

ISBN 978-623-7550-42-6




UNTUK TUTOR

MODUL PELAKSANAAN
BELAJAR BERDASARKAN MASALAH
PENILAIAN STATUS GIZI

Atikah Rahayu
Fahrini Yulidasari

Editor:
Andini Octaviana Putri

 083867708263

 cv.mine7

 mine mine



Penerbit : cv. Mine
Perum Sidorejo Bumi Indah F 153
Rt 11 Ngestiharjo Kasihan Bantul
Mobile : 083867708263
email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-7550-42-6



9 786237 550426



**MODUL PELAKSANAAN
BELAJAR BERDASARKAN MASALAH
PENILAIAN STATUS GIZI
(Program Reguler)**

UNTUK TUTOR

**Penyusun:
Atikah Rahayu
Fahrini Yulidasari**

**Editor:
Andini Octaviana Putri**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT
BANJARBARU**

2017



**MODUL PELAKSANAAN
BELAJAR BERDASARKAN MASALAH PENILAIAN STATUS GIZI
(Program Reguler) UNTUK TUTOR**

Penyusun:

Atikah Rahayu

Fahrini Yulidasari

Editor:

Andini Octaviana Putri

Hak Cipta © 2020, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

Cetakan ke-1

Tahun 2020 CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-
55182

Telp: 083867708263

Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-7550-42-6

KATA PENGANTAR

Belajar Berdasarkan Masalah (BBM) merupakan salah satu inovasi dari PSKM Fakultas Kedokteran Unlam dalam rangka pencapaian lulusan yang berkompotensi. Dalam pelaksanaan BBM-Penilaian Status Gizi ini bukan hanya melibatkan bagian Gizi saja tetapi juga ada keterlibatan bagian administrasi dan kebijakan kesehatan (AKK), promosi kesehatan (Promkes), dan epidemiologi untuk melatih cara berpikir mahasiswa secara komprehensif di dalam menghadapi permasalahan kesehatan.

Metode pembelajaran dalam BBM ini meliputi kuliah klasikal di dalam kelas, tutorial Belajar Berdasarkan Masalah (BBM) untuk 1 (satu) kasus yang sudah diskenariokan, kuliah pakar, skill lab (kunjungan lapangan), dan belajar mandiri. Modul tutor ini diperlukan guna ada pedoman bagi para tutor dalam menyelenggarakan kegiatan tutorial. Dengan demikian, tutor (dosen) memiliki arahan atau pedoman dalam memandu kegiatan tutorial mahasiswa mengingat modul ini berisi tentang jaadwal penyeelenggaraan tutorial, maksud dan tujuan tutorial, tahapan tutorial, *learning objective* yang ingin dicapai, lembar evaluasi serta materi untuk menambah referensi dosen sesuai *learning objective* yang telah ditentukan dimasing-masing departemen yang terkait dengan scenario yang dipelajari.

Terima Kasih kepada semua pihak yang terlibat dalam penyusunan modul pelaksanaan BBM-Penilaian Status Gizi yang diperuntukkan untuk tutor, mudah-mudahan modul ini bermanfaat bagi kemajuan mahasiswa.

Banjarbaru, Januari 2017

--Tim Penyusun--

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman judul	i
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Lampiran	iv
1. Pendahuluan.....	1
2. Tujuan.....	2
3. Bagian Yang Terkait.....	4
4. Strategi Pembelajaran.....	4
5. Penilaian.....	7
6. Tim BBM.....	10
7. Kontribusi Dan Narasumber.....	11
8. Jadwal Kegiatan.....	12
9. Evaluasi	15
Lampiran	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Mekanisme Kegiatan Tutorial (BBM).....	16
Lampiran 2.	Lembar Penilaian Tutorial.....	30
Lampiran 3.	Panduan Penulisan Makalah.....	31
Lampiran 4.	Contoh Halaman Judul (Cover) Makalah.....	34
Lampiran 5.	Contoh Halaman Pengesahan.....	35
Lampiran 6.	Lembar Penilaian Makalah.....	36
Lampiran 7.	Daftar Nama Tutor dan Pendamping Lapangan BBM PSG.....	38
Lampiran 8.	Jadwal Kegiatan Tutorial dan Skill Lapangan..	40
Lampiran 9.	Skenario dan Overview.....	42

**BELAJAR BERDASARKAN MASALAH PENILAIAN STATUS GIZI
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT FK UNLAM
PROGRAM REGULER SEMESTER IV TAHUN AJARAN
2017/2018**

UNTUK TUTOR

1. PENDAHULUAN

Semakin berkembangnya tuntutan terhadap peningkatan kompetensi lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat menuntut perlunya berbagai upaya peningkatan dalam proses pembelajaran yang dilakukan oleh perguruan tinggi khususnya Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) sebagai lembaga pendidikan yang berperan menghasilkan lulusan yang berkualitas dan terampil dalam menganalisis permasalahan kesehatan masyarakat yang berkembang saat ini. Salah satu strategi yang dilakukan untuk mengakomodasi tuntutan tersebut dengan penerapan kurikulum berbasis kompetensi melalui Mata Kuliah Belajar Berdasarkan Masalah (BBM) pada proses pembelajaran di PSKM FK Unlam.

BBM-Penilaian Status Gizi pada Program Reguler dilaksanakan pada semester 4 (empat) dengan beban 2 (dua)

SKS. Pada BBM ini mahasiswa akan belajar tentang Gizi terkait dengan Epidemiologi, Promosi Kesehatan, dan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK).

Kegiatan BBM-Penilaian Status Gizi adalah kegiatan perkuliahan mahasiswa yang mempelajari pengetahuan tentang konsep permasalahan gizi dan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap permasalahan gizi, konsep dan metode penilaian status gizi, penilaian status gizi secara langsung (biokimia, klinis, biofisik, dan antropometri) dan tidak langsung (survey konsumsi makanan, ekologi, dan statistik vital).

Strategi yang digunakan pada BBM ini adalah metode perkuliahan klasik, diskusi tutorial (BBM/Belajar Berdasarkan Masalah) dengan menggunakan metode *Seven Jumps*, kuliah pakar, belajar keterampilan Kesehatan Masyarakat melalui simulasi, dan belajar mandiri.

2. TUJUAN

A. Knowledge

Setelah menyelesaikan BBM ini, mahasiswa diharapkan mampu:

*Modul Pelaksanaan Belajar Berdasarkan Masalah Penilaian Status Gizi
(Tutor)*

1. Menjelaskan konsep permasalahan gizi dan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap permasalahan gizi.
2. Menjelaskan konsep dan metode penilaian status gizi.
3. Menjelaskan penilaian status gizi secara langsung (biokimia, klinis, biofisik, dan antropometri).
4. Menjelaskan penilaian status gizi secara tidak langsung (survey konsumsi makanan, ekologi, dan statistik vital).

B. Skill

Setelah menyelesaikan BBM ini, mahasiswa diharap mampu:

1. Menyusun dan merencanakan program pencegahan dan penanggulangan masalah gizi.
2. Melakukan monitoring dan evaluasi program pencegahan dan penanggulangan masalah gizi.
3. Melakukan surveilans kasus gizi.
4. Melakukan pengukuran dan pemantauan status gizi.

5. Menghitung kebutuhan gizi di masyarakat.

C. Afektif

Setelah menyelesaikan BBM ini, mahasiswa diharap mampu:

1. Bersikap sebagai seorang tenaga gizi dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masalah gizi.
2. Bersikap sebagai seorang advokator dalam menjalin kemitraan lintas sektor.

D. *Skill lab* (kunjungan lapangan)

Setelah menyelesaikan BBM ini, mahasiswa diharap mampu menganalisa permasalahan gizi di masyarakat.

3. BAGIAN YANG TERKAIT

1. Gizi
2. Epidemiologi
3. Promosi Kesehatan
4. Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

4. STRATEGI PEMBELAJARAN

Strategi pembelajaran pada BBM ini meliputi:

a. Kuliah

Kegiatan perkuliahan dalam BBM ini dilaksanakan dalam 2 (dua) bentuk, yaitu kuliah klasikal dan kuliah pakar.

1. Kuliah Klasikal bertujuan untuk memberikan pengetahuan yang berkaitan dengan Gizi. Perkuliahan ini waktunya 2x50 menit dan diberikan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
2. Kuliah Pakar dilaksanakan setelah kegiatan tutorial dilaksanakan, bertujuan untuk memperjelas materi yang diperoleh pada saat kegiatan tutorial. Kuliah pakar ini melibatkan pakar-pakar yang berkompetensi dibidang keilmuan yang berkaitan dengan permasalahan dalam skenario yang didiskusikan, sehingga mampu mengintegrasikan keilmuan dibidang kesehatan masyarakat. Kegiatan Kuliah Pakar dengan waktu 2x50 menit.

b. Tutorial

Tutorial diterapkan dengan cara diskusi dalam kelompok kecil (8-12 orang mahasiswa per kelompok) mendiskusikan skenario yang dipimpin oleh seorang tutor. Pada BBM ini terdapat 1 skenario, skenario didiskusikan selama 2 kali pertemuan (2 minggu), dengan lama tutorial 2x50 menit tiap pertemuan.

