASI Eksklusif, dampak negatif bila bayi tidak di beri ASI Eksklusif, asuhan gizi ibu menyusui, cara menyusui/perlekatan yang benar, cara

mengatasi ASI yang belum keluar saat bayi baru dilahirkan, cara memerah, menyimpan, dan memberi ASI perah pada bayi. Diakhir penyuluhan peserta diberikan kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi seputar materi yang telah disampaikan.

6. Pemberian *post-test*

Diakhir kegiatan, peserta diberikan soal evaluasi yang sama dengan soal *pre-test* yang telah dikerjakan sebelumnya. Peserta diberikan waktu 5 menit untuk mengerjakan soal *post-test*. Hasil *post-test* akan dibandingkan dengan *pre-test* untuk mengevaluasi peningkatan pengetahuan peserta.

Untuk mengetahui tingkat keberhasilan kegiatan ini, maka dibuat indikator keberhasilan kegiatan yang harus dicapai. Adapun indikator kegiatan penyuluhan anemia pada remaja adalah sebagai berikut:

Tabell. IndikatorKeberhasilanImplementasi Program

No	Indikator keberhasilan	Pembuktian
1.	Jumlah peserta yang hadir minimal 50% dari jumlah peserta kelas ibu hamil	Daftar hadir peserta
2.	Peserta dapat memahami 75% dari materi yang disampaikan	<i>Post-test</i>
3.	Terdapat peningkatan pengetahuan secara keseluruhan peserta yang hadir minimal 20%	Evaluasi <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i>

4.1.5 Output dan Outcome

Output :

Pesertamengalamipeningkatanpengetahuan dan pemahaman. Pesertadapatmengerti danmemahamimateripenyuluhan, dapatmengetahui dan memahamiasuhangiziibuhamil, pengertian ASI Eksklusif, manfaat ASI Eksklusif, kerugianbilabayitidakdiberi ASI Eksklusif, asuhangiziibumenyusui, caramenyusui/pelekatanbayi yang benar, caramengatasi ASI tidakkeluarsaatbayibarudilahirkan, caramemerah, menyimpan, dan memberi ASI perah pada bayi.

Outcome :

- Pesertadapatmemenuhiasupanmakanansesuaiasuhangizidankondisiibu.

- Peserta dapat memahami materi yang diberikan sehingga ia dapat memberikan ASI Eksklusif setelah bayi dilahirkan.
- Peserta yang hadir diharapkan dapat menerapkan dan menyebarluaskan informasi tersebut kepada ibu hamil lainnya agar dapat meningkatkan cakupan ASI Eksklusif utamanyadi wilayah kerja Puskesmas Cukir.
- Menurunnya resiko anak BBLR, stunting, gizi buruk dan berbagai penyakit infeksi.

4.1.6 Bentuk Evaluasi

4.1.6.1 Bentuk Evaluasi Implementasi 1 Desa Grogol

Evaluasi dilakukan melalui hasil *pre-test* dan *post-test* yang telah dijawab oleh seluruh peserta. Berikut ini hasil *pre-test* dan *post-test* implementasi 1 Desa Grogol :

Tabel 2. Hasil *pre-test* dan *post-test* Kelas Ibu Hamil Desa Grogol

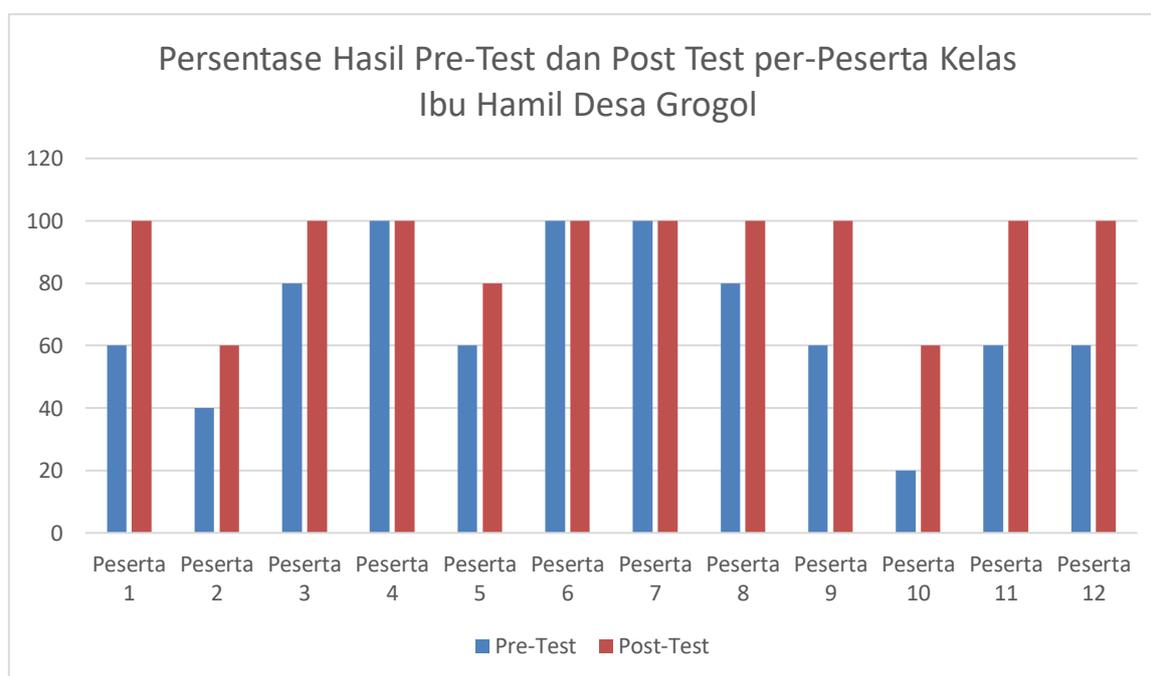
Peserta	Pre-Test						Post-Test					
	1	2	3	4	5	n	1	2	3	4	5	N
1	√	X	√	X	√	3	√	√	√	√	√	5
2	√	X	√	X	X	2	√	X	√	√	X	3
3	√	√	√	X	√	4	√	√	√	√	√	5
4	√	√	√	√	√	5	√	√	√	√	√	5
5	√	√	√	X	X	3	√	√	√	√	X	4
6	√	√	√	√	√	5	√	√	√	√	√	5
7	√	√	√	√	√	5	√	√	√	√	√	5
8	√	√	√	√	X	4	√	√	√	√	√	5
9	√	X	√	X	√	3	√	√	√	√	√	5
10	X	X	√	X	X	1	√	X	√	√	X	3
11	√	X	√	√	X	3	√	√	√	√	√	5
12	√	X	√	√	X	3	√	√	√	√	√	5
Persentase jawaban benar (%)	91	50	100	50	50	68	100	83	100	100	75	92

Sumber: Data Pribadi Terolah, 2019.

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa setelah mengikuti penyuluhan seluruh peserta telah mengetahui jawaban pertanyaan no. 1 (Makanan yang diperbolehkan untuk ibu hamil), pertanyaan no. 3 (Definisi ASI Eksklusif), dan pertanyaan no. 4 (Berapa lama bayi dapat puas tidak mengonsumsi apapun) dengan benar.

Sedangkan untuk pertanyaan, pertanyaan no. 2 (Jumlah minimal konsumsi tablet tambah darah selama kehamilan) dan 5 (Ukuran lambung bayi baru lahir) masing-masing masih ada yang menjawab salah. Dua dari dua belas peserta menjawab salah pada pertanyaan no. 2, dan tiga dari dua belas peserta menjawab salah pada pertanyaan no. 5. Peningkatan pengetahuan dengan metode ceramah dengan media lembar balik dan leaflet berdasarkan hasil pre-test post-test secara keseluruhan di Desa Grogol sebesar 24%.

