



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERITIK KELUARGA, BALITA DAN
KEPATUHAN DALAM BERKUNJUNG KE POSYANDU
DENGAN STATUS GIZI BALITA DI KELURAHAN
KOTA BARU ABEPURA JAYAPURA**

TESIS

FRANSISKA BITTIKAKA

NPM 080648338

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KARAKTERITIK KELUARGA, BALITA DAN
KEPATUHAN DALAM BERKUNJUNG KE POSYANDU
DENGAN STATUS GIZI BALITA DI KELURAHAN
KOTA BARU ABEPURA JAYAPURA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan**

**Fransiska Bittikaka
080648338**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JUNI 2011**

HALAMAN PENGESAHAN

**Hubungan Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan Dalam
Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota
Baru Abepura Jayapura**

**Telah disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program
Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Depok, 14 Juli 2011

Pembimbing I

Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, MA,pp.Sc.,PhD

Pembimbing II

Mustikasari, S.Kp., MARS

**Fakultas Ilmu Keperawatan
Program Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan Keperawatan Komunitas
Depok, Juli 2011**

Universitas Indonesia

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Fransiska Bittikaka
NPM : 00806483380
Peminatan : Ilmu Keperawatan Kekhususan Komunitas
Judul : Hubungan Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, MA,pp.Sc.,PhD ()

Mustikasari, S.Kp., MARS ()

Penguji 1 : Ety Rekawati, S.Kp., MKM ()

Penguji 2 : Ns. Nawang Puji Astuti, M.Kep, SpKom ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2011

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : FRANSISKA BITTIKAKA

NPM : 0806483380

Tanda Tangan :

Tanggal : 14 Juli 2011

HALAMAN PERSETUJUAN

Tesi ini diajukan oleh:

Nama : Fransiska Bittikaka

Program Studi : Magister Keperawatan Peminatn Keperawatan Komunitas

Judul Tesis : Hubungan Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura

Telah disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

DOSEN PEMBIMBING

Pembimbing 1: **Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, MA,pp.Sc.,PhD** ()

Pembimbing II: **Mustikasari, S.Kp., MARS** ()

Diteteapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas berkat dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan proposal tesis yang berjudul “Hubungan Karakteristik Keluarga dan Kepatuhan Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura”. Pada kesempatan ini, peneliti menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

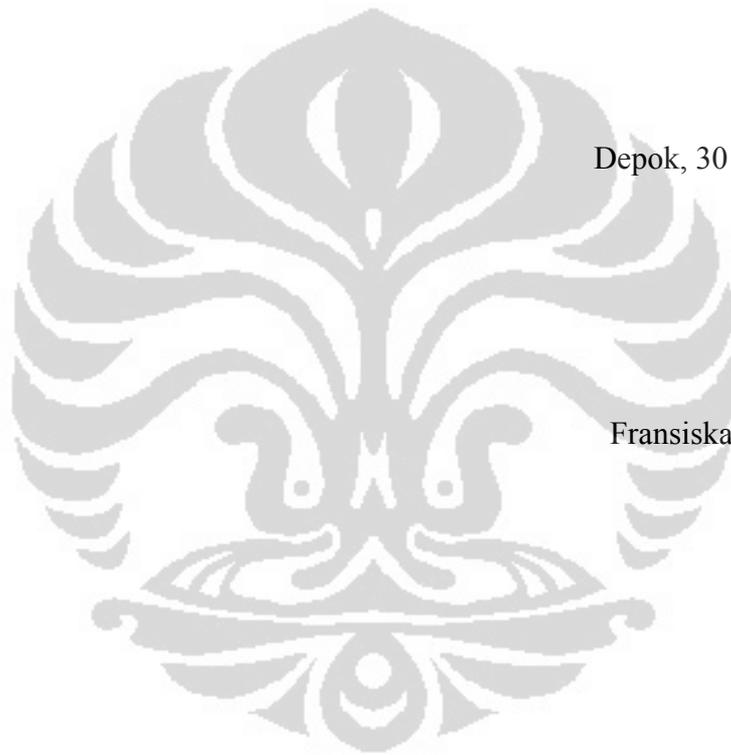
1. Dewi Irawati, MA., PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kep, MN selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., MApp.Sc., PhD, selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan memberikan banyak masukan serta arahan selama penyusunan proposal tesis.
4. Mustikasari, S.Kp, MARS, selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan arahan selama penyusunan proposal tesis.
5. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc, selaku Koordinator Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Pemerintah Daerah Provinsi Papua beserta jajarannya yang telah memberikan izin pelaksanaan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Abepura.
7. Staff non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah menyediakan fasilitas demi pelaksanaan penelitian.
8. Keluarga tercinta, kedua orang tua yang telah melahirkanku, suami dan anak-anakku tercinta yang selalu memberikan semangat, doa dan kasih sayang.
9. Kedua orang tua yang telah merawat dan membesarkanku almarhum P Tandirerung dan Almarhumah Dortje Tiku.
10. Rekan-rekan seangkatan, khususnya Program Magister Keperawatan Komunitas yang telah bersama saling membantu, dan saling mendukung.

11. Keluarga balita (responden) yang bersedia memberikan informasi pada penelitian ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu dan ikut berperan dalam penelitian ini.

Selanjutnya demi kesempatan dalam penyusunan tesis ini, penulis mengharapkan masukan, saran, dan kritik yang bersifat membangun. Semoga tesis ini dapat memberi manfaat dan menjadi amal jariyah. Amin .

Depok, 30 Juni 2011

Fransiska Bittikaka



Hubungan Karakteristik Keluarga dan Kepatuhan Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura

Hubungan Karakteristik Keluarga, Balita dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura

Fransiska Bittikaka¹, Junaiti Sahar², Mustikasari³, Ety Rekawati⁴

Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, 16424

Email sis_ppnu@yahoo.com.

ABSTRAK

Balita merupakan kelompok risiko yang mudah terkena masalah kesehatan diantaranya masalah gizi. Tujuan penelitian ini mengetahui hubungan karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura. Desain penelitian yang digunakan korelasi dengan pendekatan *cross sectional deskripsi*. Sampel keluarga balita dipilih 105 dengan metode sampel cluster. Analisis *chi-square* diperoleh: ada hubungan bermakna antara pendidikan, umur, dan pengetahuan keluarga dengan status gizi balita $p < 0,05$; tidak ada hubungan antara pekerjaan, pendapatan, etnis, jumlah, jenis kelamin, umur, dan riwayat kelahiran anak; dan kepatuhan keluarga dengan status gizi balita $p > 0,05$. Faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap status gizi balita adalah pengetahuan. Status gizi balita dipengaruhi oleh pengetahuan diikuti dengan umur, dan pendidikan keluarga. Perlu dikembangkan program pemberdayaan keluarga dengan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan pada ibu-ibu muda.

Kata kunci : karakteristik, keluarga, kepatuhan, balita, status gizi dan perawat.

ABSTRACT

The purpose of this research was to identify the correlation between family characteristics, children under five and compliance visiting integrated service station with nutritional status of children under five in Kota Baru Abepura Jayapura. This research was descriptive correlation method with cross sectional approach. Research' samples consist of of 105 people. Chi-square analyse were found significant correlation between age, education, and knowledge ($p < 0,05$). There is no correlation between employment, income, ethnicity, number of children, child age, gender of children, and birth history with nutritional status of children under five ($p > 0,05$). The most dominant factor effected the nutritional status of children under five is knowledge. Nutritional status of children under five were influenced by knowledging, followed family age and education. The family need to be invented by increasing knowledge of young mother.

Key words: Characteristic, family, compliance, children under five, nutritional status, nurses.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMANAN PERSETUJUAN	iv
HALAMANAN PENGESAHAN	v
HATA PENGANTAR	vi
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK BAHASA INGGRIS	viii
ABSTRAK BAHASA INDONESIA	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	7
1.3. Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1. Tujuan Umum	8
1.3.2. Tujuan Khusus	8
1.4. Manfaat Penelitian.....	9
1.4.1. Manfaat Pelayanan	9
1.4.2. Manfaat Perkembangan.....	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1. Konsep Risiko Tinggi (<i>At Risk</i>).....	11
2.1.1. Pengertian.....	11
2.1.2. Kelompok Risiko Tinggi.....	11
2.1.3. Karakteristik Kelompok <i>at Risk</i>	11
2.1.4. Karakteristik Kelompok Balita Dengan Risiko Masalah Kesehatan dan Gizi	12

2.2. Konsep Keluarga	13
2.2.1 Pengertian.....	13
2.2.2. Fungsi Keluarga	13
2.2.3. Karakteristik Keluarga	14
2.3. Konsep Kepatuhan	14
2.3.1. Pengertian.....	14
2.3.2. Teori Kepatuhan.....	15
2.3.3. Pengukuran Kepatuhan	20
2.4. Gizi dan Status Gizi Balita.....	22
2.4.1. Gizi.....	22
2.4.2. Status Gizi Balita.....	23
2.5. Kurang Gizi.....	28
2.5.1. Pengertian.....	28
2.5.2. Penyebab Dan Faktor Risiko.....	29
2.6. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan dan Gizi Balita.....	32
2.6.1. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan.....	32
2.6.2. Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita	36
2.7. Dampak Kurang Gizi	38
2.7.1. Dampak Terhadap Perkembangan Janin Dan Hasilnya Dikemudian Hari	38
2.7.2. Dampak Terhadap Organ Tubuh.....	39
2.8. Permasalahan Gizi Balita	40
2.9. Peran Perawat Komunitas Dalam Penatalaksanaan Gizi Balita.....	44

BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI

OPERASIONAL.....	47
3.1. Kerangka Konsep	47
3.2. Variabel Penelitian	48
3.3. Hipotesis Penelitian.....	49
3.4. Definisi Operasional Variabel	50

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	56
4.1. Desain Penelitian	56
4.2. Populasi dan Sampel	56
4.3. Tempat Penelitian.....	60
4.4. Cara Pengambilan Sampel.....	61
4.5. Waktu Penelitian	62
4.6. Etika Penelitian.....	63
4.7. Alat Pengumpul Data	64
4.8. Uji Instrumen	66
4.9. Prosedur Pengumpulan Data	68
4.10. Analisis Data	70
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	75
5.1. Analisis Univariat.....	75
5.1.1. Karakteristik Keluarga Dan Balita Yang Berkunjung Ke Posyandu ...	75
5.1.2. Distribusi Karakteristik Keluarga dan Anak	77
5.1.3. Kepatuhan Keluarga Berkunjung Ke Posyandu.....	77
5.1.4. Status Gizi Balita.....	78
5.2. Analisis Bivariat.....	78
5.3. Analisis Multivariat.....	82
BAB 6 PEMBAHASAN	87
6.1. Interpretasi Hasil Penelitian	87
6.2. Keterbatasan Penelitian	99
6.3. Implikasi Hasil Penelitian	99
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	102
7.1. Kesimpulan.....	102
7.2. Saran.....	102
DAFTAR PUSTAKA	105
LAMPIRAN	116

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kelurahan Kota Baru merupakan bagian pemekaran dari Kelurahan Hedam. Jumlah penduduk terakhir per Agustus 2010 adalah 10,185 jiwa yang terdiri dari 543 laki-laki dan 4,845 perempuan, tersebar dalam 10 RW dan 30 RT. Salah satu program kegiatan Kelurahan Kota Baru adalah Posyandu dalam rangka meningkatkan kesehatan dan status gizi balita.

Balita termasuk kelompok yang berisiko terkena suatu penyakit atau masalah kesehatan, diantaranya kurang gizi (*malnutrizi*). Populasi balita tidak banyak mengalami perubahan jumlah dalam empat tahun terakhir. Menurut badan pusat statistik (BPS) pada bulan Agustus (2010) terjadi sedikit penurunan populasi balita dari tahun 2007 sekitar 9,29% menjadi 9,27% pada tahun 2008, kemudian 9,23% pada tahun 2009 dan terakhir 9,21% pada tahun 2010.

Kelompok berisiko (*at risk*) adalah sekelompok orang yang memiliki peluang risiko terjadinya masalah kesehatan atau penyakit tertentu baik ada maupun tidak adanya faktor yang berkontribusi (Stanhope & Lancaster 2004; Clark, 1999). *Association of State and Territorial Health Offices (ASTHO)* (2008) mendefinisikan *at risk* berhubungan dengan faktor-faktor yang meningkatkan seseorang memperoleh suatu penyakit. Berdasarkan hal tersebut, maka kelompok risiko tinggi adalah kelompok yang memiliki peluang terjadinya sakit akibat faktor risiko yang menyertai.

Stone dalam McGuire, dan Eigsti (2002) menggambarkan karakteristik kelompok risiko tinggi menggunakan konsep epidemiologi faktor risiko yang berhubungan dengan masalah kesehatan, yaitu: perilaku atau gaya hidup, faktor lingkungan, dan faktor genetik. Ketiga faktor risiko tersebut memiliki enam karakteristik faktor risiko kesehatan yaitu: kebiasaan kesehatan, umur, biologi, kesehatan individu, gaya hidup dan lingkungan (Pender 2002, dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Balita sebagai kelompok risiko memiliki karakteristik mudah terpapar berbagai penyakit infeksi seperti batuk-pilek, TBC, malaria, campak, dll; gaya hidup (misalnya orang tua biasa memberikan makanan instan

atau susu botol tanpa memberikan air susu ibu (ASI); riwayat ibu gizi kurang, berpenyakit menular, penyakit diabetes melitus, dan perceraian), atau faktor lain (Stanhope & Lancaster, 2004). Disamping itu, pertumbuhan dan perkembangan balita terjadi dengan pesat, yang membutuhkan seluruh zat gizi seperti kalori, protein, vitamin seperti A dan D; mineral seperti zat besi dan tembaga (Jellife dan Jullife, 1989). Apabila kebutuhan zat gizi tidak dapat dipenuhi oleh tubuh, seseorang akan mengalami kurang gizi atau malnutrisi.

Kurang gizi diidentifikasi secara patologi sebagai akibat dari kekurangan atau kelebihan salah satu atau lebih zat gizi esensial yang dimanifestasikan dengan gejala klinis atau dideteksi melalui pemeriksaan biokimia, antropometri dan fisiologi (WHO, 1996), juga digambarkan sebagai terjadinya defisiensi beberapa zat gizi mikro yang dikarakteristikan dengan kekurangan energi protien berat, defisiensi mikronutrien, dalam rentang waktu tertentu, penyebab, umur, tuan rumah (*host*), dan penyakit infeksi (Shils *et al*, 2006).

WHO-NCHS (dalam Adisasmito, 2007; Depkes, 2006; Jellife & Jullife, 1989) mengklasifikasikan gizi kurang berdasarkan status gizi yang dinilai dengan berat badan menurut umur (BB/U), yaitu penilaian status gizi dengan membandingkan umur (bulan) dengan berat badan (gram); tinggi badan menurut umur (TB/U) yaitu tinggi badan (cm) berbanding umur (bulan); dan tinggi badan menurut berat badan (TB/BB) yaitu tinggi badan (cm) berbanding berat badan (gram) masing-masing dikali 100%.

The National Bureau of Asian Research (2008) melaporkan terdapat 3,6 juta anak dan ibu meninggal setiap tahunnya akibat gizi kurang. Pertumbuhan janin yang buruk, dan perkembangan *post natal* terlambat, defisiensi mikronutrien, dan pemberian ASI yang tidak optimal mengakibatkan 1/3 anak meninggal dan 11% menderita sakit dari total penduduk dunia. Laporan Viva News pada tanggal 12 Maret 2010 terdapat 54 % kematian di dunia akibat gizi kurang (<http://www.kapanmeneh.co.cc>), Indonesia sebagai peringkat ketujuh tertinggi anak dengan gizi kurang dari 7.6 juta anak di dunia (USAID 2010).

Riset kesehatan dasar (Riskesdas) nasional 2007 (dalam Depkes, 2008) melaporkan bahwa prevalensi nasional balita gizi buruk 5,4%, gizi kurang 13,0% dan telah mencapai target Rencana Pembangunan Jangka Menengah

Universitas Indonesia

Program Perbaikan Gizi 20%, dan target *Millenium Development Goals* pada 2015 18,5%, pada tahun 2025 9,5%. Namun, Papua merupakan salah satu dari 19 provinsi dengan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang diatas prevalensi nasional dengan rata-rata prevalensi gizi buruk di Provinsi Papua sebesar 16 % dan gizi kurang 28,9 %. Mayori (2005) menjelaskan bahwa pada bulan September 2003 terdapat 27,3 % balita menderita kekurangan gizi, menurun menjadi 14,3 % tahun 2005. Namun, pada tahun 2005 terdapat sekitar 69,883 jiwa yang menderita gizi buruk di Papua, 58 orang diantaranya meninggal dunia. Prevalensi kurang gizi tertinggi terdapat di Kabupaten Puncak Jaya 61,8 % terendah di Kabupaten Sorong 20,2 %.

Departemen Kesehatan Provinsi Papua (2006) melaporkan sebanyak 23 balita menderita gizi buruk yang mendapat sasaran perawatan telah mencapai target sebanyak 0,22% dari 23 balita. Angka tersebut masih dibawah target standar pelayanan minimal (SPM) kabupaten dan kota 100% balita gizi buruk mendapat perawatan pada tahun 2010 (Depkes, 2008). Posyandu Nauri Kelurahan Kota Baru (2010) melaporkan terdapat 14 % balita memiliki berat badan berada di bawah garis merah dan 0,16% orang anak berat badan berada di garis kuning dari 125 balita. Sementara Puskesmas Hedam pada tanggal 6 Januari 2011 melaporkan balita gizi kurang menurut standar WHO-NCHS (BB/U) sebanyak 0,1 % dari 568 balita yang aktif ditimbang pada 7 posyandu. Angka ini berada dibawah SPM kabupaten dan kota prevalensi gizi kurang Provinsi Papua 28,9%, Nasional 13,0%, (Risesdas 2007 dalam Depkes, 2008).

Penyebab kekurangan gizi ada tiga, yaitu penyebab langsung (*immediate*) diantaranya diit yang buruk dan penyakit, pemberian ASI dan MPASI yang tidak memadai dll; penyebab yang mendasari (*underlying cases*) diantaranya penyimpanan makanan, cara pemberian makan, sanitasi lingkungan, dll; penyebab utama (*basic cases*) kemiskinan, pendidikan wanita yang rendah, kerusakan lingkungan, dll (Gibney, 2005; Burger, 2004; Atmarita, 2005)

Sementara, faktor risiko kurang gizi pada balita, yaitu umur ibu, tinggi badan ibu, pendidikan ibu, praktek pemberian nutrisi (ASI eksklusif, pemberian susu botol, MPASI, gizi seimbang), persepsi ibu terhadap pertumbuhan anak, jumlah anak, jarak kelahiran, berat badan lahir rendah, BBLR, pendapatan

Universitas Indonesia

keluarga, umur, jenis kelamin anak, penyakit infeksi, kematian salah satu orang tua, tabu terhadap makanan (Lesiapetto *et al* ; 2010; Haidar J *et al*, 2005; Al Dabbagh dan Ebrahim (1994, dalam Jellife & Jullife, 1989) *International Union of Nutritional Scientists* 1977; PM. Shah dalam Jellife & Jullife, 1989: hlm: 454).

Kurang gizi berdampak terhadap pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan produktivitas generasi yang akan datang, anak mudah sakit atau berpengaruh terhadap beberapa organ, diantaranya: saluran pencernaan, pankreas, hati, ginjal, sistem hematologi, sistem kardiovaskular, sistem pernafasan, penyembuhan luka dan mengakibatkan kematian (Adisasmito 2007; Gipney *et al*, 2005; Arisman 2004; Bank Dunia, 2006 dalam Kemenkes 2010). Menurut Adisasmito (2007) untuk menciptakan sumber daya manusia yang sehat, cerdas dan produktif dimulai dari keluarga dengan asupan gizi dan perawatan yang baik; lingkungan keluarga yang sehat mencegah terjadinya penyakit infeksi. Di tingkat masyarakat, kebersihan lingkungan, ketahanan pangan keluarga, pola asuh terhadap anak, dan pelayanan kesehatan primer sangat menentukan dalam membentuk anak yang tahan gizi buruk.

Peran keluarga dalam memenuhi kecukupan gizi keluarga, yaitu membantu setiap anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan makan 3 kali sehari yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan oleh keluarga (Friedman, Browden, dan Jones, 2003) diantaranya pemberian ASI eksklusif sampai dengan umur 6 bulan, MPASI ketika anak berumur 6 bulan sampai dengan umur 24 bulan, memberikan makanan bergizi seimbang. Pemberian MPASI terbaik ketika anak berumur 6 – 24 bulan dan disertai pemberian ASI sampai dengan anak berumur lebih dari dua tahun (USAID, 2010). Namun, pada kenyataannya sekitar 40-55% anak umur tiga bulan telah mendapatkan formula disamping ASI dan MPASI, mengindikasikan bahwa kepatuhan ibu terhadap penatalaksanaan gizi anak masih kurang dan tidak sesuai dengan anjuran (WHO-UNICEF, 1999). Berhasil tidaknya keluarga meningkatkan status gizi balita tergantung pada kepatuhan keluarga dalam penatalaksanaan gizi balita.

Kepatuhan (*compliance*) adalah perilaku patuh atau disiplin individu mengikuti pengobatan, diet, merubah gaya hidup sesuai dengan saran dokter atau

Universitas Indonesia

kesehatan atau aturan yang berlaku untuk memenuhi kebutuhan (Hayness, Taylor, dan Sackett, 1979). Scoetzau *et al* (2002) melaporkan bahwa ada hubungan antara kepatuhan ibu terhadap penatalaksanaan gizi balita dengan umur anak, dimana ibu yang tidak menyapih anaknya setelah berumur 2 bulan memiliki kepatuhan lebih tinggi 76,3% daripada ibu yang menyapih anaknya sebelum berumur 2 bulan 49,4%. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan, yaitu: umur, pengalaman kerja, pengetahuan, sikap, umur anak, kepemilikan KMS, ketersediaan waktu, peran suami dan kader, status perkawinan, status kepegawaian, sarana-prasana, supervisi dan pelatihan (Wahyuni, 2003 dalam Guspiano, 2007; Maharsi, 2007). Perilaku kepatuhan ibu dalam penatalaksanaan gizi balita di Jayapura antara lain, ibu hanya memberikan ASI eksklusif sampai dengan empat bulan dan telah mendapatkan tambahan pada umur tersebut (4 bulan), balita disapih sebelum berumur 2 tahun akan berdampak terhadap tingginya angka status gizi kurang dan buruk (Tingginale, 2008).

Upaya perbaikan gizi balita yang telah dilakukan oleh pemerintah, antara lain revitalisasi posyandu, revitalisasi puskesmas, intervensi gizi dan kesehatan, promosi kesehatan sadar gizi, advokasi dan pendampingan, serta koordinasi dan peran lintas sektoral (Adisasmito, 2007; Syaiful, 2008). Direktorat Gizi Masyarakat (www.scrib.com) melaporkan bahwa upaya perbaikan gizi nasional telah dimulai sejak tahun 1980, yang diawali dengan berbagai survei dasar, kemudian disusun strategi dengan melibatkan berbagai sektor terkait.

Upaya perbaikan gizi balita agar berjalan secara maksimal, pemerintah menentukan indikator gizi balita dalam rencana strategi (Renstra) pembangunan 2010-2015, yaitu 100% balita gizi buruk mendapat perawatan, berat badan anak yang ditimbang naik 85%, balita yang mendapat ASI eksklusif sampai dengan enam bulan 80%, keluarga yang menggunakan garam beryodium 90%, ibu hamil mendapatkan Fe 85%, warga yang mengakses air bersih 67% dan kualitas air 100%, persediaan MPASI 100%. Disamping itu, program perbaikan gizi yang diproyeksikan sebesar 20%, dan target *Millenium Development Goals* sebesar 18,5% pada 2015, telah dapat dicapai pada 2007 (Kemenkes, 2010).

Tahun 1982 telah dilakukan upaya perbaikan gizi serta monitoring pertumbuhan melalui kegiatan posyandu (*health post*) yang dipusatkan di tingkat

Universitas Indonesia

kecamatan (Yahya dalam WHO, 2007). Posyandu sebagai tempat untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita 78,3%, dimana balita yang ditimbang secara rutin (4 kali atau lebih) berkisar antara 34,6 % sampai dengan 45,4% (Riskesda, 2007 dalam Depkes, 2008). Namun, pemanfaatan posyandu masih rendah, 72% dari 838 balita belum memanfaatkan posyandu karena pelayanannya kurang menarik, monoton dan tidak lengkap (Kresna dkk, 2008). Lebih lanjut, Riskesdas melaporkan sebanyak 27,3% RT memanfaatkan posyandu, 10% membutuhkan tapi tidak memanfaatkan, dan 62,5% tidak membutuhkan dengan alasan pelayanan posyandu tidak lengkap 49,6%, jauh 26%, dan tidak ada posyandu 24%. Sementara Kresna dkk (2008; Koto dan Hasan Basri, 2007) melaporkan penyebab kurangnya pemanfaatan posyandu yaitu ibu lupa jadwal posyandu, media promosi kurang, dan sikap kader posyandu yang kurang ramah. Menurut Octavia (2008) bahwa ada hubungan antara ibu yang aktif berkunjung ke posyandu dengan risiko terjadinya kekurangan protein (KEP) pada balita sebanyak 6,857 kali, sementara balita yang memiliki gizi baik sebesar 82 dari 164 balita (12-59 bulan).

Provinsi Papua termasuk salah satu dari 19 Provinsi memiliki cakupan penimbangan balita berada dibawah nasional 45,4% melakukan penimbangan lebih atau sama dengan 4 kali dalam enam bulan terakhir (Riskesda 2007 dalam Depkes, 2008). Namun Puskesmas Hedam melaporkan bahwa posyandu Onomi sudah tidak aktif berjalan sejak September 2010. Disamping itu. kegiatan posyandu hanya mencakup penimbangan balita, imunisasi, pendidikan kesehatan dan pemberian makanan tambahan.

Peran perawat kesehatan masyarakat dalam mengatasi masalah kurang gizi pada balita, yaitu: penasehat, pendidik, dan fasilitator (Lundy dan Janes, 2009). Sebagai penasehat pasien, meliputi lembaga pelayanan kesehatan untuk mendukung perawatan kesehatan terbaik bagi pasien; sebagai pendidik, mendidik klien mengenai ASI eksklusif, makanan pendamping ASI, MPASI, gizi seimbang, dll; sebagai fasilitator, memfasilitasi orang dan kelompok tentang isu dan kebutuhan nutrisi, menginisiasi perubahan positif melalui program spesifik, dalam hal ini adalah program perbaikan gizi balita.

Universitas Indonesia

Penelitian ini menggunakan teori kepatuhan Haynes, Taylor, dan Sackett (1979) sebagai kerangka konsep penelitian, dengan asumsi bahwa teori ini lebih berfokus kepada perilaku seseorang dalam bertindak, dalam hal ini perilaku ibu berkunjung ke posyandu dengan harapan memberikan dampak positif terhadap status kesehatan dan gizi anak balita.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti sebagai perawat komunitas tertarik melakukan penelitian tentang “ **Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Kepatuhan Dalam Berkunjungan Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura**”

1.2. Rumusan Masalah Penelitian

Mayori (2005) melaporkan bahwa prevalensi gizi kurang di Papua telah mengalami penurunan dari 27,3 pada tahun 2003 menjadi 14,3% pada tahun 2005. Namun pada tahun 2005 terdapat kasus gizi buruk sebesar 69,833 jiwa. Riskesdas 2007 (dalam Depkes, 2008) melaporkan rata-rata prevalensi gizi buruk di Provinsi Papua sebesar 16%, gizi kurang, 28,9%. Sementara, di Posyandu Nauri Kelurahan Kota Baru pada tanggal 19 Januari 2010 terdapat 14,4% orang anak mempunyai berat badan berada di bawah garis merah dan 1,6 % orang anak berat badan berada di garis kuning dari 125 balita (Laporan Kader Posyandu Nauri, 2009); 1,2 dari 568 balita gizi kurang balita yang aktif ditimbang di Kelurahan Kota Baru (Puskesmas Hedam, 2010). Angka ini berada dibawah SPM Kabupaten dan Kota, Provinsi Papua 28,9%, mendekati prevalensi gizi kurang nasional 13,0% akan tetapi berada diatas prevalensi gizi buruk nasional 4,5%, Provinsi Papua, 6,60%. Papua merupakan salah satu dari 19 Provinsi memiliki cakupan penimbangan secara nasional tinggi 45,4% melakukan penimbangan balita lebih atau sama dengan 4 kali dalam enam bulan terakhir. Riskesdas (2007, dalam Depkes, 2008), namun, masih ditemukan gizi buruk. Disamping itu, Posyandu Onomi sudah tidak aktif sejak September 2010 (Puskesmas Hedam, 2011).

Penyebab kurang gizi, antar lain diit yang buruk, cara pemberian makan; kemiskinan dan pendidikan wanita. Sementara perilaku kepatuhan ibu dalam penatalaksanaan gizi balita di Jayapura antara lain, ibu hanya memberikan ASI

eksklusif sampai dengan empat bulan dan telah mendapatkan makanan tambahan pada umur tersebut (4 bulan), balita disapih sebelum berumur 2 tahun, berdampak terhadap tingginya angka status gizi kurang dan buruk (Tingginala, 2008). Keadaan ini dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan anak, kecerdasan, dan produktivitas generasi yang akan datang, anak mudah sakit atau berpengaruh terhadap organ tubuh.

Beberapa hasil kajian riset sebelumnya, belum ada penelitian khusus yang mengkaji hubungan karakteristik keluarga dan kepatuhan ibu dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita. Sehingga belum diketahui dengan jelas faktor mana diantara kepatuhan ibu berkunjung ke posyandu yang paling berpengaruh terhadap status gizi balita, sedangkan hal tersebut sangat diperlukan untuk pengembangan intervensi keperawatan yang dapat berkontribusi terhadap status gizi balita di Indonesia, khususnya yang melakukan penimbangan di posyandu Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura. Oleh sebab itu, peneliti merumuskan masalah penelitian “ **Apakah ada hubungan karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura?**”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

1.3.2. Tujuan Khusus: teridentifikasi:

- 1.3.2.1. Karakteristik keluarga meliputi umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, pendapatan, etnis ibu, jumlah anak, yang berkunjung ke posyandu Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura
- 1.3.2.2. Karakteristik balita mencakup jenis kelamin, umur, dan riwayat kelahiran di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.3. Kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

Universitas Indonesia

- 1.3.2.4. Status gizi balita di posyandu Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.5. Hubungan kepatuhan keluarga dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.6. Hubungan umur keluarga dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.7. Hubungan pendidikan keluarga dan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura
- 1.2.2.8. Hubungan pengetahuan keluarga dengan status gizi di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.9. Hubungan status pekerjaan keluarga dengan status gizi di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.10. Hubungan pendapatan keluarga dengan status gizi balita dan kepatuhan berkunjung ke posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.11. Hubungan antara etnis keluarga dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.12. Hubungan jumlah anak dan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.13. Hubungan umur anak dengan status gizi di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.14. Hubungan jenis kelamin anak dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.15. Hubungan riwayat kelahiran anak menurut berat badan lahir dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 1.3.2.16. Faktor karakteristik keluarga dan kepatuhan berkunjung ke posyandu yang paling dominan berhubungan dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Pelayanan

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang hubungan karakteristik keluarga meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, etnis,;

Universitas Indonesia

karakteristik anak meliputi: umur, jenis kelamin, dan riwayat kelahiran; Kepatuhan berkunjung ke posyandu; dan status gizi balita. Manfaat aplikatif dari penelitian ini adalah memberikan gambaran bagi lembaga pelayanan kesehatan khususnya keperawatan komunitas dalam melakukan intervensi terhadap karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita. Bahwa dengan mengetahui karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan berkunjung ke posyandu, dapat dilakukan intervensi mulai dari keluarga serta dukungan dari institusi pelayanan kesehatan dengan melibatkan partisipasi masyarakat. Hasil penelitian ini dapat dipergunakan sebagai dasar menyusun program yang berkaitan dengan karakteristik keluarga, balita, dan kepatuhan berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita.

1.4.2. Manfaat Perkembangan Ilmu

Penelitian ini akan memberikan hasil yang menjadi dasar dalam pengembangan intervensi keperawatan komunitas terutama faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita. Hasil penelitian ini dapat dipergunakan dalam mengembangkan dan merancang asuhan keperawatan balita dengan masalah gizi di masyarakat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menjelaskan tentang beberapa konsep yang berhubungan dengan penelitian yang akan dilakukan, meliputi konsep risiko tinggi, konsep kepatuhan, konsep gizi, dan status gizi balita, kurang gizi, faktor yang mempengaruhi kepatuhan dan gizi balita, penatalaksanaan gizi, serta peran perawat komunitas dalam penatalaksanaan gizi balita.

2.1. Konsep *at Risk*

2.1.1. Pengertian

Association of State and Territorial Health Offices (ASTHO) (2008), mendefinisikan *at risk* berhubungan dengan faktor-faktor yang meningkatkan seseorang memperoleh/terkena suatu penyakit. Risiko merupakan faktor predisposisi terjadinya peningkatan penyakit (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.2. Kelompok *at Risk*

Kelompok *at risk* adalah sekelompok orang yang memiliki risiko terbesar terkena penyakit karena berbagai faktor risiko seperti paparan, gaya hidup, riwayat keluarga dan faktor lainnya (Allender & Spradly, 2005; Stanhope & Lancaster, 2004; Clark, 1999). Balita yang berisiko mengalami kurang gizi, diantaranya berat badan lahir rendah, karena sistem imunnya masih lemah, sehingga mudah terserang berbagai penyakit infeksi, tidak mendapatkan imunisasi, dll.

2.1.3. Karakteristik Kelompok *at Risk*

Karakteristik kelompok *at risk* digambarkan menggunakan konsep epidemiologi faktor risiko yang berhubungan dengan masalah kesehatan, yaitu: perilaku atau gaya hidup, faktor lingkungan, dan faktor genetik (Stone, McGuire, & Eigsti 2002). Ketiga faktor risiko tersebut memiliki enam karakteristik yaitu: a) kebiasaan kesehatan; b) usia; c) biologi; d) kesehatan individu; e) gaya hidup; dan f) lingkungan (Pender 2002, dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.4. Karakteristik Kelompok Balita Dengan Risiko Masalah Kesehatan dan Gizi

Faktor risiko yang mempengaruhi status kesehatan balita, baik sebelum dan setelah lahir meliputi: genetik, kesehatan ibu, pola perilaku kesehatan, dan kondisi lingkungan yang berdampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak serta kemampuan untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang memadai (Stone, McGuire, & Eigsti, 2002). Mengacu pada karakteristik *risiko tinggi (at risk)*, dapat disimpulkan bahwa faktor risiko kelompok balita mengalami kekurangan gizi, yaitu: kebiasaan orang tua, riwayat keluarga, faktor lain.

2.1.4.1. Kebiasaan (gaya hidup) Orang Tua

Kebiasaan orang tua yang berisiko terjadinya kekurangan gizi pada balita, diantaranya pemberian susu botol pada awal masa bayi (*International Union of Nutrition Scientist*, 1997 dalam Jellife & Jullife, 1989). WHO (2007) merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan, dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI yang kaya zat gizi sejak anak berusia enam bulan disertai dengan pemberian ASI sampai dengan usia dua tahun atau lebih. Anak yang mendapatkan ASI kurang dua tahun cenderung mengalami berat badan rendah (Lesiapeto *et al*, 2009), sedangkan anak yang mendapatkan ASI eksklusif gizinya lebih baik daripada anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif (Giashuddin, Kabir, dan Rahman, 2003 dalam Muaz *et al* 2010).

2.1.4.2. Riwayat Keluarga

Keluarga memiliki riwayat gizi kurang, berpenyakit menular, penyakit diabetes mellitus, dan perceraian. Keadaan ini berkontribusi terhadap berat badan lahir rendah sebagai risiko kekurangan gizi pada balita (Allender & Spradly, 2005; Sandjaya (2002; Jellife & Jullife, 1989).

2.1.4.3. Faktor Lain

Faktor lain sebagai risiko terjadinya kurang gizi pada balita yaitu sosial-ekonomi budaya mencakup pendidikan. Lesiapetto *et al* (2009), melaporkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan keterlambatan

Universitas Indonesia

pertumbuhan anak (pendek). Pendapat Lesiapetto *et al* bertentangan dengan pendapat Miller dan Rodgers (2009) yang melaporkan bahwa ada hubungan antara pendidikan ibu dengan status gizi balita, dimana 56% balita memiliki risiko status gizi kurang pada ibu dengan tingkat pendidikan rendah, dan hanya 40% pada ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi.

2.2. Konsep Keluarga

2.2.1. Pengertian

Keluarga dibentuk melalui suatu ikatan perkawinan, pertalian darah, atau adopsi dan tinggal didalam satu rumah (Friedman, 2003). Menurut Whall (1986, dalam Friedman, 2003) keluarga adalah suatu kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih mengidentifikasi dirinya dengan karakteristik tertentu, baik memiliki ataupun tidak memiliki hubungan sedarah atau ikatan secara hukum.

2.2.2. Fungsi Keluarga

Terdapat enam fungsi keluarga, yaitu memberikan kasih sayang (*provide affection*), memberikan perlindungan (*Provide security*), memberikan identitas (*instilling identity*), mempromosikan ikatan (*promoting affiliation*), memberikan sosialisasi (*providing socialization*), menetapkan pengawasan (*establishing control*) (Duvall & Miller, 1985 dalam Allender & Sradley, 2005). Keenan fungsi ini membantu meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga (Allender & Spadley, 2005). Untuk membantu meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga, keluarga akan berupaya memperbaiki gizi keluarga yang dimulai dari gizi ibu sejak kehamilan, melahirkan dan menyusui serta gizi balita. Sementara, Peran keluarga dalam memenuhi kecukupan gizi keluarga, yaitu membantu setiap anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan makan 3 kali sehari yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan oleh keluarga (Friedman., Browden, dan Jones, 2003), diantaranya pemberian ASI eksklusif anak sampai dengan usia 6 bulan, MPASI ketika anak berusia enam bulan dan dilanjutkan sampai dengan anak berusia lebih dari 24 bulan, memberikan makanan bergizi seimbang (WHO- UNICEF, 1999).

2.2.3. Karakteristik keluarga

Karakteristik keluarga yang sehat, ada 6, yaitu: a) proses fasilitasi interaksi diantara anggota keluarga (komunikasi); b) perkembangan anggota keluarga (pekerjaan, gaya hidup, budaya, kompeten, ketrampilan, perkembangan inteligensi); c) keefektifan struktur peran antara anggota keluarga yang satu dengan yang lain (tempat tinggal, agama, status perkawinan, pekerjaan orang tua); d) aktivitas pengambilan keputusan dalam menghadapi masalah (ketrampilan, penyakit, pengobatan, kematian anggota keluarga, waktu); e) lingkungan rumah yang sehat dan gaya hidup (kondisi rumah, suasana lingkungan keluarga, pelayanan kesehatan, perawatan); f) peraturan yang berkaitan dengan masyarakat atau perundangan-undangan (dukungan, ekonomi, politik, pengetahuan) (Becva Becvar, 2003; Friedman, Bowden, dan Johns, 2003; Parachin, 1997 dalam Allender & Spradley, 2005).

Dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga yang sehat, meliputi: umur, pendidikan, pengetahuan, ketrampilan, pekerjaan, status perkawinan, jenis kelamin, etnis, perilaku, penyakit, pelayanan kesehatan, ekonomi, lingkungan rumah, peraturan atau perundangan-undangan (Allender & Spadley, 2005).

2.3. Konsep Kepatuhan

2.3.1. Pengertian

Kepatuhan berasal dari kata sifat “patuh” artinya suka menuruti perintah, taat, disiplin. Kepatuhan berarti sifat patuh (Depdiknas, 2007). Sementara itu, Stanhope dan Lancaster (2004) mendefinisikan kepatuhan (*compliance*) sebagai proses perijinan yang memungkinkan untuk memenuhi kebutuhan. Senada dengan pendapat Depdiknas; Stanhope dan Lancaster; Raustiala dan Slaughter 2006 dalam Hoder (2010) mendefinisikan kepatuhan (*compliance*) sebagai suatu pernyataan konfirmasi (*comformity*) dan identitas (*identity*) antara perilaku pelaku (*actor's behavior*) dan suatu aturan tertentu (*specified rule*).

Kepatuhan (*Compliance*) merupakan salah satu alat ukur kualitas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada *Canadian council of health servive* (CCHSA), dan ISO900 yang merupakan sistem standar yang terdiri dari empat kategori untuk ISO900, yaitu: a) manajemen/bagian dari kepemimpinan; b)

Universitas Indonesia

proses dan perbaikan sistem; c) proses manajemen ; d) kontrol sistem dukungan kualitas. Sedangkan CCHSA terdiri dari: a) penguasaan (*governance*) dan kepemimpinan (*leadership*); b) sistem dukungan (*support system*); c) proses suhan keperawatan klien/pasien (*patient/client-care processes*); d) peningkatan kualitas layanan (*total quality improvement*); e) efektifitas kerangka kerja serta pengembangan alat ukur kualitas pelayanan mutu (Hibberd & Smith, 1999). Kepatuhan adalah perilaku seseorang dalam minum obat, mengikuti diit, atau perubahan gaya hidup. (Haynes, Taylor & Sackett, 1979).

Dengan demikian kepatuhan (*compliance*) adalah perilaku patuh atau disiplin individu mengikuti pengobatan, diit, merubah gaya hidup sesuai dengan saran dokter atau kesehatan berdasarkan peraraturan yang berlaku untuk memenuhi kebutuhan (Raustialia, Slaugter dalam Hoder, 2010; Stanhope & Lancaster, 2004; Depdiknas, 2007; Hibberd & Smith, 1999; Haynes, Taylor, & Sackett, 1979).

2.3.2. Teori Kepatuhan

Becker *et al* (dalam Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979) mengaplikasikan *health believe model* untuk mengembangkan perilaku kepatuhan ibu (gambar 1, hal: 17). Lebih lanjut Becker *et al* (dalam Haynes, Taylor, dan Sackett menjelaskan alasan pemilihan teori HBM dalam penerapan teori kepatuhan, yaitu bahwa individu akan dapat melakukan tindakan sesuai anjuran kesehatan tergantung pada persepsi individu mengenai: level kerentanan terhadap penyakit atau kondisi, derajat kegawatan akibat organisme atau sosial. Teori kepatuhan terdiri dari tiga (3) elemen utama, yaitu kesiapan untuk bertindak, faktor modifikasi dan pemicu, dan perilaku kepatuhan.