Kegiatan tutorial 1 mahasiswa dituntut untuk menganalisis skenario menggunakan pengetahuan yang sudah dimiliki masing-masing (*prior knowledge*) dan menemukan *learning objective* yang telah ditetapkan menggunakan pendekatan analisis *seven jumps*, kemudian mahasiswa melanjutkan kegiatan belajar mandiri secara aktif untuk menambah informasi mengenai skenario. Selanjutnya proses tutorial II (*sintesis uji diri*) dilakukan untuk menganalisis secara mendalam terhadap skenario berdasarkan literatur yang diperoleh pada belajar mandiri sehingga mampu memecahkan permasalahan yang dihadapi.

c. *Skill Lab*

Skill lab merupakan kegiatan praktek teknik-teknik pengukuran status gizi serta penggunaan alat ukur yang mendukung. Pelaksanaan *skill lab* dilakukan melalui kunjungan langsung ke lapangan. Lokasi kegiatan kunjungan adalah pelayanan kesehatan yang tersebar di wilayah Kota Banjarbaru, Kalimantan Selatan.

d. Belajar Mandiri

Belajar mandiri dilakukan dengan jalan mencari informasi yang diperlukan secara mandiri berdasarkan sasaran belajar yang telah ditetapkan. Literatur sudah dicantumkan sebagai bahan-bahan pokok yang wajib dibaca oleh mahasiswa yang berasal dari buku teks, majalah ilmiah, narasumber, dan *computerized literature*.

5. PENILAIAN

A. Bentuk Ujian

- 1) Knowledge : Ujian tulis
- 2) *Skill* Lapangan : Ujian terkait laporan hasil kegiatan *skill* Lap

B. Bentuk Soal

- 1) Knowledge : *Multiple choice questions (MCQ)*
- 2) *Skill Lapangan* : Ujian lisan

C. Komponen

1) Penilaian Sumatif

Penilaian sumatif bertujuan untuk memutuskan kelulusan mahasiswa dalam perkuliahan ini. Komponen penilaian sumatif ini meliputi:

a) Ujian tengah semester

: 20%

(Bahan dari perkuliahan klasik)

b) Ujian akhir semester

: 20%

Materi:

- 1) Ujian topik (bahan dan materi temu pakar)
- 2) Kombinasi UTS dan Ujian Topik

c) Skill lapangan

: 20%

1) Ujian *skill* lapangan

2) Laporan *skill* lapangan

d) Tutorial

: 20%

e) Tugas

: 20%

(Laporan tutorial dan tugas mandiri)

2) Penilaian formatif

Penilaian formatif bertujuan menilai sejauh mana kemajuan mahasiswa dalam belajar dan mengidentifikasi area-area kekurangan yang mahasiswa perlu kembangkan. Penilaian formatif ini dilakukan melalui:

- | | |
|--|---------|
| 1) Kehadiran kuliah klasik | : 80% |
| 2) Kehadiran tutorial | : 100% |
| 3) Kehadiran temu pakar | : 100% |
| 4) Kehadiran keterampilan (<i>skill</i> lapangan) | : 100 % |
| 5) Etika mahasiswa | : 100% |

a. Standar Penilaian

Penilaian Acuan Patokan (PAP)/*criterion-reference* dengan nilai patokan berdasarkan aturan institusi.

Tabel 1. Standar penilaian berdasarkan aturan institusi

No	Taraf Penguasaan Kemampuan	Skore	Nilai	Bobot
1.	80% - 100%	80 – 100	A	4
2.	75% - 79%	75 – 79	B+	3,5
3.	70% - 74%	70 – 75	B	3
4.	65% - 69%	65 – 69	C+	2,5
5.	60% - 64%	60 – 64	C	2
6.	55% - 59%	55 – 59	D+	1,5
7.	50% - 54%	50 – 54	D	1
8.	0% - 49%	0 – 49	E	0

b. Blueprint soal ujian tulis UTS dan UAS

Tabel 2. Distribusi soal pada tahapan Ujian

Tahapan Ujian	Kuliah klasik	Skenario	Kuliah pakar	Total
UTS	50	-	-	50
UAS	-	30	20	50

6. TIM BBM PSG

A. Pengelola BBM

1) Koordinator : Fahrini Yulidasari, SKM., MPH

2) Sekretaris : Atikah Rahayu, SKM., MPH

B. Tim Pengajar

- 1) Koordinator : Fahrini Yulidasari, SKM, MPH
- 2) Anggota : Atikah Rahayu, SKM., MPH
: Sajiman, S.Gz., M.Gz
: M. Alif, S.SOS., M.Si

7. KONTRIBUTOR DAN NARASUMBER

A. *Public Health Education Unit* (PHEU)

- 1) Atikah Rahayu, SKM, MPH
- 2) Fahrini Yulidasari, SKM, MPH

B. Bagian AKK

- 1) Fauzie Rahman, SKM, MPH
- 2) Nita Pujianti, S.Farm.,Apt.,MPH

C. Bagian Promosi Kesehatan

- 1) Fauzie Rahman, SKM., MPH

D. Bagian Gizi

- 1) Atikah Rahayu, SKM, MPH
- 2) Fahrini Yulidasari, SKM, MPH

E. Bagian Epidemiologi

- 1) Rudi Fakhriadi, SKM, M.Kes (Epid)
- 2) Noor Ahda Fadillah, SKM, M.Kes (Epid)
- 3) Dian Rosadi, SKM., MPH

8. JADWAL KEGIATAN

Tabel 3. Jadwal perkuliahan Penilaian Status Gizi

Pertemuan Ke	Tanggal	Waktu	Materi	Pemateri	SKS
1.	11 Feb 2017	08.00-09.40	Kontrak perkuliahan	FY	2
			1. Konsep permasalahan gizi dalam kaitan dengan pejamu, agens dan lingkungan	FY	
			2. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pejamu, agens dan lingkungan 3. Riwayat proses alamiah masalah gizi		
2.	18 Feb 2017	08.00-09.40	Konsep dan Metode Penilaian Status Gizi	FY	2
3.	25 Feb 2017	08.00-09.40	Penilaian Status Gizi Secara Langsung Biokimia dan Klinis	AR	2
4.	03 Mar 2017	08.00-09.40	Penilaian Status Gizi Secara Langsung Biofisik dan Antropometri	FY	2
			Pembekalan skill (antropometri)		
5.	10 Mar 2017	08.00-09.40	Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung Survey Konsumsi Makanan	FY	2

Modul Pelaksanaan Belajar Berdasarkan Masalah Penilaian Status Gizi (Tutor)

6.	17 Mar 2017	08.00-09.40	Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung Ekologi dan Statistik Vital	AR	2
7.	24 Mar 2017	08.00-09.40	Surveilans Gizi	SJ	2
8.	31 Mar 2017	08.00-09.40	Monitoring dan evaluasi program pencegahan dan penanggulangan masalah gizi	SJ	2
9.	07 Apr 2017	08.00-09.40	Rancangan metode dan media promosi kesehatan untuk pencegahan dan penanggulangan masalah gizi	AL	2
10.	14 Apr 2017	08.00-09.40	UTS (materi kuliah klasik)	Tim	2
11.	21 Apr 2017	10.00-11.40	BBM I Skenario I	Tim	2
			Pembimbingan <i>skill</i> lapangan 1		
12.	28 Apr 2017	10.00-11.40	BBM II Skenario I	Tim	2
			Pembimbingan <i>skill</i> lapangan 2		
13.	12 Mei 2017	08.00-09.40	Kuliah pakar	Tim	2
14.	19 Mei 2017	08.00-09.40	Ujian Skill Lapangan	Tim	2
15.	26 Mei 2017	08.00-09.40	Presentasi makalah	Tim	2
Terjadual dari Akademik		UAS (Tutorial & kuliah pakar)			Terjadual

CATATAN: Jadwal bimbingan skill lapangan dan laporan tutorial bersifat tentatif

Keterangan:

FY : Fahrini Yulidasari, SKM., MPH

AR : Atikah Rahayu, SKM., MPH

SJ : Sajiman, S.Gz., M.Gz

AL : M. Alif, S.SOS., M.Si

9. EVALUASI

BBM dikatakan berhasil apabila:

- a. Kehadiran mahasiswa
 - Kuliah Klasik : 80%
 - Tutorial, *skill lab* : 100%
- b. Kehadiran tutor, instruktur dan narasumber: 100%
- c. Tingkat kelulusan mahasiswa : 100%
 - Kualitas kelulusan mahasiswa : IP rata-rata mahasiswa 2,75
- d. Remedial

Remedial akan dilaksanakan bagi mahasiswa yang mempunyai nilai dibawah B (< 70). Artinya, nilai maksimal hasil remedial adalah B.

LAMPIRAN:

1. MEKANISME KEGIATAN TUTORIAL (BBM)

A. Tutorial I

Tutorial merupakan kegiatan diskusi kelompok kecil mengenai suatu permasalahan yang tertulis dalam bentuk skenario atau pemicu lainnya. Tutorial dilakukan oleh peserta didik dengan dibimbing oleh tutor. Kelompok kecil ini terdiri dari 8 sampai dengan 12 orang peserta didik. Tutorial dilakukan sebanyak 2 kali yang berselang 1 minggu.

Kegiatan dalam tutorial I adalah:

- a. Perkenalan (estimasi waktu 10 menit)
 1. Perkenalan tutor kepada peserta didik
 2. Perkenalan seluruh anggota kelompok
- b. Pemilihan moderator dan notulen (estimasi waktu 5 menit)
 1. Pemilihan moderator dan notulen dilakukan oleh peserta didik dengan dipimpin oleh tutor
 2. Moderator bertugas mengarahkan jalannya diskusi

3. Notulen bertugas mencatat hasil diskusi
- c. Melakukan *refresh* terhadap 7 langkah (“7 jumps”) (estimasi waktu 5 menit):

7 langkah (“7 jumps”):

1. Klarifikasi/identifikasi istilah (*clarify term*)

Apakah istilah/konsep yang ada sudah dimengerti oleh setiap anggota grup, jadi semua anggota sudah satu pengertian tentang istilah-istilah atau konsep dimaksud. Dari istilah yang diidentifikasi, tentukan kata-kata kunci untuk kasus/skenario.