Oleh karena itu, apabila dilakukan edukasi kembali di Desa Grogol pada saat yang akan datang, maka materi yang perlu disampaikan lebih mendalam yaitu mengenai jumlah minimal konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil serta seberapa besar ukuran lambung bayi baru lahir.



Grafik 1. Persentase hasil *pre-test* dan *post-test* per-peserta kelas ibu hamil desa Grogol

Sumber : Data Terolah, 2018

Berdasarkan Grafik 1. diketahui bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada 9 dari total 12 peserta (75%) setelah dilakukan edukasi tentang asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI Eksklusif, sedangkan, 3 peserta lainnya tidak mengalami peningkatan atau tetap (25%). Tetap tidaknya pengetahuan yang diterima hanya berdasarkan jumlah pertanyaan yang menjawab benar dan belum mencakup masing-masing pertanyaan.

4.1.6.2 Bentuk Evaluasi Implementasi 2 Desa Jatirejo

Evaluasi dilakukan melalui hasil *pre-test* dan *post-test* yang telah dijawab oleh seluruh peserta. Pada saat pengimplementasian program di

Desa Jatirejo penulisi tidak melakukan *post-test* sehingga evaluasi peningkatan pengetahuan dan pemahaman tidak dapat dilakukan.

4.1.6.3 Bentuk Evaluasi Implementasi 3 Desa Bandung

Evaluasi dilakukan melalui hasil *pre-test* dan *post-test* yang telah dijawab oleh seluruh peserta. Berikut ini hasil *pre-test* dan *post-test* implementasi program ke 2 Desa Bandung :

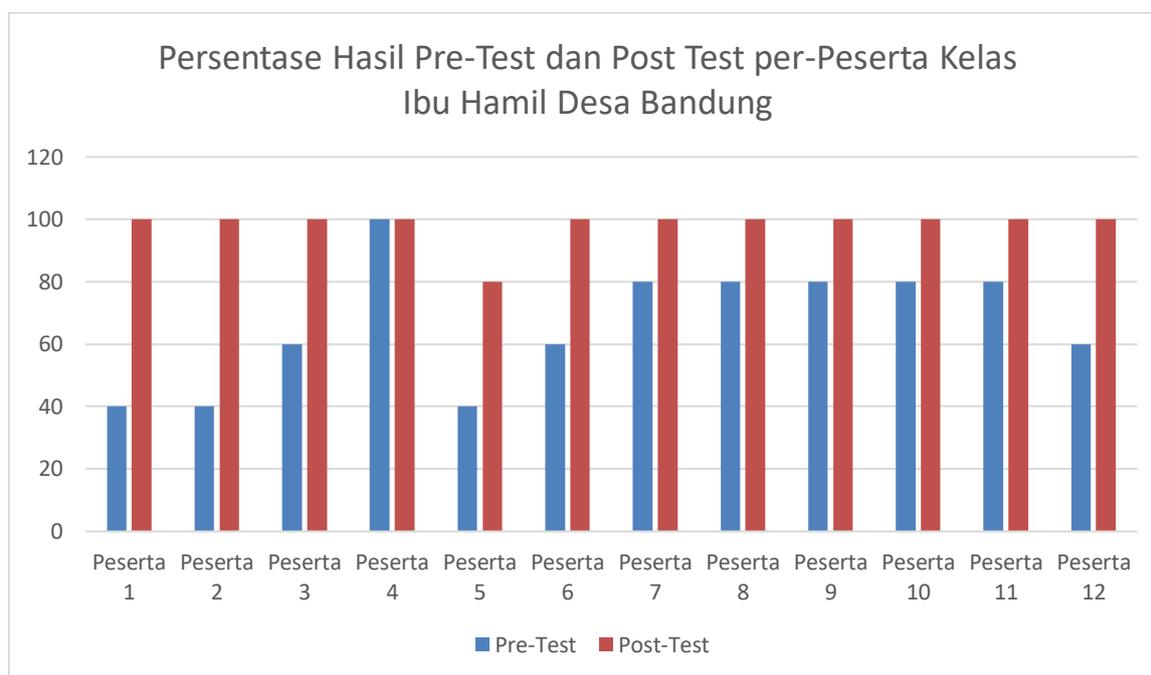
Tabel 2. Hasil *pre-test* dan *post-test* Kelas Ibu Hamil Desa Bandung

Peserta	Pre-Test					n	Post-Test					N
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
1	√	X	√	X	X	2	√	√	√	√	√	5
2	√	X	√	X	X	2	√	√	√	√	√	5
3	√	X	√	X	√	3	√	√	√	√	√	5
4	√	√	√	√	√	5	√	√	√	√	√	5
5	√	X	√	X	X	2	√	X	√	√	√	4
6	√	√	√	X	X	3	√	√	√	√	√	5
7	√	√	√	X	√	4	√	√	√	√	√	5
8	√	√	√	√	X	4	√	√	√	√	√	5
9	√	√	√	X	√	4	√	√	√	√	√	5
10	√	√	√	X	√	4	√	√	√	√	√	5
11	√	√	√	X	√	4	√	√	√	√	√	5
12	√	√	√	X	X	3	√	√	√	√	√	5
Persentase jawaban benar (%)	100	66	100	17	50	66	100	92	100	100	100	98

Sumber: Data Pribadi Terolah, 2019.

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa setelah mengikuti penyuluhan seluruh peserta telah mengetahui jawaban pertanyaan no. 1 (Makanan yang diperbolehkan untuk ibu hamil), pertanyaan no. 3 (Definisi ASI Eksklusif), pertanyaan no. 4 (Berapa lama bayi dapat puas tidak mengonsumsi apapun), dan pertanyaan no. 5 (Ukuran lambung bayi baru lahir) dengan benar. Sedangkan untuk pertanyaan, pertanyaan no. 2 (Jumlah minimal konsumsi tablet tambah darah selama kehamilan) masih ada yang menjawab salah sebanyak satu dari dua belas orang. Peningkatan pengetahuan dengan metode ceramah dengan media *emo-demo* dan leaflet berdasarkan hasil *pre-test* *post-test* di Desa Bandung secara keseluruhan sebesar 32%.

Apabila dilakukan edukasi kembali di Desa Bandung pada saat yang akan datang, maka materi yang perlu disampaikan lebih mendalam yaitu mengenai jumlah minimal konsumsi tablet tambah darah pada ibu hamil.



Grafik 1. Persentase hasil *pre-test* dan *post-test* per-peserta kelas ibu hamil desa Grogol

Sumber : Data Terolah, 2018

Berdasarkan Grafik 1. diketahui bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada 11 dari total 12 peserta (92%) setelah dilakukan edukasi tentang asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI Eksklusif, sedangkan, 1 peserta lainnya tidak mengalami peningkatan atau tetap (8%). Tetapi tidaknya pengetahuan yang diterima hanya berdasarkan jumlah pertanyaan yang menjawab benar dan belum mencakup masing-masing pertanyaan.

