

MODUL PERBAIKAN GIZI BERKELANJUTAN DENGAN PENDEKATAN POSITIVE DEVIANCE



DR. RUDY HARTONO, SKM, M.KES (KETUA)
DR. NADIMIN, SKM, M.KES (ANGGOTA)
SIRAJUDDIN, SP, M.KES (ANGGOTA)
ADRIANI ADAM, SKM, M.KES (ANGGOTA)
ANDI SALIM, SKM, MKES (ANGGOTA)
MUH HIDAYAT, SKM, M.KES (ANGGOTA)
DR MUHAMMAD NUR, S.SIT,S.KEP, M.KES (ANGGOTA)

Modul

Perbaikan Gizi Berkelanjutan dengan Pendekatan Positive Deviance

Penulis :

Dr. Rudy Hartono, SKM, M.Kes (Ketua)

Dr. Nadimin, SKM, M.Kes (Anggota)

Sirajuddin, SP, M.Kes (Anggota)

Adriani Adam, SKM, M.Kes (Anggota)

Andi Salim, SKM, M.Kes (Anggota)

Muh Hidayat, SKM, M.Kes (Anggota)

Dr Muhammad Nur, S.SIT,S.Kep, M.Kes (Anggota)

Penyunting :

Disain Sampul : Sirajuddin

Penerbit

Pusat Pengembangan dan Pendidikan Poltekkes Makassar

Jln. Wijaya Kusuma Raya No. 46 Makassar. Tlp 0411 869826, fax 0411.869742. email. info@poltekkes-mks.ac.id

Redaksi:

Jln Wijaya Kusuma Raya No 46 Makassar 90222

Tlp 0411 869826, fax 0411.869742

Distributor Tunggal:

Pusat Pengembangan Pendidikan Poltekkes Makassar, Cetakan Pertama 2021

Hak cipta dilindungi undang undang. Dilarang memperbanuak tanpa izin tertulis dari penerbit.

Kata Pengantar

Modul Positive Deviance ini adalah modul yang disusun berdasarkan pengalaman pelaksanaan PD pada kondisi Normal Baru tahun 2020. Awal kegiatan ini direncanakan adalah pada kondisi normal, akan tetapi dengan kejadian COVID-19, maka dilakukan modifikasi, khususnya pada langkah ke-6. Perbedaan dasarnya dari PD yang dikembangkan oleh PD lainnya adalah pada pembatasan jumlah anggota dan tidak dilakukan sesi hearth secara berkelompok tetapi masing masing dirumah dibawah supervise pendamping dan kader posyandu.

Modul ini adalah luaran dari Pengabdian Masyarakat Politeknik Kesehatan Makassar tahun 2020. Dimanfaatkan untuk pengembangan program pendampingan gizi masyarakat khususnya mendukung kekhususan Poltkkes Makassar dalam upaya mendukung kesehatan perkotaan.

Modul ini dapat diadopsi oleh seluruh pemerintah desa, dalam upaya perbaikan gizi masyarakat, khususnya dalam pencegahan stunting tahun 2020-2024 dan seterusnya. Modul ini sebagai acuan yang dapat dimodifikasi disetiap waktu dan kesempatan sesuai dengan kesiapan masing masing pelaksana kegiatan.

Tim penyusun masih terus melakukan perbaikan dan penyempurnaan serta memperkaya berbagai temuan PD diberbagai lokasi. Masukan dan saran dari pemanfaat program sangat dibutuhkan untuk mendukung perbaikan gizi berkelanjutan untuk semua.

Tim PD kali ini mengucapkan terimakasih kepada Direktur Politeknik Kesehatan Makassar, dan Politeknik Kesehatan Mamuju, karena telah mendukung terealisasinya seluruh rangkaian kegiatan PD di Lokasi Makassar dan Mamuju. Kerjasama dengan pemangku kepentingan juga terus dapat dilakukan dimasa yang akan datang.

Makassar, 1 Januari 2021

Tim Penyusun

Dr. Rudy Hartono, SKM, M.Kes

Daftar Isi

LANGKAH I	1
PENENTUAN KELAYAKAN WILAYAH	1
LANGKAH 2	3
MOBILISASI DAN PELATIHAN SUMBERDAYA	3
LANGKAH 3	6
PERSIAPAN PENYELIDIKAN PD	6
LANGKAH 4	12
MELAKUKAN PENYELIDIKAN PD	12
LANGKAH V	21
MERANCANG KEGIATAN SESI HEARTH	21
Susunan Menu	23
Pesan sesi herath	24
Tempat	24
Protokol Kesehatan.....	24
Rencana Tahunan.....	25
LANGKAH VI	26
MELAKSANAKAN KEGIATAN SESI HEARTH	26
Sesi Heart dalam Kondisi Normal.....	26
Sesi Hearth dalam Kondisi Normal Baru	29
LANGKAH VII	52
MENDUKUNG KEGIATAN SESI HEARTH	52
LANGKAH VIII	54
MENGULANGI KEGIATAN SESI HEARTH	54
LANGKAH IX	55
PERLUASAN DAERAH BARU	55

Daftar Gambar

Gambar 1. Pelatihan Tenaga Pendamping PD.....	5
Gambar 2. Foto Kegiatan Sesi Hearth	51

Daftar Tabel

Tabel 1. Contoh Tabel Kelayakan Wilayah PD	2
Tabel 2. Obserhasi PD	17
Tabel 3. Pembagian Tugas TIM PD	18
Tabel 4. Ringkasan Temuan Penyelidikan PD	20

LANGKAH I

PENENTUAN KELAYAKAN WILAYAH

Ada dua pertimbangan utama pada langkah pertama ini yaitu

1. Persentase Kurang gizi > 30%
2. Jarak Rumah Berdekatan

Positive Deviance hanya efektif dilakukan pada wilayah yang memenuhi syarat. Ada dua syarat utama yaitu jumlah anak kurang gizi dan kondisi perumahan. Jika jumlah anak kurang gizi melebihi 30% dan kondisi perumahan atau domisili mereka berdekatan maka pendekatan ini dapat dilakukan secara efektif. Apa alasannya harus 30%? Alasannya adalah untuk mudah mendapatkan sasaran yang rumahnya berdekatan. Kalau rumahnya tidak berdekatan ini tidak efektif karena interaksi antar ibu pengasuh pasti dibatasi oleh akses. Jumlah anak kurang gizi yang banyak menjadi prioritas karena ini memberikan indikasi bahwa kurang gizi itu massive dan mendesak untuk ditangani. Kalau jumlah anak yang kurang gizi tidak banyak maka pendekatan kelompok PD ini tidak efektif karena terlalu banyak waktu yang harus dihabiskan oleh volunteer padahal jumlah sasarannya sangat sedikit.

Luas wilayah dalam model PD adalah setingkat dusun, atau kampung kecil dimana kehidupan masyarakat dengan mudah berinteraksi satu sama lain dan saling kenal akrab. Jika satu dusun atau kampung rumah berjauhan maka jarak sosial masyarakat menjadi jauh dan kondisi seperti ini tidak efektif pendekatan PD.

Siapa yang menentukan layak tidaknya sebuah wilayah? Jawabnya adalah tim inisiator setelah melakukan observasi secara hati hati dan teliti beberapa unsur memenuhi syarat atau tidak. Kalau hanya urusan komitmen pelaksana saja yang baik tetapi data sebaran lingkungan perumahan dan kantong kantong kurang gizi tidak serius maka pendekatan ini tidaklah cocok. Jadi ketepatan dalam menilai lokasi menjadi penting sebagai penentu suksesnya langkah berikutnya.

Tabel 1. Contoh Tabel Kelayakan Wilayah PD

Lokasi	Persentase kurang gizi	Jarak Rumah	Kriteria
Posyandu Mawar 1	10	Berdekatan	Tidak layak
Posyandu Mawar 2	23	Berjauhan	Tidak layak
Posyandu Mawar 3	31	Berdekatan	Layak
Posyandu Mawar 4	32	Berjauhan	Tidak layak
Posyandu Mawar5	13	Berjauhan	Tidak layak

Sumberdata untuk mengisi table diatas adalah berdasarkan data sekunder dari Posyandu atau dari petugas gizi. Jika tidak ada maka dilakukan observasi secara langsung dengan kunjungan rumah.

LANGKAH 2

MOBILISASI DAN PELATIHAN SUMBERDAYA

Kegiatan utama pada langkah kedua adalah

1. Mobilisasai dan pelatihan sumberdata
2. Pelatihan Sumberdaya Pelaksana PD

Pendekatan ini memiliki salah satu keunggulan yaitu peningkatan kapasitas sumberdaya lokal sebagai pelaksana inti kegiatan. Pelatihan sumberdaya adalah melakukan pelatihan kepada kader pendamping dari kalangan masyarakat setempat. Pada dasarnya pelatihan sumberdaya ini ditujukan untuk memperkenalkan potensi masyarakat setempat terhadap potensi yang mereka miliki untuk dapat digunakan dalam kegiatan sesi hearth selama pendampingan berjalan.

Dalam pelaksanaan pelatihan ini terlebih dahulu melakukan pertemuan atau koordinasi dengan tokoh masyarakat setempat dan kepala pemerintahan setempat. Ini penting dilakukan karena legitimasi pemimpin lokal sangat dibutuhkan pada pendekatan ini. Legitimasi pemerintah setempat, membuat pendekatan ini mendapatkan tempat khusus di kalangan pemerintah dan tokoh setempat agar terus dapat dilakukan meskipun program sudah berakhir. Apabila tokoh lokal dan pemerintah setempat sudah menentukan orang yang akan direkrut sebagai motivator pada kelas sesi hearth maka barulah dapat dilakukan pelatihan sumberdaya manusia pelaksana PD. Perlu disampaikan bahwa penunjukan motivator kunci ini adalah posisinya sebagai agent internal.

Jadi tidak dianjurkan untuk memiliki motivator dari luar daerah, karena dikhawatirkan setelah program usai maka tidak ada lagi motivator yang hidup bersama dengan masyarakat setempat.

A. Mobilisasi

Mobilisasi adalah mengajak serta masyarakat setempat untuk bersama sama melakukan kegiatan pemberian makan anak agar terhindar dari kurang gizi. Pada konteks ini dapat dipahami bahwa pendekatan PD ini adalah pendekatan pemberdayaan masyarakat. Pemberian makan adalah inti dari mobilisasi. Pemberian makan tidak boleh diberikan dengan bantuan dari donatur luar, melainkan dari donatur masyarakat sendiri khususnya peserta sesi hearth. Hal ini diharapkan agar ada rasa tanggung jawab dari setiap keluarga bahwa urusan pemberian makan anak adalah tanggung jawab penuh pencari nafkah. Pengalaman di berbagai tempat membuktikan bahwa paket bantuan tidak semata mata memberikan bantuan tetapi juga memberikan pendidikan kemandirian kepada penerima manfaat. Meningkatkan sisi tanggung jawab melalui partisipasi mereka pada pengadaan bahan makan sendiri. ‘

B. Pelatihan Sumberdaya manusia

Prinsip dasar pelatihan pada PD berbeda dengan pelatihan pada pemberdayaan model lain. Perbedaannya adalah pada materinya. Materi pada pelatihan PD berasal dari kasus penyimpang positif sedangkan pada pelatihan pemberdayaan yang lain itu berasal dari berbagai sumber yang disusun sesuai teori yang diakui umum. Pada pelatihan PD seorang fasilitator tidak boleh mengembangkan teori dari luar, karena fakta fakta

empiris yang dikemukakan seluruhnya berasal dari pengalaman empiris penyimpang positif. Berdasarkan prinsip inilah maka, jelas bahwa pelatihan PD hanya dapat dilakukan setelah diketahui bahwa memang ada pelaku menyimpang positif di lokasi setempat. Fasilitator hanya menyediakan ornamen ornamen pelatihan sebagaimana biasanya akan tetapi persoalan dan materi pokoknya adalah pengalaman penyimpang positif yang dituangkan kedalam kurikulum sederhana.

Materi pelatihan yang digali dari praktek terbaik yang dilakukan dan terus dilakukan secara konsisten oleh ibu pengasuh penyimpang positif didapatkan setelah melakukan serangkaian observasi dan pengamatan secara sederhana pada kehidupan sehari-hari. Diusahakan untuk menggali informasi dan membuatnya dalam formulasi pesan pesan PD.



