

SURAT KETERANGAN

Nomor: 236/UNUSA/Adm-LPPM/III/2019

Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya menerangkan telah selesai melakukan pemeriksaan duplikasi dengan membandingkan artikel-artikel lain menggunakan perangkat lunak **Turnitin** pada tanggal 29 Maret 2019.

Judul : Efektifitas Pendekatan Positive Deviance melalui Pos Gizi pada Status Gizi Balita Kurang Energi Protein (KEP) di Desa Suruh Kecamatan Sukodono

Penulis : Dhian Satya Rachmawati

Identitas : Jurnal Kesehatan Volume 2 No 1 Mei 2012

No. Pemeriksaan : 2019.03.29.111

Dengan Hasil sebagai Berikut:

Tingkat Kesamaan diseluruh artikel (*Similarity Index*) yaitu 19%

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya

Surabaya, 29 Maret 2019

Ketua LPPM,



Dr. Istas Pratomo, S.T., M.T.

NPP. 16081074

paper 1

by Dhian 1

Submission date: 29-Mar-2019 10:12AM (UTC+0700)

Submission ID: 1101849443

File name: Aiptinakes_vol_2-4-11.pdf (117.19K)

Word count: 3677

Character count: 21055

EFEKTIFITAS PENDEKATAN *POSITIVE DEVIANCE* MELALUI POS GIZI PADA STATUS GIZI BALITA KURANG ENERGI PROTEIN (KEP) DI DESA SURUH KECAMATAN SUKODONO.

Dhian Satya Rachmawati

Staf Pengajar Departemen Keperawatan Komunitas
Stikes Hang Tuah Surabaya

ABSTRACT

Diseases of protein energy is one of the important nutritional. The increasing incidence of protein energy malnutrition Sukodono region is less precise processing of food, lack of a varied menu and eating the wrong procedure. Positive Deviance Hearth taught through the provision of food, childcare, hygiene and health care that can increase the weight so that toddlers can alter her nutritional status.

The design of this study is true experiment (*Pretest-posttest control group design*). Population that is in use is a total of 36 respondents, 18 respondents in the treatment group and control group 18 responden. local nutrition service point carried out for 2 weeks with weight control infants. Technical analysis of data on the use of *Wilcoxon Sign Rank Test* and *Mann-Whitney U test*.

The results showed that an increased in the nutritional status of the protein energy malnutrition toddlers. In the treatment group improved nutritional status of 10 well-nourished infants and 8 toddlers with Lightweight protein energy malnutrition. Results in getting that through the Positive Deviance Hearth effective on nutritional status of children protein energy malnutrition attested by the results of statistical tests Test Wilcoxon Sign Rank Test showed $\rho = 0.002 < \alpha = 0.05$ before and after the treatment group and the Mann-Whitney U Test test shows $\rho = 0.043 < \alpha = 0.05$ in the treated group and control group after post.

Looking at these results it can be sure that the Positive Deviance make effective through the nutritional status of children protein energy malnutrition. We are suggested in the protein energy malnutrition toddlers or parents who have toddlers can take advantage of protein energy malnutrition Positive Deviance by local nutrition service point to increase body weight and nutritional status of children.

Keywords: *Positive Deviance*, local nutrition service point, nutritional status, toddlers protein energy malnutrition.

PENDAHULUAN

Krisis ekonomi sebagai akibat dari krisis moneter yang berkepanjangan sejak pertengahan 1997 dan masih dirasakan sampai saat ini telah mengakibatkan dampak buruk terhadap status kesehatan dan gizi masyarakat, terutama oleh keluarga-keluarga miskin. Dampak krisis ekonomi terhadap status gizi masyarakat yang dapat

di amati, antara lain berupa : meningkatnya prevalensi Kurang Energy Protein (KEP) terutama pada kelompok penduduk usia balita serta munculnya kasus baru KEP berat dengan gejala klinis berupa Marasmus atau Kwashiorkor, maupun Marasmik-Kwashiorkor yang selama sepuluh tahun terakhir sudah jarang ditemui (Dinas kesehatan Jatim,2001). Penyakit KEP atau

Protein Energi Malnutrition merupakan salah satu penyakit gangguan gizi yang penting bagi Indonesia maupun Negara yang sedang berkembang di Asia, Afrika, Amerika Tengah dan Amerika Selatan. KEP banyak ditemukan pada anak-anak dibawah 5 tahun (balita), ibu yang sedang mengandung dan sedang menyusui (Pudjiadi, 2000).