4.2 Analisis SWOT

Analisis SWOT pada program penyuluhan ini, adalah:

- Strength**
- Tingginya antusias peserta dalam mengikuti penyuluhan asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI Eksklusif
 - Biaya yang dibutuhkan tidak banyak,
 - Sebagian alat penunjang sudah disediakan oleh dinas kesehatan
 - Melalui media *emo-demo*, peserta lebih mudah memahami dan lebih inovatif
- Weakness**
- Masih rendahnya cakupan pencapaian ASI eksklusif
 - Sebagian alat penunjang masih belum disediakan oleh dinas kesehatan
 - Belum adanya pelatih kader mengenai *emo-demo*

- Opportunity**
- Adanya peraturan pemerintah pusat maupun daerah dalam pelaksanaan program ASI Eksklusif
 - Adanya dukungan dari tenaga medis bidan dan fasilitator kader untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif
 - Sudah adanya pelatihan *emo- demo* khusus tenaga gizi dan tenaga promkes
 - Adanya kelas ibu hamil, paguyuban kekenek ASI, dan KP-ASI sebagai program yang telah ada di Puskesmas
 - Kader pendamping kelas ibu hamil memiliki minat untuk mempelajari materi *emo- demo*
 - Keberlanjutan program dapat terlaksana oleh kader
- Threat**
- Saat penyuluhan berlangsung terdapat suara bising dari pembangunan rumah di sekitar tempat penyuluhan sehingga beberapa kali pemateri harus mengeraskan suara
 - Adanya kesalahan kebiasaan/pola pikir masyarakat, bahwa bayi yang masih menangis setelah diberi ASI pertanda bahwa bayi masih lapar sehingga diberikan makanan selain ASI
 - Kesibukan ibu yang bekerja, sehingga bayi diberi makanan tambahan/susu formula
 - Kader pada kelas ibu hamil belum pernah mendapatkan pelatihan materi *emo- demo*
 - Tidak ada dukungan keluarga untuk ibu agar menyusui ASI Eksklusif

4.3 Analisis Efektivitas dan Efisiensi Program

Berdasarkan target capaian indikator keberhasilan yang telah dibuat, program ini sudah efektif dikarenakan capaian hasil untuk implementasi program penyuluhan asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI Eksklusif sudah melebihi 50% target sasaran pada implementasi program 1 Desa Grogol peserta yang hadir sebanyak 12 orang, Desa Jatirejo sebanyak 7 orang dan Desa Bandung sebanyak 12 orang.

Implementasi program ini juga dinilai efisien karena dapat meningkatkan cakupan ASI Eksklusif, apabila cakupan ASI Eksklusif tinggi maka resiko bayi BBLR, stunting, gizi buruk

dan berbagai penyakit infeksi juga menurunkan sehingga dapat menghemat pembiayaan kesehatan di masa mendatang.

4.4 Analisis Keberlanjutan Program

Keberlanjutan program penyuluhan tentang asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI Eksklusif ini dapat berlanjut dengan pemberdayaan kader. Kader di seleksi agar kader yang terpilih memang memiliki kepedulian terhadap peningkatan derajat kesehatan umum masyarakat tentang ASI. Kader dilatih untuk menguasai materi seputar ASI baik pelatihan emo-demo maupun pelatihan berbicara di depan umum menggunakan media yang sederhana.

Dalam prakteknya kader masih di damping dengan bidan desa/ petugas gizi/ tenaga medis lainnya akan tetapi kader tetap harus memiliki beberapa kompetensi dasar.

Kompetensi materi dasar yang harus dikuasai kader adalah sebagai berikut:

- Bentuk dan Perawatan Payudara
- Perawatan ibu pada masa kehamilan, proses persalinan dan pemulihan pascapersalinan,
- Motivasi Menyusui dengan ASI
- Pentingnya IMD dan Menyusui dengan ASI
- ASI dan Manfaatnya
- Menyusui ASI Eksklusif
- Kolostrum dan Manfaatnya
- Cara Menyusui/ Perlekatan yang baik dan benar
- Cara menyikapi ASI yang Belum Keluar
- Cara Memerah, Menyimpan dan Memberi ASI Perah
- Asuhan Gizi Ibu Hamil dan Menyusui
- Mengenali Permasalahan Payudara
- Bayi Menolak Menyusu dan Menangis
- ASI Tidak Cukup
- Mitos dan Fakta Seputar Menyusui
- Pemberian Makanan Tambahan pada Anak dll.

4.5 Rincian Data Keuangan

Implementasi program penyuluhan asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI eksklusif membutuhkan dana dalam pelaksanaannya. Berikut rincian dana implementasi program ini:

No.	Kebutuhan	Jumlah	Harga	Total Harga
-----	-----------	--------	-------	-------------

1.	Konsumsi peserta	30 buah	Rp2.000/buah	Rp60.000
1.	Susu bubuk	1 bungkus	Rp2.000/bks	Rp2.000
2.	Minyak	1 liter	Rp15.000/L	Rp15.000
3.	Print Leaflet	15 lembar	Rp2.000/lbr	Rp30.000
4.	Pulpen	1 lusin	Rp10.000/lusin	Rp10.000
5.	Print <i>pre/post-test</i>	15 lembar	Rp300/lbr	Rp4.500
Total Pengeluaran				Rp121.500

4.6 Rencana dan Rekomendasi Tindak Lanjut

Tindak lanjut selanjutnya yang bisadilakukan adalah dengan mengadakan pelatihan kader mengenai emo-demo, menyediakan modul dan peralatan penunjang kepada kader sehingga kader dapat memberikan edukasi pada ibu hamil secara rutin setiap bulannya dengan fasilitator kader terlatih di dampingi bidan desa/tenaga gizi/tenaga kesehatan puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil mengenai asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI Eksklusif. Melakukan monitoring dan evaluasi setiap 6 bulan sekali agar program berjalan maksimal. Melakukan diskusi antara kader dengan tenaga kesehatan mengenai kendala atau pun pertanyaan-pertanyaan yang sering dijumpai saat kader mengisik kelas ibu hamil.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan implementasi program penyuluhan asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI Eksklusif yang telah di jalankan di beberapa desa di wilayah kerja Puskesmas Cukir di dapat kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan analisis prioritas masalah, diketahui bahwa masalah rendahnya cakupan ASI Eksklusif merupakan masalah dengan prioritas pertama di wilayah kerja Puskesmas Cukir.
2. Intervensi yang dilakukan adalah dengan memberikan penyuluhan Asuhan Gizi pada Ibu Hamil dan ASI Eksklusif dengan metode ceramah menggunakan media lembar balik dan metode ceramah menggunakan *emo-demo*.
3. Peningkatan pengetahuan intervensi dengan metode ceramah dengan media lembar balik dan leaflet berdasarkan hasil pre-test post-test secara keseluruhan di Desa Grogol sebesar 24% sedangkan peningkatan pengetahuan dengan metode ceramah dengan media *emo-demo* dan leaflet berdasarkan hasil pre-test post-test di Desa Bandung secara keseluruhan sebesar 32%.
4. Berdasarkan target capaian indikator keberhasilan yang telah dibuat, program ini sudah efektif dikarenakan capaian hasil untuk implementasi program penyuluhan asuhan gizi pada ibu hamil dan ASI Eksklusif sudah melebihi 50% target sasaran pada implementasi program 1 Desa Grogol peserta yang hadir sebanyak 12 orang, Desa Jatirejo sebanyak 7 orang dan Desa Bandung sebanyak 12 orang.
5. Implementasi program ini juga dinilai efisien karena dapat meningkatkan cakupan ASI Eksklusif, apabila cakupan ASI Eksklusif tinggi maka resiko bayi BBLR, stunting, gizi buruk dan berbagai penyakit infeksi juga menurun sehingga dapat menghemat pembiayaan kesehatan di masa mendatang.