Gambar 1. Pelatihan Tenaga Pendamping PD

LANGKAH 3

PERSIAPAN PENYELIDIKAN PD

Kegiatan yang dilakukan pada saat persiapan adalah:

1. Rekrut tenaga pendamping
2. Buat Daftar Keluarga Miskin dan bukan miskin
3. Menetapkan kelompok target
4. Survei Data Dasar

Persiapan penyelidikan PD adalah seluruh upaya yang dilakukan sebelum pelaksanaan penyelidikan PD. Kegiatan ini disesuaikan dengan konteks apa yang akan dilakukan pada penyelidikan PD. Pada persiapan ini sangat dibutuhkan dua hal yaitu penentuan kriteria miskin dan penentuan indikator status gizi yang disepakati. Mengapa demikian?. Kriteria miskin dalam pendekatan PD sangat berbeda dengan kriteria miskin menurut BPS. Telah dijelaskan sebelumnya bahwa sedapat mungkin kita tidak terjebak pada termologi miskin menurut kamus, tetapi dikembalikan kepada persepsi masyarakat setempat tentang kemiskinan. Bagaimana masyarakat setempat mempersepsikan miskin dan kaya, itulah yang menjadi acuan. Konsep yang diakui oleh masyarakat memiliki posisi paling cocok. Hal ini disebabkan karena pendekatan PD harus berdiri paling kuat pada sisi pemanfaat program. Semua sudut pandang harus ditempatkan secara proporsional kepada pemiliknya yaitu dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat. Biarkan masyarakat membuat sendiri definisi tentang kemiskinan. Kita tidak pada posisi mengatakan salah atau benar, karena yang dikedepankan adalah peran serta mereka pada pengambilan

keputusan, Inilah yang menyebabkan pendekatan ini sangat unik dibanding yang lain.

Bagaimana cara yang dilakukan untuk mengetahui apa pendapat masyarakat tentang definisi miskin. Caranya adalah kita harus melakukan wawancara kepada tokoh masyarakat, kelompok masyarakat baik secara kelompok maupun individu. Biasanya dilakukan wawancara pada beberapa orang. Maksud dari beberapa orang adalah sesuai dengan jawaban jenuh. Jawaban jenuh adalah jawaban orang yang relatif sama, sehingga kita tidak perlu menambah lagi orang yang diwawancarai. Misalnya setelah kita menanyakan kepada 5 orang semua jawaban mereka sama, maka kita tidak perlu mencari orang ke -6 untuk memastikan apakah jawaban itu sudah jenuh atau tidak. Tentu saja pada konteks ini kita harus mampu mendeskripsikan hasil wawancara secara kualitatif dengan mudah dipahami. Setelah rumusan keluarga miskin dalam bentuk kriteria, dapat terjadi hanya satu kriteria atau bahkan beberapa kriteria. Kriteria ini dicatat untuk kemudian menjadi materi yang akan digunakan pada saat kita melakukan klarifikasi kepada tokoh masyarakat setempat. Maksudnya adalah setelah kita sudah menemukan sejumlah keluarga yang menurut kita adalah keluarga miskin sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh masyarakat, maka daftar keluarga ini disodorkan kepada tokoh masyarakat atau pemerintah setempat untuk meminta tanggapan mereka kecocokan kriteria kita dengan temuan. Ini penting dilakukan karena kita harus sepakat dan atas konsensus bersama pendekatan PD dibangun.

Langkah langkah persiapan penyelidikan PD adalah

1. Merekrut agen internal, sebagai pelaksana penyelidikan PD bersama tim PD
2. Membuat daftar kriteria Keluarga Miskin, dan kriteria bukan miskin atau kaya
3. Menetapkan kelompok usia target yang akan menjadi fokus utama keluarga PD
4. Melakukan survei data dasar sederhana
5. Melakukan pertemuan koordinasi dengan pemangku kepentingan setempat.
6. Mempersiapkan materi pelatihan PD
7. Mempersiapkan lokasi tempat pelatihan PD
8. Menyebarkan jadwal dan undangan pelatihan kepada seluruh kader pendamping di setiap lokasi target.

Cara melakukan rekrutmen agen internal adalah dengan menemui ketua kelompok kader dan pengelola program gizi di tingkat Puskesmas. Jika tidak ada petugas gizi maka dapat juga dilakukan dengan meminta bantuan bidan koordinator atau bidan desa yang ada dilokasi. Pengelola program kesehatan masyarakat baik dari bidan, tenaga gizi, sanitarian atau bahkan perawat komunitas, sangat penting dimintai tanggapan karena leading sektor upaya pelayanan kesehatan masyarakat adalah mereka dan mereka sudah lama menjalin kerjasama dalam berbagai kesempatan. Apa dan siapa yang direkomendasikan oleh tim kesehatan puskesmas itulah yang direkrut, agar koordinasi kegiatan dengan para pihak menjadi lebih fleksibel dan berlangsung dalam suasana kekeluargaan. Jumlah kader yang direkrut setiap satu kelompok adalah 5 orang. Mengapa 5 orang. Jawabnya adalah karena ada 5 tugas yang akan

dilakukan selama kegiatan sesi hearth. Tugas mengumpulkan peserta, menyampaikan pesan pesan PD tentang pemberian makan, menyampaikan pesan PD tentang kebersihan anak, menyampaikan pesan PD tentang bermain dengan anak dan mengkoordinir kegiatan memasak bersama.

Cara membuat daftar kriteria Keluarga Miskin adalah menuliskan namanya semua yang termasuk keluarga miskin. Keluarga miskin yang diambil adalah yang memiliki anak usia yang menjadi sasaran. Misalnya jika kita putuskan untuk memilih usia 0-24 bulan karena kelompok ini adalah kelompok yang paling banyak bermasalah, maka daftar keluarga miskin adalah mereka yang memiliki anak usia 0-24 bulan. Dari semua daftar kemudian kita bagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok miskin memiliki anak kurang gizi dan kelompok miskin memiliki anak tidak kurang gizi. Hal yang sama kita buat juga untuk keluarga kaya yang juga dibagi menjadi dua bagian yaitu kaya dengan anak kurang gizi dan kaya dengan anak tidak kurang gizi.

Cara menetapkan kelompok usia target yang akan menjadi fokus utama keluarga PD adalah melihat berapa banyak kelompok anak kurang gizi yang paling besar jumlahnya. Ini hanya dapat diketahui melalui penyelidikan atau observasi atau menggunakan data dasar di tingkat Posyandu. Salah satu yang dapat dilakukan adalah meminta petugas gizi memberikan updating data EPPGBM pada bulan terakhir. Data EPPGBM adalah basis data realtime yang memberikan daftar nama anak dengan alamat yang lengkap serta status gizinya. Data ini hanya dapat diakses oleh pengelolanya tetapi secara umum pada tingkat nasional data ini sifatnya terbuka untuk info grafisnya. Setiap pengelola EPPGBM diwajibkan untuk

melakukan intervensi pada mereka yang diketahui memiliki masalah gizi. Adanya kegiatan rutinitas yang dilakukan oleh pengelola EPPGBM di tingkat Puskesmas memberi peluang besar untuk kolaborasi dalam sistem data terintegrasi pelayanan kesehatan ibu dan anak. Jika pada data base diketahui kelompok usia anak yang paling banyak mengalami kurang gizi adalah usia 1-3 tahun maka kita harus memutuskan bahwa kelompok inilah yang menjadi target keluarga binaan. Perlu diketahui apabila kita mengelola beberapa kelompok maka diyakini bahwa tidak semua kelompok memiliki kelompok usia yang sama. Meskipun labelnya sama sama PD namun konteks dan mekanismenya selalu khas setiap kelompok.

Cara melakukan survei data dasar sederhana, dengan mempersiapkan sejumlah pertanyaan pemicu. Ini apabila kita memilih menggunakan pendekatan deskriptif. Maksudnya adalah bahwa kita hanya mempelajari dari sejumlah jawaban yang jenuh oleh ibu pengasuh. Bila dirasakan sulit dapat menggunakan rekaman percakapan antara pewawancara dengan ibu pengasuh. Pokok pertanyaannya adalah feeding practice, caring practice, hygiene practices dan health seeking behaviour. Keempat komponen ini merupakan komponen paling populer dalam praktek pengasuhan anak. Siapkan sumber informannya adalah keluarga miskin dan keluarga kaya dengan jumlah sebanding. Biasanya secara sederhana dipilih empat keluarga. Mewakili miskin gizi baik, miskin gizi kurang, kaya gizi kurang dan kaya gizi baik. Jadi jumlahnya seluruh 4 keluarga. Ini harus dipersiapkan sebelumnya sebelum tim wawancara mendatangi yang bersangkutan.

Cara mempersiapkan lokasi tempat pelatihan PD adalah dengan memilih tempat yang paling dekat dengan semua lokasi ibu binaan. Lebih

dekat ke rumah lebih baik, bahkan pada beberapa kasus dilakukan bergantian di rumah sasaran apabila memungkinkan. Perhatikan kelengkapan sarana seperti tempat duduk, tempat memasang flipchart dan ruangan yang cukup untuk menampung sebanyak 8 orang. Perlu membuat suasana bahwa mereka sedang berada dilingkungan keluarga sehingga jarak sosial dengan mereka sangat dekat.

Cara mempersiapkan jadwal dan undangan pelatihan adalah dengan menyampaikan secara lisan maupun secara tertulis. Di Utamakan menggunakan cara lisan, karena kondisi ini adalah kondisi yang biasa dilakukan apabila ada pertemuan dengan kelompok kekerabatan. Mengapa demikian? Pendekatan PD sedapat mungkin menghindari kesan formal agar semua kelompok sasaran tidak dibawah pada kondisi program pemerintah. Program ini adalah program mereka sehingga tata caranya selalu berkesesuaian dengan cara mereka berinteraksi. Contoh kearifan lokal yang dapat ditiru adalah hajatan keluarga biasanya tidak dalam bentuk tertulis. Meskipun demikian ini tetap memperhatikan konektifitas dengan pola dan tata nilai yang dianut di masyarakat setempat. Sesuaikan dengan kepatutan dan kelayakan dalam sudut pandang mereka.

LANGKAH 4

MELAKUKAN PENYELIDIKAN PD

Pada tahapan ini ada empat kegiatan paling penting dilakukan yaitu:

1. merencanakan semua kebutuhan observasi PD,
2. melakukan kunjungan rumah (home visiting),
3. merangkum berbagai temuan dan
4. mendistribusikan rekomendasi temuan PD.

Khusus untuk bagian persiapan sudah dibahas secara detail pada langkah 3. Prinsip dasar observasi perilaku PD adalah jantung dari pendekatan ini. Pendekatan ini tidak membawa banyak teori pemberian makan dari luar tetapi membangun konsep dari dalam berdasarkan bukti bukti yang ditemukan pada keluarga atau pengasuh dengan status penyimpang positif. Kasus penyimpang positif memiliki ciri utama yaitu:

1. Status gizi baik
2. Berasal dari keluarga miskin
3. Bukan anak tunggal dan bukan anak bungsu
4. Bukan anak yang diadopsi
5. Bukan anak kembar yang memiliki saudara kembar kurang gizi

Jika seorang anak dilahirkan dari keluarga miskin tetapi memiliki status gizi yang baik, maka ini disebut penyimpang positif status gizi jika 3 syarat lainnya dipenuhi. Anak tunggal, anak bungsu dan anak pertama dapat memiliki status gizi baik, tetapi itu disebabkan oleh faktor di luar keadaan normal pada umumnya. Misalnya anak pertama atau anak bungsu dimana perhatian dan kasih sayang orang tuanya atau keluarga

dekatnya sangat besar sehingga potensi ibu sebagai pengasuh tidak banyak dibuktikan sebagai efek yang sistematis pada status gizi anaknya. Penyimpang positif memandang potensi sumberdaya keluarga adalah faktor utama yang dapat digunakan untuk memaksimalkan capaian status gizi anak. Jika ini diyakini tidak ditemukan pada kasus yang diamati, maka diputuskan itu bukanlah kasus penyimpang positif. Apa salahnya kalau yang terjadi sebaliknya? Misalnya kita berani menetapkan bahwa anak tunggal dapat dipandang sebagai kasus PD jika ia dari keluarga miskin. Jawabnya adalah karena status anak tunggalnya tidak dapat dimodifikasi kepada keluarga lain. Itulah sebabnya semua faktor yang tidak dapat di replikasi pada komunitas luas maka tidak dapat diyakini sebagai kasus PD. Pendekatan ini bukan hanya menemukan apa kunci yang menyebabkan PD, tetapi setiap kunci sukses harus dapat ditransfer kepada orang lain, untuk dapat mengikuti suksesnya.

Status gizi pada kriteria PD hanya karena PD yang dibahas pada modul ini adalah status gizi maka ini menjadi fokus. Akan tetapi jika sudut pandang PD yang kita bahas adalah dalam dimensi lain seperti PD pada konsumsi tablet tambah darah maka PD nya adalah ibu hamil yang teratur konsumsi TTD meskipun ia memiliki akses yang terbatas pada suplayer TTD. Jadi PD menyangkut dimensi yang sangat luas, tidak hanya status gizi tetapi juga dimensi lain.

