

BAB II

RUMAH PELAYANAN GIZI

SOSIO-ARSITEKTUR DI PERKAMPUNGAN KANIGORO

2.1 Rumah Pelayanan Gizi

2.1.1 Rumah Pelayanan

Rumah pelayanan secara umum merupakan suatu fasilitas yang dirancang untuk menyediakan layanan kesehatan, sosial, atau pendukung kesejahteraan masyarakat dalam satu wadah terpadu, sehingga mampu memenuhi kebutuhan dasar pengguna secara lebih dekat, mudah, dan berkelanjutan. Rumah pelayanan memiliki konsep penekanan kepada penyediaan ruang yang ramah dan terstruktur untuk kegiatan pelayanan seperti edukasi kesehatan, pemantauan kondisi individu atau kelompok rentan, serta intervensi promotif-preventif sesuai standar yang ditetapkan pemerintah. Pada kebijakan nasional, rumah pelayanan menjadi upaya penguatan layanan dasar di tingkat komunitas, sejalan dengan strategi pembangunan kesehatan yang menitikberatkan pada aksesibilitas, kualitas pelayanan, dan pemberdayaan masyarakat (Kemenkes RI, 2020; WHO, 2018)

2.1.2 Klasifikasi Rumah Pelayanan

Klasifikasi rumah pelayanan terbagi dalam beberapa bidang, diantaranya kesehatan, sosial, pendidikan, ekonomi dan pemberdayaan, serta lingkungan dan ketahanan pangan. Rumah pelayanan kesehatan memiliki fokus utama dalam kesehatan individu dan komunitas, rumah pelayanan sosial memiliki fokus utama pada perlindungan dan dukungan sosial, pelayanan pendidikan memiliki fokus utama penguatan kapasitas dan pendidikan non-formal, rumah pelayanan ekonomi dan pemberdayaan memiliki fokus utama peningkatan ekonomi masyarakat, serta pelayanan lingkungan dan ketahanan pangan memiliki fokus utama pada ketahanan pangan dan lingkungan. Pada Rumah pelayanan kesehatan terbagi lagi ke dalam beberapa jenis, diantaranya :

Tabel 2.1 Klasifikasi Rumah Pelayanan kesehatan

Klasifikasi	Jenis Fasilitas	Fungsi Utama	Dasar Hukum
Rumah Pelayanan Tingkat Pertama (primer) 	Puskesmas, Klinik Pratama, Rumah Bersalin, Praktik Mandiri Dokter/bidan	Pelayanan kesehatan dasar : promotif, preventif, kuratif dasar, edukasi gizi, pemantauan tumbuh kembang	PP No. 47/2016 Pasal 7 - 10
Rumah Pelayanan Tingkat Lanjut (Rujukan) 	Rumah Sakit (Kelas A,B,C,D-RSU/RS Khusus)	Pelayanan Rawat inap, rawat jalan, spesialistik, gawat darurat	Permenkes No.3/2020 tentang Klasifikasi RS
Rumah Pelayanan Penunjang Kesehatan 	Laboratorium kesehatan, apotek, optikal, bank darah	Penunjang diagnostik, farmasi, layanan penunjang terapi	PP No. 47/2016 Pasal 13-17
Rumah Pelayanan Sosial Kesehatan 	Panti Sosial Lanjut Usia, Panti Perlindungan Perempuan dan anak, Rumah Singgah	Dukungan kesehatan dasar, rehabilitasi, perlindungan kelompok rentan	Kemensos RI – Permensos No. 21/2013

Rumah Pelayanan Gizi / Rumah Edukasi Gizi (Kategori pelayanan kesehatan komunitas) 	Rumah Pelayanan Gizi, Rumah Edukasi Gizi, ;Pos Gizi, Rumah Duta Gizi	Promotif-preventif : konsultasi gizi, demo masak, pemantauan balita, intervensi stunting	Kemenkes RI – Panduan Intervensi Gizi (Direktorat Gizi Masyarakat, 2021-2023)
Rumah Pelayanan Pendidikan dan Pemberdayaan 	Rumah Belajar, Rumah Literasi, Rumah Pangan Lestari, Rumah UMKM	Edukasi, pelatihan keterampilan, pemberdayaan ekonomi dan gizi keluarga	BKKBN – Kampung KB dan Rumah DataKU, 2021

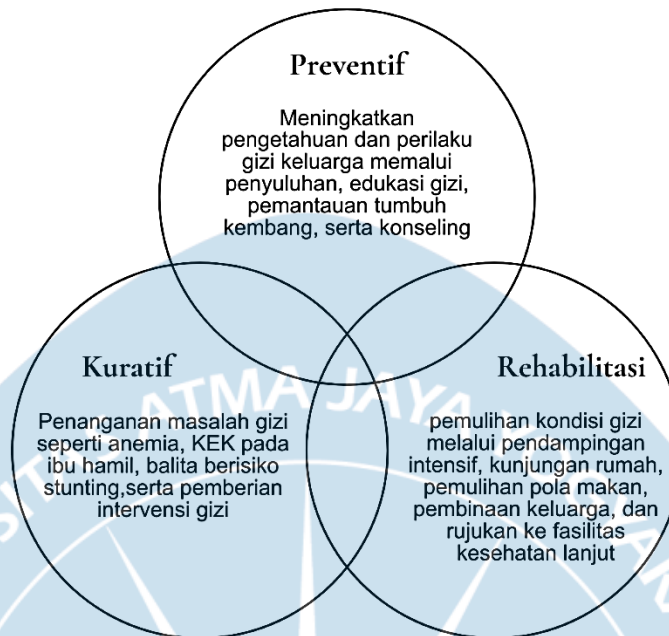
Sumber : Kemenkes RI Tahun 2022

2.1.3 Pengertian Rumah Pelayanan Gizi

Rumah Pelayanan Gizi (RPG) merupakan bentuk inovasi pelayanan kesehatan yang berfokus pada peningkatan status gizi masyarakat melalui kegiatan edukasi, konsultasi, dan intervensi gizi berbasis komunitas (Kemenkes RI, 2019). Selain sebagai wadah penyuluhan gizi, Rumah Pelayanan Gizi juga berfungsi sebagai pusat rujukan komunitas untuk masalah gizi spesifik, seperti gizi buruk, stunting, obesitas, dan anemia (Pusdatin Kemenkes RI, 2020). Rumah Pelayanan Gizi hampir sama dengan Posyandu, hanya saja kata “Rumah” menjadikannya lebih nyaman didengar dan lebih berfokus pada penanganan “gizi”.

2.1.4 Tugas dan Fungsi Rumah Pelayanan Gizi

Rumah Pelayanan Gizi memiliki Tugas dan Fungsi yang disesuaikan dengan pedoman resmi Kementerian Kesehatan RI termasuk Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas 2019, Pedoman Intervensi Gizi 2021-2023, dan Permenkes No. 41 Tahun 2014 tentang Gizi seimbang.



