



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**TESIS**

**HUBUNGAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA,  
KARAKTERISTIK KELUARGA DAN ANAK DENGAN  
STATUS GIZI BALITA DI WILAYAH PUSKESMAS  
PANCORAN MAS KOTA DEPOK**

**OLEH  
RINA NUR HIDAYATI  
NPM : 0906504934**

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



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA,  
KARAKTERISTIK KELUARGA DAN ANAK DENGAN  
STATUS GIZI BALITA DI WILAYAH PUSKESMAS  
PANCORAN MAS KOTA DEPOK**

**TESIS**

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

**OLEH**

**RINA NUR HIDAYATI**

**NPM : 0906504934**

**PEMBIMBING:**

**Dra. JUNAITI SAHAR, S.Kp.M.App.Sc.,Ph.D**

**Rr. TUTIK SRI HARIYATI, S.Kp.,MARS**

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

## PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Rina Nur Hidayati

NPM : 0906504934

Tanda Tangan : 

Tanggal : 11 Juli 2011

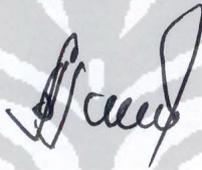


## PERSETUJUAN SIDANG TESIS

**Tesis ini disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji  
Tesis Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan keperawatan  
Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

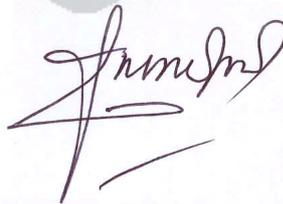
**Depok, 7 Juli 2011**

**Pembimbing I**



**Dra. Junaiti Sahar, S.Kp.M.App.Sc.,Ph.D**

**Pembimbing II**



**Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp.,MARS**

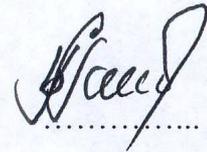
## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Rina Nur Hidayati  
NPM : 0906504934  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan  
Komunitas  
Judul Tesis : Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga, Karakteristik  
Keluarga dan Anak dengan Status Gizi balita di  
Wilayah Pancoran Mas Kota Depok

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

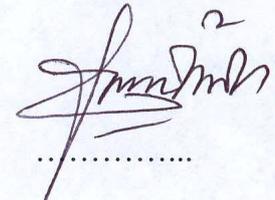
### DEWAN PENGUJI

Ketua : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp.M.App.Sc.Ph.D



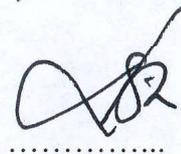
.....

Sekretaris : Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp.MARS



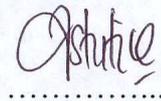
.....

Anggota : Astuti Yuni Nursasi, S.Kp.MN.



.....

Anggota : Ns. Nawang Puji A, S.Kep.M.Kep. Sp.Kep.Kom



.....

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 14 Juli 2011

## KATA PENGANTAR

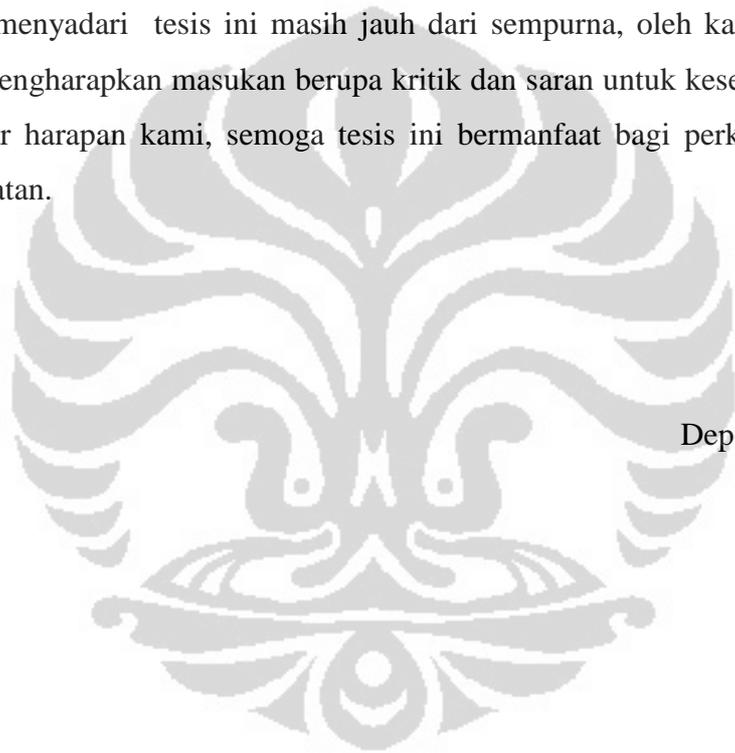
Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah member karunia dan HidayahNya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas, Kota Depok”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk ujian hasil tesis pada Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Selama penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan, arahan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawati, MA.,Phd., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp.M.App.Sc.,Ph.D., selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran dan ketulusan selama penyusunan tesis ini.
3. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp.,M.N., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan penguji yang telah banyak memberikan masukan dan arahan untuk perbaikan tesis ini.
4. Ibu Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp. MARS., selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan secara teknis serta motivasi yang sangat berarti bagi peneliti selama penyusunan tesis ini.
5. Seluruh dosen dan civitas akademik Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia
6. Seluruh civitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bina Sehat PPNI yang selalu memberikan dukungan dan semangat dalam penyusunan tesis ini.
7. Bapak/ibu tercinta, ibu mertua tersayang dan adik-adikku terima kasih atas doa dan dukungan selama studi.

8. Suami tercinta dan ananda tercinta Ahmad Haqy Raffsanjany terima kasih atas cinta, kesabaran, pengertian dan pengorbanan yang tiada tara selama proses belajar di Fakultas Ilmu Keperawatan.
9. Seluruh teman seperjuangan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
10. Semua pihak yang pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dorongan dan bantuan moral selama penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu peneliti sangat mengharapkan masukan berupa kritik dan saran untuk kesempurnaan tesis ini. Besar harapan kami, semoga tesis ini bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.



Depok, Juli 2011

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rina Nur Hidayati  
NPM : 0906504934  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** atas karya ilmiah saya berjudul :

“HUBUNGAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA, KARAKTERISTIK KELUARGA DAN ANAK DENGAN STATUS GIZI BALITA DI WILAYAH PUSKESMAS PANCORAN MAS KOTA DEPOK”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya ini saya membuat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 11 Juli 2011

Yang menyatakan



Rina Nur Hidayati

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2011

Rina Nur Hidayati

Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Anak dengan Status Gizi Balita di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok

xiii + 116 hal + 18 tabel + 4 skema + 8 lampiran

**Abstrak**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita. Penelitian ini menggunakan deskriptif korelasional, pendekatan *cross sectional* dengan 167 sampel yang diambil secara *proportional cluster sampling*. Uji *Chi Square* ditemukan adanya hubungan yang bermakna status kesehatan balita ( $p < 0,000$ ) dan jumlah anggota keluarga ( $p < 0,032$ ) dengan status gizi balita. Uji regresi logistik menunjukkan status kesehatan balita paling dominan mempengaruhi status gizi balita ( $p < 0,000$ ). Status kesehatan balita sehat berpeluang status gizi baik 7,9 kali dibandingkan dengan balita yang pernah sakit atau sedang sakit. Upaya penanganan masalah gizi balita perlu menekankan pada status kesehatan balita dan status ekonomi keluarga.

Kata Kunci: tugas kesehatan keluarga, keperawatan keluarga, status gizi, balita  
Daftar Pustaka 91 (1981 – 2011)

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2011

Rina Nur Hidayati

Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Anak dengan  
Status Gizi Balita di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok

xiii + 116 hal + 18 tabel + 4 skema + 8 lampiran

**Abstrak**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita. Penelitian ini menggunakan deskriptif korelasional, pendekatan *cross sectional* dengan 167 sampel yang diambil secara *proportional cluster sampling*. Uji *Chi Square* ditemukan adanya hubungan yang bermakna status kesehatan balita ( $p = 0,000$ ) dan jumlah anggota keluarga ( $p = 0,032$ ) dengan status gizi balita. Uji regresi logistik menunjukkan status kesehatan balita paling dominan mempengaruhi status gizi balita ( $p = 0,000$ ). Status kesehatan balita sehat berpeluang status gizi baik 7,9 kali dibandingkan dengan balita yang pernah sakit atau sedang sakit. Upaya penanganan masalah gizi balita perlu menekankan pada status kesehatan balita dan status ekonomi keluarga.

Kata Kunci: tugas kesehatan keluarga, keperawatan keluarga, status gizi, balita  
Daftar Pustaka 91 (1981 – 2011)

## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL .....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
PERSETUJUAN SIDANG TESIS .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
PERNYATAAN PUBLIKASI .....	vii
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR SKEMA .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	10
1.3 Tujuan Penelitian .....	12
1.4 Manfaat Penelitian .....	12
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Kelompok Balita Sebagai Kelompok Risiko Tinggi .....	14
2.2 Status Gizi Balita .....	17
2.3 Konsep Keluarga .....	29
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Konsep .....	51
3.2 Hipotesis Penelitian .....	54
3.3 Definisi Operasional .....	55
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	59
4.2 Populasi dan Sampel .....	60
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian .....	64
4.4 Etika Penelitian .....	64
4.5 Pengumpulan Data .....	68
4.6 Analisa Data .....	73
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Analisis Univariat .....	78
5.2 Analisis Bivariat .....	84
5.3 Analisis Multivariat .....	85

<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
6.1	Pembahasan Hasil Penelitian .....	91
6.2	Keterbatasan Penelitian .....	106
6.3	Implikasi dalam Keperawatan .....	106
<b>BAB 7</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1	Simpulan .....	112
7.2	Saran .....	114

## DAFTAR PUSTAKA



## DAFTAR TABEL

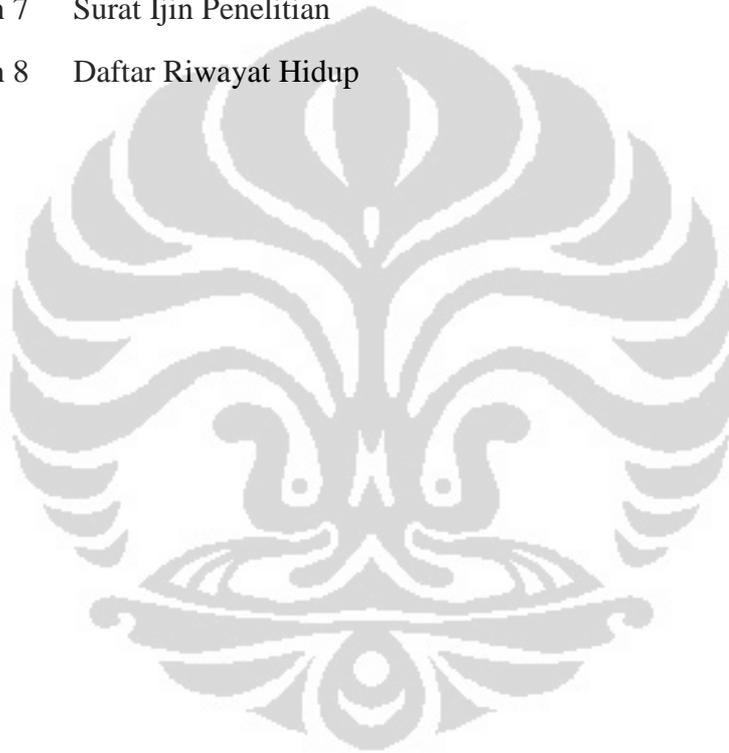
		Hal
Tabel 2.1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak .....	28
Tabel 2.2	Tingkat Kemandirian Keluarga .....	38
Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian .....	55
Tabel 4.1	Tabel Penghitungan Klaster .....	62
Tabel 4.2	Analisa Data Variabel Penelitian .....	77
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi .....	78
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Tugas Kesehatan Keluarga .....	79
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Keluarga .....	59
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Anak .....	80
Tabel 5.5	Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Status Gizi Balita .....	81
Tabel 5.6	Hubungan Pendidikan Keluarga dengan Status Gizi Balita .....	82
Tabel 5.7	Hubungan Status Ekonomi Keluarga dengan Status Gizi Balita .....	82
Tabel 5.8	Hubungan Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Gizi Balita .....	83
Tabel 5.9	Hubungan Status Kesehatan Balita dengan Status Gizi Balita .....	84
Tabel 5.10	Hubungan Asupan Makanan Balita dengan Status Gizi Balita .....	84
Tabel 5.11	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Antara Tugas Kesehatan Keluarga, Pendidikan Keluarga, .....	86

Status Ekonomi Keluarga, Jumlah Anggota Keluarga,  
Status Kesehatan Balita, dan Asupan Makanan  
Balita dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.12	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Antara Tugas Kesehatan Keluarga, Pendidikan Keluarga, Status Ekonomi Keluarga, Jumlah Anggota Keluarga, dan Status Kesehatan Balita dengan Status Gizi Balita	.....	87
Tabel 5.13	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Antara Tugas Kesehatan Keluarga, Pendidikan Keluarga, Jumlah Anggota Keluarga, dan Status Kesehatan Balita, dengan Status Gizi Balita	.....	87
Tabel 5.14	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Antara Pendidikan Keluarga, Status Ekonomi Keluarga, Jumlah Anggota Keluarga, dan Status Kesehatan Balita dengan Status Gizi Balita	.....	88
Tabel 5.15	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Antara Status Ekonomi Keluarga, Jumlah Anggota Keluarga, dan Status Kesehatan Balita dengan Status Gizi Balita	.....	88
Tabel 5.16	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Antara Status Ekonomi Keluarga, dan Status Kesehatan Balita dengan Status Gizi Balita	.....	89
Tabel 5.17	Hasil Uji Interaksi Antara Status Kesehatan Balita dengan Status Ekonomi Keluarga	.....	89
Tabel 5.18	Hasil Akhir Analisis Multivariat Regresi Logistik Antara Status Kesehatan Balita dan Status Ekonomi dengan Status Gizi Balita	.....	90

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan tentang Penelitian
- Lampiran 2 Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden
- Lampiran 3 Kisi-Kisi Kuesioner
- Lampiran 4 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 Kebutuhan Kalori Balita dalam Sehari
- Lampiran 6 Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 8 Daftar Riwayat Hidup



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

Penelitian ini dimulai dengan bab 1 yang merupakan bab pendahuluan. Bab ini menjelaskan tentang latar belakang penelitian, perumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian.

#### **1.1. Latar Belakang**

Promosi kesehatan dan menurunkan risiko merupakan titik perhatian dalam menentukan tujuan kesehatan negara. Upaya yang dilakukan dalam menurunkan risiko pada populasi dilakukan dengan memperbaiki kesehatan pada seluruh populasi (Stanhope & Lancaster, 2002). Risiko/kemungkinan tinggi mengalami gangguan kesehatan disebut dengan risiko tinggi (Depkes RI, 2010). Salah satu populasi risiko tinggi adalah kelompok anak bawah lima tahun (balita).

Balita merupakan kelompok risiko tinggi terhadap terjadinya masalah gizi. Risiko tinggi pada balita diantaranya karena faktor risiko biologis seperti kelahiran prematur atau Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), usinya masih muda dengan pertahanan tubuh dan sistem pencernaan yang masih imatur sehingga balita mempunyai peluang lebih besar terhadap risiko penyakit dan masalah nutrisi (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Risiko tinggi kurangnya nutrisi pada balita dapat disebabkan karena faktor sosial ekonomi khususnya kemiskinan. Anak yang berasal dari keluarga miskin dihubungkan dengan faktor kurangnya ketersediaan makanan, keterbatasan akses makanan, faktor orang tua karena pendidikan yang kurang, pilihan gaya hidup yang tidak sehat, kurangnya informasi dan akses. Gizi kurang dan gizi lebih menempatkan anak pada risiko nutrisi atau masalah kesehatan (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Masa balita adalah masa yang sulit, menarik, dan penting dalam periode kehidupan. Perkembangan anak tergantung pada perkembangan sebelumnya (masa bayi) dengan terbatasnya aktifitas dan ketrampilan komunikasi hingga kemandirian dalam bergerak, berbicara dan keingintahuan tentang kehidupan pada anggota keluarga. Pada usia tersebut terjadi maturasi yang belum terjadi sebelumnya dan terjadi perubahan pada kehidupan anak dan keluarga (Potts & Mandleco, 2007).

Sistem tubuh terjadi maturasi secara bertahap pada masa balita. Sejak anak dalam kandungan hingga anak berusia 3 tahun merupakan masa emas untuk tumbuh kembang fisik, mental dan sosial. Sistem persyarafan terjadi pertumbuhan otak pada masa ini secara berkelanjutan hingga 80% dan peningkatan ketrampilan intelektual (Potts & Mandleco, 2007). Wong (2001) juga mengemukakan perkembangan volume otak tercermin pada lingkaran kepala yang meningkat enam kali lipat selama tahun pertama. Setelah anak lahir, pertumbuhan otak akan dicapai 75% pada usia 3 tahun, dan 90% pada usia 6 tahun. Setelah itu pertumbuhan otak melambat sampai pada usia dewasa. Maturasi otak memberi fondasi untuk perkembangan bahasa, belajar dan perilaku.

Pertumbuhan dan perkembangan sangat dipengaruhi oleh status gizi, jika asupan gizi kurang pada anak sejak lahir hingga lima tahun akan berpengaruh pada kualitas otaknya. Perkembangan otak ini tidak dapat diperbaiki bila balita kekurangan gizi pada masa emas tersebut (Adisasmito, 2007). Balita penting sekali diberikan gizi seimbang untuk pertumbuhan dan perkembangannya, agar tidak terjadi masalah gizi pada anak.

UNICEF (2008) mengungkapkan masalah gizi pada balita disebabkan oleh pola makan dan perawatan yang buruk serta diperburuk oleh penyakit. Anak-anak yang bertahan hidup mungkin menjadi terkunci dalam siklus penyakit yang berulang dan goyah pertumbuhannya. Sedangkan Arisman (2003) juga mengemukakan bahwa gizi kurang bisa terjadi pada balita karena masa peralihan antara saat disapih dan mulai mengikuti pola makanan orang dewasa atau karena

keluarga/pengasuh mengikuti kebiasaan makan keliru dalam memberikan asupan makanan pada balita. Perkembangan mental anak dapat dilihat dari kemampuannya mengatakan “tidak” terhadap makanan yang ditawarkan. Kebanyakan anak hanya mau makan satu jenis makanan selama berminggu-minggu atau *food-jag*. Adanya masalah makan tersebut, jika tidak diperhatikan oleh keluarga akan dapat mempengaruhi pemenuhan nutrisi dan status gizi anak.