Pembahasan selanjutnya adalah tentang kategori perilaku yang akan diobservasi selama penyelidikan PD ini dilakukan. Kategori perilaku yang akan diamati adalah perilaku yang dapat diadopsi atau diulangi pada keluarga lain. Kategori ini disesuaikan dengan kategori pada standar

pemberian makan anak yang sudah diakui oleh WHO dan Unicef. Kategori perilaku yang diamati adalah:

1. Feeding practices
2. Caring practice
3. Hygiene practices
4. Health seeking behavior

Feeding practice adalah praktek pemberian makan dan juga penggunaan jenis bahan makanan lokal yang digunakan ibu pengasuh untuk memberi makan anaknya. Kapan, dimana dan bagaimana anak diberi makan adalah fokus yang diamati. Penggunaan bahan lokal lebih di eksplorasi karena pada penduduk miskin tidak mungkin bertumpu pada makanan impor atau makanan dari luar yang harus dibeli sekalipun dengan harga murah. Harga makanan sebarangapun tetap menjadi constraint bagi penduduk miskin. Pada konteks ini makanan bagi penduduk miskin pada umumnya makanan yang dapat diakses dengan mudah tanpa mengeluarkan banyak uang dan waktu. Makanan yang diobservasi berdasarkan kelompoknya makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah buahan. Ini bukan untuk mengukur keragamannya tetapi hanya untuk memudahkan pengamatan kita menetapkan titik penting observasi. Perlu diketahui jika pada tahapan observasi praktek pemberian makan kita tidak menemukan apapun yang berbeda dengan kelompok lain, maka kita harus masuk kepada kategori kedua yaitu praktek perawatan anak.

Caring practices adalah praktek pengasuhan anak, fokusnya adalah pada upaya ibu untuk memberikan stimulasi tumbuh kembang anak, lebih

fokus kepada stimulasi tumbuh kembang melalui aktivitas bermain yang aman edukatif dan aman bagi anak menurut kelompok usianya.

Hygiene practices adalah seluruh upaya ibu pengasuh dalam urusan kebersihan anak. Kebersihan lingkungan dan kebersihan personal termasuk kebersihan makanan dan minuman.

Health seeking behavior adalah tindakan ibu untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan saat ia mengetahui bahwa anaknya sakit atau tidak dalam kondisi prima. Akses dan pilihan bentuk pengobatan sebagai coping mechanism adalah sebuah kompetensi pengasuhan yang diketahui ibu.

Langkah langkah melakukan penyelidikan PD

1. Persiapan alat dan bahan PD
2. Material penyelidikan PD
3. Kunjungan rumah PD
4. Ringkasan temuan PD
5. Diseminasi temuan PD

Alat dan bahan adalah hal yang krusial pada hampir semua kegiatan, termasuk kegiatan penyelidikan PD. Bahan bahan yang digunakan adalah kertas flipchart, penjepit kertas dan daftar ringkasan temuan, daftar status gizi anak setiap keluarga, pedoman observasi tersusun rapi dan dibuat laporan temuan setiap rumah yang dikunjungi. Tentu cara peserta melaporkannya adalah sesuai dengan metode yang sederhana. Biasanya setiap kader memiliki data berat badan dan tinggi badan anak di wilayah kerja Posyandunya. Jika kader tidak memiliki data itu, biasanya hanya data bulan terakhir karena ketidakhadiran ibu dan anak pada kegiatan penimbangan balita. Cara lain adalah dengan

meminta data terakhir pada real time data EPPGBM. Data jenis ini akan tersedia di tingkat Puskesmas, sehingga pengelola PD sebaiknya bekerjasama dengan admin EPPGBM di tingkat Puskesmas. Sumber data ini tersedia data demografi anak nama dan alamatnya lengkap termasuk akses telepon seluler. Jika memang data bulan terakhir masih tidak ditemukan maka sebaiknya kader dan semua anggota tim melakukan survei sederhana untuk melakukan pengukuran antropometri tinggi dan berat badan anak. Tentu setelah semua alat antropometri sudah tersedia dan masih layak pakai. Hasil pengukuran antropometri pada beberapa keluarga miskin dan keluarga kaya menjadi dasar untuk membagi keluarga berdasarkan status gizi anak dan status ekonomi.

Ada dua hal paling mendasar dalam persiapan penyelidikan ini adalah pertama nama keluarga yang akan diobservasi dan distribusi status ekonomi mereka berdasarkan kriteria miskin yang sudah dibahas pada langkah 3 sebelumnya. Jika sudah ada nama keluarga miskin dan nama keluarga kaya yang memiliki anak sesuai usia sasaran yang disepakati, maka selanjutnya kita menuliskan status gizinya. Usahakan status gizi hasil pengamatan kita bagi dua saja status gizi baik dan status gizi kurang. Tentu ini disesuaikan dengan kriteria yang disepakati. Kriteria yang disepakati biasanya pada kriteria berat badan yaitu indeks berat badan menurut umur. Alasannya adalah bahwa kriteria ini sangat sensitif dan mudah berubah dalam waktu 1 bulan pada semua kelompok usia. Jika kita harus menggunakan indeks lain misalnya tinggi badan menurut umur, maka itu diperbolehkan karena sesuatu dan lain hal dimana indeks itu menjadi syarat dan pihak pemangku kepentingan. Akan tetapi indeks berat badan menurut umur harus tetap dikoleksi sebagai sebuah indikator

antara atau dalam riset ilmiah disebut luaran sekunder (secondary outcome). Perlu diketahui bahwa pada setiap intervensi gizi apapun selalu harus dibedakan dua jenis luaran yaitu luaran primer dan luaran sekunder. Luaran primer adalah luaran menjadi target akhir sebuah intervensi sedangkan luaran sekunder adalah luaran yang pasti akan muncul lebih awal sebelum luaran primer muncul. Jadi ini agak berbeda dengan istilah primer dan sekunder pada situasi dan kondisi lain.

Kita kembali kepada persiapan penyelidikan PD, saat kita sudah siap dengan alat dan bahan maka langkah selanjutnya adalah melakukan kunjungan rumah dan mulai melakukan observasi. Perhatikan tabel berikut ini.

Tabel 2. Obserhasi PD

Keluarga	Nama Anak	Berat (kg)	Status Gizi	Status Ekonomi	Usia Anak
PD			Gizi Baik	Miskin	
PD			Gizi Baik	Miskin	
Non PD			Gizi Kurang	Miskin	
Non PD			Gizi Kurang	Miskin	
ND			Gizi Kurang	Kaya	
ND			Gizi Kurang	Kaya	
Non PD			Gizi Baik	Kaya	
Non PD			Gizi Baik	Kaya	

PD = Keluarga Penyimpang Positive Deviance, ND = Keluarga Negative Deviance, Non PD = keluarga miskin & anak kurang gizi dan atau keluarga kaya gizi baik

Status gizi dibedakan menjadi status gizi baik dan status gizi kurang sedangkan status ekonomi hanya dibagi menjadi miskin dan kaya. Perlu ditegaskan kembali bahwa kaya dan miskin adalah berdasarkan kriteria

yang telah disepakati secara lokal. Agar kerja tim teratur dan sederhana dipahami maka kita dalam setiap tim harus berbagi tugas agar tidak ada informasi yang hilang dan penting. Ada tiga jenis aktivitas yang dikerjakan oleh orang yang berbeda yaitu pewawancara, pencatat dan pengamat. Pewawancara melakukan dialog dengan ibu pengasuh yang khusus terkait dengan informasi pemberian makan, perawatan anak, kebersihan anak, dan pengobatan anak jika sakit.

Diperjelas bahwa tidak semua informasi harus ditanyakan karena ada informasi yang hanya butuh diamati misalnya kebersihan anak dapat langsung diamati pada kebersihan badan dan pakaian. Titik kritisnya adalah pertanyaan bagaimana ibu melakukannya dalam suasana keterbatasan ekonomi. Misalnya bagaimana ia membersihkan pakaian anak saat ia harus bekerja berat sebagai petani, sebagai pekerja buruh, sebagai pekerja kasar lainnya. Bagaimana ia sempat memperhatikan anaknya disaat mereka pasti dalam tekanan ekonomi yang luar biasa. Cara cerdas ibu dalam mengelola sumberdaya yang terbatas dimiliki tetapi menghasilkan anak yang kurang gizi. Cara ibu memberi makan anak saat ia sendiri belum tentu makan hari ini.

Pembagian tugas ditulis dalam tabel sederhana berikut ini

Tabel 3. Pembagian Tugas TIM PD

Tim	Pewawancara	Pencatat	Pengamat	Tipe Keluarga
1	Kader PD	Pengelola PD (Pengelola)	Penyelia/ Pelatih	1 PD + 1 Non PD
2	Kader PD	Tim Kesehatan (Puskesmas)	Bidan	1 PD + 1 Non PD
3	Kader PD	Tim Pemdes (Pemerintah Desa)	Bidan	1 PD + 1 ND

Tim	Pewawancara	Pencatat	Pengamat	Tipe Keluarga
4	Kader PD	Tim Tomas (tokoh masyarakat)	Penyelia/ Pelatih	1 PD + 1 ND
Jumlah yang diwawancarai adalah 4 ibu pengasuh setiap tim dan setiap 1 tipe keluarga 2 orang ibu pengasuh.				

Perlu diperhatikan bahwa penyelidikan atau observasi pada pelaksanaan PD sebaiknya dilakukan secara tim, agar supaya semua tim yang menjadi bagian dari kegiatan ini memahami setiap langkah. Pendekatan ini adalah pendekatan kolaborasi semua pihak, bukan pendekatan yang dilakukan orang per orang atau kelompok berkelompok dalam gugus kesehatan dan non kesehatan. Pelibatan pihak pemerintah desa sangat dibutuhkan karena penanggungjawab lokal pada upaya perbaikan gizi adalah juga pemerintah desa. Seringkali kita memahami bahwa istilah konvergensi adalah harus terjadi di level pemerintah paling kecil yaitu pemerintah desa dan jajarannya, maka pada pendekatan PD inilah salah satunya dapat diwujudkan.

Selanjutnya setelah semua tim sudah melakukan observasi atau penyelidikan, maka kita berkumpul pada tempat yang telah kita tetakan untuk berdiskusi dengan seluruh anggota tim untuk mendiskusikan apa yang telah menjadi temuan bersama. Berikut disajikan contoh flipchart yang merangkum semua temuan dalam bentuk yang sederhana.

Selanjutnya kita buat tabel ringkasan temuan penyelidikan PD yang dihimpun dari semua hasil pengamatan kelompok. Tabelnya sebagai berikut:

Tabel 4. Ringkasan Temuan Penyelidikan PD

Rumah Tangga	Makanan yang unik	Pengasuhan yang unik	Kebersihan yang unik	Pengobatan yang unik

Isi semua kolom sesuai dengan hasil temuan, kemudian pilah mana temuan yang dapat ditransfer pada saat pelatihan dan mana yang tidak, karena tidak semua temuan dapat dijadikan acuan untuk materi pelatihan. Syarat temuan dapat dijadikan materi pelatihan sesi hearth adalah apabila ia mudah dijalankan tanpa membebani terlalu berat peserta lain.

Setelah semua kolom diatas telah diisi maka, selanjutnya dilakukan diskusi antara kelompok dengan tujuan untuk membahas beberapa pertanyaan kunci:

1. Bagaimana anda yakin bahwa keluarga yang anda amati adalah keluarga PD, non PD dan ND
2. Bagaimana jika selama penyelidikan PD tidak ditemukan kasus PD?
3. Bagaimana keunikan dalam pemberian makan?
4. Bagaimana keunikan dalam pengasuhan?
5. Bagaimana keunikan dalam kebersihan?
6. Bagaimana keunikan dalam pengobatan?

LANGKAH V

MERANCANG KEGIATAN SESI HEARTH

Kegiatan ini terdiri dari beberapa kegiatan yaitu:

1. Jadwal kegiatan
2. Susunan Menu
3. Pesan sesi hearth
4. Tempat
5. Protokol Kesehatan
6. Rencana Tahunan

Jadwal kegiatan adalah waktu yang disepakati bersama antara seluruh peserta sesi hearth. Jumlah satu kelompok antara 6-10 orang. Tidak boleh terlalu banyak dan tidak boleh terlalu sedikit karena tidak akan efektif. Peserta ibu dan anaknya sebagaimana dikemukakan di bagian awal idealnya mereka bertetangga dekat untuk memudahkan mobilisasi pada saat sesi masak dan makan bersama. Sesi hearth maksudnya adalah sesi masak dan makan bersama anak. Jadwal kegiatan dibagi menjadi tiga

1. Dua belas hari pertama
2. Dua belas hari kedua
3. Dua belas hari ketiga

Dua belas hari pertama semua peserta disatukan memasak dan makan bersama sambil dikonseling satu persatu sesuai dengan masalahnya. Lama setiap kumpul bersama paling lama 3 jam, tidak boleh terlalu lama karena akan menyita waktu kerja peserta. Biasanya ini tergantung pada lama tidaknya pengolahan makanan yang akan

dikonsumsi bersama. Kelompok sepakat untuk bertemu pada kapan saja dapat dilakukan menjelang makan siang atau bahkan sore hari, yang penting ini disesuaikan dengan waktu makan anak.