Gambar 2.1 Tri Upaya Pelayanan Gizi
Sumber : Kemenkes RI, 2020

2.1.5 Standar Rumah Pelayanan Gizi

A. Kriteria Pemilihan Lokasi

Terdapat kriteria untuk Pemilihan Lokasi Rumah Pelayanan Gizi berdasarkan turunan regulasi Kementerian Kesehatan :

Tabel 2.2 Kriteria Pemilihan Lokasi Rumah Pelayanan Gizi

Kriteria Lokasi	Keterangan
Wilayah dengan kebutuhan tinggi layanan gizi	Lokasi sebaiknya berada di wilayah dengan angka stunting atau gizi buruk yang cukup tinggi agar pelayanan benar-benar dibutuhkan
Aksesibilitas masyarakat	Pelayanan primer seperti puskesmas, posyandu, atau rumah pelayanan gizi sebaiknya dirancang agar mudah dijangkau seluruh lapisan masyarakat
Wilayah terpencil, tertinggal, atau sulit terjangkau	Memprioritaskan masyarakat di area rawan akses untuk mempermudah masyarakat meningkatkan mutu sumber daya manusia
Ketersediaan sarana prasarana dasar yang memadai	Lokasi tidak rawan bencana, pencemaran, atau kondisi lingkungan buruk lainnya agar aman dan layak
Kemudahan jejaring dengan fasilitas kesehatan lain	Kemudahan rujukan agar apabila terjadi kasus berat atau komplikasi dapat dengan mudah menjalin koordinasi
Lingkungan aman, memenuhi	Pedoman fasilitas kesehatan mengatur aspek

standar kesehatan dan kebersihan, lingkungan kesehatan	serta regulasi dan fasilitas	keselamatan, sanitasi, pengelolaan limbah, sistem air bersih, dan lainnya dengan baik
--	------------------------------	---

Sumber : Turunan Regulasi Kementerian Kesehatan RI

B. Standar Sarana dan Prasarana Rumah Pelayanan Gizi

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2019 pada “Pedoman Pelaksanaan Rumah Pelayanan Gizi (RPG), terdapat standar ruang yang dibutuhkan :

Tabel 2.3 Standar Ruang Rumah Pelayanan Gizi

N0	Kebutuhan Ruang	Ukuran	Standar
1	Ruang Edukasi dan Konseling	Minimal 3 x 5 m ²	Memiliki ventilasi dan pencahayaan yang cukup, semi privat
2	Ruang Antropometri (Ruang Penimbangan dan Pengukuran)	Minimal 3 x 4 m ²	Lantai datar dan bersih, area lebih privat
3	Dapur Demonstrasi (Dapur Gizi)	18 m ²	Perlengkapan dapur, terdapat wastafel dan sumber air bersih, area penyimpanan makanan yang baik, mudah diakses dan terpisah dari ruang edukasi
4	Dapur Susu/ Ruang Asi	4 m ²	Steril, bersih, dan privat
5	Ruang Administrasi dan Penyimpanan	-	Terdapat komputer dan papan informasi, semi privat
6	Ruang Tunggu	minimal 1,2 per pasien (30m ²)	Langit dan dinding berwarna terang, permukaan rata dan tidak licin, mudah dibersihkan
7	Ruang Resepsionis	minimal 2 x 3 m ² ,	Tinggi langit-langit minimal 3,2 m dari lantai Jenis lampu yang disarankan LED minimal 200 lux
8	Ruang Pemeriksaan	Minimal 3 x 3 m ²	Tirai minimal 10 cm dari lantai Bukaan jendela tipe swing dengan bukaan 100% Jenis lampu yang disarankan LED minimal 200 lux Terdapat tempat cuci tangan
9	Ruang KIA, KB, dan Imunisasi	-	Semi privat, tidak bising, pencahayaan dan penghawaan baik

10	Ruang Farmasi	Minimal 3 x 4 m ²	Bukaan jendela tipe swing dengan bukaan 100% AC split type wall mounted Jenis lampu yang disarankan LED minimal 200 lux Portable Fire Extinguisher
11	Ruang Laboratorium	Minimal 3 x 7 m ²	Lantai tidak berpori, warna terang dan mudah dibersihkan Dilengkapi meja kerja lapir keramik warna terang Bukaan jendela tipe swing dengan bukaan 100% Tersedia tempat cuci tangan dan cuci alat Jenis lampu yang disarankan LED minimal 300 lux Di atas meja menggunakan fan jenis exhaust hood
12	Ruang Petugas	-	Privat, tidak bising, pencahayaan dan penghawaan baik
13	Gudang	menyesuaikan	Semi privat
14	Ruang Parkir	menyesuaikan	Publik, luas
15	Kebun Gizi	menyesuaikan	Semi publik
16	Kamar mandi	2 x 1,5 m ²	Privat
17	Aula	Menyesuaikan	Jenis lampu yang disarankan LED minimal 200 lux Bukaan jendela tipe swing dengan bukaan 100%

Sumber : Kemenkes RI Tahun 2022

Standar perlengkapan peralatan Rumah Pelayanan Gizi menurut Kementerian Kesehatan RI:

1. Timbangan Bayi
2. Timbangan Dewasa
3. Stadiometer (alat ukur tinggi badan)
4. Infantometer (alat ukur panjang balita)
5. Pita LILA (lingkar lengan atas)
6. Skinfold caliper (kaliper lipatan kulit)
7. Alat peraga edukasi (food model, boneka menyusui, poster gizi)
8. Buku pedoman
9. Peralatan kebersihan dan sterilisasi dasar (gloves, antiseptik, alcohol swab, sarung tangan, masker medis, antiseptik, obat-obatan)

10. Tensi meter manual/digital
11. Termometer
12. Glucomer (terutama untuk ibu hamil berisiko)
13. Hemoglobin meter
14. Test strip protein urin untuk ibu hamil
15. Meja dan alas pengukur higienis

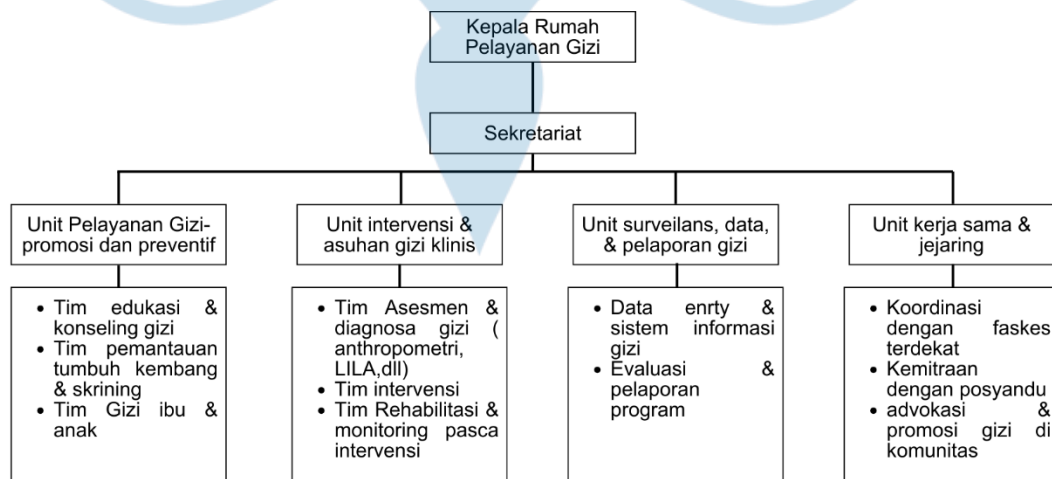
C. Kemampuan Pelayanan

Tabel 2.4 Jenis Pelayanan pada Rumah Pelayanan Gizi

No	Jenis Pelayanan
1	Pelayanan Penilaian Status Gizi
2	Konseling Gizi individu dan keluarga
3	Pemantauan Tumbuh Kembang dan Gizi Balita
4	Pelayanan Gizi Ibu Hamil, Menyusui, dan Remaja
5	Pengelolaan Kasus Gizi (Tahap Rawat Inap)
6	Penyuluhan Gizi Kelompok dan Komunitas
7	Manajemen Dapur Sehat dan Pemberdayaan Pangan Keluarga
8	Pelayanan Surveilans dan Pelaporan Program Gizi
9	Koordinasi Lintas Program dan Rujukan Gizi