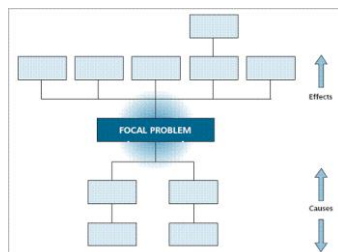
2. Membuat daftar masalah (*define the problem*)

Masalah dapat berupa semua istilah, fakta, fenomena, yang oleh kelompok masih perlu dijelaskan lebih lanjut. Cara yang mudah dengan melontarkan pertanyaan-pertanyaan sebanyak mungkin terhadap istilah, konsep, fakta, atau fenomena yang didapatkan dari permasalahan di dalam modul.

3. Menganalisis masalah (*analyze the problems*)

Kelompok berdiskusi mengenai masalah-masalah yang sudah didaftar dengan menggunakan pengetahuan yang sudah dimiliki masing-masing (*prior knowledge*).

4. Mendaftar semua penjelasan terhadap poin 3 diatas secara sistematis lalu meringkaskan menjadi *problem tree* (*make a systematic inventory to the various explanations founds in step 3, and then summarize them*). Didalam pohon masalah berisi tentang inti masalah (*core problem/focal problem*), sebab timbulnya masalah (*causes*) dan dampak (*effect*) dari masalah itu sendiri. Lebih jelasnya diterangkan dalam Gambar 1 dibawah ini.



Gambar 1. Problem tree

Kelompok menjelaskan dan mendiskusikan masalah-masalah yang timbul dari poin 3 diatas. Bilamana masih ada penjelasan yang kurang atau belum dimengerti maka dijadikan sasaran belajar. Kemudian ringkaslah secara sistematis dengan membuat pohon masalah.

5. Menetapkan sasaran belajar (*formulate learning objective*)

Berdasarkan ringkasan poin 4, maka grup menentukan:

- a. Apa saja yang harus dipelajari sebagai sasaran belajar untuk kegiatan mandiri.
 - b. Sumber bacaan yang dapat diperoleh dari buku teks, majalah ilmiah, narasumber, dan *computerized literature*.
6. Belajar Mandiri (dilakukan setelah tutorial I berakhir)
 7. Sintesis dan Uji diri (tutorial II)

d. Melakukan diskusi kelompok (estimasi waktu 80 menit)

1) Kelompok terlebih dahulu mengambil keputusan apakah pembacaan skenario dilakukan secara tenang (membaca dalam hati) atau dibaca secara keras oleh seorang anggota kelompok. Selanjutnya, berdiskusi dengan langkah 1 sampai langkah 5 dari “7 jumps” yang didampingi tutor.

2) Mengakhiri diskusi

Setelah peserta didik selesai berdiskusi, tutor memberikan kesempatan mahasiswa untuk refleksi dan memberikan umpan balik tentang bagaimana diskusi yang sudah berlangsung misalnya: sistematika diskusi, partisipasi peserta didik dalam diskusi, serta membuat ringkasan hasil diskusi. Jika diperlukan tutor melakukan pengecekan tingkat pemahaman peserta diskusi.

B. Belajar Mandiri

Belajar mandiri (*private study*) merupakan pelaksanaan poin 6 dari “7 jumps”. Peserta didik belajar dengan jalan mencari informasi yang diperlukan secara mandiri berdasarkan sasaran belajar yang telah ditetapkan. Dalam modul sudah dicantumkan bahan-bahan pokok yang wajib dibaca dan dijadikan sebagai bahan acuan yaitu buku teks, majalah ilmiah, narasumber, dinas kesehatan, dan *computerized literature*. Belajar mandiri dilaksanakan selama 1 minggu antara tutorial I dengan tutorial II.

C. Tutorial II

Tutorial II dilaksanakan setelah peserta didik melaksanakan belajar mandiri dalam rentang 1 minggu. Pada tutorial II ini peserta didik melaksanakan poin 7 dari “7 jumps” yaitu sintesis dan uji diri (*synthesize and test acquired information*). Mahasiswa harus aktif mendengarkan dan berdiskusi, karena tujuan dari pertemuan kedua ini adalah guna mensintesis ilmu yang diperoleh dari belajar mandiri

ditambah dengan ilmu yang diperoleh dari interaksi dengan peserta didik lainnya (*collaborative learning*).

Kegiatan dalam tutorial II ini adalah:

- a. Pemilihan moderator dan notulen (estimasi waktu 5 menit)
- b. Penyampaian literatur yang didapat pada saat belajar mandiri (estimasi waktu 10 menit)
- c. Diskusi kelompok (estimasi waktu 80 menit):
 1. Moderator dan notulen memimpin diskusi
 2. Diskusi diawali dengan pembahasan terhadap satu sasaran belajar oleh salah satu peserta didik
 3. Anggota kelompok yang lain harus memberikan tanggapan dalam bentuk sanggahan, pertanyaan, maupun pemberian informasi lain yang menunjang dengan tidak lupa menyebutkan sumber referensinya
 4. Kelompok harus membuat analisis lengkap tentang masalah yang ada

5. Apabila ada kesulitan yang tidak dapat dipecahkan maka hal itu dapat menjadi bahan diskusi dalam kuliah pakar.

d. Akhir diskusi (estimasi waktu 5 menit)

Setelah peserta didik selesai berdiskusi, tutor memberikan masukan tentang bagaimana diskusi yang sudah berlangsung seperti sistematika diskusi, partisipasi peserta didik dalam diskusi, serta membuat ringkasan hasil diskusi.

D. Kuliah Pakar

Kuliah pakar merupakan media komunikasi antara peserta didik dengan para pakar yang mempunyai kompetensi pada bidangnya untuk menjawab permasalahan yang muncul pada saat tutorial. Pada kegiatan ini para pakar akan memberikan paparan dalam bentuk persentasi terhadap skenario berdasarkan disiplin ilmu masing-masing. Pada kesempatan ini diharapkan peserta didik mendapatkan kesempatan bertanya dan mendapatkan penjelasan serta pengetahuan dari para

pakar terhadap masalah-masalah yang belum dipahaminya.

Presentasi makalah dilakukan oleh peserta didik yang akan diwakilkan oleh salah satu kelompok tutorial yang ditentukan oleh tutor yang hadir pada saat temu pakar.

Mekanisme kuliah pakar

- 1) Pengenalan para pakar
- 2) Evaluasi hasil kegiatan selama tutorial (makalah, kehadiran dan perihal yang dianggap penting lainnya)
- 3) Penunjukkan 1 (satu) kelompok tutorial oleh tutor yang akan presentasi makalah dengan durasi waktu 30 menit yaitu 10 menit presentasi dan 20 menit diskusi
- 4) Pemaparan, tanggapan dan penjelasan masing-masing pakar tentang skenario dan sasaran belajar, misalnya:
 - A. Pakar Gizi : 10 menit
 - B. Pakar Epid : 10 menit

C. Pakar AKK : 10 menit

D. Pakar Promkes : 10 menit

- 5) Setelah penyampaian pakar dilakukan tanya jawab (diskusi) oleh mahasiswa kepada pakar (durasi waktu 20 menit)
- 6) Kesimpulan kegiatan kuliah pakar yang disertai dengan penyampaian *learning objective* secara tersirat untuk persiapan ujian tulis akhir (penutup) (durasi waktu 10 menit) oleh moderator kegiatan kuliah pakar

E. Ketentuan

- 1) Ketentuan Umum
 - a. Belajar Berdasarkan Masalah selanjutnya disebut BBM merupakan program inovasi pembelajaran terhadap mahasiswa yang dilaksanakan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat melalui Tim Pelaksana BBM.
 - b. BBM yang dilaksanakan PSKM dan termasuk di dalam mata kuliah Penilaian Status Gizi dengan total SKS berjumlah 2 (dua).

- c. Mata kuliah Penilaian Status Gizi merupakan mata kuliah yang wajib diambil oleh seluruh mahasiswa PSKM tahun ajaran 2015/2016.
 - d. BBM memerlukan mahasiswa sebagai peserta didik, tutor, pakar, serta satu modul yang sesuai dengan mata kuliah di semester IV.
 - e. Pelaksana BBM melalui serangkaian kegiatan tutorial sebanyak 2 kali pertemuan, belajar mandiri dan kuliah pakar untuk seluruh skenario dimulai sejak minggu ke-10 dan seterusnya sesuai jadwal akademik.
 - f. BBM memerlukan seperangkat evaluasi baik pada saat tutorial maupun saat akhir skenario yang dibuat dan dilaksanakan oleh tutor.
- 2) Ketentuan Khusus
- Ketentuan khusus berisi semua peraturan dan tata tertib yang mengikat kepada seluruh mahasiswa sebagai peserta didik yang mengikuti BBM.
- a. Seluruh Mahasiswa Reguler semester IV tahun ajaran 2015/2016 wajib mengambil mata kuliah

Penilaian Status Gizi (PSG) dan melakukan registrasi sebagai calon peserta didik yang akan mengikuti program BBM.

- b. Mahasiswa wajib mengikuti seluruh rangkaian kegiatan BBM. Persentase kegiatan tutorial harus diikuti mahasiswa 100%. Ketidakhadiran diperbolehkan dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- c. Ketidakhadiran mahasiswa pada saat pertemuan tutorial dengan alasan yang tidak jelas, maka mahasiswa tidak diperkenankan mengikuti ujian topik yang bersangkutan.
- d. Ketidakhadiran mahasiswa diperbolehkan dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan berupa :
 - 1) Apabila sakit maka harus menunjukkan Surat Keterangan Sakit dari dokter.
 - 2) Apabila ada penugasan dari pihak Program Studi. Fakultas atau Universitas maka harus Surat Tugas dari Ketua Program Studi,

Dekan Fakultas atau Universitas Lambung Mangkurat.