Dua belas hari kedua adalah setiap peserta tidak lagi berkumpul di tempat yang semula disepakati, akan tetapi masing masing di rumahnya hanya saja tenaga pendamping melakukan kunjungan rumah untuk memastikan bahwa setiap anak masih tetap diasuh sebagaimana yang telah dipraktekkan 12 hari pertama. Jika ditemukan ibu tidak lagi memberikan makan anak secara teratur maka segera didekati dan di beri dukungan apa kendalanya. Jika kendalanya adalah akses makanan maka sebaiknya diberikan jalan keluar dengan paket kerja padat karya dari pemerintah setempat. Jika pemerintah setempat tidak memiliki paket teknik padat karya maka inilah yang menjadi tanggung jawab dari setai manager program gizi. Makanya pada banyak negara asia dan afrika paket program gizi selalu berbarengan dengan paket pemberdayaan sehingga agak sulit jika pemangku kepentingan tidak dilibatkan. Setiap sasaran hanya diobservasi sebanyak 4 hari dalam 12 hari yang disediakan.

Dua belas hari ketiga adalah hanya ada satu kegiatan yaitu penentuan kelulusan peserta. Kelulusan peserta didasarkan pada kenaikan berat badan atau capaian yang telah diraih selama intervensi berlangsung. Biasanya memang paling gampang digunakan adalah indikator berat badan. Ini sesuai dengan pesan kunci anak sehat bertambah umur bertambah berat badan. Jika anak naik berat badannya maka disebut lulus dan jika tidak maka disebut sebagai peserta ulang sesi

hearth. Jadwal kegiatan sebaiknya ditulis diatas flipchart lalu ditempel pada pusat kegiatan.

Susunan Menu

Susunan menu sedapat mungkin murah meriah tetapi padat gizi. Susunan menu selalu memberikan penekanan pada peniruan menu makanan yang disajikan pada pelaku PD yang telah ditemukan sebelumnya. Menu haruslah merupakan paket makanan lengkap karena biasanya kelompok ibu akan selalu mempersepsikan bahwa kegiatan makan bersama ini adalah makanan pokok. Pengalaman di Indonesia tahun 1990 an dimana makanan tambahan anak sekolah dianggap sebagai makanan utama sehingga anak tidak lagi diberi makan saat pulang sekolah. Ini hanya contoh kasus saja, karena perlu untuk memberikan pemahaman kepada setiap peserta sesi hearth. Jika kita berbicara tentang makanan makanan untuk ukuran Indonesia makanan kita selalu diarahkan kepada makanan pokok lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah. Meskipun temuan saat penyelidikan PD tidak selengkap yang kita rencanakan, namun penting disosialisasikan pola makan ideal kepada seluruh sasaran dan juga menekankan pada adopsi cara pemberian makan keluarga PD. Biasanya akan ada kesulitan pada sisi penerimaan karena setiap anak akan berbeda dalam selera. Ini dapat diatasi dengan tekad ibu pengasuh yang kuat untuk membujuk anak saat sesi pemberian makan anak.

Pesan sesi hearth

Pesan saat sesi hearth ketentuannya adalah hanya 1 pesan satu hari dan selama 12 hari ada 12 pesan. Pesan dapat disampaikan secara formal melalui sesi edukasi dapat juga disampaikan saat ibu sedang memasak dan mengolah makanan bersama. Ini fleksible saja sesuai dengan level pendidikan dan karakter sasaran. Ditentukan juga siapa yang diberi tugas untuk memberikan pesan setiap hari.

Tempat

Tempat pelaksanaan disesuaikan dengan kesepakatan. Posyandu, dan rumah salah seorang anggota sasaran adalah yang direkomendasikan. Posyandu yang dapat digunakan adalah posyandu yang memiliki peralatan masak dan MCK yang cukup. Atas alasan inilah maka paling banyak sesi hearth dilakukan di rumah salah seorang anggota sesi hearth atau dirumah ketua kelompok kader.

Protokol Kesehatan

Protokol kesehatan adalah cara yang dilakukan agar semua peserta mematuhi aturan aturan dalam pelayanan kesehatan. Protokol kesehatan saat PD ini dijalankan khususnya di masa COVID-19 maka cuci tangan, jaga jarak dan memakai masker selalu dipatuhi. Perlu diketahui bahwa PD ini awalnya didesain dalam kondisi normal, tidak ada pembatasan sosial, namun karena masa kini dengan pandemi COVID-19 maka protokol kesehatan harus diadopsi dan karenanya ada modifikasi dalam sebagian pelaksanaan PD. Ini akan lebih detail dibahas pada langkah 6.

Rencana Tahunan

Rencana tahunan adalah rencana pembinaan kelompok PD selama 12 bulan. Ini penting karena setiap upaya perbaikan gizi haruslah berkelanjutan agar efeknya menjadi nyata pada penurunan kasus gizi kurang. Pengalaman Vietnam dalam melakukan kegiatan ini adalah kemampuan mereka untuk memperluas kegiatan ini sebagai basis kegiatan intervensi skala besar. Rencana tahunan ini disusun oleh pelaksana program di tingkat Puskesmas, Dinas Kesehatan, Lembaga perguruan tinggi dan pemerintah provinsi.

LANGKAH VI

MELAKSANAKAN KEGIATAN SESI HEARTH

Sesi Heart dalam Kondisi Normal

Kegiatan pada sesi ini adalah

1. Mengumpulkan bahan makanan sumbangan sukarela
2. Memasak makanan anak
3. Memberi makan anak
4. Menyampaikan pesan pesan sesi hearth
5. Mencatat kehadiran sesi hearth
6. Menimbang berat badan anak hari pertama

Pada setiap kelompok, disiapkan dana cadangan untuk pengadaan bahan bakar minimal 100.000 per kelompok. Ini juga dapat digunakan untuk membeli bahan bahan berupa bumbu. Sedangkan bahan makanan seperti beras, lauk pauk dan sayuran masing masing peserta membawa sendiri dalam bentuk mentah. Bahan inilah yang dimasak bersama. Jika suasananya adalah perdesaan makan diharapkan peserta membawa bahan masing masing dari hasil ladang. Jika memungkinkan kelompok ini juga memiliki taman gizi di setiap rumah atau pada beberapa rumah anggota saja. Cara memastikan bahwa setiap kelompok membawa bahan masing masing adalah sebelum dimulainya sesi ini, memang dilakukan pertemuan khusus untuk membawa bahan makanan ini. Jika ada yang tidak bersedia karena tidak ada bahan makanan di rumahnya maka ini perlu mendapat perhatian karena mengumpulkan bahan makanan setiap hari tidaklah banyak. Cukup untuk makan 6-10 orang anak. Kita perlu meyakinkan bahwa kegiatan ini adalah usaha mereka sendiri dan bukan

bantuan dari pihak luar. Agar tercipta rasa tanggung jawab pada setiap peserta bahwa mereka harus melakukan sesuatu untuk anaknya sendiri bukan untuk akan orang lain. Kemampuan seorang penggerak di masyarakat sangat dibutuhkan. Bukan masalah tidak atau dapat memberikan bantuan tetapi memang tujuan program ini adalah kemandirian keluarga bukan ketergantungan keluarga. Biasanya untuk beras cukup disediakan satu kilo setiap orang selama sesi hearth adalah sudah cukup untuk kebutuhan 12 hari selanjutnya pada hari hari berikutnya tidak perlu lagi membawa bahan makanan kecuali lauk pauk.

Memasak makanan untuk memberi makan anak adalah kegiatan inti dari sesi ini. Memasak makanan dari menu yang sudah dipersiapkan sebelumnya pada langkah 5. Menu dibuat siklus selama 12 hari agar tidak membosankan anak, atau dapat disesuaikan dengan kemampuan [ara pengasuh menyediakan bahan makanan pada hari itu. Memasak harus dilakukan oleh para pengasuh sendiri bukan oleh tukang masak yang sengaja didatangkan. Meskipun cara ini dapat dilakukan namun tidak dianjurkan dengan alasan peningkatan kemampuan ibu mengolah makanan anaknya secara sederhana adalah menjadi kompetensi pokok pengasuhan anak.

Memberi makan anak ditempat yang sama sesi ini dilakukan adalah penting, bukan masing masing makanan dibawah pulang lalu dimakan di rumah. Kebersamaan anak saat makan memberikan suasana yang positif bagi anak untuk makan secara lahap. Kebiasaan anak pada dasarnya adalah meniru dan bermain. Jika ada anak yang tidak ada nafsu makan biasanya setelah melihat temannya makan maka ia akan mencobanya juga. Ini adalah salah satu cara yang dieksploasi oleh para pengasuh di

pusat kegiatan. Para pembina seperti kader dan pengelola PD juga dapat langsung mengamati apa yang sebenarnya terjadi pada anak jika diberi makan secara bersama-sama. Dibuatkan catatan cara makan anak, bagaimana ia berinteraksi dengan ibunya dan bagaimana ia menerima makanan, berapa banyak yang ia makan. Ini menjadi catatan sangat penting untuk memprediksi hasil akhir dari kegiatan ini. Jika ada masalah maka dapat segera dilakukan konseling pemberian makan anak.

Menyampaikan pesan sesi *hearth* dilakukan oleh ibu kader atau pendamping PD yang telah ditugaskan sebelumnya. Cara yang dilakukan adalah model cerama atau model tanya jawab dengan peserta sesuai dengan cara yang diyakini mampu diterima dan mampu dilakukan oleh petugas yang diberi amanah. Setiap hari hanya ada satu pesan ini yang disampaikan. Selanjutnya sesi tanya jawab dapat dilakukan jika ada peserta yang bertanya. Biasanya kelompok ibu di desa tidak aktif berdiskusi kecuali mereka hanya diberi contoh sederhana dalam bentuk peragaan.

Pada bagian akhir sebelum peserta bubar maka, dicatat semua balita yang hadir. Pada hari pertama sesi *heath* ini dilakukan penimbangan berat badan anak. Hasil timbangan dan kehadirannya dicatat dalam buku harian PD.

Lama pelaksanaan hari makan anak adalah 12 hari secara berturut-turut bukan secara bergantian, karena akan tidak efektif dan terkesan lama baru selesai. Jika semua peserta dapat hadir setiap hari maka ini adalah salah satu yang harus diapresiasi oleh pengelola. Sebaliknya jika ada peserta yang tidak hadir maka segera disusul apa halangan dan kendalanya. Didekati secara kekeluargaan.

Sesi Hearth dalam Kondisi Normal Baru

Perbedaan mendasar pelaksanaan PD dalam keadaan normal diluar kondisi pandemic COVID-19, berbeda dengan dimasa pandemi. Pelaksanaan PD dimasa pandemic tidak dilakukan kumpul bersama selama 12 hari pertama akan tetapi dilakukan dalam bentuk

1. Demo Masak Sesi Hearth
2. Sesi Hearth Rumah Tangga

Demo masak dilakukan disatu tempat dengan mengundang 5-10 orang ibu, untuk memperhatikan demo masak yang diperagakan oleh satu orang ibu dan satu orang kader bersama dengan tenaga pendamping. Ibu yang terdaftar sebagai peserta dating dengan protocol kesehatan. Pakai Masker, Cuci Tangan dan Jaga Jarak.

Pada awal kegiatan gugus tugas COVID-19 memberikan panduan sederhana tentang protocol kesehatan, Selanjutnya tim PD menjelaskan dan memperkenalkan seluruh menu sesi hearth yang akan diolah oleh masing masing ibu selama di rumah masing masing.

Selama 12 hari pertama seluruh kader bergantian mengunjungi setiap hari rumah peserta untuk memastikan bahwa menu yang perkenalkan di hari pertama dapat disediakan sendiri oleh ibu di rumahnya. Jika ibu tidak mampu menyediakannya maka dapat diganti dengan menu lain asalkan memenuhi unsur lauk hewani, nabati, sayur dan buah.

Dibuat catatan yang lengkap seluruh anak yang dibina selama 12 hari. Beberapa praktek pemberian makan, pengasuhan dan kebersihan diamati dan dilakukan diskusi dengan ibu jika ada masalah yang ditemui selama sesi hearth pertama ini. Tenaga pendamping mencatat beberapa hal penting dari perilaku ibu selama didampingi.

Selain focus kepada ibu sekaligus memperhatikan seluruh potensi sumberdaya keluarga yang digunakan untuk memastikan bahwa anaknya mendapatkan hak nya untuk diasuh dan diberi makan, sekalipun hanya dalam bentuk yang sangat sederhana.