Sumber : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021

C. Hierarki dan Unit Kerja



Gambar 2.2 Struktur Organisasi dan Unit Kerja Rumah Pelayanan Gizi

Sumber : Pedoman Manajemen Pelayanan Gizi Spesifik di Puskesmas(2021)

D. Elemen Desain

Elemen desain pada Rumah Pelayanan Gizi mencerminkan fungsi utama sebagai fasilitas kesehatan berbasis masyarakat. Terdapat pembagian zonasi berdasarkan aspek fungsional ruang :

- A. **Area publik** : terdiri dari ruang edukasi, ruang tunggu, aula atau ruang rapat, taman pangan, dapur demonstrasi dan area parkir.
- B. **Area semi privat** meliputi : ruang pemeriksaan, ruang farmasi atau obat, ruang barang, ruang konsultasi, dan ruang pengolahan bahan pangan.
- C. **Area privat** berupa : ruang rawat sementara, kamar mandi, ruang staff atau karyawan, dan dapur susu. Pembagian ruang-ruang ini dirasa efisien untuk menjaga sirkulasi pengguna agar tetap nyaman dan mudah diakses (Neufert,2012).

Penyediaan elemen-elemen standar pada bangunan kesehatan penting seperti penyediaan ramp, sirkulasi udara alami, pencahayaan alami yang cukup, dan keberlanjutan (Ching,2014). Pada konteks Desa Kanigoro dengan iklim tropis dan kontur berbukit ini pentingnya penggunaan material yang sesuai, seperti batu kapur, bata ekspos, dan bambu dapat menjadi solusi ramah lingkungan sesuai dengan kearifan lokal (Rapopor, 1969). Pendekatan *community-based design* mampu menciptakan desain yang inklusif dan partisipatif, serta sebagai simbol kolaborasi masyarakat (Sanoff, 2000). Ruang terbuka seperti courtyard atau taman edukasi dapat menjadi ruang interaksi. Elemen visual juga dapat dituangkan dalam desain seperti mural edukatif, papan informasi gizi, dan dapur terbuka dapat menjadi daya tarik bagi masyarakat khususnya anak-anak.

E. Komponen Rumah Pelayanan Gizi

Rumah Pelayanan Gizi memiliki beberapa komponen, diantaranya; kader posyandu, tenaga gizi, serta perawat/bidan. Seluruh komponen yang ada dapat ditarik dari masyarakat sekitar yang berpotensi, tentunya dengan adanya pelatihan khusus. Kader menjadi aspek utama dalam sebuah Rumah Pelayanan Gizi, karena merekalah yang akan dominan menjadi pelaksana di dalamnya. Kader-kader ini biasanya terdiri dari lima hingga sepuluh orang pada masing-masing desa atau

kelurahan. Sedangkan tenaga gizi, perawat dan bidan menjadi supervisi yang memberikan bimbingan teknis, dan pelayanan medis di atas kader posyandu. Masyarakat di sini berperan sebagai penerima manfaat untuk meningkatkan derajat kesehatan keluarga (Kemenkes RI, 2011).

F. Hubungan Rumah Pelayanan Gizi dengan Program Nasional

Rumah Pelayanan Gizi atau Posyandu sebagai lembaga terdekat dengan masyarakat menjadikannya sebagai peran utama dalam pengumpulan data masyarakat untuk program nasional (Kemenkes RI, 2017). Data yang diperoleh berdasarkan hasil kunjungan rumah, penyuluhan, pencatatan, serta pelaporan yang mendukung kebutuhan program nasional. Dengan pendekatan keluarga, posyandu menjadi sarana efektif untuk meningkatkan jangkauan pelayanan hingga ke tingkat rumah tangga (Afifa & Setyowati, 2023).

Adanya Program Pencegahan Stunting Nasional, Rumah Pelayanan Gizi atau Posyandu berperan besar karena fungsi dan tujuannya berfokus pada hal tersebut (Bappenas, 2021). Posyandu juga sudah mulai terhubung dengan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) untuk memperkuat pencatatan secara digital (Kemenkes RI, 2020) sehingga pemerintah dapat dengan mudah memantau capaian program kesehatan secara *real time* berbasis data.

H. Dasar Hukum dan Kebijakan Pemerintah

1. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting yang menjadi hukum utama pelaksanaan program gizi nasional dengan penguatan intervensi gizi melalui pelayanan gizi berbasis masyarakat untuk mempercepat penurunan prevalensi stunting di Indonesia.
2. Pedoman Pelayanan Gizi Masyarakat 2022 menyatakan peran Rumah Pelayanan Gizi sebagai sarana edukasi, konseling, ruang sosial, dan intervensi gizi (Kemenkes RI, 2022).
3. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas, 2021) dalam dokumen “Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting 2021-2024” menyatakan perlunya pelayanan gizi di tingkat masyarakat.
4. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024

mengenai pentingnya status gizi masyarakat (Bappenas, 2020).

2.2 Pengertian Stunting

Menurut Kemenkes RI Tahun 2018, stunting merupakan permasalahan gizi kronis akibat asupan makanan yang tidak sesuai dalam pemenuhan kebutuhan gizi dalam kurun waktu yang cukup lama dan rentan terjadi terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yakni mulai dari janin hingga usia dua tahun. Seorang anak dikatakan stunting apabila tinggi badan tidak mencukupi atau berada di bawah minus dua standar deviasi dari kondisi normal seusianya, namun masih minimnya pengetahuan masyarakat terkait penyebab, dampak, dan pencegahannya (Zedadra, 2019). Indonesia menggunakan grafik pertumbuhan yang dibuat oleh *World Health Organization* (WHO) tahun 2005 sebagai acuan standar dalam mendiagnosis stunting (Candra, 2020). Hal ini memerlukan upaya pencegahan terutama pada ibu hamil untuk meningkatkan pengetahuan terkait pentingnya 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) anak.