2.3.2.1. Kesiapan Bertindak

Diterminan langsung dari bertindak adalah adanya sikap kemauan. Sikap adalah determinan keyakinan individu tentang hasil yang berkontribusi terhadap keyakinan bertindak (*behavior beliefs*) dan diukur dengan menilai semua hasil atau kontribusi dari tindakan positif maupun negatif (Mantano & Kasparszyk dalam Glans, Rimer, dan Vismawanth, 2008). Perilaku adalah kesiapan untuk

Universitas Indonesia

melakukan tindakan yang langsung berdampak positif dan negatif didasarkan pada informasi yang diperoleh (Pender, Murdaugh, dan Parson, 2005). Kesiapan untuk bertindak terdiri dari, motivasi, persepsi terhadap ancaman atau kondisi penyakit, persepsi terhadap kemungkinan bahwa perilaku kepatuhan akan mengurangi ancaman (Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979). Sikap terhadap perilaku merupakan determinan utama dari keinginan, yaitu suatu fungsi dari keyakinan dengan fokus pada konsekuensi positif.

2.3.2.2. Faktor Modifikasi dan Pemicu

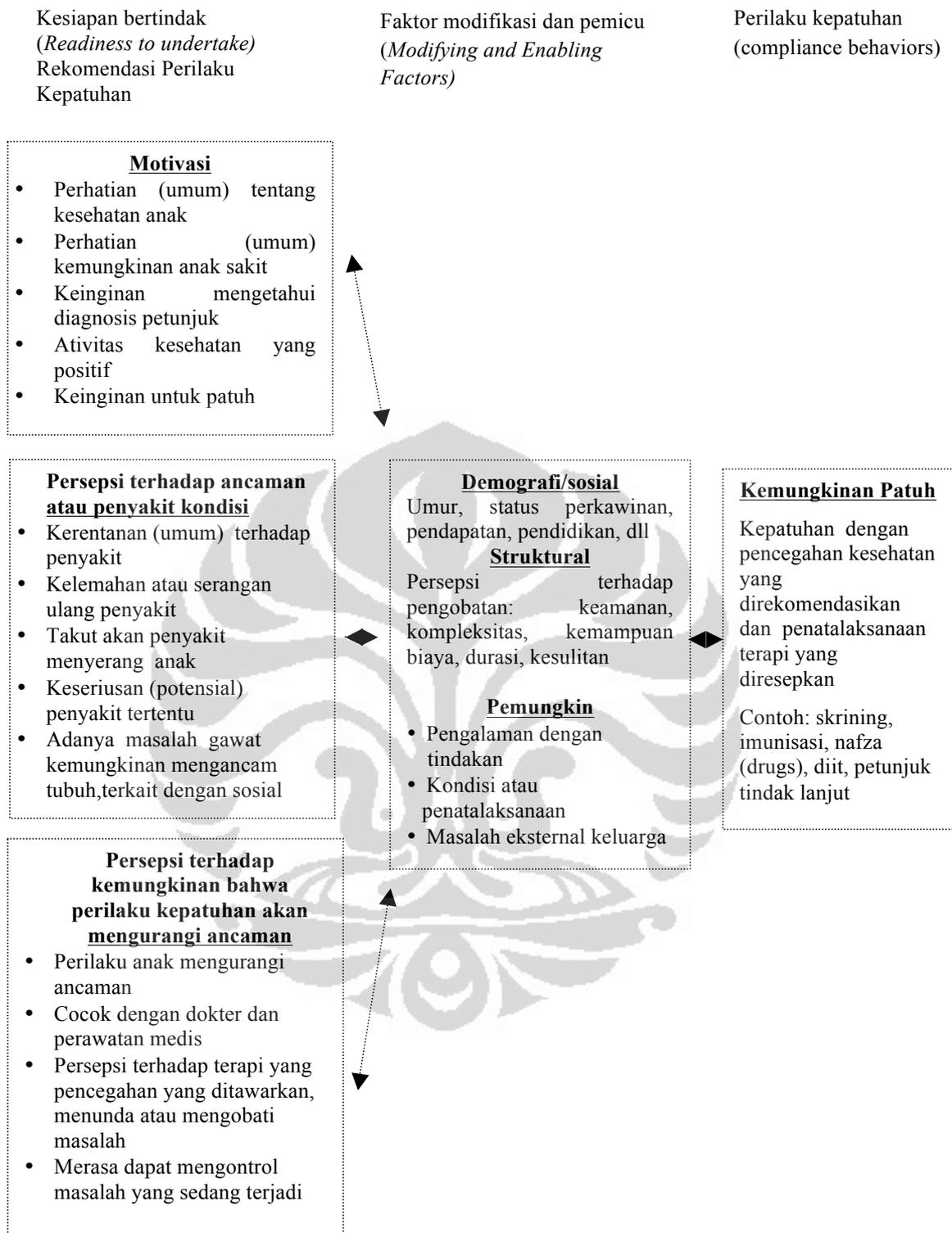
Faktor modifikasi dan pemicu perilaku kepatuhan, meliputi Sosialdemografi, struktural, dan pemungkin (Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979).

a. Sosial Demografi

Sosial demografi meliputi: umur, status perkawinan, pendapatan, pendidikan, jenis kelamin, (budaya: ras dan etnis), kebangsaan, pekerjaan, pengetahuan kesehatan, jumlah anak dalam keluarga, jumlah anggota keluarga (Pschtzau *et al*, 2009; Glans *et al* 2008; Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979).

b. Struktural

Menurut Pender, Murdaugh dan Parson (2005) variabel struktural terdiri dari pengetahuan tentang penyakit, yaitu fakta dan interpretasi informasi yang memungkinkan untuk memahami atau bermanfaat untuk melakukan tindakan pencegahan penyakit. Misalnya pengetahuan tentang tindakan, seperti: TBC dapat dicegah melalui pemberian imunisasi pada balita, skrining, pemberian makanan bergizi. Menurut Haynes, Taylor, dan Sackett (1979) struktural berupa persepsi terhadap pengobatan, meliputi: keamanan, kompleksitas, kemampuan biaya, durasi, kesulitan .



Gambar 1. Bagan Pengembangan perilaku kepatuhan ibu dari *Health Believe Model*
Sumber: Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979, hal: 80

c. Pemungkin

Faktor pemungkin (*enabling factor*) meliputi: ketrampilan dan sarana-prasarana untuk bertindak, seperti fasilitas perawatan kesehatan, personal, sekolah, jangkauan pelayanan kesehatan, biaya, jarak transportasi, waktu pelaksanaan, ketrampilan personal. kondisi atau penatalaksanaan pengobatan, masalah eksternal keluarga (Green, 1980; Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979).

2.3.2.3. Perilaku kepatuhan

Menurut Haynes, Taylor, dan Sackett (1979) diantara perilaku kepatuhan ibu terhadap pencegahan kesehatan yang direkomendasikan dan penatalaksanaan terapi yang diresepkan, yaitu skrining, imunisasi, nafza (*drugs*), diit, petunjuk tindak lanjut. Pender, Murdaugh, dan Parson (2005) melaporkan bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan nutrisi, yaitu biologi, psikologi, sosial, dan lingkungan.

a. Faktor biologi

Faktor biologi yang mempengaruhi pelaksanaan diit terdiri dari genetik, persepsi terhadap manfaat pelaksanaan praktek diit yang memungkinkan seseorang memilih makanan tertentu, penurunan rasa kecap di lida, penurunan dan peningkatan sekresi asam lambung, penurunan basal metabolisme dan pengaruh fisiologi.

b. Faktor psikologi

Faktor psikologi yang mempengaruhi pelaksanaan diit terdiri dari: motivasi; emosi; kebiasaan. Motivasi atau motif adalah suatu dorongan dari dalam diri seseorang yang menyebabkan orang tersebut melakukan tindakan tertentu untuk mencapai tujuan. Motif tidak dapat diamati, tetapi yang diamati adalah tindakan akibat motivasi (Notoatmodjo, 2010). Seseorang akan melakukan tindakan tertentu jika memiliki keinginan yang kuat untuk bertindak dan didukung dengan pengetahuan serta ketrampilan untuk melakukannya, tidak ada hambatan dari lingkungan, terjadi secara perlahan dan sedang berlangsung saat ini (Glans, Rimer, dan Vismawanth, 2008). Sebagai contoh, seorang ibu akan termotivasi

Universitas Indonesia

memperhatikan tentang kesehatan anak, memperhatikan tentang kemungkinan anak sakit, ada keinginan mengetahui diagnosis, petunjuk, aktivitas kesehatan yang positif, dan keinginan untuk patuh (Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979). Emosi yang mempengaruhi pelaksanaan diet antara lain depresi, harga diri rendah, kurang pengawasan diri, takut, frustrasi, perasaan tidak nyaman, anoreksia nervosa, bulimia.

c. Faktor sosial budaya

Faktor sosial budaya yang mempengaruhi pelaksanaan diet antara lain: a) moral dan masalah kesehatan seperti optimism; b) perilaku ambivalen terhadap perubahan keyakinan dan praktek pelaksanaan diet dari tenaga kesehatan, kerabat dan perawat anak, personal sekolah; c) masmedia; d) norma budaya; e) etnis dan latar belakang budaya; f) faktor lingkungan sebagai penghambat misalnya: kesulitan memperoleh makanan yang kaya akan zat gizi, biaya dan penambahan zat kimia pada makanan. Pernyataan tersebut didukung oleh hasil penelitian. Robert *et al* (2005) bahwa ibu hanya akan menggunakan kriteria grafik pertumbuhan anak untuk mengevaluasi pertumbuhan dan perkembangan anak, mengunjungi pelayanan kesehatan, jika anaknya sakit. Kebiasaan diet yang dialami oleh balita di Britania London, umumnya rendah Vitamin A, C, Besi, Seng, kurang mengkonsumsi ikan, buah dan sayuran.

Seharusnya orang tua membiasakan anak berperilaku positif terhadap nutrisi yang baik, baik di rumah maupun di luar rumah dengan membiasakan mengkonsumsi makanan yang kaya nutrisi seperti buah-buahan, sayuran dan makanan bervariasi sejak usia dini. Perilaku positif tersebut sangat baik karena buah, sayuran, ikan, daging kaya akan kalori dan zat gizi yang sangat diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak yang baik (Crawley, 2006).

d. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang mempengaruhi pelaksanaan diet terdiri lingkungan pendukung, misalnya tersedianya buah dan makanan segar, makanan yang telah distandardisasi dengan diberi label nilai zat gizi.

Universitas Indonesia

2.3.3. Pengukuran Kepatuhan

Salah satu indikator mutu hasil kualitas perawatan adalah kepatuhan petugas terhadap standar operasional prosedur (Gillis, 1994). Seseorang yang patuh atau taat berarti mengikuti anjuran atau aturan yang telah ditetapkan misalnya kepatuhan seorang penderita TBC mengkonsumsi obat TBC sesuai dengan jadwal, dosis dan cara minum obat. Sementara ketidakpatuhan ditandai dengan beberapa bentuk seperti menunda mencari bantuan kesehatan (pengobatan), tidak berpartisipasi dalam program kesehatan, melanggar kesepakatan, atau gagal mengikuti instruksi (Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979).

Tingkat kepatuhan (*compliance rate*) diukur dengan menggunakan formula *compliance* (Haynes, Taylor, dan Sackett (1979). Nilai hasil ukur tingkat kepatuhan “C” (*compliance*) antara 0% sampai dengan 100% ($0\% \leq C \leq 100\%$). Dikatakan patuh apabila nilai kepatuhan (*compliance*) ($75\% \leq C \leq 100\%$); tidak patuh apabila nilai kepatuhan ($0\% \leq C \leq 25\%$); cukup patuh apabila nilai kepatuhannya (*compliance*) ($26\% \leq C \leq 74\%$) (Gordies *at al*, dalam Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979). Kepatuhan seorang ibu berkunjung ke posyandu akan memberikan dampak positif terhadap status kesehatan dan gizi anaknya.

Formula perhitungan kepatuhan telah digunakan pada beberapa penelitian diantaranya efek distribusi kepatuhan terhadap uji terapi dimana *compliance* (kepatuhan) disingkat “C”, yaitu rasio dari jumlah dosis obat yang diminum pasien dibagi jumlah yang diresepkan bagi pasien, dan dinyatakan dalam bentuk prosentasi (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979: 297-298).

$$C = \frac{\text{Jumlah dosis obat yang diminum pasien}}{\text{Jumlah dosis obat yang diresepkan}} \times 100$$

Modifikasi lain dari aplikasi formula *compliance* seperti penelitian yang dilakukan oleh Gordil *et al* (199) mengenai terapi pencegahan penisilin oral pada anak dengan demam reumatik menggunakan formula:

$$C = \frac{\text{Hasil test utin positif (+)}}{\text{Test urin yang dilakukan}} \times 100 \%$$

Disamping itu, Roth *et al* (442) juga melakukan penelitian mengenai kepatuhan terapi antasida pada pasien dengan ulkus lambung menggunakan formula *compliance*, yaitu:

$$C = \frac{\text{Jumlah botol antacid yang dikonsumsi}}{\text{Jumlah botol antacid yang diresepkan}} \times 100 \%$$

Schoetzau *et al* (2002) mengkategorikan kepatuhan (*compliance*) kedalam tiga kategori: perilaku pencegahan tinggi, sedang dan rendah menurut rekomendasi gizi. Kepatuhan tinggi apabila ibu memberikan makanan anak setiap hari sesuai dengan rekomendasi gizi selama 1-16 minggu; kepatuhan sedang apabila ibu tidak melaksanakan semua protokol gizi yang dianjurkan bagi bayi, kurang dari 1-2 minggu selama 1-16 minggu; kepatuhan rendah jika ibu tidak melaksanakan protokol sesuai yang dianjurkan > 2 hari selama 1-16 minggu.

Berdasarkan konsep kepatuhan, maka penerapana formula *compliance* mengenai kepatuhan ibu berkunjung ke posyandu dapat diformulasikan sebagai berikut:

$$C = \frac{\text{Jumlah kegiatan posyandu yang diikuti}}{\text{Jumlah kegiatan posyandu yang harus diikuti}} \times 100\%$$

2.4. Gizi dan Status Gizi Balita

2.4.1. Gizi

2.4.1.1 Pengertian Gizi

Menurut Waryono (2010) gizi adalah makanan yang berfungsi sebagai sumber tenaga, zat pembangun (*energi*), dan zat pengatur yang mengandung zat gizi dan atau unsur- unsur/ikatan kimia yang dapat diubah menjadi zat gizi oleh tubuh, dan berguna bila dimasukkan ke dalam tubuh. Gizi adalah suatu proses dinamik mengenai nilai makanan, proses makanan, pencernaan, dan asimilasi makanan untuk nutrisi tubuh (Muaz *et al*, 2010). Sementara zat gizi (*nutrient*) adalah suatu substansi kimia baik yang terdapat didalam makanan, tepung, atau pil, atau cairan yang digunakan untuk pertumbuhan reproduksi dan penatalaksanaan kesehatan (Robert & Williams, 2000).

2.4.1.2. Klasifikasi Gizi

Gizi diklasifikasikan menjadi enam kategori, yaitu gizi yang mengandung zat gizi makro (*macronutrients*), seperti: karbohidrat, lemak, dan protein; dan zat gizi mikro (*micronutrients*), seperti: vitamin dan mineral (Robert & William 2000). Keenam zat gizi tersebut meliputi: karbohidrat, lipid (lemak), protein, vitamin, mineral dan air.

Karbohidrat mengandung karbon, hidrogen, dan oksigen tergabung dalam satu molekul yang dinamai gula dan sejumlah molekul lainnya. *lipid* (lemak dan minyak) mengandung karbon, hydrogen, dan oksigen sama seperti karbohidrat, tetapi kandungan oksigen dalam lipid sedikit.

Trigliserida merupakan bentuk umum dari makanan berlemak. Protein mengandung karbon, hidrogen dan oksigen, nitrogen dan atom sulfur (jumlah kecil) yang disebut asam amino. Vitamin adalah komponen organik yang dikatalisis atau mendukung berbagai reaksi kimia di dalam tubuh. Mineral adalah elemen inorganik yang berperan dalam reaksi metabolik dan sebagai penerimaan komponen jaringan tubuh, seperti tulang. Air sangat vital bagi tubuh sebagai cairan dan pelembab dan sebagai perantara zat gizi dan limbah.

Makanan sebagai sumber tenaga digunakan untuk bergerak diperoleh dari berbagai sumber makanan seperti: tepung (sagu, tapioca, maizena, terigu, dll);

Universitas Indonesia

umbi-umbian (ubi kayu, ubi jalar, talas, dll); kentang; gandum; padi; atau berupa makanan yang sudah jadi seperti nasi, bubur, roti, dan berbagai jenis kue.

Makanan sebagai zat pembangun, berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan sel serta menggantikan sel-sel yang rusak atau mati. Sumber makanan zat pembangun, diantaranya telur; ikan; daging (sapi, kambing, ayam, bebek, dll); tahu; tempe; kacang-kacangan; susu; dll).

Makanan sebagai zat pengatur bersumber dari sayuran dan buah. Ketiga jenis zat makanan tersebut harus selalu terkandung dalam makanan yang kita konsumsi agar tubuh kita dapat melakukan aktivitas dengan baik.

2.4.2. Status Gizi Balita

2.4.2.1. Pengertian Status Gizi

Status gizi balita, merupakan keadaan gizi balita yang diukur berdasarkan umur, berat badan dan tinggi badan yang disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversi ke dalam bentuk nilai (Z-score) (Depkes, 2006).

2.4.2.2. Penilaian Status Gizi Balita

WHO dalam Miller dan Rodgers (2009) menilai status gizi pada balita, menggunakan tiga alat ukur status gizi balita, yaitu berat badan lahir rendah (*low birt weight*), pendek (*shunting*), kurus/gizi kurang (*wasting*), sangat kurus/gizi buruk (*underweight*).

Setiap indikator ini memiliki aspek yang berbeda terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Ukuran berat badan lahir dipengaruhi oleh faktor endogen yang terjadi selama masa gestasi, meliputi: pengaruh genetik, gizi dan kesehatan ibu selama kehamilan. Pendek dan sangat kurus (gizi buruk) dipengaruhi oleh faktor eksogen yang terjadi setelah anak lahir, yaitu: paparan lingkungan, masukan gizi anak, penyakit, dan faktor lingkungan fisik (Puffer dan Serrano, 1973 dalam Miler dan Rodgers, 2009).

a. Berat badan lahir rendah

Menurut WHO (1950, dalam Miller and Rogers, 2009) yang dimaksud dengan berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram (sekitar 5.5 pon). Berat badan rendah/umur (BBLR) tidak dianalisis karena tidak dapat membedakan secara efektif antara jangka panjang dan jangka pendek serta menganalisis kurus dan kerdil.

b. Kurus dan pendek atau gizi kurang (*Shunting dan wasting*)

Kurus dan pendek merupakan indikator antropometri status nutrisi menurut tinggi, berat, usia, dan jenis kelamin (WHO, 1995 dalam Millers dan Rodgers, 2009). Pendek (*shunting*) adalah kegagalan untuk mencapai pertumbuhan yang optimal, diukur berdasarkan TB/U (tinggi badan menurut umur) (Menpan, 2007) dan merupakan indikator status nutrisi dalam jangka lama, memiliki dampak gangguan gizi kronik dan sering terkena penyakit (WHO, 1995 dalam Millers and Rodgers, 2009). Kurus (*wasting*) adalah kegagalan untuk mencapai pertumbuhan yang optimal, diukur berdasarkan BB/U (berat badan menurut umur) (Menpan, 2007).

Anak yang berat badannya berbading tinggi badannya lebih dari dua standar deviasi dibawah median standar internasional populasi anak dari jenis kelamin yang sama diklasifikasikan sebagai kurus. Kurus merupakan indikator status gizi jangka pendek, meliputi masukan nutrisi saat ini, masukan nutrisi yang tidak memadai dalam waktu singkat atau penyakit seperti diare yang mengakibatkan penurunan berat badan. Jadi apabila *Z.score* BB/TB kurang dari -2.0 anak dikategorikan sebagai kurus (WHO, 1995 dalam Millers dan Rodgers, 2009).

c. Sangat kurus atau gizi buruk (*underweight*)

Menurut WHO-NCHS (1983 dalam Depkes, 2006) balita yang sangat kurus sebagai gizi buruk yang perlu mendapat perawatan di rumah sakit.

2.4.2.3. Klasifikasi

WHO-NCHD dalam Adisasmito (2007) mengkategorikan status gizi yang dinilai dengan menggunakan ukuran antropometri: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) berdasarkan Z-nya (*relative deviasi*) terhadap nilai rata-rata, dari nilai Z dapat ditentukan standar deviasinya (SD). *Cut of point* untuk setiap status gizi adalah ± 2 SD dan status gizi $< - 3$ SD sebagai kurang gizi buruk. Klasifikasi lain menurut Waterflow, 1972, 1973 dalam Jellife dan Jullife (1989) dengan menggunakan istilah malnutrizi (kurang gizi), yaitu menurut berat badan ke tinggi badan, dan tinggi badan ke usia, sebagai berikut (Tabel 1, hal:28; gambar 2, hal: 29) berikut:

a. Berat badan menurut umur (BB/U)

1) Pengertian

Berat badan menurut umur yaitu penilain status gizi dengan membandingkan berat badan dalam gram dan umur dalam cm dikali 100 % (Jellife, Jullife, 1989). Menurut Sanjaya dkk (2009) BB/U merefleksikan massa tubuh relatif terhadap umur anak. BB/U yang rendah tidak selalu menandakan bahwa berat badan anak kurang. Kemungkinan penyebabnya adalah genetik anaknya pendek, sehingga dapat terjadi estimasi prevalensi gangguan gizi yang berlebihan apabila menggunakan indikator BB/U.

2) Karakteristik

(a) Gizi lebih apabila Z score > 2.0 SD , atau Z score $>$ dari $+ 2$ SD; (b) Gizi baik apabila Z score $- 2.0$ s.d $+ 2$ SD; (c) Gizi kurang apabila Z score $< - 2.0$ SD; (d) Gizi buruk apabila Z score < -3 SD Adisasmito, 2007 (Depkes, 2006: Sanjaya dkk, 2009).

b. Tinggi badan menurut umur (TB/U)

1) Pengertian

Tinggi badan menurut umur yaitu penilaian status gizi dengan membandingkan tinggi badan dalam cm dan umur dalam bulan dikali 100 % (Jellife & Jullife, 1989).

2) Karakteristik

- (a) Gizi normal apabila Z score -2 SD baku WHO-NCHS;
 (b) Pendek/shunted apabila Z score < -2 SD; (c) Sangat pendek apabila Z- score $< -3,0$.

Tabel 2. 1.
Klasifikasi status gizi menurut Waterflow (1972, 1973)

Deskripsi	Normal	Pendek	Kurus Gizi kurang)	Pendek kurus Gizi buruk)	Obesitas
BB/U	100	< 80	< 80	< 80	120
TB/U	100	< 90	100	< 80	100
BB/TB	100	100	< 80	< 80	120
Gejala	Proporsional	Kecil, proporsional lebih muda	Nampak seluruh badan kurus, kepala besar	Nampak Kecil, kurus sekali, kepala besar	Lipatan lemak di seluruh tubuh dan perut

Sumber: Matta, 1978 dalam Jellife & Jullife (1989; hal: 313)

c. Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB-PB)

1) Pengertian

Berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan (BB/TB-PB) yaitu penilaian status gizi dengan membandingkan berat badan dalam gram dengan tinggi badan atau panjang badan dalam centimeter dikali 100% (Jellife & Jullife, 1989).

2) Karakteristik

(a) Gemuk (gizi lebih) apabila Z score $> + 2.0$ SD; (b) Normal (gizi baik) apabila Z score $- 2.0$ s.d $+ 2.0$ SD ; \geq BB/TB-PB 80 %; (c) Kurus (*wasted*)/gizi kurang apabila Z score ≥ -3 SD - $< - 2$ SD; BB/TB-PB $\geq 70\%$; (d) Sangat kurus (gizi buruk) apabila Z score $< - 3.0$, tetapi mungkin $> 3-$ SD bila terdapat edema berat; BB/TB-PB $< 70\%$; (e) Berat badan lebih apabila Z score $+ 2.0 - + 3.0$ SD; (f) Obesitas apabila Z score $> + 3$ SD (Adisasmoito, 2007; WHO-NCHS, 1983 dalam Depkes, 2006; Sanjaya dkk, 2009).

d. Formula yang digunakan untuk proporsi tubuh (Jellife & Jullife, 1989), adalah:

$$\frac{\text{Bera badan (gr)}}{\text{Banjang badan atau tinggi badan (cm)}} \times 100$$

e. Interpretasi hasil

(a) Normal (baik) apabila nilainya diatas (80%); (b) Kurus (gizi kurang) apabila nilainya dibawah (80%); (c) Pendek apabila nilainya lebih (80%); (d) Kurus dan pendek (gizi buruk) apabila nilainya dibawa (80%).

		+ BB/TB (80%)	-
+		Normal	Kurus (P2)
TB/U 90%	-	Pendek (P3)	Kurus dan Pendek (P1)

Gambar 2: Klasifikasi status gizi berdasarkan berat badan, tinggi badan dan umur (diagram 2 x 2 modifikasi dari Waterflow, 1973 dalam Jellife & Jullife, 1989, hal: 313).

2.5. Kurang Gizi

2.5.1. Pengertian

Kurang gizi atau malnutrizi adalah suatu keadaan yang terjadi akibat ketidakadekuatan masukan makanan, peningkatan kebutuhan zat gizi (*nutrient*), penurunan penyerapan zat gizi dan/atau meningkatnya kehilangan zat gizi (Muaz *et al*, 2010). Kurang gizi adalah gangguan fungsi biologi berhubungan dengan ketidakadekuatan masukan, penyerapan, metabolisme, penyimpanan dan manfaat zat gizi meliputi energi protein mikronutrien (Nelson, Williams, dan Graham, 2005).

Muaz *at al*; Nelson, Williams, dan Graham, Menpan (2007) mendefinisikan malnutrizi atau kurang gizi adalah suatu keadaan yang meliputi kurang gizi makro dan kurang gizi mikro. Kurang gizi makro dulu disebut kurang kalori protein (KKP atau KEP). Sekarang KKP tidak dipakai lagi diganti dengan gizi kurang (*z score* BB/U < - 2 SD) dan gizi buruk (*z score* BB/U < -3 SD). Jadi gizi kurang merupakan pasangan dari gizi buruk, tidak lagi disebut KKP atau KEP karena tidak semata-mata kurang kalori dan protein tetapi juga kekurangan zat gizi mikro.

Kurang gizi merupakan suatu keadaan kekurangan zat gizi yang terus bertumpuk, dimana derajat keseimbangan yang absolut tersebut bersifat immaterial (Gibney *at al*, 2005). WHO menggunakan istilah malnutrizi untuk gizi kurang (*underntition*) dan gizi lebih (*over nutrition*). Gizi kurang (*undernutrition*) adalah suatu keadaan kurang makan ketika kebutuhan normal terhadap satu atau beberapa zat gizi tidak terpenuhi, atau zat gizi tersebut jumlahnya lebih besar daripada yang didapat (Menpan, 2007). Kurang gizi yang berat atau parah dikenal dengan istilah kekurangan energi protein (KKP) (Gibney (2004).

Kekurangan energi protein (KKP) terjadi apabila kebutuhan tubuh akan kalori, protein atau keduanya tidak tercukupi oleh diit (Arisma, 2004). Kekurangan energi protein berupa marasmus dan kwashiorkor dan marasmik-kwasirkor. Keadaan kurang gizi dalam konteks kesehatan masyarakat dinilai

dengan menggunakan statistik antropometri atau data yang berhubungan dengan mikronutrien yang ada dalam makanan, protein dan energy (Gigbey *et al*, 2005).

2.5.2. Penyebab dan Faktor Risiko Kurang Gizi

2.5.1.1. Penyebab

Penyebab kurang gizi pada anak-anak dan dewasa dibagi menjadi *immediate*, *underlying*, dan *basic cause* (Burger, 2004) (Gambar 3, hal: 30).

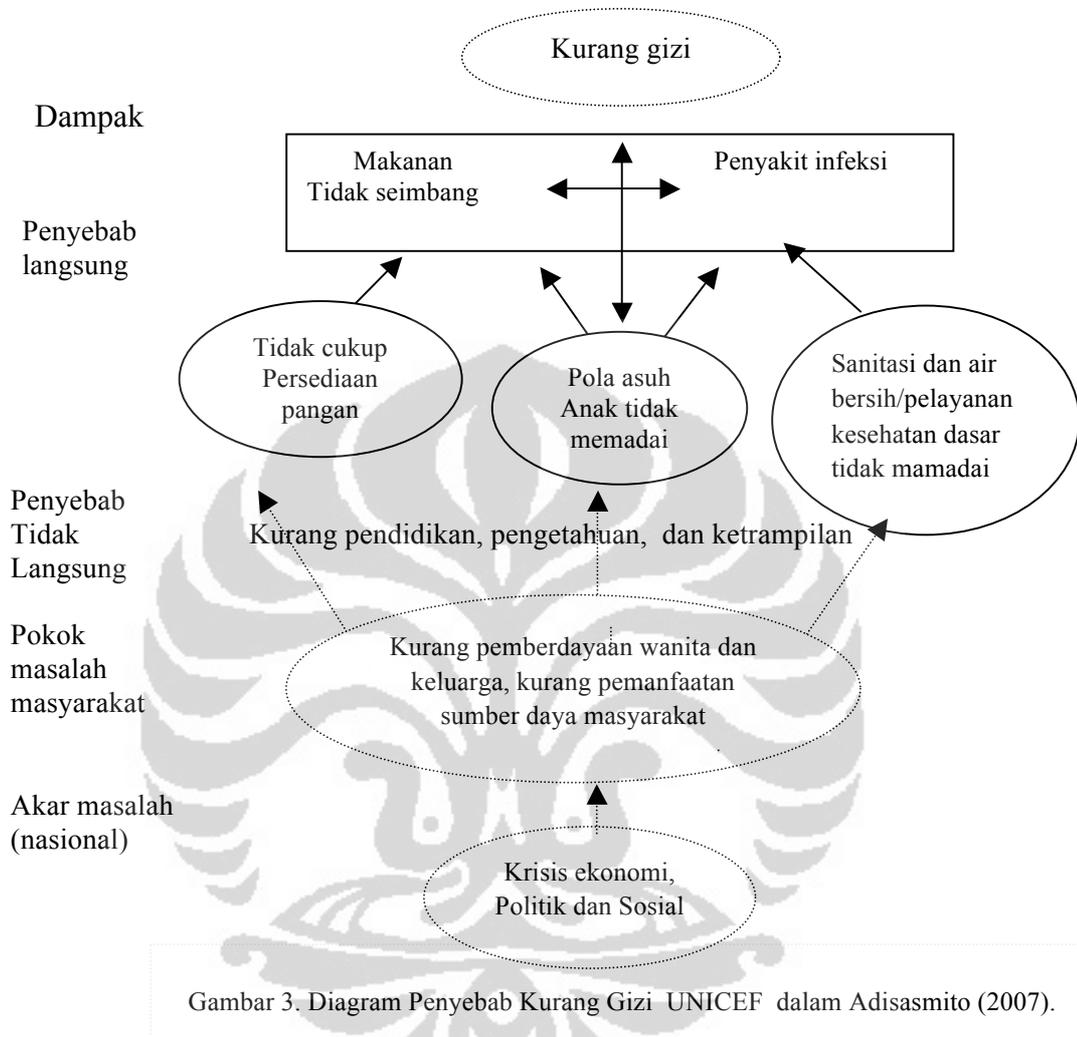
a) Penyebab langsung (*immediate*)

Penyebab langsung (*immediate*) yaitu; (a) diit yang buruk dan penyakit seperti: diit yang buruk berhubungan dengan: ketidakadekuatan menyusui; (b) makan terlalu sedikit, makan kurang bervariasi, konsentrasi energi dan nutrien dalam makanan (makanan terlalu encer), ketidak adekuatan makanan seperti ketika bayi berusia enam bulan harus mendapatkan makanan pendamping ASI, akan tetapi umumnya makanan yang diberikan tidak mengandung zat gizi yang memadai. Pernyataan ini didukung dengan laporan hasil penelitian Muaz *et al* (2010) bahwa 85% bayi berstatus gizi baik mendapatkan ASI eksklusif sampai dengan 6 bulan, 42% bayi tidak mendapatkan ASI eksklusif sampai dengan enam bulan.

b) Penyebab yang mendasari (*Underlying cases*)

Penyebab yang mendasari terjadinya kurang gizi meliputi: (a) penyimpanan makan oleh keluarga akibat kurang uang untuk membeli makanan, produksi makanan oleh keluarga kurang, penyimpanan makanan yang tidak memadai atau buruk, pemilihan bahan makanan yang salah; (b) cara perawatan yang tidak adekuat akibat cara keluarga memberikan makan pada anak-anak dan mendorongnya untuk makan, cara keluarga memberi makan wanita (khususnya selama hamil, melahirkan dan menyusui) dan yang sakit serta lansia, praktek pemberian makan khususnya anak-anak dan wanita, cara menyiapkan makanan menyangkut kebersihan rumah, cara mencegah dan mengobati penyakit di rumah dan fasilitas kesehatan; (c) kondisi tempat tinggal yang buruk, meliputi ketidak adekuatan air, ketidakadekuatan sanitasi (pengawasan sanitasi lingkungan

yang buruk risiko meningkatnya penyakit menular, perumahan kumuh); (d) pelayanan kesehatan yang buruk, seperti pengobatan dan ketrampilan staf yang kurang memadai berisiko meningkatnya penyakit.



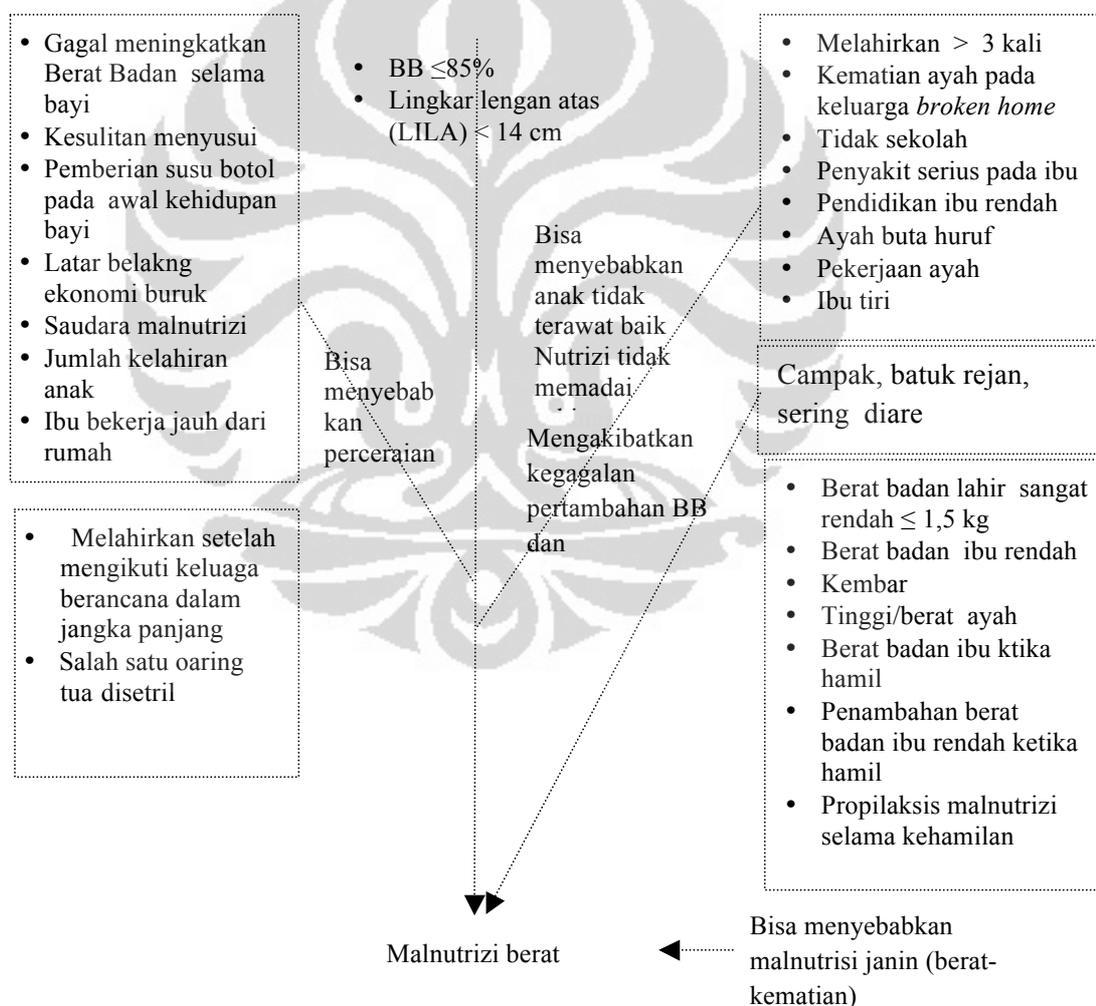
c) Penyebab utama (*Basic Caused*)

Penyebab kurang gizi, yaitu: (a) kemiskinan, seperti di Indonesia dan Banglades (b) praktek pemberian makan (pola asuh) yang salah pada anak seperti: pola menyusui bayi, pemberian makan anak hanya 1-2 kali sehari, komposisi makanan yang tidak seimbang, pemilihan dan pengolahan makan yang salah akibat pendidikan rendah, pengetahuan gizi kurang dan kemiskinan; (c) penyakit infeksi dan penyakit kronis (TBC/ AIDS) akibat gangguan masukan, penyerapan, dan metabolisme zat gizi (Nelson, Williams, & Graham, 2005); (d) geografis; (i) cara menanam dan meyimpanan serta mengolah hasil panen; (j)

kondisi lingkungan; (k) ketersediaan air minum yang tidak memadai; (l) kebersihan individu; (m) bencana alam, iklim, dan peperangan mengakibatkan rawan pangan sehingga perediaan makanan terbatas dan terjadi kelaparn; (n) akses pelayanan kesehatan yang tidak memadai karena kemiskinan; (o) kebijakan pemerintah; (p) gizi ibu saat kehamilan; (q) tekanan penduduk (Muaz *et al*, 2010; Ariani dkk, 2008; IPB, 2006; Gibney, 2005; Burger, 2004; Atmarita, 2005).

2.5.2.2. Faktor Risiko

Faktor risiko kurang gizi pada balita (gambar 4, hal: 31), yaitu usia ibu,



Gambar 4. Diagram Faktor Risiko Dan Malnutrisi Pada Balita di Bombay ; (*International Union of Nutritional Scientists* 1977; PM. Shah dalam Jellife & Jullife, 1989: hlm: 45)..

tinggi badan ibu, pendidikan ibu, tinggi badan ibu, praktek pemberian gizi (ASI eksklusif, pemberian susu botol), persepsi ibu terhadap pertumbuhan anak, jumlah anak, pendapatan keluarga, usia, jenis kelamin anak, jarak kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR), penyakit infeksi, kematian salah satu orang tua, tabu terhadap makanan (Lesiapetto *et al* ; 2010; Haidar J *et al*, 2005; Al Dabbagh dan Ebrahim (1994, dalam Jellife & Jullife, 1989) *International Union of Nutritional Scientists* 1977; PM. Shah dalam Jellife & Jullife, 1989: hlm: 454). Faktor risiko tersebut didukung dengan laporan hasil penelitian Lesiapetto (2010) bahwa terdapat 40% anak balita menderita kurang gizi pada ibu yang hanya bersekolah kurang dari lima tahun; 75 % balita mengalami gizi kurang berdasarkan persepsi ibu bahwa anaknya akan tumbuh dengan baik; 90% ibu melaporkan mereka kekurangan makanan karena pendapatan kurang. Sementara prevalensi balita yang mendekati gizi buruk (*pendek/shunted*) menurut kelompok umur terbanyak 12-24 sebesar 30,9 %, 6-12 bulan 20,5%, kurang dari 6 bulan hanya 11,4%. Sedangkan menurut jenis kelamin anak perempuan cenderung kegemukan karena makan berlebihan.

2.6. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan dan Gizi Balita

2.6.1. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan, yaitu: a) kasih sayang diantara anggota keluarga seperti ibu, ayah, saudara yang satu dengan lainnya, ibu dan saudara kandung, ayah dan saudara kandung, ayah-ibu dan saudara kandung; b) sosial demografi diantaranya kebangsaan orang tua (etnis), tingkat pendidikan orang tua, usia ibu, jumlah saudara kandung, status perkawinan, pendapatan; c) struktural diantaranya keamanan, kompleksitas, biaya akses, durasi, kesulitan; d) kemungkinan lainnya, diantaranya pengalaman, kondisi atau tatanan kehidupan; e) masalah keluarga yang sedang berlangsung; f) motivasi mengenai kesehatan anak, penyakit anak, kesediaan menerima diagnosis atau petunjuk medis, keinginan untuk penyakit atau kondisi; g) persepsi terhadap ancaman penyakit atau kondisi diantaranya kerentanan terhadap penyakit, kemungkinan terjadinya penyakit tertentu, takut tentang penyakit yang mengeni anak, kemungkinan

penyakit menjadi serius, masalah kegawatan yang mungkin mengancam dan mengakibatkan gangguan fungsi sosial; h) persepsi terhadap kemungkinan perilaku kepatuhan akan mengurangi ancaman seperti mencari dokter yang dan perawatan medis yang sesuai, persepsi terhadap penatalaksanaan pencegahan, penundaan atau pengobatan masalah kesehatan, merasa dapat mengawasi masalah kesehatan yang terjadi; g) perilaku kesehatan diantaranya kebiasaan merokok, penyapihan (Pender, Murdaugh, dan Parson, 2005; Schoeatzau *et al*, 2002; Friedman, 2003; Green *et al*, 1980; Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979; Gutman, Brown, dan Akerman, 2009).

2.6.1.1. Kasih Sayang Dari Setiap Anggota Keluarga (*atopic affection of individual family sembers*)

Fungsi kasih sayang berhubungan dengan fungsi internal dari keluarga. Fungsi kasih sayang keluarga terkait dengan persepsi terhadap sikap keluarga dan kebutuhan sosial perawatan setiap anggotanya (Friedman, 2003). Perasaan subyektif (kasih sayang) yang terjadi sebelum dan ketika beraktivitas didasarkan pada stimulus yang dihubungkan dengan akibat dari suatu tindakan. Respon afek, dapat ringan, sedang dan berat tersimpan dalam memori dan dihubungkan dengan konsekuensi keinginan untuk bertindak (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2005).

Komponen fungsi kasih sayang keluarga, terdiri dari: a) penatalaksanaan keseimbangan (nilai keluarga: kehangatan, dukungan, cinta, dan penerimaan); b) perkembangan kedekatan anggota keluarga (kedekatan, keintiman); c) sikap terhadap keseimbangan yang saling menguntungkan: keharmonisan, pola komunikasi positif: empati, mendengarkan, dan memberikan dukungan); d) kedekatan dan identifikasi hubungan emosional, kerjasama, saling mencintai; e) perpisahan dan hubungan: harga diri, rasa memiliki dan dimiliki, peran anggota keluarga; pola respon kebutuhan: pemenuhan kebutuhan setiap anggota keluarga, sensitif terhadap tindakan setiap anggota keluarga (Friedman, 2003).