Berikut contoh terbaik yang dilakukan di Makassar selama pelaksanaan kegiatan pendampingan:

Kelompok IV
Pelaksanaan sesi positive deviance
Pengabdian masyarakat
Kota makassar
(Kelurahan bontoduri iv, rt 05, rw 07)

1. Nama Anak : Gabriella Raswan
Jenis Kelamin : Perempuan
Tanggal Lahir : 11 Februari 2019
Nama Ayah : Febrianus Farno / Buruh Harian
Nama Ibu : Ocha / IRT
Kondisi Rumah : Tinggal Bersama Ayah dan 1 anak (Kamar kos 3x2), Sanitation Kurang Bersih. Biasanya Ayah merokok di dalam kosan

Gabriella Raswan adalah anak ke dua dari dua bersaudara, saat lahir anak diberikan susu formula (SGM), sampai ibu sudah kuat menyusui sekitar 1 minggu dan dilanjutkan dengan ASI sampai umur 6 bulan. Anak pertamakali diperkenalkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI Pabrikan (BUBUR SUN), Kemudian pelan pelan diperkenalkan juga makanan lokal seperti bubur saring dicampur sayur-sayuran dan biskuit balita dari puskesmas. Setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga. Sampai sekarang masih rutin mengkonsumsi susu formula. Kebiasaan makan anak sedikit tapi sering, makanan yang sering diberikan seperti ikan dan sayur. Pemberian makan kepada anak dilakukan oleh ibu dengan cara di suap, namun juga biasanya makan sendiri, Anak lebih sering berinteraksi bersama teman/keluarga samping kosan

Pengobatan. kondisi anak 6 bulan terakhir tidak pernah mengalami diare dan ISPA, namun 9 bulan yang lalu Gabriella masuk RS Khadijah karena bisul dibagian betis. Jika anak sakit

maka orang tua akan membawa anak berobat ke puskesmas atau Rumah sakit. Kebersihan. Kuku anak dipotong 2x seminggu atau saat ibu merasa bahwa kuku telah panjang. Anak Mandi 2 kali sehari pagi hari dan sore hari setelah bermain, Imunisasi anak sudah lengkap dan telah diberikan Vitamin A diposyandu.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal	Makanan yang diberikan	Pemberian
Sabtu 8/08/2020	Pagi	Nasi putih Ikan goreng Sayur daun ubi	Makan sendiri
Minggu 9/08/2020	Pagi	Nasi putih Tempe goreng Sayur daun ubi	Disuap
Selasa 11/08/2020	Pagi	Nasi putih Sayur daun kelor+labusiam+kacang hijau	Disuap
Rabu 12/08/2020	Siang	Nasi putih Sayur bening Ikan goreng tongkol	Disuap
Kamis 13/08/2020	Pagi	Bubur ayam Telur rebus	makan sendiri
Jum'at 14/08/2020	Sore	Bubur labu	Disuap
Sabtu 15/08/2020	Siang	Nasi putih Sayur bening Ikan masak	Disuap
Senin 17/08/2020	Siang	Bubur ayam Telur rebus Tempe	Makan sendiri
Kamis 20/08/2020	Pagi	Nasi putih Sayur kacang merah Ikan goreng	Disuap
Senin 24/08/2020	Pagi	Bubur ayam Telur rebus Tempe	Disuap

2. Nama Anak : Asraf Arta Nabil
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Tanggal Lahir : 05 November 2018
Nama Ayah : Syamsul Dg Nassa / Pegawai BRI Syariah
Nama Ibu : Salmawati / IRT
Kondisi Rumah : Tinggal bersama orang tua, rumah berlantai 2, rumah batu dan kayu (Rumah sendiri). Sanitation bersih.

Nabil adalah Anak ke 2 dari 2 bersaudara, saat lahir anak diberikan susu formula (SGM), sampai ibu sudah kuat menyusui sekitar 3 hari dan dilanjutkan dengan ASI sampai umur 6 bulan. Anak pertamakali dikeralkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI Pabrikan (BUBUR SUN), Kemudian pelan pelan dikenalkan juga makanan lokal seperti bubur saring dicampur sayur-sayurann dan biskuit balita. Setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga dan makanan lumat.

Dipagi hari biasanya ibu memberikan biskuit MP-ASI dari puskesmas, sampai saat ini masih rutin meminum susu formula, Kebiasaan makan anak 2-3x sehari, makanan yang sering diberikan seperti ikan, telur dan sayur dengan teksur makanan keluarga atau bubur. Pemberian makan kepada anak dilakukan oleh ibu dengan cara di suap dan sebelum makan mencuci tangan. Anak lebih sering Bersama ibu, tetapi jika anak memegang HP ibu hanya melihat lihat.

Kebersihan, Kuku anak dipotong 2x seminggu atau saat ibu merasa bahwa kuku telah Panjang, Anak Mandi 2x sehari pagi hari

dan sore hari. Imunisasi anak belum lengkap dikarenakan, orang tua anak takut jika anaknya sakit di imunisasi, ibu merasa trauma karena ada anak tetangga yang meninggal dicurigai setelah imunisasi (kejadian sudah lama). Pemberian Vitamin A sudah diberikan diposyandu. Pengobatan adalah kondisi anak 6 bulan terakhir tidak pernah mengalami diare dan Ispa, namun 19 hari yang lalu Nabil mengalami batuk-batuk dan hanya di rawat dirumah dan diberikan obat batuk.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal	Makanan yang diberikan	Pemberian
Sabtu 08/08/2020	Pagi	Nasi Putih, Sayur Kacang Hijau+Daun Kelor Tulur Dadar	Disuap
Minggu 09/08/2020	Pagi	Nasi Kuning, Telur Rebus Mie Goreng	Disuap
Selasa 11/08/2020	Pagi	Nasi Goreng, Telur	Makan Sendiri
Rabu 12/08/2020	Siang	Nasi Putih Sayur Bening Ikan Masak	Disuap
Kamis 13/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
Sabtu 15/08/2020	Malam	Nasi Putih, Telur Goreng Sayur Bening	Makan Sendiri
Senin 17/08/2020	Siang	Bubur Ayam, Telur Rebus	Disuap
Selasa 18/08/2020	Siang	Nasi Putih, Mie Goreng Telur Dadar	Disuap
Rabu 19/08/2020	Pagi	Bakso Tanpa kuah	Makan sendiri
Sabtu 22/08/2020	Siang	Nasi Putih Sayur Kacang Ijo (Labu Kuning+Daun Kelor)	Disuap
Senin 24/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	

3. Nama Anak : Riyal
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Tanggal Lahir : 14 Januari 2019
Nama Ayah : Haspati / Buruh Harian
Nama Ibu : Andi Risnawati / IRT

Kondisi Rumah : Tinggal di rumah kakak, rumah berlantai 1, rumah batu. Sanitation, Bersih. Ayah kadang kadang merokok di dalam rumah

Riyal adalah anak ke 1 dari 1 bersaudara, saat lahir anak diberikan susu formula (SGM) sampai saat ini, dikarenakan ASI tidak keluar. Anak pertamakali dikeralkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI Pabrikan (BUBUR SUN), Kemudian pelan pelan dikenalkan juga makanan lokal seperti bubur saring dicampur sayur-sayuran, ikan dan biskuit balita. Setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga dan makanan lunak.

Dipagi hari biasanya ibu memberikan biskuit MP-ASI atau bubur yang dicampur sayur sayuran dan ikan, Kebiasaan makan anak 2-3x sehari, makanan yang sering diberikan seperti ikan, telur dan sayur, anak menyukai buah. Pemberian makan kepada anak dilakukan oleh ibu dengan cara di suap, dan sebelum makan mencuci tangan.

Kebersihan. Kuku anak dipotong 1x seminggu atau saat ibu merasa bahwa kuku telah Panjang, Anak Mandi 2-3x sehari pagi hari, siang dan sore hari. dan di lakukan oleh ibu. Riyal lebih sering berinteraksi bersama kakak dibanding dengan ibu. Imunisasi anak sudah lengkap. Pemberian Vitamin A sudah diberikan diposyandu.

Pengobatan. kondisi anak 6 bulan terakhir tidak pernah mengalami Diare dan Ispa, namun 3 hari yang lalu Riyal mengalami demam dan hanya di rawat dirumah dan diberikan obat penurun panas.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal	Makanan	Pemberian
Senin 10/08/2020	Pagi	Perkadel Ikan Teri	Disuap
Kamis 13/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
Sabtu 15/08/2020	Pagi	Bubur Daging Rendang	Disuap
Minggu 16/08/2020	Pagi	Nasi Putih Ikan Merah Masak	Disuap
Senin 17/08/2020	Siang	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
Kamis 20/08/2020	Siang	Nasi Putih Telur Rebus Kerupuk udang	Disuap
Jum'at 21/08/2020	Pagi	Nasi Putih Telur Goreng	Disuap
	Siang	Es Buah	
Senin 24/82020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
Selasa 25/08/2020		Nasi Putih Sayur Bening (Daun Kelor Jagung)	Makan Sendiri
Kamis 27/08/2020	Siang	Nasi Putih Ikan Goreng	Disuap
	Malam	Terang Bulan	
			Makan Sendiri

4. Nama Anak : Bilqis Hufairah Akil
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Tanggal Lahir : 10 Mei 2017
Nama Ayah : Akil / Teknisi Hp bintang
Namalbu : Salmawati / IRT
Kondisi Rumah : Tinggal Bersama Orang Tua, rumah berlantai 2, rumah batu (Rumah Sendiri). Sanitation, kurang bersih, banyak alat yang berterbangan dikarenakan area pasar, ayah merokok di dalam rumah.

Bilqis adalah Anak ke 1 dari 1 bersaudara, saat lahir anak diberikan susu formula (SGM), sampai saat ini. Anak pertamakali dikeralkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI Pabrikan (BUBUR SUN), Kemudian pelan pelan dikenalkan juga makanan lokal seperti bubur saring/lumat dicampur sayur-sayuran dan biskuit balita. Setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga dan makanan lumat/bubur dan pemberian vitamin penambah nafsu makan, anak sangat suka ngemil dan makan buah-buahan.

Setiap pagi hari biasanya ibu memberikan bubur saring atau lumat.

Kebiasaan makan anak 2-3x sehari, makanan yang sering diberikan seperti ikan, telur dan sayur. Pemberian makan kepada anak kesukaan dilakukan oleh ayah dengan cara di suap, namun biasanya makan sendiri dan sebelum makan mencuci tangan. Anak lebih sering berinteraksi atau bermain bersama ayah atau nenek. Kebersihan Kuku anak dipotong 2x sebulan atau saat ibu merasa bahwa kuku telah Panjang, Anak Mandi 2x sehari pagi hari dan sore hari dan dilakukan sendiri oleh anak. Imunisasi

anak sudah lengkap, pemberian Vitamin A dan obat cacing sudah diberikan diposyandu. Pengobatan, 3 bulan lalu masuk RS untuk cek Kesehatan karna mempunyai Riwayat penyaki Bronkitis dan radang paru2, sebelum corona sering mengalami sesak. Seminggu lalu Anak mengalami diare selama 5 hari.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal	Makanan	Pemberian
Sabtu 8/08/2020	Pagi	Nasi putih, Daging rending. Buah anggur Biskuit oreo, Nasi putih Ikan sindrili	Makan sendiri Disuap
	Siang	Sayur tumis kangkung	
Minggu 9/08/2020	Siang	Nasi sayur sop (wortel, kol, kentang, ayam) Telur goreng, Kentang goreng , Jeruk ,Oreo	Makan sendiri
	Sore		
Senin 10/08/2020	Pagi	Nasi putih Telur goreng Bakso	Makan sendiri
	Siang	Nasi Tempe Perkadel jagung Sayur labu kuning Kacang panjang	Disuap
	Malam	Mie titti	Makan sendiri
Selasa 11/08/2020	Pagi	Nasi goreng merah (hati ayam + ampla ayam) Teh hangat Kapurung Donat coklat+kacang	Disuap
	Siang		Makan sendiri
Rabu 12/08/2020	Pagi	Semangka	Makan sendiri
	Siang	Nasi goreng terasi Telur goreng Bakso	Disuap

Hari/tanggal	Jadwal	Makanan	Pemberian
	Sore	Nasi putih Telur goreng Kerupuk Es cream	Makan sendiri
Kamis 13/08/2020	Pagi	Bubur ayam Telur rebus	Disuap
Senin 17/08/2020	Siang	Bubur ayam Telur rebus	Disuap
Selasa 18/08/2020	Pagi	Nasi putih Telur dadar Buah lengkung	Disuap
	Sore	Nasi putih Ayam goreng tepung	Disuap
Rabu 19/08/2020	Pagi	Nasi kuning Mie goreng Telur goreng Es cream	Disuap
	Malam	Coto Ketupat	Makan sendiri Makan sendiri
Kamis 20/08/2020	Siang	Mie Bakso Sayur sawi Kacang goreng Beppa tori Semangka	Makan sendiri
Jum'at 21/08/2020	Pagi	Nasi goreng+telur	Disuap
Senin 24/08/2020	Pagi	Bubur ayam Telur rebus	Disuap

5. Nama Anak : Aska Maulana
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Tanggal Lahir : 08 Agustus 2018
 Nama Ayah : Jusriadi / OjekOnline
 Namalbu : Ade Irma / IRT
 Kondisi Rumah : Tinggal Bersama Orang Tua, rumah berlantai 2.
 Sanitation, Kurang Bersih. Ayah biasanya merokok di dalam rumah.