Menurut UNICEF Tahun 1998, mengungkap beberapa fakta bahwa anak-anak yang mengalami stunting sebelum enam bulan cenderung lebih berat menjelang usia dua tahun. Hal ini mampu menurunkan produktivitas terutama dalam hal pendidikan dari anak-anak seusianya. Sedangkan pada anak stunting di usia lima tahun akan cenderung menetap sepanjang hidup.

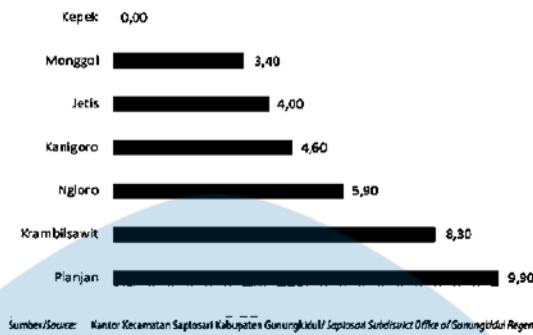
2.2.1 Faktor-faktor Stunting

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya stunting diantaranya :

1. Pola Pengasuhan yang Kurang Sesuai

Pentingnya pengetahuan seorang ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum, saat maupun sesudah kehamilan. Fakta menunjukkan 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapat ASI secara penuh dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu). MP-ASI seharusnya diberikan pada balita usia diatas 6 bulan sebagai pengenalan jenis makanan sekaligus penyokong perkembangan setelah ASI.

2. Keterbatasan Layanan Kesehatan



Gambar 2.3 Jarak ke Ibukota Kecamatan dari Desa

Sumber : Kantor Kecamatan Saptosari Kabupaten Gunungkidul 2023

Keterbatasan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh keterjangkauan terhadap wilayah. Dapat dilihat pada diagram bahwa jarak Desa Kanigoro dengan kecamatan mencapai 4,5 kilometer dengan jalan yang tidak selebar di kecamatan, sehingga kemungkinan pembuatan fasilitas tidak semudah yang direncanakan. Dengan kurangnya pelayanan kesehatan, 2 dari 3 ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi dan terbatasnya akses ke layanan pembelajaran dini.

3. Kurangnya Akses Makanan Bergizi

Menurut Riskesdas Tahun 2013, harga makanan bergizi di Indonesia tergolong tinggi daripada luar negeri sehingga kurang sesuai jika dibandingkan dengan pendapatan masyarakat menengah ke bawah.

4. Keterbatasan Akses Air Bersih dan Sanitasi

Data menunjukkan satu dari lima rumah tangga di Indonesia masih melakukan buang air besar di ruang terbuka, dan beberapa belum memiliki akses air minum bersih. Hal ini dapat meningkatkan penyakit infeksi yang mengakibatkan energi yang dimiliki tubuh teralihkan untuk melawan infeksi dan sulit diserap oleh tubuh.

2.2.2 Tanda dan Gejala Stunting

Tandan dan gejala kurang gizi pada anak, ibu hamil, perempuan, dan lansia menurut kemenkes RI :

A. Anak (balita <5 tahun / masa 1000 HKP) :

1. Tinggi atau panjang badan lebih pendek dari standar usia
2. Proporsi tubuh tampak kecil atau kurus dibanding teman sebayanya
3. Pertumbuhan fisik lambat

4. Perkembangan gigi terlambat
5. Perkembangan motorik, kognitif, dan mental lebih lambat : kemampuan belajar, konsentrasi, daya ingat, dan performa sekolah dapat terganggu
6. Rentan infeksi, daya tahan tubuh menurun, sering sakit atau mudah sakit berulang
7. Terlihat lebih muda dari usia (wajah/tubuh)

B. Ibu Hamil / Calon Ibu / Perempuan Reproduksi :

1. Status gizi rendah atau kurang energi kronis (KEK) sebelum atau sesudah kehamilan
2. Anemia atau defisiensi zat besi/mikronutrien
3. Berat badan kurang ideal
4. Asupan gizi, kalori, protein tidak mencukupi

C. Perempuan (remaja/sebelum hamil)/ Ibu Menyusui :

1. Anemia atau kekurangan nutrisi
2. Pola makan buruk, kurang makan sayur /ibu-ibu kurang variasi makanan
3. Kondisi sanitasi/hygiene buruk (akses air bersih)

D. Lansia/Orang Dewasa dengan Risiko Malnutrisi :

1. Berat badan turun tanpa sebab yang jelas
2. Penurunan massa otot
3. Kekurangan energi dan protein kronis
4. Rendahnya daya tahan tubuh, sering sakit dan penyembuhan lama
5. Stamina lemah, mudah lelah
6. Risiko osteoporosis atau keropos tulang jika asupan nutrisi makro dan mikro buruk
7. Penurunan fungsi fisik dan mobilitas

2.2.3 Dampak Stunting

Menurut World Health Organization (WHO) Tahun 2013, membagi dampak stunting dalam 2 hal, diantaranya :

D. Dampak Jangka Pendek

- 1) Peningkatan resiko penyakit dan kematian

- 2) Perkembangan tidak optimal dari segi perkembangan kognitif, motorik, hingga verbal
 - 3) Peningkatan pada biaya kesehatan
- E. Dampak Jangka Panjang
- 1) Proporsi tubuh yang tidak sesuai standar
 - 2) Potensi risiko obesitas dan penyakit lainnya
 - 3) Penurunan kesehatan reproduksi
 - 4) Produktivitas pendidikan dan kapasitas kerja tidak optimal

Prosedur Penanganan Stunting

Berdasarkan pedoman Kementerian Kesehatan RI mengenai Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif pada Pencegahan Stunting, serta kebijakan nasional penurunan angka stunting pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Kemenkes RI, 2018-2023), kegiatan penanganan stunting secara umum terbagi menjadi tiga kelompok utama, yaitu :

1) Deteksi Dini dan Diagnosa Masalah Gizi

Kegiatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi anak berisiko stunting maupun sudah mengalami stunting, meliputi :

- a. Penimbangan dan Pengukuran > Penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan, pengukuran lingkaran lengan atas, dan pencatatan ke KMS/e-PPGBM



Gambar 2.4 Penimbangan Anak

Sumber : <https://www.pasbana.com/2023/01/313737-timbangan-bayi-antropometri-akan-lengkapi-layanan-di-posyandu.html>

- b. Interpretasi Status Gizi > Menilai grafik pertumbuhan berdasarkan standar WHO untuk menentukan kondisi gizi (gizi baik, gizi buruk, wasting, stunting)
- c. Skrining Faktor Risiko > melihat riwayat kehamilan ibu (anemia, KEK), pola pemberian ASI/MP-ASI, sanitasi dan akses air bersih, serta status sosial ekonomi keluarga

2) Intervensi Penanganan Stunting

Intervensi terdiri dari intervensi gizi spesifik, intervensi gizi sensitif, dan intervensi medis apabila diperlukan, mencakup :

A. Intervensi Gizi Spesifik

1. Intervensi Ibu Hamil > Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet, pemantauan KEK (LILA < 23,5 cm), suplementasi gizi apabila diperlukan, serta edukasi gizi seimbang.
2. Intervensi pada Bayi usia 0-6 bulan > Inisiasi Menyusui Dini (IMD), ASI eksklusif, serta konseling laktasi.
3. Pemberian MP-ASI bergizi seimbang (prioritas protein hewani), makanan tambahan lokal untuk balita gizi kurang/stunting, serta pemberian suplemen vitamin A bisa diperlukan

Pemenuhan Gizi Usia 6 – 24 Bulan

Melanjutkan pemberian ASI disertai Makanan Pendamping ASI (MPASI)



Bayi 6 - 8 Bulan

DISARING

Makanan dibuat dengan disaring. Tekstur makanan lumat dan kental. **Kebutuhan cairan:** 800 ml/hari (± 3 gelas belimbing).