Keluarga mempunyai peranan penting dalam memenuhi nutrisi pada balita, karena keluarga yang melakukan pemilihan makanan sampai dikonsumsi pada anak (Widiatuti, 2001). Pemahaman keluarga tentang tugas kesehatan keluarga sangat diperlukan agar keluarga bisa memenuhi kebutuhan gizi balita secara tepat. Depkes RI (2006) mengemukakan kemandirian keluarga berorientasi pada tugas kesehatan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang meliputi: 1) menerima petugas, 2) menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan, 3) tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, 4) memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran, 5) melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran, 6) melakukan tindakan pencegahan aktif, dan 7) melakukan tindakan peningkatan (promotif) secara aktif. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang baik, tentunya akan mempengaruhi status gizi balita.

Keluarga merupakan salah satu faktor penentu status gizi pada balita. Kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga sangat diperlukan, agar keluarga dapat meningkatkan status gizi balita dirumah. Kontribusi asuhan keperawatan keluarga akan mendukung terciptanya kemandirian keluarga dalam meningkatkan status gizi balita. Laporan mahasiswa spesialis keperawatan komunitas (Huriah, 2009) di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok mengemukakan bahwa 80% keluarga telah mampu melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga dalam merawat balita dengan gizi buruk dan terjadi peningkatan kemandirian keluarga yaitu 10% keluarga berada pada tingkat kemandirian II, 70% pada tingkat kemandirian III dan 20% pada tingkat kemandirian IV. Tingkat pendidikan orang tua yang rendah (73,9%) berpengaruh

pada kualitas makanan yang disajikan untuk anggota keluarga termasuk didalamnya balita.

Hasil penelitian Widyatuti (2001) menyatakan bahwa asuhan keperawatan keluarga dapat meningkatkan status gizi balita di rumah. Hal ini ditunjukkan setelah keluarga diberikan asuhan keperawatan keluarga terdapat peningkatan pengetahuan dari 43,31% menjadi 87,07%, peningkatan cara merawat dari 48,57% menjadi 83,81%, peningkatan ketrampilan keluarga dari 48,89% menjadi 81,27%, peningkatan perilaku atau kebiasaan keluarga merawat balita yang kurang gizi dari 46,67% menjadi 79,68%, dan kenaikan berat badan balita dari 8,36 kg menjadi 9,64 kg.

UNICEF (1998), membuat kesimpulan mengenai penyebab dari masalah gizi yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung yaitu asupan makanan anak yang tidak seimbang dan penyakit infeksi yang mungkin di derita anak. Sedangkan penyebab tidak langsung yaitu kurangnya ketersediaan pangan, perawatan anak, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Berbagai faktor langsung dan tidak langsung diatas, berkaitan dengan pokok masalah gizi di masyarakat yaitu kurangnya kualitas dan kuantitas sumber daya manusia dan ekonomi.

Depkes RI (2005) mengungkapkan penyebab gizi buruk ada tiga hal yang saling kait mengkait yaitu kemiskinan, pendidikan rendah dan kesempatan kerja rendah. Ketiga hal itu mengakibatkan kurangnya ketersediaan pangan di rumah tangga dan pola asuh anak keliru. Hal ini mengakibatkan kurangnya asupan gizi dan balita sering terkena infeksi penyakit.

UNICEF (2008) mengemukakan balita rentan terhadap penyakit. Lebih dari sepertiga dari anak-anak yang meninggal akibat pneumonia, diare dan penyakit lainnya. Hasil penelitian oleh Hariadi (2010) menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara status infeksi dengan status gizi balita pada indek BB/U. Sedangkan hasil penelitian Boer (2000) di Pangkal Pinang mengidentifikasi balita

dengan gizi kurang mempunyai risiko 2,9 kali lebih besar menderita pneumonia dibandingkan dengan balita dengan status gizi baik.

Asupan makanan yang tidak seimbang bisa mempengaruhi status gizi balita. Hasil penelitian *Plan International Indonesia* dan Departemen Gizi Masyarakat IPB (2008) di Kabupaten Timor Tengah Selatan menunjukkan prevalensi gizi kurang 30% dan penyebabnya karena kurangnya kualitas dan kuantitas makanan. Balita pada umumnya mengkonsumsi bubur nasi atau bubur jagung tanpa lauk pauk (bubur kosong). Makanan sumber protein nabati hampir tidak pernah dikonsumsi. Hasil penelitian Muhammad, Hadi, dan Boediman (2010) tentang pola asuh, asupan zat gizi dan hubungannya dengan status gizi balita juga mengidentifikasi bahwa ada hubungan asupan gizi dengan status gizi balita menurut BB/U dan TB/U.

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya masalah gizi pada balita, karena tingkat pendidikan formal mempunyai kaitan erat dengan pengetahuan tentang kesehatan dan praktik gizi. Hasil penelitian Hadisaputra (2009) juga mengidentifikasi ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan status gizi balita. Sedangkan hasil penelitian di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok oleh Suyadi (2009) mengemukakan proporsi kekurangan energi protein (KEP) terbanyak adalah pada ayah dengan pendidikan rendah yaitu 26,28%.

Status ekonomi keluarga dapat mempengaruhi daya beli dan konsumsi pangan sehingga mempengaruhi status gizi balita. Hasil penelitian di India (Archer, 2007) menunjukkan 53% balita dengan gizi kurang berasal dari keluarga dengan status ekonomi yang kurang. Sedangkan hasil penelitian dari Suyadi (2009) di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok juga mengemukakan ada hubungan jumlah pendapatan keluarga dengan status gizi balita. Proporsi status gizi kekurangan energi kalori (KEP) pada balita lebih besar pada keluarga yang memiliki pendapatan yang rendah (80,8%) bila dibandingkan dengan keluarga yang memiliki jumlah pendapatan yang tinggi (9,4%).

Jumlah anggota keluarga merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya masalah gizi pada balita, karena berhubungan dengan kurangnya ketersediaan pangan dalam keluarga. Hal ini didukung oleh penelitian Amos (2000) yang mengemukakan ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Semakin besar jumlah anggota keluarga, maka semakin besar risiko terjadinya masalah status gizi balita. Sedangkan hasil penelitian di wilayah Kelurahan Pancoran Mas oleh Suyadi (2009) juga mengidentifikasi proporsi status kekurangan energi kalori (KEP) pada balita lebih besar dijumpai pada keluarga yang besar ( $> 4$  orang) bila dibandingkan keluarga yang kecil ( $\leq 4$  orang).

Gizi kurang pada balita merupakan masalah yang serius. Kurang gizi akan berdampak pada penurunan sumber daya manusia yang akan lebih lanjut akan berakibat pada kegagalan pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan kecerdasan, menurunkan produktivitas, meningkatnya angka kesakitan dan kematian. Anak Indonesia diperkirakan kehilangan 220 juta IQ point akibat kekurangan gizi. Dampak lain dari gizi kurang adalah menurunnya produktivitas yang diperkirakan 20% - 30% (Adisasmito, 2007).

Tidak hanya gizi kurang yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan balita, gizi lebih juga demikian. Bronner (1996) dalam Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) mengemukakan bahwa obesitas pada anak merupakan risiko dari *atherosklerosis*, kencing manis, hipertensi, dan penyakit kandung empedu pada usia dewasa. Hal ini didukung dengan hasil penelitian de Onis & Blossner dalam *World Development Indicators* (2010) mengemukakan ada hubungan antara obesitas pada masa balita dengan tingginya prevalensi kencing manis, penyakit pernafasan, tekanan darah tinggi, gangguan *orthopedi* dan masalah psikososial.

UNICEF (2008) mengemukakan bahwa gizi berkontribusi lebih dari sepertiga dari semua kematian pada balita. Gizi kurang dapat menurunkan daya tahan tubuh anak terhadap serangan penyakit dan membuat penyakit lebih parah. WHO (2008) melaporkan kurang gizi memberi kontribusi terbesar dari 3 penyebab kematian

balita didunia, yaitu masalah neonatal (37%), ISPA (17%) dan diare (16%). Sedangkan di Indonesia, penyebab utama angka kematian pada balita adalah masalah neonatal (41%), injuri (17%) dan diare (13%). Tingginya angka kesakitan dan kematian balita di Indonesia sangat berkaitan dengan buruknya status gizi.

Adisasmito (2007) mengemukakan, kesepakatan global yang dituangkan dalam *Millineum Development Goals (MDGs)*, menegaskan bahwa tahun 2015 setiap negara menurunkan kemiskinan dan kelaparan separuh dari kondisi tahun 1990. Dua dari lima indikator sebagai penjabaran tujuan utama MDGs adalah menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita (indikator keempat) dan menurunnya jumlah penduduk dengan defisit energi (indikator kelima). Prevalensi gizi kurang pada balita di Indonesia pada tahun 1990 adalah 29%, sehingga pada tahun 2015 prevelensi gizi kurang diharapkan turun menjadi 14,5%.

Berdasarkan data Riskesdas 2003 prevalensi gizi kurang pada balita 23%. Hasil Riskesdas 2007 secara umum prevalensi gizi kurang pada balita 18,40% dan gizi lebih 4,3% (Depkes RI, 2008). Sedangkan hasil Riskesdas 2010 prevalensi gizi kurang pada balita 17,9% dan 14% gizi lebih (Depkes RI, 2011). Dari data tersebut terlihat gizi kurang cenderung turun meskipun lambat, tapi gizi lebih meningkat dengan pesat hampir empat kali lipat.

Masalah kesehatan masyarakat utama justru dipicu dengan adanya kelebihan gizi terutama di kota-kota besar di Indonesia. Masih tingginya prevalensi kurang gizi di beberapa daerah dan meningkatnya prevalensi obesitas yang dramatis di beberapa daerah yang lain akan menambah beban yang lebih kompleks dan harus dibayar mahal oleh bangsa Indonesia dalam upaya pembangunan bidang kesehatan, sumberdaya manusia dan ekonomi. Indonesia saat ini tengah menghadapi masalah gizi ganda (*the double burden*) yaitu munculnya dua masalah gizi yang bersamaan yakni masalah gizi kurang dan gizi lebih (Hadi, 2005).

Prevalensi gizi kurang dan buruk pada balita pada tahun 2007 di Jawa Barat sebesar 15%, sedangkan pada tahun 2010 sebesar 13% (Depkes RI, 2011). Dari data tersebut menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang di Jawa Barat di bawah prevalensi nasional dan cenderung mengalami penurunan. Namun, permasalahan gizi buruk seperti layaknya fenomena gunung es karena jumlah sesungguhnya balita yang mengalami gizi buruk lebih dari asumsi yang sudah diperkirakan berbagai pihak. Meskipun terjadi penurunan gizi kurang dan gizi buruk di Jawa Barat, upaya harus lebih ditingkatkan melalui upaya promotif dan preventif agar tidak ada lagi kasus gizi buruk dan balita dengan gizi kurang juga tidak terancam pada status gizi buruk.

Kondisi masalah gizi masyarakat juga tercermin pada masyarakat di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok. Data profil Depok 2010 melaporkan jumlah balita gizi kurang dan gizi buruk di Kota Depok 3,14%, sedangkan di wilayah Puskesmas Pancoran Mas prevalensinya 5,09%. Kasus gizi buruk terbanyak di wilayah Puskesmas Pancoran Mas 23 kasus, Puskesmas Tapos 21 kasus dan Puskesmas Cimanggis 20 kasus. Sedangkan data hasil Bulan Penimbangan Balita (BPB) tahun 2010 di Puskesmas Pancoran Mas di Kelurahan Pancoran Mas dan Kelurahan Depok menunjukkan prevalensi gizi buruk meningkat menjadi 118 kasus. Hasil BPB tahun 2010 juga mencatat ada 499 balita yang mengalami gizi kurang. Dari data tersebut terlihat prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di wilayah Puskesmas Pancoran Mas dibawah prevalensi nasional, tetapi diatas rata-rata prevalensi Kota Depok dan prevalensinya terus meningkat. Disamping itu juga di wilayah tersebut terdapat banyak balita dengan gizi kurang yang terancam ke gizi buruk. Oleh sebab itu, upaya penanganan masalah gizi perlu dilakukan secara simultan baik promotif, preventif maupun kuratif agar semakin banyak balita yang terselamatkan dari status gizi buruk.

Puskesmas Pancoran Mas telah melaksanakan program dan upaya untuk penanganan gizi kurang dan gizi buruk meliputi pemberian penyuluhan dan konseling gizi, pemberian makanan tambahan, penerapan *positive deviance*, rujukan dan *Therapeutic Feeding Centres (TFC)* atau panti pemulihan gizi.

Program pemberian makanan tambahan yang tidak hanya fokus pada pemberian makanan saja tetapi juga diberikan konseling gizi agar terjadi perubahan aspek perilaku dalam kesehatan dan pengasuhan balita. Saat ini telah terbentuk 12 pos gizi di Puskesmas Pancoran Mas sebagai hasil dari penerapan *positive deviance* sebagai upaya mengubah perilaku dan memperkuat peran pengasuh anak untuk bertanggungjawab atas perbaikan gizi anak mereka. Sedangkan rujukan dilakukan pada balita gizi buruk dengan komplikasi penyakit ke rumah sakit rujukan. Lebih lanjut kepala puskesmas mengatakan bahwa dalam waktu dekat sedang berencana mengembangkan *Therapeutic Feeding Centres* (TFC) di Puskesmas Pancoran Mas Depok (Sumber: wawancara dengan Kepala Puskesmas, 27 Januari 2011). Melalui program dan upaya tersebut seharusnya dapat mengatasi permasalahan gizi di wilayah tersebut, namun kenyataannya prevalensi gizi buruk terus meningkat.

Hasil observasi dan wawancara dengan keluarga pada tanggal 12-13 Februari 2011 yang telah dilakukan oleh peneliti di wilayah Puskesmas Pancoran Mas didapatkan bahwa keluarga tidak menyadari kalau anaknya mengalami gizi kurang, keluarga berpendapat anaknya kurus atau langsing. Mayoritas ibu mengeluh anaknya susah makan, makan tidak teratur dan makan makanan tertentu saja. Ibu menyediakan makanan pagi rata-rata dengan membeli nasi uduk, bubur ayam dan memasak mie instan tanpa sayur. Anak makan 3-4 suap dalam sekali makan, mengkonsumsi sayur tertentu saja, jarang makan buah dan minum susu 2-3 gelas sehari. Keluarga tidak bisa menolak bila anak jajan chiki, permen, es dan coklat. Keluarga paling rajin ke posyandu pada bulan pemberian vitamin A. Berdasarkan fenomena tersebut keluarga belum mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi pada balita.

Hasil penelitian kualitatif tentang *positive deviance* di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok yang dilakukan Pujiatuti (2008) mengungkapkan bahwa kader merasakan kekuatan saat mengelola pos gizi, akan tetapi partisipasi masyarakat masih dalam tingkat fungsional. Masyarakat masih sangat mengharapkan bantuan dari pihak luar sehingga kolaborasi dengan tenaga kesehatan belum dikatakan

sebagai mitra. Hambatan utama yang dirasakan kader karena partisipasi masyarakat, kurangnya monitoring dan tidak tercapainya tujuan.

Menghadapi masalah risiko tinggi masalah gizi pada balita diperlukan pendekatan yang komprehensif dan multidisiplin, dengan peran serta seluruh komponen yaitu pemerintah, masyarakat, professional, media dan keluarga (Depkes RI, 2008). Keluarga memiliki peranan yang penting bagi peningkatan dan pengawasan status gizi balita. Keluarga perlu mensosialisasikan balita dengan aneka ragam makanan dan kebiasaan makan yang sehat, agar balita belajar gaya hidup yang sehat (Allender & Spradley, 2005). Oleh karena itu, diperlukan peran perawat komunitas dalam menanamkan nilai-nilai pada keluarga meliputi pemilihan makanan, aktifitas, dan pilihan gaya hidup sehat sehingga diharapkan dapat mencegah terjadinya masalah gizi pada balita (Moore MC, 2009).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Kondisi masalah gizi masyarakat tercermin pada masyarakat di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok. Data profil Depok 2010 melaporkan jumlah balita gizi kurang dan gizi buruk di wilayah Puskesmas Pancoran Mas prevalensinya 5,09%. Berdasarkan data profil Depok 2010 di Puskesmas Pancoran Mas didapatkan balita dengan gizi buruk 23 kasus, hasil Bulan Penimbangan Balita (BPB) tahun 2010 meningkat menjadi 118 kasus. Hasil BPB tahun 2010 juga mencatat ada 499 balita yang mengalami gizi kurang. Dari data tersebut terlihat prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di wilayah Puskesmas Pancoran Mas dibawah prevalensi nasional (17,9%) dan prevalensi provinsi Jawa Barat (13%), akan tetapi diatas rata-rata prevelansi Kota Depok (3,14%) dan prevelensinya cenderung meningkat dari tahun ke tahun.

Puskesmas Pancoran Mas telah melaksanakan program dan upaya untuk mengatasi masalah gizi balita, diantaranya adalah penyuluhan dan konseling gizi, pemberian makanan tambahan, penerapan *positive deviance*, rujukan dan *Therapeutic Feeding Center* (Sumber: wawancara dengan kepala Puskesmas, 27 Januari 2011). Melalui program dan upaya tersebut seharusnya dapat mengatasi

permasalahan gizi di wilayah tersebut, namun kenyataannya prevalensi gizi buruk terus meningkat. Hasil penelitian tentang *positive deviance* di Kelurahan Pancoran Mas yang dilakukan Pujiastuti (2008) mengungkapkan bahwa kader merasakan kekuatan saat mengelola pos gizi, akan tetapi partisipasi masyarakat masih dalam tingkat fungsional. Hambatan utama yang dirasakan kader karena kurangnya partisipasi masyarakat, kurangnya monitoring dan tidak tercapainya tujuan.

Hasil observasi dan wawancara dengan keluarga pada tanggal 12-13 Februari 2011 yang telah dilakukan oleh peneliti di wilayah Puskesmas Pancoran Mas didapatkan bahwa keluarga belum mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam memenuhi gizi balita. Padahal, keluarga mempunyai peranan penting dalam memenuhi nutrisi pada balita, karena keluarga yang melakukan pemilihan sampai dikonsumsi pada anak (Widyatuti, 2001). Pemahaman keluarga tentang tugas kesehatan keluarga sangat diperlukan agar keluarga bisa memenuhi kebutuhan gizi balita secara tepat.