2.6.1.2. Umur Ibu

Beker *et al* dalam Haynes, Taylor, dan Sackett (1979) melaporkan bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kemampuan mengasuh anak. Namun, ada hubungan antara usia ibu dengan menyusui, dimana Ibu dengan usia lebih dari 30 tahun memiliki prevalensi menyusui lebih tinggi dibandingkan dengan usia dibawahnya Akerman (2009), dan kepatuhan pelaksanaan diit atau pemberian makan pada bayi (Schoetzau *et al* (2002).

2.6.1.3. Pendidikan Orang Tua

Gutman, Brown, dan Akerman (2009) melaporkan bahwa ada hubungan antara pendidikan ibu dengan perawatan anak, dimana Ibu dengan pendidikan tinggi memiliki kualitas interaksi dengan anak lebih tinggi daripada ibu dengan pendidikan rendah. Muaz *et al* (2009) melaporkan bahwa ada hubungan tingkat pendidikan dan kemiskinan dengan lama pemberian ASI, dimana 80 % ibu dengan status pendidikan dan sosial ekonomi rendah memberikan ASI sampai dengan umur 6 bulan sementara pada tingkat pendidikan dan sosial ekonomi tinggi hanya 42 %. Namun , hanya 22% anak usia 6-9 bulan diberikan makanan dari hewani pada ibu dengan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi rendah. Senada dengan pendapat Gutman, Brown, dan Akerman; Muaz *et al*, BPS dan Macro (2007, dalam USAID, 2010) melaporkan 56% ibu yang tidak berpendidikan memberikan ASI eksklusif, 40,2% ibu yang berpendidikan lebih tinggi. Disamping itu, tingkat pendidikan merupakan faktor terkuat berhubungan dengan pelaksanaan diit, dimana ibu dengan tingkat pendidikan rendah memiliki kepatuhan rendah terhadap penatalaksanaan diit (Schoetzau *et al*, 200).

Dengan demikian, kemungkinan bila dikaitkan dengan terjadinya gizi kurang pada balita pada ibu dengan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi rendah karena komposisi makanan kurang mengandung zat gizi, terutama protein hewani seperti daging, ikan, dll, serta kurang konsumsi buah dan sayuran setelah anak mendapatkan MPASI, yaitu pada usia 6 bulan ke atas (Crawley, 2006).

Di Indonesia terdapat 65% ibu memberikan makanan lain disamping ASI selama tiga hari pertama kelahiran anak, diantaranya formula sebesar 66,5%,

susu hewan 18,9%, madu 28,6%, dengan alasan: a) disarankan bidan 28,6%, ibu 16,5%, perawat 15,5%, orang tua 13,1%, bidan praktek 12,6% ; b) ASI tidak keluar 51,1%; c) bayi terus menangis 23,3%; d) persepsi ibu ASI tidak mencukupi untuk kebutuhan bayi (IDHS, 2007 dalam USAID, 2010).

2.6.1.4. Etnis

Schoetzau *et al* (2002) melaporkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara etnis dan kepatuhan, yang disebabkan oleh kendala bahasa untuk memahami nasehat diit dan kebiasaan pelaksanaan gizi yang berbeda antara budaya yang satu dengan budaya yang lainnya.

2.6.1.5. Jumlah Anak

Schoetzau *et al* (2002) melaporkan bahwa ada hubungan antara jumlah anak dengan kepatuhan, dengan rincian sebagai berikut: a) ibu yang tidak memiliki anak tingkat kepatuhannya lebih tinggi 68,5%; b) ibu yang anaknya 1 orang 64,7%; c) ibu yang memiliki anak lebih dari 1 orang 61,5% 1 orang.

2.6.1.6. Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga merupakan sumber potensial terjadinya stress akibat kesulitan ekonomi. Ada hubungan yang signifikan pemberian ASI eksklusif dengan pendapatan, berinteraksi dengan anak usia satu tahun, dan praktek pelaksanaan pemberian asupan nutizi. Ibu dengan pendapatan rendah memberikan ASI pada anak selama 6 bulan sampai dengan 12 bulan dan memiliki kualitas interaksi tertinggi dibandingkan ibu yang berpendapatan lebih tinggi. Namun, ibu dengan pendapatan rendah tidak mampu membayar ruang perawatan maternitas yang berkualitas, sehingga ibu kembali bekerja yang mengakibatkan pemberian ASI dihentikan (Schoetzau *et al*, 2002; Gutman, Brown, & Akerman 2009).

2.6.1.7. Kebiasaan Menyapih Anak Sebelum Berusia Dua Bulan (menyusui kurang dari usia dua bulan)

Pelaksanaan pemberian makan pendamping ASI (MPASI) terbaik bagi anak adalah usia 6-24 bulan disertai dengan pemberian ASI sampai dengan 24

Universitas Indonesia

bulan lebih. Namun, pada kenyataannya sebanyak 40-55% bayi usia tiga bulan telah mendapatkan formula disamping ASI dan MPASI USAID (2010). Gutman, Brown, dan Akerman (2009) melaporkan bahwa menyusui memiliki hubungan dengan perilaku tunggal pengasuhan dan pendapatan ibu, dan pertama kali melahirkan. Pendapat Gutman, Brown, dan Akerman tersebut didukung dengan hasil penelitian Schoetzau *et al* (2002) melaporkan bahwa ibu yang tidak menyapih anak sebelum bermur dua bulan memiliki kepatuhan 76,3% lebih tinggi daripada ibu yang menyapih anaknya sebelum berumur dua bulan hanya 49,4%. Alasan menyapih anak, yaitu ASI kurang, bayi menolak menyusui, nyeri dan rasa tidak nyaman selama dua minggu pertama menyusui, dan ibu kembali bekerja (Gutman, Brown, dan Akerman, 2009). Hal ini mengindikasikan bahwa kepatuhan ibu terhadap penatalaksanaan gizi balita masih kurang dan tidak sesuai yang direkomendasikan (WHO-UNICEF, 1999).

2.6.2. Faktor yang mempengaruhi status gizi balita

Faktor yang mempengaruhi status gizi menurut hirarki faktor risiko status antropometri yang diadaptasi dari Wamani *et al* (2006, & Chapra *at al*, 2003 dalam Lesiapetto *et al* 2010); Hien *et al* (2009) terdiri dari: a) *inherent factor* (usia dan jenis kelamin); b) *distal factors* (faktor sosial ekonomi: tempat tinggal, etnis, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga perkapita, usia ibu); c) *intermediate factors* (faktor lingkungan: ukuran rumah, struktur rumah, jenis jamban (*latrine*), sumber air; faktor ibu: usia ibu ketika melahirkan, Indeks massa tubuh ibu, jumlah anak).

2.6.2.1. Inherent factor (faktor yang berhubungan langsung)

Inherent factor terdiri dari faktor usia dan jenis kelamin anak sebagai faktor penyebab kurang gizi. Muaz *et al* (2010) melaporkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki terhadap status gizi dengan kategori kurus (gizi kurang), pendek dan berat badan kurang (gizi buruk). Wamani *et al*, 2007; Wells, 2000 dalam Hein *et al* (2009) melaporkan bahwa ada hubungan antar usia anak dengan risiko tinggi kurang gizi, dimana anak umur 0 bulan memiliki risiko rendah terjadinya gizi kurang, dan

Universitas Indonesia

gizi buruk karena mendapatkan ASI sampai dengan usia 12 bulan. Sementara kejadian gizi kurang, dan buruk lebih banyak pada anak laki-laki karena pengaruh tekanan lingkungan.

2.6.2.2. *Distal factors* (faktor predisposisi)

Distal factor berupa faktor sosial ekonomi sebagai penyebab terjadinya kurang gizi diantaranya: tempat tinggal, etnis, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga perkapita, usia ibu). Hien *et al* (2009) melaporkan bahwa berat badan anak yang lahir kurang dari 2500 gram merupakan faktor risiko kurang pada anak. Sementara ibu dengan pendidikan tinggi akan memiliki status sosial tinggi serta memiliki fasilitas yang cukup untuk pencegahan penyakit sebagai salah satu faktor penyebab kurang gizi. Ada hubungan antara ibu sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah (sumber keuangan) dan waktu yang dibutuhkan dengan status gizi buruk pada anak (Bronto Tinkew and De Jong (2004, dalam Miller *and* Rodgers, 2009).

2.6.2.3. *Intermediate factors* (faktor perantara)

Intermediate factors sebagai penyebab terjadinya kurang gizi, meliputi: faktor lingkungan: ukuran rumah, struktur rumah, jenis jamban (*latrine*), sumber air; faktor ibu: usia ibu ketika melahirkan, Indeks massa tubuh ibu, jumlah anak). De Jong, 2004; Heaton *et al* (2005, dalam Miller *and* Rodgers, 2009) melaporkan bahwa di Negara berkembang seperti Jamaika, Indonsia dan Filipina: ada hubungan antara jumlah anak, jumlah orang tua didalam rumah tangga, ibu sebagai kepala keluarga, kelahiran anak, angka keselamatan anak dan status nutrizi. Jumlah anak dalam keluarga mengakibatkan terjadinya persaingan sarana-prasarana, perebutan makanan, waktu terbatas untuk merawat anak, berkurangnya pelayanan medis, dan meningkatnya paparan penyakit infeksi (Muaz *et al*, 2010).

Ada hubungan antara rumah yang kualitasnya tidak sehat dengan angka pertumbuhan anak (pendek). Sebanyak 20% anak-anak yang berada di lingkungan rumah yang tidak sehat tiga kali lebih mengalami keterlambatan pertumbuhan (pendek), 20% anak di lingkungan rumah yang sehat (Miller dan

Universitas Indonesia

Rodgers, Banta dalam Muaz *et al*, 2010). Jumlah orang dewasa dalam rumah tangga mengakibatkan lingkungan rumah tidak sehat dan berisiko penyebaran penyakit (Heaton *at al* dalam Miller *and* Rodgers, 2009).

2.7. Dampak Kurang Gizi

Berbagai dampak yang dapat ditimbulkan akibat kurang gizi yaitu dampak terhadap perkembangan janin dan hasilnya dikemudian hari; dampak terhadap organ tubuh. Disamping itu, kurang gizi berdampak terhadap produktivitas generasi yang akan datang (Adisasmito, 2007; Gipney *et al*, 2005; Arisman, 2004; Bank Dunia, 2006 dan Kemenkes, 2010).

2.7.1. Dampak Terhadap Perkembangan Janin dan Hasilnya Dikemudian Hari

Mandle (2006) menjelaskan bahwa terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas kebutuhan nutrisi untuk perkembangan janin yang positif dan hasilnya dikemudian hari, seperti: gangguan pertumbuhan janin bagi wanita yang hamil pada masa remaja atau wanita yang mengalami gizi buruk selama dan pada saat hamil; seorang ibu hamil yang mengalami gizi kurang selama masa janin, bayi, dan kanak-kanak akan berkontribusi terhadap gangguan pertumbuhan struktur dan psikologis untuk mendukung suatu pertumbuhan janin. Akibat gizi kurang anak akan mudah menderita penyakit infeksi yang berdampak terhadap tidak maksimalnya pertumbuhan otak secara permanen yang tidak dapat disembuhkan. Kondisi tersebut akan mengakibatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) rendah yang merupakan beban bagi keluarga, bangsa dan negara.

2.7.2. Dampak Terhadap Organ Tubuh

Arisman (2004) menjelaskan adanya pengaruh gizi kurang terhadap beberapa organ, diantaranya: a) saluran pencernaan (menurunkan sekresi asam dan memperlambat gerak lambung); b) pankreas (menyebabkan atrofi dan fibrosis sel-sel sinar yang akan mengganggu fungsi pankreas sebagai kelenjar eksokrin, sehingga terjadi diare); c) hati (pengecilan atau pembesaran hati);

d) ginjal (penurunan rata-rata filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal) sistem hematologi (anemia, leukopenia, trombositopenia, pembentukan akantosit, serta hipoplasia); e) sistem kardiovaskular (gangguan pada jantung berupa mengerutnya volume jantung hingga 17% sehingga terjadi bradikardia, hipotensi arterial ringan, penurunan tekanan vena, konsumsi oksigen, stroke volume, dan penurunan curah jantung) sistem pernafasan (bronkitis, tuberkulosis, serta pneumoni); f) dan penyembuhan luka menjadi lambat.

The National Bureau of Asian Research (2008) melaporkan bahwa pertumbuhan janin dan *postnatal* yang buruk pada dua tahun pertama kehidupan mengakibatkan penurunan produktivitas di masa dewasa. BBLR dan Gizi kurang pada balita berkelanjutan pada masalah pertumbuhan anak usia sekolah; wanita usia subur (WUS) akan melahirkan anak dengan risiko BBLR disertai anemia dan gizi mikro lainnya, seperti kurang yodium, selenium, kalsium dan seng (www.scrib.com). BBLR erat kaitannya dengan kondisi gizi kurang pada masa sebelum dan selama kehamilan yang berpengaruh terhadap angka kematian bayi dan balita, gangguan pertumbuhan fisik dan mental anak, serta kecerdasan.

Anak dengan keterlambatan pertumbuhan karena kurang gizi berisiko kehilangan IQ 10-15 poin. Kekurangan yodium pada saat janin atau mengalami kegagalan selama masa pertumbuhan anak sampai usia dua tahun dapat berdampak buruk pada kecerdasan secara permanen; kurang zat besi (anemia gizi besi) pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko baik kematian waktu melahirkan, kekurangan zat besi pada bayi yang dilahirkan dan berdampak buruk pada pertumbuhan sel-sel otak anak. Pada orang dewasa dapat menurunkan produktivitas sebesar 20-30 persen; kekurangan vitamin A pada anak balita dapat menurunkan daya tahan tubuh, meningkatkan risiko kebutaan, dan kematian akibat infeksi; meluasnya kekurangan gizi pada anak balita dan wanita hamil akan meningkatkan pengeluaran rumah tangga maupun pemerintah untuk biaya kesehatan karena banyak warga yang mudah jatuh sakit akibat kurang gizi (Menpan 2007).

2.8. Penatalaksanaan Gizi Balita

2.8.1. Program Penanggulangan Masalah Gizi

Upaya perbaikan gizi balita yang telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia antara lain, revitalisasi posyandu, revitalisasi puskesmas, dan intervensi gizi (USAID; 2010, Syaiful, 2008; Adisasmito, 2007).

2.8.1.1. Revitalisasi Posyandu

Revitalisasi posyandu bertujuan meningkatkan fungsi dan kinerja posyandu terutama dalam pemantauan pertumbuhan balita. Untuk mencapai tujuan tersebut, dilakukan kegiatan: a) pelatihan dan orientasi petugas puskesmas, petugas sektor lain, dan kader kesehatan yang berasal dari masyarakat; b) pelatihan ulang petugas dan kader; c) pembinaan dan pendampingan kader; d) penyediaan sarana terutama dacin, KMS atau Buku KIA, panduan Posyandu, medik KIE, sarana pencatatan; e) penyediaan biaya operasional; e) penyediaan modal usaha kader melalui Usaha Kecil Menengah (UKM) dan mendorong partisipasi swasta. Pelaksanaan posyandu yang buruk berhubungan dengan malnutrisi yang menandakan bahwa jika anak ditimbang secara teratur di posyandu akan menentukan status gizi balita terbaik (USAID, 2010).

2.8.1.2. Revitalisasi Puskesmas

Revitalisasi puskesmas bertujuan meningkatkan fungsi dan kinerja puskesmas terutama dalam pengelolaan kegiatan gizi puskesmas, baik penyediaan upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat. Pokok kegiatan, yaitu: a) pelatihan penatalaksanaan program gizi di puskesmas bagi pimpinan dan petugas puskesmas dan jajarannya; b) menyediakan biaya operasional puskesmas untuk pembinaan posyandu, pelacakan kasus, kerjasama lintas sektoral, sektor kecamatan dan lain; c) pemenuhan sarana antropometri dan KIE bagi petugas dan jajarannya; d) pelatihan penatalaksanaan gizi buruk bagi petugas rumah sakit dan puskesmas.

2.8.1.3. Intervensi Gizi

Intervensi gizi dilaksanakan dengan cara: pemberian suplemen, advokasi dan sosialisasi, KIE dan promosi perubahan perilaku keluarga untuk perbaikan gizi menuju keluarga sadar gizi; kerjasama dan kemitraan; penguatan sistem surveilans, manajemen, dan informasi, melakukan perawatan gratis di rumah sakit dan puskesmas (Syaiful, 2008; Adisasmito, 2007).

a. Pemberian suplemen gizi

Pemberian suplemen gizi seperti kapsul Vitamin A, kapsul Yodium, tablet Besi pada anggota keluarga yang membutuhkan; fortifikasi suplai gizi: tablet SF200 mg Sulfas Ferosus (setara dengan 60 mg besi elemental) dan 0,25 mg Asam Folat dengan sasaran Remaja Putri dan Catin (15-19 tahun), anak usia sekolah, ibu hamil dan nifas; Kapsul Vitamin A, dengan sasaran dan dosis: bayi (6-11 bln): kapsul biru 100.000 SI dan diberikan 1 kali, balita (12-59 bln): kapsul merah 200.000 SI dan diberikan 2 kali setahun ibu nifas (0-42 hari): kapsul merah 200.000 SI dan diberikan 1 kapsul segera setelah melahirkan dan 1 kapsul lagi selang waktu minimal 24 jam; Kapsul yodium berisi 200 mg yodium dengan sasaran dan dosis: Wanita usia subur (WUS): diberikan 2 kapsul sekali pertahun, Bumil/busui: diberikan 1 kapsul pada masa hamil dan 1 kapsul pada masa menyusui; kegiatan Mandatory: (*Sudah dilaksanakan*) Tepung Terigu: Fe, Zn, Asam Folat, B1, B2, Garam: dengan Yodium 30-80 ppm (SNI) (*Sedang dikembangkan*) Sprinkle: multi vitamin dan mineral, Minyak Goreng: dengan Vitamin Voluntary: Misalnya: Susu, Mentega, Mie, Kecap dll (Syaiful, 2008; Adisasmito, 2007).

b. KIE dan promosi perubahan perilaku keluarga untuk perbaikan gizi menuju keluarga sadar gizi (Kadarzi)

Promosi keluarga sadar gizi bertujuan dipraktikkannya keluarga sadar gizi, melalui kegiatan: a) menyusun strategi (pedoman) keluarga sadar gizi); b) mengembangkan, menyediakan, dan menyebarluaskan materi promosi pada masyarakat, organisasi kemasyarakatan, institusi pendidikan, tempat kerja dan tempat-tempat umum (misalnya pemberian makanan pendamping ASI (MPASI),

Universitas Indonesia

dan ASI eksklusif); c) melakukan kampanye secara bertahap, teknik menggunakan media efektif terpilih; d) menyelenggarakan diskusi kelompok terarah melalui dasawisma dengan dukungan petugas (Adisasmito, 2007).

KIE dan promosi perubahan perilaku keluarga untuk perbaikan gizi menuju keluarga sadar gizi dengan cara memantau berat badan balita setiap bulan, makan beraneka ragam sesuai kebutuhan, mengkonsumsi hanya garam beryodium, memberikan ASI secara eksklusif pada bayi, sejak lahir sampai usia 6 bulan, dan memberikan makanan pendamping ASI (MPASI) setelah umur 6 bulan sampai dengan 24 bulan dan pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan bagi anak usia 25-59 bulan bagi balita yang berasal dari keluarga tidak mampu serta menyusui diteruskan sampai anak berumur 24 bulan (Zaiful, 2008; Adisasmito, 2007).

c. Pemberdayaan keluarga

Pemberdayaan keluarga meliputi: pemberdayaan di bidang ekonomi; bidang pendidikan (pemberian bea siswa); kesehatan (misalnya pos pemulihan gizi berbasis masyarakat); dan ketahanan pangan (Adisasmito, 2007).

d. Advokasi dan pendampingan

Advokasi dan pendampingan dilakukan dalam bentuk kerjasama dan kemitraan saling menguntungkan, terbuka dan setara guna meningkatkan status kesehatan melalui koordinasi dengan lintas sektor dan lintas program, kemitraan dengan swasta, LSM, organisasi masyarakat dan dunia usaha untuk memperoleh komitmen dan dukungan dalam pembuatan kebijakan, pengambilan keputusan, pelaksanaan dan memperkuat koordinasi (Syaiful, 2008). Advokasi dan pendampingan dilaksanakan melalui (a) diskusi dengan DPR, DPP, DPRD secara berkala; (b) melakukan pendampingan di kabupaten; (c) revitalisasi sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SPKP) (Adisasmito, 2007).

e. Perawatan balita yang mengalami masalah gizi

Balita yang mengalami gangguan gizi dirawat di rumah sakit, puskesmas dan posyandu atau pos pemulihan gizi Depkes (2006).

Universitas Indonesia

a) Rumah sakit

Rumah sakit merupakan tempat rujukan atau merawat anak yang mengalami gizi buruk baik yang disertai dengan penyakit ringan maupun berat. Perawatan bagi Balita gizi buruk di rumah sakit dilaksanakan tanpa dipungut bayaran (gratis) bagi dari keluarga miskin (Adisasmito, 2007). Disamping itu, rumah sakit sebagai fungsi sosial melayani perawatan (termasuk masalah gizi) dengan sistem rujukan dan jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) terutama masyarakat miskin (Depkes, 2009).

Gesman, Hasanbasri, & Iazuardi (2008) melaporkan bahwa balita dengan gizi buruk masih tergantung pemerintah, dengan membawa langsung dibawa ke rumah sakit dan diberikan makan. Peran keluarga dan masyarakat diantaranya ninik, mamak, dan ulama belum nampak.

b) Puskesmas

Puskesmas yang melaksanakan rawat inap, merawat balita gizi buruk tanpa harus merujuk ke rumah sakit. Kecuali kondisi anak tidak memungkinkan dirawat di Puskesmas. Selain gizi buruk, puskesmas melakukan rawat jalan bagi anak yang gizinya kurang serta merujuk ke posyandu. Bagi anak yang gizi kurang baik yang disertai penyakit berat, maupun ringan mendapatkan pengobatan penyakit dan makanan tambahan (penambahan energi protein sebesar 20 – 25 % di atas angka kecukupan gizi (Depkes, 2006).

c) Posyandu

Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Depkes, 2006).

Sasaran pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di posyandu, yaitu: (a) bayi berusia kurang dari 1 tahun; (b) anak balita usia 1 sampai 5 tahun.; (c) ibu hamil, ibu menyusui, dan ibu nifas; (d) wanita usia subur (WUS); (e) Pasangan

Universitas Indonesia

Usia Subur (PUS). Untuk mencapai tujuan posyandu telah ditetapkan kegiatan yang dilaksanakan di Posyandu, meliputi: (a) Kesehatan ibu dan anak, (b) Keluarga berencana, (c) Immunisasi, (d) Peningkatan gizi, (e) Penanggulangan diare.

Tujuh kegiatan posyandu (Sapta Krida Posyandu), yaitu (a) Kesehatan ibu dan anak, (b) Keluarga berencana, (c) Immunisasi, (d) Peningkatan gizi, (e) Penanggulangan diare, (f) Sanitasi dasar, (g) Penyediaan obat essential (Efendy, 1998).

Penyelenggaraan kegiatan posyandu dilakukan oleh kader dibawah pengawasan puskesmas. Kader kesehatan atau *community health worker* merupakan anggota masyarakat tempat dimana mereka bekerja, sebagai penghubung antara *consumer* dan *provider* untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, mendapat sistem dukungan tetapi bukan merupakan bagian dari organisasi, dan mendapatkan latihan singkat daripada tenaga kesehatan professional (WHO, 2007).

2.9. Peran Perawat Komunitas Dalam Penatalaksanaan Gizi Balita

Menurut Lundy dan Janes (2009) peran perawat komunitas, yaitu sebagai penasehat pasien (*patien advocate*), pendidik (*educator*), fasilitator (*facilitator*).

2.9.1. Penasehat Pasien (*patien advocate*)

Sebagai penasehat, peran perawat komunitas meliputi penghubung lembaga pelayanan kesehatan untuk mendukung perawatan kesehatan terbaik bagi pasien. Perawatan ini akan menawarkan alternatif tindakan perawatan yang terbaik bagi pasien berdasarkan hasil riset. Perawat akan melakukan kontak dengan lembaga perawatan kesehatan dengan ijin klien.

2.9.2. Pendidik (*educator*)

Peran perawat komunitas sebagai pendidik bagi klien dalam hal penataan gizi balita, yaitu memberikan pendidikan mengenai keamanan makanan yang dikonsumsi, cara memilih makanan yang sehat dan bergizi bagi keluarga khususnya balita, pemberian ASI eksklusif, MASI, dan gizi seimbang. Perawat

melaksanakan pendidikan sesuai dengan kebutuhan pasien dengan cara melakukan pengkajian. Selanjutnya perawat akan menentukan level klien yang akan mendapatkan pendidikan kesehatan. Merancang program pendidikan kesehatan yang dibutuhkan, terutama terkait penatalaksanaan gizi balita seperti ASI eksklusif, MPASI, dan gizi seimbang. Rancangan program pendidikan kesehatan yang membutuhkan berbagai, pengetahuan yang luas, fleksibel, memperhatikan budaya klien.

2.9.3. Fasilitator

Peran perawat komunitas sebagai fasilitator, yaitu memfasilitasi orang dan kelompok tentang isu dan kebutuhan mengenai penatalaksanaan gizi. Sebagai fasilitator perawat komunitas menginisiasi perubahan positif melalui program spesifik, dalam hal ini program penatalaksanaan gizi balita. Perawat komunitas sering sebagai koordinator manajer kasus, memberikan pendidikan kesehatan menggunakan pedoman pemberian nutrisi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Perawat komunitas tidak bekerja sendiri, tetapi bekerja dengan tim kesehatan lainnya, dan keluarga pasien (Kaufman, 1990).

Peran perawat dalam meningkatkan kepatuhan, yaitu mengajarkan mengenai penatalaksanaan penyakit kronis seperti penatalaksanaan terapi hipertensi, perawatan kesehatan anak, dan perawatan pasien diabetes melitus (DM) yang disertai dengan penyampaian informasi mengenai karakteristik penyakit secara terperinci, pentingnya terapi medis, informasi tentang obat, bagaimana kesesuaian antara pengobatan dengan gaya hidup pasien (Haynes, Taylor, dan Sackett, 1979).

Dapat disimpulkan bahwa peran perawat komunitas dalam penatalaksanaan gizi balita, yaitu: a) koordinator dan menejer kasus (misalnya balita dengan gizi kurang, buruk dan kegemukan); b) sebagai edukator (mempromosikan gizi penatalaksanaannya).

Dari uraian teori yang telah dijelaskan dapat disimpulkan bahwa hubungan karakteristik keluarga dan kepatuhan dengan status gizi balita berkunjung keposyandu saling terkait antara satu teori dengan teori yang lainnya. Teori

kepatuhan memiliki tiga elemen utama, yaitu a) kesiapan untuk bertindak (motivasi, persepsi; b) faktor modifikasi dan pemicu (demografi-sosial, sarana-prasarana, jangkauan pelayanan kesehatan; dan c) perilaku kepatuhan (penatalaksanaan gizi, terapi, dll) (Becker *at al*, dalam Hayness, Taylor, dan Sackett, 1979). Seseorang akan patuh berkunjung ke posyandu untuk mengikuti kegiatan dan penatalaksanaan gizi apabila memiliki pengetahuan yang cukup tentang konsep keluarga, konsep gizi dan status gizi, konsep kurang gizi dan penatalaksnaannya serta peran perawat komunitas.



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN, DAN DEFINISI OPERASIONAL VARIABEL

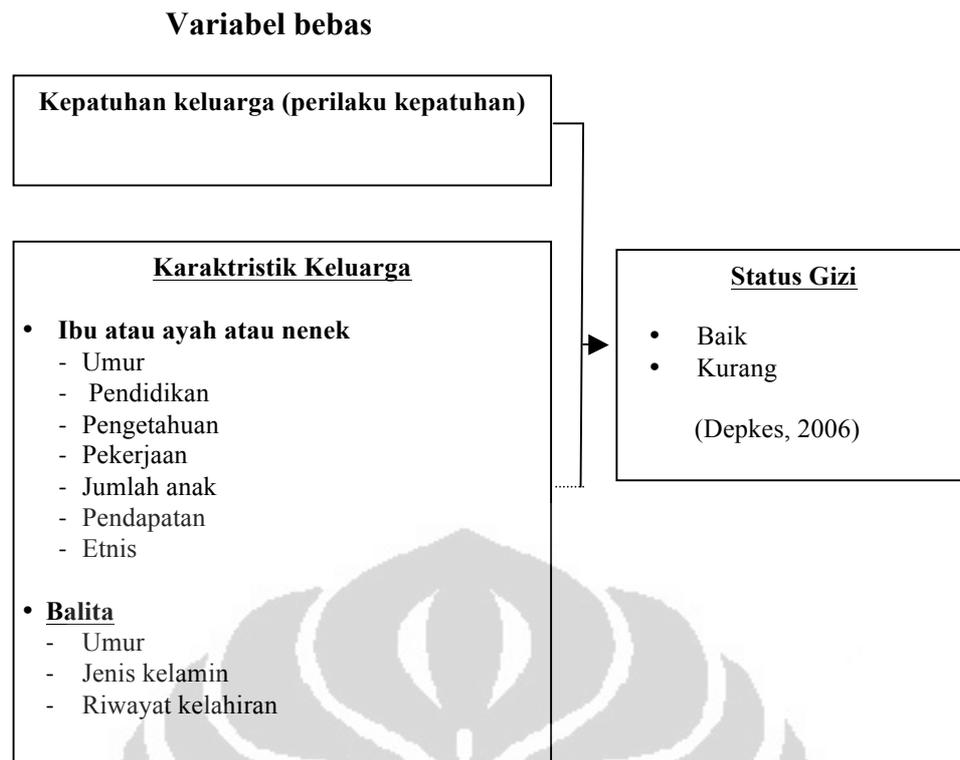
Bab ini membahas mengenai kerangka konsep penelitian, yang menggunakan konsep kepatuhan, konsep resiko tinggi dan konsep gizi; hipotesis dan variabel penelitian yang meliputi Variabel terikat, variabel bebas).

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan kepustakaan dan metode penelitian yang digunakan, maka dapat dibangun kerangka konsep penelitian sebagai berikut: variabel terikat yaitu status gizi balita yang dinilai menurut antropometri berat badan menurut tinggi badan/panjang badan (BB/TB-PB) dengan karakteristik gizi baik, dan gizi kurang menggunakan *cut of point Z score* ± 2 SD (Depkes, 2006). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tentang perilaku kepatuhan dan karakteristik keluarga seperti yang diuraikan oleh Becker *at al* dalam Hayness, Taylor, dan Sackett (1979) yang merupakan pengembangan teori *health believe model* (HBM).

Variabel yang dipilih dari teori kepatuhan, yaitu variabel demografi sosial dan merupakan karakteristik keluarga dengan sub variabel umur, pendidikan, pengetahuan mengenai posyandu dan gizi, pekerjaan, pendapatan, etnis, jumlah; Karakteristik anak dengan sub variabel umur, jenis kelamin serta riwayat kelahiran anak. Variabel lain yaitu patuh atau disiplin berkunjung ke posyandu dan untuk penatalaksanaan gizi balita, minimal 3 bulan berturut-turut.

Kerangka konsep menggambarkan keterkaitan antara variabel dalam penelitian. Variabel dalam penelitian ada dua, yaitu variabel terikat yaitu status gizi balita dan variabel bebas, yaitu kepatuhan keluarga berkunjung ke posandu dan karakteristik keluarga. Kerangka konsep penelitian Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Kepatuhan Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura digambarkan pada sekema berikut ini (gambar 5, hal: 48).



Gambar 5. Kerangka Konsep Penelitian yang Diadaptasi dari Teori Kepatuhan (Becker *at al* dalam Hayness, Taylor, dan Sackett, 1979 hal: 79).

3.2. Variabel Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan dua variabel penelitian, yaitu: variabel terikat status gizi balita; variabel bebas: kepatuhan dan karakteristik keluarga yang berkunjung ke posyandu.

3.2.1. Variabel terikat: status gizi balita diukur berdasarkan berat badan menurut tinggi badan sesuai WHO-NCHS (1983, dalam Depkes, 2006).

3.2.2 Variabel bebas: kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dan karakteristik keluarga mencakup: umur, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan, penghasilan, etnis, jumlah anak; karakteristik anak meliputi: umur, jenis kelamin, dan riwayat kelahiran anak.

3.3. Hipotesis

Menurut Polit dan Beck (2004) hipotesis adalah suatu prediksi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel, dan merupakan pertanyaan penelitian untuk memprediksi hasil sesuai tujuan.

3.3.1 Hipotesis Mayor

Ada hubungan karakteristik keluarga dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

3.3.2 Hipotesis minor

- 3.3.2.1. Ada hubungan kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Kota Jayapura
- 3.3.2.2. Ada hubungan umur keluarga dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 3.3.2.3. Ada hubungan pendidikan keluarga dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Japura.
- 3.3.2.4. Ada hubungan pengetahuan keluarga dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 3.3.2.5. Ada hubungan pekerjaan keluarga dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 3.3.2.6. Ada hubungan etnis keluarga dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 3.3.2.7. Ada hubungan pendapatan keluarga dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru bepura Jayapura.
- 3.3.2.8. Ada hubungan jumlah anak dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 3.3.3.9. Ada hubungan umur anak dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 3.3.2.10. Ada hubungan jenis kelamin anak dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura.
- 3.3.2.11. Ada hubungan riwayat kelahiran anak dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

3.4. Definisi Operasional Variabel

Tabel 3.1 Definisi operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat dan Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Variabel dependen				
Status gizi balita	Keadaan gizi anak balita (0-59 bulan) dinilai menggunakan ukuran BB dan PB sejak penelitian ini dilakukan	Kuesioner dengan menggunakan pertanyaan terbuka mengenai BB dan PB/TB balita. Hasil ukur BB dibagi dengan TB dikali 100% (Jellife & Jullife, 1989). Hasil perhitungan dirujuk pada standar baku rujukan penilaian status gizi Balita setelah membagikan BB balita/PB atau TB balita. (WHO-NCHS, 1983 dalam Depkes, 2006)	BB dalam gram TB/PB dalam cm Menggunakan <i>cut of point</i> ± 2 SD dengan kategori 1. Kurang $< \text{mean} - 2 \text{SD}$ 2. Baik $\leq \text{mean} + 2\text{SD}$	Ordinal

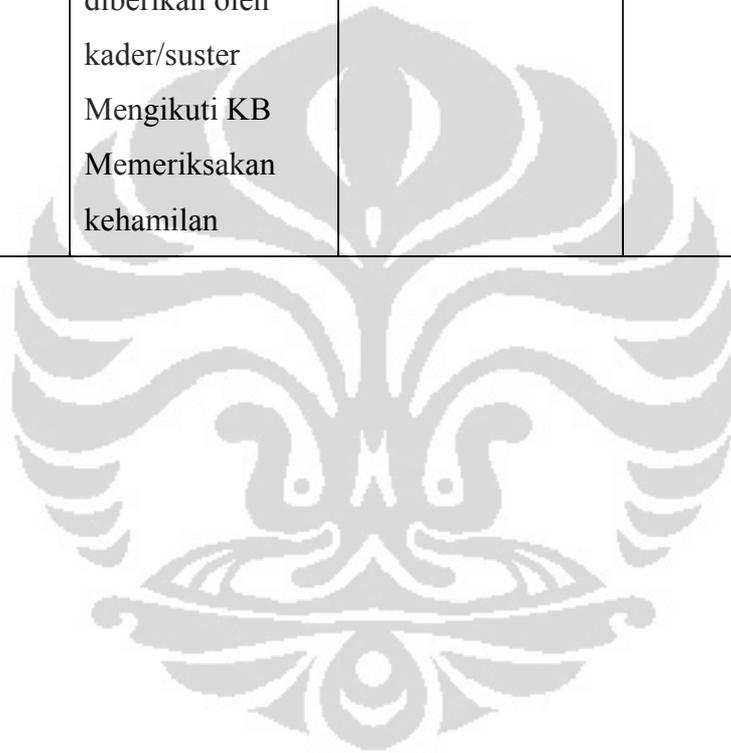
<i>Independen Variable</i>				
Karakteristik keluarga				
Umur	Umur anggota keluarga sebagai penanggungjawab terhadap penatalaksanaan gizi dalam keluarga (ibu atau ayah atau nenek) dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Kuesioner dengan mengisi pertanyaan terbuka	1. < 30 tahun 2. \geq 30 tahun	Nominal
Pendidikan	Pendidikan anggota keluarga sebagai penanggungjawab terhadap penatalaksanaan gizi dalam keluarga (ibu atau ayah atau nenek) dinilai berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki.	Kuesioner dengan menggunakan ceklis	Kategori 2. \geq SLTA 1. < SLTA	Nominal
Pekerjaan	Kegiatan rutin anggota keluarga sebagai penanggungjawab terhadap penatalaksanaan gizi dalam keluarga (ibu atau ayah atau nenek) setiap hari untuk	Kuisiner menggunakan ceklis	Kategori 2. Bekerja 1. Tidak Bekerja	Nominal

	mendapatkan uang			
Etnis	Jenis suku yang dimiliki oleh anggota keluarga sebagai penanggungjawab terhadap penatalaksanaan gizi dalam keluarga (ibu atau ayah atau nenek)	Kuesioner menggunakan ceklis	2. Papua 1. Non Papua	Nominal
Pengetahuan	Pengetahuan anggota keluarga sebagai penanggungjawab terhadap penatalaksanaan gizi dalam keluarga (ibu atau ayah atau nenek) mengenai posyandu, dan gizi	Kuesioner menggunakan ceklis jawaban ya tidak . Hasil ukur dengan membagi jumlah item yang benar dibagi total item dikali 100%	Menggunakan <i>cut of pint mean</i> 2. Baik bila nilainya \geq mean (1,49) 1. Kurang bila nilainya $<$ mean (1,49)	Ordinal
Penghasilan	Jumlah pendapatan anggota keluarga sebagai penanggungjawab terhadap penatalaksanaan gizi dalam keluarga (ibu atau ayah atau nenek) yang diperoleh sebagai hasil dari upaya bekerja dalam satu	Kuesioner dengan mengisi pertanyaan terbuka	Dalam rupiah dengan kategorik 1. $<$ UMR Kota Jayapura (Rp.1.300.000) 2. $>$ UMR Kota Jayapura (1.300.00) (SK. Gubernur Provinsi Papua:	Nominal

	bulan		No.195/2009	
Jumlah anak	Jumlah anak yang dimiliki keluarga sat ini	Kuesioner menggunakan pertanyaan terbuka	Angka dalam orang menggunakan kriteria 1. Cukup bila anak 1-2orang 2. Banyak bila lebih dari 2 orang BKKBN	Nominal
Karakteritik Balita				
Jenis kelamin	Jenis kelamin balita laki-laki perempuan	Kuesioner menggunakan ceklis	1. laki-laki 2. perempuan	Nominal
Umur	Umur anak dihitung sejak lair sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner dengan mengisi pertanyaan terbuka	1. < 20 bulan 2. ≥ 20 bulan	Nominal
Riwayat kelahiran	Keadaan ketika anak ketika lahir dengan criteria normal, BBLR menggunakan BB lahir (dalam gram). BBLR apabila berat badan lahir kurang dari 2500 gram dan normal	Kuisisioner dengan: mengisi pertanyaan terbuka untuk BB lahir dan PB lahir	BB dalam gram menggunakan kategori 2. BBLN (≥ 2500 gr) 1. BBLR (< 2500 gr)	Nominal

	bila berat badan lahir lebih atau sama dengan 2500 gram.			
Kepatuhan terhadap kegiatan posyandu	Ketatan atau disiplin anggota keluarga sebagai penanggungjawab terhadap penatalaksanaan gizi dalam keluarga (ibu atau ayah atau nenek) berkunjung ke posyandu mengikuti kegiatan posyandu sesuai yang dianjurkan kader. Dikatakan patuh bila keluarga datang ke posyandu berturut-turut minimal tiga bulan mengikuti: Penimbangan bulanan, imunisasi lengkap (BCG, DPT, HB,	Kuisisioner dengan mengisi ceklis kepatuhan dengan jawaban ya dan tidak serta *N/A	Menggunakan <i>cut of point</i> mean 2.Patuh bila \geq Mean (1,67) 1.Tidak patuh bila $<$ mean (1,67)	Nominal

	Polio, Campak) Penjelasan informasi kesehatan mengenai ASI eksklusif, MPASI, Gizi seimbang, Memberikan anak Vitamin A yang diberikan oleh kader/suster Mengikuti KB Memeriksakan kehamilan			
--	---	--	--	--



BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini membahas mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpul data, dan rencana analisis data.

4.1. Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi deskripsi (*descriptive correlational study*) dengan desain penelitian *cross sectional*. Penelitian deskripsi bertujuan mendeskripsikan penelitian dengan mengamati, menjelaskan, dan mendokumentasikan aspek dari suatu situasi yang terjadi secara alamiah dan dimulai dengan suatu hipotesis. Penelitian korelasi digunakan untuk menjelaskan sebab akibat antara dua variabel, dimana antara variabel yang satu dengan variabel lainnya saling berhubungan. Disamping itu, difokuskan pada pemahaman hubungan perilaku, kondisi, dan situasi yang menjelaskan mengenai berbagai penyebab (*causal patway*), sedangkan desain penelitian *cross sectional* yaitu suatu rancangan penelitian dimana data dikumpulkan pada kurun waktu tertentu (Polit & Beck, 2008)

Penelitian ini memperoleh prevalensi status gizi balita sebagai variabel terikat dihubungkan dengan karakteristik keluarga (ayah, ibu dan anak) dan kepatuhan berkunjung ke posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura sebagai penyebab dan merupakan variabel bebas.

4. 2.Populasi dan sampel

4. 2.1.Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian dengan karakteristik tertentu yang diteliti (Alimul, 2003). Populasi pada penelitian ini adalah keluarga dengan balita yang berkunjung ke posyandu sebanyak 568 (Puskesmas Abepura, 2010).

4.2.2. Sampel

Menurut Arikunto (2006) sampel adalah bagian dari populasi, sebagian atau wakil populasi yang diteliti. Sampel pada penelitian ini diambil dari jumlah populasi ibu balita yang akan diteliti.

4.2.3. Kriteria inklusi dan Ekslusi

4.2.3.1 Kriteria inklusi

- (a) orang yang merawat langsung balita yaitu bias ibu/ayah/nenek;
- (b) keluarga yang telah melaksanakan kunjungan ke posyandu minimal tiga bulan berjalan ketika penelitian ini dilaksanakan dengan indicator KMS atau KIA anak dan atau catatan kader;
- (c) berdomisili di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura;
- (d) balitanya terdapat di posyandu Kelurahan Kota Baru Abepura;
- (e) bersedia menjadi responden;
- (f) posyandu yang aktif melakukan penimbangan.

4.2.3.2 Kriteria ekslusi

- (a) keluarga yang belum pernah melakukan kunjungan dan atau baru pertama kali melakukan kunjungan ke posyandu; posyandu yang tidak aktif melaksanakan kegiatan minimal tiga bulan sejak penelitian ini dilaksanakan;
- b) keluarga yang tidak dapat membaca dan menulis.