Kejadian KEP diwilayah Sukodono sendiri ditemukan sejak tahun 2009 terjaring melalui posyandu desa masing-masing. Daerah Sukodono sendiri terdapat 103 posyandu dan 600 orang kader. Meningkatnya angka kejadian KEP diwilayah Sukodono menurut bidan desa Suruh yang pertama adalah kurang tepatnya pengolahan bahan makanan agar gizi tidak berkurang saat dimasak, sehingga gizi yang masuk dalam tubuh anak mencukupi untuk tubuhnya. kedua kurang bervariasinya menu yang disajikan ibu sehingga anak bosan dan malas makan. ketiga cara penyajian makanan yang menjadi kebiasaan mencampur nasi dan sayuran sehingga nasi menjadi lembek atau mengembang menyebabkan anak akan merasa cepat kenyang. *Positive deviance* yang dilaksanakan pos gizi sendiri sudah pernah dilaksanakan pada tahun 2010, balita KEP yang ditangani pada pos gizi tahap pertama 30 balita dan 90% berhasil mengurangi angka kejadian balita KEP di desa tersebut.

Di Indonesia, saat ini diperkirakan pada tahun 2000 ada 2.000 kasus kelahiran bayi bergizi buruk atau setiap jam lahir 100 bayi dengan berat berada dibawah standart kelayakan kesehatan. Dari segi medis, kasus bayi kurang gizi ini tentunya sangat mencemaskan. Sebagai contoh : menurut data BKKBN, dari 3,5 juta bayi yang lahir pada tahun 1999, diketahui sekitar satu juta (30%) bayi ternyata lahir dengan berat badan kurang dari 2kg, sehingga tidak mustahil akan berakhir pada kejadian kematian. Di Jawa Timur, berdasarkan hasil pemantauan

status gizi (PGS) posyandu diketahui bahwa prevalensi KEP Total meningkat dari 18,8% pada tahun 1997 menjadi 19% pada tahun 1998. Tahun 1999 kota Surabaya sebanyak 1.054 balita (0,94%) (Suyanto, 2002).

Berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi kabupaten Sidoarjo (PSG) melalui posyandu tahun 2006, prevelensi gizi kurang (BB/TB) sebesar 9,7% dan status gizi buruk tahun 2007 sebanyak 84 kasus. Setelah penanganan atau diintervensi yang sembuh sebanyak 43 kasus (51,19%) yang meninggal 4 kasus (4,76%), *drop out* 2 kasus (2,38%), sedangkan yang masih dalam penanganan 35 kasus (41,66%) dan tahun 2008 jumlah kasus 69 kasus, setelah penanganan sembuh 44 kasus meninggal 4 kasus masih penanganan sampai dengan 19 kasus pada tahun 2009. Sampai dengan february 2009 jumlah kasus masih dalam penanganan (Sulastri, 2009).

Berdasarkan hasil pemantauan kecamatan Sukodono melalui Posyandu tahun 2009 jumlah seluruh balita 7476 dan yang ditimbang 4538 balita, prevalensi gizi kurang sebesar 29,83%. Tahun 2010 jumlah seluruh balita 7769 dan yang ditimbang 4925 balita, prevalensi gizi kurang 31,77%. Di desa Suruh dilaporkan pada tahun 2009 terdapat balita KEP yang berjumlah 30 balita. Pada tahun 2010 terdapat balita KEP yang berjumlah 33 balita dari jumlah seluruh 225 balita yang memiliki KMS di Desa tersebut. Data tersebut menunjukkan bahwa ada kenaikan angka kejadian balita KEP di desa Suruh.

Hasil pelacakan kasus gizi buruk di beberapa daerah, selain dari faktor kemiskinan struktural, pengetahuan orang tua, anak sakit dan dijumpai adanya tanda-tanda kelaparan seperti menurunnya frekuensi makan 3 kali atau 2 kali sehari menjadi 1kali sehari yang sering disertai dengan berubahnya bahan yang dimakan dan jumlah makanan yang dikonsumsi