- Lanjutkan menyusui.
- Berikan 2 - 3 sdm bertahap hingga 1/2 mangkuk berukuran 250 ml (125 ml) setiap kali makan.
- Berikan 2 - 3 kali makanan utama dan 1 - 2 kali makanan selingan setiap hari.
- Jumlah energi dari MPASI yang dibutuhkan per hari 200 kkal.



Bayi 9 - 11 Bulan

DICINCANG

Bahan makanan sama dengan untuk orang dewasa. Tekstur makanan dicincang. Perhatikan respons anak saat makan.

- Lanjutkan menyusui.
- Berikan 1/2 - 3/4 mangkuk ukuran 250 ml (125 - 200 ml) setiap kali makan.
- Berikan 3 - 4 kali makanan utama dan 1 - 2 kali makanan selingan setiap hari.
- Jumlah energi dari MPASI yang dibutuhkan per hari 300 kkal.



Bayi 12 - 23 Bulan

MASAK BIASA

Bahan makanan sama dengan untuk orang dewasa. Tekstur makanan yang diliris-iris. Perhatikan respons anak saat makan. **Kebutuhan cairan:** 1.300 ml/hari (± 5 gelas).

- Lanjutkan menyusui hingga 2 tahun atau lebih.
- 3/4 - 1 mangkuk ukuran 250 ml setiap kali makan.
- Berikan 3 - 4 kali makanan utama dan 1 - 2 kali makanan selingan setiap hari.
- Jumlah energi dari MPASI yang dibutuhkan per hari 550 kkal.

Gambar 2.5 Poster MP-ASI

Sumber : <http://www.dinkes.semarangkota.go.id/karanganyar/post/2534>

B. Intervensi Gizi Sensitif

1. Perbaikan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
2. Ketahanan Pangan Keluarga > akses pangan bergizi, dapur sehat, dan kebun gizi desa



Gambar 2.6 Pola Makan Seimbang

Sumber : <https://kalam.umi.ac.id/course/info.php?id=10218&lang=en>

3. Pendidikan Keluarga dan Parenting > edukasi pola asuh, dan pengasuhan responsif

C. Intervensi Medis (Klinis)

1. Tata Laksana Gizi Buruk > terapi diet sesuai pedoman, pemberian pengobatan infeksi penyerta, dan pemantauan ketat.
2. Rujukan ke Fasilitas Kesehatan > bila kondisi tidak membaik, dan terdapat komplikasi medis.

3) Rehabilitasi dan Pemulihan

1. Pemulihan Pertumbuhan > pendampingan intensif pemberian MP-ASI, PTM tambahan sesuai rekomendasi tenaga kesehatan, dan monitoring setiap 2 minggu
2. Edukasi Orang Tua > pola pemberian makan, kebiasaan higienis, dan perawatan kesehatan anak.
3. Pemantauan Berkala > penimbangan dan pengukuran, pemantauan perkembangan

4. Kunjungan Rumah > Oleh kader terhadap anak dengan risiko tinggi, anak yang tidak datang ke posyandu, dan kasus stunting berat



Gambar 2.7 Contoh Kunjungan Kader ke Rumah Warga

Sumber :

<https://damarsari.kendalkab.go.id/kegiatan/detail/NGNIdEgyWWRXMFBFMmNhZWovK3NBUT09/kunjungan-rumah-oleh-kader-posyandu.html>

2.3 Desa Kanigoro, Kecamatan Saptosari

Desa Kanigoro merupakan salah satu desa di Kecamatan Saptosari, Kabupaten Gunungkidul dengan topografi perbukitan karts dengan luas wilayah sekitar 1.456 hektare. Secara administratif, desa ini terdiri dari 10 padukuhan, diantaranya Padukuhan Bengkak, Gebang, Gedangklutuk, Kanigoro, Klumpit, Kranon, Mendak, Ngresik, Sawah, dan Widoro. Berdasarkan data kependudukan terbaru, jumlah penduduk mencapai 7.109 jiwa dengan mata pencaharian utama sebagai petani, nelayan, dan usaha kecil di sektor pariwisata pantai. Klasifikasi penduduk terbagi menjadi 3.552 laki-laki dan 3.557 perempuan. Lokasi dengan curah hujan tidak merata ini menyebabkan masyarakat bergantung pada ketersediaan air hujan yang mendukung ketahanan lingkungan dan produktivitas masyarakat (Pemkab Gunungkidul, 2022). Secara geografis, Desa Kanigoro memiliki hutan seluar $\pm$ 360 hektare sehingga tergolong desa terpencil. Jarak Desa Knigoro ke ibu kota kecamatan sekitar 5,70 km sedangkan ke ibu kota kabupaten sekitar bisa mencapai 26,80 km.

2.3.1 Data Kecamatan Saptosari dan Desa Kanigoro

Tabel 2.5 Jumlah Penduduk Kecamatan Saptosari

NO	DESA	JUMLAH PENDUDUK				
		L	%	P	%	L + P
1	Krambilsawit	3.301	50,27%	3.266	49,73%	6.567
2	Ngloro	1.689	49,16%	1.747	50,84%	3.436
3	Jetis	2.707	49,87%	2.721	50,13%	5.428
4	Kepek	3.146	49,09%	3.644	50,91%	7.158
5	Monggol	2.468	49,43%	2.525	50,57%	4.993
6	Kanigoro	3.514	49,09%	3.644	50,91%	4.993
7	Planjan	3.179	48,96%	3.314	51,04%	6.493
	JUMLAH	20.004	49,53%	20.382	50,47%	40.386

Sumber : Data Agregat Kependudukan Kabupaten Gunungkidul Tahun 2024

Berdasarkan **tabel 2.5** Jumlah Penduduk Kecamatan Saptosari, Desa Kanigoro menempati urutan kelima terbanyak yakni 7.158 jiwa yang terdiri dari laki-laki 3.514 jiwa dan perempuan 3.644 jiwa. Persentase penduduk perempuan yang lebih tinggi menunjukkan potensi kasus stunting. Kondisi tingginya jumlah penduduk ini menjadi faktor penting pemerintah dalam menentukan prioritas pembangunan dan penempatan fasilitas kesehatan untuk jangka panjang. Berdasarkan Data Profil Kesehatan Kabupaten Gunungkidul Tahun 2023, Desa Knaigoro, Kecamatan Saptosari menghadapi tantangan prevalensi stunting yang cukup tinggi akibat konsumsi pangan yang kurang beragam dan akses layanan gizi yang terbatas. Tingginya populasi penduduk memiliki potensi risiko peningkatan kasus stunting jika tidak diimbangi dengan upaya pencegahan berkelanjutan.