Masalah gizi pada balita disebabkan oleh pola makan dan perawatan yang buruk serta diperburuk oleh penyakit. Anak-anak yang bertahan hidup mungkin menjadi terkunci dalam siklus penyakit yang berulang dan goyah pertumbuhannya (UNICEF, 2008). Penyebab masalah gizi ada tiga hal yang saling kait mengkait meliputi tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan karakteristik anak. Ketiga hal itu dapat mempengaruhi status gizi balita.

Penelitian tentang masalah gizi sudah banyak dilakukan tetapi kurang komprehensif, karena belum menyentuh aspek tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan karakteristik anak yang diterapkan keluarga pada balita. Berdasarkan fenomena diatas, peneliti mengajukan pertanyaan penelitian yaitu “Apakah ada hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, Tahun 2011? ”.

### **1.3. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus, yaitu:

#### 1.3.1. Tujuan Umum:

Mengetahui gambaran umum hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga, karakteristik anak dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, Tahun 2011.

#### 1.3.2. Tujuan Khusus :

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah teridentifikasinya:

1.3.2.1. Status gizi balita.

1.3.2.2. Tugas kesehatan keluarga.

1.3.2.3. Karakteristik keluarga yang meliputi pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, dan jumlah anggota keluarga.

1.3.2.4. Karakteristik anak yaitu asupan makanan balita dan status kesehatan balita.

1.3.2.5. Hubungan tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita

1.3.2.6. Hubungan pendidikan keluarga dengan status gizi balita.

1.3.2.7. Hubungan status ekonomi keluarga dengan status gizi balita.

1.3.2.8. Hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita.

1.3.2.9. Hubungan status kesehatan balita dengan status gizi balita

1.3.2.10. Hubungan asupan makanan balita dengan status gizi balita.

1.3.2.11. Faktor yang dominan yang berhubungan dengan status gizi balita

### **1.3. Manfaat Penelitian**

#### 1.3.1. Bagi keluarga dengan balita

Keluarga dapat mengevaluasi kemampuannya dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga dan mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi pada balita, sehingga keluarga menyadari bahwa pengaturan makanan keluarga memegang peranan utama untuk meningkatkan status gizi balita.

### 1.3.2. Bagi pelayanan kesehatan

Memberi masukan pada Dinkes Kota Depok termasuk tenaga kesehatan yang berwenang dalam merancang program dan kebijakan gizi balita yang berbasis masyarakat seperti Upaya Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) agar disesuaikan dengan karakteristik keluarga dan balita sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan meningkatkan status gizi balita. Selain itu diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan sumbangan pemikiran bagi pengelola program gizi masyarakat Dinkes Kota Depok terutama Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok dalam mengembangkan media komunikasi dan penyuluhan pada keluarga balita dengan masalah gizi sehingga diharapkan dapat terjadi perubahan ke arah perilaku hidup sehat dan sadar gizi pada keluarga (KADARZI).

### 1.3.2. Pengembangan ilmu keperawatan.

Hasil penelitian dapat dijadikan data dasar untuk dikembangkan menjadi model intervensi yang mengintegrasikan berbagai pendekatan seperti pemberdayaan keluarga dan pemberdayaan masyarakat dalam mengatasi masalah gizi pada balita di Indonesia. Pengembangan model ini dapat digunakan sebagai dasar pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada populasi balita dengan gizi kurang ataupun gizi lebih sehingga diharapkan berdampak terhadap pengembangan keperawatan komunitas dan pemecahan masalah kelompok risiko tinggi balita dengan masalah gizi di masyarakat.

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka terdiri dari teori, konsep dan hasil penelitian yang berkaitan dengan fenomena masalah penelitian. Tinjauan pustaka akan menguraikan tentang kelompok balita sebagai kelompok risiko tinggi, status gizi balita, dan faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita diantaranya adalah tugas kesehatan keluarga; karakteristik keluarga meliputi pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, dan jumlah anggota keluarga; serta karakteristik anak yaitu status kesehatan balita dan asupan makanan balita.

### **2.1. Kelompok Balita Sebagai Kelompok Risiko Tinggi**

Lebih dari sepertiga dari semua kematian balita setiap tahun di seluruh dunia dikaitkan dengan gizi kurang. Daya tahan tubuh dan sistem pencernaan balita masih imatur menyebabkan balita lebih berisiko terserang penyakit di banding orang dewasa. Balita yang mengalami gizi kurang pada dua tahun pertama kehidupannya, akan terjadi keterlambatan pertumbuhan fisik dan mental. Masalah ini tidak dapat diperbaiki dengan bertambahnya usia anak dan hal ini akan mempengaruhi anak seumur hidupnya (UNICEF, 2010). Berikut ini akan dibahas secara tentang definisi balita, dan karakteristik balita sebagai kelompok risiko tinggi.

#### **2.1.1. Definisi Balita**

Muaris (2006) mendefinisikan balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas 1 tahun atau lebih, populer dengan pengertian usia anak bawah lima tahun. Sedangkan Wong (2001) membagi periode perkembangan usia menjadi lima kelompok usia yaitu periode prenatal yaitu dari konsepsi sampai dengan kelahiran, periode bayi (*infancy period*) yaitu usia 0-12 bulan atau 18 bulan, anak awal (*early childhood*) yaitu usia 1-6 tahun, anak pertengahan (*middle childhood/school age*) yaitu usia 6-11 atau 12 tahun, dan anak akhir (*later childhood*) yaitu usia 11-19 tahun. Pada periode anak awal (*early childhood*)

terbagi 2 yaitu bawah tiga tahun (*toddler*) yaitu usia 1-3 tahun, dan pra sekolah (*pre school*) yaitu usia 3- 5 tahun atau 6 tahun.

Dari beberapa definisi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa balita adalah anak usia 1-5 tahun, dimana dalam perkembangannya di bagi ke dalam 2 periode yaitu periode *toddler* dan pra sekolah.

### 2.1.3. Karakteristik Balita Sebagai Kelompok Risiko Tinggi

Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) mengemukakan adanya faktor risiko akan meningkatkan kemungkinan perkembangan penyakit atau masalah kesehatan. Menurut Depkes (2010) mendefinisikan risiko tinggi adalah risiko/kemungkinan tinggi mengalami gangguan kesehatan. Kelompok balita dikategorikan dalam risiko tinggi karena beberapa dalam beberapa faktor, yaitu:

#### 2.1.3.1. Risiko Biologi

Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) mengemukakan risiko tinggi biologi masalah gizi pada balita terkait dengan faktor usia. Usia balita yang terlalu muda, ketergantungan pada orang lain dalam ketersediaan makanan, kelahiran prematur dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), sistem imun dan sistem pencernaan yang masih imatur mempunyai peluang lebih besar terhadap risiko penyakit dan masalah gizi. Wong (2001) juga mengemukakan bahwa pada masa balita, anak membutuhkan nutrisi dari berbagai sumber dan makanan untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Balita belum mampu mengkonsumsi atau mencerna makanan yang tersedia dan mereka cenderung mengalami malnutrisi karena kebutuhan akan zat gizi yang sangat tinggi.

UNICEF (2008) mengemukakan balita rentan terhadap penyakit. Lebih dari sepertiga dari anak-anak yang meninggal akibat pneumonia, diare dan penyakit lainnya. WHO (2008) melaporkan penyebab utama angka kematian balita didunia adalah masalah neonatal (37%), ISPA (17%) dan diare (16%). Sedangkan di Indonesia, penyebab utama angka kematian pada balita adalah masalah neonatal

(41%), injuri (17%) dan diare (13%). Kurang gizi memberi kontribusi terbesar dari 3 penyebab kematian balita tersebut.

Dari beberapa uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa balita termasuk kelompok risiko tinggi terkait risiko biologis karena faktor usia. Usia balita yang terlalu muda, adanya kelahiran prematur dengan berat badan lahir rendah (BBLR), sistem imun dan sistem pencernaan yang masih imatur atau terjadi maturasi secara bertahap, memungkinkan balita lebih mudah terserang penyakit dan mengalami masalah gizi.

#### 2.1.3.2. Risiko Sosial Ekonomi

Risiko tinggi kurangnya nutrisi dalam Stanhope dan Lancaster (2000) dihubungkan dengan risiko ekonomi yaitu faktor kemiskinan. Penduduk miskin mempunyai risiko lebih besar untuk timbul permasalahan kesehatan. Ketidakmampuan keluarga terhadap sumber daya finansial akan berdampak tidak terpenuhi kebutuhan pokok kehidupan harian keluarga, dengan demikian permasalahan kesehatan akan mudah timbul pada balita.

Hughes dan Simpson (1995 dalam Hitchcock, Schubert dan Thomas 1999) melaporkan bahwa status sosial ekonomi sebagai salah satu faktor yang terbesar yang mempengaruhi kesehatan nutrisi. Risiko tinggi kurangnya nutrisi pada balita disebabkan karena faktor risiko sosial ekonomi khususnya kemiskinan. Anak yang miskin dihubungkan dengan faktor ketersediaan makanan, keterbatasan akses makanan, faktor orang tua karena pendidikan yang kurang, pilihan gaya hidup yang tidak sehat, kurangnya informasi dan akses. Prevelensi gizi kurang mayoritas pada kelompok sosial ekonomi yang kurang disebabkan kurangnya variasi makanan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Hasil penelitian Ariningsih (2009) menunjukkan pada kelompok rumah tangga berpendapatan rendah, konsumsi energi dan proteinnya masih di bawah standar minimum kecukupan energi maupun protein. Sedangkan hasil penelitian Taruna (2002) di Provinsi Riau menunjukkan status ekonomi mempunyai hubungan yang signifikan dengan terjadinya gizi buruk pada balita.

Dari beberapa uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa balita termasuk kelompok risiko tinggi dalam masalah gizi terkait sosial ekonomi karena faktor kemiskinan.

#### 2.1.3.3. Risiko Ketersediaan Makanan

Nutrisi di masyarakat dipengaruhi oleh keamanan makanan dan peraturan pemerintah. Keamanan makanan mengarah kepada kebebasan penyakit, investasi dan kontaminasi. Badan pemerintah bertanggung jawab terhadap pengawasan setiap aspek dari produksi makanan, namun masih ditemukan *outbreak escherichia coli* dan infeksi *salmonella* pada saat tertentu. Balita dengan gangguan atau kurang berkembangnya sistem imun memudahkan untuk mengalami penyakit akibat bawaan makanan (*foodborne disease*). Keluhan yang dirasakan akibat kontaminasi makanan atau minuman (produk susu) antara lain sakit perut, diare, muntah-muntah dan kelemahan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Marino, DD. (2007) mengungkapkan bahwa kontaminasi makanan oleh organisme dapat menyebabkan diare pada balita. Balita sangat rentan untuk mengalami diare. Diare merupakan salah satu penyakit yang menyebabkan tingginya angka kesakitan dan angka kematian balita di beberapa negara. Lebih dari 1,6 milyar balita mengalami diare karena kontaminasi air dan makanan oleh mikroorganisme. Hasil penelitian di Filipina pada anak usia 6 bulan yang mendapatkan susu formula lebih sering mengalami diare dibandingkan dengan anak yang hanya minum air susu ibu.

Dari beberapa uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa balita termasuk kelompok risiko tinggi ketersediaan makanan karena balita berisiko mengalami penyakit akibat bawaan makanan (*foodborne disease*) akibat kontaminasi makanan atau minuman (produk susu formula) yang tidak aman dikonsumsi.

## 2.2. Status Gizi Balita

### 2.2.1. Definisi Gizi

Gizi berasal dari bahasa arab “Al Gizzai” yang artinya makanan dan manfaatnya untuk kesehatan. Al Gizzai juga dapat diartikan sari makanan yang bermanfaat

untuk kesehatan (Depkes RI, 2004). Sedangkan menurut Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) mendefinisikan gizi adalah semua proses dimana makanan dicerna, di asimilasi dan digunakan untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit. Supariasa (2002) mendefinisikan gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang di konsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi.

Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan gizi adalah bahan makanan yang dikonsumsi dan bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit.

#### 2.2.2. Kebutuhan Gizi Balita

Makanan dan gizi sangat penting untuk kesehatan balita. Kebiasaan makan berpengaruh pada siklus kehidupan yaitu pada penampilan, energi, stamina, daya tahan terhadap penyakit, keseimbangan mental, tingkat stress, pencapaian prestasi akademis dan kesuksesan kehidupan bermasyarakat (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Gizi yang baik adalah bahan dasar untuk membantu anak-anak tumbuh kuat, bugar dan sehat. Kebiasaan makan yang keliru dapat mempengaruhi status gizi balita, oleh sebab itu perlu perhatian khusus dalam pemberian makan pada balita (Mandle, 2006).

Pemberian makanan yang sebaik-baiknya pada balita harus memperhatikan keseimbangan gizi. Gizi seimbang adalah susunan makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan prinsip Pedoman Gizi Seimbang (PGS). Orang tua harus membiasakan dan mengajari balita mengkonsumsi makanan sesuai prinsip Pedoman gizi seimbang (PGS). PGS adalah susunan makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi dalam jenis & jumlah yang sesuai dengan kebutuhan hidup, dengan memperhatikan 4 prinsip yaitu: 1) variasi makanan, 2) pentingnya pola hidup bersih, 3) pentingnya pola hidup aktif & olahraga serta 4) pemantauan

berat badan ideal (Depkes RI, 2010). Berikut penjelasan masing-masing prinsip gizi seimbang.

Variasi makanan merupakan prinsip pertama gizi seimbang yang universal. Balita membutuhkan makanan yang beraneka ragam atau bervariasi karena tidak ada satupun makanan yang mengandung zat gizi yang dibutuhkan tubuh secara lengkap kecuali ASI. Pola makan seimbang bukan hanya memperhatikan sumber-sumber zat gizi makro (karbohidrat, lemak, dan protein) dan air, melainkan juga sumber-sumber zat gizi mikro meliputi vitamin dan mineral (Depkes RI, 2010).

Keragaman makanan anak setiap hari harus memenuhi kebutuhan akan makanan pokok, lauk pauk, sayur, dan buah. Pada prinsipnya, setiap makanan yang dihidangkan, dari makanan pagi, siang dan malam, serta makanan selingan harus terdiri dari makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah, sehingga seluruh makanan akan memenuhi prinsip gizi seimbang. Oleh karena itu kebutuhan makan anak dalam sehari harus diperhatikan keluarga, karena pola makan bisa mempengaruhi status gizi balita (Depkes RI, 2010). Hal ini didukung oleh hasil penelitian Daryono (2003) yang mengemukakan faktor dominan yang mempengaruhi prevalensi gizi lebih (39,3%) berhubungan dengan pola makan.

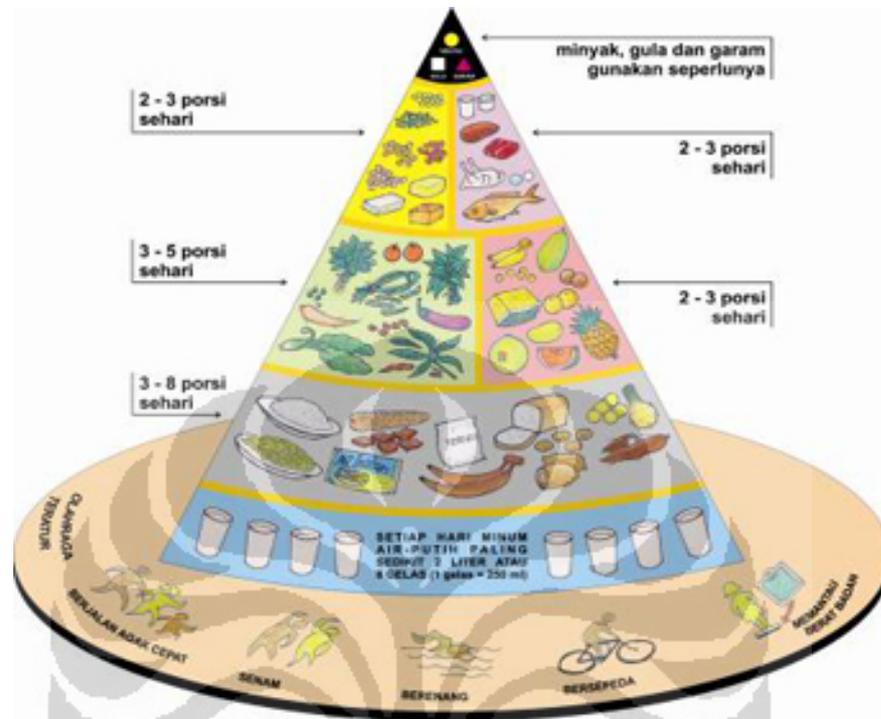
Dalam prinsip gizi seimbang, kesehatan tidak dilihat dari aspek makanan saja, tetapi juga dilihat dari pola hidup bersih. Pola hidup bersih perlu diajarkan pada anak usia balita. Kebiasaan pola hidup bersih meliputi mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Mencuci tangan harus dilakukan sebelum dan setelah makan, setelah bermain, dan setelah buang air kecil atau buang air besar, lalu dikeringkan dengan tisu/lap bersih. Keluarga harus membiasakan menggunakan tutup saji, tidak memegang makanan langsung dengan tangan, tetapi dengan menggunakan sendok. Selain itu balita harus diajarkan menjaga kebersihan gigi dan mulut serta kebersihan badan (Depkes RI, 2010). Hal ini didukung oleh hasil penelitian Wahyuni (2005) di Kabupaten Banyumas yang mengemukakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kebersihan perorangan ibu dan frekuensi diare balita dengan status gizi balita.

Aktifitas fisik merupakan bagian penting untuk mengimbangi makanan yang dikonsumsi serta menjaga kesehatan dan kebugaran. Keluarga perlu membantu balita melakukan aktifitas luar ruang atau olahraga setiap hari minimal 60 menit. Aktifitas yang dianjurkan untuk balita adalah aktifitas fisik yang banyak mengeluarkan tenaga (permainan aktif), bukan permainan pasif seperti *computer games* dan *play station*. Beberapa permainan fisik dapat dilakukan seperti permainan cilukba, dorong-dorongan, loncat bantal, kejar-kejaran, berenang, bola kaki, jalan/lari pagi (Depkes RI, 2010). Hal ini didukung oleh hasil penelitian Daryono (2003) menemukan status gizi lebih pada balita berhubungan dengan kebiasaan nonton televisi/game.