4.2.3.1. Besar sampel

Jumlah sampel dapat dihitung cara sampel klaster, dimana populasi sangat besar dan tidak mungkin untuk menyusun rangka yang mutakhir dan akurat serta butuh dana yang besar menyusun rangka yang terperinci serta kemungkinan adanya halangan dalam menghubungi individu. Pengambilan sampel klaster adalah setiap perencanaan pengambilan sampel yang menggunakan suatu rangka yang terdiri dari klaster-klaster unit pencacahan. Jumlah populasi berbeda setiap posyandu, maka untuk mendapatkan nilai n setiap posyandu dilakukan pengambilan sampel secara proporsional dengan tingkat kepercayaan 95%

menggunakan formula *stem cluster* (Lemeshow; Hosmer, dan Klar *at al* 1997: hal: 2).

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P (1-P)}{d^2}$$

Keterangan:

n = Besar sampel

d = Presisi (0,1)

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal angka baku (1,96)

P = Proporsi prevalensi suatu kasus terhadap populasi yang tidak diketahui secara pasti ditetapkan 50 % atau 0,5 menggunakan nilai tabel $P (1-P) = 0,25$.

Kelurahan Kota Baru memiliki 7 posyandu dengan total populasi balita aktif menimbang 568, yaitu posyandu Satia 85, posyandu Nauri 196, posyandu Wilmari 86, posyandu Sejahtera 57, posyandu Sakura 65, posyandu Rambai 79.

Langkah pengambilan sampel klaster pada penelitian ini, yaitu:

- a) Langkah pertama: penetapan sampel posyandu tingkat kelurahan
- b) Tahap kedua: penetapan sampel setiap posyandu berdasarkan balita yang aktif menimbang.
- c) Tahap ketiga penetapan sampel dari ketujuh posyandu yang terpilih.
- d) Tahap keempat: pemilihan respon (ibu balita atau pengasuh) dengan metode acak sederhana menggunakan formula Lameshow., Hosmer, dan Klar *at al* (1997)

Berdasarkan formula tersebut dapat dihitung populasi sampel penelitian sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} [0,25]}{d^2}$$

$$n = [(1,96)^2 (0,25)] / (0,1)^2 = 96,04 = \text{dibulatkan kebawah menjadi } 96$$

Guna mengantisipasi kekurangan *drop out*, sampel ditambah 10% dari sehingga total sampel menjadi: 10% dari 96 dengan perhitungan sebagai berikut: 10% dari 96 =

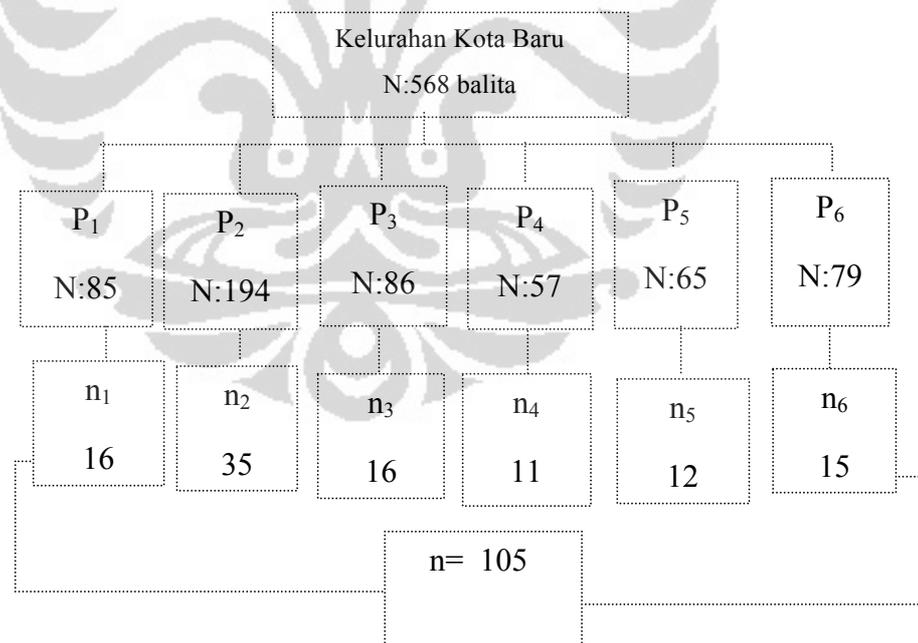
$$10$$

$$\frac{10}{100} \times 96 = 9,6 \text{ sehingga total sampel ditambah } 10\%, \text{ yaitu } 96 + 9,6 =$$

$$105,6$$

$$100$$

dibulatkan ke bawah menjadi 105. Setelah penambahan 10% dari sampel yang diambil secara proporsional, total sampel pada keenam posyandu yang ada di Kota Baru, yaitu: posyandu Satia, Nauri, Wilmari, Sejahtera, Sakura, dan Rambai sebesar 105 (gambar 6, hal: 61; dan tabel 2, hal: 59).



Gambar 6. Bagan pengambilan sampel secara *proporsional cluster sampling*.

Tabel 4.1.
Jumlah Sampel Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan dalam
Berkunjung Ke Posyandu dengan Status Gizi Balita
Di kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura
Tahun 2011

No	Nama Posyandu	Jumlah Ibu balita(N)	Jumlah sampel (nh= n/L)
1	Posyandu 1 (Setia)	85	$85/568 \times 106 = 16$
2	Posyandu 2 (Nauri)	194	$194/568 \times 106 = 34$
3.	Posyandu 3(Wilmari)	86	$86/568 \times 106 = 16$
4.	Posyandu 4 (Sejahtera)	57	$57/568 \times 106 = 11$
5.	Posyandu 5 (Sakura)	65	$65/568 \times 106 = 12$
6.	Posyandu 6 (Rambai)	79	$79/568 \times 106 = 15$
Total		568	105

Pengambilan sampel untuk menentukan jumlah sampel selama 30 hari penelitian dalam kerangka survei menggunakan cara “*Stratified Random Sampling*, yaitu dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- (1) Menyusun seluruh nomor responden secara berurutan sesuai dengan jumlah populasi dalam satu posyandu (posyandu ke satu sampai dengan posyandu keenam), sesuai jadwal kegiatan posyandu.
- (2) Menentukan besar sampel yang dicari dengan menggunakan rumus Lemeshow (1997), didapat sampel survei sebesar 105 responden.

Dalam menentukan sampel yang akan diteliti dari 105 responden menggunakan “*Stratified Random Sampling*” survey dilakukan selama satu minggu.

4.3. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Posyandu Kelurahan Kota Baru Kecamatan Abepura Kota Jayapura Provinsi Papua. Alasan pemilihan tempat penelitian adalah mempertimbangkan Provinsi Papua merupakan salah daerah dengan prevalensi gizi buruk dan kurang 14,6%, gizi buruk 28,9 % berada diatas prevalensi nasional gizi kurang 13,0%, gizi buruk 4,5 % (Kemenkes, 2008). Laporan kader posyandu Nauri (2010) terdapat 14,4% kasus anak dengan berat

badan dibawah garis merah 1,6% berada di garis kuning dari 125 balita. Sementara laporan Puskesmas Hedam 6 Januari 2011 terdapat 1,2 % gizi kurang dari 605 balita yang aktif menimbang menurut standar WHO-NCHS (berat badan mernurur umur (BB/U).

4.4.Cara pengambilan sampel

Cara pengambilan sampel dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

4.4.1.Kasus

- 4.4.1.1. Kasus diambil diseluruh wilayah Posyandu Kelurahan Kota Baru sesuai dengan kriteria inklusi.
- 4.4.1.2. Balita yang telah tercatat sebagai gizi kurang ditindak lanjuti dengan memberikan informasi kesehatan kepada keluarga dan melakukan kunjungan rumah.

4.4.2. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan adata dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

4.4.2.1. Data Sekunder

- a.Melakukan kordinasi dengan kepala puskesmas tentang rencana peneitian.
- b.Setelah mendapat persetujuan, peneliti berkoordinasi dengan penanggungjawab posyandu dengan mengecek data kegiatan posyandu.

4.4.2.2. Data Primer

- a. Menjelaskan kepada kader tentang maksud dan tujuan penelitian dan diminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- b. Setelah kader setuju untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian, peneliti selanjutnya emalkuan penelitian di posyandu sesuai dengan jadwal kegiatan.

- c. Sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti memberitahu kepada keluarga bahwa akan diadakan penelitian tentang status gizi balita dan diminta persetujuannya untuk berpartisipasi dengan menandatangani *informed consent*.
- d. Setelah keluarga menandatangani *informed concern*, keluarga selanjutnya diminta mengizinkan kuisisioner dan menengembalikan kepada peneliti.
- e. Peneliti juga meminta persetujuan keluarga untuk dilakukan penelitian terhadap anak balita dengan cara menimbang dan mengukur TB-PB menggunakan timbangan Dacin dan meter.
- f. Melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan balita bersama petugas puskesmas dan kader kesehatan yang bertanggungjawab di posyandu saat penelitian dilaksanakan.
- g. Balita yang belum bisa berdiri diletakkan diatas meja kemudian diukur panjang badannya. Tetapi yang sudah dapat berdiri dilakukan dengan cara mengukur dari ubun-ubun sampai tumit dengan bersandar ke tembok.

4.5. Waktu Penelitian

Waktu pengambilan data dilaksanakan sesuai dengan jadwal kegiatan posyandu (Tabel 4.2).

Tabel 4.2.
Jadwal Pengambilan Data Karakteristik Keluarga, Balita Dan Ketaatan dalam Berkunjung Ke Posyandu dengan Status Gizi Balita Di kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura Tahun 2011

	Tanggal/bulan					
Tanggal	9 Mei	10Mei	3 Juni	7Juni	14 Juni	15 Juni
Posyandu	Wilmari	Rambay	Sejahtera	Setia	Sakura	Enauri
Jumlah sampel	16	15	11	16	12	36

Gambar 7. Waktu pengambilan sampel

4.6. Etika penelitian

Universitas Indonesia

Sebagai salah satu syarat untuk melaksanakan penelitian adalag dilakukan uji kelayakan. Berdasarkan hal tersebut penelitian ini telah lolos uji etik pada tanggal 5 Mei, 2011, dan dinyatakan layak untuk dilakukan penelitian.

4.6.1. Aplikasi Prinsip Etik

Sesuai dengan Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan Indonesia, maka aplikasi prinsip dasar etika penelitian, terdiri dari: *perfect for person*, *Beneficence*, *justice*, Resiko Persetujuan etika resiko (*etical clearance*) dan cara menghindari resiko (Depkes, 2010).

4.6.1.1 *Beneficence* (manfaat) dan *maleficence* (tidak menimbulkan resiko)

Hasil penelitian ini dapat dikembangkan untuk memperbaiki faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap status gizi balita serta variabel karakteristik keluarga dan balita dan kepaatuah dalam berkunjung ke posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura jayapura.

Prinsip *benficinece* artinya penelitian yang dilakukan haruslah memberikan dampak yang positif terhadap respon baik langsung maupun tidak langsung dan perlu penjelasan secara rinci sebelum dilakukan *informed concern*. Penelitian ini akan memberikan dampak langsung terhadap responden, terutama dalam upaya meningkatkan status gizi balita.

Hasil penelitian ini dapat dikembangkan untuk memperbaiki faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap status gizi balita serta variabel karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura jayapura.

Maleficience artinya penelitian tidak menimbulkan risiko pada responden. Responden dilindungi dari fisik dan psikologisnya serta tidak dieksploitasi. Pada penelitian ini risiko yang dapat terjadi pada responden adalah psikologis orangtua. Orang tua merasa malu dan syok jika mengetahui anaknya mengalami gizi buruk atau kurang. Untuk mengatasi hal tersebut, maka peneliti menjelaksn kepada keluarga jika anaknya terbukti mengalami gizi kurang atau buruk akan dilakukan koordinasi dengan Puskesmas untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut, serta memberikan nasehat tentang penatalaksanaan gizi

Universitas Indonesia

balita, diantaranya makanan bergizi seimbang, cara pengolahan makanan balita sesuai dengan tumbuh kembang anak.

4.6.1.2. *Perfect to Person* (menghormati harkat martabat manusia)

Pada penelitian ini, peneliti tidak menampilkan identitas responden (*anonymous*) serta menjaga kerahasiaan data yang diperoleh (*confidentiality*) dengan cara menggunakan kode responden. Data yang diperoleh disimpan di file pribadi sebagai arsip dan hanya diakses oleh peneliti sendiri. Setelah data tersebut selesai dipergunakan maka data dimusnahkan dengan cara dibakar. Pada penelitian ini peneliti menjelaskan kepada responden bahwa informasi yang responden sampaikan hanya untuk kepentingan pengembangan pengetahuan dan akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti. Sehingga responden diminta hanya menuliskan nama inisial dengan cara menyingkat nama pada format identitas responden.

4.6.1.3. *Justice* (keadilan)

Prinsip *Justice*, yaitu berlaku adil untuk semua, yang merupakan prinsip moral dengan kewajaran dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya. Peneliti menjamin *privacy* responden dan menjunjung tinggi harga diri responden. Peneliti dalam berkomunikasi dengan responden tidak menanyakan hal-hal yang dianggap sebagai *privacy* bagi responden, kecuali yang dikaitkan dengan penelitian, namun tetap mengedepankan rasa penghormatan dan melalui persetujuan responden (Polit & Beck, 2004). Sementara itu Depkes (2010) menjelaskan bahwa penelitian tidak membedakan perlakuan antara subyek yang satu dengan yang lainnya.

Pada penelitian ini, peneliti tidak membeda-bedakan responden yang satu dengan yang lainnya. Setiap responden diberi informasi hasil penelitian. Responden yang anaknya terbukti mengalami gizi buruk dan kurang diberi nasehat penatalaksanaan gizi balita diantaranya memberikan informasi tentang makanan pendamping ASI (MPASI), dan makanan bergizi seimbang.

4.6.2. Persetujuan sebelum penelitian (*inform consent*)

Universitas Indonesia

Pada penelitian ini, peneliti memberikan informasi kepada semua responden tentang rencana dan tujuan penelitian (lampiran I). Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani surat *informed consent* (Lampiran 2). Responden yang dilibatkan juga memperoleh hak mendapatkan informasi secara terbuka serta bebas menentukan pilihan tanpa adanya paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Pada penelitian ini, sebelum responden bersedia berpartisipasi, peneliti memberikan informasi kepada setiap responden tentang tujuan penelitian, manfaat serta cara pengisian kuisioner. Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa waktu pengisian kuisioner berkisar antara 10-15 menit dan akan mengisi lembar kuisioner sebanyak 4 halaman. Halaman pertama adalah alamat responden. Responden juga dimintamengajukan pertanyaan dan berhak untuk ikut atau menolak jika merasa tidak nyaman.

Setelah responden setuju, responden mengisi kuisioner dengan terlebih dahulu menuliskan alamat dan telepon untuk memudahkan klarifikasi data dan kunjungan rumah bila diperlukan. Responden yang tidak dapat mengisi kuisioner dapat diisi oleh pengumpul data yang telah dilatih oleh peneliti, dengan cara mewawancarai responden dan diminta memilih jawaban sesuai pengalamannya dengan cara mencentang.

4.7. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data adalah kuisioner yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden tentang hal-hal yang ingin diketahui (Arikunto, 2002).

4.7.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari tiga yaitu untuk mengetahui karakteristik keluarga dan anak, pengetahuan, kepatuhan, status gizi balita.

4.7.1.1. Kuisioner pertama: Karakteristik keluarga

Kuisisioner pertama diisi oleh responden, untuk mengetahui karakteristik keluarga meliputi kuisisioner A, B dan C.

a. Kuisisioner A. terdiri dari karakteristik yang meliputi: umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, etnis, jumlah anak, pendapatan dengan menggunakan kategori.

b. Kuisisioner B. Karakteristik anak terdiri dari umur, jenis kelamin, riwayat kelahiran. Baik instrumen A maupun B bentuk pertanyaannya menggunakan pertanyaan tertutup dimana responden memberi tanda ceklis (\checkmark) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi, kecuali umur, dan penghasilan keluarga menggunakan pertanyaan terbuka. Kuisisioner ini terdiri dari 11 item (no 1- 11) yang dibuat oleh peneliti. Data yang didapatkan merupakan data primer.

c. Kuisisioner C mengenai pengetahuan keluarga tentang posyandu dan pengetahuan tentang gizi. Baik kuisisioner tentang pengetahuan posyandu, maupun tentang gizi, penilaian dilakukan dengan menggunakan skala nominal, untuk pernyataan positif ya= 1, yang berarti jawaban benar; tidak = 0, yang berarti jawaban salah. Untuk pernyataan negatif tidak = 1, yang berarti jawaban benar, ya= 0, yang berarti jawaban salah. Untuk kuisisioner pengetahuan tentang posyandu, pernyataan positif terdiri dari nomor: 12. Pernyataan negatif terdiri dari nomor: 13,14,15, untuk pengetahuan tentang gizi, pernyataan positif terdiri dari nomor: 19,20,2. Sementara pernyataan negatif terdiri dari negatif terdiri dari nomor: 16, 17,18, Nilai pengetahuan keluarga tentang posyandu dan gizi = nilai skor /total dikali 100%. Dikatakan baik bila nilainya \geq mean, kurang bila $<$ mean kurang bila, baik bila \geq mean. Jumlah Item pengetahuan sebanyak 10 dengan total skor 10, dimana skor terendah 0, skor tertinggi 10 (rentang skore 0-10). Kuisisioner ini dibuat oleh peneliti. Data yang diperoleh merupakan data primer.

4. 7.1.2. Kuisisioner kedua: Status gizi balita

Kuisisioner kedua mengenai status gizi balita diisi oleh peneliti meliputi Panjang Badan saat ini (cm), Berat Badan saat ini (gram). Hasil ukur berat badan dalam gram dan panjang badan/tinggi badan dalam cm.. Kuisisioner ini terdiri dari 2 item soal 2 (21,22). Penilaian dilakukan dengan membandingkan panjang

badan/tinggi badan saat ini (cm) dengan berat badan saat ini (gr) dikalikan seratus persen, dengan kategori 1. Gizi buruk apabila $< 70\%$ atau Z score $< -3,0 > 3,0$ SD; 2. Gizi kurang apabila $\geq 70\%$ atau Z score $- < 3$ SD - < -2 SD; 3. Gizi baik apabila nilainya $> 80\%$ atau Z score $- 2.0$ SD $+ 2.$) SD (NCHS-WHO 1983 dalam Depkes, 2006; Depkes, 2006). Untuk mendapatkan nilai Z skore. Menggunakan tabel status gizi balita perbandingan BB dengan TB-PB menurut NCHS-WHO dengan cara melihat PB (cm) menurut jenis kelamin, kemudian median PB menurut jenis kelamin anak. Selanjutnya mencari nilai Z dengan Formula: $Z = (BB - \text{median}) / 4$

4.7.1.3. Kuisisioner ketiga: Kepatuhan

Kuisisioner ketiga mencakup pertanyaan untuk mengukur kepatuhan keluarga balita (responden). Instrumen kepatuhan terhadap kegiatan posyandu menggunakan skala nominal. Pernyataan positif dengan jawaban ya = 1, jika jawaban atas pertanyaan tersebut dilakukan; tidak = 0, jika jawaban pertanyaan tersebut tidak dilakukan. Untuk pernyataan negatif, 1= tidak, jika jawaban atas pertanyaan tersebut tidak dilakukan, 0= ya, jika pertanyaan tersebut dilakukan. Pernyataan positif terdiri dari nomor: 23,24,25,26,27,28,31,33,34,35,36,38. Pernyataan negatif terdiri dari: 29,30,32,37,39. Kuisisioner ini terdiri dari 17 item (23-39), dengan nilai skor terendah 0 dan tertinggi 17. Nilai kepatuhan keluarga diperoleh dengan membandingkan jumlah kegiatan yang diikuti keluarga dengan total kegiatan posyandu berdasarkan item pertanyaan dikali 100, dengan kategori 2 patuh dan 1 tidak patuh.. Dikatakan patuh apabila nilainya $> 74\%$ dan tidak patuh bila nilainya $< 74\%$.

Formula perhitungan kepatuhan (Haynes, Taylor, & Sackett, 1978):

$$C = \frac{\text{Jumlah kegiatan yang diikuti}}{\text{Jumlah kegiatan yang seharusnya diikuti}} \times 100 \%$$

4.8. Uji instrumen

Sebelum penelitian berlangsung, dilakukan uji coba terlebih dahulu untuk mengetahui validitas dan realibilitas instrumen, yang dilakukan kepada 30 keluarga balita pada tanggal 21 April-28 April 2011 di Posyandu Kelurahan Hedam. Alasan Kelurahan Hedam digunakan sebagai tempat uji coba adalah karena memiliki karakteristik inklusi yang sama dengan Kelurahan Kota Baru yang merupakan pecahan dari Kelurahan Hedam dan berada dibawah wilayah kerja Puskesmas Hedam. Pengujian validitas dan realibilitas instrument untuk mengetahui sejauhmana ketepatan alat ukur dalam mengukur suatu data. Pengukuran menggunakan skala nominal 0-1 untuk pertanyaan positif, 1-0 untuk pertanyaan negatif.

4.8.1. Validitas

Validitas adalah suatu kriteria penting untuk mengkaji metode pengukuran variabel (Polit dan Beck, 2004). Metode ini bertujuan mengukur kemampuan setiap item pertanyaan kuesioner dalam mengukur variabel penelitian. Untuk melihat apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka perlu dilakukan uji korelasi antara skor setiap item pernyataan dengan nilai total kuisisioner tersebut. Teknik korelasi item total person *product moment* dengan menggunakan formula (Notoatmodjo, 2002).

$$R = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][\sum NY^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

r = koefisien validitas

N = jumlah item

X = skor suatu item

$Y = \text{skor total}$

Setelah diketahui r hitung maka selanjutnya dibandingkan dengan nilai r tabel > Apabila r hitung > r tabel, maka item pertanyaan dikatakan valid (Hastono, 2007). Perhitungan dilakukan dengan menggunakan bantuan program dalam perangkat komputer. Penelitian ini menggunakan uji validitas isi dan korelasi item total ketiga kuisioner penelitian.

4.8.2. Reliabilitas

Realibilitas adalah keakuratan dan konsistensi informasi hasil penelitian yang berkaitan dengan metode pengukuran variabel penelitian (Polit dan Beck, 2004). Realibilitas dari instrumen dapat dikaji menggunakan berbagai cara tergantung pada keaslian instrumen dan ketiga aspek realibilitas, yaitu stabilitas, konsistensi internal, dan keseimbangan (Polit & Beck, 2008).

Uji realibilitas yang digunakan pada penelitian ini menggunakan rumus *alpha crombach* > 0,6, dengan menggunakan perangkat computer. Apabila koefisien bernilai > 0,6 maka alat ukur tersebut realibel. Hasil uji coba instrument yang dilakukan pada 30 responden di Kelurahan Hedam didapatkan hasil sebagai berikut: (tabel 4.2)

Tabel 4.3.
Hasil uji coba instrumen penelitian Hubungan Karakteristik Keluarga dan Kepatuhan Berkunjung Ke Posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura Tahun 2011 (N = 30)

No	Variabel	No Pertanyaan	No. pertanyaan yang diuji	Nilai Validitas $r > 0,36$ *	Nilai Realilitas $r > 0,6$
1.	Pengetahuan				
	Posyandu	12-23	19-23	0,303-0,731	0,771
	Gizi	24-42	32,36,37,39,40,42	0,250-0,396	0,771
2.	Kepatuhan				
	Berkunjung ke posyandu	46-52	46-5151	0,322-0,686	0,870
	Penatalaksanaan gizi balita	55- 74	56,57,59,60,65, 66-68 ,70,73,74	0,306-0,640	0,870

*Keterangan : karena di anggap penting maka tetap dimasukkan.

4.9. Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data dilaksanakan secara administrasi dan pengambilan data langsung ke responden.

4.9.1. Prosedur administrasi

- 4.9.1.1. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti melengkapi persyaratan uji etik (*etical clearance*) kepada panitia komite etik penelitian FIK UI untuk dilakukan uji kelayakan.
- 4.9.1.2. Setelah mendapat persetujuan dan penjelasan dari panitai Uji etik kelayakan penelitian, peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Badan Kesatuan Bangsa Pemerintah Provinsi Papua, Dinas Kesehatan Provinsi Papua, Pemerintah Kota Jayapura, Dinas Kesehatan Kota Jayapura, Puskesmas Hedam dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- 4.9.1.3. Setelah mendapat ijin dari Puskesmas Hedam, peneliti menjelaskan tujuan penelitian kepada Kepala Puskesmas Hedam, penanggungjawab posyandu, dan kader posyandu se Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 4.9.1.4. Memaparkan proposal penelitian kepada kepala Puskesmas Hedam, penanggungjawab posyandu dan para kader posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
- 4.9.1.5. Mengumpulkan data balita yang berkunjung ke posyandu setiap bulan, meliputi, gizi baik, kurang dan buruk, serta keteraturan kunjungan ibu responden.
- 4.9.1.6. Membaca laporan penanggungjawab posyandu Puskesmas Hedam dan kader Kelurahan Kota Baru.
- 4.9.1.7. Meminta persetujuan responden (keluarga balita) yang berkunjung di posyandu Kelurahan Kota Baru untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

4.9.2 Prosedur Teknis Pengambilan Data

- 4.9.2.1. Sebelum melaksanakan pengumpulan data, peneliti menentukan responden sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan dan merekrut asisten pengumpul data penelitian sebanyak 4 orang, yang terdiri dari 2 orang petugas puskesmas dan 2 orang kader. Untuk menyamakan persepsi, maka terlebih dahulu dilakukan pelatihan cara pengumpulan data.
- 4.9.2.2. Pengumpulan data pada responden yang berkunjung ke posyandu dilakukan oleh peneliti dibantu oleh asisten pengumpul data.
- 4.9.2.3. Meminta persetujuan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian setelah diberi penjelasan dan kesepakatan untuk bertanya.
- 4.9.2.4. Meminta responden yang bersedia ikut serta dalam penelitian untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi subyek penelitian.
- 4.9.2.5. Meminta responden yang bersedia ikut serta dalam penelitian untuk mengisi kuisisioner yang diberikan
- 4.9.2.6. Meminta responden yang telah mengisi kuisisioner untuk mengembalikan kepada peneliti.
- 4.9.2.7. Mengecek kuisisioner yang telah dikembalikan oleh responden apakah sudah lengkap atau belum.
- 4.9.2.8. Meminta responden kembali mengisi kuisisioner yang belum lengkap diisi.

4.10. Analisis data

Berdasarkan data yang terkumpul di lapangan maka dilakukan analisis data terhadap hasil pengisian kuisisioner. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka dilakukan empat tahapan pengelolaan data terlebih dahulu, yaitu: *editing, coding, processing, cleaning*.

4.10.1. Editing

Editing merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuisisioner apakah jawaban ada di kuisisioner sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten, a) Lengkap: semua pernyataan sudah terisi jawaban; b) Jelas: jawaban pertanyaan apakah tulisannya cukup jelas terbaca. c) Relevan: jawaban yang

tertulis apakah relevan dengan pertanyaan; d) Konsisten: apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya konsisten.

4.10.2. Coding

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Kegunaan dari koding adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entry data.

4.10.3. Processing

Setelah kuisioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah dientry dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara mengentry data dari kuisioner ke paket program komputer.

4.10.4. Cleanning

Cleaning (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut mungkin terjadi pada saat kita mengentry ke komputer. Proses *cleaning* dilakukan dengan tiga tahapan, yaitu: mengetahui *missing* data, mengetahui variasi data, mengetahui konsistensi data.

4.10.5. Mengetahui *missing* data

Cara mendeteksi adanya *missing* data dengan cara melakukan list (distribusi frekuensi) dari variabel yang ada.

4.10.6. Mengetahui variasi data

Dengan mengetahui variasi data diketahui apakah data yang benar atau dientry benar atau salah. Cara mendeteksinya dengan mengeluarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel.

4.10.7. Mengetahui konsistensi data

Cara mendeteksi adanya ketidak konsistenan data dengan menghubungkan dua variabel. Setelah data diolah, maka langkah selanjutnya adalah menganalisis data. Dalam penelitian ini dilakukan tiga tahapan analisis yang diteliti. Deskripsi statistik menjelaskan tentang hubungan sementara univariat mendeskripsikan tentang mean, modus, standar deviasi dll (Polit & Beck, 2004). Bentuknya tergantung pada jenis datanya. Untuk data numerik dengan menghitung nilai mean (rata-rata), median, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum. Data kategorik dalam penelitian ini adalah status gizi balita dan kepatuhan, data karakteristik keluarga dan balita meliputi: pendidikan, pekerjaan pendapatan, etnis, jumlah anak, jenis kelamin anak, riwayat kelahiran anak. Data kategorik dianalisis dengan menghitung frekuensi dan presentasi masing-masing kelompok. Data numerik dalam penelitian ini meliputi umur keluarga dan umur balita, Data kategorik meliputi jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status gizi balita meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat, menggunakan komputer. Data yang dianalisis dikelompokkan menjadi dua, yaitu analisis univariat dan bivariat.

a. Analisis deskriptif dan univariat

Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang, riwayat kelahiran anak, kepatuhan ibu berkunjung ke posyandu.

b. Analisis bivariat (dua variabel)

Analisis bivariat menguji hubungan antara variabel (Polit & Beck, 2004). Selanjutnya data disajikan pada tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh. Sedangkan analisis tabulasi silang digunakan untuk meringkas dan mengetahui sebaran data serta dapat digunakan untuk menganalisis secara deskriptif. Pada penelitian ini analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan atau perbedaan hubungan antara variabel bebas yang meliputi: (a) karakteristik keluarga yang meliputi umur, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, etnis, tingkat penghasilan dan jumlah anak dengan variabel dependen status gizi balita; dan karakteristik balita yang meliputi umur, jenis kelamin dan riwayat kelahiran dengan status gizi balita; (b) Kepatuhan ibu

Universitas Indonesia

dan variabel terikat yaitu status gizi balita. Variabel yang ditabulasi silang pada penelitian ini, yaitu variabel bebas dan variabel terikat (tabel 4.3).

Tabel 4.3. Analisis data Variabel bebas Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kpatuhan Dengan Varibel Terikat Status Gizi Balita

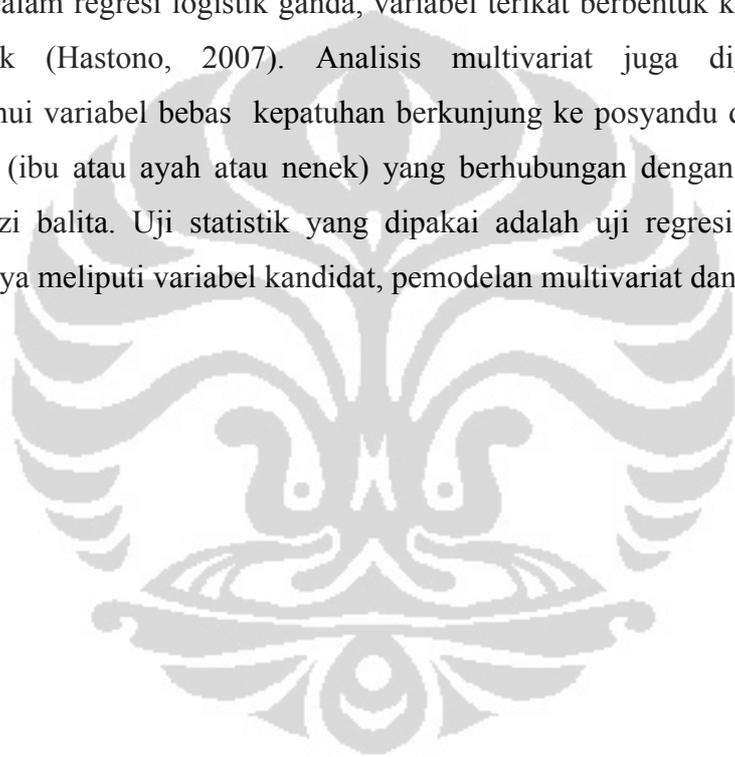
No.	variabel bebas	Variabel terikat	Jenis uji Statistik
1.	Kepatuhan ibu	Status gizi balita	<i>Chi Squire</i>
2.	Karakteristik Keluarga (ibu atau ayah atau nenek)	Status gizi balita	<i>T-test independen</i>
	Umur	Status gizi balita	<i>Chi Squire</i>
	Pendidikan	Status gizi balita	<i>Chi Squire</i>
	Pengetahuan	Status gizi balita	<i>Chi Squire</i>
	Pekerjaan	Status gizi balita	<i>Chi Squire</i>
	Etnis	Status gizi balita	<i>Chi Squire</i>
	Tingkat pendapatan	Status gizi balita	<i>Chi Squire</i>
	Jumlah anak		
	Anak	Status gizi balita	<i>T.Test independen</i>
	Umur	Status gizi balita	<i>Chi Squire</i>
	Jenis kelamin	Status gizi balita	<i>Chi Squire</i>
	Riwayat kelahiran		

Pada penelitian ini data numerik seperti umur keluarga dan umur balita dikategorikan masing masing berdasarkan *cut of point* median. Hal ini sesuai dengan sistem pengolahan data, tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai kurang dari 1 dan nilai harapan (nilai E) kurang dari 5, lebih dari 20% jumlah sel (Hastono, 2007). Sehingga, analisis data kategotik dengan numerik yang rencananya dengan uji T-test, diubah menjadi uji *chi-squire*. Data umur keluarga selanjutnya dikategorikkan menjadi dua yaitu < 30 tahun dan ≥ 30 tahun berdasarkan *cut of point* median 31,3 tahun. Demikian, umur balita menjadi < 20

bulan dan ≥ 20 bulan menggunakan *cut of point* median 20,00 bulan. Disamping itu data ketegoril lainnya seperti pendidikan dan pekerjaan masing –masing diubah menjadi dua kategorik yaitu $< SLTA$ dan $\geq SLTA$; tidak bekerja dan bekerja.

c. Analisis multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk melihat hubungan beberapa variabel bebas (lebih dari satu) dengan salah satu atau lebih beberapa variabel (umumnya satu variabel). Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik ganda. Dalam regresi logistik ganda, variabel terikat berbentuk kategori terutama dikotomik (Hastono, 2007). Analisis multivariat juga digunakan untuk mengetahui variabel bebas kepatuhan berkunjung ke posyandu dan karakteristik keluarga (ibu atau ayah atau nenek) yang berhubungan dengan variabel terikat status gizi balita. Uji statistik yang dipakai adalah uji regresi logistik ganda, tahapannya meliputi variabel kandidat, pemodelan multivariat dan uji interaksi.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian yang mencakup mengenai hasil analisis univariat, bevarait dan multivariat. Hasil uji univariat membahas mengenai karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan keluarga dalam berkunjung ke posyandu serta status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura. Hasil bivariat membahas mengenai hubungan antara karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dengan status gizi balita. Hasil analisis multivariat membahas mengenai faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap status gizi balita.

5.1 Hasil Analisis Univariat

5.1.1. Karakteristik Keluarga yang Berkunjung ke Posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura

Tabel 5.1

Analisis Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga Yang Berkunjung Ke Posyandu Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei-Juni Tahun 2011 (n = 105)

Variabel	Frekuensi	%
1. Umur		
< 30 thn	63	60
≥ 30 thn	42	40
2. Pendidikan		
< SLTA	29	27,6
≥ SLTA	76	72,4
3. Pekerjaan		
Tidak Bekerja	40	38,1
Bekerja	65	61,9
4. Pendapatan		
< Rp. UMK	53	50,5
≥ Rp. UMK	52	49,5
5. Etnis		
NonPapua	27	25,7
Papua	78	74,3
6. Pengetahuan		
Kurang	54	51,4
Baik	51	48,6
7. Jumlah Anak		
1-2 orang	46	43,8
>2 orang	59	56,2

Tabel 5.1 menunjukkan proporsi keluarga terbanyak berkunjung ke posyandu adalah: umur keluarga < 30 tahun 60%; pendidikan keluarga \geq SLTA 72,4%; bekerja 61,9%; pendapatan keluarga < UMK (50,5%); etnis Papua 74,3%; pengetahuan kurang 51,4%; jumlah anak > 2 56,2%.

5.1.2. Karakteristik Balita yang Berkunjung ke Posyandu

Tabel 5.2

Analisis Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita Yang Berkunjung Ke Posyandu Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei – Juni Tahun 2011 (n = 105)

Varaibel	Frekuensi	Peresn (%)
1.Umur Anak		
< 20 bulan	53	50,5
\geq 20 bulan	52	49,5
2.Jenis Kelamin		
Laki-laki	52	49,5
Perempuan	53	50,5
3.Riwayat Kelahiran		
BBLR	16	15,2
BBLN	89	84,8

Tabel 5.2. menunjukkan proporsi umur anak balita yang berkunjung ke posyandu lebih banyak: berumur < 20 bulan 50,5%; jenis kelamin perempuan 50,5%; riwayat kelahiran lebih banyak BBLN 84,8%.

5.1.3. Kepatuhan Keluarga Berkunjung ke Posyandu di Kelurahan

Tabel 5.3 menunjukkan distribusi keluarga yang berkunjung ke posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura umumnya patuh 67,6%.

Tabel 5. 3

Analisis Distribusi Frekuensi Kepatuhan Keluarga Yang Berkunjung Ke Posyandu Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei-Juni Tahun 2011 (n = 105)

No	Variabel	Frekuensi	Perenstase (%)
1.	Tidak patuh	34	32.4
2.	Patuh	71	67.6

5.1.4. Status Gizi Balita

Tabel 5.4
Analisis Distribusi Frekuensi Status Gizi Balita Yang Berkunjung Ke Posyandu Di
Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei –Juni Tahun 2011
(n = 105)

No	Status Gizi	Frekuensi	Persen (%)
1.	Kurang	49	46,7
2.	Baik	56	53,3

Tabel 5.4 menunjukkan distribusi balita yang ditimbang di posyandu memiliki terbanyak status gizi baik 53,3 %, hanya selisih 7% dengan gizi kurang.

5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada hasil penelitian ini dilakukan dengan melakukan tabulasi silang antara variabel dependen status gizi balita dengan variabel independen karakteristik keluarga dan balita, serta kepatuhan keluarga. Karakteristik keluarga meliputi: umur, pendidikan, pendapatan, etnis, pengetahuan, pekerjaan, dan jumlah anak dalam keluarga. Karakteristik balita meliputi: umur, jenis kelamin, dan riwayat kelahiran anak.

5.2.1. Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Balita Kepatuhan Dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan tabel 5.5 proporsi status gizi balita kurang lebih tinggi pada keluarga berumur < 30 tahun 55,6% bila dibandingkan dengan keluarga umur \geq 30 tahun 33%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,042$ menunjukkan ada hubungan bermakna antara umur keluarga dengan status gizi balita. Nilai OR = 2,5 menunjukkan keluarga umur < 30 tahun mempunyai peluang sebesar 2,5 terjadinya status gizi kurang dibandingkan dengan keluarga umur \geq 30 tahun.

Proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan pendidikan \geq SLTA 52,6% dibandingkan dengan pendidikan < SLTA 31,0%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai ($p = 0,078$) menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan status gizi balita.

Tabel. 5.5
Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Balita Mencakup, Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan, Etnis, Jumlah Anak, Etnis, Umur anak, Jenis Kelamin, Dan Riwayat Kelahiran Anak Kepatuhan Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei – Juni 2011 (n = 105)

No	Variabel	Status Gizi				Total		OR	95% CI
		Kurang		Baik		N	%		
		n	%	n	%				
A. Karakteristik Keluarga									
1.	Umur								
	< 30 thn	35	55,6	28	44,4	63	100		
	≥ 30 thn	14	33,3	28	66,7	42	100	0,042*	2,500 1,110 – 5,628
2.	Pendidikan								
	< SLTA	9	31,0	20	69,0	29	100		
	≥ SLTA	40	52,6	36	47,4	76	100	0,078	0,405 0,164 – 1,003
3.	Pekerjaan								
	Tidak bekerja	20	50,0	20	50,0	40	100		
	Bekerja	29	44,6	36	55,4	65	100	0,737	1,241 0,564 – 2,734
4.	Pendapatan								
	< UMRK. Jpr	24	45,3	29	54,7	53	100		
	≥ UMRK. Jpr	25	48,1	27	51,9	56	100	0,774	0,927 0,415 – 1,925
5.	Etnis								
	Non Papua	13	48,1	14	51,9	27	100		
	Papua	36	46,2	42	53,8	78	100	1,000	1,083 0,451 – 2,605
6.	Pengetahuan								
	Kurang	19	35,2	35	64,8	54	100		
	Baik	30	58,8	21	41,2	51	100	0,026*	0,380 0,173 – 0,837
7.	Jumlah Anak								
	1-2 orang	19	41,3	27	58,7	59	100		
	> 2 orang	30	50,8	29	49,2	46	100	0,438	1,470 0,675 – 3,200
B. Karakteristik Balita									
1.	Umur Anak								
	< 20 bulan	24	45,3	29	54,7	53	100		
	≥ 20 bulan	25	48,1	27	51,9	52	100	0,927	0,894 0,415 – 1,925
2.	Jenis Kelamin								
	Laki-laki	28	53,8	24	46,2	52	100	0,206	1,778 0,819 – 3,858
	Perempuan	21	39,6	32	60,4	53	100		
3.	Riwayat Kelahiran Anak								
	BBLR	8	50,0	8	50,0	16	100	0,959	0,851 0,308 – 2,350
	BBLN	41	46,1	48	53,9	89	100		

Keterangan: *bermakna

Proporsi status gizi balita kurang sedikit lebih tinggi pada keluarga yang tidak bekerja 50,0% bila dibandingkan dengan keluarga yang bekerja 44,6%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,737$ menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan keluarga dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi kurang sedikit lebih tinggi pada keluarga dengan pendapatan \geq UMR Kota Jayapura 48,1 % dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai pendapatan $<$ UMR Kota Jayapura. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,774$ menunjukkan tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada etnis non Papua 48,1% dibandingkan dengan etnis Papua 46,2%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=1,000$ menunjukkan tidak ada hubungan antara etnis keluarga dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga yang mempunyai pengetahuan baik 58,8% dibandingkan dengan keluarga yang memiliki pengetahuan kurang 35,2%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,026$ menunjukkan ada hubungan bermakna antara pengetahuan keluarga dengan status gizi balita. Nilai OR 0,380 artinya keluarga dengan pengetahuan baik mempunyai peluang sebesar 0,3 mengalami status gizi kurang dibandingkan dengan pengetahuan kurang.

Proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan jumlah anak $>$ orang 50,8% dibandingkan dengan keluarga dengan jumlah anak 1-2 orang. 41,3%. Hasil analisis statistik uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,438$ menunjukkan tidak ada hubungan antara jumlah anak dalam keluarga dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi balita kurang lebih tinggi pada anak berumur ≥ 20 bulan dibandingkan dengan anak umur < 20 bulan 45,3%. Hasil analisis statistik uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,206$ menunjukkan tidak ada hubungan antara umur anak dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi balita kurang lebih tinggi pada anak laki-laki 53,8 dibandingkan dengan anak perempuan 39,6%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,206$ menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin pada anak dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi balita kurang lebih tinggi pada anak dengan BBLR 50,0%. Hasil analisis statistik uji *chi square* diperoleh nilai ($p=0,959$)

menunjukkan tidak ada hubungan antara riwayat kelahiran anak dengan status gizi balita.

5.2.2. Hubungan Kepatuhan Keluarga Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.6
Hubungan Kepatuhan Keluarga Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura Mei-Juni Tahun 2011 (n= 105)

Varibel	Status gizi				Total		p-value	OR	95% CI
	Kurang		Baik		N	%			
	n	%	n	%					
Tidak Patuh	16	47,1	18	52,9	34	100	1,000	1,05	5,451-2,322
Patuh	33	46,5	38	53,5	71	100			

Tabel 5.6 menunjukkan proporsi status gizi balita kurang 1 sedikit lebih tinggi pada keluarga yang tidak patuh berkunjung ke posyandu bila dibandingkan dengan keluarga yang patuh berkunjung ke posyandu 46,5%. Hasil analisis statistik uji *chi square* didapatkan nilai ($p=1000$) menunjukkan tidak ada hubungan antara kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita.

5.3. Analisis Multivariat

5.3.1. Pemilihan Kandidat

Uji multivariat dilakukan dengan kriteria apabila hasil seleksi bivariat menghasilkan $p\text{-value} < 0,25$, maka variabel tersebut masuk ke dalam tahap multivariat, sedangkan variabel yang $p\text{-value}$ nya $> 0,25$ harus dikeluarkan dari model. Pengeluaran dilakukan secara bertahap satu persatu dimulai dari $p\text{-value}$ yang terbesar. Hasil analisis bivariat dalam penelitian ini memperlihatkan variabel: umur responden yang mempunyai nilai $p=0,025$; pendidikan $p=0,047$; jenis kelamin anak $p=0,144$ berarti $p\text{-value} < 0,25$. Keempat variabel tersebut lanjut ke pemodelan multivariat. (Tabel 5. 7).

Tabel 5.7
Analisis Pemilihan Kandidat Hubungan Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan
Keluarga Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status gizi Balita
Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura Mei-Juni Tahun 2011
(n=105)

No.	Variabel	Df	Sig
1.	Umur keluarga	1	0,025*
2.	2.Pendidikan K	1	0,047*
3.	3.Pekerjaan K	1	0,591
4.	4.Pendapatan K	1	0,774
5.	5.Etnis	1	0,858
6.	6.Pengetahuan	1	0,015*
7.	7.Jumlah anak	1	0,331
8.	8.Umur Aanak	1	0,774
9.	9.Jenis kelamin Anak	1	0,144*
10	10.Riwayat kelahiran	1	0,772
11.	11.Kepatuhan	1	0,956
	Semua statistic	11	0,127

*Variabel yang mempunyai nilai $p \leq 0,025$.

5.3.2. Pembuatan Model

Tahap kedua pemodelan analisis multivariat meliputi umur, pendidikan, pengetahuan, jenis kelamin hubungan kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

Tabel 5.7
Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Umur, Pendidikan, Pengetahuan Dan Jenis
KelaminKepatuhan Keluarga Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan
Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura
Mei-Juni Tahun 2011
(n=105)

Variabel	B	S.E	Wald	Df	Sig	OR	95% CI
Umur K	0,777	0,454	2,883	1	0,089	2,162	0,2888-5,266
Pendidikan K	-0,605	0,507	1,426	1	0,232	0,546	0,202-1,475
Pengetahuan K	-1,056	0,429	6,071	1	0,014	0,348	0,150-0,806
Jenis kelamin A	0,677	0,427	2,515	1	0,113	1,967	0,852-4,541
*Constanta	0,463	0,559	0,688	1	0,407	1,589	

Universitas Indonesia

Berdasarkan tabel 5.7 variabel variabel yang $p > 0,05$ dikeluarkan satu persatu sehingga diperoleh variabel umur dan pengetahuan keluarga yang mempunyai nilai $p < 0,05$. Selanjutnya dilakukan uji interaksi.

5.3.3. Uji Interaksi

Tabel 5.8
Analisis Uji Interaksi Variabel Umur Dengan Pegetahuan Keluarga Hubungan
Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu
Dengan Status gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura
Mei-Juni Tahun 2011
(n=105)

Variabel	B	S.E	Wald	Df	Sig	Exp B (OR)	CI 95%
Pengetahuan* Umur K	0,698	0,851	0,673	1	0,412	2,010	0,379-10,64,
*Constanta	0,405	0,456	0,789	1	0,374	1,500	

Tabel 5.8 menunjukkan hasil uji analisis interaksi antara varibel dan pengetahuan keluarga didapatkan tidak ada interaksi anatara umur dengan pengetahuan keluarga. Hasil analisis rgesi mlogistik gaanda didapatkan dengan nilai $p\text{-value}=0,412$ ($< \alpha 0,05$), artinya uji interaksi dinyatakan valid dan merupakn model terakhir dari analisis univariat

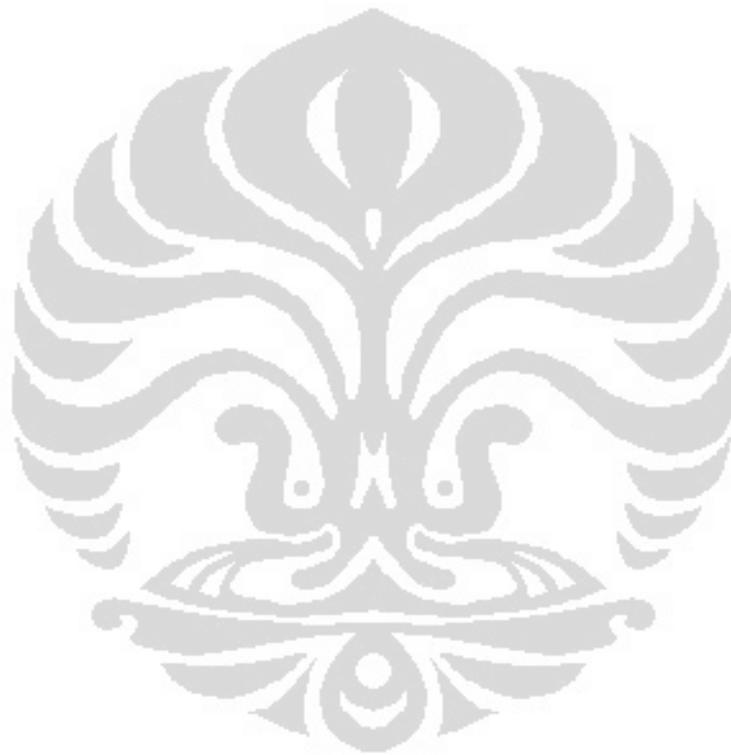
5.3.6. Model terakhir

Tabel 5.9
AnalisisPemodelan Terakhir Multivariat Variabel Hubungan Umur Dan Pengetahuan
Hubungan Karateristik Keluarga, Balita Berkunjung Ke Posyandu Dengan
Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepuran Jayapura
Tahun 2011
(n=105)

Variabel	B	S.E	Wald	Df	Sig	Exp B (OR)	95% CI
Umur keluarga	-0,957	0,428	4,996	1	0,025	0,384	0,166-0,889
Pengetahuan keluarga	1,004	0,415	5,864	1	0,015	2,730	1,211-6,156
*Constanta	0,209	0,383	0,298	1	0,585	1,232	

Universitas Indonesia

Berdasarkan tabel 5.9 variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap status gizi balita adalah pengetahuan keluarga. Nilai OR pengetahuan keluarga > 22% (OR > 10%) status gizi blita akan meningkat setelah dikendalikan faktor umur keluaraga (OR=3%).



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai keterbatasan penelitian, interpretasi hasil penelitian yang dimulai dari analisis univariat, bivariat, dan multivariate karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura 2011 dihubungkan dan dibandingkan dengan teori dan hasil riset yang lalu.

6.1. Interpretasi Hasil Penelitian

6.1.1. Karakteristik Keluarga Dan Balita

Berdasarkan tabel 5.1, diperoleh mayoritas keluarga yang berkunjung ke posyandu berumur 30 tahun 60%; pendidikan \geq SLTA 72,4%; bekerja 61,9%; pendapatan kurang dari UMR Kota Jayapura (< RP. 1.300.000) 50,5%; Etnis Papua 74,3%; jumlah anak > 2 orang 56,2%; Umur anak < 20 bulan 50,5%.

Berdasarkan data tersebut member gambaran keluarga berpotensi cukup baik untuk diberdayakan dalam meningkatkan status gizi balita, yaitu dengan umur muda < 30 tahun, pendidikan \geq SLTA, bekerja, usia anak < 20 bulan dan BBLN. Namun, penghasilan murang, jumlah anak lebih dari 2 orang, dan pengetahuan tentang gizi kurang. Menurut analisis peneliti lebih lanjut, meskipun potensi ada, jika keluarga diberdayakan dan optimal akan berkontribusi untuk terjadinya masalah gizi. Disisi lain, meskipun keluarga bekerja terlihat penghasilan kurang dari UMR Kota Jayapura maka keluarga belum optimal dapat memenuhi gizi keluarga. Hal ini tercermin dari jenis pekerjaan nuruh/swasta, sopir/ojek memperoleh gaji yang rendah belum dapat memenuhi kebutuhan keluarga. Namun keluarga etnis Papua sangat memiliki kekerabatan sangat kuat, yaitu saling membantu dalam pemenuhan gizi balita. Hal ini mengakibatkan status gizi baik dan kurang proporsinya hamper sama.

Keluarga balita merupakan keluarga dengan usia muda yang memiliki ketertarikan yang tinggi untuk mengetahui dan mengeksplorasi gizi balitadan patuh berkunjung ke posyandu. Hasil penelitian ini bertentang dengan penelitian Wamani *et al* (2006 & Chapra *et al*, 2003 dalam Leisapetto *et al*, 2010) dimana

usia ibu, baik sebagai *distal factor* (faktor predisposisi) maupun sebagai *intermediate faktor* (faktor perantara) terjadinya kurang gizi.

Menurut Stone, McGuire, dan Eigsti (2002) faktor risiko yang mempengaruhi status kesehatan balita, baik sebelum dan setelah lahir meliputi: genetik, kesehatan ibu, pola perilaku kesehatan, dan kondisi lingkungan yang berdampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak serta kemampuan untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang memadai. Oleh sebab itu peran perawat puskesmas hendaknya melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita melalui penelitian. Diantara penelitian yang dapat dilakukan adalah evaluasi program kerja posyandu untuk mengetahui apakah program yang telah dicanangkan oleh pemerintah telah dijalankan secara maksimal.

6.1.2. Hubungan Kepatuhan Keluarga Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura

Berdasarkan tabel 5.5 status gizi kurang didapatkan 47,1% tidak berbeda jauh dengan keluarga yang patuh 46,5%. Hasil analisis statistik didapatkan $p=1,000$ menunjukkan tidak ada hubungan antara kepatuhan keluarga dengan status gizi balita.

Kepatuhan keluarga dipengaruhi oleh adanya imunisasi gratis yang dilaksanakan di posyandu sesuai jadwal (setiap bulan), mendapatkan; pemberian makanan tambahan, pemberian vitamin A, mengikuti KB (dilaksanakan di Puskesmas, petugas hanya menyampaikan kepada; informasi dari kader dan petugas tentang status gizi anak diantaranya pertumbuhan atau penurunan berat badan, akan tetapi informasi tentang ASI eksklusif sampai dengan enam bulan, makanan bergizi seimbang, MPASI hampir tidak disampaikan keluarga); kecuali pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan menyusui dan kesehatan balita tidak dilaksanakan. Tidak terlaksananya pemeriksaan kesehatan disebabkan belum tersedia tempat tidur untuk pemeriksaan kehamilan, serta keterbatasan petugas.

Menurut Haynes, Taylor, dan Sacket (1997) faktor pemungkin yang mempengaruhi kepatuhan meliputi ketrampilan, dan sarana-prasaran untuk bertindak, seperti fasilitas perawatan kesehatan, personal, sekolah, jangkauan

Universitas Indonesia

pelayanan kesehatan, biaya, jarak, transportasi, waktu pelaksanaan, ketrampilan personal, kondisi atau penatalaksanaan pengobatan, dan masalah eksternal keluarga. Oleh sebab itu dengan telah tersedianya fasilitas posyandu sebagai tempat pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita, disarankan kepada kepala puskesmas untuk lebih meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui posyandu; melatih kader kesehatan mengenai ketrampilan pemantauan tumbuh-kembang anak, kesehatan ibu dan balita.

6.1.3. Hubungan Umur Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan tabel 5.4. didapatkan status gizi kurang lebih banyak pada keluarga dengan umur < 30 tahun 55,6% bila dibandingkan dengan keluarga umur \geq 30 tahun. Hasil uji statistic didapatkan ($p=0,042$) menunjukkan ada hubungan bermakna anatar umur keluarga dengan staus gizi balita. Nilai (OR=2,5) menunjukkan 2,5 kali status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga umur < 30 tahun. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Bekker *at al* dalam Hynes, dan Sacket (1997) melaporkan bahwa ada hubungan antara usia ibu dengan kemampuan mengasuh anak. Sejalan pula dengan penelitian Akerman (2009) yang melaporkan bahwa ibu dengan usia lebih dari 30 tahun memiliki prevalensi menyusui lebih tinggi, sehingga dapat diasumsikan gizi lebih baik.

Ibu dengan umur yang lebih atau sama dengan 30 tahun telah memiliki pemahaman yang cukup tentang perawatan anak. Hal ini dapat dikaitkan dengan keadaan fungsi keluarga, yaitu yaitu memberikan kasih sayang (*provide affection*), memberikan perlindungan (*Provide security*), memberikan identitas (*instilling identity*), mempromosikan ikatan (*promoting affiliation*), memberikan sosialisasi (*providing socialization*), menetapkan pengawasan (*establishing control*) (Duvall & Miller, 1985 dalam Allender & Sradley, 2005). Keenan fungsi ini membantu meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga (Allender & Spadley, 2005).

Upaya keluarga meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga dilaksanakan dengan memperbaiki gizi keluarga yang dimulai dari gizi ibu sejak kehamilan, melahirkan dan menyusui serta gizi balita. Sementara, peran keluarga dalam memenuhi kecukupan gizi keluarga, yaitu membantu setiap

Universitas Indonesia

anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan makan 3 kali sehari yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan oleh keluarga (Friedman., Browden, dan Jones, 2003), diantaranya pemberian ASI eksklusif anak sampai dengan usia 6 bulan, MPASI ketika anak berusia enam bulan dan dilanjutkan sampai dengan anak berusia lebih dari 24 bulan, memberikan makanan bergizi seimbang (WHO-UNICEF, 1999).

Implikasi dari temuan ini adalah penurunan sistem imun anak akibat tidak disusui, anak rentan terhadap penyakit sebagai faktor resiko gizi kurang. Oleh sebab itu disarankan kepada setiap instansi menyediakan tempat bagi balita agar tetap mendapatkan kehangatan dan kasih sayang, perawatan dan pemenuhan nutrisi sehari-hari.

6.1.4. Hubungan Pendidikan keluarga dengan status gizi balita

Tabel 5.4 didapatkan pendidikan \geq SLTA memiliki proporsi status gizi kurang lebih tinggi 52,6% bila dibandingkan dengan yang berpendidikan $<$ SLTA 31,0%. Hasil statistik uji *chi square* didapatkan ($p=0,078$). Hasil analisis regresi logistik pemilihan kandidat didapatkan ($p=0,047$) mengindikasikan ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan status gizi balita. Nilai OR= 0,405 menunjukkan bahwa pendidikan keluarga \geq SLTA mempunyai peluang 0,4 kali mempunyai status gizi baik dibandingkan dengan keluarga berpendidikan $<$ SLTA. 95% CI =0,164-1,003.

Berdasarkan data tersebut memberi gambaran tingginya gizi kurang pada keluarga dengan pendidikan \geq SLTA, karena keluarga beresja sehingga waktu perawatan anak kurang. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Crawley (2006; Miller dan Rodgers 2009; Lesiapetto *et al* 2001) yang mengatakan bahwa ada hubungan yang kuat antara status gizi balita dengan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi rendah, dimana gizi kurang lebih banyak ditemukan pada keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah, umumnya pendidikan rendah terdapat 40% -56% gizi kurang, dan hanya 40% pada ibu dengan pendidikan tinggi.

Dengan ditemukannya gizi baik lebih tinggi pada keluarga dengan pendidikan $<$ SLTA, mengindikasikan bahwa ada hubungan yang kuat antara

Universitas Indonesia

pendidikan dengan status gizi balita. Faktor mempengaruhi tingginya status gizi balita pada keluarga dengan pendidikan rendah adalah tersedianya bahan segar yang murah dan mudah dijangkau. Hasil penelitian ini bertentangan dengan pendapat Tinkew dan de Jong (2004, dalam Miller dan Rodgers, 2009) melaporkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi memiliki status sosial ekonomi yang tinggi sehingga memiliki fasilitas yang cukup untuk pencegahan penyakit sebagai salah satu faktor risiko gizi kurang. Oleh sebab itu, promosi gizi perlu dilakukan sedini mungkin, yang dimulai dari keluarga, sekolah dasar sampai dengan memasukkan kurikulum pendidikan gizi ke dalam sekolah, lanjutan tingkat atas dan memberikan pelatihan penatalaksanaan gizi bagi keluarga.

Promosi gizi melalui keluarga dilaksanakan sesuai dengan fungsi keluarga, yaitu, memberikan kasih sayang, perlindungan, identitas, dan menetapkan pengawasan yang berfungsi membantu meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga (Duvall dan Miller, 1985 dalam Allender dan Spradley, 2005). Fungsi keluarga dalam membantu meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga dimulai sejak ibu mempersiapkan kehamilan, melahirkan, dan merawat serta menyusui anak. Hasil penelitian ini dapat diterapkan dalam asuhan keperawatan pertumbuhan dan perkembangan perkembangan keluarga, antara lain dengan melaksanakan konselor pranikah, agar keluarga siap menerima kehamilan dan merawat anak.

6.1.5. Hubungan Pekerjaan Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.4. didapatkan proporsi status gizi kurang tidak berbeda 50% tidak berbeda jauh pada keluarga yang bekerja 44,6% . Hasil statistic uji *chi square* didapatkan ($p=0,737$) menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan status gizi balita.

Walaupun secara statistic tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan status gizi balita, namun secara klinis ada hubungan bermakna. Hal ini dibuktikan dengan pengamatan dan hasil wawancara kepada 3 keluarga, dimana salah satu diantaranya mengatakan bahwa anak yang diasuh saat ini adalah cucu, hanya diberi ASI selama satu bulan karena ibunya masih kuliah dan bekerja di tempat lain. Sementara 2 diantaranya mengatakan anak sehari-kari dititipkan pada orang

Universitas Indonesia

lain (masing-masing keluarga dan tetangga). Pengganti ASI sehari-hari adalah susu botol, dengan lama pemberian asi dua 1-2 bulan.

Salah satu faktor penyebab terjadinya kurang gizi adalah pekerjaan ibu (Wamani *et al*, 2006 dan Chapra *et al*, 2003 dalam Leisapetto, 2010). *International Union of Nutrition Scientist*, 1997 dalam Jellife & Jullife, 1989 menjelaskan bahwa kebiasaan orang tua yang berisiko terjadinya kekurangan gizi pada balita, diantaranya pemberian susu botol pada awal masa bayi.

Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa keluarga yang bekerja memiliki status gizi baik, walaupun ditemukan kasus gizi kurang tinggi pada keluarga yang bekerja. Keadaan ini ada hubungannya dengan penghasilan keluarga yang tetap sehingga mampu membiayai kebutuhan anak-anaknya, namun tidak semua keluarga yang bekerja memiliki status gizi baik karena keluarga tidak memiliki waktu yang cukup untuk merawat anak mereka. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian Bronto Tinkew dan De Jong (2004, dalam Miller dan Rodgers, 2009) mengatakan bahwa ada hubungan status gizi dengan pekerjaan dimana ibu yang bekerja sebagai pencari nafkah, karena mempunyai waktunya terbatas untuk merawat anak. Sehingga disarankan kepada pemerintah untuk lebih meningkatkan ketrampilan keluarga agar dapat memenuhi status gizi keluarga.

6.1.6. Hubungan Pendapatan Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Tebel 5.4 didapatkan status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan pendapatan kurang dari Rp. 1300.000 (45,3%) bila dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai pendapatan lebih atau sama dengan Rp. 1.300.000 (48,1%). Hasil statistic uji *chi square* didapatkan ($p=0,927$) mengindikasikan tidak ada hubungan bermakna antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita.

Tingginya status gizi balita baik pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMR Kota Jayapura, disebabkan beberapa faktor, diantaranya keluarga hanya mengemukakan jumlah pendapatan yang dimiliki, tanpa memperhitungkan pendapatan anggota lain atau sumber penghasilan lainnya. Wamani *et al* (2006 & Chapra *et al*, 2003 dalam Leisapetto *et al*, 2010) mengatakan pendapatan

Universitas Indonesia

keluarga perkapita merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kurang gizi, namun tidak menjelaskan apakah pendapatan kurang atau cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

Implikasi dari penelitian ini adalah terhadap perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga balita dengan masalah gizi. Adanya temuan status gizi baik tinggi pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMR Kota Jayapura, merupakan satu masalah yang perlu penelitian mengenai hubungan antara UMR Kota Jayapura dengan status gizi balita. Disarankan kepada penelitian yang akan datang agar merubah bentuk kuesioner penghasilan keluarga menjadi jumlah pengeluaran keluarga.

6.1.7. Hubungan Etnis Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.4 didapatkan gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan etnis Non Papua 48,1% bila dibandingkan dengan etnis Papua 46,2%. Hasil uji *chi square* didapatkan ($p=1000$) mengindikasikan tidak ada hubungan antara etnis dengan status gizi balita.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Scoetza *et al* (2002) yang melaporkan ada hubungan yang bermakna antara etnis dan kepatuhan pelaksanaan diit yang berdampak terhadap status gizi balita. Secara statistik tidak ada hubungan antara etnis dengan status gizi balita, akan tetapi secara klinis ada hubungan yang bermakna antara etnis dengan status gizi balita. Walau demikian, adanya temuan gizi baik maupun kurang yang tinggi pada etnis Papua menunjukkan perlu dilakukan penelitian mengenai model penatalaksanaan gizi balita terkait budaya bagi suku-suku yang ada di Papua. Hal ini didasari pada pengamatan peneliti dimana sumber daya alam di Papua cukup melimpah, namun belum dikelola secara maksimal. Disamping itu pengolahan makanan secara tradisional yang kaya nutrisi hingga saat ini masih dilaksanakan pada hampir seluruh kegiatan.

6.1.8. Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Status gizi Balita

Hasil analisis *chi square* didapatkan gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan baik 58,8% bila dibandingkan dengan pengetahuan kurang 35,2% dengan nilai ($p=0,026$) menunjukkan ada hubungan bermakna antara pengetahuan. Nilai $OR=0,38$ menunjukkan bahwa 0,38 kali keluarga yang mempunyai pengetahuan kurang mempunyai status gizi balita baik (95% CI 1,211-6,156). Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Leisapetto *et al* (2010); Hien *at al* (2009) yang mengatakan ada hubungan antara pengetahuan keluarga dengan status gizi.

Implikasi dari penelitian ini terhadap keluarga adalah upaya pencegahan dan perbaikan gizi balita memerlukan biaya dan perencanaan program secara sistematis. Apabila masalah ini tidak diatasi akan menjadi beban bagi pemerintah profesi keperawatan komunitas, Kota Jayapura dan Provinsi Papua bahkan pemerintah nasional. Sehingga, disarankan bagi perawat kesehatan masyarakat untuk melakukan intervensi antara lain: meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat melalui penyebaran informasi; menyediakan lembaga konsultasi bagi keluarga untuk pemantauan status gizi, pertumbuhan dan perkembangan balita. Penyebaran informasi dapat dilakukan dengan cara membuat brosur, poster atau film melalui media massa (seperti: koran, majalah, radio dan TV) dan berkoordinasi dengan Departemen Kesehatan, dan pemerintah daerah setempat.

6.1.9. Hubungan Jumlah Anak Dengan Status gizi Balita

Tabel 5.4. didapatkan status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan anak > 2 orang. Hasil uji *chisquare* didapatkan ($p= 0,438$) menunjukkan tidak ada hubungan antara jumlah anak dengan status gizi balita. Nilai $OR 0,438$ menunjukkan 0,4 kali status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga yang mempunyai anak lebih dari dua bila dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai anak kurang 1-2 orang. Banyaknya jumlah anak dalam keluarga pada hasil penelitian ini karena umumnya merupakan keluarga besar (*extended family*), dimana satu keluarga terdiri atas kakek/nenek/tante/om, anggota keluarga lainnya dan keluarga inti sendiri.

Universitas Indonesia

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian De Jong, 2004; Heaton *et al* (2005 dalam Miller dan Rodgers, 2009) melaporkan bahwa ada hubungan antara jumlah anak dengan status gizi, karena akan terjadi persaingan sarana-prasarana serta perebutan makanan, waktu perawatan anak berkurang serta pelayanan medis bila anak sakit (Muaz *et al*, 2010).

Menurut Friedman, Bowden, dan Johns (2003), *extended family* adalah satu keluarga yang secara tinggal bersama dengan orang tua, sepupu, atau keluarga lainnya. Lebih lanjut, Friedman, Bowden, dan Johns (2003), *extended family* menjelaskan bahwa adanya mitos bahwa keluarga inti terpisah dukungan keluarga. Dengan *extended family* akan terjadi interaksi yang lama dan saling bekerjasama. Namun, disamping adanya dukungan dan kerjasama dari anggota keluarga, jumlah anggota keluarga yang banyak akan menimbulkan masalah kesehatan bagi keluarga. Diantaranya penyakit, keterbatasan makanan, sebagai salah satu faktor perantara kurang gizi (DE Jong, 2004; Heaton *et al*, 2005 dalam Miller dan Rodgers, 2009). Dengan demikian, disarankan kepada kepala puskesmas Abepura untuk meningkatkan pelayanan Keluarga Berencana (KB) melalui posyandu. Bagi keluarga disarankan mengikuti KB untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga.

6.1.10. Hubungan Umur Anak Dengan Status gizi Balita

Tabel 5.4. didapatkan status gizi kurang lebih tinggi pada anak umur ≥ 20 bulan. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai ($p = 0,927$) menunjukkan tidak ada hubungan antara umur anak dengan status gizi balita. Tingginya status gizi kurang pada anak umur lebih atau sama dengan 20 bulan karena pada usi tersebut anak lebih aktif, dan umumnya sudah berhenti menyusu.. Wamani *et al* (2009) melaporkan bahwa anak umur 0 sampai dengan usia 12 bulan kejadian gizi kurang jarang terjadi karena mendapat ASI.

Hasil penelitian ini menunjukkan balita yang berkunjung ke posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura berada pada rentang usia bayi dan *toddler*. Pada usia ini pertumbuhan anak terjadi dengan cepat. Perawat mengidentifikasi dan mengintervensi situasi yang berisiko bagi anak akibat masalah kesehatan dan sosial. Perawat mengintervensi pertumbuhan dan

Universitas Indonesia

perkembangan dengan memberikan perhatian khusus untuk makan, tidur, eliminasi, perkembangan dan keamanan (Stanhope dan Lancaster, 2004).

Dengan demikian disarankan kepada lembaga keperawatan komunitas membuat asuhan keperawatan tumbuh kembang anak. Asuhan keperawatan tumbuh kembang anak sebaiknya dibuat sesuai dengan kondisi wilayah dimana anak tersebut berada dengan memperhatikan tatanan sosial budaya tanpa mengabaikan nilai-nilai agama.

6.1.11. Hubungan Jenis Kelamin Anak Dengan Status gizi Balita

Tabel 5.4 didapatkan Hasil uji didapatkan status gizi kurang lebih besar pada anak laki-laki 53,8% dibandingkan dengan anak perempuan 39,6%. Hasil uji statistik *chi square* ditemukan ($p=0,206$) menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi balita. Penelitian ini bertentangan dengan penelitian Muas *et al* (2010) yang melaporkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan terhadap status gizi dengan kategori kurus (gizi kurang), pendek dan gizi buruk. Tingginya prevalensi gizi kurang pada laki-laki pada penelitian ini, didukung dengan hasil penelitian Wamani *et al* 2007; Welss, 2000 dalam Hein *et al* (2009) bahwa kejadian gizi kurang dan buruk lebih banyak pada anak laki-laki karena pengaruh tekanan lingkungan.

6.1.12. Hubungan Riwayat Kelahiran Anak Dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.4 didapatkan status gizi kurang lebih tinggi pada anak dengan riwayat kelahiran anak BBLR 50% bila dibandingkan dengan riwayat kelahiran dengan BBLN 46,1%. Hasil uji statistik didapatkan $p= 0,956$ menunjukkan tidak ada hubungan antara riwayat kelahiran anak dengan status gizi .

Tingginya status gizi kurang pada anak yang lahir dengan BBLR membuktikan teori konsep faktor risiko kejadian gizi kurang (*International Union of Nutrition Scientists* 1971, dalam Jellife dan Jullife, 1989), yang menggambarkan salah satu faktor risiko gizi kurang adalah berat badan lahir rendah (BBLR) serta merupakan alat ukur status gizi balita (WHO dalam Miller dan Rodgers, 2009).

Oleh sebab itu, untuk mengatasi kejadian gizi kurang perlu ditingkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak dan pasangan usia subur melalui posyandu. Kepada perawat komunitas agar melaksanakan promosi dan konseling kesehatan reproduksi dengan sasaran, individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

6.2. Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian yang ditemui peneliti selama penelitian adalah:

6.2.1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang dipergunakan pada penelitian ini adalah kuesioner hubungan karakteristik dan kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di kelurahan Kota Baru Abepura, yang meliputi variabel karakteristik keluarga dan balita, status gizi, riwayat kelahiran anak, pengetahuan dan kepatuhan. Karakteristik keluarga, riwayat kelahiran dan status gizi balita tidak mengalami kendala, namun perlu ditambahkan item mengenai riwayat penyakit dan gejala klinis status gizi balita. Untuk variabel pendapatan umumnya keluarga sulit mengungkapkan pendapatan sebenarnya sehingga disarankan bagi penelitian berikutnya mengubah menjadi jumlah pengeluaran perbulan.

6.3. Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1. Pelayanan keperawatan komunitas

Dengan terbatasnya sumberdaya yang ada, semakin terbatasnya kemampuan pemerintah menyediakan anggaran disaat beban pembangunan kesehatan meningkat maka upaya kesehatan promotif dan preventif dan kuratif harus berimbang. Namun, memerlukan suatu perencanaan kebijakan kesehatan di masyarakat.

Diperolehnya hubungan yang bermakna antara pendidikan, dan pekerjaan status gizi mengindikasikan perlu adanya koordinasi antara departemen terkait dalam penanganan kasus gizi buruk. Strategi yang tepat untuk mengatasi masalah gizi balita, diantaranya : 1) penyediaan lapangan pekerjaan bagi keluarga yang tidak memiliki pekerjaan; 2) peningkatan pengetahuan keluarga dan kader melalui

Universitas Indonesia

pelatihan mengenai penatalaksanaan gizi balita dengan memanfaatkan bahan makanan setempat, diantaranya cara pengolahan makanan balita dari aneka macam buah, sayur, ikan (misalnya pembuatan tepung dan abon ikan); memanfaatkan lahan pertanian yang subur seperti di Wilayah Kabupaten

Wamena, Kabupaten Merauke dan daerah lainnya sebagai salah satu upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat; 3) departemen terkait seperti perindustrian, pertanian, perdagangan dan koperasi, kesehatan bekerja bersama memfasilitasi masyarakat untuk dapat berkarya dengan memanfaatkan potensi yang ada diantaranya ikan yang melimpah, buah, serta sayuran, dan berbagai tanaman yang kaya zat gizi namun belum diolah secara baik dan benar; 4) melaksanakan asuhan keperawatan keluarga diantaranya gizi ibu dan balita baik sebelum hamil maupun saat hamil dan setelah melahirkan. Disamping itu melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita melalui praktek mandiri keperawatan.

6.3.2. Perkembangan ilmu pengetahuan keperawatan komunitas

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar (*evidence based*) untuk pengembangan praktek keperawatan komunitas di tatanan masyarakat dengan mempersiapkan metode dan teknik yang tepat untuk dipergunakan dalam pengembangan keperawatan komunitas khususnya gizi balita, misalnya model asuhan keperawatan gizi balita yang berbasis posyandu. Diantaranya menempatkan perawat sebagai penanggungjawab posyandu dan gizi balita di Puskesmas, melakukan nasehat (sebagai konselor) bagi keluarga yang dimulai sejak persiapan membentuk keluarga, kehamilan, dan melahirkan anak..

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber literatur bagi penelitian selanjutnya. Hal-hal yang dapat dijadikan sebagai acuan, yaitu tingginya kasus gizi kurang; adanya hubungan yang bermakna antara pendidikan, umur keluarga dan pengetahuan dengan status gizi balita. Faktor pengetahuan sebagai faktor yang dominan berpengaruh terhadap status gizi balita. Strategi yang dapat digunakan diantaranya melakukan penelitian mengenai faktor yang terbukti lebih dominan berpengaruh terhadap status gizi balita, meneliti tentang variabel yang berhubungan dengan status gizi balita (yaitu umur keluarga, pendidikan,

Universitas Indonesia

pengetahuan), serta tingginya status gizi baik pada keluarga yang berpenghasilan rendah (dibawah UMR Kota Jayapura) serta tingginya status gizi kurang pada keluarga yang penghasilnya tinggi (diatas UMR Kota Jayapura).

Hasil penelitian ini juga dapat menjadi pedoman bagi praktek pelaksanaan keperawatan komunitas bagi mahasiswa dan pelaksana perawatan kesehatan khususnya perawat komunitas. Bagi institusi pendidikan keperawatan perlu membuat suatu model asuhan keperawatan nutrisi bagi individu, keluarga dan masyarakat dengan memanfaatkan sumber daya yang ada di masyarakat tanpa mengabaikan nilai-nilai budaya masyarakat setempat.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini membahas mengenai kesimpulan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya sebelumnya serta saran yang bersifat operasional bagi bidang terkait diantaranya bagi pelayananan keperawatan komunitas serta perkembangan ilmu keperawatan komunitas.

7.1. Kesimpulan

7.1.1. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

Hasil penelitian pendidikan terbanyak adalah SLTA; tidak bekerja menduduki peringkat pertama Etnis terbanyak adalah Papua; keluarga dengan pendapatan dibawah UMR Kota Jayapura; median umur keluarga 30 tahun, medium umur anak 20 bulan jumlah anak paling sedikit 1 dan terbanyak 9 orang.

7.1.2. Ada hubungan bermakna antara umur, pengetahuan, dan jumlah anak responden dengan status gizi balita

7.1.4. Tidak ada hubungan antara umur anak, jenis kelamin anak, dan riwayat kelahiran dengan status gizi balita dan kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di posyandu Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

7.1.6. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan status gizi balita, yaitu variabel pengetahuan.

7.2. Saran

Rekomendasi dari hasil penelitian ini meliputi:

7.2.1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Teridentifikasi kasus gizi kurang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara umur keluarga, pendidikan, pengetahuan, dan jenis kelamin anak,. Dengan status gizi balita. Dengan demikian, disarankan kepada:

- 7.2.1.1 Dinas kesehatan: Bekerjasama dengan departemen pendidikan memberikan edukasi gizi dan kesehatan balita seta diintegrasikan dalam kurikulum pada tingkat pendidikan SLTA.
- 7.2.1.2 Puskesmas hendaknya: 1) menempatkan tenaga perawat sebagai penanggungjawab posyandudan gizi; 2) meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan kesehatan keluarga dengan anak balita; 3) melakukan pelatihan bagi kader kesehatan dan keluarga dalam upaya penatalaksanaan gizi balita; 4) melakukan pelatihan bagi petugas dan kader mengenai penilaian status gizi balita menggggnkan ukuran antropometri TB/BB-PB untuk mendapatkan data yang akurat; 5) perlunya dilakukan promosi kesehatan mengenai penatalaksanaan gizi keluarga khususnya balita untuk meningkatkan status gizi balita dan SDM (sumber daya manusia).
- 7.2.1.3 Perawat puskesmas melaksanakan asuhan keperawatan gizi keluarga, serta meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat melalui penyebarluasan informasi, serta pelatihan mengenai penatalaksanaan gizi balita dengan memanfaatkan bahan makanan setempat, diantaranya cara pengolahan makanan balita dari aneka macam buah, sayur, ikan (misalnya pembuatan tepung dan abon ikan), dll.
- 7.2.1.4 Kader agar lebih aktif melakukan kunjungan rumah.
- 7.2.1.5 Ditingkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak dan pasangan usia subur melalui posyandu.
- 7.2.1.6 Di instansi BKPKB untuk lebih meningkatkan pelayanan keluarga berencana
- 7.2.1.7 Untuk departemen pertanian meningkatkan upaya masyarakat dalam membudidayakan hasil pertanian yang berfungsi dalam peningkatan gizi keluarga.
- 7.2.1.8 BPKK (Badan Pemberdaaya Kesejahteraan Keluarga) untuk lebih berperan aktif dalam meningkatkan status gizi balita

7.2.2. Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Pada institusi pendidikan disarankan untuk: 1) bekerjasama dengan

Sekolah SLTA, kader dan instansi terkait dalam melaksanakan praktek keperawatan komunitas; 2) disamping itu, perawat komunitas agar lebih aktif melakukan pendidikan kesehatan baik di sekolah-sekolah maupun di posyandu atau organisasi kemasyarakatan lainnya; 3) melaksanakan asuhan keperawatan gizi keluarga dan komunitas; 4) melaksanakan promosi dan konseling kesehatan reproduksi dengan sasaran, individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

7.2.3. Peneliti selanjutnya

- 7.3.2.1. Penelitian kuantitatif dengan melihat hubungan karakteristik keluarga dan kepatuhan dengan status gizi balita melalui penelitian eksperimen yang difokuskan pada gizi ibu dan balita.
- 7.3.2.2 .Disarankan untuk meneliti variabel yang terbukti memiliki hubungan dengan status gizi balita, yaitu umur pendidikan dan pengetahuan keluarga disamping variabel lainnya sebagai faktor risiko.
- 7.3.2.3. Penelitian lebih lanjut perlu dilaksanakan pada populasi besar, dengan menggunakan instrumen penelitian yang disertai dengan gejala klinis, serta faktor risiko lainnya termasuk penyakit penyerta.
- 7.3.2.4. Penelitian tentang perilaku keluarga yang memiliki penghasilan dibawah UMR Kota Jayapura terhadap penatalaksanaan gizi balita.
- 7.3.2.5. Untuk memenuhi syarat uji multivariat supaya menambahkan jumlah sampel.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W (2007). Sistem kesehatan. Jakarta. Rajawali Pers. Citra Niaga Buku Perguruan Tinggi.
- Alimul, H. A. (2003). Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah. Jakarta. Salemba Medika.
- Allender, J.A. Sradley, B.W. (2005). *Community health nursing. Promoting and protection the public's health.* (sixth edition). USA. Lippincot Williams & Wilkins.
- Association of State and Territorial Health Offices (ASTHO) (2008). <http://www.astho.org/Programs/Infectious-Disease/At-Risk-Populations/ARPP-Engagement-Meetings--Final-Report,-Sept-2008/>
- Atmarita (2005). *Nutrition problem in Indonesia. The article for an integrated international seminar and workshop on lifestyle-related diseases.* Gajah Mada University. March. 2005. [/http://www.gizi.net/download/nutrition%20problem%20in%20Indonesia.pdf](http://www.gizi.net/download/nutrition%20problem%20in%20Indonesia.pdf), diperoleh 10 Oktober, 2009.
- Arisman. (2004). Buku ajar ilmu gizi. Jakarata. EGC.
- Avia, M., Salie, H.P., Handono, G.S., Purwatini, T. B (2008). Sosial dan kebijakan pertanian wilayah rawan pangan dan gizi kronis di Papua, Kalimantan Barat dan Jawa Timur. Pusat analisis sosial ekonomi dan kebijakan pertanian. Badan penelitian dan pengembangan pertanian. Departemen pertanian, <http://www.psc.litbang.deptan.go.id>, diperoleh 20 Oktober 2010.
- Bendrich Adrienne & Deckelbaum, Richard. .J, (2005). *Preventive nutrition. The comprehensive guide for health professionals.* 3rd ed. Totowa, New Yersay. USA. Human Press Inc.

BPS. Perkembangan beberapa indikator sosial-ekonomi Indonesia. *Trends of the selected socio-economic indicator of Indonesia* (2010), http://www.bps.go.id/download_file/booklet_leaflet/Boklet_Agustus_2010.pdf, diperoleh 28 Februari 2011.

Burger, A. & Glasuer, P. (2004). *Family nutrition guide*. Rome. Food and Agriculture Organization of United Nation, <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/2007/y5740e00.pdf>. tgl 10/10/2009.

Clark, M.J. (1999). *Nursing in the community. Dimention of community health nursing*. (Third^{ed}). USA. Stanford Connecticut. Appleton & Lange.

Crawley, H. (2006). *Eating well for under-5s in childs care practice and nutritional guidelines*. (Second^{ed}). London. Edited & Produced Worwork. Published by The Caroline. ISBN: 1897820216. Register Number:n328580, www.cwst.org.uk, diperoleh 9 April, 2011.

Depdiknas. (2007). Kamus besar bahasa Indonesia. (Edisi Ketiga). Jakarta. Balai Pustaka.

Depkes (2010). Etika penelitian kesehatan. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan.<http://www.jarlitbangkes.or.id/2010/data/RakernasRegionalBarat2005/KE.pdf><http://www.jarlitbangkes.or.id/2010/data/RakernasRegiona106> | Page IBarat2005/KE.pdf, diperoleh 15 Maret 2010.

Depkes (2009a). Bansos gizi nasional 09. Petunjuk teknis pelaksanaan bantuan sosial dana penanggulangan gizi masyarakat. <http://www.gizi.net/kebijakan-gizi.pdf>, diperoleh 20 November 2009.

Depkes (2008a). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008. Tentang petunjuk teknis standar pelayanan

minimal bidang kesehatan di Kabupaten dan Kota . Menteri Kesehatan Republik Indonesia, <http://www.spm.depkes.go>.

id/up_pod_Kepmenkes/MMK%20N0%20828%20ttg52ojuknis520SPM.pdf, diperoleh 14 Januari 2011.

Depkes. (2008b). Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional. [www.docstoc.com/.../Laporan-Hasil-Kesehatan-Dasar \(RISKESDAS\)-Nasional 2007](http://www.docstoc.com/.../Laporan-Hasil-Kesehatan-Dasar_(RISKESDAS)-Nasional_2007). Diperoleh 14 Januari 2010.