5.2 Saran

1. Bagi pihak puskesmas, apabila nantinya akan dilakukan edukasi pada saat yang akan datang, maka materi yang perlu disampaikan lebih mendalam yaitu materi yang belum dikuasai oleh peserta berdasarkan hasil *post-test*.
2. Peningkatan cakupan ASI Eksklusif diharapkan mendapat dukungan dari semua pihak baik keluarga, tenaga kesehatan, maupun pemerintah agar tidak menimbulkan pembiayaan kesehatan berlebih dimasa yang akan datang.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Leaflet Edukasi

ASI EKSKLUSIF

- ⇒ Apa Yang Dimaksud ASI Eksklusif?
Pemberian ASI **SAJA** sejak bayi dilahirkan hingga bayi berusia **6 bulan** tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain, bahkan air putih sekalipun, kecuali obat.
- ⇒ Manfaat ASI Eksklusif
 - Tidak ribet, cepat, tidak mahal, higienis, selalu tersedia kapanpun dimanapun.
 - Melindungi bayi dari berbagai macam penyakit seperti diare dan infeksi saluran pernapasan
 - Menyusui membakar kalori sebanyak 250 kalori/hari bisa menurunkan berat badan. Ibu makin cantik dan menarik.
- ⇒ Kerugian Bayi Bila Tidak ASI Eksklusif
 - Dapat merusak pencernaan bayi
 - Mengurangi daya imun bayi
 - Memperbesar resiko bayi terkena penyakit utamanya gizi buruk



- ⇒ Gizi Ibu Menyusui
 - Semua makanan boleh dikonsumsi sesuai prinsip B2SAH (bergizi, berimbang, aman, dan halal).
 - Makanan pelancar ASI (Daun katuk, ubi, kedelai, bayam, pare)

GIZI IBU HAMIL

- ⇒ Selama hamil semua makanan boleh dikonsumsi sesuai prinsip B2SAH (bergizi, berimbang, aman, dan halal).



- ⇒ Selama hamil, ibu perlu menambah makan dengan porsi kecil frekuensi sering agar zat gizi tercukupi
- ⇒ Minum air putih minimal 8 gelas/hr
- ⇒ Kurangi minum kopi dan teh saat makan karena dapat menghambat penyerapan zat gizi dari makanan yang dikonsumsi
- ⇒ Konsumsi tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan dan 3 bulan setelah persalinan dapat mencegah pendarahan, anemia, dan menurunkan resiko kematian ibu & bayi,
- ⇒ Minum kapsul vitamin A setelah melahirkan agar bayi mendapat vitamin A dari ASI ibu untuk mencegah penyakit..
- ⇒ Gunakan garam beryodium untuk membantu perkembangan otak bayi dan pertumbuhan gigi dengan baik.
- ⇒ Ibu dengan usia muda harus makan dan istirahat lebih banyak.

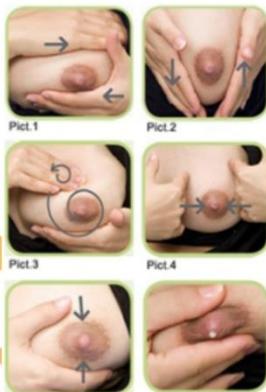
LEAFLET EDUKASI ASUHAN GIZI PADA IBU HAMIL DAN ASI EKSKLUSIF



Program Studi S1 Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga
Surabaya

MEMERAH, MENYIMPAN DAN MEMBERI ASI PERAH PADA BAYI

- ⇒ Siapkan peralatan seperti gelas/plastik klip food grade khusus tempat simpan ASI perah.
- ⇒ Cuci tangan dengan sabun sebelum memerah.
- ⇒ Bersikap santai.
- ⇒ Letakkan ibu jari diatas daerah gelap.
- ⇒ Tekan dengan lembut ke arah daerah gelap
- ⇒ ASI mungkin menetes/ mengucur. Tampung ASI pada wadah yang bersih
- ⇒ Jangan menggosok kulit, memencet puting dapat menyebabka ASI berhenti mengalir.
- ⇒ Pijat dengan ibu jari dibagian yang berbeda dengan pola yang sama.



- ⇒ Perah satu payudara-minimal 3-5 menit, kemudian perah ASI dari payudara lainnya, keudian ulangi keduanya total sekitar 20 mnt.
- ⇒ Simpan ASI dalam wadah bersih tertutup.

BAGAIMANA BILA ASI BELUM KELUAR?

- ⇒ Bayi dapat puasa tidak mengonsumsi apapun selama 3 hari.
- ⇒ Walaupun ASI tidak keluar/produksiya sedikit bayi harus tetap disusui agar dapat merangsang produksi ASI ibu.

Kapasitas lambung si kecil	Kuantitas Susu	Usia
Cherry	5-7ml	Satu hari
Leci	22-27ml	Tiga hari
Aprikot	45-60ml	Seminggu
Telur ayam	80-150ml	Sebulan

CARA MENYUSUI YANG BENAR



- ⇒ Posisi menyusui yang benar membantu anak menghisap dengan baik dan membantu produksi ASI lebih banyak.
- ⇒ Posisi Menyusui yang Benar:
 - Kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus.
 - Ibu mendekap badan bayi menopang seluruh badan bukan hanya kepala atau bahu bayi.
 - Wajah dan badan bayi menghadap payudara hidung menghadap puting dan keseluruhan bagian hitam sekitar puting masuk kemulut bayi.

ASI
Tidak akan bisa
TERGANTIKAN

Lampiran 2. Lembar Pre-test Post-test

Nama :

Alamat:

1. Apa saja makanan yang diperbolehkan untuk ibu hamil?
 - a. Semua makanan boleh dikonsumsi, kecuali udang, cumi, dan ikan lainnya
 - b. Semua makanan boleh dikonsumsi, kecuali sayur dan buah
 - c. Semua makanan boleh dikonsumsi
 2. Berapa banyak konsumsi tablet tambah darah selama kehamilan?
 - a. 90 tablet
 - b. 60 tablet
 - c. 30 tablet
 3. Apa yang dimaksud ASI Eksklusif?
 - a. Pemberian ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan apapun
 - b. Pemberian ASI dengan tambahkan pisang
 - c. Pemberian ASI dengan tambahan susu formula
 4. Berapa lama bayi dapat puasa tidak mengonsumsi apapun?
 - a. 1 hari
 - b. 2 hari
 - c. 3 hari
 5. Seberapa besar ukuran lambung bayi baru lahir?
 - a. Telur
 - b. Kelereng
 - c. Keluwak
-

Lampiran 3. Lembar Daftar Hadir

DAFTAR ABSENSI KELAS IBU HAMIL DESA ~~BANDUNG~~
 BANDUNG
 JOMBANG, 19 NOVEMBER 2019
 S1 GIZI UNIVERSITAS AIRLANGGA

NO	NAMA	NO HP	ALAMAT	TANDA TANGAN
1.	NUR LAILI ROHMAT	085655557222	Bandung sari	1. <i>Laili</i>
2.	ANISA ARIYATI NISA	085851274709	Gombang Malang	2. <i>Anisa</i>
3.	MAR KANAH	081252298962	Gb. Malang	3. <i>Ad</i>
4.	Lailatul Arista S	081357149017	Bandung Santren	4. <i>Aris</i>
5.	HATIF ISMAWATI	08584355535	" "	5. <i>Hatif</i>
6.	SILVI LAILATUL F		Bandung Sari	6. <i>Silvi</i>
7.	Wahana Nurul H	085793457068	Gombang Malang	7. <i>Wahana</i>
8.	Puri rolsatul I =	085856742746	Randulawang	8. <i>Puri</i>
9.	Ima darul choir	085708776397	Randulawang	9. <i>Ima</i>
10.	Ratna Ely Safitri		Bandung Sari	10. <i>Ratna</i>
11.	Nunu L.	085735633588	Sugihwaras	11. <i>Nunu</i>
12.	Siti Humairah	085806820111	Ran. Sugihwaras es/er	12. <i>Siti</i>
13.				13.
14.				14.
15.				15.