- 3) Apabila ada kematian maka harus menunjukkan Surat dari pihak Keluarga. Ketidakhadiran karena kematian hanya diperbolehkan untuk kematian keluarga inti (ayah, ibu, adik dan kakak).
- 4) Apabila ada perayaan hari besar keagamaan, maka harus menunjukkan Surat Keterangan dari Panitia Penyelenggara. Karena ketidakhadiran dalam tutorial, maka mahasiswa yang bersangkutan tidak akan mendapatkan nilai tutorial yang ditinggalkan (nilai 0).
 - a. Apabila mahasiswa tidak hadir selama tutorial maka diperbolehkan mengganti kegiatan dihari yang sama dengan topik yang sama dan jumlah peserta minimal 4 orang. Kegiatan ini dibebankan biaya administrasi pada mahasiswa yang

mengikuti tutorial lanjutan dengan besar biaya ditentukan kemudian oleh Tim Pelaksana-BBM PSG.

- b. Mahasiswa wajib datang tepat waktu, menggunakan pakaian yang sopan sesuai ketentuan, membawa buku modul, membawa literatur, serta alat bantu pembelajaran (laptop, alat tulis menulis yang diperlukan).
- c. Mahasiswa wajib menggunakan namtag (identitas diri) pada saat mengikuti kegiatan tutorial BBM.
- d. Mahasiswa wajib mematuhi ketentuan-ketentuan seperti tertera dalam modul ini.

2. LEMBAR PENILAIAN TUTORIAL

LEMBAR PENILAIAN TUTORIAL (BBM)
BBM-PENILAIAN STATUS GIZI

Kelompok :
Tutorial/Skenario :
Nama Tutor :
Tanggal :

NO	NAMA	NIM	UNSUR PENILAIAN				TOTAL
			I	II	III	IV	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

DASAR PENILAIAN

I. AKTIFITAS SAAT DISKUSI

Dinilai dari frekuensi mengajukan pendapat/masukan/komentar/jawaban

30 = sangat aktif	15 = kurang aktif
20 = aktif	10 = pasif

II. RELEVANSI PEMBICARAAN

Dinilai dari relevansi terhadap materi diskusi

30 = pembicaraan selalu relevan
20 = pembicaraan kadang relevan

15 = pembicaraan selalu tidak relevan

10 = pasif

III. KETERAMPILAN BERKOMUNIKASI

Dinilai dari kemampuan berinteraksi dengan peserta lain:

Tidak emosional/memotong pembicaraan orang lain/mendominasi diskusi, tunjuk jari bila mau menyampaikan pendapat/bertanya, memperhatikan saat peserta lain berbicara

20 = sangat terampil

8 = kurang terampil

12 = terampil

4 = pasif

IV. KEHADIRAN

Dinilai dari kehadiran peserta dalam kelompoknya masing-masing

20 = datang tepat waktu

0 = terlambat > 10

menit atau tidak hadir

10 = terlambat 5-10 menit

3. PANDUAN PENULISAN MAKALAH

Penulisan makalah menggunakan Times New Roman dengan font 12, spasi 1,5 dengan minimal 4 cm batas kiri, 3 cm batas kanan, 3 cm batas bawah, dan 4 cm batas atas, ukuran kertas kuarto (A4). Sangat dianjurkan untuk menggunakan program Ms.Word. Makalah diserahkan dalam bentuk jilid biasa (sampul bawah berwarna HIJAU) ke Pengelola BBM-PSG, paling lambat 3 hari sebelum Temu Pakar.

Format Makalah BBM PENILAIAN STATUS GIZI

JUDUL

HALAMAN PENGESAHAN

DAFTAR ISI

BAB I. PENDAHULUAN

A. Skenario

B. Analisa Kasus

1. Langkah 1
2. Langkah 2
3. Langkah 3
4. Langkah 4
5. Langkah 5

BAB II. PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus berdasarkan sasaran belajar yang mengacu pada pustaka yang relevan dengan kasus

B. Analisis Kasus pada Skenario lebih mendalam

BAB III. PENUTUP

A. Simpulan

B. Saran

DAFTAR PUSTAKA

Keterangan:

1. Untuk analisa kasus pada Bab I (Pendahuluan) dilakukan 5 langkah berdasarkan metode pendekatan Seven Jumps, sedangkan langkah (6) dan (7) terapkan pada Bab II (Pembahasan).
2. Daftar Pustaka dan Bahan Referensi maksimal 10 tahun kebelakang dengan ketentuan artikel ilmiah atau jurnal minimal 10, buku 2 dan sisanya dapat menggunakan

artikel populer. Daftar pustaka wajib disertakan sebagai lampiran laporan kasus.

3. Pengumpulan Laporan kasus paling lambat 3 hari sebelum Temu Pakar dan sudah mendapat persetujuan Tutor.
4. CONTOH HALAMAN JUDUL (COVER) MAKALAH

MAKALAH
BELAJAR BERDASARKAN MASALAH (BBM)
PENILAIAN STATUS GIZI
SKENARIO



Oleh :
KELOMPOK I

NAMA

NIM

PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT
BANJARBARU

2017

5. CONTOH HALAMAN PENGESAHAN

MAKALAH
BELAJAR BERDASARKAN MASALAH (BBM)
PENILAIAN STATUS GIZI
SKENARIO

Disusun Oleh :
KELOMPOK I

NAMA

NIM

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh :

Banjarbaru,.....2017

Koordinator BBM-PSG
PSKM FK-UNLAM

Tutor,

Fahrini Yulidasari, SKM., MPH
NIP. 19850285 200812 2 006

.....
NIP/NIK.

6. LEMBAR PENILAIAN MAKALAH

LEMBAR PENILAIAN MAKALAH
BELAJAR BERDASARKAN MASALAH
PENILAIAN STATUS GIZI

KELOMPOK :
NAMA TUTOR :
JUDUL SKENARIO :
TANGGAL DITERIMA :

A. FORMAT (60-80)

1. Kesesuaian format :
2. Kelengkapan bagian-bagian makalah :

B. ISI (60-100)

1. Materi tulisan :
2. Tata bahasa :
3. Kesesuaian isi dengan sasaran belajar :

C. KEPUSTAKAAN (60-80)

1. Kemutakhiran sumber referensi* :
2. Prosentase penggunaan Kepustakaan Primer sebagai rujukan** :

Total Nilai A + (2 x B) + C =

Rata-rata nilai $\frac{\text{Total nilai}}{4}$ =

*Modul Pelaksanaan Belajar Berdasarkan Masalah Penilaian Status Gizi
(Tutor)*

Banjarbaru,2017

Penilai,

(.....)

NIP/NIK.

Modul Pelaksanaan Belajar Berdasarkan Masalah Penilaian Status Gizi (Tutor)

Keterangan :

1. Rentang Nilai :
 - A. FORMAT : 60-80, B. ISI : 60-100, C. KEPUSTAKAAN : 60-80
2. * 100% Kepustakaan 10 tahun terakhir (kecuali undang-undang, kebijakan pemerintah atau sejenisnya)
3. ** Sumber kepustakaan
 - a. Minimal 10 artikel ilmiah atau jurnal
 - b. Minimal 2 buku teks
 - c. Artikel populer (non jurnal dan non buku teks)

7. DAFTAR NAMA TUTOR DAN PENDAMPING LAPANGAN BBM-PSG

No	Nama	Bagian	Contact Person
1.	Atikah Rahayu, SKM., MPH	Gizi dan KIA	081225331538
2.	Fahrini Yulidasari, SKM., MPH	Gizi dan KIA	085654020470
3.	Lenie Marlinae, SKM., MKL	Kesling	085754442288
4.	Laily Khairiyati, SKM., MPH	Kesling	085651149118
5.	Ratna Setyaningrum, SKM., M.Sc	K3	081933740047

Modul Pelaksanaan Belajar Berdasarkan Masalah Penilaian Status Gizi (Tutor)

6.	Musafaah, SKM., MKM	Biostatistika	085332142777
7.	Nita Pujiarti, Apt., MPH	AKK	087714243414
8.	Fauzie Rahman, SKM., MPH	AKK	085385625345
9.	Dr. Husaini, SKM., M.Kes	Kesling	085878546167
10.	Rudi Fakhriadi, SKM., M.Kes (Epid)	Epidemiologi	081349474044
11.	Noor Ahda F, SKM., M.Kes (Epid)	Epidemiologi	081256224480
12.	Dian Rosadi, SKM., MPH	K3	081351899222

8. JADWAL KEGIATAN TUTORIAL DAN SKILL LAPANGAN

No	Nama Tutor	Kelompok	BBM I	BBM II
BBM Skenario I				
1.	Atikah Rahayu, SKM., MPH	I	21/04/2017 10.00-11.40	28/04/2017 10.00-11.40
2.	Fahrini Yulidasari, SKM., MPH	II		
3.	Lenie Marlinae, SKM., MKL	III		
4.	Laily Khairiyati, SKM., MPH	IV		
5.	Ratna Setyaningrum, SKM., M.Sc	V		
6.	Musafaah, SKM., MKM	VI		
7.	Nita Pujianti, Apt., MPH	VII		
8.	Fauzie Rahman, SKM., MPH	VIII		
9.	Dr. Husaini, SKM., M.Kes	IX		
10.	Rudi Fakhriadi, SKM., M.Kes (Epid)	X		
11.	Noor Ahda F, SKM., M.Kes (Epid)	XI		
12.	Dian Rosadi, SKM., MPH	XII		

Modul Pelaksanaan Belajar Berdasarkan Masalah Penilaian Status Gizi (Tutor)

SKILL LAPANGAN		
1.	Fahrini Yulidasari, SKM., MPH	I
2.	Lenie Marlinae, SKM., MKL	II
3.	Laily Khairiyati, SKM., MPH	III
4.	Ratna Setyaningrum, SKM., M.Sc	IV
5.	Musafaah, SKM., MKM	V
6.	Nita Pujianti, Apt., MPH	VI
7.	Fauzie Rahman, SKM., MPH	VII
8.	Dr. Husaini, SKM., M.Kes	VIII
9.	Rudi Fakhriadi, SKM., M.Kes (Epid)	IX
10.	Noor Ahda F, SKM., M.Kes (Epid)	X
11.	Dian Rosadi, SKM., MPH	XI
12.	Atikah Rahayu, SKM., MPH	XII

21/04/2017
10.00-11.40
s.d 28/04/2017
10.00-11.40

9. SKENARIO DAN OVERVIEW

Malangnya nasib mu...