Prinsip gizi seimbang yang terakhir adalah pemantauan berat badan ideal. Kartu Menuju Sehat (KMS) bermanfaat untuk memantau dan mengetahui ada tidaknya penurunan atau kenaikan berat badan. Prinsipnya, pada anak yang sehat dengan bertambahnya umur, maka bertambah berat badannya sesuai grafik pertumbuhan yang normal. Bila berat badan balita 2 bulan berturut-turut tidak terjadi penambahan berat badan, berarti pertumbuhan anak terganggu. Menurut standar WHO, berat badan ideal anak laki-laki usia 2 tahun adalah 12,2 kg dan anak perempuan 11,5 kg. Setelah usia 2 – 5 tahun, penambahan berat badannya 2 – 2,5 kg per tahun. Keluarga perlu membawa balita ke posyandu setiap bulan untuk menimbang anak, dan memperoleh pelayanan kesehatan lainnya seperti imunisasi, kapsul vitamin A, dan penyuluhan gizi (Depkes RI, 2010).

Prinsip gizi seimbang divisualisasikan dalam bentuk “Tumpeng Gizi Seimbang” yang dirancang untuk membantu setiap orang memilih makanan dengan jenis dan jumlah yang tepat, sesuai dengan kebutuhan usia dan kesehatan. Berbeda dengan konsep 4 Sehat 5 Sempurna yang menyamaratakan kebutuhan gizi semua orang, pedoman gizi seimbang berprinsip bahwa tiap golongan usia, jenis kelamin, kesehatan & aktifitas fisik memerlukan PGS yang berbeda, sesuai dengan kondisi masing-masing kelompok tersebut. Setiap negara memiliki visualisasi yang disesuaikan dengan kebudayaan masing-masing, untuk memudahkan pemahaman terhadap TGS. Di Indonesia, prinsip PGS divisualisasi dalam bentuk tumpeng

dengan nampannya yang disebut dengan “Tumpeng Gizi Seimbang” (Depkes RI, 2010). Dibawah ini gambar visualisasi TGS di Indonesia:



Bentuk visual pedoman gizi seimbang Indonesia

Tumpeng gizi seimbang (TGS) terdiri atas beberapa potongan tumpeng, yaitu : 1 potongan besar, 2 potongan sedang, 2 potongan kecil & di puncak terdapat potongan terkecil. Luasnya potongan TGS menunjukkan porsi konsumsi setiap orang per hari. Potongan TGS dialasi oleh air putih, artinya air putih merupakan bagian terbesar & zat gizi esensial bagi kehidupan, dalam sehari kebutuhan air putih yang harus dipenuhi balita adalah 5-7 gelas (Bekti, 2011).

Pada potongan tumpeng bagian atas terdapat potongan besar yang merupakan golongan makanan pokok (sumber karbohidrat). Karbohidrat dianjurkan dikonsumsi 3-8 porsi/hari. Diatas bagian ini terdapat golongan sayuran (dianjurkan 3-5 porsi/hari) & buah (dianjurkan 2-3 porsi/hari) sebagai sumber serat, vitamin & mineral. Kemudian diatasnya lagi ada golongan makanan sumber

protein, yang dibagi menjadi golongan protein nabati & hewani (dianjurkan dikonsumsi 2-3 porsi/hari). Pada puncak tumpeng terdapat golongan minyak, gula & garam yang dianjurkan untuk dikonsumsi seperlunya (Bekti, 2011).

Peranan berbagai kelompok bahan makanan secara jelas tergambar dalam logo gizi seimbang yang berbentuk kerucut (tumpeng). Dalam logo tersebut bahan makanan dikelompokkan berdasarkan fungsi utama zat gizi yang dalam ilmu gizi dipopulerkan dengan istilah “Tri Guna Makanan”. *Pertama* sumber zat tenaga yaitu padi-padian dan umbi-umbian serta tepung-tepungan. *Kedua*, sumber zat pengatur yaitu sayuran dan buah. *Ketiga*, sumber zat pembangun, yaitu kacang-kacangan, makanan hewani dan hasil olahan. Keseimbangan gizi diperoleh apabila hidangan sehari-hari terdiri dari sekaligus tiga kelompok bahan makanan. Dari setiap kelompok dipilih satu atau beberapa jenis bahan makanan (Depkes RI, 2004).

Depkes RI (2005) mengemukakan bahwa konsumsi hidangan sehari-hari dengan susunan zat gizi seimbang perlu dibiasakan sebagai upaya menanggulangi masalah gizi ganda, yakni gizi kurang dan gizi lebih. Kebutuhan makan balita perlu diatur agar anak mendapat gizi seimbang yang diperlukannya dalam satu hari. Pada usia balita terjadi pertumbuhan dan perkembangan sangat pesat, karena itu kebutuhan zat gizi tiap satuan berat badan relatif lebih tinggi dari kelompok umur lain. Kebutuhan energi balita 100-120 kilokalori per kilogram berat badan, sedangkan kebutuhan protein balita: 2-2,5 gram/kilogram berat badan. Oleh sebab itu agar kebutuhan gizi balita terpenuhi, balita harus mengonsumsi hidangan sehari-hari dengan susunan zat gizi yang seimbang dengan memperhatikan angka kecukupan gizi (AKG).

Angka kecukupan gizi adalah kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, aktifitas tubuh untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Kebutuhan gizi balita diatur dalam

Kepmenkes RI No. 1593/Menkes/SK/XI/2005 tentang Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan bagi bangsa Indonesia. Kebutuhan energi (kalori) balita usia 1-3 tahun sebesar 1000 kkal, sedangkan kebutuhan usia 4-6 tahun sebesar 1550 kkal. Sedangkan jабaran AKG menurut kebutuhan balita usia 1-3 tahun dan balita usia 3-5 tahun terlampir pada lampiran 5.

Tujuan MDG's nomor satu adalah menanggulangi kemiskinan dan kelaparan dan didalamnya terdapat target menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan menjadi setengahnya, yang dijabarkan dalam indikator proporsi penduduk yang berada di bawah konsumsi minimum. Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan 40,6 persen penduduk mengonsumsi makanan di bawah kebutuhan minimal (kurang dari 70% dari Angka Kecukupan Gizi/AKG). Kelompok umur balita dijumpai 24,4 persen yang mengonsumsi makanan di bawah kebutuhan minimal. Hal ini menunjukkan konsumsi makanan pada balita masih di bawah AKG yang dianjurkan (Depkes RI, 2010).

Hasil penelitian Ariningsih (2009) tentang analisis data susenas tahun 1999, 2002, dan 2005, menunjukkan pada kelompok rumah tangga berpendapatan rendah konsumsi energi dan proteinnya masih di bawah standar minimum kecukupan energi maupun protein. Proporsi rumah tangga defisit energi maupun protein masih relatif tinggi pada rumah tangga berpendapatan rendah (65%, 52% dan 51% untuk defisit energi dan 71%, 75%, dan 51% untuk defisit protein, masing-masing untuk tahun 1999, 2002 dan 2005). Beras masih menjadi sumber utama energi dan protein. Konsumsi protein hewani pada rumah tangga berpendapatan rendah masih rendah (81%, 90%, dan 93% dari tingkat konsumsi yang dianjurkan masing-masing untuk tahun 1999, 2002 dan 2005).

Hasil penelitian Orisinal (2001) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita di Sumatera Barat menyatakan bahwa variabel yang berhubungan dengan status gizi balita adalah konsumsi energi dan protein perkapita. Sedangkan hasil penelitian *Plan International Indonesia* dan Departemen Gizi Masyarakat IPB (2008) (2008) di Timor Tengah Selatan menunjukkan tingkat asupan energi,

protein, zat besi, dan kalsium jauh di bawah AKG dan didominasi oleh pangan sumber karbohidrat. Konsumsi vitamin dan mineral juga rendah. Balita pada umumnya mengkonsumsi bubur nasi atau bubur jagung tanpa lauk pauk (bubur kosong). Makanan sumber protein nabati hampir tidak pernah dikonsumsi. Pengetahuan gizi, praktek pengasuhan dan pemberian makan pada anak termasuk pemberian ASI masih rendah.

Dari beberapa uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa asupan energi dan protein rumah tangga khususnya pada balita masih dibawah AKG terutama untuk keluarga dengan penghasilan yang rendah, konsumsi makanan masih didominasi sumber karbohidrat, sedangkan sumber protein nabati dan protein hewani masih rendah, hal ini mempengaruhi status gizi balita. Oleh karena itu keluarga perlu untuk membantu dan menanamkan pola makan yang sehat pada balita.

*The U.S. Departments of Agriculture (USDA) and Health and Human Services (HHS)* tahun 2010 merekomendasikan dalam membangun pola makan sehat meliputi memilih pola makan yang memenuhi kebutuhan gizi dari waktu ke waktu sesuai dengan kebutuhan kalori, menghitung untuk semua makanan dan minuman yang dikonsumsi dan menilai dalam satu pola makan sehat total, dan mengikuti rekomendasi keamanan pangan ketika mempersiapkan makanan dan makan, untuk mengurangi risiko penyakit bawaan makanan. Lebih lanjut, Allender dan Spradley (2005) mengemukakan pentingnya keluarga perlu mensosialisasikan balita dengan aneka ragam makanan dan kebiasaan makan yang sehat, agar balita akan belajar gaya hidup yang sehat. Oleh sebab itu penting bagi keluarga untuk memahami kebutuhan gizi balita, agar status gizi balita dapat terpenuhi secara optimal.

### 2.2.3. Status Gizi

Status gizi adalah keadaan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi yang diperlukan tubuh untuk tumbuh kembang terutama untuk balita, aktifitas, pemeliharaan kesehatan, penyembuhan bagi mereka yang menderita sakit dan proses biologis lainnya di dalam tubuh (Depkes, 2008). Menurut Almatsier (2004) mendefinisikan status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi

makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi baik terjadi apabila tubuh memperoleh zat-zat gizi yang cukup sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum meningkat setinggi mungkin. Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa status gizi adalah keadaan tubuh akibat asupan makanan dan penggunaan zat gizi.

#### 2.2.4. Penilaian Status Gizi

Menurut Arisman (2003), penilaian status gizi merupakan proses pemeriksaan keadaan gizi seseorang yang diperoleh dari pemeriksaan klinik, penilaian antropometri, uji biokimiawi, dan pengkajian makanan. Pemeriksaan klinis diarahkan untuk memastikan konsekuensi klinis akibat ketidakseimbangan asupan nutrisi, penilaian antropometri untuk mengukur besar dan komposisi tubuh manusia, uji biokimiawi dilakukan mengidentifikasi dampak yang ditimbulkan oleh asupan nutrisi, dan pengkajian makanan tentang asupan makanan.

Pengukuran status gizi secara antropometri merupakan penilaian untuk mengidentifikasi status gizi yang paling sering digunakan. Pengukuran antropometri mempunyai beberapa kelebihan, antara lain adalah prosedurnya sederhana, cukup dilakukan oleh tenaga yang sudah dilatih dalam waktu singkat, alatnya murah dan mudah di dapat, metodenya tepat dan akurat, dapat mendeteksi status gizi, dapat mengevaluasi status gizi periode tertentu dan dapat digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan terhadap gizi. Pengukuran antropometri ini mempunyai kekurangan antara lain metode ini tidak sensitif, faktor non gizi seperti penyakit dapat menurunkan spesifitas dan sensitifitas pengukuran, kesalahan yang terjadi saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi dan validitas pengukuran, kesalahan yang terjadi karena pengukuran dan sumber kesalahan biasanya berhubungan dengan latihan petugas, kesalahan alat dan kesulitan pengukuran (Supariasa, 2002).

Ukuran antropometri yang sering digunakan antara lain umur, berat badan, tinggi badan, massa tubuh, lingkarsirkumferensi (lingkar lengan atas, kepala, pinggang/perut, panggul, dan dada) dan tebal lipatan kulit (Gibney, Margaretts, Kearney,

Arab, 2005). Jenis-jenis indeks antropometri adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U). Penggunaan dan pemilihan indeks tersebut tergantung dari tujuan pengukuran (Depkes, 2010). Berikut penjelasan masing-masing indeks antropometri.

Indikator status gizi yang dijadikan dasar dalam penilaian *Millenium Development Goal* (MDGs) adalah BB/U dan angka prevalensi status “*underweight*” (gizi kurang dan buruk atau disingkat “Gizi Burkur” (Depkes RI, 2010). Berat badan anak ditimbang dengan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg. Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk dan kurang mengidentifikasi ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Indikator BB/U ini baik digunakan untuk memantau program yang sedang berjalan dan sensitif terhadap perubahan gizi yang kecil (Depkes, 2008). Adapun klasifikasi status gizi balita yang digunakan dalam penelitian ini adalah BB/U.

Panjang badan diukur dengan *length-board* dengan presisi 0,1 cm, dan tinggi badan menggunakan *microtoise* dengan presisi 0,1 cm. Indikator BB/TB menggambarkan status gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang pendek, seperti menurunnya nafsu makan akibat sakit atau karena menderita diare. Dalam keadaan demikian berat badan anak akan cepat turun sehingga tidak proportional lagi dengan tinggi badannya dan anak menjadi kurus (Depkes, 2008).

Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya kronis, artinya muncul akibat keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit berulang karena hygiene dan sanitasi yang kurang baik. Sedangkan Indeks Massa Tubuh (IMT) dapat memperkirakan persentase lemak tubuh dan kecenderungan obesitas. (Depkes RI, 2008).

Klasifikasi status gizi berdasarkan antropometri memerlukan ambang batas (*cut off points*) berdasarkan baku rujukan tertentu. Pengukuran antropometri secara spesifik dapat diketahui dari *Z-score*. *Z-score* adalah nilai deviasi individu dari nilai median populasi referensi, dibagi dengan standar deviasi referensi penduduk atau di transformasikan ke distribusi normal (WHO, 2006). Klasifikasi status gizi berdasarkan *Z-score* mampu mengidentifikasi lebih jauh batas-batas dari baku rujukan yang sesungguhnya sehingga *Z-score* mampu mengklasifikasikan status gizi secara akurat (Gibson, 2005). Status gizi anak dapat diukur dengan menilai angka berat badan dan tinggi badan balita yang dikonversikan kedalam nilai terstandar (*Z-score*) dengan menggunakan baku antropometri.

Klasifikasi status gizi anak pada tahun 2002-2010 di Indonesia menggunakan standar baku *World Health Organization-National Center for Health Statistic* (WHO-NCHS) berdasarkan hasil kesepakatan pakar gizi pada Bulan Mei 2000 di Semarang dan diperkuat dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/SK/VIII/2002. Namun sejak tanggal 30 Desember 2010 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/SK/VIII/2002 tentang klasifikasi status gizi anak bawah lima tahun (balita) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku. Standar antropometri penilaian gizi anak menggunakan Keputusan Menteri Kesehatan No 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang standar antropometri yang mengacu pada Standar WHO tahun 2005.

Almatsier (2004) mengungkapkan klasifikasi status gizi anak secara sederhana dapat diketahui dengan membandingkan antara berat badan anak menurut umur maupun menurut panjang badan anak dengan rujukan (standar) yang ditetapkan. Kategori dan ambang batas status gizi anak dalam pengukuran status gizi berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No 1995/Menkes/SK/XII/2010 tanggal 30 Desember 2010 terdapat pada tabel berikut:

Tabel 2.1. Kategori dan ambang batas status gizi anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Gizi buruk	< -3 SD
	Gizi kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) Atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) Atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5 – 18 tahun	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

Gizi kurang dan gizi buruk adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U yang merupakan padanan istilah *underweight* (gizi kurang) dan *severely underweight* (gizi buruk). Pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Kurus dan sangat kurus adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Berat Badan menurut panjang Badan atau

Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) yang merupakan padanan istilah *wasted* (kurus) dan *severely wasted* atau sangat kurus (Depkes RI, 2010).

### 2.3. Konsep Keluarga

Keluarga merupakan salah satu faktor penentu status gizi pada balita. Keluarga menjadi tumpuan bagi balita, karena sebagian besar balita tinggal dengan keluarga, dan tingkat ketergantungan mereka sangat tinggi dalam pemenuhan gizi. Oleh sebab itu, terkait dengan berikut ini akan dijelaskan tentang definisi keluarga, peran dan fungsi keluarga, serta tugas kesehatan keluarga.

#### 2.3.1. Definisi Keluarga

Definisi keluarga yang sering digunakan adalah bahwa keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, ikatan darah dan ikatan adopsi. Anggota keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam suatu rumah tangga, atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial keluarga seperti suami istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan perempuan, keluarga juga menggunakan budaya yang sama, yaitu budaya yang dipelajari dari masyarakat dengan beberapa cara unik tersendiri (Burgess, dkk., dalam Friedman, 2003).

Hanson dan Boyd (1996) mendefinisikan keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergantung pada satu sama lain untuk saling memberikan dukungan emosional, fisik, dan atau ekonomi pada anggota keluarganya. Smith dan Maurer (1995) mendefinisikan keluarga sebagai sistem terbuka dan pengembangan kepribadian yang berinteraksi dengan struktur dan proses yang berlaku dalam hubungan antara anggota individu, yang dipengaruhi oleh sumber daya dan *stressor*, dan keberadaannya ada di dalam komunitas yang besar. Sedangkan *Family Service America* dalam Friedman (2003) mendefinisikan keluarga dalam suatu cara yang komprehensif yaitu sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan atau keintiman. Friedman (2003) mendefinisikan keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan

kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri sebagai bagian dari keluarga.

Dari beberapa pengetahuan tersebut dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan dua orang atau lebih mempunyai hubungan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian dan berinteraksi satu sama lain yang disatukan oleh ikatan kebersamaan dan ikatan emosional. Sedangkan definisi keluarga dalam penelitian ini adalah seseorang yang mempunyai hubungan darah dengan balita yang berupa keturunan (ayah, ibu, nenek, kakak) dan tinggal bersama dalam satu rumah.