Tabel 2.6 Jumlah Kepala Keluarga Kecamatan Saptosari

NO	DESA	JUMLAH PENDUDUK				
		L	%	P	%	L + P
1	Krambilsawit	1.844	87,52%	263	12,48%	2.107
2	Ngloro	1.023	92,16%	87	7,84%	1.110
3	Jetis	1.564	86,99%	234	13,01%	1.798
4	Kepek	1.715	92,25%	144	7,75%	1.859
5	Monggol	1.482	84,06%	281	15,94%	1.763
6	Kanigoro	2.096	86,11%	338	13,89%	2.434
7	Planjan	1.954	83,50%	386	16,50%	2.340
	JUMLAH	11.678	87,08%	1.733	12,92%	13.411

Sumber : Data Agregat Kependudukan Kabupaten Gunungkidul Tahun 2024

Berdasarkan **Tabel 2.6** Jumlah Kepala Keluarga Kecamatan Saptosari, Desa Kanigoro memiliki 2.434 Kepala Keluarga yang terdiri dari 2.096 k keluarga laki-laki, dan 338 kepala keluarga perempuan. Jumlah kepala keluarga yang cukup tinggi ini mengindikasikan kepadatan penduduk yang signifikan sehingga pentingnya perencanaan sosial dan ekonomi untuk kesejahteraan masyarakat, hal ini menjadi potensi sasaran utama berbagai program pemberdayaan terutama di bidang kesehatan (Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Gunungkidul, 2024).

Tabel 2.7 Rasio Ketergantungan Kecamatan Saptosari

NO	DESA	JUMLAH PENDUDUK			RASIO
		ANAK	PRODUKTIF	TUA	
1	Krambilsawit	1.242	4.304	1.021	52,58
2	Ngloro	621	2.280	535	50,70
3	Jetis	987	3.601	840	50,74
4	Kepek	1.073	4226	1.012	49,34
5	Monggol	880	3.283	830	52,09
6	Kanigoro	1.377	4.661	1.120	53,57
7	Planjan	1.121	4.299	1.073	51,04
JUMLAH		7.301	26.654	6.431	51,51

Sumber : Data Agregat Kependudukan Kabupaten Gunungkidul Tahun 2024

Berdasarkan **Tabel 2.7** Rasio Ketergantungan Kecamatan Saptosari Tahun 2024, Desa Kanigoro memiliki total penduduk 1.377 usia anak-anak, 4.661 usia produktif, dan 1.120 usia tua dengan rasio ketergantungan 53,57%. Hal ini berarti setiap 100 jiwa usia produktif menanggung 54 jiwa yang belum atau tidak bekerja (anak-anak dan lansia). Data ini menunjukkan bahwa separuh populasi di Desa Kanigoro bergantung pada usia produktif (Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Gunungkidul, 2024). Hal ini bersinggungan dengan masalah ekonomi keluarga yang dititikberatkan pada usia produktif sehingga sering berdampak pada rendahnya kualitas asupan gizi.

Tabel 2.8 Jumlah Penduduk Menurut Pendidikan Terakhir Kecamatan Saptosari

NO	DESA	JUMLAH PENDUDUK DENGAN PENDIDIKAN TERAKHIR									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Krambilsawit	2.585	672	1.604	1.160	472	12	15	44	3	-
2	Ngloro	1.313	344	637	797	292	8	10	32	2	1
3	Jetis	1.344	428	1.221	1.337	828	30	37	192	11	-
4	Kepek	1.921	505	1.854	1.326	558	13	15	103	6	-
5	Monggol	1.565	357	1.336	1.249	424	8	8	45	1	-
6	Kanigoro	3.405	830	1.270	1.059	503	12	17	60	2	-
7	Planjan	2.286	485	1.931	1.198	520	6	9	58	-	-
JUMLAH		14.429	3.621	9.853	8.126	3.597	89	111	534	25	1

1 = tidak / belum sekolah	6 = Diploma I / Diploma II
2 = tidak tamat SD	7 = Diploma III
3 = tamat SD	8 = Strata I
4 = tamat SLTP	9 = Strata II
5 = tamat SLTA	10 = Strata III

(Data Agregat Kependudukan Kabupaten Gunungkidul Tahun 2024)

Berdasarkan **Tabel 2.8** Jumlah Penduduk Menurut Pendidikan Terakhir Kecamatan Saptosari Tahun 2024, sebanyak 3.405 penduduk di Desa Kanigoro tidak/belum bersekolah, 830 jiwa tidak tamat SD, 1.270 jiwa hanya tamat SD, 1.059 jiwa hanya tamat SLTP, 503 jiwa hanya tamat SLTA, 12 jiwa tamat Diploma I/II, 17 jiwa tamat Diploma III, 60 jiwa tamat Strata I, 2 jiwa tamat Strta II, dan jumlah tamat Strata III tidak diketahui. Data ini menunjukkan tingkat pendidikan di Desa Kanigoro ini masih relatif rendah dibanding standar nasional. Menurut Badan Pusat Statistik (BPS, 2023), tingkat pendidikan yang rendah di pedesaan berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam mengakses informasi kesehatan. Rendahnya pengetahuan seorang ibu mampu menjadi salah satu faktor kontribusi terhadap risiko stunting. Berdasarkan hasil penelitian UNICEF Indonesia Tahun 2023, keluarga dengan tingkat pendidikan rendah cenderung kurang memahami pentingnya intervensi dini.

2.4 Pendekatan Desain Sosiologi Arsitektur

2.4.1 Definisi Sosio-Arsitektur

Sosio-Arsitektur adalah pemahaman bahwa ruang digunakan, dirasakan, dan dimaknai secara sosial, serta dapat memfasilitasi aktivitas manusia (Lawson,2001). Dengan kata lain, ruang arsitektur dipahami sebagai bagian dari sistem komunikasi nonverbal yang mempresentasikan budaya dan kehidupan sosial penggunanya. Menurut Tanuwidjaja (2016), penerapan sosio-arsitektur di Indonesia sangat relevan untuk proyek berbasis komunitas, seperti fasilitas kesehatan, karena mampu mendorong interaksi sosial, dan pemberdayaan masyarakat lokal.

2.4.2 Prinsip Pencapaian Pendekatan Sosio-Arsitektur

Pendekatan Sosio-Arsitektur menempatkan manusia, perilaku sosial, dan konteks lingkungan sebagai pusat perancangan ruang. Melalui pendekatan ini, arsitektur tidak hanya dipandang sebagai objek fisik, tetapi juga sebagai ruang hidup yang memfasilitasi interaksi, membentuk identitas sosial, dan mendukung kesejahteraan komunitas. Lima aspek berikut menjadi dasar penerapan sosio-arsitektur dalam desain lingkungan binaan :

1. *Healing Environment* (Lingkungan Penyembuhan)

Healing environment menciptakan ruang yang mendukung pemulihan fisik, mental dan emosional. Ruang dirancang untuk meminimalkan stress, meningkatkan kenyamanan, dan memfasilitasi interaksi sosial yang positif. Pencahayaan alami, warna yang menenangkan, bentuk yang organik, kualitas udara yang baik, suara alam, hingga material alami menjadi bagian dari pengalaman multisensoris yang memulihkan (Nousiainen,2016).