Kabupaten X sebelum krisis ekonomi tahun 1998 termasuk daerah makmur, dengan ketersediaan pangan tingkat rumah tangga selalu tercukupi. Selain itu, kabupaten ini termasuk daerah surplus pangan sehingga pangan lokal dikirim ke luar daerah. Berdasarkan data dinas Kesehatan Kabupaten X diketahui bahwa prevalensi balita yang mengalami gizi buruk sebesar 2%. Hal ini mengejutkan kepala dinas kesehatan, mengingat kegiatan surveilans gizi selalu rutin dilakukan. Namun ini sudah terlambat, karena seharusnya dengan sistem informasi yang baik kejadian gizi buruk dapat dicegah. Kepala dinas kesehatan berfikir apa yang salah dalam manajemennya selama ini?

Sasaran Belajar :

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep gizi buruk
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep ketahanan pangan
- c. Mahasiswa mampu menjelaskan surveillance gizi (Simkes)
- d. Mahasiswa mampu menjelaskan indikator KLB gizi buruk
- e. Mahasiswa mampu menjelaskan peran pembangunan lintas sektor terhadap kasus gizi buruk
- f. Mahasiswa mampu menjelaskan program pemerintah terkait promotif dan preventif gizi buruk
- g. Mahasiswa mampu menjelaskan screening gizi buruk
- h. Mahasiswa mampu menjelaskan distribusi frekuensi dan risiko gizi buruk
- i. Mahasiswa mampu menjelaskan media promosi kesehatan terkait kasus gizi buruk

Kata-kata Kunci : gizi buruk, surveillance gizi, KLB gizi buruk, ketahanan pangan

1. Konsep gizi buruk

Gizi buruk istilah yang sudah lama kita kenal, pengertian gizi buruk adalah kondisi dimana suatu masyarakat yang tidak maksimal dalam mendapatkan asupan makanan sehat yang dilatarbelakangi oleh beberapa faktor. Busung lapar merupakan contoh yang paling banyak kita temui dalam kasus gizi buruk. Kondisi ini membuat seorang anak atau balita mengalami kekurangan asupan makanan yang sehat dan bernutrisi. Lama kelamaan akan menyebabkan perut membuncit, tulang pada tubuh lebih menonjol, serta menghambat tumbuh kembangnya. Hal ini bisa saja disebabkan oleh kurangnya pasokan sumber makanan, ketidaktersediaannya sumber makanan pokok serta penyertanya.

Dampaknya sangat jelas yaitu tumbuh kembang si anak dan balita akan terganggu, mereka tidak bisa menjalani kehidupan normal. Dari segi perkembangan negara pun akan terhambat sebab SDM yang dibutuhkan akan mengalami masalah besar. Apabila tidak ditemukan tanda-tanda klinis, dilakukan pengukuran TB dengan microtoise dan PB dengan alat ukur panjang badan (length board). Untuk menentukan status gizi digunakan standar WHO-NCHS. Jika hasilnya $< -3SD$ ditetapkan sebagai gizi buruk.

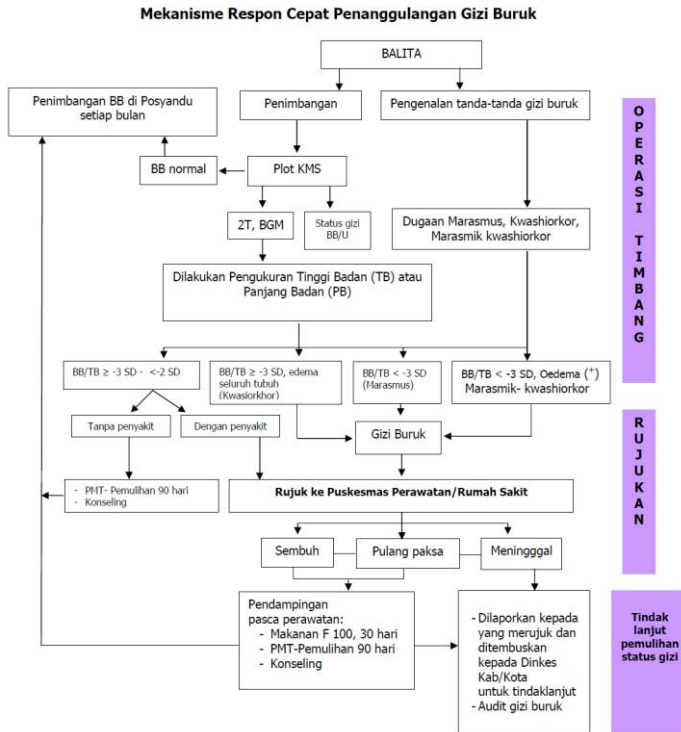
Tanda-Tanda Klinis Balita Gizi Buruk

1. Marasmus:

- Anak sangat kurus
- Wajah seperti orang tua
- Cengeng dan rewel
- Rambut tipis, jarang dan kusam
- Kulit keriput

- Tulang iga tampak jelas
 - Pantat kendur dan keriput
 - Perut cekung
2. Kwashiorkor :
- Wajah bulat dan sembab
 - Cengeng dan rewel
 - Rambut tipis, jarang, kusan, warna rambut jagung dan bila dicabut tidak sakit.
 - Kedua punggung kaki bengkak
 - Bercak merah kehitaman di tungkai atau di pantat
3. Marasmik-kwashiorkor :
- Anak sangat kurus
 - Wajah seperti orang tua atau bulat dan sembab
 - Cengeng dan rewel
 - Tidak bereaksi terhadap rangsangan, apatis
 - Rambut tipis, jarang, kusan, warna rambut jagung dan bila dicabut tidak sakit.
 - Kulit keriput
 - Tulang iga tampak jelas (iga gambang)
 - Pantat kendur dan keriput
 - Perut cekung atau buncit
 - Bengkak pada punggung kaki yang berisi cairan (edema) dan bila ditekan lama kembali
 - Bercak kehitaman di tungkai dan pantat

Modul Pelaksanaan Belajar Berdasarkan Masalah Penilaian Status Gizi (Tutor)

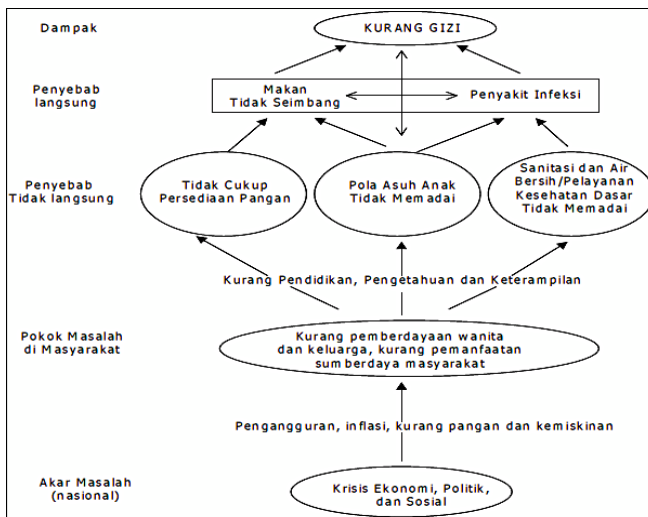


Gambar 1. Respon mengatasi gizi buruk

Banyak faktor-faktor yang dianggap mempengaruhi gizi buruk. Namun penyebab dasar terjadinya gizi buruk ada dua hal yaitu sebab langsung dan sebab tidak langsung. Sebab langsung adalah kurangnya asupan gizi dari makanan dan akibat terjadinya 2 penyakit bawaan yang mengakibatkan mudah terinfeksi penyakit DBD, HIV/ AIDS, dan lain-lain. Sedangkan kemiskinan diduga menjadi penyebab utama

terjadinya gizi buruk. Kurangnya asupan gizi bisa disebabkan oleh terbatasnya jumlah makanan yang dikonsumsi atau makanannya tidak memenuhi unsur gizi yang dibutuhkan karena alasan sosial dan ekonomi yakni kemiskinan (Republika, 2009). Selain kemiskinan, faktor lingkungan dan budaya turut andil dalam kasus gizi buruk.

Faktor penyebab gizi buruk



Gambar 2. Skema penyebab gizi kurang menurut Unicef, 1998

2. Konsep ketahanan pangan

Pangan pada dasarnya merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling asasi. Demikian asasinya pangan bagi kehidupan masyarakat, maka tersedianya harus dapat dijamin dalam kualitas maupun kuantitas yang cukup untuk pemenuhan aspirasi humanistik masyarakat, yaitu hidup

maju, mandiri, dalam suasana tenteram, serta sejahtera lahir dan batin (Siswono, 2002).

Ketersediaan pangan mempengaruhi tingkat konsumsi pangan keluarga, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi anggota keluarga. Tingkat konsumsi pada anak balita sangat berhubungan erat dengan status gizi anak balita. Jika konsumsi anak balita mampu mencukupi semua kebutuhan gizinya, diharapkan itu akan menghasilkan status gizi yang baik dan terhindar dari penyakit defisiensi gizi. Tingkat konsumsi pangan anak balita dipengaruhi oleh persediaan pangan keluarga. Tidak cukupnya ketersediaan pangan keluarga menunjukkan adanya kerawanan pangan keluarga. Artinya kemampuan keluarga untuk mencukupi kebutuhan pangan, baik dari jumlah maupun mutu gizinya bagi setiap anggota keluarga belum terpenuhi, terutama anak balita yang merupakan satu golongan rawan. Status gizi anak balita sangat rentan terhadap perubahan status pangan keluarga, dan status gizi anak balita merupakan salah satu indikator yang dipakai untuk menilai status gizi masyarakat (Soekirman, 2000).