(Sulastris, 2009). Ada 4 faktor yang melatarbelakangi KEP yaitu masalah sosial, ekonomi, biologi dan lingkungan. Kemiskinan, salah satu determinan sosial ekonomi, merupakan akar dari ketiadaan pangan, tempat mukim yang berjejalan, kumuh, dan tidak sehat serta ketidakmampuan mengakses fasilitas kesehatan. Ketidaktahuan, baik yang berdiri sendiri maupun yang berkaitan dengan kemiskinan, menimbulkan salah paham tentang cara merawat bayi dan anak yang benar, juga salah mengerti mengenai penggunaan bahan pangan tertentu dan cara memberikan makan anggota keluarga yang sedang sakit. Hal lain yang juga berpotensi menumbuhsuburkan KEP dikalangan bayi dan anak adalah penurunan minat dalam memberi ASI yang kemudian diperparah pula dengan salah persepsi tentang cara menyapih. Selain itu distribusi pangan dalam keluarga terkesan masih timpang (Arisman, 2004). Timbulnya gizi kurang tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang cukup mendapatkan makanan tetapi sering diserang penyakit diare atau deman, akhirnya menderita kurang gizi. Demikian juga pada anak yang tidak mendapatkan makanan yang cukup maka daya tahan akan melemah hingga mudah diserang penyakit yang akan mengurangi nafsu makan akhirnya menderita gizi kurang (Dinas kesehatan Jatim, 2001). Keluarga terutama ibu tidak tahu cara pengolahan bahan makanan yang tepat agar nilai gizi makanan tidak berkurang, tatacara makan yang kurang benar, kebiasaan keluarga jika makan mencampur semua menu sehingga jika lama kelamaan nasi menjadi lembek dan mengurangi nafsu makan, mengkonsumsi jajanan yang tidak ada nilai gizinya, ibu kurang bervariasi menu makanan sehingga anak cenderung suka makanan yang dibeli diluar rumah.

Kompleknya penyebab masalah gizi kurang, maka perlu dicarikan pendekatan alternative untuk memecahkan masalah tersebut. Salah satu pendekatan yang sering dikembangkan di Indonesia adalah dengan pendekatan penyimpangan positif (*positive deviance*) dalam mengatasi masalah gizi balita oleh orang tua balita itu sendiri. *positive deviance* ini diharapkan dapat digunakan secara lokal sesuai situasi dan kondisi setempat untuk membantu mempercepat penurunan prevalensi balita kurang gizi dan gizi buruk. Untuk mendukung upaya tersebut perlu diadakan *positive deviance* pada daerah yang terdapat balita KEP (Sulastris, 2009).

Positive deviance atau Penyimpangan Positif adalah pendekatan untuk memecahkan masalah dan menemukan solusi untuk permasalahan yang terjadi dimasyarakat, bukan terfokus pada masalah yang ditemukan tetapi apa yang bisa dilaksanakan untuk mengatasi masalah tersebut. Perilaku *positive deviance* yang dilaksanakan didesa Suruh melalui pos gizi dibiayai secara swadaya masyarakat desa Suruh. Kegiatannya berupa penimbangan berat badan dan tinggi badan pada hari pertama datang, kader dan ibu balita memasak bersama-sama, kader mengajarkan cara memasak makanan yang baik untuk balita agar kandungan gizi tidak berkurang, penyusunan menu yang sehat dan murah, cara makan yang baik dan benar, pemberian sirup penambah nafsu makan dan tablet zinc, mencontohkan perilaku hidup sehat dengan cuci tangan sebelum makan dan berdoa bersama-sama, ibu balita membawa bahan makanan atas kesadaran diri sendiri, penimbangan berat badan dan tinggi badan setelah hari ke 12. *Positive deviance* merupakan salah satu cara penanggulangan gizi buruk yang merupakan salah satu wujud kegiatan Desa siaga. Desa yang memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan serta kemauan untuk

mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, secara mandiri.

Dalam upaya peningkatan status gizi pada balita, mencegah munculnya anak dengan status gizi buruk atau gizi kurang di waktu yang akan datang dan mengajarkan pada ibu tentang cara merawat balitanya dengan baik. Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti ingin mempelajari efektifitas pendekatan *positive deviance* melalui pos gizi terhadap status gizi balita KEP di Desa Suruh Kecamatan Sukodono.

Tujuan Umum

Menganalisis efektifitas pendekatan *positive deviance* melalui pos gizi pada status gizi balita KEP di Desa Suruh Kecamatan Sukodono.

Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi status gizi balita KEP sebelum dilaksanakannya *positive deviance* melalui pos gizi.
2. Mengidentifikasi status gizi balita KEP sesudah dilaksanakannya *positive deviance* melalui pos gizi.
3. Menganalisis efektifitas pendekatan *positive deviance* melalui pos gizi pada status gizi balita KEP di Desa Suruh Kecamatan Sukodono.

METODOLOGI

PENELITIAN Desain

Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *True Experimen (Pretest-posttest control group design)* untuk mengetahui pedekatan *positive deviance* melalui pos gizi efektif pada status gizi balita KEP merupakan desain penelitian yang dilakukan secara random baik kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dan sebelum perlakuan kedua kelompok dilakukan pretest terlebih dahulu untuk mengukur

keadaan awal kedua kelompok (Hidayat, 2010).

Populasi dalam penelitian ini adalah balita dengan KEP di pos gizi desa Suruh dengan jumlah populasi 40 balita KEP. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *probability sampling* dengan teknik *simple random sampling*, yaitu setiap responden yang memenuhi kriteria inklusi dengan cara memilih sampel dengan cara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam anggota populasi. Sampel di ambil dari sebagian balita KEP di pos gizi desa Suruh yang memenuhi kriteria sebagai berikut yaitu : Balita dengan hasil di bawah garis kuning pada KMS dengan kategori BB kurang jika di hitung persen (%) Median berdasarkan BB/U, usia 9-60 bulan.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah tabel penimbang berat badan (dacin), pengukur tinggi badan, KMS dan lembar observasi. Tahapan-tahapan *positive deviance* menjadwalkan kegiatan pos gizi, merencanakan menu kegiatan pos gizi, rancangan berbagai pesan pendidikan kesehatan, tentukan tempat pelaksanaan kegiatan pos gizi, rancangan protokol untuk kegiatan pos gizi, susun rencanakan kegiatan setahun.

Hasil Penelitian

1. Status Gizi Sesudah Mengikuti Pos Gizi pada Kelompok Perlakuan.

No respon den	Kelompok Perlakuan	
	Status Gizi Sebelum	Status Gizi Sesudah
1	KEP Ringan	KEP Ringan
2	KEP Ringan	KEP Ringan
3	KEP Ringan	Gizi Baik
4	KEP Ringan	KEP Ringan
5	KEP Ringan	KEP Ringan
6	KEP Ringan	Gizi Baik
7	KEP Ringan	KEP Ringan
8	KEP Ringan	Gizi Baik
9	KEP Ringan	Gizi Baik
10	KEP Ringan	KEP Ringan
11	KEP Ringan	KEP Ringan
12	KEP Ringan	Gizi Baik

13	KEP Ringan	KEP Ringan
14	KEP Ringan	Gizi Baik
15	KEP Ringan	Gizi Baik
16	KEP Ringan	Gizi Baik
17	KEP Ringan	Gizi Baik
18	KEP Ringan	Gizi Baik
p = 0,002		

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan setelah mengikuti pos gizi status gizi baik sebanyak 10 balita (56%), status gizi KEP sebanyak 8 balita (44%).

2. Status Gizi Kelompok Kontrol yang Tidak Mengikuti Pos Gizi

No responden	Kelompok Kontrol	
	Status Gizi Sebelum	Status Gizi Sesudah
1	KEP Ringan	KEP Ringan
2	KEP Ringan	KEP Ringan
3	KEP Ringan	KEP Ringan
4	KEP Ringan	Gizi Baik
5	KEP Ringan	KEP Ringan
6	KEP Ringan	KEP Ringan
7	KEP Ringan	Gizi Baik
8	KEP Ringan	KEP Ringan
9	KEP Ringan	KEP Ringan
10	KEP Ringan	KEP Ringan
11	KEP Ringan	Gizi Baik
12	KEP Ringan	KEP Ringan
13	KEP Ringan	KEP Ringan
14	KEP Ringan	KEP Ringan
15	KEP Ringan	KEP Ringan
16	KEP Ringan	KEP Ringan
17	KEP Ringan	Gizi Baik
18	KEP Ringan	KEP Ringan
p = 0,046		

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol yang tidak mengikuti pos gizi yang menjadi status gizi KEP Ringan sebanyak 14 balita (78%) dan status gizi baik sebanyak 4 balita (22%).