DAFTAR ABSENSI KELAS IBU HAMIL DESA GROGOL

JOMBANG, 7 NOVEMBER 2019

S1 GIZI UNIVERSITAS AIRLANGGA

NO	NAMA	ALAMAT	TANDA TANGAN
1.	Fadilatun 9bln	Grogol	1.
2.	Mengseh 5 bln	Grogol	2.
3.	Anita 9 bln	Tawar	3.
4.	Sowia 6 bln	Grogol	4.
5.	Hamidah 9 bln	Grogol	5.
6.	Abibah 7 bln	Grogol	6.
7.	MUR F. 3 bln	Dempok	7.
8.	Khotimatul F. 4 bln	Dempok	8.
9.	Khoiroatul Mujizat 5 bln.	Grogol	9.
10.	Iswati 7 bln	Grogol	10.
11.	Adila 3 bln	Dempok	11.
12.	SITI 4 bln	DEMPOK	12.
13.			13.
14.			14.
15.			15.

DAFTAR ABSENSI KELAS IBU HAMIL DESA JATIREJO

JOMBANG, 16 NOVEMBER 2019

SI GIZI UNIVERSITAS AIRLANGGA

NO	NAMA	NO HP	ALAMAT	TANDA TANGAN
1.	Yana Anurun N		Jatirejo	1. 
2.	Endang Erniawati		Nanggungan	2. 
3.	Puji Aniasari			3. 
4.	Suliyati			4. 
5.	Nilam Sapti		Jatirejo	5. 
6.	Siti Mariyati			6. 
7.	Isurati		Jatirejo	7. 
8.				8.
9.				9.
10.				10.
11.				11.
12.				12.
13.				13.
14.				14.
15.				15.
16.				16.
17.				17.
18.				18.
19.				19.
20.				20.

Scanned with
CamScanner

Lampiran 4. Dokumentasi Kegiatan Desa Grogol



Lampiran 4. Dokumentasi Kegiatan Desa Jatirejo



Lampiran 4. Dokumentasi Kegiatan Desa Bandung



**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
BIDANG GIZI MASYARAKAT
DI PUSKESMAS CUKIR KABUPATEN JOMBANG**



Oleh:

NURUL FITRIYAH

NIM. 101611233051

**PROGRAM STUDI GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

BAB I

PENDAHULUAN

2 Latar Belakang

Setiap manusia pasti mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan dari bayi sampai menjadi tua. Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi. Lansia banyak menghadapi berbagai masalah kesehatan yang perlu penanganan segera dan terintegrasi.

Proporsi penduduk di atas 60 tahun di dunia diperkirakan akan terus meningkat. Perkiraan peningkatan dari tahun 2000 sampai 2050 akan berlipat ganda dari sekitar 11% menjadi 22%, atau secara absolut meningkat dari 605 juta menjadi 2 milyar lansia (WHO,2014). Jumlah posyandu lansia terus ditingkatkan dengan tujuan untuk pemerataan pelayanan kesehatan lansia dan untuk mendekatkan pos pelayanan lansia pada sasaran. Dari data yang diperoleh diketahui bahwa jumlah posyandu lansia pada tahun 2009 hanya berjumlah 519, kemudian di tahun 2013 sudah bertambah menjadi 715 posyandu, bertambah lagi menjadi 744 pada tahun 2014, tahun 2015 menjadi 793 Posyandu, tahun 2016 jumlah Posyandu Lansia menjadi 744 Posyandu Lansia, dan pada tahun 2017 945 Posyandu Lansia.

Cakupan pelayanan kesehatan usia lanjut (>60 tahun) pada tahun 2017 di Kabupaten Jombang sebesar 65,66% yaitu pelayanan kesehatan usia lanjut terhadap 98.749 usila dari seluruh usila yang ada (150.398 orang usila). Cakupan ini menurun namun tidak bermakna, dari tahun 2016 dimana cakupan pelayanan kesehatan usila sebesar 65,95%.

Dengan bertambahnya umur, fungsi fisiologis mengalami penurunan akibat proses penuaan sehingga penyakit tidak menular banyak muncul pada lanjut usia. Hasil Riskesdas 2013, penyakit terbanyak pada lanjut usia adalah Penyakit Tidak Menular (PTM) antara lain hipertensi, artritis, stroke, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) dan Diabetes Mellitus (DM). Untuk mewujudkan lansia sehat, mandiri, berkualitas dan produktif harus dilakukan pembinaan kesehatan sedini mungkin selama siklus kehidupan manusia sampai memasuki fase lanjut usia dengan memperhatikan faktor-faktor resiko yang harus dihindari dan faktor-faktor protektif yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan.

Keberhasilan pembangunan kesehatan dalam waktu suatu wilayah ditandai dengan meningkatnya derajat kesehatan masyarakat secara umum. Empat pilar utama yang harus diperkuat dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal adalah pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan, manajemen kesehatan dan kontribusi sektor-sektor terkait. Penguatan keempat pilar tersebut akan memberikan pengaruh positif terhadap kondisi lingkungan, perilaku

hidup masyarakat dan akses serta mutu pelayanan kesehatan. Aspek gizi merupakan salah satu indikator kesehatan masyarakat yang belum dapat dituntaskan di dunia (Depkes, 2016).

3 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan lansia tentang masalah kesehatan yang sedang dialami, meningkatkan derajat kesehatan lansia untuk mencapai lansia sehat, mandiri, aktif, produktif dan berdaya guna bagi keluarga dan masyarakat.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui pengetahuan lansia tentang masalah kesehatan lansia
- b. Mengetahui kebiasaan konsumsi lansia

1 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

- a. Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam pelaksanaan program gizi di puskesmas Cukir
- b. Mendapatkan kesempatan untuk langsung mengaplikasikan ilmu yang telah didapatkan pada masa perkuliahan
- c. Mendapatkan kesempatan untuk langsung menghadapi permasalahan yang terjadi di lapangan dan menyelesaikannya dengan ilmu yang telah didapatkan pada masa perkuliahan
- d. Mendapat gambaran secara nyata atas ilmu yang telah didapatkan di perkuliahan
- e. Mendapatkan kesempatan membantu kegiatan yang ada di puskesmas

1.3.2 Bagi Fakultas

- a. Sebagai jembatan untuk menjalin hubungan kerjasama antara Gizi UNAIR dengan instansi magang
- b. Meningkatkan kualitas pendidikan dengan melibatkan tenaga terampil dalam kegiatan magang dari instansi magang

1.3.3 Bagi Institusi Magang

- a. Institusi dapat melibatkan mahasiswa praktek kerja (magang) pada kegiatan- kegiatan yang ada di puskesmas Cukir
- b. Institusi dapat melakukan evaluasi berdasarkan gambaran dan data yang diolah oleh mahasiswa magang
- c. Menciptakan kerjasama yang saling menguntungkan dan bermanfaat antara puskesmas dengan mahasiswa

- d. Hasil (laporan) magang yang dilakukan penulis dapat dijadikan referensi sebagai bahan masukan yang bermanfaat

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lanjut Usia (Lansia)

Menurut World Health Organisation (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan.