Sebagai akibatnya sebagian anggota keluarga pada kelompok rumah tangga miskin mengalami gangguan pertumbuhan dan kecerdasan (terutama anak-anak), serta memiliki produktifitas kerja dan status kesehatan yang rendah. Dengan demikian kelompok penduduk ini pada umumnya akan mengalami kurang gizi atau gizi buruk yang akan berakibat rendahnya kualitas SDM untuk dapat beraktifitas pada pembangunan pada umumnya dan peningkatan pendapatan pada khususnya. Dengan kata lain, kelompok penduduk ini juga akan sulit untuk meningkatkan

pendapatan atau terentaskan dari kemiskinan, yang pada gilirannya akan berakibat pada rendahnya kemampuan untuk mengakses pangan dan mencapai status gizi yang baik. Pada kondisi ini akan terjadi lingkaran sebab akibat antara akses pangan, status gizi dan kemiskinan/pendapatan (Dinkes Sumut, 2006).

Daya beli atau pendapatan keluarga yang memadai untuk memenuhi biaya hidup merupakan salah satu kunci ketahanan pangan keluarga. Keadaan ekonomi keluarga dan pola alokasi pendapatan menentukan daya beli keluarga terhadap pangan (Soekirman, 2000). Kerawanan pangan sangat dipengaruhi oleh daya beli keluarga yang ditentukan oleh tingkat pendapatannya. Rendahnya tingkat pendapatan memperburuk konsumsi energi dan protein. Ketersediaan dan konsumsi pangan keluarga menjadi kurang, baik dalam jumlah, mutu maupun keragamannya. Hal ini akan berdampak buruk terhadap status gizi anak balita.

Kerawanan dapat terjadi bila penduduk mengalami kekurangan gizi disebabkan tidak tersedianya pangan, kurangnya akses sosial atau ekonomi terhadap pangan yang cukup, dan/atau konsumsi serta penyerapan bahan pangan yang tidak memadai (FIA, 2008). Hasil penelitian Fauziaty (2007) menyatakan bahwa, diantara 50 keluarga yang berasal dari keluarga dengan ketahanan pangan keluarga cukup, terjamin terdapat 2,0% berstatus gizi lebih, 32 keluarga dengan ketahanan pangan dengan tingkat kelaparan tingkat ringan terdapat 43,7% dengan status gizi kurang, 16 keluarga rawan pangan tingkat sedang terdapat 68,7% balita dengan status balita gizi kurang, 2 keluarga rawan pangan tingkat

berat 100 % berstatus gizi buruk. Hal ini dipengaruhi oleh rendahnya tingkat pendapatan.

3. Surveillance gizi

Terkait dengan masalah gizi masyarakat, di Indonesia, beberapa dasar hukum dan pedoman pelaksanaan surveilans gizi buruk antara lain :

- a. Surat Menteri Kesehatan Nomor: 1209, tanggal 19 Oktober 1998 yang menginstruksikan agar memperlakukan kasus gizi buruk sebagai sebuah Kejadian Luar Biasa (KLB).
- b. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1116/MENKES/SK/VI II/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Surveilans Epidemiologi Kesehatan

Pada Kepmenkes diatas, salah satu sasaran surveilans epidemiologi kesehatan adalah pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Gizi (SKG) dan sistem kewaspadaan dini kejadian luar biasa (SKD KLB) gizi buruk. Sedangkan berdasarkan Surveilans gizi adalah pengamatan yang dilakukan terhadap anak balita dalam rangka mencegah terjadinya kasus gizi buruk. Sedangkan menurut WHO, praktek survailans gizi dilakukan dengan melakukan pengamatan keadaan gizi, dalam rangka untuk membuat keputusan yang berdampak pada perbaikan gizi penduduk dengan menyediakan informasi yang terus menerus tentang keadaan gizi penduduk, berdasarkan pengumpulan data langsung sesuai sumber yang ada, termasuk data hasil survei dan data yang sudah ada.

Terdapat tiga jenis utama sistem surveilans gizi menurut Mason et al (1984), yaitu:

1. Pemantauan gizi jangka panjang sebagai masukan untuk perencanaan nasional, untuk menganalisis dampak kebijakan dan untuk memprediksi kecenderungan masa depan
2. Evaluasi dampak program gizi dan proyek-proyek tertentu yaitu informasi yang dirancang untuk memungkinkan tanggapan langsung melalui program atau proyek modifikasi
3. Peringatan dini atau sistem peringatan tepat waktu untuk mengidentifikasi kekurangan pangan akut, untuk mendapatkan tanggapan jangka pendek.

Sistem Surveilans gizi adalah mengumpulkan data dasar program yang difokuskan pada masalah gizi bayi, anak-anak, dan wanita hamil. Sistem surveilans gizi berfungsi untuk menyediakan data lokal spesifik yang berguna untuk pengelolaan program gizi kesehatan masyarakat. Sistem ini memberikan informasi yang sangat berguna, tetapi juga ada tantangan metodologis yang berkaitan dengan keterwakilan, pengawasan mutu, dan indikator sensitivitas atau spesifisitas.

Sementara menurut WHO menggambarkan sistem surveilans gizi sebagai proses yang berkesinambungan memiliki lima tujuan khusus, antara lain :

1. Menggambarkan status gizi penduduk, dengan referensi khusus bagi mereka yang menghadapi risiko
2. Menganalisis faktor-faktor penyebab yang terkait dengan gizi buruk
3. Mempromosikan keputusan oleh pemerintah, baik mengenai perkembangan normal dan keadaan darurat
4. Memprediksi kemungkinan masalah gizi sehingga dapat membantu dalam perumusan kebijakan

5. Memantau dan mengevaluasi program gizi.

Ruang lingkup dan tujuan sistem surveilans gizi di Indonesia menurut Soekirman & Karyadi (1995), antara sebagai berikut:

1. Sistem yang berfungsi sebagai peringatan dan intervensi tepat waktu
 2. Sistem untuk menghubungkan masalah daerah rawan (kabupaten, kecamatan, desa) dengan otoritas yang lebih tinggi pada tingkat propinsi dan tingkat pusat
 3. Memberikan indikator yang berfungsi sebagai mekanisme deteksi dini untuk krisis pangan
 4. Membimbing tindakan cepat untuk mengatasi penurunan ketersediaan pangan dan konsumsi, khususnya di kalangan rumah tangga miskin.
4. Keterkaitan Gizi buruk dengan Pembangunan Lintas Sektor

a. Penanganan Gizi Buruk Lintas Sektor

Masalah gizi buruk bukanlah peristiwa yang terjadi seketika karena pada umumnya gizi buruk sudah bermasalah sejak dalam kandungan ibunya. Bayi yang lahir dari ibu yang kurang gizi akan mengakibatkan berat badan lahir yang rendah dan berdampak pada tahap kehidupan selanjutnya.

Periode kritis pembentukan sumber daya manusia terjadi mulai dari konsepsi sampai dengan usia 2 tahun. Menurut Tatang S Falah, 80 persen proses pembentukan otak berlangsung pada usia 0-2 tahun. Anak yang kekurangan gizi akan mempunyai Intellegent Quotient (IQ) lebih rendah 13-15 poin dari

anak lain pada saat memasuki usia sekolah. Di samping itu gizi buruk akan menurunkan produktivitas sebesar 20-30 persen yang mengakibatkan banyak anak gizi buruk tidak bisa menyelesaikan sekolahnya. Dengan kata lain, gizi buruk akan menciptakan generasi “otak kosong” dengan kualitas SDM yang rendah.

b. Pentingnya Kolaborasi Sektoral

Penyebab terjadinya kasus gizi buruk sangat kompleks, sehingga pencegahan dan penanggulangannya tidak dapat ditangani oleh Sektor Kesehatan saja melainkan perlu dukungan secara komprehensif dari berbagai Sektor Pemerintah, Swasta dan LSM serta Dunia Usaha.

Kendala secara umum adalah masih banyaknya anggapan oleh pemegang kebijakan bahwa masalah gizi buruk merupakan masalah kesehatan yang harus diselesaikan oleh sektor kesehatan saja. Sehingga secara umum program penanganan gizi buruk lebih banyak menggunakan pendekatan bidang kesehatan. Pendekatan secara ekonomi, pertanian, dan pendidikan belum banyak dilaksanakan. Sebagian besar pelaku program masih bertindak sendiri secara sektoral dengan indikator pencapaian program yang diukur dengan indikator fisik dan kurang mendorong perubahan perilaku. Harus disadari bahwa program penanganan gizi buruk di bidang kesehatan lebih banyak bersifat darurat dan mendesak seperti bantuan pengobatan atau perawatan, pemberian PMT pemulihan dan suplementasi zat gizi. Pada saat bantuan dihentikan, masalah kekurangan gizi akan

terjadi lagi karena ketidakmampuan keluarga terkait dengan daya beli dan keadaan ekonomi keluarga.

Menurut Martorell, bahwa investasi di sektor sosial (gizi, kesehatan dan pendidikan) dan ekonomi akan memperbaiki keadaan gizi masyarakat yang merupakan faktor penentu untuk meningkatnya kualitas SDM. Jika kualitas SDM meningkat, maka produktivitas kerja akan meningkat yang selanjutnya keadaan ekonomi akan meningkat. Dengan terjadinya perbaikan ekonomi maka kemiskinan akan berkurang, dan selanjutnya akan meningkatkan keadaan gizi masyarakat.