Aska Maulana adalah Anak ke 1 dari 1 bersaudara, saat lahir anak diberikan susu formula (SGM), sampai ibu sudah kuat menyusui sekitar 1 minggu dan dilanjutkan dengan ASI sampai umur 6 bulan. Anak pertamakali dikeralkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI Pabrikan (BUBUR SUN), Kemudian pelan pelan dikenalkan juga makanan lokal seperti bubur saring dicampur sayur-sayurann dan biskuit balita. Setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga.

Dipagi hari biasanya sarapan bubur, Kebiasaan makan anak 2-3x sehari, makanan yang sering diberikan seperti ikan, telur dan sayur. Pemberian makan kepada anak dilakukan oleh ibu dengan cara di suap memakai sendok dan sebelum makan mencuci tangan. Anak lebih sering Bersama ibu dan nenek.

Kebersihan, Kuku anak dipotong 2x seminggu atau saat ibu merasa bahwa kuku telah Panjang, Anak Mandi 2x sehari pagi hari dan sore hari, biasanya dimandikan dan mandi sendiri. Imunisasi anak sudah lengkap. Pemberian Vitamin A sudah diberikan diposyandu. Pongobatan Kondisi anak 6 bulan trakhir tidak pernah mengalami Diare dan Ispa, namun 1bulan yang lalu anak mengalami Iritasi mata dan hanya di rawat dirumah.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal	Makanan	Pemberian
Sabtu, 08/08/2020	Pagi	Nasi Kuning Mie Goreng Telur Rebus	Disuap
Minggu, 09/08/2020	Siang	Nasi Putih Ikan Goreng Sayur Bening	Disuap
Kamis, 13/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
Senin, 17/08/2020	Siang	Bubur Ayam Telur Rebus Tempe+Tahu Buah Pepaya	Disuap

Hari/tanggal	Jadwal	Makanan	Pemberian
Selasa, 18/08/2020	Pagi	Nasi Kuning Mie Goreng Telur Rebus	Disuap
Rabu, 19/08/2020	Siang	Nasi Putih Sayur Kacang Merah Ikan Goreng	Disuap
Senin, 24/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
Jum'at, 28/08/2020	Pagi	Nasi Kuning Mie Goreng Telur Rebus	Disuap

6. Nama Anak : Syakinah
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tanggal Lahir : 09 Desember 2018
 Nama Ayah : Yusman / Ojek Online
 Namalbu : Lilis / IRT

Kondisi Rumah : Tinggal Bersama Ayah dan 1 anak (Kosan 3x2) Sanitation, Kurang bersih, banyak alat yang berterbangan di sekitaran kontrakan, dikarenakan pembuangan/selokan di sekitar kontrakan tersumbat. Ayah biasanya merokok di dalam Kosan.

Syakinah adalah anak ke 2 dari 2 bersaudara, saat lahir anak diberikan ASI sampai umur 6 bulan. Anak pertamakali dikeralkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI Pabrikan (BUBUR SUN) dan Susu Formula, Kemudian pelan pelan dikenalkan juga makanan lokal seperti bubur saring dicampur sayur-sayurann dan biskuit balita. Setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga.

Kebiasaan makan anak sedikit tapi sering. makanan yang sering diberikan seperti ikan dan sayur. Pemberian makan kepada anak dilakukan oleh ibu dengan cara di suap, namun biasanya makan sendiri dan sebelum makan mencuci tangan.

Kebersihan, Kebersihan anak kurang bersih, jika anak bermain di luar rumah anak biasanya tidak memakai sandal atau celana, perhatian ibu ke anak mengenai kebersihan kurang, kuku anak dipotong 2x seminggu atau saat ibu merasa bahwa kuku telah panjang, mandi 2x sehari dan dilakukan oleh ibu atau sendiri. Imunisasi anak belum lengkap dikarenakan jika waktu imunisasi alasan ibu anak sakit dan telah diberikan Vitamin A diposyandu.

Pengobatan, kondisi anak 6 bulan terakhir tidak pernah mengalami Diare dan Ispa, namun 3 bulan yang lalu anak mengalami sesak, dan jika anak sakit ibu hanya merawat anak di rumah. Anak lebih sering berinteraksi bersama teman kosan.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal	Makanan	Pemberian
Senin,10/08/2020	Siang	Nasi Putih Ikan Goreng Layang	Disuap
Kamis, 13/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur	Disuap
Senin, 17/08/2020	Siang	Bubur Ayam Telur Rebus Tempe	Disuap
Minggu, 19/08/2020	Pagi	Nasi Kuning Mie Goreng Ayam Kecap	Disuap
Kamis, 24/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
	Siang	Nasi putih Indomie+Telur	Disuap

7. Nama Anak : Zahwan Nabil Tanin
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Tanggal Lahir : 17 Oktober 2016
Nama Ayah : Raymon Tanin / Buruh Harian
Namalbu : Fitriani / IRT
Kondisi Rumah : Tinggal Bersama Ayah dan 1 anak (Kosan),
Sanitation Kurang Bersih, Biasanya ayah merokok di dalam Kosan

Zahwan Nabil Tanin adalah Anak ke 1 dari 1 bersaudara, saat lahir anak diberikan susu formula (SGM), sampai ibu sudah kuat menyusui sekitar 2-3 hari dan dilanjutkan dengan ASI sampai umur 6 bulan. Anak pertamakali dikenalkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI Pabrikan (BUBUR SUN), Kemudian pelan pelan dikenalkan juga makanan lokal seperti bubur saring, sayur-sayurann dan biskuit balita. Setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga.

Kebiasaan makan anak sulit makan, anak biasanya makan jika disuruh atau dipaksa, makanan yang sering diberikan seperti ikan dan sayur. Pemberian makan kepada anak dilakukan oleh ibu dengan cara di suap memakai sendok, namun biasanya makan sendiri memakai sendok, dan sebelum makan mencuci tangan. Anak lebih sering berinteraksi bersama teman sebayanya jika dirumah lebih dekat bersama ayah

Kebersihan, Kuku anak dipotong 2x seminggu atau saat ibu merasa bahwa kuku telah panjang, mandi 2x sehari, pagi dan sore hari dan dilakukan sendiri oleh anak. Imunisasi anak sudah lengkap dan telah diberikan Vitamin A diposyandu, Pengobatan

,Kondisi anak 6 bulan terakhir tidak pernah mengalami Diare dan Ispa, namun jika anak sakit biasanya hanya di rawat di rumah atau berobat di puskesmas.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal pemberian makan	Makanan yang diberikan	Pemberian
Sabtu, 08/08/2020	Pagi	Nasi Kuning, Mie Goreng Telur Rebus, Tahu Goreng Ayam Goreng Kecap	Makan Sendiri
Minggu, 09/08/2020	Pagi	Nasi Putih Sayur Sop (Kentang Wortel) Ikan Layang Goreng	Makan Sendiri
Selasa, 11/08/2020	Pagi	Nasi Goreng Kecap Kerupuk Udang	Disuap
Kamis, 13/08/2020	Siang	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
Senin, 17/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
	Siang	Nasi Goreng Merah Kerupuk Susu SGM	Makan Sendiri
Selasa, 18/08/2020	Pagi	Nasi Goreng+telur	Makan Sendiri
Kamis, 20/08/2020	Siang	Nasi Putih Sayur Bening (Kacang Panjang, Jagung, Daun Kelor)	Makan Sendiri
Senin, 24/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Makan Sendiri
	Siang	Nasi Putih Ikan Masak Sayur Bening (Kacang Panjang, Jagung, Daun Kelor)	Makan Sendiri

8. Nama Anak : Suci
Jenis Kelamin : Perempuan
Tanggal Lahir : 27 Juni 2016
Nama Ayah : Sakri / Supir
Nama Ibu : Rahma / IRT
Kondisi Rumah : Tinggal Bersama Ayah dan 2 anak (Kosan 3x2), Sanitation Kurang Bersih. Biasanya Ayah merokok di dalam kosan.

Suci adalah Anak ke dua dari dua bersaudara, saat lahir anak diberikan susu formula (SGM), sampai ibu sudah kuat menyusui sekitar 2-3 hari dan dilanjutkan dengan ASI sampai umur 6 bulan. Anak pertamakali dikenalkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI makanan lokal seperti bubur saring, sayur-sayuran dan biskuit balita setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga.

Kebiasaan makan anak sedikit tapi sering, kadang kadang anak dipaksa atau dibujuk untuk makan, makanan yang sering diberikan seperti telur, ikan dan sayur. Pemberian makan kepada anak dilakukan oleh ibu dengan cara di suap memakai sendok, namun biasanya makan sendiri dan sebelum makan mencuci tangan. Anak lebih sering berinteraksi bersama Keluarga seperti ibu dan kakak dan teman samping kontrakan, jika keluar kosan jarang menggunakan alas kaki.

Kebersihan, kuku anak dipotong 2x seminggu atau saat ibu merasa bahwa kuku telah panjang, Anak mandi 2 kali sehari pagi hari dan sore hari setelah bermain dan dimandikan oleh ibu.

Pengobatan dan imunisasi anak sudah lengkap dan telah diberikan Vitamin A diposyandu, kondisi anak 6 bulan terakhir tidak pernah mengalami Diare dan Ispa, namun sebelum bulan puasa anak mengalami demam dan hanya di rawat di rumah dan di beri obat penurun panas.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal pemberian makan	Makanan yang diberikan	Pemberian
Selasa, 11/08/2020	Pagi	Nasi Kuning Mie Goreng Ayam Goreng Kecap	Disuap
Sabtu, 15/08/2020	Siang	Nasi Putih Daging Rendang	Disuap
	Malam	Nasi Putih Mie Goreng	Disuap
Minggu, 16/08/2020	Siang	Nasi Putih Daging Masak	Disuap
Selasa, 18/08/2020	Pagi	Nasi Goreng Telur Goreng	Disuap
Kamis, 20/08/20	Siang	Nasi Putih Ikan Layang Sayur Bening (Daun Kelor, Kacang Panjang)	Disuap
Jum'at 21/08/2020	Pagi	Nasi Putih Telur Dadar	Disuap
Sabtu, 22/08/2020	Siang	Nasi Putih Sayur Kacang Ijo +labu siam	Disuap

9. Nama Anak : Naila Angraini
Jenis Kelamin : Perempuan
Tanggal Lahir : 25 Maret 2019
Nama Ayah : Subahir / wiraswasta
Nama Ibu : Fitriani / IRT
Kondisi Rumah : Tinggal Bersama Ayah, Ibu dan 1 anak (kontrakan), Sanitation Kurang Bersih. Ayah biasanya merokok di dalam Kontrakan.

Naila Angraini adalah Anak ke satu dari satu bersaudara, saat lahir anak diberikan susu formula (SGM), sampai ibu sudah kuat menyusui sekitar 2-3 hari dan dilanjutkan dengan ASI sampai umur 6 bulan. Anak pertamakali dikenalkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI (Bubur sun) Kemudian pelan pelan dikenalkan juga makanan lokal seperti bubur saring, sayur-sayurann dan biskuit balita. Setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga.

Kebiasaan makan anak sedikit tapi sering, biasanya anak dibujuk untuk makan, makanan yang sering diberikan seperti ikan dan sayur. Pemberian makan kepada anak dilakukan oleh ibu dengan cara di suap memakai sendok. Anak lebih sering berinteraksi bersama Keluarga dan ibu

Kebersihan, Kuku anak dipotong 2x seminggu atau saat ibu merasa bahwa kuku telah panjang, Anak Mandi 2 kali sehari pagi hari dan sore hari setelah bermain dan dimandikan oleh ibu. Imunisasi anak sudah lengkap dan telah diberikan Vitamin A diposyandu. Pengobatan, kondisi anak 6 bulan trakhir tidak pernah

mengalami Diare dan Ispa, namun sebelum bulan puasa anak mengalami demam dan hanya di rawat di rumah dan di beri obat penurun panas.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal makan	Makanan yang diberikan	Pemberian
Minggu, 09/08/2020	Pagi	Nasi Kuning Mie Goreng Telur Rebus	Disuap
Senin, 10/08/2020	Pagi	Bubur Kentang	Disuap
Kamis, 13/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
Senin, 17/08/2020	Siang	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap
Selasa, 18/08/2020	Siang	Nasi Putih Sayur Labu Kuning Kacang Merah Ikan Goreng Layang	Disuap
Rabu, 19/08/2020	Siang	Nasi Putih Mie Kuah Bakso	Disuap
Kamis, 20/08/2020	Pagi	Bubur Telur Rebus	Disuap
Jum'at, 23/08/2020	Siang	Kapurung	Disuap
Sabtu, 24/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap

10. Nama Anak : Greselina Murti Ana
Jenis Kelamin : Perempuan
Tanggal Lahir : 25 Juli 2014
Nama Ayah : Donatus Mudin / Buruh Harian
Nama Ibu : Geti / IRT
Kondisi Rumah : Tinggal Bersama Ayah, Ibu dan 1 anak (Kosan 3x2), Sanitation Kurang Bersih. Ayah biasanya merokok di dalam kosan.