.....(2008b). Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

.....(2008c). Profil kesehatan Indonesia 2008.

..... (2007b). Depkes (2007). Prevalensi Status Gizi Balita (BB/U) menurut Provinsi. Riskesdas 2007. www.gizi.net/download/statgizi-nas-riskesdas%2007.pdf, diperoleh tanggal 14 Januari 2011.

Depkes. (2006) Buku tatalaksana anak gizi buruk. Buku I. (cetakan edisi ketiga) Jakarta. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Depkes Republik Indonesia.

Direktorat Gizi Masyarakat (?). Surveilans Gizi (draft), www.scrib.com/doc/36407211/SURVEILANS-GIZI, diperoleh 15 Januari 2011.

Effendy N, (1998).. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Ed 2. EGC.

Friedman (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed). Appleton & Lange. Connecticut.

Gerstman, B.B (2003). *Epidemiology kept simple. An introduction to traditional and modern epidemiology*. (Second Edition). USA. Willey-liss. A John Willey & Sons, Inc, Publication.

- Gesman, Hasanbasri, & lazuardi (2008). Penanggulangan gizi buruk. [www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/id/UP/PDF/.../No.5 GESMAN 01 08.pdf](http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/id/UP/PDF/.../No.5_GESMAN_01_08.pdf) diperoleh tanggal 15 Februari 2011.
- Guspiano (2007). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan bidan desa terhadap standar pelayanan antenatal (ANC) di Muaro Jambi. Universitas Indonesia (Tesis).
- Gutman , L. M., Brown, J., Akerman, B. (2009). *Nurturing parenting capability. Center for research on the wider benefits of learning. Leading education and social research.* Institute of Education University of London. <www.learningbenefits.net>.
- Gibney, M.J., Maegetts, B.M., Kearney, J.J., Arab, L. (2005). Gizi kesehatan masyarakat. Jakarta. EGC.
- Green, L. W., Kruter, M.W., Deeds, S.G, et al (1980). *Health education planning. A diagnostic approach.*: hlm: 71. California. Mayfield publishing company.
- Gubernur Provinsi Papua (2009). SK Gubernur Provinsi Papua. No.195?2009 mengenai UMR Provinsi dan Kota. [Http://www.kabarindonesia.com/beritaphp-pil=jd=upah+minimum+provinsi=papua.](http://www.kabarindonesia.com/beritaphp-pil=jd=upah+minimum+provinsi=papua)
- Hastono, S.P. (2007). Analisis data kesehatan: *Basic data analisis for health research training.* FKM UI. Tidak diterbitkan.
- Haynes, B., Taylor, W., Scakett, D, L (1979). (Editor). *Compliance in Health care..* USA. The Johns Hopkins University Press Balitmore and London.

Hien, N.N and Hoa, N.N. Vinh University., Nghean General Hospital (2009). *Nutritional statues and determinans of malnutrition in children under three years of age in Ngehean, Vietnam.*,. Pakistan Journal of Nutrition 8 (7):958-96. 2009. ISSN 1680-5194. Asian Network for Scientic information, 2009, <http://www.phsorg/pjonline/fin1197.pdf>,diperoleh 20 Januari,2011.

Hoder, L (2010). *Is there a theory of international legal compliance?. Introduction, annotated bibliography and the examination of approaches.* CPR Graduate conference 2010. Dublin, Ireland, <http://www.ecprnet.eu/databases/conferences/papers/598.pdf>. diperoleh 20 Januari 2011.

[http://www.scribd./doc/366672121/Penilaian-Status -Gizi-Anak](http://www.scribd./doc/366672121/Penilaian-Status-Gizi-Anak) diperoleh tanggal 7 Mei, 2011.

Institut Pertanian Bogor (2006). penilaian situasi pangan dan gizi di wilayah kerja plan Indonesia program unit Lembata. Kerjasama Plan Indonesia Dengan Departemen Gizi dan Masyarakat – Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor November 2006. Situasi pangan di lembata http://ntt-academia.org/Flores/Lembata_Situasi-Pangan_Report-FNS-Complete-draft.pdf. Diperoleh tanggal 20 Desember 2010.

Jellife, D.B & Jullife, P, E.F. (1989). *Community nutrional assesement with special reference to less technically developed contries.*Newyork. Oxford Medical Publication.

Kaufman, M (1990). *Nutrition in public health. A handbook for developing progam and service.* USA. An Aspen Publication.

Kemenkes (2010a). Status gizi balita: *Goal 1 MDG.* Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Riskesdas 2010.

http://dinkesjatengprov.go.id/sik/riskedas_2010/7_statgizi_indonesia_2010_presentasi_last_ppt.pdf. diperoleh tanggal 20 Desember 2010.

------(2010b). Petunjuk teknis penggunaan bantuan operasional kesehatan (BOK)http://www.depkes.go.id/downloads/BOK/Juknis_BOK_07.05.2010/Petunjuk_Teknis_BOK_07.05.2010.pdf, diperoleh 13 Januari 2011.

Koto, Y. F., Hasanbasri M. (2007). Proses pelaksanaan manajemen pelayanan posyandu terhadap intensitas posyandu. Analisis Data Sakerti 2000. Working paper series No. 12 Juli 2007, First Draft Peran posyandu http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UPPDF/working/No.11_Agus%20Salim_01_08.pdf, diperoleh 20 Desember 2010.

Kresna, S., Makmur H., Hatang, IT (2008). Laporan penelitian: Studi pemanfaatan posyandu di Kelurahan Cipinang Muara Kecamatan Jatinegara, Kodya Jakarta Timur <http://mgyasni.niriah.com/wp-content/uploads/2009/02/complete-report.pdf>, diperoleh 20 Desember 2010.

Lemeshow, S., Hosmer, D.w., Klar, J *et al* (1997). Besar sampel dalam penelitian kesehatan. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.

Lesiapeto, M.S., Smuts., SM, Hanekom., Plesisi, J.Du, *at al* (2010), *Risk factors of poor antropometric status in children under five years of age living in rural districts of the Eastern Cape and KwaZulu- Natal Provinces, South Africa*, <http://docs.google.com/viewer?a=a=v&g=cache:Oa7U-YyBXxkj>, diperoleh tanggal 20 Januari 2011.

Lundy, K.S and Janes, S (2009). *Community Health Nursing. Caring for the public's health*. (Second Edition). Vo. 2. USA. Jones and Bartlett Publisher.

Maharsi (2007). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ibu berkunjung ke posyandu di di wilayah Kecamatan Bekasi Utara Kota Bekasi (Tesis). Jakarta. Universitas Indonesia .

Menpan (2007) Rencana aksi nasional pangan dan gizi 2006 – 2010. http://bappeda.jabarprov.go.id/docs/perencanaan/20071031_063457.pdf, diperoleh 13 Januari 2011.

Miller, J.E Dan Rodgers, Y.V. (2009). Mothers' education and Nutritional Status: New Evidence From Cambodia. *Asian Development Review*, vol.26.no.1 pp-131-165.
www.adb.org/docomens/periodicals/ADR.../ADR.vol26_Miller.pdf.
diproleh tanggal 20 Januari 2011. Asian Developmnetn Bank.

Mitta, A., Singh, J., Ahluwalia (2004). *Effect of maternal factors on nutrition status of 1-5 years-old children in Urban population*, <http://medind.nic.in/iaj/to7/14/iajto714p264.pdf>, diperoleh 20 Januari 2010. *Indian Journal of Community Medicine* Vol. 32, No. 4, Oktober 2007.

Muaz, S.S., Hasan M,R., Shahim, S.A., Dev, A *et al* (2010). *Nutritional statues of 1-5 years children of the tea workers in sylhet division*, www.banglajol.infolindex.php/BJC/article_/download1569614457 diperoleh tanggal 20 Januari 2010. *Bangladesh J Child Health* 2010; Vol 34 (1) hlm 11-16.

Nelson, K. E & William, C. M. (2007). *Infectious diseases epidemiology. Theory and Practice*. (Second Edition). Canada. Jones and Bartlett Publisher.

Nelson, K., William, C.M., Graham, N.M.H. (2005). *Infectious diseases epidemiology. Theory & Practice*. Canada. Jones and Bartlett Publisher.

Niven, N (2002). Psikologi kesehatan. Pengantar untuk perawat dan profesi kesehatan lainnya. (edisi kedua). Jakarta. EGC.

Notoatmodjo S(2010a). Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta. Penerbit Rineka Cipta.

Notoatmodjo (2002). Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta. Rineka Cipta.

Octaviani, U., Juniarti, N., Maiah, A. (2008). Hubungan keakifan keluarga dalam kegiatan posyandu dengan status gizi balita di Desa Rancaekek Kulon Kecamatan Rancaekek.

Polit , D.F & Back, C.T. (2004). *Nursing research. Principle and methods*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Polit, D.F & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eight editon). Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Roberts, B.S.B & Williams, S. R (2000). *Nutrition throughout tha life sicle*. (Fourth edition). Singapore McGraw-Hill International Editors. Health professional series.

Robertfroid, D., Levere, P., Hoeree, T., Kolsteren, P (2005). *Perception of growth monitoring and promotion among an internasional panel of district medical officers*. Belgium. J. Health Populat Nutr 23 Sepetember 2005: 207-214.

Rodgers, Y.V., Miller, J.E. (2009). *Mother's education and children's nutritional status: New evidence from Cambodia*. www.adb.org/Documents/Periodics/ADR. Vol.26.Miller. pdf, diperoleh Asian development review,vol,26,n no.1.pp-131-165. Diperoleh 15 Januari 2011.

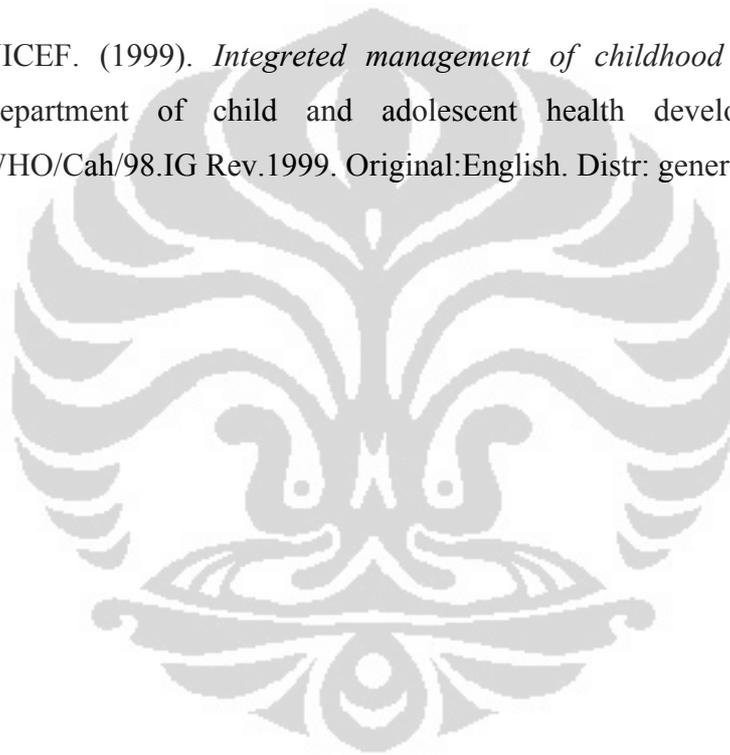
- Ro.Marquirite J., Treadwell, H.M., Morthridge M. (2004). *Community Health Worker and community voices: Promoting good health. Acommunity voices publication. National center for primary care morehouse school of medicine.* 2 nd printed. Juli 2004. <http://www.communityvoices.org./Uploads/CHW Final pp108 00042.pdf>, diperoleh pada 20 November 2009.
- Sandjaya (2002) Penyimpangan positif status gizi anak balita dan faktor-faktor yang berpengaruh. Warta litbang kesehatan. Gray literature from JKPKBPPK/2002/11-29 10:55:00. Center for research and development of nutrition and food, NIHRD, center [happ?/digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jkpkbppk](http://digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jkpkbppk), diperoleh 14 Januari 2010.
- Sandjaya., Budiman, B., Haratri, R., Afriansyah, dkk . (2009). Kamus gizi pelengkap kesehatan keluarga. Jakarta. Kompas.
- Scoetzau, A., Gehring, U., Franke, K., Gr'b, A, *et al* (2002). *Maternal compliece with nutritional recommendations in an allergy preventive programe.* Arch Dis Child 2000: 86:180-184. www.archidchild.com, diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Shils, M., Shike, M., Ross A, C., Caballero, B., Cousins, R,J. ((2006). *Modern nutrition in health and disesase.* (Tent Edition). USA.
- Smert, B (1994). Psikologi kesehatan. Jakarta. Gramedia.
- Stanhope, M and Lancaster, J. (2004). Community and publick health nursing (sixth ed) USA.Mosby. Elsevier.
- Sugiynoo. (2004). Statistik non paramerik untuk penelitian. Bandung: Alfabeta.
- Suryabrata, S (2005). Metodologi penelitian. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

- Syaiful, I. (2008). Masalah gizi di Indonesia dan program perbaikan gizi. Direktorat Bina Gizi Masyarakat Dirljen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI.
- The national bureau of Asian research (2008). *Center for health and aging. Workshsop report Tokyo* Februari, 15, 2008. <http://www.Pacific health submet.org downloads/> diperoleh tanggal 17 Januari 2010.
- Tingginala (2008). Kilas balik fenomena kurang gizi di Papua. <http://www.dkrpapua.cpm/component/content/article/24.berita-dkr-papua/29-htpwwwtabloidjdjubucoindeksphpo>. Diperoleh tanggal 15 Maret 2011.
- USAID (2010) *USAId?Indonesia nutrition assessment for 2010 new projeck design.Marc.2010*.<http://www.google.co.id/url?>, diperoleh tanggal 28 Februari 2011.
- Valanis, B. (1999). *Epidemiology in health care*. (third edition). USA. Appleton & Lange.
- Viva News pada tanggal 12 Maret 2010, <http://www.kapanmeneh.co.cc>, diperoleh tanggal 20 April 2010).
- Wahyuni, I. (2003). Hubungan antara kepuasan kerja dan kepatuhan terhadap standar pelayanan antenatal di Unit pelayanan kesehatan ibu dan anak puskesmas kotamadya Jakarta selatan. (Tesis). Jakarta. Universitas Indonesia.
- WHO. (2007). *Community health workers: what do know about them?. The state of the evidence on programs, activities, costs and impact on health outcomes of using community health wokkers.*

http://csis.org/files/media/csis/pubs/071016_healthworker.pdf, diperoleh 10 Oktober 2009. Genewa. Januari 2007.

WHO .(1996).*The assessment of the nutritional statues of the community. Prepare in concuataation with twenty five specialist in variouscountries.*).http://www.ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/EDWText/TextElemente/PHNTexte/WHO_FAO_Report/Jelliffe_Assessment_Buch_WHO_MONO_53_assessment_part1.pdf diperoleh pada 10 Oktober 2009.

WHO-UNICEF. (1999). *Integreted management of childhood illness (IMCI)*. Department of child and adolescent health development (CAH). WHO/Cah/98.IG Rev.1999. Original:English. Distr: general.



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan Tentang Penelitian
- Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3. Pengantar Penelitian
- Lampiran 4. Jadwal Penelitian
- Lampiran 5. Baku Rujukan Penilaian Status Gizi
- Lampiran 6. Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 7. Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 8. Keterangan ijin Penelitian
- Lampiran 9. Keterangan Melaksanakan Penelitian
- Lampiran 10. Kerangka Instrumen Kisi-Kisi
- Lampiran II. Prosedur Pengumpulan Data
- Lampiran 12. Kuisisioner Penelitian

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul penelitian

Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

Saya Fransiska Bittikaka, mahasiswa program Spesialis Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui hubungan antara karakteristik keluarga dan kepatuhan ibu berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak menimbulkan dampak negatif kepada bapak/ibu sebagai responden, bahkan sangat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada keluarga dengan masalah gizi balita. Peneliti sangat menghargai dan menjunjung tinggi hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diberikan baik dalam pengumpulan, pengolahan maupun penyajian data. Melalui penjelasan singkat ini peneliti sangat mengharapkan partisipasi bapak/ibu berperan dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasinya diucapkan terima kasih.

Jayapura, April 2011

Peneliti

Fransiska Bittikaka

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul Penelitian : Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Kota Jayapura.

Peneliti : Fransiska Bittikaka

Mahasiswa : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Kekhususan Keperawatan Komunitas.

Saya telah membaca pengantar penelitian dan telah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta telah memahaminya. Dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun, saya menyatakan ikut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini. Untuk membantu kelancaran proses penelitian saya akan memberikan informasi yang dibutuhkan peneliti sesuai dengan kondisi yang saya alami. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jayapura, April 2011

Responden

Peneliti

()

(Fransiska Bittikaka)

Lampiran

1. Hubungan umur dengan Status Gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umur2kat * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

umur2kat * gizibaru Crosstabulation

			gizibaru		Total
			gizi kurang	gizi baik	
umur2kat	<30 thn	Count	35	28	63
		% within umur2kat	55.6%	44.4%	100.0%
	>=30	Count	14	28	42
		% within umur2kat	33.3%	66.7%	100.0%
Total		Count	49	56	105
		% within umur2kat	46.7%	53.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.000 ^b	1	.025		
Continuity Correction ^a	4.147	1	.042		
Likelihood Ratio	5.070	1	.024		
Fisher's Exact Test				.030	.020
Linear-by-Linear Association	4.952	1	.026		
N of Valid Cases	105				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.60.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur2kat (<30 thn / >=30)	2.500	1.110	5.628
For cohort gizibaru = gizi kurang	1.667	1.030	2.697
For cohort gizibaru = gizi baik	.667	.470	.945
N of Valid Cases	105		

2. Hubungan pendidikan dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
didiklagiya * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

didiklagiya * gizibaru Crosstabulation

			gizibaru		Total
			gizi kurang	gizi baik	
didiklagiya < SLTA	Count	9	20	29	
	% within didiklagiya	31.0%	69.0%	100.0%	
> = SLTA	Count	40	36	76	
	% within didiklagiya	52.6%	47.4%	100.0%	
Total	Count	49	56	105	
	% within didiklagiya	46.7%	53.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.934 ^b	1	.047		
Continuity Correction ^a	3.114	1	.078		
Likelihood Ratio	4.022	1	.045		
Fisher's Exact Test				.053	.038
Linear-by-Linear Association	3.896	1	.048		
N of Valid Cases	105				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.53.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for didiklagiya (< SLTA / > = SLTA)	.405	.164	1.003
For cohort gizibaru = gizi kurang	.590	.329	1.056
For cohort gizibaru = gizi baik	1.456	1.036	2.046
N of Valid Cases	105		

3. Hubungan pekerjaan dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kerjasis3 * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

kerjasis3 * gizibaru Crosstabulation

			gizibaru		Total
			gizi kurang	gizi baik	
kerjasis3	Tidak kerja	Count	20	20	40
		% within kerjasis3	50.0%	50.0%	100.0%
	kerja	Count	29	36	65
		% within kerjasis3	44.6%	55.4%	100.0%
Total		Count	49	56	105
		% within kerjasis3	46.7%	53.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.288 ^b	1	.591		
Continuity Correction ^a	.113	1	.737		
Likelihood Ratio	.288	1	.591		
Fisher's Exact Test				.688	.368
Linear-by-Linear Association	.286	1	.593		
N of Valid Cases	105				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.67.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kerjasis3 (Tidak kerja / kerja)	1.241	.564	2.734
For cohort gizibaru = gizi kurang	1.121	.743	1.691
For cohort gizibaru = gizi baik	.903	.618	1.319
N of Valid Cases	105		

4. Hubungan pendapatan dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
income1300.000 * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

income1300.000 * gizibaru Crosstabulation

			gizibaru		Total
			gizi kurang	gizi baik	
income1300.000 < Rp. 1300.000	Count		24	29	53
	% within income1300.000		45.3%	54.7%	100.0%
=> Rp.1300.000	Count		25	27	52
	% within income1300.000		48.1%	51.9%	100.0%
Total	Count		49	56	105
	% within income1300.000		46.7%	53.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.082 ^b	1	.774		
Continuity Correction ^a	.008	1	.927		
Likelihood Ratio	.082	1	.774		
Fisher's Exact Test				.846	.464
Linear-by-Linear Association	.082	1	.775		
N of Valid Cases	105				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.27.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for income1300.000 (< Rp. 1300.000 / >= Rp.1300.000)	.894	.415	1.925
For cohort gizibaru = gizi kurang	.942	.626	1.418
For cohort gizibaru = gizi baik	1.054	.736	1.508
N of Valid Cases	105		

5. Hubungan etnis dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
etnis baru 2 kat * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

etnis baru 2 kat * gizibaru Crosstabulation

			gizibaru		Total
			gizi kurang	gizi baik	
etnis baru 2 kat	Non Papua	Count	13	14	27
		% within etnis baru 2 kat	48.1%	51.9%	100.0%
	Papua	Count	36	42	78
		% within etnis baru 2 kat	46.2%	53.8%	100.0%
Total		Count	49	56	105
		% within etnis baru 2 kat	46.7%	53.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.032 ^b	1	.858		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.032	1	.858		
Fisher's Exact Test				1.000	.517
Linear-by-Linear Association	.032	1	.859		
N of Valid Cases	105				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.60.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for etnis baru 2 kat (Non Papua / Papua)	1.083	.451	2.602
For cohort gizibaru = gizi kurang	1.043	.659	1.651
For cohort gizibaru = gizi baik	.963	.634	1.462
N of Valid Cases	105		

6. Hubungan pengetahuan dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

Pengetahuan * gizibaru Crosstabulation

		gizibaru		Total
		gizi kurang	gizi baik	
Pengetahuan	Kurang	Count 19	Count 35	Count 54
		% within Pengetahuan 35.2%	% within Pengetahuan 64.8%	% within Pengetahuan 100.0%
	Baik	Count 30	Count 21	Count 51
		% within Pengetahuan 58.8%	% within Pengetahuan 41.2%	% within Pengetahuan 100.0%
Total		Count 49	Count 56	Count 105
		% within Pengetahuan 46.7%	% within Pengetahuan 53.3%	% within Pengetahuan 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.888 ^b	1	.015		
Continuity Correction ^a	4.977	1	.026		
Likelihood Ratio	5.942	1	.015		
Fisher's Exact Test				.019	.013
Linear-by-Linear Association	5.832	1	.016		
N of Valid Cases	105				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23.80.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Kurang / Baik)	.380	.173	.837
For cohort gizibaru = gizi kurang	.598	.390	.918
For cohort gizibaru = gizi baik	1.574	1.074	2.307
N of Valid Cases	105		

7. Hubungan jumlah anak dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
anklebih * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

anklebih * gizibaru Crosstabulation

			gizibaru		Total
			gizi kurang	gizi baik	
anklebih >2	Count		30	29	59
	% within anklebih		50.8%	49.2%	100.0%
1-2	Count		19	27	46
	% within anklebih		41.3%	58.7%	100.0%
Total	Count		49	56	105
	% within anklebih		46.7%	53.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.946 ^b	1	.331		
Continuity Correction ^a	.601	1	.438		
Likelihood Ratio	.948	1	.330		
Fisher's Exact Test				.431	.219
Linear-by-Linear Association	.937	1	.333		
N of Valid Cases	105				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.47.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for anklebih (>2 / 1-2)	1.470	.675	3.200
For cohort gizibaru = gizi kurang	1.231	.804	1.885
For cohort gizibaru = gizi baik	.837	.587	1.194
N of Valid Cases	105		

8. Hubungan umur balita dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umurbalita2kat * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

umurbalita2kat * gizibaru Crosstabulation

			gizibaru		Total
			gizi kurang	gizi baik	
umurbalita2kat	<20 bln	Count	24	29	53
		% within umurbalita2kat	45.3%	54.7%	100.0%
	>=20 bln	Count	25	27	52
		% within umurbalita2kat	48.1%	51.9%	100.0%
Total		Count	49	56	105
		% within umurbalita2kat	46.7%	53.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.082 ^b	1	.774		
Continuity Correction ^a	.008	1	.927		
Likelihood Ratio	.082	1	.774		
Fisher's Exact Test				.846	.464
Linear-by-Linear Association	.082	1	.775		
N of Valid Cases	105				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.27.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umurbalita2kat (<20 bln / >=20 bln)	.894	.415	1.925
For cohort gizibaru = gizi kurang	.942	.626	1.418
For cohort gizibaru = gizi baik	1.054	.736	1.508
N of Valid Cases	105		

9. Hubungan jenis kelamin dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenis kelmin balita * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

jenis kelmin balita * gizibaru Crosstabulation

			gizibaru		Total
			gizi kurang	gizi baik	
jenis kelmin balita	Laki-laki	Count	28	24	52
		% within jenis kelmin balita	53.8%	46.2%	100.0%
	Perempuan	Count	21	32	53
		% within jenis kelmin balita	39.6%	60.4%	100.0%
Total		Count	49	56	105
		% within jenis kelmin balita	46.7%	53.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.134 ^b	1	.144		
Continuity Correction ^a	1.600	1	.206		
Likelihood Ratio	2.141	1	.143		
Fisher's Exact Test				.173	.103
Linear-by-Linear Association	2.113	1	.146		
N of Valid Cases	105				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.27.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jenis kelmin balita (Laki-laki / Perempuan)	1.778	.819	3.858
For cohort gizibaru = gizi kurang	1.359	.896	2.062
For cohort gizibaru = gizi baik	.764	.530	1.102
N of Valid Cases	105		

10. Hubungan riwayat kelahiran dengan status gizi

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
riwayat kelahiran * gizibaru	105	100.0%	0	.0%	105	100.0%

riwayat kelahiran * gizibaru Crosstabulation

			gizibaru		Total
			gizi kurang	gizi baik	
riwayat kelahiran	BBLR	Count	8	8	16
		% within riwayat kelahiran	50.0%	50.0%	100.0%
	BBLN	Count	41	48	89
		% within riwayat kelahiran	46.1%	53.9%	100.0%
Total		Count	49	56	105
		% within riwayat kelahiran	46.7%	53.3%	100.0%

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for riwayat kelahiran (BBLR / BBLN)	1.171	.404	3.396
For cohort gizibaru = gizi kurang	1.085	.633	1.861
For cohort gizibaru = gizi baik	.927	.548	1.569
N of Valid Cases	105		

Lampiran

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES gizibaru
  /METHOD = ENTER umur2kat didiklagiya sex
  /CONTRAST (umur2kat)=Indicator /CONTRAST
  (didiklagiya)=Indicator
  /CONTRAST (sex)=Indicator(1)
  /SAVE = PRED
  /PRINT = CI(95)
  /CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

Logistic Regression

[DataSet1] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
gizi kurang	0
gizi baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
jenis kelamin	Laki-laki	52	.000
	Perempuan	53	1.000
didiklagiya	< SLTA	29	1.000
	> = SLTA	76	.000
umur2kat	<30 thn	63	1.000
	>=30	42	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed		Predicted			
		gizibaru		Percentage Correct	
		gizi kurang	gizi baik		
Step 0	gizibaru	gizi kurang	0	49	.0
		gizi baik	0	56	100.0
Overall Percentage					53.3

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.134	.196	.466	1	.495	1.143

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	umur2kat(1)	5.000	1	.025
	didiklagiya(1)	3.934	1	.047
	sex(1)	2.134	1	.144
Overall Statistics		8.518	3	.036

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	8.852	3	.031
Block	8.852	3	.031
Model	8.852	3	.031

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	136.242 ^a	.081	.108

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		gizibaru		Percentage Correct	
		gizi kurang	gizi baik		
Step 1	gizibaru	gizi kurang	31	18	63.3
		gizi baik	22	34	60.7
Overall Percentage					61.9

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	umur2kat(1)	-.714	.438	2.666	1	.103	.490	.208	1.154
	didiklagiya(1)	.685	.491	1.943	1	.163	1.984	.757	5.198
	sex(1)	.557	.409	1.856	1	.173	1.745	.783	3.888
	Constant	.112	.441	.064	1	.800	1.119		

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, didiklagiya, sex.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES gizibaru
/METHOD = ENTER umur2kat didiklagiya
/CONTRAST (umur2kat)=Indicator /CONTRAST
(didiklagiya)=Indicator
/SAVE = PRED
/PRINT = CI(95)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

Logistic Regression

[DataSet1] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	105	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	105	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		105	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
gizi kurang	0
gizi baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
didiklagiya	< SLTA	29	1.000
	> = SLTA	76	.000
umur2kat	<30 thn	63	1.000
	>=30	42	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed		Predicted			
		gizibaru		Percentage Correct	
		gizi kurang	gizi baik		
Step 0	gizibaru	gizi kurang	0	49	.0
		gizi baik	0	56	100.0
Overall Percentage					53.3

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.134	.196	.466	1	.495	1.143

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	umur2kat(1)	5.000	1	.025
		didiklagiya(1)	3.934	1	.047
Overall Statistics			6.782	2	.034

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	6.979	2	.031
	Block	6.979	2	.031
	Model	6.979	2	.031

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	138.115 ^a	.064	.086

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

		Predicted			
		gizibaru		Percentage Correct	
Observed		gizi kurang	gizi baik		
Step 1	gizibaru	gizi kurang	31	18	63.3
		gizi baik	22	34	60.7
Overall Percentage					61.9

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step	umur2kat(1)	-.741	.434	2.916	1	.088	.477	.204	1.116
1	didiklagiya(1)	.665	.487	1.869	1	.172	1.945	.749	5.047
	Constant	.411	.383	1.152	1	.283	1.508		

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, didiklagiya.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES gizibaru
  /METHOD = ENTER umur2kat didiklagiya /METHOD = ENTER umur2kat
  didiklagiya
  /CONTRAST (umur2kat)=Indicator /CONTRAST
  (didiklagiya)=Indicator(1)
  /SAVE = PRED
  /PRINT = CI(95)
  /CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

Logistic Regression

[DataSet1] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	105	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	105	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		105	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
gizi kurang	0
gizi baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
didiklagiya	< SLTA	29	.000
	> = SLTA	76	1.000
umur2kat	<30 thn	63	1.000
	>=30	42	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

			Predicted		Percentage Correct
			gizibaru		
Observed			gizi kurang	gizi baik	
Step 0	gizibaru	gizi kurang	0	49	.0
		gizi baik	0	56	100.0
Overall Percentage					53.3

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.134	.196	.466	1	.495	1.143

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables umur2kat(1)	5.000	1	.025
didiklagiya(1)	3.934	1	.047
Overall Statistics	6.782	2	.034

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	6.979	2	.031
Block	6.979	2	.031
Model	6.979	2	.031

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	138.115 ^a	.064	.086

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		gizibaru		Percentage Correct
		gizi kurang	gizi baik	
Step 1 gizibaru	gizi kurang	31	18	63.3
	gizi baik	22	34	60.7
Overall Percentage				61.9

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 umur2kat(1)	-.741	.434	2.916	1	.088	.477	.204	1.116
didiklagiya(1)	-.665	.487	1.869	1	.172	.514	.198	1.334
Constant	1.076	.443	5.900	1	.015	2.933		

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, didiklagiya.

Block 2: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Model	6.979	2	.031

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	138.115 ^a	.064	.086

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed	Predicted		Percentage Correct
	gizi kurang	gizi baik	
Step 1 gizi baru	31	18	63.3
Overall Percentage	22	34	61.9

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 umur2kat(1)	-.741	.434	2.916	1	.088	.477	.204	1.116
didiklagiya(1)	-.665	.487	1.869	1	.172	.514	.198	1.334
Constant	1.076	.443	5.900	1	.015	2.933		

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, didiklagiya.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES gizi baru

/METHOD = ENTER umur2kat didiklagiya /METHOD = ENTER umur2kat
 didiklagiya kerjasis3 income1300.000 riwayat1 etnisbar anklebih
 umurbalita2kat sex Kepatuhan

/CONTRAST (umur2kat)=Indicator /CONTRAST

(didiklagiya)=Indicator(1)

/CONTRAST (kerjasis3)=Indicator /CONTRAST

(income1300.000)=Indicator(1)

/CONTRAST (riwayat1)=Indicator(1) /CONTRAST

(etnisbar)=Indicator(1)

```

/CONTRAST (anklebih)=Indicator(1) /CONTRAST
(umurbalita2kat)=Indicator(1)
/CONTRAST (sex)=Indicator(1) /CONTRAST (Kepatuhan)=Indicator(1)
/SAVE = PRED
/PRINT = CI(95)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

```

Logistic Regression

[DataSet1] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	105	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	105	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		105	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
gizi kurang	0
gizi baik	1

```

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES gizibaru
/METHOD = ENTER umur2kat didiklagiya /METHOD = ENTER umur2kat
didiklagiya kerjasis3 income1300.000 riwayat1 etnisbar
pengetahuan_kat
anklebih umurbalita2kat sex Kepatuhan
/CONTRAST (umur2kat)=Indicator /CONTRAST
(didiklagiya)=Indicator(1)
/CONTRAST (kerjasis3)=Indicator /CONTRAST
(income1300.000)=Indicator(1)
/CONTRAST (riwayat1)=Indicator(1) /CONTRAST
(etnisbar)=Indicator(1)
/CONTRAST (pengetahuan_kat)=Indicator(1) /CONTRAST
(anklebih)=Indicator(1)

```

```

/CONTRAST (umurbalita2kat)=Indicator(1) /CONTRAST
(sex)=Indicator(1)
/CONTRAST (Kepatuhan)=Indicator(1)
/SAVE = PRED
/PRINT = CI(95)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

```

Logistic Regression

[DataSet1] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	105	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	105	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		105	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
gizi kurang	0
gizi baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
Variabel kepatuhan	tidak patuh	34	.000
	patuh	71	1.000
didiklagiya	< SLTA	29	.000
	> = SLTA	76	1.000
kerjasis3	Tidak kerja	40	1.000
	kerja	65	.000
income1300.000	< Rp. 1300.000	53	.000
	>= Rp. 1300.000	52	1.000
riwayat kelahiran	BBLR	16	.000
	BBLN	89	1.000
etnis baru 2 kat	Non Papua	27	.000
	Papua	78	1.000
Pengetahuan	Kurang	54	.000
	Baik	51	1.000
jenis kelmin balita	Laki-laki	52	.000
	Perempuan	53	1.000
umurbalita2kat	<20 bln	53	.000
	>=20 bln	52	1.000
anklebih	>2	59	.000
	1-2	46	1.000
umur2kat	<30 thn	63	1.000
	>=30	42	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			gizibaru		Percentage Correct
			gizi kurang	gizi baik	
Step 0	gizibaru	gizi kurang	0	49	.0
		gizi baik	0	56	100.0
Overall Percentage					53.3

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.134	.196	.466	1	.495	1.143

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	umur2kat(1)	5.000	1	.025
	didiklagiya(1)	3.934	1	.047
	Overall Statistics	6.782	2	.034

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

Step	Chi-square	df	Sig.
Step 1	6.979	2	.031
Block	6.979	2	.031
Model	6.979	2	.031

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	138.115 ^a	.064	.086

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed	Predicted	gizibaru		Percentage Correct
		gizi kurang	gizi baik	
Step 1 gizibaru	gizi kurang	31	18	63.3
	gizi baik	22	34	60.7
Overall Percentage				61.9

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step	Variables	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
1	umur2kat(1)	-.741	.434	2.916	1	.088	.477	.204	1.116
	didiklagiya(1)	-.665	.487	1.869	1	.172	.514	.198	1.334
	Constant	1.076	.443	5.900	1	.015	2.933		

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, didiklagiya.

Block 2: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	10.625	9	.302
	Block	10.625	9	.302
	Model	17.604	11	.091

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	127.490 ^a	.154	.206

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		gizibaru		Percentage Correct	
		gizi kurang	gizi baik		
Step 1	gizibaru	gizi kurang	30	19	61.2
		gizi baik	16	40	71.4
Overall Percentage					66.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	umur2kat(1)	-.923	.556	2.762	1	.097	.397	.134	1.180
	didiklagiya(1)	-.632	.533	1.405	1	.236	.532	.187	1.511
	kerjasis3(1)	-.417	.461	.820	1	.365	.659	.267	1.626
	income1300.000(1)	-.385	.473	.665	1	.415	.680	.269	1.718
	riwayat1(1)	.006	.624	.000	1	.993	1.006	.296	3.419
	etnisbar(1)	-.227	.528	.184	1	.668	.797	.283	2.244
	pengetahuan_kat(1)	-1.189	.452	6.907	1	.009	.305	.125	.739
	anklebih(1)	-.074	.511	.021	1	.885	.929	.341	2.529
	umurbalita2kat(1)	-.370	.444	.696	1	.404	.691	.289	1.648
	sex(1)	.738	.444	2.760	1	.097	2.092	.876	4.996
	Kepatuhan(1)	-.383	.482	.633	1	.426	.682	.265	1.753
	Constant	2.372	1.239	3.666	1	.056	10.720		

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, didiklagiya, kerjasis3, income1300.000, riwayat1, etnisbar, pengetahuan_kat, anklebih, umurbalita2kat, sex, Kepatuhan.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES gizibaru

```

/METHOD = ENTER umur2kat pengetahuan_kanew
pengetahuan_kanew*umur2kat
/CONTRAST (umur2kat)=Indicator /CONTRAST
(pengetahuan_kanew)=Indicator
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

```

Logistic Regression

[DataSet4] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	105	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	105	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		105	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
gizi kurang	0
gizi baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
Pengetahuan	Kurang	54	1.000
	Baik	51	.000
umur2kat	<30 thn	63	1.000
	>=30	42	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			gizibaru		Percentage Correct
			gizi kurang	gizi baik	
Step 0	gizibaru	gizi kurang	0	49	.0
		gizi baik	0	56	100.0
Overall Percentage					53.3

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.134	.196	.466	1	.495	1.143

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
Step 0	umur2kat(1)	5.000	1	.025
	pengetahuan_kanew(1)	5.888	1	.015
	pengetahuan_kanew(1) by umur2kat(1)	.675	1	.411
	Overall Statistics	11.507	3	.009

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	11.810	3	.008
Block	11.810	3	.008
Model	11.810	3	.008

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	133.283 ^a	.106	.142

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		gizibaru		Percentage Correct	
		gizi kurang	gizi baik		
Step 1	gizibaru	gizi kurang	22	27	44.9
		gizi baik	9	47	83.9
Overall Percentage					65.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	umur2kat(1)	-1.299	.604	4.626	1	.031	.273
	pengetahuan_kanew(1)	.575	.661	.757	1	.384	1.778
	pengetahuan_kanew(1) by umur2kat(1)	.698	.851	.673	1	.412	2.010
	Constant	.405	.456	.789	1	.374	1.500

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, pengetahuan_kanew, pengetahuan_kanew * umur2kat .

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES gizibaru
/METHOD = ENTER umur2kat pengetahuan_kanew
/CONTRAST (umur2kat)=Indicator /CONTRAST
(pengetahuan_kanew)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

Logistic Regression

[DataSet4] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	105	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	105	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		105	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
gizi kurang	0
gizi baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
Pengetahuan	Kurang	54	.000
	Baik	51	1.000
umur2kat	<30 thn	63	1.000
	>=30	42	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed		Predicted			
		gizibaru		Percentage Correct	
		gizi kurang	gizi baik		
Step 0	gizibaru	gizi kurang	0	49	.0
		gizi baik	0	56	100.0
Overall Percentage					53.3

- a. Constant is included in the model.
b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.134	.196	.466	1	.495	1.143

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	umur2kat(1)	5.000	1	.025
		pengetahuan_kanew(1)	5.888	1	.015
Overall Statistics			10.722	2	.005

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	11.139	2	.004
	Block	11.139	2	.004
	Model	11.139	2	.004

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	133.955 ^a	.101	.134

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct
		gizi kurang	gizi baik	
Step 1	gizibaru	22	27	44.9
		9	47	83.9
Overall Percentage				65.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	umur2kat(1)	-.957	.428	4.996	1	.025	.384
	pengetahuan_kanew(1)	-1.004	.415	5.864	1	.015	.366
	Constant	1.213	.409	8.805	1	.003	3.365

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, pengetahuan_kanew.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES gizibaru
  /METHOD = ENTER umur2kat pengetahuan_kanew
  pengetahuan_kanew*umur2kat
  /CONTRAST (umur2kat)=Indicator /CONTRAST
  (pengetahuan_kanew)=Indicator
  /PRINT = CI(95)
  /CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

Logistic Regression

[DataSet4] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	105	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	105	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		105	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
gizi kurang	0
gizi baik	1

Categorical Variables Codings

			Parameter coding
			(1)
Pengetahuan	Kurang	54	1.000
	Baik	51	.000
umur2kat	<30 thn	63	1.000
	>=30	42	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

			Predicted		
			gizibaru		Percentage Correct
Observed			gizi kurang	gizi baik	
Step 0	gizibaru	gizi kurang	0	49	.0
		gizi baik	0	56	100.0
Overall Percentage					53.3

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.134	.196	.466	1	.495	1.143

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	umur2kat(1)	5.000	1	.025
	pengetahuan_kanew(1)	5.888	1	.015
	pengetahuan_kanew(1) by umur2kat(1)	.675	1	.411
Overall Statistics		11.507	3	.009

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	11.810	3	.008
Block	11.810	3	.008
Model	11.810	3	.008

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	133.283 ^a	.106	.142

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		gizibaru		Percentage Correct
		gizi kurang	gizi baik	
Step 1 gizibaru	gizi kurang	22	27	44.9
	gizi baik	9	47	83.9
Overall Percentage				65.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 umur2kat(1)	-1.299	.604	4.626	1	.031	.273	.083	.891
pengetahuan_kanew(1)	.575	.661	.757	1	.384	1.778	.486	6.500
pengetahuan_kanew(1) by umur2kat(1)	.698	.851	.673	1	.412	2.010	.379	10.646
Constant	.405	.456	.789	1	.374	1.500		

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, pengetahuan_kanew, pengetahuan_kanew * umur2kat .

```

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES gizibaru
  /METHOD = ENTER umur2kat pengetahuan_kanew
  /CONTRAST (umur2kat)=Indicator /CONTRAST
(pengetahuan_kanew)=Indicator
  /PRINT = CI(95)
  /CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

```

Logistic Regression

[DataSet4] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	105	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	105	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		105	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
gizi kurang	0
gizi baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding
			(1)
Pengetahuan	Kurang	54	1.000
	Baik	51	.000
umur2kat	<30 thn	63	1.000
	>=30	42	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed		Predicted			
		gizibaru		Percentage Correct	
		gizi kurang	gizi baik		
Step 0	gizibaru	gizi kurang	0	49	.0
		gizi baik	0	56	100.0
Overall Percentage					53.3

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.134	.196	.466	1	.495	1.143

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	umur2kat(1)	5.000	1	.025
	pengetahuan_kanew(1)	5.888	1	.015
	Overall Statistics	10.722	2	.005

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	11.139	2	.004
Block	11.139	2	.004
Model	11.139	2	.004

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	133.955 ^a	.101	.134

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

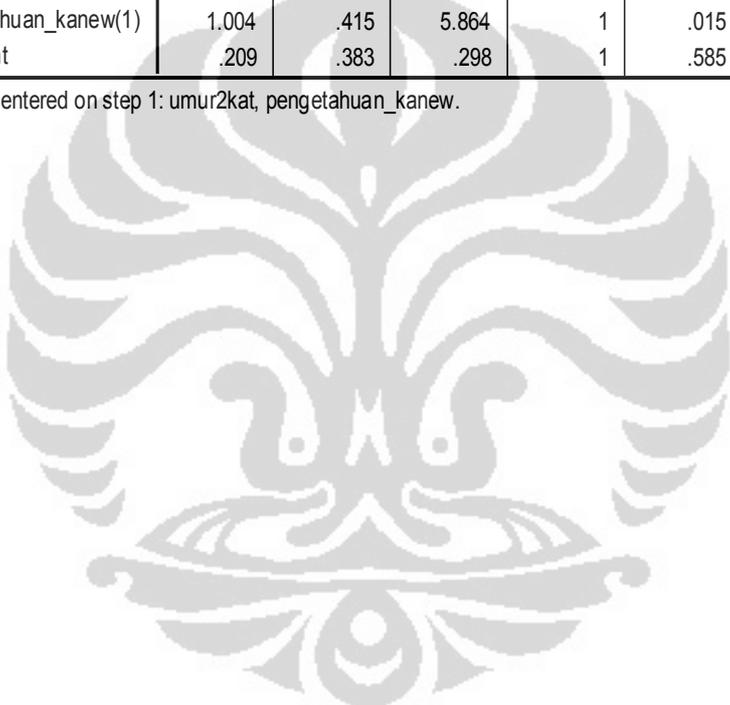
Observed		Predicted			
		gizibaru		Percentage Correct	
		gizi kurang	gizi baik		
Step 1	gizibaru	gizi kurang	22	27	44.9
		gizi baik	9	47	83.9
	Overall Percentage				65.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	umur2kat(1)	-.957	.428	4.996	1	.025	.384	.166	.889
	pengetahuan_kanew(1)	1.004	.415	5.864	1	.015	2.730	1.211	6.156
	Constant	.209	.383	.298	1	.585	1.232		

a. Variable(s) entered on step 1: umur2kat, pengetahuan_kanew.