Kolaborasi lintas sektor menjadi sangat penting dalam menyelesaikan masalah gizi buruk. Integrasi program pengentasan kemiskinan dengan penanganan gizi buruk merupakan potensi yang besar dalam mengeliminasi kasus gizi buruk. Keluarga yang mempunyai balita gizi buruk diprioritaskan dan menjadi target sasaran intervensi pengentasan kemiskinan yang melibatkan banyak sektor. Potensi keluarga balita gizi buruk harus dioptimalkan. Intervensi yang bersifat darurat seperti bantuan pangan harus diimbangi dengan intervensi lain yang dapat menopang perbaikan ekonomi keluarga seperti pelatihan kerja, sarana pertanian, dan peternakan yang akan mendorong kemandirian keluarga. Pemberian bantuan kambing untuk keluarga gizi buruk di Kabupaten Kebumen dan bantuan ayam di Kabupaten Bantul merupakan salah satu bentuk riil

kolaborasi lintas sektor dalam penanganan gizi buruk secara mendasar.

Yang tidak kalah penting adalah dukungan pemegang kebijakan. Selain dalam bentuk anggaran, kegiatan secara langsung akan memberikan motivasi kepada masyarakat dalam penanganan gizi buruk. Kunjungan kerja yang dikemas dalam bentuk “Bupati/Wakil Bupati Tilik Posyandu” di Kabupaten Gunungkidul akan memberikan warna tersendiri dalam menggerakkan masyarakat. Di samping itu, capacity building, orientasi dan pelatihan kader posyandu dengan dukungan teknis perlu dilakukan terus menerus agar intervensi yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Selain ibu dan anak, perbaikan gizi untuk kelompok remaja harus lebih diintensifkan karena kelompok ini merupakan kelompok yang akan menjadi calon untuk menghasilkan generasi berikutnya. Penanganan masalah gizi buruk lebih diarahkan menggunakan pendekatan preventif dan tidak lagi berorientasi pada bantuan pangan pada masyarakat, akan tetapi menggerakkan masyarakat ke arah hidup sehat dengan berpedoman pada gizi seimbang. Kuratif dilakukan hanya pada sasaran yang benar-benar memerlukan.

Mewaspadaai terjadinya gizi buruk dilakukan dengan memantau pertumbuhan berat badan anak dengan menimbang setiap bulan secara teratur sejak bayi sampai umur 5 tahun. Tempatnya di Posyandu dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS).

Dengan KMS, Ibu diberitahu bahwa KMS adalah “stetoskop” sang ibu untuk memantau apakah anaknya sehat atau tidak. Ilmu yang diajarkan cukup sederhana yaitu “Anak Sehat Bertambah Umur Tambah Berat Badan” Apabila berat badan anak turun dan tidak bertambah berat badannya selama dua bulan berturut-turut, maka anak perlu diperiksakan ke dokter atau Puskesmas untuk dicari penyebab tidak naiknya berat badan anak. Itulah fungsi pokok kegiatan Posyandu.

5. Program Promotif Dan Preventif Gizi Buruk

Berbagai kebijakan diformulakan guna mendapatkan alternatif solusi gizi buruk balita.

1. Penanggulangan masalah gizi buruk dilaksanakan dengan pendekatan komprehensif, dengan mengutamakan upaya pencegahan dan upaya peningkatan, yang didukung upaya pengobatan dan upaya pemulihan
2. Penanggulangan masalah gizi buruk dilaksanakan oleh semua kabupaten/ kota secara terus menerus, dengan koordinasi lintas instansi/dinas dan organisasi masyarakat
3. Penanggulangan masalah gizi buruk diselenggarakan secara demokratis dan transparan melalui kemitraan di tingkat kabupaten/kota antara pemerintahan daerah, dunia usaha dan masyarakat
4. Penanggulangan masalah gizi buruk dilakukan dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat yaitu dengan meningkatkan akses untuk memperoleh informasi dan

kesempatan untuk mengemukakan pendapat, serta keterlibatan dalam proses pengambilan keputusan

Masyarakat yang telah berdaya diharapkan berperan sebagai pelaku/pelaksana, melakukan advokasi dan melakukan pemantauan untuk peningkatan pelayanan publik. Strategi yang dilaksanakan dalam upaya preventif dan promotif:

- a. Menggerakkan serta memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat :
- b. Pencegahan dan penanggulangan gizi buruk dilaksanakan di seluruh kota/ kabupaten di Indonesia sesuai dengan kewenangan wajib dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) memperhatikan besaran dan luasnya masalah setiap daerah
- c. Meningkatkan kemampuan petugas, dalam manajemen dan melakukan tatalaksana gizi buruk untuk mendukung fungsi Posyandu yang dikelola oleh masyarakat melalui revitalisasi Puskesmas
- d. Menanggulangi secara langsung masalah gizi yang terjadi pada kelompok rawan melalui pemberian intervensi gizi (suplementasi), seperti kapsul Vitamin A, MP-ASI dan makanan tambahan
- e. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas :
 - 1) Mengaktifkan kembali adanya Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG) melalui revitalisasi SKPG dan Sistem Kewaspadaan, Dini (SKD) Gizi Buruk
 - 2) Meningkatkan Sistem Surveilans, Monitoring dan Informasi Kesehatan :

- 3) Meningkatkan Pembiayaan Kesehatan termasuk Perbaikan Gizi Masyarakat:
 - i. Pencatatan
 - ii. Penyediaan biaya operasional
 - iii. Penyediaan modal usaha Kader baik melalui Kelompok Usaha Bersama (KUBE) maupun Usaha Kecil Menengah (UKM) dan mendorong partisipasi swasta .
6. Sistem Informasi Kesehatan Terkait Kasus Gizi Buruk

Gizi buruk merupakan salah satu bentuk manifestasi dari adanya gangguan pada proses pertumbuhan. Pertumbuhan balita dapat diartikan sebagai perubahan dalam jumlah, ukuran dan fungsi sel atau organ tubuh yang terjadi pada balita. Pertumbuhan diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (Supariasa dkk, 2002).

Indikator paling sederhana untuk menentukan normal atau tidaknya pertumbuhan balita yakni dengan melihat kondisi fisik atau yang disebut sebagai status gizi dengan metode antropometri. Parameter yang paling mudah dan sesuai untuk mengukur status gizi balita adalah berat badan, tinggi badan atau panjang badan dan umur, dengan indeks yang digunakan adalah BB/U, BB/TB dan TB/U. Metode perhitungan menggunakan rumus z-skor dengan standar median berat badan atau tinggi badan dibagi dengan simpangan bakunya (Supariasa dkk, 2002), sehingga secara manual perhitungan z-skor cukup rumit untuk dilakukan apalagi bila jumlah balita yang diukur status gizinya tergolong besar.

Fokus dari pengembangan system informasi kesehatan di kabupaten diarahkan untuk mendukung pengambilan keputusan manajemen yang diperlukan dalam rangka perbaikan pelayanan dan program kesehatan secara langsung. Sering terjadi pengumpulan data cukup memadai yang dilakukan melalui informasi rutin oleh pemegang program atau melalui survei

husus namun data atau informasi tersebut mungkin tidak dianalisis secara memadai atau tidak dapat diakses secara tepat waktu dan untuk unit pemakai yang benar (Depkes RI, 2001).

Peningkatkan performance dan kinerja dari sistem informasi PSG tersebut diperlukan pengembangan sistem informasi berbasis komputer dengan pendekatan spasial yakni dengan membuat software yang secara spesifik dapat digunakan untuk memudahkan input data, proses pengolahan dan analisis data, pembuatan pelaporan hasil kegiatan PSG secara lebih lengkap dan cepat serta penyajian data berupa pemetaan wilayah berdasarkan indikator distribusi cakupan gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk. Agar informasi yang terkait kewilayahan dapat dikelola dengan baik maka dapat dilakukan dengan Sistem informasi geografis (SIG) (Hartono, et al., 2005). Kelebihan dikembangkannya system informasi berbasis komputer dengan pendekatan geografis ini ialah dapat disajikan data-data status gizi balita berupa peta yang lebih mudah dipahami dan lebih informatif sehingga lebih memudahkan pelaksanaan evaluasi kegiatan dan perencanaan intervensi gizi disesuaikan dengan kondisi wilayah.

Mortalitas atau kejadian kematian dapat terjadi pada penderita KEP, khususnya pada KEP berat. Beberapa penelitian menunjukkan pada KEP berat resiko kematian cukup besar, adalah sekitar 55%. Kematian ini seringkali terjadi karena penyakit infeksi (seperti Tuberculosis, radang paru, infeksi saluran cerna) atau karena gangguan jantung mendadak. Infeksi berat sering terjadi karena pada KEP sering mengalami gangguan mekanisme pertahanan tubuh. Sehingga mudah terjadi infeksi atau bila terkena infeksi beresiko terjadi komplikasi yang lebih berat hingga mengancam jiwa (Nelson, 2007).

Anak balita (bawah lima tahun) sehat atau kurang gizi dapat diketahui dari penambahan berat badannya tiap bulan sampai usia minimal 2 tahun (baduta). Apabila penambahan berat badan sesuai dengan penambahan umur menurut suatu standar organisasi kesehatan dunia, dia bergizi baik. Kalau sedikit dibawah standar disebut bergizi kurang yang bersifat kronis. Apabila jauh dibawah standar dikatakan bergizi buruk. Jadi istilah gizi buruk adalah salah satu bentuk kekurangan gizi tingkat berat atau akut (Pardede, J, 2006). Patofisiologi gizi buruk pada balita adalah anak sulit makan atau anorexia bisa terjadi karena penyakit akibat defisiensi gizi, psikologik seperti suasana makan, pengaturan makanan dan lingkungan. Rambut mudah rontok dikarenakan kekurangan protein, vitamin A, vitamin C dan vitamin E. Karena keempat elemen ini merupakan nutrisi yang penting bagi rambut. Pasien juga mengalami rabun senja. Rabun senja terjadi karena defisiensi vitamin A dan protein. Pada retina ada sel batang dan sel kerucut. Sel batang lebih hanya bisa membedakan cahaya terang dan gelap. Sel batang atau

rhodopsin ini terbentuk dari vitamin A dan suatu protein. Jika cahaya terang mengenai sel rodopsin, maka sel tersebut akan terurai. Sel tersebut akan mengumpul lagi pada cahaya yang gelap. Inilah yang disebut adaptasi rodopsin. Adaptasi ini butuh waktu. Jadi, rabun senja terjadi karena kegagalan atau kemunduran adaptasi rodopsin.