### 2.3.2. Peran dan fungsi Keluarga

Status sehat/sakit para anggota keluarga dalam keluarga saling mempengaruhi satu sama lain. Oleh karena itu, keluarga cenderung menjadi seorang reaktor terhadap masalah-masalah kesehatan dan menjadi aktor dalam menentukan masalah-masalah kesehatan anggota keluarga. Keluarga cenderung terlibat dalam pembuatan keputusan dan proses terapeutik pada setiap tahap sehat dan sakit pada setiap anggota keluarga, seperti mulai dari keadaan sehat hingga diagnosa, tindakan hingga penyembuhan. Secara umum diakui bahwa keberadaan keluarga adalah untuk memenuhi fungsi-fungsi dasar tertentu. Fungsi-fungsi keluarga dicapai melalui pencapaian peran-peran keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Peran adalah pola tingkah laku yang ditentukan atau diharapkan dari orang-orang yang mempunyai fungsi tertentu. Peran keluarga dalam memenuhi gizi balita dipengaruhi oleh budaya. Budaya yang berlaku dalam keluarga dapat berbentuk norma dan nilai-nilai keluarga. Pengetahuan tentang inti dari nilai-nilai, kebiasaan-kebiasaan makan, dan tradisi makan sangat penting untuk menginterpretasikan apakah peran keluarga telah sesuai atau belum (Holman, 1983 dalam Friedman, 1998). Pola budaya makan dalam keluarga mempengaruhi pemilihan makanan dan pola makan yang akan diberikan pada balita. Praktek agama dapat mempengaruhi pemilihan makanan dan pola makan. Seperti contohnya di India orang tidak boleh makan sapi, tapi mengganti protein

dari sumber yang lain (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Pemilihan makanan dan pola makan dalam keluarga merupakan bentuk peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi. Berfungsinya peran secara adekuat merupakan hal yang penting untuk keberhasilan fungsi keluarga.

Fungsi keluarga adalah tujuan pelayanan keluarga didalam hubungan antara individu, keluarga, masyarakat dan sistem sosial yang lain (Hanson & Boyd, 1996). Fungsi keluarga akan efektif bila keluarga dapat mencapai dan memelihara kondisi fisik, emosi, interpersonal, dan kesehatan kerja. Keluarga yang sehat akan dapat berfungsi dengan baik, bila menghadapi kesulitan (Smith & Maurer, 1995). Status gizi pada balita dapat dikaitkan dengan fungsi keluarga. Friedman, Bowden dan Jones (2003) mengemukakan 5 fungsi keluarga diantaranya fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan. Berikut penjelasan masing-masing fungsi keluarga dan kaitannya dengan status gizi balita.

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi-fungsi internal keluarga, perlindungan dan dukungan psikososial bagi para anggotanya. Fungsi afektif meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan-kebutuhan psikososial anggota keluarga. (Friedman, 1998). Pada balita, makan adalah masa belajar, cinta dan interaksi yang mempromosikan pertumbuhan dan perkembangan fisik, sosial dan emosional. Keluarga harus berbicara dengan anak-anak, dan memperlakukan anak selama makan dengan sabar. Makan memberikan kesempatan untuk orang tua atau anggota keluarga lainnya untuk berinteraksi dan berbicara dengan anak-anak dan mendukung pembelajaran mereka, sehingga merangsang perkembangan psikososial. Oleh`sebab itu keluarga perlu mendorong dan membantu pembelajaran makan pada balita (UNICEF, 2010).

Friedman (1998) mengungkapkan bahwa fungsi sosialisasi lebih sering merujuk pada bagaimana pengalaman keluarga dalam mengajarkan anak berfungsi dan menerima peran-peran dewasa di masyarakat. Salah satu aspek dari proses sosialisasi termasuk upaya anak memperoleh konsep tentang kesehatan, sikap,

perilaku, kontrol dan nilai-nilai, belajar disiplin, dan sanksi. Hanson dan Boyd (1996) menekankan peran keluarga khususnya orang tua dalam menerapkan kombinasi dukungan sosial dan kontrol sosial pada sosialisasi anak. Penerapan pola makan yang sehat perlu ditanamkan pada keluarga, sehingga balita terbiasa dengan nilai, norma dan budaya pola makan yang sehat. Allender dan Spradley (2005) mengemukakan pentingnya mengajarkan balita makan dengan peralatan (piring, sendok/garpu), mensosialisasikan balita dengan aneka ragam makanan dan kebiasaan makan yang sehat karena melalui pembelajaran ini, balita akan belajar gaya hidup yang sehat.

Fungsi ekonomi berhubungan dengan konsumsi barang dan jasa untuk menjaga perekonomian layak pada keluarga (Hanson & Boyd, 1996). Moorehouse (1993, dalam Hitchcock, Schubert, dan Thomas, 1999) mengungkapkan hasil studi tentang perubahan positif tentang kedua orang tua yang bekerja, bila peran keluarga lebih fleksibel dan ada kerjasama antara anggota keluarga untuk memenuhi tugas keluarga secara utuh. Pada beberapa keluarga, ibu yang bekerja diluar rumah harus banyak meluangkan waktunya untuk mengerjakan pekerjaan rumah ketika pulang kerja termasuk dalam menyiapkan makanan untuk anggota keluarga.

Fungsi reproduksi, dimasa lampau merupakan fungsi dasar keluarga dalam kehidupan di masyarakat. Pada keluarga sekarang, mempunyai kecenderungan untuk mengurangi atau mengendalikan kelahiran anggota keluarga baru (Hanson & Boyd, 1996). Jumlah anak yang besar dalam satu keluarga akan dapat mempengaruhi status gizi balita karena berhubungan dengan kurangnya ketersediaan pangan (Allender & Spradley, 2005).

Fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi yang mendasar dan vital, dan menjadi fokus sentral dalam keluarga yang sehat dan berfungsi dengan baik. Fungsi perawatan kesehatan melibatkan penyediaan kebutuhan fisik untuk menjaga keluarga sehat, seperti makanan, pakaian, perlindungan bahaya,

perawatan kesehatan dan praktek-praktek kesehatan yang mempengaruhi status kesehatan keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Keluarga berperan mengajarkan dan membantu balita makan makanan bervariasi dengan gizi seimbang, mengatur jadwal makan balita, membatasi asupan gula, memotivasi balita dengan aktifitas-aktifitas yang melibatkan banyak gerakan, membantu hygiene gigi, dan mengontrol berat badan balita agar seimbang. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga (Friedman, 1998).

### 2.3.3. Tugas Kesehatan Keluarga

Unicef (2008) mengungkapkan masalah gizi pada balita disebabkan oleh pola makan dan perawatan yang buruk serta diperburuk oleh penyakit. Anak-anak yang bertahan hidup mungkin menjadi terkunci dalam siklus penyakit yang berulang dan goyah pertumbuhannya. Sedangkan Arisman (2003) mengemukakan bahwa gizi kurang juga bisa terjadi pada balita karena masa peralihan antara saat disapih dan mulai mengikuti pola makanan orang dewasa atau karena keluarga/pengasuh mengikuti kebiasaan makan keliru dalam memberikan asupan makanan pada balita.

Gizi balita tidak hanya ditentukan oleh ketahanan pangan keluarga tetapi juga oleh kualitas perawatan keluarga dan kualitas lingkungan kesehatan rumah tangga (Smith & Haddad, 2000 dalam *World Development Indicators 2010*). Keluarga mempunyai peranan penting dalam memenuhi nutrisi pada balita, karena keluarga yang melakukan pemilihan sampai dikonsumsi pada anak (Widiatuti, 2001). Pemahaman keluarga tentang tugas kesehatan keluarga sangat diperlukan agar keluarga bisa memenuhi kebutuhan gizi balita secara tepat.

Freeman dan Heinrich (1981) mengemukakan bahwa tugas kesehatan keluarga adalah kesanggupan keluarga dalam mengatasi dengan baik masalah-masalah kesehatan dan memerlukan hanya sedikit pengawasan serta bimbingan. Tugas kesehatan keluarga akan berjalan dengan baik, bila ada pengawasan serta

bimbingan dari perawat. Untuk itu tugas kesehatan keluarga menjadi perhatian utama dari perawat, sehingga diharapkan setiap keluarga peduli pada kesehatan dengan mengatur sendiri nilai-nilai unik, kemampuan, sumber daya, dan gaya hidup secara konsisten. Berikut ini penjelasan tentang tugas kesehatan keluarga dari Freeman dan Heinrich (1981) dan Depkes RI (2006).

Freeman dan Heinrich (1981) mengemukakan bahwa 6 tugas kesehatan keluarga meliputi: 1) mengakui gangguan kesehatan atau pengembangan: keluarga dapat membedakan konsep sehat dan sakit, seperti kondisi sakit atau kegagalan pertumbuhan anak, 2) mencari perawatan kesehatan: keluarga harus memutuskan perlunya perawatan kesehatan bila ada penyimpangan kesehatan pada anggota keluarga, 3) mengelola kesehatan dan krisis non kesehatan: masalah krisis (sakit, kematian, kelahiran dan hospitalisasi) dan masalah non krisis kesehatan (pemutusan hubungan kerja, dinas militer, pindah ke komunitas yang asing) menimbulkan ketegangan emosional pada keluarga sehingga bisa berdampak pada kesehatan, 4) memberikan perawatan kepada anggota sakit, cacat, atau tergantung dari keluarga, 5) menjaga lingkungan rumah yang kondusif bagi kesehatan dan pengembangan pribadi: rumah secara harus aman dan nyaman untuk bermain anak, untuk tempat bersantai serta tumbuh kembang anak 6) mempertahankan hubungan timbal balik dengan masyarakat dan pelayanan kesehatan.

Tugas kesehatan keluarga menurut Depkes RI (2006) adalah 1) kemampuan mengenal masalah: definisi, penyebab dan tanda-tanda masalah, 2) kemampuan mengambil keputusan: menurut keluarga apa akibat masalah, dan apakah menurut keluarga sangat penting melakukan penanggulangan masalah, 3) kemampuan memberikan perawatan anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan: apa yang dapat dilakukan untuk mencegah masalah, apakah keluarga mengetahui alternatif perawatan, hambatan apa dalam penanggulangan masalah di rumah, 4) kemampuan memodifikasi lingkungan: bagaimana keluarga mengatur lingkungan (fisik, psikologis, sosial) yang dapat menunjang keberhasilan penanggulangan masalah, apa yang keluarga ketahui alasan pentingnya menjaga kesehatan lingkungan, 5) kemampuan memanfaatkan kesehatan: apa saja yang diperoleh di

Polindes/Pustu/Puskesmas/Rumah Sakit, adakah hambatan yang dihadapi untuk memanfaatkan sarana/fasilitas kesehatan.

Dari beberapa uraian tersebut dapat disimpulkan tugas kesehatan keluarga terkait gizi meliputi, 1) mengenal masalah: apa yang keluarga ketahui tentang gizi, triguna makanan dan manfaatnya, penyebab dan tanda-tanda masalah gizi, 2) mengambil keputusan: menurut keluarga apa akibat masalah gizi bila tidak seimbang, apakah menurut keluarga sangat penting melakukan penanggulangan masalah gizi, 3) kemampuan memberikan perawatan anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan: apa yang dapat dilakukan untuk mencegah masalah gizi, bagaimana cara memilih, mengolah dan menyimpan makanan, apakah keluarga mengetahui alternatif perawatan anggota dengan masalah gizi, hambatan apa dalam penanggulangan masalah gizi di rumah, 4) kemampuan memodifikasi lingkungan: bagaimana keluarga mengatur lingkungan (fisik, psikologis, sosial) yang dapat menunjang keberhasilan penanggulangan masalah gizi, apa yang keluarga ketahui alasan pentingnya menjaga kesehatan lingkungan, 5) kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan: apa saja yang diperoleh di Polindes/Pustu/Puskesmas/Rumah Sakit, adakah hambatan yang dihadapi untuk memanfaatkan sarana/fasilitas kesehatan.

Pemenuhan gizi erat kaitannya dengan pemasukan makanan. Anak balita perlu didorong untuk makan, tetapi tidak memaksa mereka untuk makan. Balita harus dibantu ketika mereka sedang belajar untuk makan sendiri. Jika balita menolak untuk makan berbagai makanan, pengasuh dapat melakukan percobaan dengan kombinasi makanan, rasa dan tekstur yang berbeda, serta metode dorongan. Makanan kecil boleh diberikan antara 2 waktu makan, sepanjang tidak mengurangi selera makan. Oleh sebab itu, keluarga harus bisa meminimalkan masalah pada saat balita makan (UNICEF, 2010).

Keluarga harus bisa meminimalkan gangguan pada saat balita makan. Keluarga seharusnya menghindari hukuman tetapi banyak pemberian pujian ketika makanan diberikan, memperkenalkan makanan baru, membangun teratur pola

makan dan waktu makan, dan membuat waktu makan menjadi menyenangkan, membiarkan anak membantu untuk menyiapkan makanan atau peletakan meja. Selain itu keluarga harus memperhatikan kesesuaian kemauan anak. Beberapa anak menolak untuk menyantap makanan karena makanan tidak dipotong sesuai ukuran potongan atau mereka tidak menyukai peralatan makan yang disediakan (Buttriss, Stanner, & Wynne, 2001). Oleh sebab itu, pemahaman tentang tugas kesehatan keluarga dalam pemenuhan gizi balita, sangat penting untuk dipahami oleh keluarga. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang baik akan mendukung optimalnya gizi balita.

Keluarga merupakan salah satu faktor penentu status gizi pada balita balita dirumah. Hasil penelitian Widyatuti (2001) menyatakan bahwa asuhan keperawatan keluarga dapat meningkatkan status gizi balita di rumah. Hal ini ditunjukkan setelah keluarga diberikan asuhan keperawatan keluarga terdapat peningkatan pengetahuan dari 43,31% menjadi 87,07%, peningkatan cara merawat dari 48,57% menjadi 83,81%, peningkatan ketrampilan keluarga dari 48,89% menjadi 81,27%, peningkatan perilaku atau kebiasaan keluarga merawat balita yang kurang gizi dari 46,67% menjadi 79,68%, dan kenaikan berat badan balita dari 8,36 kg menjadi 9,64 kg.

Kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga sangat diperlukan, agar keluarga dapat meningkatkan status gizi anak balita dirumah. Depkes RI (2006) mengemukakan kemandirian keluarga yang berorientasi pada 5 tugas kesehatan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya. Keluarga yang mandiri dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya dapat dinilai dengan tingkat kemandirian keluarga. Kemandirian keluarga dalam program perawatan kesehatan masyarakat dibagi dalam empat tingkatan yaitu keluarga mandiri tingkat I (paling rendah) sampai keluarga mandiri tingkat IV (paling tinggi). Kriteria keluarga mandiri adalah sebagai berikut:

#### 2.3.3.1. Keluarga mandiri tingkat pertama (KM - I)

Kriteria:

- a. Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.

- b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

#### 2.3.3.2. Keluarga mandiri tingkat dua (KM - II)

Kriteria:

- a. Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
- b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- c. Tahu dan mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- d. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.

#### 2.3.3.3. Keluarga mandiri tingkat tiga (KM - III)

Kriteria:

- a. Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
- b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- c. Tahu dan mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- d. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
- f. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.

#### 2.3.3.4. Keluarga mandiri tingkat empat (KM - IV)

Kriteria:

- a. Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
- b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- c. Tahu dan mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- d. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
- f. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
- g. Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

Tingkat kemandirian keluarga dapat dilihat pada tabel berikut:

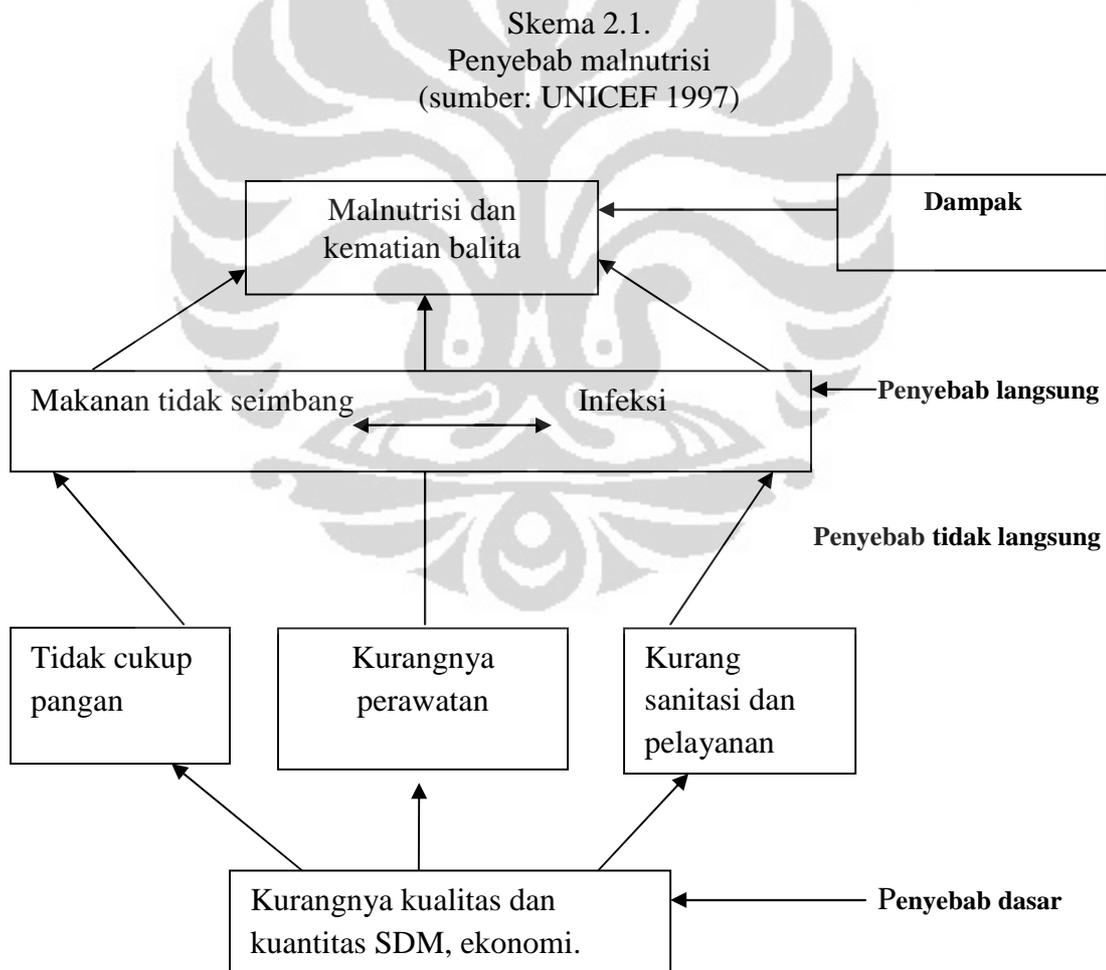
Tabel 2.2 Tingkat Kemandirian Keluarga

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian keluarga			
		I	II	III	IV
1.	Menerima petugas	√	√	√	√
2.	Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan	√	√	√	√
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar		√	√	√
4.	Memfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran		√	√	√
5.	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran		√	√	√
6.	Melakukan tindakan pencegahan secara aktif			√	√
7.	Melakukan tindakan peningkatan (promotif) secara aktif				√

Laporan mahasiswa spesialis keperawatan komunitas (Huriah, 2009) di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok mengemukakan bahwa 80% keluarga telah mampu melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga dalam merawat balita dengan gizi buruk dan terjadi peningkatan kemandirian keluarga yaitu 10% keluarga berada pada tingkat kemandirian II, 70% pada tingkat kemandirian III dan 20% pada tingkat kemandirian IV. Tingkat pendidikan orang tua yang rendah (73,9%) berpengaruh pada kualitas makanan yang disajikan. Sedangkan hasil penelitian tentang *positive deviance* di Kelurahan Pancoran Mas yang dilakukan Pujiastuti (2008) mengungkapkan bahwa kader merasakan kekuatan saat mengelola pos gizi, akan tetapi partisipasi masyarakat masih dalam tingkat fungsional. Hambatan utama yang dirasakan kader karena kurangnya partisipasi masyarakat, kurangnya monitoring dan tidak tercapainya tujuan.