Proses penuaan adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahapan-tahapan menurunnya berbagai fungsi organ tubuh, yang ditandai dengan semakin rentannya tubuh terhadap berbagai serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian misalnya pada sistem kardiovaskuler dan pembuluh darah, pernafasan, pencernaan, endokrin dan lain sebagainya. Hal tersebut disebabkan seiring meningkatnya usia sehingga terjadi perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ. Perubahan tersebut pada umumnya mengaruh pada kemunduran kesehatan fisik dan psikis yang pada akhirnya akan berpengaruh pada ekonomi dan sosial lansia. Sehingga secara umum akan berpengaruh pada activity of daily living (Fatimah, 2010).

2.2 Batasan Lansia

Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), lanjut usia meliputi :

- a. Usia pertengahan (*middle age*) ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun
- b. Lanjut usia (*elderly*) antara 60 – 74 tahun
- c. Lanjut usia tua (*old*) antara 75 – 90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.

2.3 Perubahan-perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin berkembangnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah dan Lilik, 2011 dalam Kholifah, 2016).

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

Sistem pendengaran prebiakusis (gangguan pada pendengaran) disebabkan karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

2) Sistem Integumen

Kulit pada lansia mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan bercerak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudorifera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

3) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia : jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago : jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata.

Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang : berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

4) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah masa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga perenggangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

5) Sistem Respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan perenggangan torak berkurang.

6) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap

menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

7) Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

8) Sistem Saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomis dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

9) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

b. Perubahan Kognitif

1. Memory (daya ingat, Ingatan)
2. IQ (*Intelligent Quotient*)
3. Kemampuan Belajar (*Learning*)
4. Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*)
5. Pemecahan Masalah (*Problem Solving*)
6. Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)
7. Kebijaksanaan (*Wisdom*)
8. Kinerja (*Performance*)
9. Motivasi

c. Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental : 1) Perubahan fisik, khususnya organ perasa. 2) Kesehatan umum. 3) Tingkat pendidikan. 4) Keturunan (hereditas). 5) Lingkungan. 6) Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian. 7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan. 8) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan *family*. 9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

d. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (*mature*) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

e. Perubahan Psikososial

Pada umumnya setelah seorang lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik (konatif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan. Penurunan kedua fungsi tersebut, lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia.

2.4 Masalah Gizi pada Lansia

Masalah gizi pada lansia menurut Beck (2011) dibedakan menjadi 3 kelompok yaitu :

a. Malnutrisi Umum

Malnutrisi umum dapat diartikan sebagai diet tidak mengandung beberapa nutrisi dalam jumlah yang memadai. Keadaan ini disebabkan oleh ketidakacuhan secara umum yang disebabkan oleh berbagai keadaan.

b. Defisiensi nutrisi tertentu

Defisiensi ini terjadi bila suatu makanan atau kelompok makanan tertentu tidak ada dalam diet, seperti Vitamin C, Vitamin D, asam folat dan besi.

c. Obesitas

Besarnya permasalahan ini akan meningkat apabila energi yang masuk tidak seimbang dengan energi yang dikeluarkan, seperti kurangnya aktifitas fisik. Obesitas yang ekstrem jarang terjadi begitu seseorang masuk usia pensiun. Obesitas biasanya disebabkan oleh kebiasaan makan yang jelek sejak usia muda.

2.5 Hipertensi

2.5.1 Pengertian

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan angka kesakitan atau morbiditas dan angka kematian atau mortalitas. Hipertensi merupakan keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal atau kronis dalam waktu yang lama (Saraswati, 2009).

Klasifikasi hipertensi menurut *Joint National Committee* (JNC) VII

Klasifikasi hipertensi	Tekanan Systolik	Tekanan Diastolik
------------------------	------------------	-------------------

	(mmHg)	(mmHg)
Normal	<120	<80
Pre-Hipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi I	140 – 159	90 - 99
Hipertensi II	>160	>100

Besarnya tekanan darah selalu dinyatakan dengan dua angka. Angka yang pertama menyatakan tekanan sistolik, yaitu tekanan yang dialami dinding pembuluh darah ketika darah mengalir saat jantung memompa darah keluar dari jantung. Angka yang kedua disebut diastolik yaitu angka yang menunjukkan besarnya tekanan yang dialami dinding pembuluh darah ketika darah mengalir masuk kembali ke dalam jantung.

Tekanan sistolik diukur ketika jantung berkontraksi, sedangkan tekanan diastolik diukur ketika jantung mengendur (relaksasi). Kedua angka ini sama pentingnya dalam mengindikasikan kesehatan kita, namun dalam prakteknya, terutama buat orang yang sudah memasuki usia di atas 40 tahun, yang lebih riskan adalah jika angka diastoliknya tinggi yaitu diatas 90 mmHg (Adib, 2009).

2.5.2 Etiologi

Penyebab hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu hipertensi essensial (primer) merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya dan ada kemungkinan karena faktor keturunan atau genetik (90%). Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang merupakan akibat dari adanya penyakit lain. Faktor ini juga erat hubungannya dengan gaya hidup dan pola makan yang kurang baik.

Faktor makanan yang sangat berpengaruh adalah kelebihan lemak (obesitas), konsumsi garam dapur yang tinggi, merokok dan minum alkohol. Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua, maka kemungkinan menderita hipertensi menjadi lebih besar. Faktor-faktor lain yang mendorong terjadinya hipertensi antara lain stress, kegemukan (obesitas), pola makan, merokok (Adib, 2009).

2.5.3 Penatalaksanaan

1. Mengendalikan berat badan

Penderita hipertensi yang mengalami kelebihan berat badan dianjurkan untuk menurunkan berat badannya sampai batas normal.

2. Pembatasan asupan garam (sodium/Na)

Mengurangi konsumsi garam, maksimal konsumsi garam sehari adalah 1 sendok makan.

3. Berhenti merokok
Penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.
4. Mengurangi atau berhenti minum minuman beralkohol
5. Mengubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan atau kadar kolesterol darah tinggi
6. Olahraga aerobik yang tidak terlalu berat
Penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali.
7. Mengelola stress dengan baik
8. Konsumsi obat anti hipertensi

BAB III

GAMBARAN UMUM

3.1 Gambaran Umum Program

Program konseling gizi lansia ditujukan untuk semua lansia di posyandu khususnya lansia yang memiliki masalah kesehatan. Program ini berupa konseling untuk meningkatkan pengetahuan lansia terkait masalah kesehatan yang biasanya terjadi pada lansia. Sebelum pemberian konseling, dilakukan *screening* kesehatan oleh bidan desa atau dokter yang bertugas. Dalam pemberian materi konseling, lansia diberikan leaflet yang berisi informasi seputar masalah kesehatan pada lansia.

Program ini dikhususkan untuk lansia yang hadir dalam kelas posyandu lansia. Akan tetapi, terdapat beberapa lansia yang tidak dapat hadir di kelas posyandu lansia tersebut karena kondisi yang tidak memungkinkan untuk hadir dalam kegiatan tersebut. Lansia yang tidak hadir dalam kegiatan tersebut di kunjungi kerumahnya masing-masing untuk di *screening* dan diberikan konseling terkait masalah kesehatan serta diberi leaflet. Pemberian materi konseling pada lansia, menyesuaikan dengan tema yang dijadwalkan setiap bulannya.