3. Hasil Perubahan Status Gizi Awal dan Akhir Balita KEP sesudah Mengikuti Pos Gizi di Desa Suruh Kecamatan Sukodono.

No responden	Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol
	Status Gizi Sesudah	Status Gizi Sesudah
1	KEP Ringan	KEP Ringan
2	KEP Ringan	KEP Ringan
3	Gizi Baik	KEP Ringan
4	KEP Ringan	Gizi Baik
5	KEP Ringan	KEP Ringan
6	Gizi Baik	KEP Ringan
7	KEP Ringan	Gizi Baik
8	Gizi Baik	KEP Ringan
9	Gizi Baik	KEP Ringan
10	KEP Ringan	KEP Ringan
11	KEP Ringan	Gizi Baik
12	Gizi Baik	KEP Ringan
13	KEP Ringan	KEP Ringan
14	Gizi Baik	KEP Ringan
15	Gizi Baik	KEP Ringan
16	Gizi Baik	KEP Ringan
17	Gizi Baik	Gizi Baik
18	Gizi Baik	KEP Ringan
p = 0,043		

Tabel 5.5 didapatkan data perubahan status gizi awal sampai akhir. Data Status gizi awal terdapat 36 balita dengan status KEP Ringan untuk kelompok eksperimen dan kontrol. Sedangkan data akhirnya kelompok eksperimen terdapat 10 balita (56%) status gizi baik, 8 balita (44%) KEP ringan. Pada kelompok kontrol terdapat 14 balita (78%) KEP ringan, 4 balita (22%) dengan status gizi baik.

Pembahasan

Efektifitas *Positive Deviance* Melalui Pos Gizi Pada Status Gizi Balita KEP

1. Status gizi sebelum dan sesudah mengikuti pos gizi pada kelompok perlakuan

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan setelah mengikuti pos gizi menjadi status gizi baik 10 balita (56%) dan status gizi KEP 8 balita (44%). Dapat diketahui bahwa status gizi balita yang awalnya ada balita KEP Ringan sebanyak 18 balita yang sudah berubah

menjadi status gizi baik lebih banyak dari pada balita dengan status KEP Ringan.

Menurut Nanang Sunarya yang di sampaikan pada pelatihan kader pada saat pos gizi tahun 2010 pos gizi akan lebih efektif bila melibatkan anggota masyarakat setempat dalam proses penyelidikan perilaku masyarakat, keaktifan kader dan ibu balita dalam pos gizi, semua anak sebelum ikut pos gizi mendapatkan pemeriksaan medis untuk mengetahui ada tidaknya penyakit penyerta, memastikan para pengasuh membawa kontribusi makanan pada kegiatan pos gizi, menyusun menu yang diperoleh dari pelatihan *positive deviance*, keaktifan kehadiran di pos gizi, pos gizi dilaksanakan 2 minggu tanpa terputus, melakukan kunjungan rumah dalam waktu 2 minggu setelah pos gizi untuk memastikan perilaku baru di praktekkan di rumah, memanfaatkan posyandu yang sudah ada.

Kegiatan *positive deviance* melalui pos gizi yang dilaksanakan selama 2 minggu meliputi penyuluhan tentang pemberian makanan (makanan sehat), pengasuhan anak (kadarzi), kebersihan (cuci tangan), pelayanan kesehatan (posyandu) selain penyuluhan, di pos gizi setiap balita di berikan makana sehat yang mencukupi kebutuhan gizi untuk tubuhnya, ibu balita di ajarkan cara mengolah bahan makanan hingga menjadi makanan yang sehat untuk balita dan keluarganya, pemberian vitamin penambah nafsu makan, di pos gizi balita juga di ajarkan kebiasaan-kebiasaan hidup sehat dengan cara menarik dan tidak membosankan di selingi lagu anak-anak yang berhubungan dengan kebersihan dan kesehatan. Dengan mengajarkan perilaku-perilaku *positive deviance* yang muda di pahami, menarik serta langsung di praktekkan lebih dapat meningkatkan berat badan balita sehingga berubah pula status gizinya.

Dari hasil analisa statistic *Wilcoxon Sign Rank Test* pada kelompok perlakuan di dapatkan *positive deviance* melalui pos gizi berpengaruh efektif pada status gizi awal balita KEP dengan status gizi akhir balita KEP, yang di tunjukan dari hasil $p = 0,002 < \alpha = 0,05$. Artinya apabila *positive deviance* melalui pos gizi berpengaruh efektif maka di harapkan status gizi pada balita KEP dapat berubah.