Lampiran

Frequencies

[DataSet1] D:\Prop. Tesis Siska\Tesis Proposal hasil konsultasi\Hasil Penelitian Baru\Olahan\Output Logistik\Gabungan data new\Kartekbaru.sav

Statistics

		umur responden	didik responden	pendapatan responden	riwayat kelahiran	etnis baru 2 kat	gizibaru	Variabel kepatuhan	Pengetahuan	income1300.000	umur2kat	umurbalit a2kat	jenis kelmin balita	didiklagiya	kerjas3	kerja baru kat
N	Valid	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		31.33	3.02	1404.70952	.85	.74	.5333	1.68	1.49	.4952	.40	.50	1.50	.7238	.6190	2.68
Median		30.00	3.00	1000.00000	1.00	1.00	1.0000	2.00	1.00	.0000	.00	.00	2.00	1.0000	1.0000	2.00
Mode		30	3	500.000	1	1	1.00	2	1	.00	0	0	2	1.00	1.00	1
Std. Deviation		8.597	1.248	1028.971978	.361	.439	.50128	.470	.502	.50238	.492	.502	.502	.44926	.48795	1.751
Minimum		19	1	200.000	0	0	.00	1	1	.00	0	0	1	.00	.00	1
Maximum		54	5	5000.000	1	1	1.00	2	2	1.00	1	1	2	1.00	1.00	6

xiv



xvi



Hubungan Karakteristik Keluarga dan Kepatuhan Berkunjung Ke Posyandu
Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura

Fransiska Bittikaka¹, Junaiti Sahar², Mustikasari³, Etty Rekawati⁴

Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, 16424

Email sis_ppnu@yahoo.com.

ABSTRAK

Balita merupakan kelompok risiko yang mudah terkena masalah kesehatan diantaranya masalah gizi. Tujuan penelitian ini mengetahui hubungan karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura. Desain penelitian yang digunakan korelasi dengan pendekatan *cross sectional deskripsi*. Sampel keluarga balita dipilih 105 dengan metode sampel cluster. Analisis *chi-square* diperoleh: ada hubungan bermakna antara pendidikan, umur, dan pengetahuan keluarga dengan status gizi balita $p < 0,05$; tidak ada hubungan antara pekerjaan, pendapatan, etnis, jumlah, jenis kelamin, umur, dan riwayat kelahiran anak; dan kepatuhan keluarga dengan status gizi balita $p > 0,05$. Faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap status gizi balita adalah pengetahuan. Status gizi balita dipengaruhi oleh pengetahuan diikuti dengan umur, dan pendidikan keluarga. Perlu dikembangkan program pemberdayaan keluarga dengan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan pada ibu-ibu muda.

Kata kunci : karakteristik, keluarga, kepatuhan, balita, status gizi dan perawat.

ABSTRACT

The purpose of this research was to identify the correlation between family characteristics, children under five and compliance visiting integrated service station with nutritional status of children under five in Kota Baru Abepura Jayapura. This research was descriptive correlation method with cross sectional approach. Research samples consist of 105 people. Chi-square analysis were found significant correlation between age, education, and knowledge ($p < 0,05$). There is no correlation between employment, income, ethnicity, number of children, child age, gender of children, and birth history with nutritional status of children under five ($p > 0,05$). The most dominant factor effected the nutritional status of children under five is knowledge. Nutritional status of children under five were influenced by knowledging, followed family age and education. The family need to be invented by increasing knowledge of young mother.

Key words: Characteristic, family, compliance, children under five, nutritional status, nurses.

1.Latar Belakang

Kelurahan Kota Baru merupakan bagian pemekaran dari Kelurahan Hedam. Jumlah penduduk terakhir per Agustus 2010 adalah 10,185 jiwa yang terdiri dari 543 laki-laki dan 4,845 perempuan, tersebar dalam 10 RW dan 30 RT. Salah satu program kegiatan Kelurahan Kota Baru adalah Posyandu dalam rangka meningkatkan kesehatan dan status gizi balita.

Balita termasuk kelompok yang berisiko terkena suatu penyakit atau masalah kesehatan, diantaranya kurang gizi (*malnutrizi*). Populasi balita tidak banyak mengalami perubahan jumlah dalam empat tahun terakhir. Menurut badan pusat statistik (BPS) pada bulan Agustus (2010) terjadi sedikit penurunan populasi balita dari tahun 2007 sekitar 9,29% menjadi 9,27 % pada tahun 2008, kemudian 9,23% pada tahun 2009 dan terakhir 9,21 % pada tahun 2010.

Kelompok berisiko (*at risk*) adalah sekelompok orang yang memiliki peluang risiko terjadinya masalah kesehatan atau penyakit tertentu baik ada maupun tidak adanya faktor yang berkontribusi (Stanhope & Lancaster 2004; Clark, 1999). *Association of State and Territorial Health Offices* (ASTHO) (2008) mendefinisikan *at risk* berhubungan dengan faktor-faktor yang meningkatkan seseorang memperoleh suatu penyakit. Berdasarkan hal tersebut, maka kelompok risiko tinggi adalah kelompok yang memiliki peluang terjadinya sakit akibat faktor risiko yang menyertai.

Stone dalam McGuire, dan Eigsti (2002) menggambarkan karakteristik kelompok risiko tinggi menggunakan konsep epidemiologi faktor risiko yang berhubungan dengan masalah kesehatan, yaitu: perilaku atau gaya hidup, faktor lingkungan, dan faktor genetik. Ketiga faktor risiko tersebut memiliki enam karakteristik faktor risiko kesehatan yaitu: kebiasaan kesehatan, umur, biologi, kesehatan individu, gaya hidup dan lingkungan (Pender 2002, dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Balita sebagai kelompok risiko memiliki karakteristik mudah terpapar berbagai penyakit infeksi seperti batuk-pilek, TBC, malaria, campak, dll; gaya hidup (misalnya orang tua biasa memberikan makanan instan atau susu botol tanpa memberikan air susu ibu (ASI); riwayat ibu gizi kurang, berpenyakit menular, penyakit diabetes melitus, dan perceraian), atau faktor lain (Stanhope & Lancaster, 2004). Disamping itu, pertumbuhan dan perkembangan balita terjadi dengan pesat, yang membutuhkan seluruh zat gizi seperti kalori, protein, vitamin seperti A dan D; mineral seperti zat besi dan tembaga (Jelliffe dan Julliffe, 1989). Apabila kebutuhan zat gizi tidak dapat dipenuhi oleh tubuh, seseorang akan mengalami kurang gizi atau malnutrisi.

Kurang gizi diidentifikasi secara patologi sebagai akibat dari kekurangan atau kelebihan salah satu atau lebih zat gizi esensial yang dimanifestasikan dengan gejala klinis atau dideteksi melalui pemeriksaan biokimia, antropometri dan fisiologi (WHO, 1996), juga digambarkan sebagai terjadinya defisiensi beberapa zat gizi mikro yang dikarakteristikan dengan kekurangan energi protein berat, defisiensi mikronutrien, dalam rentang waktu tertentu, penyebab, umur, tuan rumah (*host*), dan penyakit infeksi (Shils *et al*, 2006).

WHO-NCHS (dalam Adisasmito, 2007; Depkes, 2006; Jelliffe & Julliffe, 1989) mengklasifikasikan gizi kurang berdasarkan status gizi yang dinilai dengan berat badan menurut umur (BB/U), yaitu penilaian status gizi dengan membandingkan umur (bulan) dengan berat badan (gram); tinggi badan menurut umur (TB/U) yaitu tinggi badan (cm) berbanding umur (bulan); dan tinggi badan menurut berat badan (TB/BB) yaitu tinggi badan (cm) berbanding berat badan (gram) masing-masing dikali 100%.

The National Bureau of Asian Research (2008) melaporkan terdapat 3,6 juta anak dan ibu meninggal setiap tahunnya akibat gizi kurang. Pertumbuhan janin yang buruk, dan perkembangan *post natal* terlambat, defisiensi mikronutrien, dan pemberian ASI yang tidak optimal mengakibatkan 1/3 anak meninggal dan 11% menderita sakit dari total penduduk dunia. Laporan Viva News pada tanggal 12 Maret 2010 terdapat 54 % kematian di dunia akibat gizi kurang (<http://www.kapanmenek.co.cc>), Indonesia sebagai peringkat ketujuh tertinggi anak dengan gizi kurang dari 7.6 juta anak di dunia (USAID 2010).

Riset kesehatan dasar (Riskesdas) nasional 2007 (dalam Depkes, 2008) melaporkan bahwa prevalensi nasional balita gizi buruk 5,4%, gizi kurang 13,0% dan telah mencapai target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Program Perbaikan Gizi 20%, dan target *Millenium Development Goals* pada 2015 18,5%, pada tahun 2025 9,5%. Namun, Papua merupakan salah satu dari 19 provinsi dengan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang diatas prevalensi nasional dengan rata-rata prevalensi gizi buruk di Provinsi Papua sebesar 16 % dan gizi kurang 28,9 %.

Mayori (2005) menjelaskan bahwa pada bulan September 2003 terdapat 27,3 % balita menderita kekurangan gizi, menurun menjadi 14,3 % tahun 2005. Namun, pada tahun 2005

terdapat sekitar 69,883 jiwa yang menderita gizi buruk di Papua, 58 orang diantaranya meninggal dunia. Prevalensi kurang gizi tertinggi terdapat di Kabupaten Puncak Jaya 61,8 % terendah di Kabupaten Sorong 20,2 %.

Departemen Kesehatan Provinsi Papua (2006) melaporkan sebanyak 23 balita menderita gizi buruk yang mendapat sasaran perawatan telah mencapai target sebanyak 0,22% dari 23 balita. Angka tersebut masih dibawah target standar pelayanan minimal (SPM) kabupaten dan kota 100% balita gizi buruk mendapat perawatan pada tahun 2010 (Depkes, 2008). Posyandu Nauri Kelurahan Kota Baru (2010) melaporkan terdapat 14 % balita memiliki berat badan berada di bawah garis merah dan 0,16% orang anak berat badan berada di garis kuning dari 125 balita. Sementara Puskesmas Hedam pada tanggal 6 Januari 2011 melaporkan balita gizi kurang menurut standar WHO-NCHS (BB/U) sebanyak 0,1 % dari 568 balita yang aktif ditimbang pada 7 posyandu. Angka ini berada dibawah SPM kabupaten dan kota prevalensi gizi kurang Provinsi Papua 28,9%, Nasional 13,0%, (Riskesmas 2007 dalam Depkes, 2008).

Penyebab kekurangan gizi ada tiga, yaitu penyebab langsung (*immediate*) diantaranya diit yang buruk dan penyakit, pemberian ASI dan MPASI yang tidak memadai dll; penyebab yang mendasari (*underlying cases*) diantaranya penyimpanan makanan, cara pemberian makan, sanitasi lingkungan, dll; penyebab utama (*basic cases*) kemiskinan, pendidikan wanita yang rendah, kerusakan lingkungan, dll (Gibney, 2005; Burger, 2004; Atmarita, 2005)

Sementara, faktor risiko kurang gizi pada balita, yaitu umur ibu, tinggi badan ibu, pendidikan ibu, praktek pemberian nutrisi (ASI eksklusif, pemberian susu botol, MPASI, gizi seimbang), persepsi ibu terhadap pertumbuhan anak, jumlah anak, jarak kelahiran, berat badan lahir rendah, BBLR, pendapatan keluarga, umur, jenis kelamin anak, penyakit infeksi, kematian salah satu orang tua, tabu terhadap makanan (Lesiapetto *et al* ; 2010; Haidar J *et al*, 2005; Al Dabbagh dan Ebrahim (1994, dalam Jellife & Jullife, 1989) *International Union of Nutritional Scientists* 1977; PM. Shah dalam Jellife & Jullife, 1989: hlm: 454).

Kurang gizi berdampak terhadap pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan produktivitas generasi yang akan datang, anak mudah sakit atau berpengaruh terhadap beberapa organ, diantaranya: saluran pencernaan, pankreas, hati, ginjal, sistem hematologi, sistem kardiovaskular, sistem pernafasan, penyembuhan luka dan mengakibatkan kematian (Adisasmito 2007; Gipney *et al*, 2005; Arisman 2004; Bank Dunia, 2006 dalam Kemenkes 2010). Menurut Adisasmito (2007) untuk menciptakan sumber daya manumur yang sehat, cerdas dan produktif dimulai dari keluarga dengan asupan gizi dan perawatan yang baik; lingkungan keluarga yang sehat mencegah terjadinya penyakit infeksi. Di tingkat masyarakat, kebersihan lingkungan, ketahanan pangan keluarga, pola asuh terhadap anak, dan pelayanan kesehatan primer sangat menentukan dalam membentuk anak yang tahan gizi buruk.

Peran keluarga dalam memenuhi kecukupan gizi keluarga, yaitu membantu setiap anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan makan 3 kali sehari yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan oleh keluarga (Friedman, Browden, dan Jones, 2003) diantaranya pemberian ASI eksklusif sampai dengan umur 6 bulan, MPASI ketika anak berumur 6 bulan sampai dengan umur 24 bulan, memberikan makanan bergizi seimbang. Pemberian MPASI terbaik ketika anak berumur 6 – 24 bulan dan disertai pemberian ASI sampai dengan anak berumur lebih dari dua tahun (USAID, 2010). Namun, pada kenyataannya sekitar 40-55% anak umur tiga bulan telah mendapatkan formula disamping ASI dan MPASI, mengindikasikan bahwa kepatuhan ibu terhadap penatalaksanaan gizi anak masih kurang dan tidak sesuai dengan anjuran (WHO-UNICEF, 1999). Berhasil tidaknya keluarga meningkatkan status gizi balita tergantung pada kepatuhan keluarga dalam penatalaksanaan gizi balita.

Kepatuhan (*compliance*) adalah perilaku patuh atau disiplin individu mengikuti pengobatan, diit, merubah gaya hidup sesuai dengan saran dokter atau kesehatan atau aturan yang berlaku untuk memenuhi kebutuhan (Hayness, Taylor, dan Sackett, 1979). Scoetzau *et al* (2002) melaporkan bahwa ada hubungan antara kepatuhan ibu terhadap penatalaksanaan gizi balita dengan umur anak, dimana ibu yang tidak menyapi anaknya setelah berumur 2 bulan memiliki kepatuhan lebih tinggi 76,3% daripada ibu yang menyapi anaknya sebelum berumur 2 bulan 49,4%. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan, yaitu: umur, pengalaman kerja, pengetahuan, sikap, umur anak, kepemilikan KMS, ketersediaan waktu, peran suami dan kader, status perkawinan, status kepegawaian, sarana-prasana, supervisi dan pelatihan (Wahyuni, 2003 dalam Guspiano, 2007; Maharsi, 2007). Perilaku kepatuhan ibu dalam penatalaksanaan gizi balita di Jayapura antara lain, ibu hanya memberikan ASI eksklusif sampai dengan empat bulan dan telah mendapatkan

tambahan pada umur tersebut (4 bulan), balita disapih sebelum berumur 2 tahun akan berdampak terhadap tingginya angka status gizi kurang dan buruk (Tingginale, 2008).

Upaya perbaikan gizi balita yang telah dilakukan oleh pemerintah, antara lain revitalisasi posyandu, revitalisasi puskesmas, intervensi gizi dan kesehatan, promosi kesehatan sadar gizi, advokasi dan pendampingan, serta koordinasi dan peran lintas sektoral (Adisasmito, 2007; Syaiful, 2008). Direktorat Gizi Masyarakat (www.scrib.com) melaporkan bahwa upaya perbaikan gizi nasional telah dimulai sejak tahun 1980, yang diawali dengan berbagai survei dasar, kemudian disusun strategi dengan melibatkan berbagai sektor terkait.

Upaya perbaikan gizi balita agar berjalan secara maksimal, pemerintah menentukan indikator gizi balita dalam rencana strategi (Renstra) pembangunan 2010-2015, yaitu 100% balita gizi buruk mendapat perawatan, berat badan anak yang ditimbang naik 85%, balita yang mendapat ASI eksklusif sampai dengan enam bulan 80%, keluarga yang menggunakan garam beryodium 90%, ibu hamil mendapatkan Fe 85%, warga yang mengakses air bersih 67% dan kualitas air 100%, persediaan MPASI 100%. Disamping itu, program perbaikan gizi yang diproyeksikan sebesar 20%, dan target *Millenium Development Goals* sebesar 18,5% pada 2015, telah dapat dicapai pada 2007 (Kemenkes, 2010).

Tahun 1982 telah dilakukan upaya perbaikan gizi serta monitoring pertumbuhan melalui kegiatan posyandu (*health post*) yang dipusatkan di tingkat kecamatan (Yahya dalam WHO, 2007). Posyandu sebagai tempat untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita 78,3%, dimana balita yang ditimbang secara rutin (4 kali atau lebih) berkisar antara 34,6 % sampai dengan 45,4% (Risksda, 2007 dalam Depkes, 2008). Namun, pemanfaatan posyandu masih rendah, 72% dari 838 balita belum memanfaatkan posyandu karena pelayanannya kurang menarik, monoton dan tidak lengkap (Kresna dkk, 2008).

Lebih lanjut, Riskesdas melaporkan sebanyak 27,3% RT memanfaatkan posyandu, 10% membutuhkan tapi tidak memanfaatkan, dan 62,5% tidak membutuhkan dengan alasan pelayanan posyandu tidak lengkap 49,6%, jauh 26%, dan tidak ada posyandu 24%. Sementara Kresna dkk (2008; Koto dan Hasan Basri, 2007) melaporkan penyebab kurangnya pemanfaatan posyandu yaitu ibu lupa jadwal posyandu, media promosi kurang, dan sikap kader posyandu yang kurang ramah. Menurut Octavia (2008) bahwa ada hubungan antara ibu yang aktif berkunjung ke posyandu dengan risiko terjadinya kekurangan protein (KEP) pada balita sebanyak 6,857 kali, sementara balita yang memiliki gizi baik sebesar 82 dari 164 balita (12-59 bulan).

Provinsi Papua termasuk salah satu dari 19 Provinsi memiliki cakupan penimbangan balita berada dibawah nasional 45,4% melakukan penimbangan lebih atau sama dengan 4 kali dalam enam bulan terakhir (Risksda 2007 dalam Depkes, 2008). Namun Puskesmas Hedam melaporkan bahwa posyandu Onomi sudah tidak aktif berjalan sejak September 2010. Disamping itu, kegiatan posyandu hanya mencakup penimbangan balita, imunisasi, pendidikan kesehatan dan pemberian makanan tambahan.

Peran perawat kesehatan masyarakat dalam mengatasi masalah kurang gizi pada balita, yaitu: penasehat, pendidik, dan fasilitator (Lundy dan Janes, 2009). Sebagai penasehat pasien, meliputi lembaga pelayanan kesehatan untuk mendukung perawatan kesehatan terbaik bagi pasien; sebagai pendidik, mendidik klien mengenai ASI eksklusif, makanan pendamping ASI, MPASI, gizi seimbang, dll; sebagai fasilitator, memfasilitasi orang dan kelompok tentang isu dan kebutuhan nutrisi, menginisiasi perubahan positif melalui program spesifik, dalam hal ini adalah program perbaikan gizi balita.

Penelitian ini menggunakan teori kepatuhan Haynes, Taylor, dan Sackett (1979) sebagai kerangka konsep penelitian, dengan asumsi bahwa teori ini lebih berfokus kepada perilaku seseorang dalam bertindak, dalam hal ini perilaku ibu berkunjung ke posyandu dengan harapan memberikan dampak positif terhadap status kesehatan dan gizi anak balita.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti sebagai perawat komunitas tertarik melakukan penelitian tentang “ Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Kepatuhan Dalam Berkunjungan Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura”

Mayori (2005) melaporkan bahwa prevalensi gizi kurang di Papua telah mengalami penurunan dari 27,3 pada tahun 2003 menjadi 14,3% pada tahun 2005. Namun pada tahun 2005 terdapat kasus gizi buruk sebesar 69,833 jiwa. Riskesdas 2007 (dalam Depkes, 2008) melaporkan rata-rata prevalensi gizi buruk di Provinsi Papua sebesar 16%, gizi kurang, 28,9%.

Sementara, di Posyandu Nauri Kelurahan Kota Baru pada tanggal 19 Januari 2010 terdapat 14,4% orang anak mempunyai berat badan berada di bawah garis merah dan 1,6 % orang anak berat badan berada di garis kuning dari 125 balita (Laporan Kader Posyandu Nauri, 2009); 1,2 dari 568 balita gizi kurang balita yang aktif ditimbang di Kelurahan Kota Baru (Puskesmas Hedam, 2010). Angka ini berada dibawah SPM Kabupaten dan Kota, Provinsi Papua 28,9%, mendekati prevalensi gizi kurang nasional 13,0% akan tetapi berada diatas prevalensi gizi buruk nasional 4,5%, Provinsi Papua, 6,60%. Papua merupakan salah satu dari 19 Provinsi memiliki cakupan penimbangan secara nasional tinggi 45,4% melakukan penimbangan balita lebih atau sama dengan 4 kali dalam enam bulan terakhir. Riskesdas (2007, dalam Depkes, 2008), namun, masih ditemukan gizi buruk. Disamping itu, Posyandu Onomi sudah tidak aktif sejak September 2010 (Puskesmas Hedam, 2011).

Penyebab kurang gizi, antar lain diit yang buruk, cara pemberian makan; kemiskinan dan pendidikan wanita. Sementara perilaku kepatuhan ibu dalam penatalaksanaan gizi balita di Jayapura antara lain, ibu hanya memberikan ASI eksklusif sampai dengan empat bulan dan telah mendapatkan makanan tambahan pada umur tersebut (4 bulan), balita disapih sebelum berumur 2 tahun, berdampak terhadap tingginya angka status gizi kurang dan buruk (Tingginale, 2008). Keadaan ini dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan anak, kecerdasan, dan produktivitas generasi yang akan datang, anak mudah sakit atau berpengaruh terhadap organ tubuh.

Beberapa hasil kajian riset sebelumnya, belum ada penelitian khusus yang mengkaji hubungan karakteristik keluarga dan kepatuhan ibu dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita. Sehingga belum diketahui dengan jelas faktor mana diantara kepatuhan ibu berkunjung ke posyandu yang paling berpengaruh terhadap status gizi balita, sedangkan hal tersebut sangat diperlukan untuk pengembangan intervensi keperawatan yang dapat berkontribusi terhadap status gizi balita di Indonesia, khususnya yang melakukan penimbangan di posyandu Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura. Oleh sebab itu, peneliti merumuskan masalah penelitian “ Apakah ada hubungan karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura?”

Tujuan Umum; Mengetahui hubungan karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

2. Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi deskripsi (*descriptive correlational study*) dengan desain penelitian *cross sectional*.

Samplel terdiri dari 105 keluarga balita yang telah melakukan kunjungan ke posyandu minimal 3 bulan dalam 6 bulan terkhir sejak penelitian ini dilaksanakan.

3. Hasil

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian yang mencakup mengenai hasil analisis univariat, bevarait dan multivariat. Hasil uji univariat membahas mengenai karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan keluarga dalam berkunjung ke posyandu serta status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura. Hasil bivariat membahas mengenai hubungan antara karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dengan status gizi balita. Hasil analisis multivariat membahas mengenai faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap status gizi balita.

Karakteristik Keluarga yang Berkunjung ke Posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura

Tabel 3.1 menunjukkan proporsi keluarga terbanyak berkunjung ke posyandu adalah: umur keluarga < 30 tahun 60%; pendidikan keluarga \geq SLTA 72,4%; bekerja 61,9%; pendapatan keluarga < UMK 50,5% ; etnis Papua 74,3%; pengetahuan kurang 51,4%; jumlah anak > 2 56,2%.

Tabel 3.1
Analisis Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga Yang Berkunjung Ke Posyandu

**Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei-Juni Tahun 2011
(n = 105)**

Variabel	Frekuensi	%
1. Umur		
< 30 thn	63	60
≥ 30 thn	42	40
2. Pendidikan		
< SLTA	29	27,6
≥ SLTA	76	72,4
3. Pekerjaan		
Tidak Bekerja	40	38,1
Bekerja	65	61,9
4. Pendapatan		
< Rp. UMK	53	50,5
≥ Rp. UMK	52	49,5
5. Etnis		
NonPapua	27	25,7
Papua	78	74,3
6. Pengetahuan		
Kurang	54	51,4
Baik	51	48,6
7. Jumlah Anak		
1-2 orang	46	43,8
>2 orang	59	56,2

Karakteristik Balita Yang Berkunjung Ke Posyandu

Tabel 3.2. menunjukkan proporsi umur anak balita yang berkunjung ke posyandu lebih banyak: berumur < 20 bulan 50,5%; jenis kelamin perempuan 50,5%; riwayat kelahiran lebih banyak BBLN 84,8%.

Tabel 3.2
Aanalisis Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita Yang Berkunjung Ke Posyandu
Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei-Juni Tahun 2011
(n = 105)

Variabel	Frekuensi	Peresn (%)
1. Umur Anak		
< 20 bulan	53	50,5
≥ 20 bulan	52	49,5
2. Jenis Kelamin		
Laki-laki	52	49,5
Perempuan	53	50,5
3. Riwayat Kelahiran		
BBLR	16	15,2
BBLN	89	84,8

Kepatuhan Keluarga Berkunjung ke Posyandu di Kelurahan

Tabel 3.3 menunjukkan distribusi keluarga yang berkunjung ke posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura umumnya patuh 67,6%.

Tabel 3.3
Analisis Distribusi Frekuensi Kepatuhan Keluarga Yang Berkunjung Ke Posyandu
Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei-Juni Tahun 2011

(n = 105)

No	Variabel	Frekuensi	Perentase (%)
1.	Tidak patuh	34	32.4
2.	Patuh	71	67.6

5.1.4. Status Gizi Balita

Tabel 3.4
Analisis Distribusi Frekuensi Status Gizi Balita Yang Berkunjung Ke Posyandu
Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei –Juni Tahun 2011
(n = 105)

No	Status Gizi	Frekuensi	Persen (%)
1.	Kurang	49	46,7
2.	Baik	56	53,3

Tabel 3.4 menunjukkan distribusi balita yang ditimbang di posyandu memiliki terbanyak status gizi baik 53,3 %, hanya selisih 7% dengan gizi baik.

Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada hasil penelitian ini dilakukan dengan melakukan tabulasi silang antara variabel dependen status gizi balita dengan variabel independen karakteristik keluarga dan balita, serta kepatuhan keluarga. Karakteristik keluarga meliputi: umur, pendidikan, pendapatan, etnis, pengetahuan, pekerjaan, dan jumlah anak dalam keluarga. Karakteristik balita meliputi: umur, jenis kelamin, dan riwayat kelahiran anak.

Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Balita Kepatuhan Dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan tabel 3.5 proporsi status gizi balita kurang lebih tinggi pada keluarga berumur < 30 tahun 55,6% bila dibandingkan dengan keluarga umur \geq 30 tahun 33%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,042$ menunjukkan ada hubungan bermakna antara umur keluarga dengan status gizi balita. Nilai OR = 2,5 menunjukkan keluarga umur < 30 tahun mempunyai peluang sebesar 2,5 terjadinya status gizi kurang dibandingkan dengan keluarga umur \geq 30 tahun.

Proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan pendidikan \geq SLTA 52,6% dibandingkan dengan pendidikan < SLTA 31,0%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,078$ menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi balita kurang sedikit lebih tinggi pada keluarga yang tidak bekerja 50,0% bila dibandingkan dengan keluarga yang bekerja 44,6%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,737$ menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan keluarga dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi kurang sedikit lebih tinggi pada keluarga dengan pendapatan \geq UMR Kota Jayapura 48,1 % dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai pendapatan < UMR Kota Jayapura. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,774$ menunjukkan tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada etnis non Papua 48,1% dibandingkan dengan etnis Papua 46,2%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=1,000$ menunjukkan tidak ada hubungan antara etnis keluarga dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga yang mempunyai pengetahuan baik 58,8% dibandingkan dengan keluarga yang memiliki pengetahuan kurang 35,2%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,026$ menunjukkan ada hubungan bermakna antara pengetahuan keluarga dengan status gizi balita. Nilai OR 0,380 artinya keluarga dengan pengetahuan baik mempunyai peluang sebesar 0,3 mengalami status gizi kurang dibandingkan dengan pengetahuan kurang.

Tabel 3.5

Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Balita Mencakup, Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan, Etnis, Jumlah Anak, Etnis, Umur anak, Jenis Kelamin, Dan Riwayat Kelahiran Anak Kepatuhan Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura, Mei – Juni 2011 (n = 105)

No	Variabel	Status Gizi				Total		p-value	OR	95% CI
		Kurang		Baik		N	%			
		n	%	N	%					
A. Karakteristik Keluarga										
1. Umur										
	< 30 thn	35	55,6	28	44,4	63	100	0,042*	2,500	1,110 – 5,628
	≥ 30 thn	14	33,3	28	66,7	42	100			
2. Pendidikan										
	< SLTA	9	31,0	20	69,0	29	100	0,078	0,405	0,164 – 1,003
	≥ SLTA	40	52,6	36	47,4	76	100			
3. Pekerjaan										
	Tidak bekerja	20	50,0	20	50,0	40	100	0,737	1,241	0,564 – 2,734
	Bekerja	29	44,6	36	55,4	65	100			
4. Pendapatan										
	< UMRK.Jpr	24	45,3	29	54,7	53	100	0,774	0,927	0,415 – 1,925
	≥ UMRK.Jpr	25	48,1	27	51,9	56	100			
5. Etnis										
	Non Papua	13	48,1	14	51,9	27	100	1,000	1,083	0,451 – 2,605
	Papua	36	46,2	42	53,8	78	100			
6. Pengetahuan										
	Kurang	19	35,2	35	64,8	54	100	0,026*	0,380	0,173 – 0,837
	Baik	30	58,8	21	41,2	51	100			
7. Jumlah Anak										
	1-2 orang	19	41,3	27	58,7	59	100	0,438	1,470	0,675 – 3,200
	> 2 orang	30	50,8	29	49,2	46	100			
B. Karakteristik Balita										
1. Umur Anak										
	< 20 bulan	24	45,3	29	54,7	53	100	0,927	0,894	0,415 – 1,925
	≥ 20 bulan	25	48,1	27	51,9	52	100			
2. Jenis Kelamin										
	Laki-laki	28	53,8	24	46,2	52	100	0,206	1,778	0,819 – 3,858
	Perempuan	21	39,6	32	60,4	53	100			
3. Riwayat Kelahiran Anak										
	BBLR	8	50,0	8	50,0	16	100	0,959	0,851	0,308 – 2,350
	BBLN	41	46,1	48	53,9	89	100			

Keterangan: *bermakna

Proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan jumlah anak > orang 50,8% dibandingkan dengan keluarga dengan jumlah anak 1-2 orang. 41,3%. Hasil analisis statistik uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,438$ menunjukkan tidak ada hubungan antara jumlah anak dalam keluarga dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi balita kurang lebih tinggi pada anak berumur ≥ 20 bulan dibandingkan dengan anak umur < 20 bulan 45,3%. Hasil analisis statistik uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,206$ menunjukkan tidak ada hubungan antara umur anak dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi balita kurang lebih tinggi pada anak laki-laki 53,8 dibandingkan dengan anak perempuan 39,6%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,206$ menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin pada anak dengan status gizi balita.

Proporsi status gizi balita kurang lebih tinggi pada anak dengan BBLR 50,0%. Hasil analisis statistik uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,959$ menunjukkan tidak ada hubungan antara riwayat kelahiran anak dengan status gizi balita.

Hubungan Kepatuhan Keluarga Berkunjung Ke Posyandu Dengan Satus Gizi Balita

Tabel 3.6
Hubungan Kepatuhan Keluarga Berkunjung Ke Posyandu Dengan
Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura
Mei-Juni Tahun 2011
(n= 105)

Varibel	Status gizi				Total	p-value	OR	95% CI	
	Kurang		Baik						
	n	%	n	%					
Tidak Patuh	16	47,1	18	52,9	34	100	1,000	1,05	5,451-2,322
Patuh	33	46,5	38	53,5	71	100			

Tabel 3.6 menunjukkan proporsi status gizi balita kurang 1 sedikit lebih tinggi pada keluarga yang tidak patuh berkunjung ke posyandu bila dibandingkan dengan keluarga yang patuh berkunjung ke posyandu 46,5%. Hasil analisis statistik uji *chi square* didapatkan nilai ($p=1000$) menunjukkan tidak ada hubungan antara kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita.

Analisis Multivariat

Tabel 3.7
Analisis Pemodelan Terakhir Multivariat Variabel Hubungan Umur Dan Pengetahuan Hubungan
Karakteristik Keluarga, Balita Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota
Baru Abepura Jayapura Mei-Juni Tahun 2011
(n=105)

Variabel	B	S.E	Wald	Df	Sig	Exp B (OR)	95% CI
Umur keluarga	-0,957	0,428	4,996	1	0,025	0,384	0,166-0,889
Pengetahuan keluarga	1,004	0,415	5,864	1	0,015	2,730	1,211-6,156
*Constanta	0,209	0,383	0,298	1	0,585	1,232	

Berdasarkan tabel 3.9 variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap status gizi balita adalah pengetahuan keluarga. Nilai OR pengetahuan keluarga > 22% (OR > 10%) status gizi balita akan meningkat setelah dikendalikan faktor umur keluarga (OR=3%).

3. Pembahasan

Bab ini membahas mengenai keterbatasan penelitian, interpretasi hasil penelitian yang dimulai dari analisis univariat, bivariat, dan multivariate karakteristik keluarga, balita dan kepatuhan dalam berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura 2011 dihubungkan dan dibandingkan dengan teori dan hasil riset yang lalu.

Interpretasi Hasil Penelitian Karakteristik Keluarga Dan Balita

Berdasarkan tabel 5.1, dan 5.2 diperoleh mayoritas keluarga yang berkunjung ke posyandu berumur 30 tahun 60%; pendidikan \geq SLTA 72,4%; bekerja 61,9%; pendapatan kurang dari UMR Kota Jayapura (< RP. 1.300.000) 50,5%; Etnis Papua 74,3%; jumlah anak > 2 orang 56,2%; Umur anak < 20 bulan 50,5%.

Berdasarkan data tersebut memberi gambaran keluarga berpotensi cukup baik untuk diberdayakan dalam meningkatkan status gizi balita, yaitu dengan umur muda < 30 tahun, pendidikan \geq SLTA, bekerja, usia anak < 20 bulan dan BBLN. Namun, penghasilan kurang, jumlah anak lebih dari 2 orang, dan pengetahuan tentang gizi kurang. Menurut analisis peneliti lebih lanjut meskipun potensi ada, jika keluarga kurang diberdayakan secara optimal akan berkontribusi untuk terjadinya masalah gizi. Disisi lain, meskipun keluarga bekerja masih terlihat penghasilan kurang dari UMR Kota Jayapura, sehingga keluarga belum optimal dapat memenuhi

gizi keluarga. Hal ini tercermin dari jenis pekerjaan buruh/swasta, sopir/ojek memperoleh penghasilan rendah, sehingga belum dapat memenuhi kebutuhan keluarga. Keluarga etnis Papua memiliki kekerabatan sangat kuat, yaitu saling membantu dalam pemenuhan gizi balita. Hal ini mengakibatkan status gizi baik dan kurang proporsinya hampir sama, meskipun penghasilan rendah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wamani *et al* (2006 & Chapra *et al*, 2003 dalam Leisapetto *et al*, 2010) dimana usia ibu merupakan sebagai faktor predisposisi terjadinya kurang gizi. Stone, McGuire, dan Eigsti (2002) juga menjelaskan yang senada bahwa faktor risiko yang mempengaruhi status kesehatan balita, baik sebelum dan setelah lahir meliputi: pola perilaku kesehatan, dan kondisi lingkungan yang berdampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak serta kemampuan untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang memadai. Oleh sebab itu peran perawat puskesmas hendaknya melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita.

Hubungan Umur Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan tabel 5.3. diperoleh proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan umur < 30 tahun 55,6% bila dibandingkan dengan keluarga umur \geq 30 tahun. Hasil uji *chi square* diperoleh $p=0,042$ menunjukkan ada hubungan bermakna antara umur keluarga dengan status gizi balita. Nilai $OR=2,5$ artinya keluarga dengan usia < 30 tahun memiliki peluang 2,5 kali status gizi kurang lebih tinggi bila dibandingkan dengan keluarga umur ≥ 30 tahun. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Bekker *at al* dalam Hynes, dan Sacket (1997) melaporkan bahwa ada hubungan antara usia ibu dengan kemampuan mengasuh anak. Sejalan pula dengan penelitian Akerman (2009) yang melaporkan bahwa ibu dengan usia lebih dari 30 tahun memiliki prevalensi menyusui lebih tinggi, sehingga dapat diasumsikan gizi lebih baik.

Ibu dengan umur ≥ 30 tahun telah memiliki pemahaman yang cukup tentang perawatan anak. Hal ini dapat dikaitkan dengan fungsi keluarga, yaitu memberikan kasih sayang (*provide affection*), memberikan perlindungan (*Provide security*), memberikan identitas (*instilling identity*), mempromosikan ikatan (*promoting affiliation*), memberikan sosialisasi (*providing socialization*), dan melakukan pengawasan (*establishing control*) (Duvall & Miller, 1985 dalam Allender & Sradley, 2005). Keenan fungsi ini membantu meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga (Allender & Spadley, 2005).

Upaya keluarga meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga dilaksanakan dengan memperbaiki gizi keluarga yang dimulai dari gizi ibu sejak kehamilan, melahirkan dan menyusui serta gizi balita. Sementara, peran keluarga dalam memenuhi kecukupan gizi keluarga, yaitu membantu setiap anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan makan 3 kali sehari yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan oleh keluarga (Friedman., Browden, dan Jones, 2003), diantaranya pemberian ASI eksklusif anak sampai dengan usia 6 bulan, MPASI ketika anak berusia enam bulan dan dilanjutkan sampai dengan anak berusia lebih dari 24 bulan, memberikan makanan bergizi seimbang (WHO- UNICEF, 1999).

Menurut analisis peneliti usia keluarga < 30 tahun belum optimal dalam penatalaksanaan gizi balita, sehingga diperlukan advokasi dari tenaga kesehatan khususnya perawat komunitas atau puskesmas.

Hubungan Pendidikan keluarga dengan status gizi balita

Berdasarkan tabel 5.3 diperoleh pendidikan \geq SLTA memiliki proporsi status gizi kurang lebih tinggi 52,6% bila dibandingkan dengan yang berpendidikan < SLTA 31,0%. Hasil uji *chi square* diperoleh $p=0,078$ dengan nilai $OR=0,045$ menunjukkan bahwa. Nilai $OR= 0,405$ menunjukkan bahwa pendidikan keluarga \geq SLTA mempunyai peluang 0,4 kali mempunyai status gizi kurang dibandingkan dengan keluarga berpendidikan < SLTA.

Berdasarkan data tersebut memberi gambaran tingginya gizi kurang pada keluarga dengan pendidikan \geq SLTA, karena keluarga bekerja sehingga waktu perawatan anak kurang. Hasil penelitian ini bertentangan dengan pendapat Tinkew dan de Jong (2004, dalam Miller dan Rodgers, 2009) melaporkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi memiliki status sosial ekonomi yang tinggi sehingga memiliki fasilitas yang cukup untuk pencegahan penyakit sebagai salah satu faktor risiko gizi kurang.

Menurut analisis penlitikeluarga yang memiliki pendidikan \geq SLTA bekerja pada sector formal dan non formaldengan penghasilan belum sesuai dengan kebutuhan keluarga, sehingga

belum dapat memenuhi gizi balita. Crawley (2006; Miller dan Rodgers 2009; Lesiapetto *et al* 2001) mengatakan bahwa ada hubungan yang kuat antara status gizi balita dengan tingkat pendidikan dan sosial ekonomi rendah, dimana gizi kurang lebih banyak ditemukan pada keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah, umumnya pendidikan rendah terdapat 40% -56% gizi kurang, dan hanya 40% pada ibu dengan pendidikan tinggi.

Fungsi keluarga dalam membantu meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga dimulai dengan pemahaman keluarga tentang pentingnya gizi balita, dan dilanjutkan dengan penatalaksanaan gizi balita melalui pendidikan informal atau pelatihan, sehingga masalah gizi kurang di masyarakat dapat diminimalkan. Hal ini sangat penting dilakukan di posyandu dengan memberdayakan kader kesehatan untuk melakukan pendampingan terhadap balita.

Hubungan Pekerjaan Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan tabel 5.3 diperoleh proporsi status gizi kurang pada keluarga yang bekerja 50,5% hampir sama dengan status gizi keluarga yang tidak bekerja 44,6%. Hasil uji *chi square* diperoleh $p=0,737$ menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan status gizi balita.