#### 2.4. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita

Masalah gizi (malnutrisi) baik gizi kurang ataupun gizi lebih pada balita bisa terjadi karena disebabkan banyak faktor yang saling berkaitan dan tidak berdiri sendiri. Kerangka kerja konseptual tentang penyebab malnutrisi dikembangkan pada tahun 1990 sebagai bagian dari strategi penanganan nutrisi dari UNICEF. Kerangka kerja ini menunjukkan bahwa penyebab malnutrisi adalah multisektoral, meliputi makanan, kesehatan dan praktek perawatan. UNICEF mengklasifikasikan penyebab malnutrisi meliputi penyebab langsung (tingkat individual), tidak langsung (rumah tangga atau tingkat keluarga) dan tingkat dasar (tingkat masyarakat), dimana faktor pada satu tingkat ada pengaruhnya ke tingkat lain. Skema UNICEF dapat dijabarkan pada skema dibawah ini:



Dari skema tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi meliputi karakteristik individu anak (penyebab langsung) yaitu infeksi dan asupan makanan tidak seimbang; penyebab tidak langsung meliputi tidak cukup pangan/kurangnya akses, kurangnya perawatan keluarga dan sanitasi atau pelayanan kesehatan yang kurang; penyebab dasar/utama meliputi kurangnya kualitas dan kuantitas SDM (pendidikan yang kurang), dan status ekonomi yang kurang.

Pada penyebab tidak langsung, dalam penelitian ini dikaitkan dengan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga (kemandirian keluarga) dari Freeman (1981) dan Depkes RI (2006) yang meliputi menerima petugas, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran, melakukan tindakan pencegahan aktif, dan melakukan tindakan peningkatan (promotif) secara aktif.

Konsep tersebut juga diperkuat oleh Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) yang mengemukakan risiko tinggi kurangnya nutrisi pada balita dapat disebabkan karena faktor sosial ekonomi khususnya kemiskinan. Anak yang miskin dihubungkan dengan faktor kurangnya ketersediaan makanan (kualitas dan kuantitas makanan yang kurang), keterbatasan akses makanan, faktor orang tua karena pendidikan yang kurang, pilihan gaya hidup yang tidak sehat, kurangnya informasi dan akses. Berikut ini penjelasan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi balita dari beberapa konsep tersebut:

#### 2.4.1. Penyebab Tidak Langsung

Penyebab tidak langsung atau penyebab tingkat keluarga yang mempengaruhi status gizi balita dipengaruhi faktor pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga, dan sanitasi lingkungan.

#### 2.4.1.1. Pendidikan keluarga

Pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi status gizi pada balita karena berhubungan dengan berkurangnya pendapatan, rendahnya tingkat pengetahuan dan status pekerjaan. Kurangnya informasi pada keluarga tentang nutrisi dan bagaimana mengatur nutrisi dengan gizi seimbang untuk balita dapat menyebabkan kebiasaan makan anak yang tidak sehat (USDHHS, 1990 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Soekirman (2006) mengemukakan unsur pendidikan erat hubungannya dengan pengetahuan tentang kesehatan dan gizi. Pendidikan ibu pada umumnya masih rendah. Meskipun mereka memiliki keuangan yang cukup, tetapi tidak mempunyai pengetahuan tentang kesehatan dan gizi. Pengetahuan tentang kesehatan dan gizi merupakan syarat penting bagi ibu agar dapat menerapkan pola makan dengan gizi seimbang pada anaknya.

Unsur pendidikan perempuan berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak. Suatu studi "*positive deviance*" mengungkapkan anak yang diasuh ibunya sendiri dengan kasih sayang, apalagi ibunya berpendidikan, mengerti soal pentingnya ASI, manfaat posyandu dan kebersihan, meskipun sama-sama miskin, ternyata anaknya lebih sehat. Sebaliknya sebagian anak yang gizi buruk ternyata diasuh oleh nenek atau pengasuh yang juga miskin dan tidak berpendidikan (Depkes RI, 2005).

Hasil penelitian di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok oleh Huriah (2006), menemukan variabel yang paling dominan mempengaruhi status gizi balita adalah tingkat pendidikan ibu. Hasil penelitian oleh Hariadi (2010) menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan pendidikan ibu dengan status gizi balita pada indeks BB/U. Sedangkan hasil penelitian Hadisaputra (2009) juga mengidentifikasi ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan status gizi balita.

Hasil penelitian di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok oleh Suyadi (2009) mengemukakan proporsi kekurangan energi protein (KEP) terbanyak adalah pada

ayah dengan pendidikan rendah yaitu 26,28%. Namun, bila dihubungkan dengan kejadian KEP menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan ayah dengan status gizi balita. Hasil penelitian oleh Rosmana (2003) juga mengungkapkan semakin tinggi pendidikan ayah maka status gizi balita akan semakin baik. Sedangkan hasil penelitian Mulyati, Sandjaja dan Tjandarini (2008) mengemukakan prevalensi gizi kurang pada balita jauh lebih tinggi pada rumah tangga dengan pendidikan kepala rumah tangga tidak sekolah/SD/SMP (41,0%) dibandingkan dengan pendidikan SMA atau lebih (27,6%). Pendidikan kepala rumah tangga SMP atau lebih rendah memiliki peluang 1,45 kali lebih besar mengalami gizi kurang dibandingkan pendidikan kepala rumah tangga SMA atau lebih.

#### 2.4.1.2. Status ekonomi keluarga

Status ekonomi keluarga menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003) adalah pendapatan keluarga dari beberapa sumber pendapatan. Kurangnya ekonomi pada keluarga dapat berdampak pada kesehatan, yaitu kurangnya perawatan diri, peningkatan keterbatasan aktifitas, peningkatan terjadinya penyakit kronis, dan peningkatan ketidakmampuan. Stanhope dan Lancaster (2002) juga mengungkapkan kemampuan ekonomi keluarga berpengaruh terhadap biaya perawatan kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan, kemampuan memenuhi kebutuhan pendidikan, transportasi, rekreasi, dan perumahan.

Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) juga mengemukakan bahwa status ekonomi adalah salah satu faktor yang terbesar yang mempengaruhi status gizi khususnya kemiskinan. Kemiskinan ini paling sering didefinisikan sebagai penghasilan yang cukup hanya untuk membeli barang dan jasa secara minimum (UNICEF, 2008). Lebih lanjut Potts dan Mandelco (2007) mengemukakan pendapatan keluarga mempunyai efek yang signifikan terhadap kesejahteraan pada masa balita. Anak yang miskin lebih tinggi risiko fisik, sosial dan efek emosional dalam kehidupannya. Kekurangan dalam status gizi anak dihubungkan dengan kemiskinan.

Status ekonomi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah rata-rata pendapatan keluarga perbulan berdasarkan UMK. Berkaitan dengan penghasilan keluarga, berdasarkan Keputusan Gubernur Jabar no. 561/Kep. 1564-Bangsos/2010 menetapkan UMK (Upah Minimum Kota) Kota Depok tahun 2011 sebesar Rp. 1.233.650.

Soekirman (2006) mengemukakan pencegahan gizi kurang dan gizi buruk sulit karena menyangkut ekonomi yang kurang dari keluarga (kemiskinan). Kemiskinan menyebabkan orang tua tidak bisa memberikan makanan sehat yang bergizi seimbang. Hal ini didukung oleh penelitian Permaesih et all (2000) mengemukakan pola makan yang mengandung karbohidrat lebih banyak dikonsumsi oleh keluarga miskin yaitu sebesar 80%. Ada perbedaan yang bermakna asupan makanan pada keluarga miskin dan tidak miskin. Mahmud (2009) juga mengemukakan bahwa balita berisiko mendapatkan pneumonia sebesar 1,73 kali dalam lingkungan rumah tangga yang dikategorikan miskin dibandingkan dengan rumah tangga yang tidak miskin. Besar kontribusi faktor kemiskinan 19,9% dalam kejadian pneumonia balita.

Setiap keluarga mempunyai masalah gizi yang berbeda-beda tergantung pada tingkat sosial ekonominya. Pada keluarga yang kaya dan tinggal dipertanian, masalah gizi yang sering dihadapi adalah masalah kelebihan gizi yang disebut gizi lebih. Anggota keluarga ini mempunyai risiko tinggi untuk mudah menjadi gemuk dan rawan terhadap penyakit jantung, darah tinggi, sakit gula dan kanker. Pada keluarga dengan tingkat sosial ekonominya rendah atau sering disebut keluarga miskin, umumnya sering menghadapi masalah kekurangan gizi yang disebut dengan gizi kurang. Risiko penyakit yang mengancamnya adalah penyakit infeksi terutama diare dan infeksi pernafasan atas (ISPA), rendahnya intelektual dan produktivitas kerja (Depkes RI, 2002).

Data Indonesia dan negara lain menunjukkan bahwa adanya hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Proporsi anak yang gizi kurang dan gizi buruk

berbanding terbalik dengan pendapatan. Makin kecil pendapatan penduduk, makin tinggi persentasi anak yang kekurangan gizi, makin tinggi pendapatan makin kecil persentasinya (Depkes RI, 2005).

Sudirman (2008) mengungkapkan bahwa terkadang faktor pendidikan dan pengetahuan gizi menjadi penting di samping masalah pendapatan. Artinya meski pendapatan relatif rendah tetapi bila didasari oleh pengetahuan gizi yang memadai, makan makanan yang memenuhi kebutuhan gizi masih mungkin didapatkan atau dibeli. Rumah tangga yang tingkat pendapatannya meningkat tidak selalu membelanjakan tambahan pendapatannya untuk makanan guna memenuhi kebutuhan gizi, tidak jarang dibelanjakan untuk barang yang dapat meningkatkan status sosial ketimbang kebutuhan makanan yang bergizi. Sering dijumpai anak gizi kurang atau bahkan gizi buruk dari rumah tangga yang secara ekonomi seharusnya dapat mencukupi kebutuhan makanan bergizi.

Pendapatan keluarga dapat mempengaruhi daya beli dan konsumsi pangan sehingga mempengaruhi status gizi balita. Hasil penelitian di Philipina menemukan bahwa kenaikan pendapatan berpengaruh signifikan pada konsumsi energi. Peningkatan pendapatan rumah tangga sebesar dua kali akan meningkatkan asupan energi anak pra sekolah sebesar 9% dan kenaikan ini akan memperbaiki status gizi sebesar 4% (Sudirman, 2008). Hasil penelitian di India menunjukkan 53% balita dengan gizi kurang berasal dari keluarga dengan status ekonomi yang kurang terutama dihubungkan dengan kondisi lingkungan rumah yang kurang sehat (Archer, S., 2007).

Hasil penelitian di Riau oleh Taruna (2002) menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita. Hasil penelitian Hadisaputra tentang analisis determinan status gizi balita di RSUD Bandung (2009) mengidentifikasi ada hubungan yang signifikan antara jumlah penghasilan keluarga dengan status gizi balita. Hasil penelitian dari Suyadi (2009) di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok juga mengemukakan ada hubungan jumlah pendapatan keluarga dengan status gizi balita. Proporsi status gizi kekurangan energi kalori (KEP) pada balita lebih besar pada keluarga yang memiliki

pendapatan yang rendah (80,8%) bila dibandingkan dengan keluarga yang memiliki jumlah pendapatan yang tinggi (9,4%).

#### 2.4.1.3. Jumlah Anggota Keluarga.

Jumlah anggota keluarga yang besar dikaitkan dengan kemiskinan. Kemiskinan menyebabkan kurangnya dukungan dan pengharapan, dimana tidak direncanakannya terlebih dahulu dalam pembatasan jumlah anak. Jumlah anggota keluarga besar secara langsung akan mempengaruhi angka kesakitan dan status gizi anak, hal ini terkait dengan kurangnya ketersediaan pangan yang ada dalam keluarga karena kurangnya sumber daya (Allender & Spradley, 2005).

BKKBN (1996) mengelompokkan jumlah anak dalam keluarga menjadi 2, yaitu keluarga dengan 1-2 anak dan keluarga lebih dari 2 anak. Suyadi (2009) dalam penelitiannya mengkategorikan jumlah anggota keluarga menjadi 2 kategori yaitu keluarga kecil bila  $\leq 4$  orang, dan keluarga besar bila  $> 4$  orang. Berdasarkan pengkategorian tersebut, pada penelitian ini peneliti mendefinisikan jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah menjadi 2 kategori yaitu, keluarga kecil bila  $\leq 4$  orang, dan keluarga besar bila  $> 4$  orang.

Hasil penelitian Amos (2000) yang mengemukakan ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Semakin besar jumlah anggota keluarga, maka semakin besar risiko terjadinya masalah status gizi balita. Hasil penelitian di wilayah Kelurahan Pancoran Mas oleh Suyadi (2009) juga mengidentifikasi proporsi status kekurangan energi kalori (KEP) pada balita lebih besar dijumpai pada keluarga yang besar ( $> 4$  orang) bila dibandingkan keluarga yang kecil ( $\leq 4$  orang). Sedangkan Orisinal (2003) mengemukakan tidak ada perbedaan bermakna proporsi balita kekurangan energi protein (KEP) menurut jumlah anggota keluarga.

#### 2.4.1.4. Sanitasi lingkungan

Kurangnya air bersih dan sanitasi lingkungan yang tidak memadai serta praktek-praktek kebersihan yang buruk adalah beberapa mendasari penyebab malnutrisi,

penyakit dan kematian pada anak-anak. Jika anak mengalami diare yang disebabkan karena kurangnya air bersih atau karena praktek kebersihan yang buruk, maka akan menguras nutrisi dari tubuhnya. Begitu seterusnya, dari buruk menjadi lebih buruk (UNICEF, 2008).

Hasil penelitian Basuki (2003) di Bandar Lampung mengatakan bahwa keadaan gizi balita dipengaruhi status sosial ekonomi dan lingkungan antara lain sumber air bersih. Sedangkan hasil penelitian Orisinal (2003) di Sumatera Barat mengemukakan tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi balita kekurangan energi protein (KEP) pada keluarga dengan sarana air minum yang kurang baik dengan keluarga dengan sarana air minum yang baik. Balita dengan kondisi rumah yang tidak memenuhi syarat cenderung mengalami KEP 1,52 kali dibandingkan dengan balita dari keluarga dengan kondisi fisik rumah yang memenuhi syarat.

#### 2.4.2. Karakteristik Anak

Karakteristik anak yang berhubungan dengan status gizi balita adalah asupan makanan yang tidak adekuat dan status kesehatan.

##### 2.3.3.1. Asupan Makanan Balita yang Tidak Seimbang

Masalah gizi terus merebak menjadi beban ganda. Dalam suatu rumah tangga, misalnya tidak hanya terdapat masalah kekurangan gizi, tetapi sekaligus masalah kegemukan. Keduanya disebabkan oleh asupan makanan yang salah atau tidak seimbang. Kekurangan gizi akibat serba kurang sedangkan kelebihan gizi akibat makan serba lebih dari kebutuhan (Depkes RI, 2010).

Asupan makanan yang seimbang merupakan dampak dari ketersediaan makanan yang baik. Kualitas dan kuantitas makanan dengan gizi seimbang sangat penting yang meliputi diet seimbang, perencanaan dan pengaturan keuangan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi. Kualitas dan kuantitas makanan dapat mempengaruhi status gizi anak (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Hal ini didukung hasil penelitian *Plan International Indonesia* dan Departemen Gizi Masyarakat IPB (2008) di Kabupaten Timor Tengah Selatan menunjukkan

prevalensi gizi kurang 30% dan penyebabnya karena kurangnya kualitas dan kuantitas makanan. Balita pada umumnya mengkonsumsi bubur nasi atau bubur jagung tanpa lauk pauk (bubur kosong). Makanan sumber protein nabati hampir tidak pernah dikonsumsi.

Salah satu penyebab tidak terpenuhinya kebutuhan gizi pada balita adalah karena gangguan atau masalah makan. Permulaan masa menyapih merupakan awal dari suatu perubahan besar baik pada balita. Gizi kurang bisa terjadi pada usia bayi karena masa peralihan antara saat disapih dan mulai mengikuti pola makanan orang dewasa atau karena keluarga/pengasuh mengikuti pola makan keliru dalam memberikan asupan makanan pada balita. Perkembangan mental anak dapat dilihat dari kemampuannya mengatakan “tidak” terhadap makanan yang ditawarkan. Kebanyakan anak hanya mau makan satu jenis makanan selama berminggu-minggu atau *food-jag* (Arisman, 2003).

Anak yang mengalami masalah makan dan asupan nutrisinya kurang, jika tidak diperhatikan oleh keluarga akan dapat mempengaruhi pemenuhan nutrisi dan status gizi balita. Hasil penelitian Suyadi (2009) bahwa proporsi KEP terbanyak pada balita dengan konsumsi energi kurang yaitu 45,9%. Hasil penelitian Muhammad, Hadi, dan Boediman (2010) tentang pola asuh, asupan zat gizi dan hubungannya dengan status gizi balita mengidentifikasi bahwa ada hubungan asupan gizi dengan status gizi balita menurut BB/U dan TB/U. Sedangkan hasil penelitian Tanjung (2006) mengemukakan ada hubungan antara pola makan dengan status gizi balita. Hasil penelitian Kartika, et al (2000) juga mengemukakan sebagian besar anak dengan gizi kurang (66,7%) mempunyai pola makan yang banyak mengandung karbohidrat, dan ada hubungan antara pola makan dengan status gizi. Hasil penelitian Purwati (2003) diperoleh tidak menemukan hubungan yang bermakna antara konsumsi energi dengan status gizi balita.