3.2 Gambaran Umum Target Populasi

Sasaran yang ditujukan untuk program konseling ini adalah lansia di kelas posyandu lansia. Posyandu lansia Desa Puton, Kecamatan Cukir, Kabupaten Jombang merupakan target program konseling karena posyandu lansia tersebut merupakan posyandu yang rutin dilakukan daripada desa lainnya.

BAB IV

METODE PELAKSANAAN

4.1 Penetapan Tujuan Kegiatan

Program konseling gizi lansia bertujuan untuk memberikan pengetahuan terkait masalah kesehatan yang biasanya terjadi pada lansia. Konseling gizi lansia dimulai dari lansia sebagai peserta, petugas gizi, bidan atau dokter sebagai fasilitator pelayanan kesehatan sehingga lansia perlu diberikan konseling agar mengubah perilaku untuk hidup sehat dengan segala keterbatasan atau masalah kesehatan yang ada.

4.2 Sasaran Kegiatan

Sasaran kegiatan ini adalah sebanyak 25 lansia di posyandu lansia Desa Puton.

4.3 Output dan Outcome

a. Output

Peserta lansia mengalami peningkatan pengetahuan dan pemahaman terkait informasi yang diberikan meliputi pengertian, faktor risiko, klasifikasi penyakit, penyebab, makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan.

b. Outcome

Peserta lansia dapat memenuhi dan memperbaiki asupan makanan agar bervariasi, mengurangi konsumsi makanan yang mengganggu kesehatannya agar dapat memenuhi kebutuhan gizinya sesuai usianya dan memperbaiki untuk mengubah perilaku untuk hidup sehat. Peserta lansia yang hadir diharapkan dapat menyebarkan informasi tersebut kepada keluarga atau orang lain untuk meminimalisir masalah kesehatan.

4.4 Tempat dan Waktu

4.4.1 Tempat Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan di posyandu lansia Balai Desa Puton, Kecamatan

Cukir, Kabupaten Jombang, Jawa Timur.

4.4.2 Waktu Kegiatan

Kegiatan dilakukan pada hari Kamis, 14 November 2019 pukul 09.00 – 11.00

WIB

4.4.3 Penetapan Wilayah

Penetapan wilayah yang akan diintervensi adalah Desa Puton, karena menyesuaikan waktu pelaksanaan posyandu lansia di Desa Puton.

4.5 Metode Pelaksanaan

Program dilaksanakan diawali dengan cek tekanan darah lalu pemberian konseling kepada lansia yang hadir dan mendatangi lansia yang tidak bisa hadir ke rumahnya (karena faktor usia). Materi konseling penyuluhan melalui metode ceramah atau pemaparan materi dan diskusi dengan tanya jawab. Hal tersebut dipilih karena metode ini melibatkan partisipasi peserta saat tanya jawab. Dengan adanya komunikasi dua arah antara petugas kesehatan dan peserta diharapkan materi yang disampaikan dapat lebih dipahami.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Implementasi Program

5.1.1 Pelaksanaan Kegiatan

Alur kegiatan yang dilakukan yaitu :

1. Penetapan wilayah yang akan di intervensi menyesuaikan waktu pelaksanaan posyandu lansia yang bekerjasama dengan bidan desa
2. Mengumpulkan data jumlah sasaran lansia melalui bidan desa dan kader
3. Persiapan penyelenggaraan program (materi, media, pembagian konsumsi)
4. Pelaksanaan kegiatan dimulai dari bergantian cek tekanan darah, pembagian media yaitu leaflet pada lansia, penyampaian materi dan sesi tanya jawab

5.1.2 Materi

Materi edukasi yang diberikan meliputi :

1. Pengertian hipertensi
2. Faktor risiko hipertensi
3. Klasifikasi hipertensi
4. Beberapa penyebab hipertensi
5. Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan untuk penderita hipertensi

5.1.3 Media

Media yang digunakan selama edukasi adalah leaflet serta penjelasan secara lisan dari fasilitator. Media leaflet diberikan kepada peserta dengan tujuan sebagai media pembelajaran untuk dibaca dirumah dan dibagikan ke anaknya atau orang lain.

5.1.4 Capaian Program per Aktivitas

- 1) Program ini diawali dengan melakukan cek tekanan darah, peserta (lansia) dapat mengetahui hasil cek tekanan darah sesuai klasifikasi (normal, pre hipertensi, hipertensi)
- 2) Lansia antusias bertanya tentang materi yang disampaikan mengenai masalah kesehatan yang sedang dialami
- 3) Lansia menjelaskan kebiasaan makan dan aktivitas sehari-hari sehingga dapat diketahui apakah ada pengaruh dari kebiasaan makanan yang dikonsumsi dengan penyakit yang diderita

- 4) Selama penjelasan materi lansia memperhatikan dengan saksama.
- 5) Saat dibuka sesi tanya jawab lansia antusias dengan banyak yang bertanya mengenai materi yang dijelaskan dan bisa menjawab pertanyaan minimal 70% benar
- 6) Sasaran yang hadir melebihi target

5.2 Analisis SWOT

5.2.1 S (*Strength*) atau Kekuatan

- a. *Screening* kesehatan secara berkala
- b. Pemberian materi merata
- c. Sasaran yang datang sesuai target

5.2.2 W (*Weaknesses*) atau Kelemahan

- a. Tempat posyandu lansia terlalu kecil karena jadi satu dengan balai desa
- b. Tidak ada kursi dan meja khusus untuk lansia, sehingga tempat melakukan kegiatan tidak merata (ada yang duduk lesehan, ada yang duduk diatas)
- c. Pelaksanaan konseling membutuhkan waktu yang lama karena mengantri (*face to face*)
- d. Tempat kurang kondusif sehingga konseling yang seharusnya dilakukan satu per satu digabung per 3 orang atau lebih
- e. Jadwal posyandu lansia mengikuti jadwal kader

5.2.3 O (*Opportunity*) atau Peluang

- a. Mudah dalam mengurus perizinan
- b. Menjadi motivasi untuk selalu mengikuti kegiatan posyandu lansia

5.2.4 T (*Threat*) atau Ancaman

Masyarakat tidak memanfaatkan sarana kesehatan Puskesmas (posyandu lansia) khususnya dalam pelayanan gizi.

5.3 Analisis Efektivitas dan Efisiensi Program

Program konseling gizi lansia kurang efektif karena fasilitas kurang memadai dan juga termasuk efektif karena sasaran yang hadir sesuai dengan target serta kurang efisien karena membutuhkan waktu yang lama untuk melakukan kegiatan konseling. Sehingga untuk kedepannya bisa dijadikan evaluasi untuk menyediakan tempat yang memadai agar lansia dapat mengikuti kegiatan dengan teratur.

5.4 Analisis Keberlanjutan Program

Program konseling gizi lansia untuk kedepannya dapat dilanjutkan menjadi program rutin bulanan di posyandu lansia agar lansia mengetahui informasi terkait masalah kesehatan yang biasanya terjadi pada lansia khususnya masalah kesehatan yang sedang dialami. Jika dilaksanakan rutin dapat digunakan sebagai monitoring dan evaluasi bagi petugas gizi dan kesehatan di Puskesmas, dapat dijadikan juga untuk deteksi dini lansia yang mengalami masalah kesehatan agar segera diintervensi sehingga dapat meminimalisir masalah risiko masalah kesehatan. Jadi untuk program ini (konseling gizi) ke depannya tidak dapat dilakukan karena membutuhkan waktu yang lama dalam pelaksanaannya.