2. Aksesibilitas dan Universal Desain

Aspek aksesibilitas memastikan setiap pengguna termasuk anak-anak, lansia, dan penyandang disabilitas dapat menggunakan ruang secara adil dan bebas tanpa hambatan. Prinsip universal desain dalam sosio-arsitektur menghilangkan batasan fisik maupun psikologis melalui jalur sirkulasi yang aman, ramp dan tangga yang sesuai standar, signage multisensorik, kontras visual, serta furniture

adaptif. Dalam pendekatan ini, ruang yang dapat diakses dengan mudah sama artinya dengan ruang yang mendukung partisipasi sosial secara menyeluruh (Story, Mueller & Mace, 1998).

3. Keterhubungan dengan Alam (*Nature-Based Design*)

Keterhubungan dengan alam menjadi bagian dari kebutuhan psikologis dan sosial manusia. Kehadiran vegetasi lokal, pencahayaan matahari, ventilasi alami, pemandangan ke ruang hijau, serta material organik tidak hanya memberikan ketenangan, tetapi juga membentuk perilaku ruang yang lebih terbuka dan sehat. Elemen alam membantu menurunkan tekanan psikologis, meningkatkan fokus, memperkaya interaksi sosial di luar ruangan, dan memperkuat rasa keterikatan terhadap lingkungan (Kellert & Calabrese, 2015).

4. Konteks Budaya (*Cultural Context & Local Wisdom*)

Konteks budaya mempengaruhi cara masyarakat berinteraksi, berkumpul, mengatur privasi, dan mengelola ruang komunal. Desain yang peka terhadap budaya menggunakan material lokal, bentuk arsitektur tradisional yang ditransformasikan, pola ruang yang mengikuti kebiasaan setempat, serta simbol-simbol visual yang memiliki makna kolektif. Kepekaan budaya juga berarti menghormati cara hidup dan hubungan sosial masyarakat (Proshansky, 1978).

5. Sosial Behavioral Architecture (*Arsitektur Perilaku Sosial*)

Aspek ini menjadi inti pendekatan sosio-arsitektur karena menekankan hubungan langsung antara perilaku manusia dan bentuk ruang. Arsitektur dipandang sebagai pemicu perilaku tertentu : bagaimana orang bergerak, kebebasan, kewaspadaan, serta dinamika sosial secara halus melalui bentuk, skala, tata ruang, sirkulasi, dan batas-batas ruang. Ruang yang terlalu sempit dapat meningkatkan stress, sementara ruang terbuka dengan titik pandang jelas akan mendorong rasa aman dan kedekatan sosial. Aspek ini menekankan pentingnya observasi perilaku pengguna, partisipasi masyarakat dalam desain, dan fleksibilitas ruang sehingga dapat menyesuaikan dengan perubahan kebutuhan sosial (Rapoport, 1997).

2.5 Studi Preseden Rumah Pelayanan Gizi

2.5.1 Studi Preseden Rumah Pemulihan Gizi Yogyakarta

Rumah Pemulihan Gizi ini berada di Jl. Mayjend Sutoyo No.32, Mantrijeron, Kec. Mantrijeron, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta 55143. Pengadaan fasilitas ini ditinjau dari urgensi angka stunting dan gizi buruk di Yogyakarta. Walaupun Yogyakarta termasuk wilayah dengan prevalensi stunting yang rendah, pemerintah tetap melakukan upaya untuk mencapai target eliminasi stunting di angka kurang dari 14%. Juga melihat gap pelayanan di fasilitas kesehatan yang mana puskesmas dan rumah sakit lebih fokus kepada pelayanan kuratif. Masyarakat perkotaan juga cenderung individualis sehingga memerlukan ruang sosial inklusif yang dapat memfasilitasi edukasi kelompok, dapur sehat, hingga layanan konsultasi.



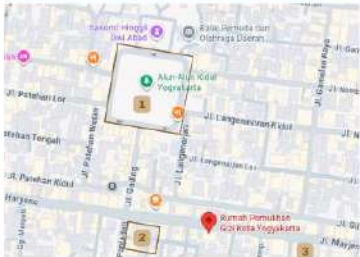
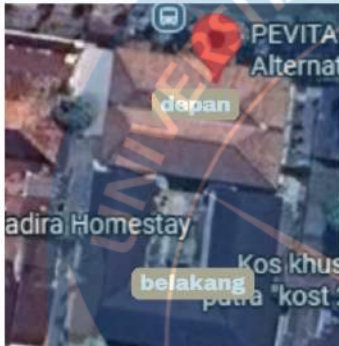
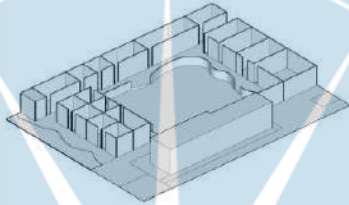
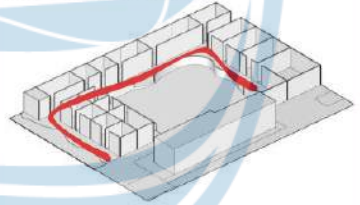
Gambar 2.8 Dokumentasi Survei

sumber : Survei pribadi Rabu, 08 Oktober 2025

Tabel 2.9 Analisis Bangunan Rumah Pemulihan Gizi

Analisis Bangunan Rumah Pemulihan Gizi Yogyakarta

Alamat : Jl. Mayjend Sutoyo No.32, Mantrijeron,
Kec. Mantrijeron, Kota Yogyakarta, Daerah
Istimewa Yogyakarta 55143

KONTEKS	FUNGSI	RUANG	GEOMETRI	PELINGKUP
 1 Berada di Selatan Alun-alun Selatan 2 Pasar Gading 3 KPRI Koperasi Guru Yogya Selatan  Bangunan Menjorok ke dalam dari jalan, sedangkan bangunan depannya berupa Perpustakaan Alternatif Jogja Selatan	  Rumah Pemulihan Gizi berada pada bagian belakang yang berfokus pada anak-anak melihat desain di dalamnya yang meriah dengan elemen-elemen yang disukai anak-anak	  A. Ruang Periksa B. Ruang Administrasi C. Ruang Karyawan D. Dapur E. Mushola dan Wudhu F. Dapur Susu G. Penyimpanan H. - I. Ruang Seminar J. Ruang Rapat K-L. Ruang Kelas M. Perpustakaan N. Taman Bermain O. Parkir	 Dilihat dari denah dan tampak atas yang ada, bangunan ini berbentuk segi empat dengan alur later U menahadap utara.  Terdapat beberapa bagian selasar yang memiliki geometri bergelombang, juga bentuk kanopinya. 	Desain eksterior bangunan berupa dinding bata yang didominasi warna hijau yang sesuai dengan konteks "pemulihan"   Muka ruang didominasi bukaan jendela yang lebar dan banyak sehingga pencahayaan baik

Sumber : Analisis Pribadi

Berdasarkan hasil analisis pada **Tabel 2.9**, bangunan Rumah Pemulihan Gizi hanya terdiri dari satu lantai dengan fungsi-fungsi ruang yang kompleks. Zoning tata ruang terlihat jelas dengan ruang publik di bagian depan, semakin ke dalam semakin semi privat. Seluruh ruang terjangkau sirkulasi koridor yang membentuk later U pada bangunan. Sepanjang muka ruangan terdapat banyak bukaan yang memudahkan akses cahaya dan sirkulasi udara yang masuk. Penempatan ruang pada denah terlihat efektif jika dikaji kedekatan antara ruang dapur dengan ruang seminar dan taman sehingga dapat berlangsung edukatif dan interaktif.