Positive deviance melalui pos gizi menghasilkan perilaku-perilaku baru yang dapat di terapkan orang tua di rumah untuk menangani balitanya yang berat badan kurang dan pada balita yang status gizi KEP. Perilaku yang di ajarkan di pos gizi dapat juga di ajarkan ke tetangga lain yang mempunyai balita dengan berat badan kurang dan status gizi KEP.

2. Status gizi sebelum dan sesudah mengikuti pos gizi pada kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 5.4 pada kelompok kontrol setelah mengikuti pos gizi menjadi status gizi KEP Ringan 14 balita (78%) dan status gizi baik 4 balita (22%). Dapat di ketahui bahwa status gizi balita yang awalnya ada balita KEP Ringan sebanyak 18 balita yang sudah berubah menjadi status gizi baik lebih banyak dari pada balita dengan status KEP Ringan, walaupun jumlahnya lebih besar kelompok perlakuan.

Pada kelompok kontrol tidak mengikuti pos gizi di karenakan orang tua menolak di tanggani secara langsung, malu untuk mengikuti kegiatan pos gizi, di samping itu para orang tua beralasan sibuk dengan kegiatan sehari-hari, takut anaknya rewel, dan orang tua merasa keberatan dengan kegiatan pos gizi yang mewajibkan kedatangan selama 2 minggu berturut-turut. Mereka memilih menangani balitanya yang kurang berat badannya sendiri.

Dari hasil analisa statistic *Wilcoxon Sign Rank Test* pada kelompok kontrol di

dapatkan ada perbedaan status gizi awal balita KEP dengan status gizi akhir balita KEP, yang di tunjukan dari hasil $p = 0,046 < \alpha = 0,05$. Artinya walaupun tidak mengikuti pos gizi status gizi pada kelompok kontrol juga dapat mengalami perubahan.

Pada kelompok kontrol yang tidak mengikuti pos gizi bisa berubah status gizinya di karenakan selama 2 minggu orang tua balita juga memberikan asupan makanan sendiri di rumah. Walaupun jika di dibandingkan lebih banyak yang berubah pada kelompok perlakuan yang mengikuti pos gizi. Apalagi jika dilihat dari selisih berat badannya lebih banyak peningkatan berat badannya pada kelompok perlakuan.

3. Status gizi sesudah mengikuti pos gizi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Tabel 5.5 didapatkan data perubahan status gizi awal sampai akhir. Data Status gizi awal terdapat 36 balita dengan status KEP Ringan untuk kelompok eksperimen dan kontrol. Sedangkan data akhirnya kelompok eksperimen terdapat 10 balita (56%) status gizi baik, 8 balita (44%) KEP Ringan. Pada kelompok kontrol terdapat 4 balita (22%) status gizi baik, 14 balita (78%) KEP Ringan. Berdasarkan data di atas jika membandingkan kelompok perlakuan dan kontrol lebih banyak jumlah balita dengan status gizi baik pada kelompok perlakuan. Ini di karenakan balita pada kelompok perlakuan di tangani di pos gizi selama 2 minggu.

Keuntungan *positive deviance* melalui pos gizi untuk penanganan balita KEP yaitu *Cepat - pendekatan ini memberikan solusi yang dapat menyelesaikan masalah dengan segera. Anak-anak harus di rehabilitasi sekarang juga.* Terjangkau - PKP (perilaku khusus positif) Biaya yang di keluarkan untuk pos gizi lebih sedikit di bandingkan dengan melakukan investasi pada rumah

sakit. Partisipasi - masyarakat memainkan peran penting di seluruh proses PKP (perilaku khusus positif). Berkesinambungan - para pengasuh tidak hanya dilatih untuk merehabilitasi anak mereka yang mengalami kurang gizi tetapi juga untuk mempertahankan rehabilitasi di rumah. Asli - pendekatan tersebut dapat diterapkan secara luas karena pelaku PKP (perilaku khusus positif) ada pada hampir seluruh masyarakat. Budaya - karena pos gizi didasarkan pada perilaku lokal yang teridentifikasi dalam konteks sosial, etnik, bahasa dan agama dari masyarakat secara individu (Sillan, 2004).