5.5 Rincian Data Keuangan

Pelaksanaan program kegiatan membutuhkan alokasi dana untuk memperlancar kegiatan sesuai rencana. Biaya yang dikeluarkan untuk pelaksanaan konseling adalah sebagai berikut:

No	Bahan	Jumlah	Harga satuan (Rp)	Biaya (Rp)
1.	Print berwarna	30 lembar	Rp. 2.000	Rp. 60.000
2.	Roti	30 biji	Rp. 3.000	Rp. 90.000
3.	Buah semangka	1 biji	Rp. 15.000	Rp. 15.000
4.	Air mineral (gelas)	1 kerdus	Rp. 20.000	Rp. 20.000
		Total		Rp. 185.000

5.6 Rencana dan Rekomendasi Tindak Lanjut

Program konseling gizi ini dapat dijadikan sebagai program rutin posyandu lansia di Desa Puton bersamaan dengan kegiatan screening rutin yang dilakukan. Untuk memastikan keberlanjutan program ini dapat dilihat dari pertama kali program konseling gizi diadakan. Berdasarkan hasil kegiatan yang sudah dilakukan, pengetahuan lansia meningkat didasarkan hasil sesi tanya jawab yang diberikan, peserta lansia antusias mengikuti konseling gizi karena saat sesi tanya jawab banyak yang aktif bertanya dan mengajak diskusi terkait masalah kesehatan yang dialaminya.

Seperti yang dijelaskan sebelumnya, kegiatan konseling ini membutuhkan waktu yang lama sehingga kurang efisien. Alternatif lain yang dapat dijalankan adalah mengubah metode yang semula berupa konseling menjadi penyuluhan kepada lansia sehingga pemberian informasi bersamaan secara langsung. Program ini dapat dilanjutkan seterusnya dengan cara setiap bulan petugas kesehatan memonitoring evaluasi program.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang dilaksanakan di posyandu lansia Desa Puton, dapat disimpulkan bahwa masalah gizi khususnya hipertensi pada lansia termasuk peringkat ketiga 3 prioritas masalah di wilayah kerja Puskesmas Cukir. Intervensi yang dilakukan dengan memberikan edukasi yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan lansia terkait masalah kesehatan yang sedang dialami dan meminimalisir terjadinya masalah kesehatan lainnya dengan melakukan screening dan konseling/penyuluhan gizi rutin setiap bulannya. Program yang dilaksanakan sudah sesuai dengan tujuan dan sasaran, metode yang diberikan juga dapat diterima oleh peserta karena pengetahuan peserta meningkat dari hasil sesi tanya jawab.

6.2 Saran

1. Jika pihak puskesmas akan melakukan konseling gizi pada masa mendatang, memberikan contoh bahan makanan yang dianjurkan sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami sesuai dengan kondisi ekonomi dan bahan pangan yang tersedia di daerah setempat untuk memudahkan para lansia. Penurunan masalah kesehatan yang dialami lansia diharapkan mendapatkan dukungan dari semua pihak yakni keluarga, tenaga kesehatan dan pemerintah.

2. Sasaran kegiatan penyuluhan/konseling gizi diharapkan merata, tidak hanya di posyandu lansia Desa Puton akan tetapi di semua posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Cukir

DAFTAR PUSTAKA

- Adib, 4. (2009). *Cara Mudah Memahami dan Menghindari Hipertensi, Jantung dan Stroke*. Edisi I. Yogyakarta : CV. Dianloka
- Beck, M. 2011. *Ilmu Gizi Dan Diet Hubungannya Dengan Penyakit-Penyakit Untuk Perawat Dan Dokter*. Yayasan Essentia Medica : Yogyakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang (2017). *Profil Kesehatan*
- Depkes. 2016. *Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Fatimah. 2010. *Merawat Manusia Lanjut Usia*. Jakarta : Trans Info Media.
- Kemenkes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Kemenkes RI
- Saraswati,S. 2009. *Diet Sehat untuk Penyakit Asam Urat, Diabetes, Hipertensi dan Stroke*. Jogjakarta : A plus Book.
- WHO. 2010. *Infant Mortality*. World Health Organization
- WHO. 2014. *Maternal Mortality*. World Health Organization

LAMPIRAN

1. Lembar Leaflet

Apakah hipertensi berbahaya?
Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan:

Stroke

Gagal ginjal

Gagal jantung

Apa yang dapat menyebabkan hipertensi?

Diabetes mellitus

Obesitas

Merokok

Pola makan yang tidak sehat

Klasifikasi Tekanan Darah

120	135	140
80	88	90

NORMAL **PRE-HIPERTENSI** **HIPERTENSI**

Individu ≥ 50 tahun harus memeriksa tekanan darah secara rutin dan mengupayakan tekanan darahnya minimal $< 150/90$

Prodi S1 Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga

HIPERTENSI
TEKANAN DARAH TINGGI

Konsumsi makanan yang dianjurkan

- Konsumsi buah dan sayuran sebanyak 4-5 kali dalam satu hari
- Konsumsi ikan, daging ayam tanpa kulit, telur ayam kampung. Batasi konsumsi daging sapi, daging domba, bebek, daging kambing, jeroan (tetelan)
- Mengurangi makanan yang digoreng. Makanan lebih baik direbus, dipepes, dikukus, atau ditumis
- Membatasi garam hanya satu sendok teh per hari

Mengatasi hipertensi dapat dengan cara menjaga pola makan, melakukan olahraga ringan, mengontrol stress, dan mengonsumsi obat anti-hipertensi rutin (apabila didiagnosis hipertensi oleh dokter)

Makanan yang tidak boleh dikonsumsi

- Makanan bersantan dan berlemak, contohnya tetelan (otak, paru, hati, ginjal, gaji)
- Makanan bernatrium (asin), contohnya ikan asin, telur asin, keripik, biskuit.
- Makanan kaleng dan yang diawetkan, contohnya abon, dendeng, kornet.

2. Lembar Daftar Hadir

14/11/2019

ABSENSI POSYANDU LANSIA SEJAHTERA DESA PUTON

No	NAMA LANSIA	BB	TENSI	TANDA TANGAN
1.	SIIN	50	220	Sib
2.	SANTOSO	67	132	Hand
3.	SUPINAH	57	128	SUPINAH
4.	BU MUNTIK	35	119	M
5.	PAK SUWASI	50	107	H
6.	SARPIATUN	64	153	S
7.	SUKIYAH	45	159	Suk
8.	SARIPAH	46	142	S
9.	MULIPAH	60	157	M
10.	BU TUNIK	41	116	Tunik
11.	BU TURAH	52	129	Turrah
12.	TATIMAH	81	130	T
13.	SARINAH	85	157	Sarinah
14.	TRAMI	65	120	T
15.	UUT	65	140	U
16.	BU JAMIK	70	100	J
17.	BU RIATI	35	170	R
18.	BU TUMI	55	155	T
19.	PAK SARIK	59	170	S
20.	BU SANTUMI	92	140	S
21.	BU SUWATI	60	130/70	S
22.	TU NAFIN	35	110	T
23.	SAMINAH	60	140/80	S
24.	TU PUK/KLUMPUK	40	120/80	P
25.	BULEK SARIATI	66	140/80	SARIATI
26.	SIKIN	57	130/60	S
27.	P. NGADI	62	140	N
28.	PASIMAH	35	120/90	P
29.	P. SAPPAN	94	100/60	S
30.				

3. Dokumentasi Kegiatan