Greselina Murti Ana adalah Anak ke satu dari satu bersaudara, saat lahir anak diberikan susu formula (SGM), sampai ibu sudah kuat menyusui sekitar 3 hari dan dilanjutkan dengan ASI sampai umur 6 bulan. Anak pertamakali dikenalkan MP-ASI pada usia 6 bulan yaitu MP-ASI kemasan siap saji , Kemudian pelan pelan dikenalkan juga makanan lokal seperti bubur saring/lumat, sayur-sayurann dan biskuit balita. Setelah berumur 1 tahun diberikan makanan keluarga.

Kebiasaan makan anak sedikit, biasanya anak dibujuk untuk makan, makanan yang sering diberikan seperti ikan dan sayur. Pemberian makan kepada anak dilakukan oleh ibu dengan cara di suap memakai sendok. Anak lebih sering berinteraksi bersama ibu.

Kebersihan, Kuku anak dipotong 2x seminggu atau saat ibu merasa bahwa kuku telah panjang, Anak Mandi 2 kali sehari pagi hari dan sore hari setelah bermain dan dimandikan oleh ibu. Imunisasi anak sudah lengkap dan telah diberikan Vitamin A diposyandu. Pengobatan, kondisi anak 6 bulan trakhir tidak pernah mengalami Diare dan Ispa, namun sebelum bulan puasa anak

mengalami demam dan hanya di rawat di rumah dan di beri obat penurun panas.

Pemberian makan selama 12 hari pertama

Hari/tanggal	Jadwal pemberian makan	Makanan yang diberikan	Pemberian
Sabtu 08/08/2020	Malam	Nasi Putih, Sayur Sop Kacang Merah Ayam	Makan Sendiri
Minggu, 07/08/2020	Siang	Nasi Putih, Ikan Goreng, Sayur Bening	Makan Sendiri
Senin, 10/08/2020	Siang	Nasi Putih, Ikan Goreng, Sayur Kacang Merah + Kangkung	Makan Sendiri
	Malam	Nasi Putih Sayur Kacang Merah + Labu Siam	
Selasa 11/08/2020	Siang	Nasi Putih Sayur Bening (Labu Siam+Wortel)	Makan Sendiri
	Malam	Nasi Putih Sayur Daun Ubi Mie Goreng	
Rabu, 12/08/2020	Malam	Nasi Putih Sayur Daun Ubi	Makan Sendiri
	Siang	Nasi Putih Sayur Sop	
Kamis, 13/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Makan Sendiri
Jum'at 14/08/2020	Siang	Nasi Putih Sayur Sop (Wortel, labusiam, jagung, daun sop) Ayam	Makan Sendiri
Senin, 17/08/2020	Siang	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap

Hari/tanggal	Jadwal pemberian makan	Makanan yang diberikan	Pemberian
Selasa, 18/08/2020	Siang	Nasi Putih Sayur Labu Kuning Kacang Merah Ikan Goreng	Disuap
Rabu, 19/08/2020	Siang	Nasi Putih Mie Kuah Bakso	Disuap
Sabtu, 24/08/2020	Pagi	Bubur Ayam Telur Rebus	Disuap

Kegiatan Sesi Hearth

Kegiatan sesi heart dimulai pada tanggal 17 agustus 2020 di Bontoduri posyandu 7. Menu makanan yang disiapkan ibu kader berupa Bubur Ayam yang di campur dengan wortel, jagung, daun sop, ayam suir, telur rebus, tempe dan tahu, dan untuk buahnya ibu kader menyiapkan buah pepaya dan semangka, untuk snack terdapat kue bolu, panada, terangbulan mini.

Pada saat sesi heart hampir semua ibu antusias untuk datang ke pertemuan, dan membawa anaknya masing-masing, pada saat kegiatan semua yang terlibat memperhatikan protokol kesehatan seperti jaga jarak dan APD seperti masker. Ada 2 keluarga yang tidak sempat hadir dalam acara tersebut dikarenakan kesibukan masing masing keluarga,

setelah acara dibuka dan dilakukan sesi menyuapi anak, terlihat hanya beberapa anak yang disuapi dengan lahap ada pula yang makan sendiri dan di dampingi ibunya dan ada pula yang tidak mau disuap atau makan di lokasi, dan akhirnya ibu berinisiatif membawa pulang dan melahapnya di rumah. Beberapa anak yang lebih menyukai snack atau buah yang disiapkan.



Gambar 2. Foto Kegiatan Sesi Hearth

LANGKAH VII

MENDUKUNG KEGIATAN SESI HEARTH

Mendukung kegiatan sesi hearth adalah berlangsung pada 12 hari kedua DAN 12 hari ketiga. Beberapa kegiatan penting yang dilakukan adalah:

1. Kunjungan rumah
2. Catatan Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah harus dilakukan oleh kader pendamping dan atau pendamping lain yang ditunjuk jika ada. Kunjungan rumah memiliki makna memberi dukungan kepada ibu pengasuh untuk tetap melakukan praktek praktek pengasuhan yang dilakukan sebelumnya di sesi hearth 12 hari pertama. Kunjungan rumah ini dilakukan kepada setiap ibu sebanyak 4 hari dalam dua hari yang disediakan. Karena jumlah rumah yang harus dikunjungi adalah antara 6-10 orang maka setiap hari sebaiknya dikunjungi minimal 4 rumah saja. Jadi pada hari berikutnya dikunjungi rumah ke-5 sampai rumah ke-8 dan pada hari ke-3, dikunjungi rumah ke-9 dan 10. Jadi dalam 3 hari semua rumah sudah mendapatkan kunjungan masing masing 1. Demikianlah seterusnya siklus ini dilakukan hingga sampai pada 12 hari setiap anggota pernah dikunjungi sebanyak 4 kali.

Dua belas hari ketiga, atau hari ke 25 sampai hari ke 36 tidak dilakukan lagi kunjungan rumah, akan tetapi kembali ibu sasaran di undang pada hari ke 36 untuk melakukan penimbangan berat badan akhir. Pada hari inilah ditetapkan kelulusan peserta. Peserta yang naik berat badannya disebut sebagai peserta yang berhasil melalui sesi hearth dan sebaliknya peserta yang tidak naik berat badannya disebut sebagai peserta

yang harus mengulang sesi hearth dari awal. Status kenaikan berat badan adalah menurut kriteria Kenaikan Berat Badan Minimum (KBM) yang tercatat pada KMS atau pada buku KIA.

Catatan kunjungan rumah adalah catatan makan anak, catatan pengasuhan anak, catatan kebersihan anak dan catatan pengobatan anak. Keempat point in dicatat dalam buku harian kunjungan rumah oleh kader yang ditugaskan.

LANGKAH VIII

MENGULANGI KEGIATAN SESI HEARTH

Kegiatan mengulang sesi hearth adalah kegiatan yang mengumpulkan semua peserta yang belum berhasil naik berat badannya setelah 36 hari dilakukan tahap pertama. Jika jumlahnya mencukupi 6 orang atau lebih. Jika jumlahnya tidak cukup 6 orang maka sebaiknya kelompok ini digabungkan dengan kelompok baru yang akan dibentuk pada sesi IX. Jika kondisinya tidak memungkinkan maka mereka digabungkan pada paket paket program reguler yang ada di Puskesmas terdekat untuk mendapatkan penanganan dan konseling intensif dari penanggung jawab kesehatan ibu dan anak.

LANGKAH IX

PERLUASAN DAERAH BARU

Perluasan daerah baru adalah kegiatan kesembilan dalam pendekatan PD, sehingga selama 1 tahun kegiatan kelompok kelompok binaan akan menyebar secara meluas disatu wilayah. Inilah keunggulan dari metode PD ini. Daerah baru harus melakukan langkah pertama sampai langkah ke sembilan. Peserta yang direkrut adalah peserta baru atau peserta lama yang tidak berhasil lulus pada kelompok pertama.

Tugas pengelola kesehatan ini dan anak di Puskesmas atau di sektor lain memastikan bahwa kegiatan seperti ini tetap menjadi prioritas sebagai sebuah bentuk kegiatan pemberdayaan masyarakat yang terukur dan sistematis.

Referensi

1. Paknawin-Mock J, Jarvis L, Jahari a B, Husaini M a, Pollitt E. Community-level determinants of child growth in an Indonesian tea plantation. *Eur J Clin Nutr.* 2000;54 Suppl 2:S28–42.
2. Lahsaeizadeh A. Sociological analysis of food and nutrition in. 2001;31(3):129–36.
3. Lawrence Haddad, Endang Achadi, Mohamed Ag Bendeck, Arti Ahuja, Komal Bhatia, Zulfiqar Bhutta, Monika Blossner EB. *Global Nutrition Report Actions and Accountability to Accelerate The World's Progress on Nutrition.* 2014.
4. Balitbangkes. *Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010.* Jakarta; 2010.
5. Indonesia HD of. *Nutritional Status Survei 2017.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017.
6. Bintanah S. Gambaran Kegiatan Posyandu Dalam Rangka Deteksi Dini Gizi Buruk Di Wilayah Kerja Puskesmas Halmahera Semarang. *Pros Semin Nas Unimus 2010.* 2010;(Sistem Pakar):1–11.
7. Sirajuddin M. *Positive Deviance di Halmahera.* Lap PD PT Antam Maluku Utara. 2014;
8. Riyadi H, Manusia FE. Kebiasaan makan dan asupan zat gizi masyarakat halmahera (. 2010;5(2):121–8.
9. Sirajuddin & Manjilala. *Laporan Pelatihan Kelas Ibu di Buli dan Positive Deviance Maba di Kabupaten Haltim Maluku Utara.* Makassar: CSR PT Aneka Tambang dan Poltekkes Makassar; 2012.
10. Peace. *Peace Corps Demonstrating Results in Nutrition and Food Security (Hearth Model) August 2010 Results after 12 day Hearth Results after 1 month.* 2010;(August):6–7.
11. Core. *Positive Deviance/Hearth A Resource Guide for Sustainably Rehabilitating Malnourished Children.* The Child Survival Collaborations and Resources Group (The CORE Group). 2003.
12. Corrina Hawkes, Jesica Fanzo, Emorn Udomkesmalee, Endang Achadi Arti Ahuja, Zulfiqar Bhutta LMD-R. *Nourishing the SDGs.* 2017;
13. Nunik Kusumawardhani D. *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat. Pertama.* Trihono, Agus Suwandono S, editor. Jakarta; 2014. 271 p.

14. Kemenkes Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Save The Children P-FU. PD Module - part 01.pdf. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2008.
15. Kemenkes. Situasi balita pendek di Indonesia. *Bul Jendela Data dan Inf Kesehat.* 2018;301(5):1163–78.
16. Saaka M. Relationship between Mothers ' Nutritional Knowledge in Childcare Practices and the Growth of Children Living in Impoverished Rural Communities. 2014;32(2):237–48.
17. Furmaga-Jabłońska W, Ułamek-Kozioł M, Brzozowska J, Tarkowska A, Pluta R. Malnutrition in the 21st century. *Nutrition.* 2014;30(2):242–3.
18. Schröders J, Wall S, Kusnanto H, Ng N. Millennium Development Goal Four and Child Health Inequities in Indonesia: A Systematic Review of the Literature. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(5):e0123629. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0123629>
19. Ray S. Evidence-Based preventive interventions for targeting under-nutrition in the Indian context. *Indian J Public Health.* 2011;55(1):1.
20. WHO. Optimal feeding of low birth- weight infants in low-and middle-income countries 2011. WHO; 2011.
21. Kolsteren PW, Kusin JA, Kardjati S. Pattern of linear growth velocities of infants from birth to 12 months in Madura, Indonesia. *Trop Med Int Heal.* 1997;2(3):291–301.
22. Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi. *Buku saku desa dalam penanganan stunting.* Buku Saku. 2018;2–13.
23. Kemenkes. Pedoman perencanaan program gerakan nasional percepatan perbaikan gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan (Gerakan 1000 HPK). 2013.
24. Sab'atmaja S, Khomsan A, Tanziha I. Analisis Determinan Positive Deviance Status Gizi Balita Di Wilayah Miskin Dengan Prevalensi Kurang Gizi Rendah Dan Tinggi. *J Gizi dan Pangan.* 2010;5(2):103.
25. Baxter R, Taylor N, Kellar I, Lawton R. A qualitative positive deviance study to explore exceptionally safe care on medical wards for older people. *BMJ Qual Saf.* 2019;618–26.
26. Zanetti CA, Taylor N. Value co-creation in healthcare through positive deviance. *Healthcare* [Internet]. 2016;4(4):277–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2016.06.003>