Kegiatan *positive deviance* melalui pos gizi ini mengajarkan pada ibu saat di pos gizi perhatian ibu hanya tertuju pada anak untuk memberikan asupan makanan yang sehat, kader-kader juga membantu mengawasi ibu dan balita tentang tatacara makan yang baik dan larangan yang tidak boleh dilakukan di pos gizi, bidan desa yang ikut serta dan mengawasi setiap hari kegiatan pos gizi siap membantu saat ibu balita atau kader mengalami kesulitan dalam pelaksanaan pos gizi.

Dari hasil analisa statistic *Mann-Whitney U Test* pada kelompok perlakuan dan kontrol di dapatkan *positive deviance* melalui pos gizi efektif status gizi akhir balita KEP. Yang di tunjukan dari hasil $p = 0,043 < \alpha = 0,05$. Artinya *positive deviance* melalui pos gizi efektif terhadap status gizi balita KEP.

Dengan adanya *positive deviance* melalui pos gizi untuk penanganan balita KEP bisa merubah dan meningkatkan status gizi balita tersebut. Bukan hanya balita yang meningkat status gizinya melainkan berat badan balita juga meningkat. Pengetahuan ibu balita untuk memenuhi kebutuhan gizi balitanya juga bertambah, bagaimana pola asuhnya benar, pentingnya kebersihan untuk kesehatan, serta memanfaatkan

pelayanan kesehatan yang ada untuk memantau status kesehatan balitanya.

5 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat diambil kesimpulan bahwa :

1. Seluruh balita pada kelompok perlakuan sebelum mengikuti pos gizi status gizinya KEP Ringan.
2. Pada kelompok perlakuan terjadi perubahan status gizi akhir setelah mengikuti pos gizi selama 2 minggu, dengan prosentase 10 balita (56%) status gizi baik, 8 balita (44%)
3. *Positive deviance* melalui pos gizi berpengaruh efektif pada status gizi balita KEP di Desa Suruh Kecamatan Sukodono.

1 DAFTAR PUSTAKA

Almatsier, S. (2001). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.

Depkes RI. (2006). *Buku Kader Posyandu Dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga*. Jakarta : Dinas Kesehatan RI.

Hidayat, A.A.A. (2005). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak 1*. Jakarta : Salemba Medika.

5
Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT.Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika

Pudjiadi, S. (2000). *Ilmu Gizi Klinis pada Anak Edisi 4*. Jakarta : Gaya Baru.

Rahaju, B, Utami D.W dan Vitria D. (2005). *Buku Pegangan Kader Posyandu*. Jawa Timur : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Santoso, S dan Anne L.R. (2004). *Kesehatan & Gizi*. Jakarta : PT.Rineka Cipta.

8
Sillan, D. (2004). *Buku Panduan Pemulihan yang Berkesinambungan bagi Anak Malnutrisi*. Jakarta : PCI.

Soegianto, B. (2003). *Buku Antropometri WHO NCHS (Persen Terhadap Median)*. Akademi Gizi (AKZI) Surabaya. Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Soetjingsih. (2002). *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*. Jakarta : Sagung Seto.

Sulastri, E. (2009). *Kerangka Acuan Pelatihan Peningkatan Status Gizi Melalui Pendekatan Positive Deviance (PD) Bagi Petugas Puskesmas dan Kader di Kabupaten Sidoarjo*. Sidoarjo : Dinkes Sidoarjo.

Sunarya, N.(2008). *Program Pendidikan dan Pemulihan Gizi (P3G)*. Dinkes Cianjur Provinsi Jawa Barat.

Supariasa, I.D.N, Bachyar B dan Ibnu F. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC.

Suyanto, B. (2002). *Krisis & Child Abuse*. Jakarta : Airlangga University Press.

paper 1

ORIGINALITY REPORT

19%

SIMILARITY INDEX

19%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.scribd.com Internet Source	4%
2	repository.unhas.ac.id Internet Source	4%
3	www.positivedeviance.org Internet Source	2%
4	shuhokgie.blogspot.com Internet Source	1%
5	adysetiadi.files.wordpress.com Internet Source	1%
6	eki-jatmiko.blogspot.co.id Internet Source	1%
7	dinkesmentawai.org Internet Source	1%
8	vdocuments.mx Internet Source	1%
9	fr.scribd.com Internet Source	1%

10	docobook.com Internet Source	1%
11	docplayer.info Internet Source	1%
12	ikf-think.blogspot.com Internet Source	1%
13	dokumen.tips Internet Source	1%

Exclude quotes On
Exclude bibliography Off

Exclude matches < 1%