Menurut analisis peneliti, walaupun secara statistik tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan status gizi balita, namun secara klinis ada hubungan bermakna. Hal ini dibuktikan dengan pengamatan dan hasil wawancara kepada 3 keluarga, dimana salah satu diantaranya mengatakan bahwa anak yang diasuh saat ini adalah cucu, hanya diberi ASI selama satu bulan karena ibunya masih kuliah dan bekerja di tempat lain. Sementara 2 diantaranya mengatakan anak sehari-hari dititipkan pada orang lain (sudara, keluarga dan tetangga). Pengganti ASI sehari-hari adalah susu botol, dengan lama pemberian asi dua 1-2 bulan. Hal ini terkait dengan pemenuhan asupan nutrisi balita.

Menurut Wamani *et al* (2006 dan Chapra *et al*, 2003 dalam Leisapetto, 2010) salah satu faktor penyebab terjadinya gizi kurang adalah pekerjaan ibu. *International Union of Nutrition Scientist* (1997 dalam Jellife & Jullife, 1989) menjelaskan bahwa kebiasaan orang tua yang berisiko terjadinya kekurangan gizi pada balita, diantaranya pemberian susu botol pada awal masa bayi.

Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa keluarga yang bekerja dan tidak bekerja memiliki status gizi kurang hampir sama. Keadaan ini ada hubungannya dengan penghasilan keluarga yang tidak tetap sehingga kurang mampu membiayai kebutuhan balita. Disisi lain, tidak semua keluarga yang bekerja memiliki status gizi baik karena keluarga tidak memiliki waktu yang cukup untuk merawat balita mereka. Bronto Tinkew dan De Jong (2004, dalam Miller dan Rodgers, 2009) mengatakan bahwa ada hubungan status gizi dengan pekerjaan dimana ibu yang bekerja sebagai pencari nafkah, karena mempunyai waktunya terbatas untuk merawat anak. Sehingga, program peningkatan gizi balita perlu dikembangkan pada waktu istirahat jam kerja bagi keluarga yang bekerja formal atau setelah selesai bekerja bagi pekerja di sector non formal.

Hubungan Pendapatan Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Menurut Tabel 5.3 diperoleh proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan pendapatan kurang dari Rp. 1.300.000 (45,3%) bila dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai pendapatan lebih atau sama dengan Rp. 1.300.000 (48,1%). Meskipun uji *chi square* diperoleh ($p=0,927$) mengindikasikan tidak ada hubungan bermakna antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita.

Menurut analisis peneliti, tingginya status gizi balita baik pada keluarga dengan pendapatan dibawah UMR Kota Jayapura, disebabkan beberapa faktor, diantaranya keluarga hanya mengemukakan jumlah pendapatan yang dimiliki, tanpa memperhitungkan pendapatan anggota lain atau sumber penghasilan lainnya. Wamani *et al* (2006 & Chapra *et al*, 2003 dalam Leisapetto *et al*, 2010) mengatakan pendapatan keluarga perkapita merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kurang gizi, namun tidak menjelaskan apakah pendapatan kurang atau cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

Analisis peneliti lebih lanjut, bahwa tingginya angka status gizi kurang pada keluarga berpendapatan \geq UMK dapat disebabkan karena kurangnya kemampuan keluarga dalam mengelola keuangan untuk pemenuhan gizi balita, selain itu pemahaman yang belum optimal terkait penatalaksanaan gizi balita. Merujuk kondisi tersebut, peranan petugas kesehatan termasuk

perawat penting untuk memberikan pendampingan pada keluarga dalam penatalaksanaan sumberdaya keluarga.

Hubungan Etnis Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan tabel 5.3 diperoleh gizi kurang sedikit lebih tinggi pada keluarga dengan etnis non Papua 48,1% bila dibandingkan dengan etnis Papua 46,2%. Hasil uji *chi square* diperoleh ($p=1000$) mengindikasikan tidak ada hubungan antara etnis dengan status gizi balita.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Scoetza *et al* (2002) yang melaporkan ada hubungan yang bermakna antara etnis dan kepatuhan pelaksanaan diit yang berdampak terhadap status gizi balita. Secara statistik tidak ada hubungan antara etnis dengan status gizi balita, akan tetapi secara klinis ada hubungan antara etnis dengan status gizi balita, pada penelitian ini dapat dikarenakan proporsi keluarga yang berkunjung ke posyandu, sehingga antara etnis Papua dan non Papua tidak seimbang. Walau demikian, adanya temuan gizi baik maupun kurang yang tinggi pada etnis Papua menunjukkan perlu dilakukan penelitian mengenai model penatalaksanaan gizi balita terkait budaya bagi suku-suku yang ada di Papua. Hal ini didasari pada pengamatan peneliti dimana sumber daya alam di Papua cukup melimpah, namun belum dikelola secara maksimal. Disamping itu pengolahan makanan secara tradisional yang kaya nutrisi hingga saat ini masih dilaksanakan pada hampir seluruh kegiatan.

Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Status gizi Balita

Berdasarkan tabel 5.5 diperoleh gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan pengetahuan baik 58,8% bila dibandingkan dengan pengetahuan kurang 35,2% Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,026$ menunjukkan ada hubungan bermakna antara pengetahuan keluarga dengan status gizi balita. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat Leisapetto *et al* (2010); Hien *et al* (2009) yang mengatakan ada hubungan antara pengetahuan keluarga baik dengan status gizi.

Menurut analisis peneliti, rendahnya status gizi pada keluarga dengan pengetahuan kurang lebih dikarenakan adanya program PMT di posyandu dan kebiasaan keluarga memberikan ASI pada balita mereka. Sementara, tingginya status gizi kurang pada keluarga yang berpengetahuan baik disebabkan karena pola asuh keluarga yang belum optimal. Namun pola asuh ini perlu diteliti hubungannya dengan status gizi balita dengan memperhatikan aspek budaya setempat.

Hubungan Jumlah Anak Dengan Status gizi Balita

Berdasarkan tabel 5.5 diperoleh proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada keluarga dengan jumlah anak > 2 orang 50,8% dibandingkan dengan keluarga yang memiliki anak 1-2 orang 41,3%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,438$ menunjukkan tidak ada hubungan antara jumlah anak dalam keluarga dengan status gizi balita.

Banyaknya jumlah anak dalam keluarga pada hasil penelitian ini karena umumnya keluarga Papua merupakan keluarga besar (*extended family*), dimana satu keluarga terdiri atas kakek/nenek/tante/om, anggota keluarga lainnya dan keluarga inti sendiri dimana setiap anggota keluarga saling memberikan dukungan terhadap anggota keluarga yang lainnya.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian De Jong (2004; Heaton *et al* 2005 dalam Miller dan Rodgers, 2009) melaporkan bahwa ada hubungan antara jumlah anak dengan status gizi, karena ketersediaan sumber daya tidak sesuai dengan kebutuhan. waktu perawatan anak berkurang serta pelayanan medis bila anak sakit (Muaz *et al*, 2010). Walaupun, secara statistik tidak ada hubungan antara jumlah anak dengan status gizi balita, namun secara jkinis bermakna, karena pemenuhan nutrisi balita akan terganggu dengan sumber daya yang terbatas dibandingkan dengan jumlah anak ≥ 2 orang.

Menurut Friedman, Bowden, dan Johns (2003) *extended family* adalah satu keluarga yang tinggal bersama dengan orang tua, sepupu, atau keluarga lainnya. Lebih lanjut, Friedman, Bowden, dan Johns (2003) menjelaskan bahwa pada *extended family* adanya mitos bahwa keluarga inti sulit mendapatkan dukungan keluarga. Dengan *extended family* akan terjadi interaksi yang lama dan saling bekerjasama. Namun, disamping adanya dukungan dan kerjasama dari anggota keluarga, jumlah anggota keluarga yang banyak akan menimbulkan masalah kesehatan bagi keluarga. Diantaranya penyakit, dan keterbatasan makanan sebagai salah satu faktor perantara kurang gizi (DE Jong, 2004; Heaton *et al*, 2005 dalam Miller dan Rodgers, 2009).

Pembatasan jumlah anak menjadi relevan apabila dihubungkan dengan status gizi pada keluarga terutama keluarga dengan penghasilan rendah. Hal ini sejalan dengan himbauan BPPKB bahwa 2 anak cukup. Dengan demikian, puskesmas Abepura perlu meningkatkan pelayanan Keluarga Berencana (KB) melalui posyandu. Demikian juga bagi BPPKB agar lebih meningkatkan upaya pelayanan keluarga berencana. Serta bagi keluarga disarankan mengikuti KB untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga.

Hubungan Umur Anak Dengan Status gizi Balita

Berdasarkan tabel 3.5 diperoleh proporsi status gizi kurang lebih tinggi pada anak umur ≥ 20 bulan 48,2% dibandingkan dengan anak umur < 20 bulan 43,3%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=0,927$ menunjukkan tidak ada hubungan antara umur anak dengan status gizi balita. Tingginya status gizi kurang pada anak umur lebih atau sama dengan 20 bulan karena pada umur tersebut anak lebih aktif, dan umumnya sudah berhenti menyusu. Wamani *et al* (2009) melaporkan bahwa anak umur 0 sampai dengan usia 12 bulan kejadian gizi kurang jarang terjadi karena mendapatkan ASI.

Hasil penelitian ini menunjukkan balita yang berkunjung ke posyandu di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura berada pada rentang usia bayi dan *toddler*. Pada usia ini pertumbuhan anak terjadi dengan cepat. Perawat mengidentifikasi dan mengintervensi situasi yang berisiko terutama bagi balita yang tidak mendapatkan ASI. Program PMT perlu ditingkatkan tidak hanya pada hari posyandu, diluar hari posyandu perawat perlu memantau pemberian M-PASI dan mengadvokasi keluarga memberikan gizi seimbang. Perawat perlu mengintervensi pertumbuhan dan perkembangan dengan memberikan perhatian khusus untuk makan, tidur, eliminasi, perkembangan dan keamanan (Stanhope dan Lancaster, 2004).

Hubungan Jenis Kalamain Anak Dengan Status gizi Balita

Berdasarkan tabel 3.5 diperoleh Hasil uji diperoleh status gizi kurang lebih besar pada anak laki-laki 53,8% dibandingkan dengan anak perempuan 39,6%. Hasil uji *chi square* ditemukan $p=0,206$ menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi balita. Penelitian ini bertentangan dengan penelitian Muas *et al* (2010) yang melaporkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan terhadap status gizi dengan kategori kurus (gizi kurang), pendek dan gizi buruk. Tingginya prevalensi gizi kurang pada laki-laki pada penelitian ini, didukung dengan hasil penelitian Wamani *et al* 2007; Welss, 2000 dalam Hein *et al* (2009) bahwa kejadian gizi kurang dan buruk lebih banyak pada anak laki-laki karena pengaruh tekanan lingkungan, dan sifat anak laki-laki secara umum lebih aktif dan sering melakukan aktivitas dengan energy tinggi seperti berlari, main bola. Hal ini yang menyebabkan gizi kurang terjadi karena asupan makanan tidak seimbang dengan energy yang dikeluarkan.

Hubungan Riwayat Kelahiran Anak Dengan Status Gizi Balita

Tabel 3.5 diperoleh status gizi kurang lebih tinggi pada anak dengan riwayat kelahiran anak BBLR 50% bila dibandingkan dengan riwayat kelahiran dengan BBLN 46,1%. Hasil uji statistik diperoleh $p= 0,956$ menunjukkan tidak ada hubungan antara riwayat kelahiran anak dengan status gizi .

Tingginya status gizi kurang pada anak yang lahir dengan BBLR menuuert *International Union of Nutrition Scientists* (1971, dalam Jellife dan Jullife, 1989) menjelaskan bahwa salah satu faktor risiko gizi kurang adalah berat badan lahir rendah (BBLR) dan merupakan alat ukur status gizi balita (WHO dalam Miller dan Rodgers, 2009).

Hubungan Kepatuhan Keluarga Dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan tabel 3.5 status gizi kurang diperoleh 47,1% tidak berbeda jauh dengan keluarga yang patuh 46,5%. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p=1,000$ menunjukkan tidak ada hubungan antara kepatuhan keluarga dengan status gizi balita.

Kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu karena adanya: imunisasi gratis; mendapatkan pemberian makanan tambahan; pemberian vitamin A; pelayanan KB yang dilaksanakan setiap sebulan sekali. Akan tetapi akaninformasi tentang ASI eksklusif sampai dengan enam bulan, makanan bergizi seimbang, MPASI hampir tidak disampaikan kepada keluarga.

Disamping itu, pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan menyusui dan kesehatan balita belum dilaksanakan. Tidak terlaksananya pemeriksaan kesehatan disebabkan belum tersedia tempat tidur untuk pemeriksaan kehamilan, serta keterbatasan petugas termasuk dalam melayani keluarga dengan balita gizi kurang.

Menurut Haynes, Taylor, dan Sacket (1997) faktor pemungkin yang mempengaruhi kepatuhan meliputi ketrampilan, dan sarana-prasarana untuk bertindak, seperti fasilitas perawatan kesehatan, personal, sekolah, jangkauan pelayanan kesehatan, biaya, jarak, transportasi, waktu pelaksanaan, ketrampilan personal, kondisi atau penatalaksanaan pengobatan, dan masalah eksternal keluarga. Oleh sebab itu dengan telah tersedianya fasilitas posyandu sebagai tempat pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita, puskesmas perlu lebih meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui posyandu; melatih kader kesehatan mengenai ketrampilan pemantauan tumbuh-kembang anak, dan kesehatan ibu dan balita, untuk mendukung program gizi balita.

Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian yang ditemui peneliti selama penelitian adalah:

Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang dipergunakan pada penelitian ini adalah kuesioner yang dikembangkan sendiri oleh peneliti dengan hanya satu lagi uji coba. Meskipun uji validitas dan realibilitas secara umum bermakna dan reliable. Jika akan digunakan pada populasi dan budaya yang berbeda perlu diulang lagi. Pada penelitian ini riwayat penyakit dan gejala klinis gizi kurang belum diteliti, diasumsikan dapat berpengaruh terhadap status gizi balita.

Implikasi Hasil Penelitian

Pelayanan keperawatan komunitas

Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan keluarga baik, lebih atau sam dengan SLTA, pendapatan diatas UMK, usia < 30 tahun memiliki status gizi kurang. Kondisi ini merefleksikan bahwa keluarga belum memiliki pemahaman yang cukup tentang penatalaksanaan gizi balita di masyarakat.

Peranan petugas kesehatan termasuk perawat belum optimal dalam meberdayakan kader untuk memfasilitasi keluarga balita dalam rangka meningkatkan pemahaman tentang gizi balita di masyarakat. Belum optimalnya kerjasama lintas program dan lintas sektor antara lain: pertanian, BPPKB, Pdan P, peternakan dalam mengupayakan peningkatan gizi masyarakat khususnya balita.

Perawat komunitas sebagai salah satu profesi kesehatan memiliki kompetensi yang sangat relevan dalam membina keluargadengan balita perlu diberdayakan secara optimal. Selain itu, perawat komunitas dapat melakukan pendampingan pada keluarga balita tentang cara penatalaksanaan gizi balitadalam bentuk kelompok pendukung. Sementara, pada keluarga-keluarga yang memiliki pengalaman lebih baik yakni keluarga yang berumur ≥ 30 tahun dapat saling berbagi pengetahuan dengan keluarga yang usianya lebih muda dalam kelompok pendidikan sebaya (*peer edukasi*).

Terbatasnya sumberdaya yang ada, semakin terbatasnya kemampuan pemerintah menyediakan anggaran disaat beban pembangunan kasehatan meningkat maka upaya kesehatan promotif, preventif dan kuratif harus berimbang. Namun, memerlukan suatu perencanaan kebijakan kesehatan di masyarakat.

Perkembangan ilmu pengetahuan keperawatan komunitas

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar (*evidence based*) untuk penelitian model pelayanan keperawatan komunitas dalam penatalaksanaan gizi balita, dengan mengembangkan metode dan teknik yang tepat untuk dipergunakan dalam penegambangan keperawatan komunitas berbasisi posynadu. Advokasi kepada penentu kebijakan terutama pada keluarga balita dengan pendapatan kurang dari UMK dan jumlah anak lebih dari 2 orang untuk memperoleh bantuan peningkatan gizi balita.

Hasil penelitian ini menunjukkan masih rendahnya pengetahuan keluarga tentang gizi balita sehingga pelatihan berkala perlu dilakukan pada kader kesehatan. Kader kesehatan perlu dikembangkan sehingga kader dapat menjadi perpanjangan tangan petugas melalui KIE

(komunikasi, informasi dan edukasi) di posyandu dan luar posyandu. Namun, kader perlu mendapat bimbingan dan dukungan sehingga pelayanan gizi pada balita di masyarakat dapat lebih dioptimalkan. Lebih lanjut, kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu memiliki makna untuk meningkatkan status gizi balita.

Simpulan dan Saran

Bab ini membahas mengenai kesimpulan hasil penelitian dan pembahasan serta bagi bidang terkait diantaranya bagi pelayanan keperawatan bidang komunitas serta perkembangan ilmu keperawatan komunitas serta perkembangan ilmu keperawatan komunitas.

Kesimpulan

Mayoritas keluarga adalah:

1. Pendidikan SLTA; tidak bekerja; etnis Papua; pengetahuan kurang; jumlah anak lebih dari 2 orang; umur balita kurang dari 20 bulan; jenis kelamin perempuan; riwayat kelahiran BBLN.
2. Ada hubungan bermakna antara umur keluarga, pengetahuan, pendidikan keluarga dengan status gizi balita.
3. Tidak ada hubungan antara umur anak, jenis kelamin anak, dan riwayat kelahiran dengan status gizi balita dan kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di posyandu Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.
4. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan status gizi balita, yaitu variabel pengetahuan. Setelah dikontrol dengan umur keluarga.

Saran

Rekomendasi dari hasil penelitian ini meliputi:

Pelayanan Keperawatan Komunitas

1. Dinas kesehatan perlu meningkatkan kerjasama dengan: departemen pendidikan melalui pemberian edukasi gizi dan kesehatan balita serta diintegrasikan dalam kurikulum pada tingkat pendidikan SLTA; BPPKB dengan mengintegrasikan kembali program BKB di setiap RW, dinas pertanian dan peternakan untuk melatih keluarga terkait pemanfaatan pekarangan dalam meningkatkan status gizi balita.
2. Puskesmas hendaknya: menempatkan tenaga perawat sebagai penanggungjawab posyanduan gizi gizi kurang; meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan kesehatan keluarga dengan anak balita; melakukan pelatihan bagi kader kesehatan dan keluarga dalam upaya penatalaksanaan gizi balita; melakukan pelatihan bagi petugas dan kader mengenai penilaian status gizi balita menggunakan ukuran antropometri TB/BB-PB untuk mendapatkan data yang akurat; 5) perlunya dilakukan promosi kesehatan mengenai penatalaksanaan gizi keluarga khususnya balita untuk meningkatkan status gizi balita.
3. Perawat komunitas/puskesmas melaksanakan: asuhan keperawatan gizi keluarga, dan balita; meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat melalui penyebaran informasi, pelatihan mengenai penatalaksanaan gizi balita dengan memanfaatkan bahan makanan setempat, diantaranya cara pengolahan makanan balita dari aneka macam buah, sayur, ikan (misalnya pembuatan tepung dan abon ikan); dan pendampingan pada keluarga melalui pembinaan kelompok edukasi sebaya; memotivasi keluarga terutama ibu-ibu muda untuk datang ke posyandu dan membimbing mereka untuk melakukan program "*positive deviance*" (pos gizi).
4. Keluarga perlu: memperhatikan asupan gizi seimbang untuk keluarga terutama balita; rajin bertanya kepada petugas pada setiap kunjungan posyandu terkait hal-hal yang belum dipahami tentang penatalaksanaan gizi balita.

Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

1. Disarankan untuk meneliti variabel yang diasumsikan memiliki hubungan dengan status gizi balita, yaitu riwayat penyakit, gejala klinis, lingkungan keluarga, termasuk budaya.
2. Penelitian lebih lanjut perlu dilaksanakan pada sampel lebih member peluang banyak variabel yang dapat ke pemodelan pada uji regresi logistik berganda.
3. Perlu melakukan penelitian operasional untuk pengetahuan keluarga model asuhan keperawatan gizi balita berbasis posyandu yang sensitive terhadap budaya.

DAFTAR PUSTAKA

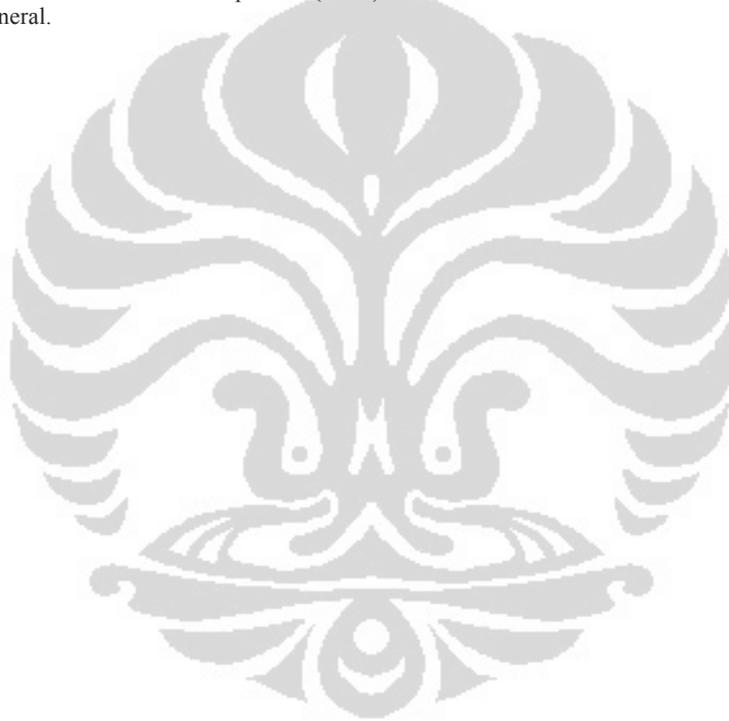
- Adisasmito, W (2007). Sistem kesehatan. Jakarta. Rajawali Pers. Citra Niaga Buku Perguruan Tinggi.
- Alimul, H. A. (2003). Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah. Jakarta. Salemba Medika.
- Allender, J.A. Sradley, B.W. (2005). *Community health nursing. Promoting and protection the public's health.* (sixth edition). USA. Lippincot Williams & Wilkins.
- Atmarita (2005). *Nutrition problem in Indonesia. The article for an integrated international seminar and workshop on lifestyle-related diseases.* Gajah Mada University. March. 2005. [/http://www.gizi.net/download/nutrition%20problem%20in%20Indonesia.pdf](http://www.gizi.net/download/nutrition%20problem%20in%20Indonesia.pdf), diperoleh 10 Oktober, 2009.
- Arisman. (2004). Buku ajar ilmu gizi. Jakarata. EGC.
- Avia, M., Salie, H.P., Handono, G.S., Purwatini, T. B (2008). Sosial dan kebijakan pertanian wilayah rawan pangan dan gizi kronis di Papua, Kalimantan Barat dan Jawa Timur. Pusat analisis sosial ekonomi dan kebijakan pertanian. Badan penelitian dan pengembangan pertanian. Departemen pertanian, <http://www.psc.litbang.deptan.go.id>, diperoleh 20 Oktober 2010.
- Bendrich Adrienne & Deckelbaum, Richard. J, (2005). *Preventive nutrition. The comprehensive guide for health professionals.* 3rd ed. Totowa, New Yersay. USA. Human Press Inc.
- BPS. Perkembangan beberapa indikator sosial-ekonomi Indonesia. *Trends of the selected socio-economic indicator of Indonesia* (2010), [http://www.bps.go.id/download file/booklet/leaflet/Boklet Agustus 2010.pdf](http://www.bps.go.id/download/file/booklet/leaflet/Boklet%20Agustus%202010.pdf), diperoleh 28 Februari 2011.
- Burger, A. & Glasuer, P. (2004). *Family nutrition guide.* Rome. Food and Agriculture Organization of United Nation, <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/2007/y5740e00.pdf>. tgl 10/10/2009.
- Clark, M.J. (1999). *Nursing in the community. Dimention of community health nursing.* (Third^{ed}). USA. Stanford Connecticut. Appletion & Lange.
- Crawley, H. (2006). *Eating well for under-5s in childs care practice and nutritional guidelines.* (Second^{ed}). London. Edited & Produced Worwork. Published by The Caroline. ISBN: 1897820216. Register Number:n328580, www.cwst.org.uk, diperoleh 9 April, 2011.
- Depdiknas. (2007). Kamus besar bahasa Indonesia. (Edisi Ketiga). Jakarta. Balai Pustaka.
- Depkes (2010). Etika penelitian kesehatan. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan.[http://www.jarlitbangkes.or.id/2010/data/RakernasRegional Barat2005/KE.pdf](http://www.jarlitbangkes.or.id/2010/data/RakernasRegionalBarat2005/KE.pdf)[http://www.jarlitbangkes.or.id/2010/data/RakernasRegional16 Barat2005/KE.pdf](http://www.jarlitbangkes.or.id/2010/data/RakernasRegional16Barat2005/KE.pdf), diperoleh 15 Maret 2010.
- Depkes (2009a). Bansos gizi nasional 09. Petunjuk teknis pelaksanaan bantuan sosial dana penanggulangan gizi masyarakat. <http://www.gizi.net/kebijakan-gizi.pdf>, diperoleh 20 November 2009.
- Depkes (2008a). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008. Tentang petunjuk teknis standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Kabupaten dan Kota. Menteri Kesehatan Republik Indonesias, http://www.spm.depkes.go.id/up_pod_Kepmenkes/MMK%20N0%20828%20ttg52ojuknis520SPM.pdf, diperoleh 14 Januari 2011.
- Depkes. (2008b). Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional. [www.docstoc.com/.../Laporan-Hasil-Kesehatan-Dasar \(RISKESDAS\)-Nasional 2007](http://www.docstoc.com/.../Laporan-Hasil-Kesehatan-Dasar-(RISKESDAS)-Nasional-2007). Diperoleh 14 Januari 2010.
-(2008b). Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
-(2008c). Profil kesehatan Indonesia 2008.

- (2007b). Depkes (2007). Prevalensi Status Gizi Balita (BB/U) menurut Provinsi. Riskesdas 2007. www.gizi.net/download/statgizi-nas-riskesdas%2007.pdf, diperoleh tanggal 14 Januari 2011.
- Depkes. (2006) Buku tatalaksana anak gizi buruk. Buku I. (cetakan edisi ketiga) Jakarta. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Depkes Republik Indonesia.
- Direktorat Gizi Masyarakat (?). Surveilans Gizi (draft), www.scribd.com/doc/36407211/SURVEILANS-GIZI, diperoleh 15 Januari 2011.
- Effendy N, (1998).. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Ed 2. EGC.
- Friedman (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed). Appleton & Lange. Connecticut.
- Gerstman, B.B (2003). *Epidemiology kept simple. An introduction to traditional and modern epidemiology.* (Second Edition). USA. Willey-liss. A John Willey & Sons, Inc, Publication.
- Gesman, Hasanbasri, & lauardi (2008). Penanggulangan gizi buruk. [www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/id/UP/PDF/..../No.5 GESMAN 01 08.pdf](http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/id/UP/PDF/..../No.5_GESMAN_01_08.pdf) diperoleh tanggal 15 Februari 2011.
- Guspiano (2007). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan bidan desa terhadap standar pelayanan antenatal (ANC) di Muaro Jambi. Universitas Indonesia (Tesis).
- Gutman, L. M., Brown, J., Akerman, B. (2009). *Nurturing parenting capability. Center for research on the wider benefits of learning. Leading education and social research.* Institute of Education University of London. < www.learningbenefits.net>.
- Gibney, M.J., Maegetts, B.M., Kearney, J.J., Arab, L. (2005). Gizi kesehatan masyarakat. Jakarta. EGC.
- Green, L. W., Kruter, M.W., Deeds, S.G, et al (1980). *Health education planning. A diagnostic approach.* hlm: 71. California. Mayfield publishing company.
- Gubernur Provinsi Papua (2009). SK Gubernur Provinsi Papua. No.195?2009 mengenai UMR Provinsi dan Kota. [Http://www.kabarindonesia.com/beritaphp-pil=jd=upah+minimum+provinsi=papua](http://www.kabarindonesia.com/beritaphp-pil=jd=upah+minimum+provinsi=papua).
- Hastono, S.P. (2007). Analisis data kesehatan: *Basic data analisis for health research training.* FKM UI. Tidak diterbitkan.
- Haynes, B., Taylor, W., Scakett, D, L (1979). (Editor). *Compliance in Health care.* USA. The Johns Hopkins University Press Baltimore and London.
- Hien, N.N and Hoa, N.N. Vinh University., Nghean General Hospital (2009). *Nutritional statues and determinans of malnutrition in children under three years of age in Ngehean, Vietnam.* Pakistan Journal of Nutrition 8 (7):958-96. 2009. ISSN 1680-5194. Asian Network for Scientic information, 2009, <http://www.phsorg/pjonline/fin1197.pdf>,diperoleh 20 Januari,2011.
- Hoder, L (2010). *Is there a theory of international legal compliance?. Introduction, annotated bibliography and the examination of approaches.* CPR Graduate conference 2010. Dublin, Ireland, <http://www.ecprnet.eu/databases/conferences/papers/598.pdf>. diperoleh 20 Januari 2011.
- <http://www.scribd.com/doc/366672121/Penilaian-Status-Gizi-Anak> diperoleh tanggal 7 Mei, 2011.
- Institut Pertanian Bogor (2006). penilaian situasi pangan dan gizi di wilayah kerja plan Indonesia program unit Lembata. Kerjasama Plan Indonesia Dengan Departemen Gizi dan Masyarakat – Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor November 2006. Situasi pangan di lembata http://ntt-academia.org/Flores/Lembata_Situasi-Pangan_Report-FNS-Complete-draft.pdf. Diperoleh tanggal 20 Desember 2010.
- Jellife, D.B & Jullife, P, E.F. (1989). *Community nutritional assesement with special reference to less technically developed contries.*Newyork. Oxford Medical Publication.
- Kaufman, M (1990). *Nutrition in public health. A handbook for developing program and service.* USA. An Aspen Publication.

- Kemenkes (2010a). Status gizi balita: *Goal 1* MDG. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Riskesdas 2010. http://dinkesjatengprov.go.id/sik/riskesdas_2010/7_statgizi_indonesia_2010_presentasi_last_ppt.pdf. diperoleh tanggal 20 Desember 2010.
- (2010b). Petunjuk teknis penggunaan bantuan operasional kesehatan (BOK)http://www.depkes.go.id/downloads/BOK/Juknis_BOK_07.05.2010/Petunjuk_Teknis_BOK_07.05.2010.pdf, diperoleh 13 Januari 2011.
- Koto, Y. F., Hasanbasri M. (2007). Proses pelaksanaan manajemen pelayanan posyandu terhadap intensitas posyandu. Analisis Data Sakerti 2000. Working paper series No. 12 Juli 2007, First Draft Peran posyandu http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UPPDF/working/No.11_Agus%20Salim_01_08.pdf, diperoleh 20 Desember 2010.
- Kresna, S., Makmur H., Hatang, IT (2008). Laporan penelitian: Studi pemanfaatan posyandu di Kelurahan Cipinang Muara Kecamatan Jatinegara, Kodya Jakarta Timur <http://mgyasni.niriah.com/wp-content/uploads/2009/02/complete-report.pdf>, diperoleh 20 Desember 2010.
- Lemeshow, S., Hosmer, D.w., Klar, J *et al* (1997). Besar sampel dalam penelitian kesehatan. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Leisapeto, M.S., Smuts., SM, Hanekom., Plesisi, J.Du, *at al* (2010), *Risk factors of poor antropometric status in children under five years of age living in rural districts of the Eastern Cape and KwaZulu- Natal Provinces, South Africa*, <http://docs.google.com/viewer?a=v&g=cache:Oa7U-YyBXxkj>, diperoleh tanggal 20 Januari 2011.
- Lundy, K.S and Janes, S (2009). *Community Health Nursing. Caring for the public's health*. (Second Edition). Vo. 2. USA. Jones and Bartlett Publisher.
- Maharsi (2007). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ibu berkunjung ke posyandu di di wilayah Kecamatan Bekasi Utara Kota Bekasi (Tesis). Jakarta. Universitas Indonesia .
- Menpan (2007) Rencana aksi nasional pangan dan gizi 2006 – 2010. http://bappeda.jabarprov.go.id/docs/perencanaan/20071031_063457.pdf, diperoleh 13 Januari 2011.
- Miller, J.E Dan Rodgers, Y.V. (2009). Mothers' education and Nutritional Status: New Evidence From Cambodia. *Asian Development Review*, vol.26.no.1 pp-131-165. www.adb.org/docoments/periodicals/ADR.../ADR.vol26_Miller.pdf. diperoleh tanggal 20 Januari 2011. Asian Development Bank.
- Mitta, A., Singh, J., Ahluwalia (2004). *Effect of maternal factors on nutrition status of 1-5 years-old children in Urban population*, <http://medind.nic.in/iaj/to7/14/iajto714p264.pdf>, diperoleh 20 Januari 2010. *Indian Journal of Community Medicine* Vol. 32, No. 4, Oktober 2007.
- Muaz, S.S., Hasan M.R., Shahim, S.A., Dev, A *et al* (2010). *Nutritional statuses of 1-5 years children of the tea workers in sylhet division*, www.banglajol.info/index.php/BJC/article/download/156961/4457 diperoleh tanggal 20 Januari 2010. *Bangladesh J Child Health* 2010; Vol 34 (1) hlm 11-16.
- Nelson, K. E & William, C. M. (2007). *Infectious diseases epidemiology. Theory and Practice*. (Second Edition). Canada. Jones and Bartlett Publisher.
- Nelson, K., William, C.M., Graham, N.M.H. (2005). *Infectious diseases epidemiology. Theory & Practice*. Canada. Jones and Bartlett Publisher.
- Niven, N (2002). Psikologi kesehatan. Pengantar untuk perawat dan profesi kesehatan lainnya. (edisi kedua). Jakarta. EGC.
- Notoatmodjo S(2010a). Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta. Penerbit Rineka Cipta.
- Notoatmodjo (2002). Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta. Rineka Cipta.

- Octaviani, U., Juniarti, N., Maiah, A. (2008). Hubungan keaktifan keluarga dalam kegiatan posyandu dengan status gizi balita di Desa Rancaek Kulon Kecamatan Rancaek.
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2004). *Nursing research. Principle and methods*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Polit, D.F & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (Eight edition). Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Roberts, B.S.B & Williams, S. R (2000). *Nutrition throughout the life cycle*. (Fourth edition). Singapore McGraw-Hill International Editors. Health professional series.
- Robertfroid, D., Levere, P., Hoeree, T., Kolsteren, P (2005). *Perception of growth monitoring and promotion among an international panel of district medical officers*. Belgium. J. Health Populat Nutr 23 September 2005: 207-214.
- Rodgers, Y.V., Miller, J.E. (2009). *Mother's education and children's nutritional status: New evidence from Cambodia*. www.adb.org/Documents/Periodics/ADR. Vol.26.Miller. pdf, diperoleh Asian development review, vol,26, no.1, pp-131-165. Diperoleh 15 Januari 2011.
- Ro.Marquirite J., Treadwell, H.M., Morthridge M. (2004). *Community Health Worker and community voices: Promoting good health. A community voices publication. National center for primary care morehouse school of medicine. 2nd printed. Juli 2004*. http://www.communityvoices.org/Uploads/CHW_Final_pp108_00042.pdf, diperoleh pada 20 November 2009.
- Sandjaya (2002) Penyimpangan positif status gizi anak balita dan faktor-faktor yang berpengaruh. Warta litbang kesehatan. Gray literature from JKPKBPPK/2002/11-29 10:55:00. Center for research and development of nutrition and food, NIHRD, center <http://digilib.itb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jkpkbppk>, diperoleh 14 Januari 2010.
- Sandjaya., Budiman, B., Haratri, R., Afriansyah, dkk . (2009). Kamus gizi pelengkap kesehatan keluarga. Jakarta. Kompas.
- Scoetzau, A., Gehring, U., Franke, K., Gr'b, A, et al (2002). *Maternal compliance with nutritional recommendations in an allergy preventive program*. Arch Dis Child 2000: 86:180-184. www.archidchild.com, diperoleh tanggal 20 Januari 2010.
- Shils, M., Shike, M., Ross A, C., Caballero, B., Cousins, R,J. ((2006). *Modern nutrition in health and disease*. (Tenth Edition). USA.
- Smert, B (1994). Psikologi kesehatan. Jakarta. Gramedia.
- Sugiyono. (2004). Statistik non parametrik untuk penelitian. Bandung: Alfabeta.
- Suryabrata, S (2005). Metodologi penelitian. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Syaiful, I. (2008). Masalah gizi di Indonesia dan program perbaikan gizi. Direktorat Bina Gizi Masyarakat/Dirtjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI.
- The national bureau of Asian research (2008). *Center for health and aging. Workshop report Tokyo* Februari, 15, 2008. <http://www.Pacific health submet.org/downloads/> diperoleh tanggal 17 Januari 2010.
- Tingginala (2008). Kilas balik fenomena kurang gizi di Papua. <http://www.dkrpapua.cpm/component/content/article/24.berita-dkr-papua/29-htpwwwwtabloidjzubucoindeksphpo>. Diperoleh tanggal 15 Maret 2011.
- USAID (2010) *USAID?Indonesia nutrition assessment for 2010 new project design*. Marc.2010. <http://www.google.co.id/url?>, diperoleh tanggal 28 Februari 2011.
- Valanis, B. (1999). *Epidemiology in health care*. (third edition). USA. Appleton & Lange.

- Viva News pada tanggal 12 Maret 2010, <http://www.kapanmeneh.co.cc>, diperoleh tanggal 20 April 2010).
- Wahyuni, I. (2003). Hubungan antara kepuasan kerja dan kepatuhan terhadap standar pelayanan antenatal di Unit pelayanan kesehatan ibu dan anak puskesmas kotamadya Jakarta selatan. (Tesis). Jakarta. Universitas Indonesia.
- WHO. (2007). *Community health workers: what do know about them?. The state of the evidence on programs, activities, costs and impact on health outcomes of using community health wokers.* http://csis.org/files/media/csis/pubs/071016_healthworker.pdf, diperoleh 10 Oktober 2009. Geneva. Januari 2007.
- WHO .(1996).*The assessment of the nutritional statues of the community. Prepare in concuation with twenty five specialist in variouscountries.*.)http://www.ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/EDWText/TextElemente/PHNTexte/WHO_FAO_Report/Jelliffe_Assessment_Buch_WHO_MONO_53_assessme nt_part1.pdf diperoleh pada 10 Oktober 2009.
- WHO-UNICEF. (1999). *Integreted management of childhood illness (IMCI)*. Department of child and adolescent health development (CAH). WHO/Cah/98.IG Rev.1999. Original:English. Distr: general.



Pemilihan Kandidat

Uji multivariat dilakukan dengan kriteria apabila hasil seleksi bivariat menghasilkan p-value < 0,25, maka variabel tersebut masuk ke dalam tahap multivariat, sedangkan variabel yang p-valuenya > 0,25 harus dikeluarkan dari model. Pengeluaran dilakukan secara bertahap satu persatu dimulai dari p-value yang terbesar. Hasil analisis bivariat dalam penelitian ini memperlihatkan variabel: umur responden yang mempunyai nilai p=0,025; pendidikan p=0,047; jenis kelamin anak p=0,144 berarti p-value < 0,25. Keempat variabel tersebut lanjut ke pemodelan multivariat. (Tabel 5. 7).

Tabel 3.7
Analisis Pemilihan Kandidat Hubungan Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan Keluarga Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura Mei-Juni Tahun 2011 (n=105)

No.	Variabel	Df	Sig
1.	Umur keluarga	1	0,025*
2.	Pendidikan K	1	0,047*
3.	Pekerjaan K	1	0,591
4.	Pendapatan K	1	0,774
5.	Etnis	1	0,858
6.	Pengetahuan	1	0,015*
7.	Jumlah anak	1	0,331
8.	Umur Anak	1	0,774
9.	Jenis kelamin Anak	1	0,144*
10.	Riwayat kelahiran	1	0,772
11.	Kepatuhan	1	0,956
	Semua statistic	11	0,127

*Variabel yang mempunyai nilai $p < 0,025$.

Pembuatan Model

Tahap kedua pemodelan analisis multivariat meliputi umur, pendidikan, pengetahuan, jenis kelamin hubungan kepatuhan keluarga berkunjung ke posyandu dengan status gizi balita di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura.

Tabel 3.7
Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Umur, Pendidikan, Pengetahuan Dan Jenis Kelamin Kepatuhan Keluarga Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura Mei-Juni Tahun 2011 (n=105)

Variabel	B	S.E	Wald	Df	Sig	OR	95% CI
Umur K	0,777	0,454	2,883	1	0,089	2,162	0,2888-5,266
Pendidikan K	-0,605	0,507	1,426	1	0,232	0,546	0,202-1,475
Pengetahuan K	-1,056	0,429	6,071	1	0,014	0,348	0,150-0,806
Jenis kelamin A	0,677	0,427	2,515	1	0,113	1,967	0,852-4,541
*Constanta	0,463	0,559	0,688	1	0,407	1,589	

Berdasarkan tabel 5.7 variabel variabel yang $p > 0,05$ dikeluarkan satu persatu sehingga diperoleh variabel umur dan pengetahuan keluarga yang mempunyai nilai $p < 0,05$. Selanjutnya dilakukan uji interaksi.

Uji Interaksi

Tabel 3.8
Analisis Uji Interaksi Variabel Umur Dengan Pengetahuan Keluarga Hubungan Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu Dengan Status gizi Balita Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura Mei-Juni Tahun 2011 (n=105)

Variabel	B	S.E	Wald	Df	Sig	Exp B (OR)	CI 95%
Pengetahuan* Umur K	0,698	0,851	0,673	1	0,412	2,010	0,379-10,64,
*Constanta	0,405	0,456	0,789	1	0,374	1,500	

Tabel 3.8 menunjukkan hasil uji analisis interaksi antara variabel dan pengetahuan keluarga didapatkan tidak ada interaksi antara umur dengan pengetahuan keluarga. Hasil analisis regresi logistik ganda didapatkan dengan nilai p-value=0,412 ($< \alpha$ 0,05), artinya uji interaksi dinyatakan valid dan merupakan model terakhir dari analisis univariat

Model terakhir



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : FRANSISKA BITTIKAKA

NPM : 0806483380

Mahasiswa Program : S2 Keperawatan

Tahun Akademik : 2008/2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA, BALITA DAN KEPATUHAN DALAM BERKUNJUNG KE POSYANDU DENGAN STATUS GIZI BALITA DI KELURAHAN KOTA BARU ABEPURA JAYAPURA

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok,2011

(FRANSISKA BITTIKAKA)

TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fransiska Bittikaka
NPM :080648338
Program : Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Peminatan : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmi pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya berjudul: Karakteristik Keluarga, Balita Dan Kepatuhan Dalam Berkunjung Ke Posyandu Di Kelurahan Kota Baru Abepura Jayapura. Dengan hak bebas royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 14 Juli 2011

Yang menyatakan

(Fransiska Bittikaka)