Masalah gizi meningkat di kalangan populasi karena akses makanan yang mudah yaitu adanya peningkatan konsumsi makanan cepat saji (*fast food*). Selain

harganya yang jauh lebih mahal, makanan cepat saji mengandung zat-zat yang tinggi lemak, kolesterol, dan sodium dan rendah vitamin A, biotin, folat dan zat besi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Hal ini didukung oleh Bomar (2004) yang mengungkapkan bahwa kecenderungan pola diet akan bervariasi dalam keluarga yang dijalankan oleh orangtua tunggal dan atau ketika kedua orang tua bekerja. Trend konsumsi fast food meningkat pada kelompok tersebut karena kemudahan akses memperolehnya.

Hasil penelitian Daryono (2003) menemukan prevalensi gizi lebih (39,3%) berhubungan dengan konsumsi energi, lemak, karbohidrat, konsumsi protein, pola makan, kebiasaan mengkonsumsi fast food, kebiasaan nonton televisi/game dengan status gizi lebih, terutama didominasi oleh pola makan.

#### 2.3.3.2. Status Kesehatan Balita

Keluarga harus dapat mencapai dan memelihara kondisi fisik yang optimal bagi seluruh anggota keluarga. Status kesehatan merupakan kondisi fisik yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan (Smith & Maurer, 1995). Status kesehatan berhubungan gizi balita. Gizi kurang dapat menurunkan daya tahan tubuh anak terhadap serangan penyakit dan membuat penyakit lebih parah. Lebih dari sepertiga dari anak-anak meninggal akibat pneumonia, diare dan penyakit lainnya dikarenakan kurang gizi (UNICEF, 2008).

Archer, S. (2007) mengemukakan gizi kurang pada balita sangat berhubungan dengan diare dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA). Hasil penelitian Archer di India mengungkapkan bahwa gizi kurang berkontribusi 22,2% pada penyakit balita. Balita yang mengalami diare berisiko 1,72 kali lebih tinggi mengalami gizi kurang dan balita dengan ISPA berisiko 1,39 mengalami gizi kurang.

Depkes RI (2005) mengemukakan bahwa terjadi hubungan timbal balik antara kejadian penyakit infeksi dan gizi buruk. Anak yang menderita gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan tubuh, sehingga anak rentan terhadap penyakit

infeksi. Disisi lain anak yang menderita sakit infeksi akan cenderung menderita gizi buruk.

Masalah gizi disebabkan oleh pola makan dan perawatan yang kurang, dan diperburuk oleh penyakit. Anak-anak yang bertahan hidup mungkin menjadi terkunci alam siklus penyakit yang berulang dan goyah pertumbuhannya. Gizi kurang mengurangi kesehatan fisik, merusak perkembangan dan kemampuan kognitif mereka yang tidak dapat diubah lagi, dan pada akhirnya merusak kapasitas mereka sebagai orang dewasa (UNICEF, 2008).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Rosmana (2003) bahwa proporsi baduta dengan status kesehatan sakit sebesar 64,8%. Sedangkan penelitian Putri (2008) juga menunjukkan proporsi balita yang sakit 56,7% dan sebagian besar (76,8%) memiliki keluhan pilek.

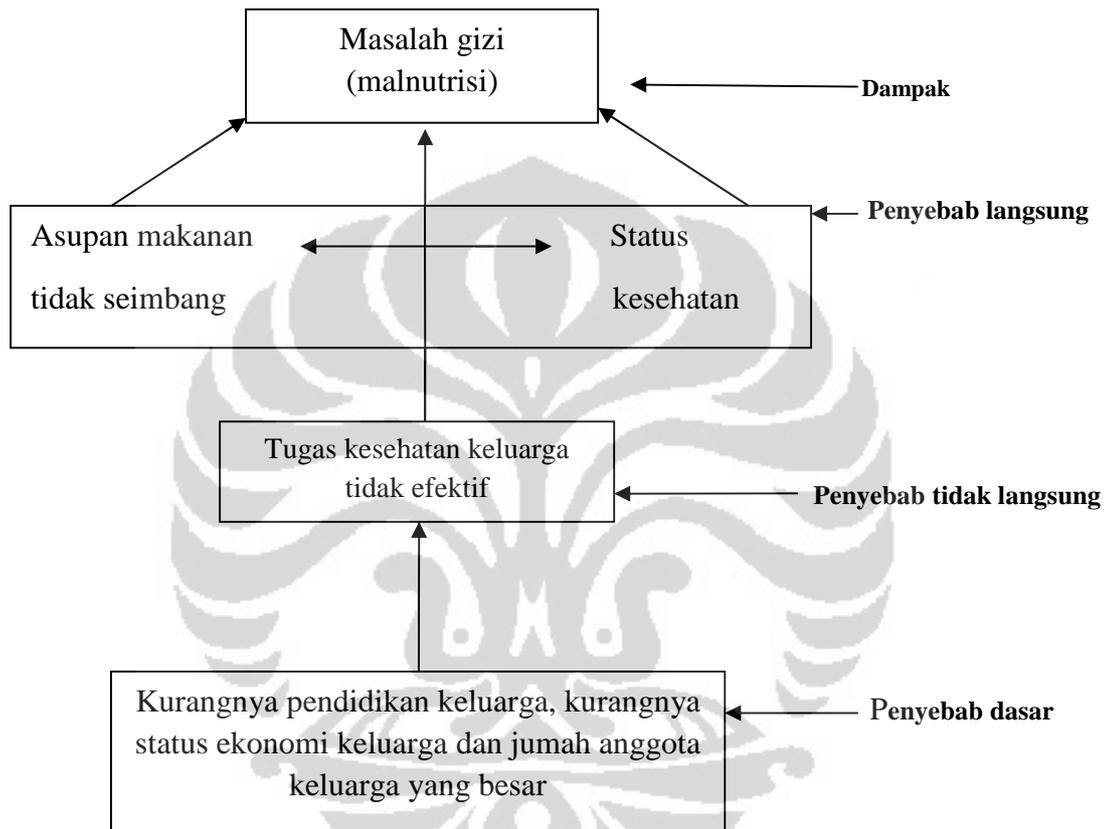
Hasil penelitian oleh Hariadi (2010) dan Suyadi (2009) menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara status infeksi dengan status gizi balita pada indeks BB/U. Sedangkan hasil penelitian Boer (2000) di Pangkal Pinang mengidentifikasi balita dengan gizi kurang mempunyai risiko 2,9 kali lebih besar menderita pneumonia dibandingkan dengan balita dengan status gizi baik. Sedangkan hasil penelitian Mulyati, Sandjaja dan Tjandarini (2008) mengemukakan balita yang mengalami diare memiliki risiko untuk mengalami gizi kurang 1,7 kali dibandingkan yang tidak mengalami diare. Hasil penelitian Rosmana (2003) juga mengemukakan ada hubungan antara status kesehatan dengan status gizi baduta.

## 2.5. Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan beberapa konsep yang telah dipaparkan diatas, maka dikembangkan kerangka teori dalam penelitian ini sebagai berikut:

Skema 2.2.

Kerangka teori penelitian



Sumber: Modifikasi dari UNICEF (1997), Freeman (1981), Depkes RI (2006), Hitchcock, Scubert dan Thomas (1999)

Dari skema tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi meliputi karakteristik individu anak (penyebab langsung) yaitu status kesehatan dan asupan makanan tidak seimbang; penyebab tidak langsung meliputi pelaksanaan tugas keluarga yang tidak efektif, dan penyebab dasar/utama adalah karakteristik keluarga pendidikan keluarga dan status ekonomi keluarga yang kurang, serta jumlah anggota keluarga yang besar.

### **BAB 3**

## **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Bab ini akan menjelaskan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional.

### **3.1. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep adalah kerangka kerja (*frameworks*) yang memberi gambaran secara konsep tentang penelitian yang akan dilakukan (Polit & Hungler, 1999). Konsep yang dimaksud adalah konsep status gizi, konsep keluarga dan faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi balita. Penelitian ini tujuan umumnya adalah untuk mengetahui hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, tahun 2011. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah status gizi balita, sedangkan variabel independen meliputi tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan karakteristik anak.

Konsep status gizi balita yang digunakan dalam penelitian ini adalah konsep dari Depkes 2010, berdasarkan SK Menkes No 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang standar antropometri yang mengacu pada standar WHO 2005. Alat untuk yang mengukur status gizi balita BB/U menggunakan timbangan digital atau dacin dengan presisi 0,1. Sedangkan untuk menilai status gizi dengan membandingkan nilai *Z score* berdasarkan BB/U sesuai dengan umur dan jenis kelamin dengan baku rujukan WHO 2005 yang diolah dengan menggunakan *software* WHO *anthro* 2005.

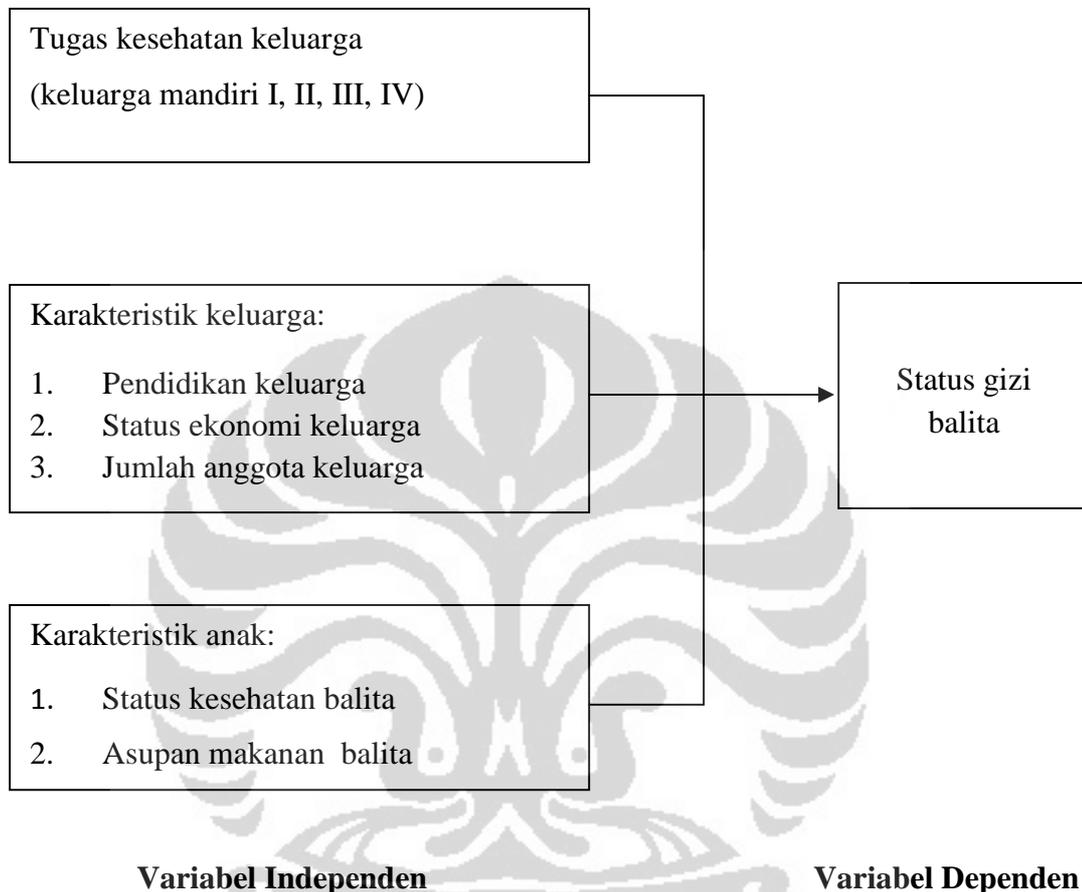
Konsep tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dalam penelitian ini menggunakan model UNICEF (1997) dikaitkan dengan model dari Freeman dan Depkes RI 2006 dan konsep dari Hitchcock, Schubert, dan Thomas, (1999). Model dari UNICEF (1997) dan Hitchcock, Schubert, dan Thomas, (1999) menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi meliputi

karakteristik anak (penyebab langsung) yaitu infeksi dan asupan makanan tidak seimbang; penyebab tidak langsung meliputi tidak cukup pangan/kurangnya akses, kurangnya perawatan keluarga, jumlah anggota keluarga, sanitasi atau pelayanan kesehatan yang kurang; dan penyebab dasar/utama meliputi kurangnya SDM (pendidikan yang kurang), dan status ekonomi yang kurang.

Pada penyebab tidak langsung dari UNICEF (1997) dan Hitchcock, Schubert, dan Thomas, (1999) meliputi tidak cukup pangan/kurangnya akses, kurangnya perawatan keluarga dan sanitasi atau pelayanan kesehatan yang kurang, dalam penelitian ini dikaitkan dengan tugas kesehatan keluarga dan kemandirian keluarga dari Freeman (1981) dan Depkes RI (2006) yang meliputi menerima petugas kesehatan, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran, melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran, melakukan tindakan pencegahan aktif, dan melakukan tindakan peningkatan (promotif) secara aktif.

Berdasarkan tinjauan terhadap berbagai konsep dan teori yang telah diuraikan, maka penulis membuat landasan berfikir dalam melakukan penelitian tentang hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita dalam kerangka konsep sebagai berikut:

Skema 3.1.  
Kerangka Konsep Penelitian



Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka variabel status gizi balita ditetapkan menjadi variabel dependen karena status gizi balita ini dapat berubah oleh beberapa faktor. Sedangkan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak menjadi variabel independen karena dapat berhubungan dengan status gizi balita.

### 3.2. Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara yang akan menjadi pedoman bagi peneliti dalam mencari hubungan antara variabel (Polit & Hungler, 1999).

Sesuai dengan tujuan dari penelitian, maka dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

#### 3.2.1. Hipotesis Mayor

Ada hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, Tahun 2011.

#### 3.2.2. Hipotesis Minor

3.2.2.1. Ada hubungan tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, Tahun 2011.

3.2.2.2. Ada hubungan pendidikan keluarga dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, Tahun 2011.

3.2.2.2. Ada hubungan status ekonomi keluarga dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, Tahun 2011.

3.2.2.3. Ada hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, Tahun 2011.

3.2.2.4. Ada hubungan status kesehatan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, Tahun 2011.

3.2.2.5. Ada hubungan asupan makanan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, Tahun 2011.

### 3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah batasan konsep dalam istilah yang operasional dalam penelitian, agar tidak terjadi makna ganda dari istilah yang digunakan dalam penelitian yang mengacu pada pustaka atau dari definisi peneliti sendiri (Sastroasmoro & Ismail, 2010). Berikut ini definisi operasional yang digunakan pada penelitian:

Tabel 3.1  
Definisi operasional penelitian

No	Variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	2	3	4	5	6
1.	<b>Variabel dependen:</b>  Status gizi pada balita	Gambaran tentang keadaan gizi pada balita yang dinilai dari penghitungan berat badan balita dibandingkan dengan umur (BB/U).	Item pertanyaan kuesioner A tentang status gizi balita dengan cara membandingkan nilai <i>Z score</i> berdasarkan BB/U dengan baku rujukan WHO 2005.	Status gizi balita (BB/U) :  1. Gizi buruk: < -3 SD  2. Gizi kurang: -3 SD s.d <-2 SD  3. Gizi baik: - 2 SD s.d 2 SD  4. Gizi lebih: > 2 SD	Ordinal

2.	<p><b>Variabel Independen</b></p> <p>Tugas kesehatan keluarga (Kemandirian I, II, III, IV)</p>	<p>Kesanggupan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan</p>	<p>Item pertanyaan kuesioner B tentang tugas kesehatan keluarga, dengan cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban.</li> <li>- Membuat skoring</li> <li>- Menghitung total skor.</li> </ul>	<p>1 = Keluarga mandiri I : bila responden dalam menjawab kuesioner pada item pertanyaan no 1-19 jawabannya ada yang salah )</p> <p>2 = Keluarga mandiri II: bila responden dalam menjawab kuesioner pada item pertanyaan no 1-19 jawabannya semua benar)</p> <p>3= Keluarga mandiri III: bila responden dalam menjawab kuesioner pada item pertanyaan no 1-24 jawabannya semua benar)</p> <p>4= Keluarga mandiri IV: bila responden dalam menjawab kuesioner pada item pertanyaan no 1-28 jawabannya semua benar)</p>	Ordinal
----	--	---	---	--	---------

	<p>a. Karakteristik keluarga :</p> <p>1). Pendidikan keluarga</p>	<p>Keluarga yaitu seseorang yang banyak meluangkan waktunya dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita, tinggal serumah dengan balita dan mempunyai hubungan darah dengan balita (ayah, ibu, kakak, nenek, kakek).</p> <p>Jenjang sekolah tertinggi yang pernah ditamatkan oleh orang yang banyak meluangkan waktunya dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita didalam keluarga.</p>	<p>Item pertanyaan kuesioner A tentang pendidikan keluarga.</p>	<p>1. Rendah: <math>\leq</math> SMP 2. Tinggi: <math>\geq</math> SMA</p>	Ordinal
	<p>2). Status ekonomi keluarga</p>	<p>Rata-rata penghasilan keluarga perbulan.</p>	<p>Item pertanyaan kuesioner A tentang pendapatan keluarga.</p>	<p>1. Rendah: &lt; Rp. 1.233.650 (UMK Depok) 2. Tinggi: <math>\geq</math> Rp. 1.233.650 (UMK Depok)</p>	Ordinal

	3). Jumlah anggota keluarga	Jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah.	Item pertanyaan kuesioner A tentang jumlah anggota keluarga.	1. Besar: > 4 orang  2. Kecil: ≤ 4 orang	Ordinal
	b. Karakteristik anak balita:  1). Status kesehatan balita	Balita adalah anak yang berusia 13-59 bulan.  Kondisi kesehatan balita 1 bulan terakhir apakah sehat atau pernah/sedang sakit.	Item kuesioner A tentang riwayat kesehatan balita.	1. Pernah sakit atau sedang sakit  2. Sehat	Nominal
	2). Asupan makanan balita	Jumlah makanan yang dikonsumsi balita dalam satu hari; apakah telah mencukupi kebutuhan gizi balita atau belum.	Item kuesioner C tentang asupan makanan balita dengan cara:  - Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban.  - Membuat skoring  - Menghitung total skor	1. Cukup: total skor ≥ 12 (≥ median)  2. Kurang baik total skor <12 (< median)	Ordinal

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

Bab ini berisi tentang uraian tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, pengumpulan data, dan analisa data.