Dari sisi pelengkap, bangunan menggunakan penyelesaian sederhana yang terkesan ramah dengan lingkungan karena menggunakan warna dominan hijau. Desain bangunan ini menekankan keterjangkauan, hubungan visual dengan lingkungan sekitar, dan fleksibilitas ruang untuk aktivitas Rumah Pemulihan Gizi. Secara keseluruhan, bangunan ini sudah memenuhi fungsi dasar Rumah Pelayanan Gizi.

2.5.2 Studi Preseden Puskesmas Gondomanan

Puskesmas Gondomanan berlokasi di Jalan Ledok No.9, Prawirodirjan, Kec. Gondomanan, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta 55121. Wilayah Gondomanan merupakan salah satu kecamatan dengan kepadatan penduduk yang tinggi. Banyaknya kawasan permukiman padat, dan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dasar menjadikan perlunya pengadaan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mudah dijangkau, dan berfungsi tidak hanya sarana pengobatan, tetapi juga pusat promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

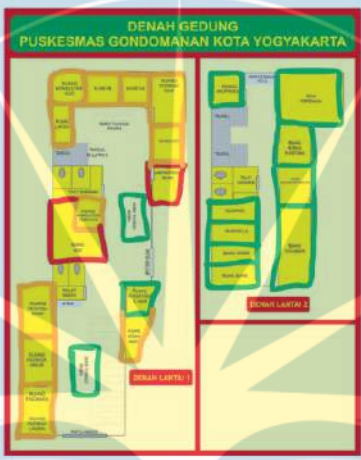
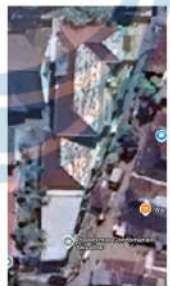


Gambar 2.9 Foto Kondisi Puskesmas Gondomanan
Sumber : google maps

Tabel 2.10 Analisis Bangunan Puskesmas Gondomanan

Analisis Bangunan Puskesmas Gondomanan

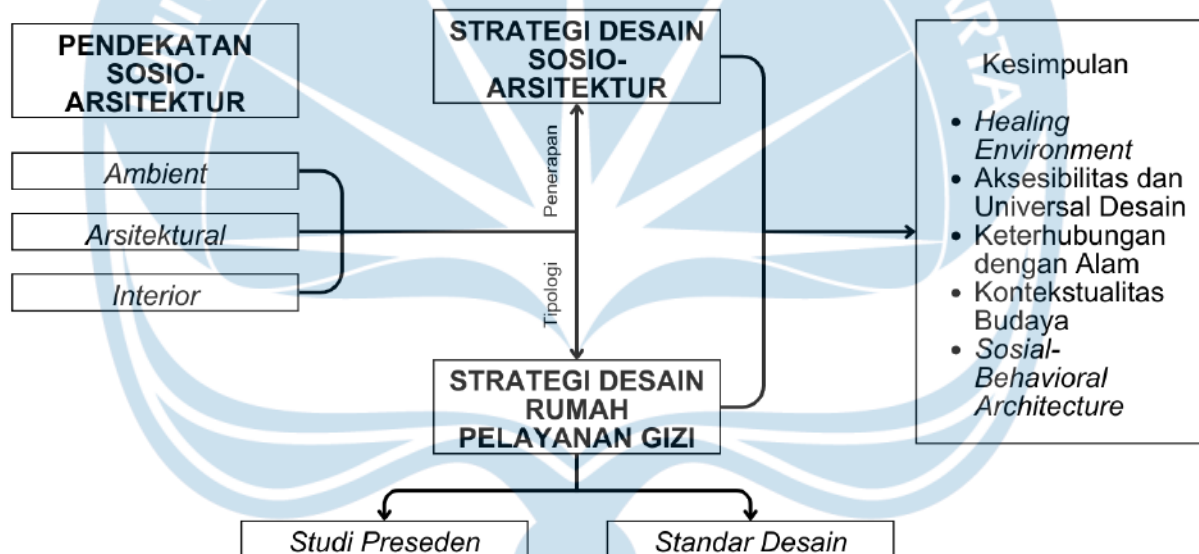
Jalan Ledok No.9, Prawirodirjan, Kec.
Gondomanan, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa
Yogyakarta 55121

KONTEKS	FUNGSI	RUANG	GEOMETRI	PELINGKUP
 1 Pojok Beteng Lor Wetan 2 Polsek Gondomanan 3 Kali Code  Puskesmas ini berada dalam lingkup perkampungan dekat bantaran Sungai Code	  Puskesmas Gondomanan berfungsi sebagai unit kesehatan masyarakat dalam skala kecil dengan sasaran target anak-anak dan ibu hamil, tetapi juga menyediakan pelayanan umum.	 • Zona publik: area pendaftaran, kasir, dan ruang tunggu pasien di dekat pintu masuk. • Zona semi publik: ruang konsultasi, ruang pemeriksaan, dan ruang gizi yang langsung berhubungan dengan area tunggu. • Zona privat: ruang administrasi, aula pertemuan, kepala puskesmas, dan ruang dapur di lantai dua.	 Lantai 1 memanjang ke belakang dengan ruang-ruang persegi  Lantai 2 berukuran lebih kecil tetapi lebih kompleks  Kanan dan kiri bangunan berupa akses sirkulasi kendaraan	 • Eksterior bangunan berupa dinding bata dengan cat berwarna hijau. • Muka bangunan hanya terlihat berupa gapura dan • atap terlihat berundak karena elevasi bangunan

Sumber : Analisis Pribadi

Kesimpulan yang didapat dari analisis pada **Tabel 2.10**, bahwa bangunan dirancang untuk memperhatikan fungsi pelayanan kesehatan dasar. Pembagian ruang terlihat jelas baik area publik, area pelayanan medis, dan area administrasi. Peletakan ruang pemeriksaan umum, ruang KIA, ruang gigi, dan farmasi berada pada jalur utama agar mudah diakses oleh pengunjung. Bentuk geometri bangunan menyesuaikan kondisi tapak yang memanjang dan padat, dengan orientasi menghadap jalan utama. Jika dilihat dari segi pelingkup dan konteks, Puskesmas Gondomanan ini menerapkan bangunan fungsional pada lingkungan urban padat di kawasan Kota Lama Yogyakarta.

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.9 Kerangka Teori
Sumber : Analisis Penulis, 2025