7. Media promosi kesehatan terkait kasus gizi buruk

A. Media Cetak

Poster

1. Memberikan peringatan akan Bahaya Gizi buruk
2. Mempromosikan layanan kesehatan gratis
3. Menyadarkan masyarakat akan bahaya Gizi Buruk.
4. Membentuk sikap atau pandangan (propaganda), tentang Pola makan dan gizi buruk.

Brosur / Leaflet

1. Leaflet yang berfungsi informatif. Yakni leaflet yang dibuat dengan maksud untuk memberitahukan atau menginformasikan tentang Pola makan yang baik dan benar, serta bahaya gizi buruk
2. Leaflet yang berfungsi edukatif. Yakni leaflet yang disamping sudah mengandung sifat informatif, namun di dalamnya terkandung juga aspek edukatif. Isinya disusun sedemikian rupa sehingga memenuhi unsur-unsur pendidikan di dalamnya. Isi pesan tentang makanan-makanan apa saja yang memenuhi gizi seimbang.

Leaflet yang berfungsi persuasif: Leaflet segi isi pesan jenis leaflet ini lebih membujuk dan mengajak masyarakat agar sadar akan pentingnya

pola makan yang seimbang dan bahaya gizi buruk. Isi pesan terdapat gambar (ilustrasi) dan kata kata (narasi).

B. Media Luar Ruang
Spanduk

Tujuan pembuatan spanduk ini adalah untuk mengingatkan masyarakat betapa pentingnya bahaya Gizi Buruk dan memberi informasi pelayanan kesehatan gratis.

C. Media Elektronik

Multimedia dapat didefinisikan sebagai presentasi materi dengan menggunakan kata-kata sekaligus gambar-gambar. Yang dimaksud dengan kata di sini adalah materinya disajikan dalam verbal form atau berbentuk verbal, sedangkan gambar adalah materinya disajikan dalam pictorial form atau berbentuk gambar. Hal ini bisa dalam bentuk menggunakan grafik dinamis (termasuk : ilustrasi, grafik, foto, dan peta) atau menggunakan grafik statis (termasuk : animasi dan video). Dalam buku teks, kata-kata bisa disajikan sebagai teks dan gambar-gambar disajikan sebagai ilustrasi atau bentuk-bentuk grafik lainnya.

Kelebihan media elektronik antara lain sudah dikenal masyarakat, melibatkan semua pancaindra, lebih mudah dipahami, lebih menarik karena ada suara dan gambar, adanya tatap muka, penyajian dapat dikendalikan, janagkauan relatif lebih besar/luas, serta dapat diulang-ulang jika digunakan sebagai alat diskusi.

D. Audio Visual

1. Pesan dan informasi kesehatan tentang sosialisasi program kesehatan tentang Gizi Buruk dan Pola makan yang seimbang. Isi pesan mengutamakan pendidikan serta komunikasi kesehatan yang bersifat persuasif.
2. Bentuk audio visual
 - a. Iklan Layanan Masyarakat
 - b. Video tentang bahaya kekurangan vitamin A bagi balita, bisa dikemas dalam bentuk drama / cerita-cerita fiksi / lawak.

E. Pesan Dalam Media

Pesan adalah terjemahan dari tujuan komunikasi ke dalam ungkapan atau kata yang sesuai untuk khalayak sasaran. Pesan dalam suatu media harus efektif dan kreatif, untuk itu pesan harus memenuhi hal-hal sebagai berikut:

1. *Command attention*

Kembangkan suatu idea tau pesan pokok yang merefleksikan strategi desain suatu pesan. Bila terlalu banyak ide, hal tersebut akan membingungkan khayalayang sasaran dan mereka akan mudah melupakan pesan tersebut.
2. *Clarify the message*

Pesan haruslah mudah, sederhana dan jelas. Pesan yang efektif harus memberikan informasi yang relevan dan baru bagi khalayak sasaran. Kalau pesan dalam media diremehkan oleh sasaran, secara otomatis pesan tersebut gagal.

3. *Create trust*

Pesan harus dapat dipercaya, tidak bohong, dan terjangkau. Katakanlah masyarakat percaya cuci tangan pakai sabun dapat mencegah penyakit diare, dan untuk itu harus dibarengi bahwa harga sabun terjangkau dan mudah didapat didekat tempat tinggalnya.

4. *Communicate a benefit*

Hasil pesan diharapkan akan memberikan keuntungan. Khalayak sasaran termotivasi membuat jamban misalnya, karena mereka akan memperoleh keuntungan dimana anaknya tidak akan terkena penyakit diare misalnya

5. *Consistency*

Pesan harus konsisten, artinya bahwa sampaikan satu pesan utama dimedia apapun secara berulang, misal di poster, stiker, dll, tetapi maknanya akan tetap sama.

6. *Cater to the heart and head*

Pesan dalam suatu media harus bisa menyentuh akal dan rasa. Komunikasi yang efektif tidak hanya sekedar member alasan teknis semata, tetapi juga harus menyentuh nilai-nilai emosi dan membangkitkan kebutuhan nyata.

7. *Call to action*

Pesan dalam suatu media harus dapat mendorong khalayak sasaran untuk bertindak sesuatu. “Ayo, buang air besar di jamban agar anak tetap sehat” adalah contoh ungkapan yang memotivasi kearah suatu tindakan.

F. **Himbauan Dalam Pesan**

Dalam media promosi, pesan dimaksudkan untuk mempengaruhi orang lain, atau pesan itu untuk menghimbau khalayak sasaran agar mereka menerima dan melaksanakan gagasan kita.

1. **Himbauan Rasional**

Hal ini didasarkan pada anggapan bahwa manusia pada dasarnya makhluk rasional. Contoh pesan “Datanglah ke posyandu untuk imunisasi anak Anda. Imunisasi melindungi anak dari penyakit berbahaya” para ibu mengerti pesan itu, namun kadang tidak bertindak karena keraguan.

2. **Himbauan Emosional**

Kebanyakan perilaku manusia, terutama kaum ibu, lenih didasarkan pada emosi daripada hasil pemikiran rasional. Bebara hal menunjukkan bahwa pesan dengan menggunakan imbauan emosional sering lebih berhasil disbanding dengan imbauan dengan bahasa rasional. Contoh: “Gizi buruk sangat berbahaya, merupakan penyebab kematian bayi. Cegahlah dengan memberikan makanan gizi seimbang” Kombinasikan dalam poster hubungan gagasan dengan unsur visual dan non verbal, misal dengan gambar anak balita sakit, kemudian tertera pesan “Lindungi anak Anda”:

3. **Himbauan Ketakutan**

Penggunaan imbauan dengan pesan yang menimbulkan ketakutan harus digunakan secara berhati-hati. Ada sebagian orang yang mempunyai kepribadian kuat justru tidak takut dengan

imbauan semacam ini, tetapi sebaliknya kelompok orang yang memiliki tingkat kecemasan tinggi, pesan semacam ini akan lebih efektif.

4. **Himbauan Ganjaran**

Pesan dengan imbauan ganjaran dimaksudkan menjanjikan sesuatu yang diperlukan dan diinginkan oleh si penerima pesan. Teknik semacam ini dirasa cukup masuk akal, karena pada kenyataannya orang akan lebih banyak mengubah perilakunya bila akan memperoleh imbalan (terutama materi) yang cukup.

5. **Himbauan Motivasional**

Pesan ini dengan menggunakan bahasa imbauan motiv yang menyentuh kondisi internal diri si penerima pesan. Manusia dapat digerakan lewat dorongan kebutuhan biologis seperti lapar, haus, keselamatan, tetapi juga lewat dorongan psikologis seperti kasih sayang, keagamaan, prestasi.

Referensi

- Pencegahan dan penanggulangan gizi buruk. Depkes RI. 2006.
- Program Perbaikan Gizi Masyarakat, Direktorat Gizi Masyarakat. Jakarta. Depkes RI. 2005.
- Kecendrungan Masalah Gizi dan Tantangan di masa depan Disampaikan pada Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi, Azwar, A.,(2005).
- The State of the World's Children 1998. Oxford University Press. Unicef. 1998.
- Soekirman & Karyadi, D. (1995). Nutrition surveillance: A planners' perspective. Food and Nutrition Bulletin. United Nations University. Tokyo.
- Mason, et al. (1984). Nutritional Surveillance. WHO Timmreck, C.T. (2005). Epidemiologi: Suatu Pengantar,. EGC.
- Martorell . 1992 . Kaitannya Antara Perbaikan Gizi Peningkatan Sumber Daya Manusia dan Kemiskinan.
- Supariasa, I Nyoman Dewa. Bakri, Bachyar. Fajar, Ibnu. 2002. Penilaian Status Gizi. EGC Penerbit Buku kedokteran, Jakarta.
- Depkes RI. 2001. Dukungan Informasi Untuk Manajemen Kesehatan di Kabupaten/Kotamadya, Pusat Data Kesehatan Depkes RI, Jakarta.
- Hartono, Meteray, T. B. S., Farda, N. M., Kamal, M.. 2006. Kajian Ekosistem Air Permukaan Rawa Biru-Torasi Merauke Papua Menggunakan Citra Penginderaan Jauh dan SIG. Forum Geografi. Vol. 20 (1) Juli 2006: 2.