27. Lau H, Khosrawipour V, Kocbach P, Mikolajczyk A, Schubert J, Bania J, et al. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. *J Travel Med* [Internet]. 2020;001(714). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32181488>
28. Roche ML, Marquis GS, Gyorkos TW, Blouin B, Sarsoza J, Kuhnlein H V. A Community-Based Positive Deviance/Hearth Infant and Young Child Nutrition Intervention in Ecuador Improved Diet and Reduced Underweight. *J Nutr Educ Behav* [Internet]. 2017;49(3):196-203.e1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2016.10.007>
29. Cheang CJY, Goh ECL. Why some children from poor families do well—an in-depth analysis of positive deviance cases in Singapore. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2018;13(sup1). Available from: <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1563431>
30. Feng Y, Bruhn CM, Elder G, Boyden D. Assessment of Knowledge and Behavior Change of a High School Positive Deviance Food Safety Curriculum. *J Food Sci Educ*. 2019;18(2):45–51.
31. Chiou H, Jopling JK, Scott JY, Ramsey M, Vranas K, Wagner TH, et al. Detecting organisational innovations leading to improved ICU outcomes: A protocol for a double-blinded national positive deviance study of critical care delivery. *BMJ Open*. 2017;7(6):1–6.
32. Klaiman T, Pantazis A, Chainani A, Bekemeier B. Using a positive deviance framework to identify Local Health Departments in Communities with exceptional maternal and child health outcomes: A cross sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3259-7>
33. Rose AJ, McCullough MB. A Practical Guide to Using the Positive Deviance Method in Health Services Research. *Health Serv Res*. 2017;52(3):1207–22.
34. Dietrich Leurer M, Misskey E. “Be positive as well as realistic”: a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2015;10(1):10. Available from: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/10/1/10>
35. Mudjianto, Trintrin T, Hidayat, Tjetjep S, Luiciasari, Ema, Afriyansyah, Nurfi, Fuada N, Mudjianto TT, Mudjianto TT, Luciasari E, Mudjianto, Trintrin T, Hidayat, Tjetjep S, Luiciasari,

- Ema, Afriyansyah, Nurfi, Fuada N. Positive Factors To Increase The Potential Of Cadre ' S Integrated. 2003;26(2):2003.
36. Katepa-Bwalya M, Kankasa C, Babaniyi O, Siziya S. Effect of using HIV and infant feeding counselling cards on the quality of counselling provided to HIV positive mothers: a cluster randomized controlled trial. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2011;6(1):13. Available from:
<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/6/1/13/abstract%5Cnhttp://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/6/1/13%5Cnhttp://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/pdf/1746-4358-6-13.pdf>
 37. Sethi V, Sternin M, Sharma D, Bhanot A, Mebrahtu S. Applying Positive Deviance for Improving Compliance to Adolescent Anemia Control Program in Tribal Communities of India. *Food Nutr Bull*. 2017;38(3):447–52.
 38. Buanasita A, Muslimatun S, Roshita A, Raintung AE, Widyastuti TN. Three Months of Positive Deviance Approach Integrated with Posyandu TKA Increased Development Performance and Decreased Morbidity of Underweight Children (6 – 59 Months). 2002;82–8.
 39. Gesser-Edelsburg A, Cohen R, Halavi AM, Zemach M, Van Heerden PV, Sviri S, et al. Beyond the hospital infection control guidelines: A qualitative study using positive deviance to characterize gray areas and to achieve efficacy and clarity in the prevention of healthcare-associated infections 11 *Medical and Health Sciences* 1117 *Public H. Antimicrob Resist Infect Control*. 2018;7(1):1–10.
 40. Barbosa CE, Masho SW, Carlyle KE, Mosavel M. Factors Distinguishing Positive Deviance among Low-Income African American Women: A Qualitative Study on Infant Feeding. *J Hum Lact*. 2017;33(2):368–78.
 41. Singhal A. Uncovering Innovations Strategy: Positive Deviance that Are Invisible in Plain Sight. *Phi Delta Kappan* [Internet]. 2013;95(3):28–33. Available from: <http://www.pdkintl.org/publications/pubshome.htm>
 42. Hill BN, Stone WC. *Success Through a Positive Mental Attitude*. 2010;
 43. Dadich A, Collier A, Hodgins M, Crawford G. Using Positive Organizational Scholarship in Healthcare and Video Reflexive Ethnography to Examine Positive Deviance to New Public

- Management in Healthcare. *Qual Health Res.* 2018;28(8):1203–16.
44. Albanna B, Heeks R. Positive deviance, big data, and development: A systematic literature review. *Electron J Inf Syst Dev Ctries.* 2019;85(1):1–22.
 45. Marty L, Dubois C, Gaubard MS, Maidon A, Lesturgeon A, Gaigi H, et al. Higher nutritional quality at no additional cost among low-income households: insights from food purchases of “ positive deviants ” 1 , 2. *Am J Clin Nutr.* 2015;190–9.
 46. Mudjiyanto, Trintrin T, Hidayat, Tjetjep S, Luiciasari, Ema, Afriyansyah, Nurfi, Fuada N. Positive Factors To Increase The Potential Of Cadre ’ S Integrated. 2003;26(2):2003.
 47. Fico AE, Feeley TH. A positive deviance approach to improve familial authorization for organ donation. *Clin Transplant.* 2019;33(3):0–2.
 48. Djauhar Ismail PHDD. Positive Deviance pada Status Gizi Balita. *J Ber Kedokt Masy.* 2011;27(4):197.
 49. Zevounou M, Hounkpatin W, Chadare F, Lokonon J, Soumanou M, Mongbo R. Weight Loss and Nutritional Status of 6-59 Months Children after Positive Deviance/Hearth Approach in Southern Benin Rural Area: Associated Factors to Later Underweight. *Int J Trop Dis Heal.* 2017;23(3):1–10.
 50. Sirajuddin SR dan N. Asupan zat besi berkorelasi dengan kejadian stunting Balita di Kecamatan Maros Baru. *Gizi Indones.* 2020;43(2):35–44.
 51. Sirajuddin, Sirajuddin S, Hadju V, Sudargo T, Hartono R, Ipa A, et al. Complemetary feeding practices influences of stunting children in Buginese ethnicity. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2020;14(3):1227–33.
 52. Sirajuddin, Nursalim AT. Breastfeeding practices can potential to prevent stunting for poor family &. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2020;30:13–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.02.007>
 53. Harris-Davis E, Haughton B. Model for multicultural nutrition counseling competencies. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2000;100(10):1178–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11043703>
 54. Edwards-Jones G. Does eating local food reduce the environmental impact of food production and enhance consumer health? *Proc Nutr*

- Soc. 2010;69(4):582–91.
55. Freedman DA, Bess KD. Food Systems Change and the Environment: Local and Global Connections. *Am J Community Psychol.* 2011;47(3–4):397–409.
 56. Keim-Malpass J, Letzkus LC, Kennedy C. Parent/caregiver health literacy among children with special health care needs: a systematic review of the literature. *BMC Pediatr* [Internet]. 2015;15(1):92. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/15/92>
 57. Literacy H. Nutri ti on literacy promo ti on , e ff ec ti ve approach for society health promo ti on. 2018;3(3):49–52.
 58. Seokirman. Food Security and the Economic Crisis. *Asia Fasific J Clin Nutr* [Internet]. 2010;2012(4/4/12). Available from: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/meeting/018/k6360e.pdf>
 59. McGovern ME, Krishna A, Aguayo VM, Subramanian S V. A review of the evidence linking child stunting to economic outcomes. *Int J Epidemiol.* 2017;46(4):1171–91.
 60. Hossain M, Choudhury N, Abdullah KAB, Mondal P, Jackson AA, Walson J, et al. Evidence-based approaches to childhood stunting in low and middle income countries: A systematic review. *Arch Dis Child.* 2017;102(10):903–9.
 61. Hossain M, Choudhury N, Abdullah KAB, Mondal P, Jackson AA, Walson J, et al. Evidence-based approaches to childhood stunting in low and middle income countries: A systematic review. *Arch Dis Child.* 2017;102(10):903–9.
 62. Mostafa I, Naila NN, Mahfuz M, Roy M, Faruque ASG, Ahmed T. Children living in the slums of Bangladesh face risks from unsafe food and water and stunted growth is common. *Acta Paediatr Int J Paediatr.* 2018;107(7):1230–9.
 63. Judah G, Donachie P, Cobb E, Schmidt W, Holland M, Curtis V. Dirty hands: bacteria of faecal origin on commuters' hands. *Epidemiol Infect* [Internet]. 2010;138(3):409–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19723362>
 64. Millward DJ. Nutrition, infection and stunting: The roles of deficiencies of individual nutrients and foods, and of inflammation, as determinants of reduced linear growth of children. *Nutr Res Rev.* 2017;30(1):50–72.
 65. Owino V, Ahmed T, Freemark M, Kelly P, Loy A, Manary M, et al. Environmental enteric dysfunction and growth failure/stunting in

- global child health. *Pediatrics*. 2016;138(6).
66. Zablotsky Kufel JS, Resnick BA, Fox MA, McGready J, Yager JP, Burke TA, et al. The impact of local environmental health capacity on foodborne illness morbidity in Maryland. *Am J Public Health*. 2011;101(8):1495–500.
 67. Wang AZ, Shulman RJ, Crocker AH, Thakwalakwa C, Maleta KM, Devaraj S, et al. A Combined Intervention of Zinc, Multiple Micronutrients, and Albendazole Does Not Ameliorate Environmental Enteric Dysfunction or Stunting in Rural Malawian Children in a Double-Blind Randomized Controlled Trial. *J Nutr*. 2017;147(1):97–103.
 68. Trehan I, Benzoni NS, Wang AZ, Bollinger LB, Ngoma TN, Chimimba UK, et al. Common beans and cowpeas as complementary foods to reduce environmental enteric dysfunction and stunting in Malawian children: Study protocol for two randomized controlled trials. *Trials* [Internet]. 2015;16(1):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-1027-0>
 69. Smith LE, Prendergast AJ, Turner PC, Mbuya MNN, Mutasa K, Kembo G, et al. The potential role of mycotoxins as a contributor to stunting in the SHINE Trial. *Clin Infect Dis*. 2015;61(Suppl 7):S733–7.
 70. Harper KM, Mutasa M, Prendergast AJ, Humphrey J, Manges AR. Environmental enteric dysfunction pathways and child stunting: A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018;12(1):1–23.
 71. Stephenson KB, Agapova SE, Divala O, Kaimila Y, Maleta KM, Thakwalakwa C, et al. Complementary feeding with cowpea reduces growth faltering in rural Malawian infants: A blind, randomized controlled clinical trial. *Am J Clin Nutr*. 2017;106(6):1500–7.
 72. Fenn B, Bulti AT, Nduna T, Duffield A, Watson F. An evaluation of an operations research project to reduce childhood stunting in a food-insecure area in Ethiopia. *Public Health Nutr*. 2012;15(9):1746–54.
 73. Ozturk S, Yildiz E. The Psychometric Properties of the Turkish Version of the Caregiver’s Feeding Styles Questionnaire. *Int J Caring Sci* [Internet]. 2018;11(2):812–8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131851621&site=ehost-live>
 74. Sukmawati H, Sirajuddin. Assistance in child feeding influences the nutritional intake of stunting children: Randomized control trial.

Indian J Forensic Med Toxicol. 2020;14(3):1948–52.

75. Hartono R, Ipa A, Sirajuddin, Amir A, Ishak SIZS. Feeding style for children aged 0-59 months of buginese ethnicity. Indian J Forensic Med Toxicol. 2020;14(3):1216–20.
76. Mustamin, Sirajuddin, Tapiadi. Scores consumption of functional foods based on local foods in pregnant women buginese in the city of Makassar. Indian J Forensic Med Toxicol. 2020;14(3):2066–9.

MODUL

positive deviance ini adalah modul yang disusun berdasarkan pengalaman. Pelaksanaan pada kondisi normal baru tahun 2020. Awal kegiatan ini direncanakan adalah pada kondisi normal, akan tetapi dengan kejadian covid-19, maka dilakukan modifikasi, khususnya pada langkah ke-6. Perbedaan dasarnya dari PD yang dikembangkan oleh pd lainnya adalah pada pembatasan jumlah anggota dan tidak dilakukan sesi hearth secara berkelompok tetapi masing masing dirumah dibawah supervise pendamping dan kader posyandu.

Modul ini adalah luaran dari pengabdian masyarakat politeknik kesehatan Makassar tahun 2020. Dimanfaatkan untuk pengembangan program pendampingan gizi masyarakat khususnya mendukung kekhususan poltkkes makassar dalam upaya mendukung kesehatan perkotaan.

Modul ini dapat diadopsi oleh seluruh pemerintah desa, dalam upaya perbaikan gizi masyarakat, khususnya dalam pencegahan stunting tahun 2020-2024 dan seterusnya. Modul ini sebagai acuan yang dapat dimodifikasi disetiap waktu dan kesempatan sesuai dengan kesiapan masing masing pelaksana kegiatan