#### **4.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional* (studi potong lintang), yaitu desain penelitian yang meneliti atau memotret suatu kejadian pada suatu titik waktu (Polit & Hungler, 1999). Variabel independen pada penelitian ini yaitu tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga (pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga) dan karakteristik anak (status kesehatan balita dan asupan makanan balita); dan variabel dependen yaitu status gizi balita, akan diteliti pada saat yang bersamaan.

#### **4.2. Populasi dan Sampel**

##### 4.2.1. Populasi

Menurut Sabri dan Hastono (2010) populasi adalah keseluruhan unit analisis yang karakteristiknya akan diduga. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita (anak berumur 13-59 bulan) dengan berbagai tingkatan status gizi (gizi lebih, baik, kurang dan gizi buruk), berdomisili di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok tahun 2011 yang berjumlah 5420 balita.

##### 4.2.2. Sampel

Sampel adalah *subset* (bagian) populasi yang diteliti (Sastroasmoro & Ismail, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah balita yang berumur 13 – 59 bulan dan berdomisili di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Depok. Apabila keluarga mempunyai lebih dari satu balita, maka balita yang terkecil yang dijadikan sampel. Sedangkan untuk sampel keluarga adalah keluarga yang pernah dikunjungi petugas kesehatan di rumah, dan bersedia menjadi responden. Keluarga adalah seseorang yang banyak meluangkan waktunya dalam memenuhi

kebutuhan nutrisi balita, tinggal serumah dengan balita dan mempunyai hubungan darah dengan balita (ayah, ibu, kakak, nenek, kakek).

#### 4.2.2.1. Besar sampel

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

Keterangan:

P : proporsi keadaan yang dicari

Q : 1 – P

d : tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki

Z $\alpha$  : tingkat kemaknaan (Sastroasmoro & Ismail, 2010).

Nilai proporsi yang digunakan dalam penelitian, berdasarkan data hasil bulan penimbangan balita (BPB) menurut BB/U Puskesmas Pancoran Mas Depok tahun 2010. Dari hasil BPB menurut BB/U tahun 2010 di Kelurahan Depok didapatkan 268 dari 2427 (11%) balita usia 13-59 bulan mengalami gizi kurang dan gizi buruk. Adapun penghitungan besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan rumus adalah:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,11 \cdot 0,89}{0,05^2} = \frac{0,376}{0,0025} = 150 \text{ balita}$$

Jumlah sampel berdasarkan penghitungan dengan menggunakan rumus diatas adalah 150 balita. Upaya untuk mengantisipasi subyek yang terpilih *drop out*, maka perlu dilakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung dengan menambahkan sejumlah subyek agar besar sampel terpenuhi. Formula penambahan subyek sebagai berikut:

$$n = \frac{n}{(1-f)}$$

Keterangan:

$n$  = besar sampel yang dihitung

$f$  = perkiraan proporsi *drop out* (Sastroasmoro & Ismail, 2010).

Berdasarkan rumus, maka jumlah sampel dalam penelitian adalah:

$$n = 150 / (1-0,1) = 167 \text{ balita}$$

Pada pelaksanaan penelitian ini, jumlah sampel yang dilibatkan sebanyak 167 sampel.

#### 4.2.2.3. Teknik sampel

Teknik sampel yang digunakan adalah *sampling probabilitas (probability sampling)* yaitu bahwa setiap subyek dalam populasi mempunyai kesempatan untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel (Nursalam, 2003). Cara pengambilan sampel menggunakan *cluster sampling* yaitu proses pengambilan sampel secara acak pada kelompok individu dalam populasi yang tersebar luas di suatu wilayah secara alamiah (Sastroasmoro & Ismail, 2010).

Pengambilan sampel dengan metode kluster merupakan pengambilan sampel bertingkat. Keuntungan dari pengambilan sampel dengan metode kluster adalah tidak diperlukannya kerangka sampel dari unit elementer untuk seluruh populasi. Kerangka sampel dari unit elementer hanya diperlukan pada kluster yang terpilih saja, sehingga biaya dan waktu yang diperlukan untuk membuat kerangka sampel ini menjadi jauh berkurang dibandingkan metode sampel acak sederhana (Ariawan, 1998). Adapun langkah-langkah pemilihan sampel dari penelitian ini adalah:

- a. Menetapkan lokasi penelitian yaitu di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok.
- b. Melakukan identifikasi jumlah balita melalui data Bulan Penimbangan Balita (BPB) di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas, yaitu meliputi Kelurahan Pancoran Mas dan Kelurahan Depok. Selanjutnya menentukan secara acak kelurahan yang digunakan dalam penelitian yaitu Kelurahan Depok.

- c. Pada Kelurahan yang terpilih (Kelurahan Depok), dipilih secara acak posyandu yang akan digunakan dalam penelitian. Posyandu yang terpilih dalam penelitian yaitu posyandu dengan angka genap yaitu Posyandu RW 2, Posyandu RW 4, Posyandu RW 6, Posyandu RW 8, Posyandu RW 12, Posyandu RW 14, Posyandu RW 16, Posyandu RW 18, Posyandu RW 20.
- d. Cara pemilihan sampel kluster (balita) dengan menggunakan metode *proportional cluster sampling*. Peneliti membentuk daftar kluster berikut besar masing-masing kluster. Selanjutnya peneliti menggunakan penghitungan sampai mencapai jumlah sampel yang ditentukan (167 sampel). Adapun penjabaran dari jumlah sampel pada tabel dibawah ini:

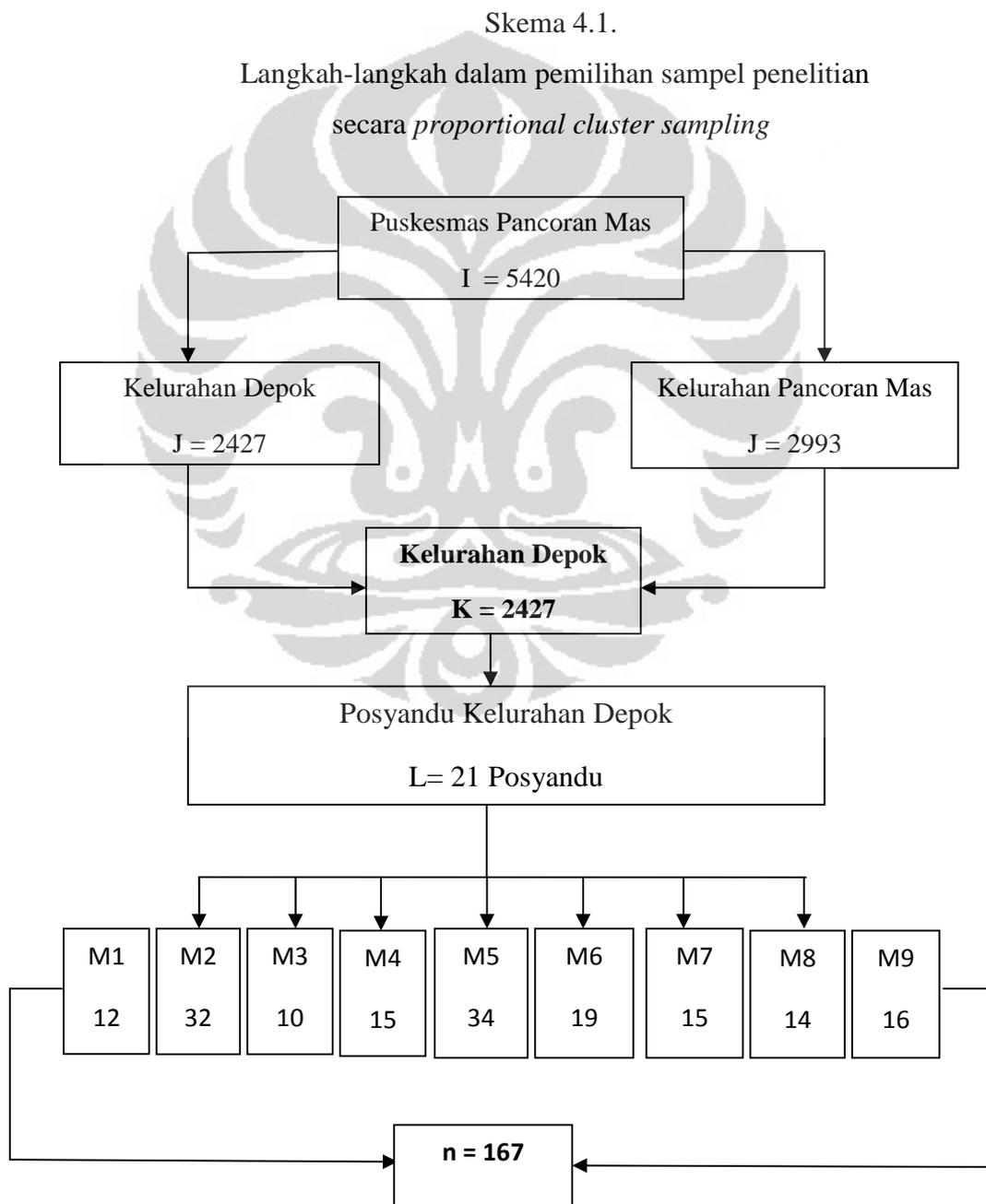
Tabel 4.1  
Tabel penghitungan kluster

No	Nama Posyandu	Jumlah Balita	Penghitungan	Jumlah Sampel
1	Posyandu RW 2 (Camar)	82	$82/1117 \times 167$	12
2	Posyandu RW 4 (Elang)	207	$207/1117 \times 167$	32
4	Posyandu RW 6 (Garuda)	70	$70/1117 \times 167$	10
4	Posyandu RW 8 (Angsa)	98	$98/1117 \times 167$	15
5	Posyandu RW 12 (Panda)	228	$228/1117 \times 167$	34
6	Posyandu RW 14 (Murai)	127	$127/1117 \times 167$	19
7	Posyandu RW 16 (Kancil)	96	$96/1117 \times 167$	15
8	Posyandu RW 18 (Camar)	90	$90/1117 \times 167$	14
9	Posyandu RW 20 (Nuri)	107	$107/1117 \times 167$	16
Total sampel				167

- e. Membuat kode posyandu dan daftar nomor urut responden yang memenuhi kriteria inklusi di setiap posyandu.

- f. Daftar nama responden yang memenuhi kriteria inklusi yang ada disetiap posyandu selanjutnya dilakukan pengambilan sampel secara acak sederhana sampai terpenuhi jumlah sampel pada masing-masing RW.
- g. Teknik yang dilakukan di seluruh posyandu yang digunakan penelitian (9 posyandu), sampai terpenuhinya jumlah sampel penelitian yaitu 167 balita.

Langkah-langkah yang dilakukan dalam pemilihan sampel secara garis besar dapat dilihat pada skema berikut ini:



Sedangkan lokasi untuk pegujian instrumen adalah RW/Posyandu di wilayah Puskesmas Pancoran Mas yang tidak digunakan dalam penelitian.

### **4.3.Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **4.3.1. Lokasi penelitian.**

Penelitian dilakukan di wilayah Puskesmas Pancoran Mas, Kota Depok. Data profil kesehatan Kota Depok tahun 2010 menunjukkan tingginya kasus gizi buruk di wilayah Kota Depok, dan paling banyak di Kelurahan Pancoran Mas dengan jumlah 23 kasus. Data hasil Bulan Penimbangan Balita (BPB) tahun 2010 di Puskesmas Pancoran Mas menunjukkan prevalensi masalah gizi meningkat, yaitu jumlah balita gizi buruk 118 kasus, dan gizi kurang 499 kasus.

Gizi merupakan salahsatu dari enam program unggulan puskesmas Pancoran Mas Kota Depok. Berbagai upaya telah dilakukan diantaranya adalah penyuluhan dan konseling gizi, pemberian makanan tambahan, rujukan kasus, *Therapeutik Feeding Centres (TFC)*, namun belum dapat mengatasi masalah. Di wilayah ini belum pernah dilakukan penelitian tentang tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita tersebut. Selain itu wilayah Puskesmas Pancoran Mas juga merupakan wilayah binaan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

#### **4.3.2. Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan selama 6 bulan yaitu bulan Januari 2011 sampai dengan Juli 2011 di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Depok. Kegiatan yang telah dilakukan meliputi penyusunan proposal dan ujian proposal dari bulan Januari sampai dengan April 2011. Perijinan dan uji coba instrumen 1 Mei – 15 Mei 2011. Pengumpulan data penelitian tanggal 28 Mei – 7 Juni 2011. Selanjutnya tahap penyusunan laporan pada pertengahan Juni 2011.

### **4.4. Etika Penelitian**

Sebelum penelitian dilaksanakan perlu mempertimbangkan etika penelitian. Etika penelitian yaitu kebebasan menentukan apakah bersedia atau tidak terlibat dalam

penelitian, memberi keleluasaan pribadi untuk menjaga kerahasiaan baik identitas maupun informasi yang diberikan, menjaga responden dari ketidaknyamanan fisik maupun psikologis (Polit & Hungler, 1999). Penelitian ini juga telah lolos uji etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lampiran 6).

#### 4.4.1. Aplikasi Prinsip Etik dalam Penelitian

##### 4.4.1.1. Menghargai harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Prinsip ini mencakup hak untuk penentuan nasib sendiri dan hak untuk mengutarakan pendapat secara penuh. Di bawah ini akan dijelaskan tentang prinsip etik, risiko yang mungkin timbul, dan upaya meminimalkan.

#### a. Prinsip Etik

##### 1. Hak untuk pengungkapan penuh (*the right to full disclosure*)

Pengungkapan penuh berarti bahwa peneliti telah sepenuhnya menggambarkan sifat penelitian, tanggung jawab peneliti, dan kemungkinan risiko yang terjadi (Polit & Hungler, 1999). Peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan penelitian, cara pengisian kuesioner, serta penimbangan berat badan pada balita yang membutuhkan waktu  $\pm$  30 menit. Selain itu juga dijelaskan bahwa penelitian ini tidak menimbulkan risiko pada responden. Peneliti memberi kesempatan kepada responden untuk menanyakan hal yang belum jelas terkait dengan penelitian. Responden menanyakan yang belum jelas kepada peneliti atau tim pengumpul data dan peneliti atau tim pengumpul data akan memberikan umpan balik terhadap pertanyaan responden dengan menjawab pertanyaan dengan se jelas mungkin.

##### 2. Hak untuk menentukan nasib sendiri (*the right to self determination*)

Responden berhak untuk memutuskan apakah akan berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian, tanpa risiko terjadinya denda atau konsekuensi yang merugikan. Hal ini berarti bahwa responden berhak memutuskan untuk mengakhiri partisipasi mereka dan menolak untuk memberi informasi (Polit & Hungler, 1999). Pada penelitian ini, setelah responden

mendapat penjelasan tentang tujuan dan prosedur penelitian, responden diberi kebebasan untuk memutuskan apakah bersedia atau tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Responden dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Semua responden dalam penelitian ini bersedia berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian.

d. Risiko yang mungkin timbul, dan upaya meminimalkan

Salah satu isu etik terkait partisipasi anak pada penelitian adalah ketidakmampuan mereka untuk membuat penilaian yang baik mengenai informasi penelitian. Secara etik dan legal, tidak berkompeten untuk memberi anak sebuah *informed consent*. Upaya untuk meminimalkan risiko pada penelitian ini, maka *informed consent* anak diberikan pada orang tua atau wali yang ditunjuk. Sedangkan upaya yang dilakukan peneliti untukantisipasi penolakan responden pada penelitian ini dengan membina *trust* terlebih dahulu dengan responden.

4.4.1.2. Kemanfaatan (*beneficence*)

a. Prinsip Etik

1. Bebas dari bahaya (*freedom from harm*)

Peneliti melindungi responden dari kemungkinan bahaya dari prosedur penelitian baik secara fisik (kemungkinan cedera) dan psikologis/sensitifitas responden (Polit & Hungler, 1999). Pada penelitian ini responden diberikan kesempatan untuk menghentikan sementara atau beristirahat sejenak dalam mengisi kuesioner, apabila merasa lelah atau tidak nyaman.

2. Hasil penelitian bermanfaat (*benefit from research*)

Penelitian yang dilakukan harus memberi dampak positif terhadap responden baik langsung ataupun tidak langsung dan perlu dijelaskan serinci mungkin sebelum *informed consent* (Polit & Hungler, 1999). Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa penelitian ini tidak

memberikan manfaat langsung kepada responden, namun secara tidak langsung hasil penelitian ini bermanfaat untuk mengembangkan pelayanan keperawatan balita terutama balita dengan masalah gizi.

b. Risiko yang mungkin timbul, dan upaya meminimalkan

Pada penelitian ini, peneliti membuat kesepakatan dengan responden tentang waktu dan tempat pengisian angket agar dapat menurunkan risiko ketidaknyamanan dari responden.

#### 4.4.1.3. Keadilan (*justice*)

Prinsip etik, risiko yang timbul dan upaya untuk meminimalkan terkait dengan prinsip etik keadilan (*justice*) adalah:

1. Hak atas perlakuan yang adil (*the right to fair treatment*)

Responden penelitian berhak memperoleh perlakuan yang adil sebelum, selama, dan setelah penelitian, misalnya tidak mendiskriminasi dalam seleksi responden, dan menjelaskan informasi dengan jujur. Peneliti menghargai dan bersikap sopan dengan semua responden selama penelitian. Seleksi responden yang sesuai kriteria sampel didapatkan dari data balita yang ditimbang diposyandu dan keterangan kader tentang keluarga yang pernah dikunjungi petugas kesehatan dirumah, kemudian dilakukan pengundian secara acak. Peneliti menawarkan kepada responden dalam pengisian kuesioner, apakah kuesioner diisi di posyandu ataukah di rumah. Sebagian besar responden mengisi kuesioner di posyandu dan 4 responden memutuskan mengisi kuesioner di rumah.

2. Hak atas privasi (*the right to privacy*)

Privasi responden dijaga oleh peneliti dengan cara menjaga kerahasiaan data-data responden. Responden dihargai atau dihormati serta dijaga kerahasiaan (*confidentiality*) dan tanpa nama (*anonymity*). Data yang diperoleh dari responden hanya diketahui peneliti, dengan cara mencantumkan kode responden pada lembar data yang dikumpulkan.

#### 4.4.2. Persetujuan sebelum penelitian (*informed consent*)

Polit dan Hungler (1999) mengemukakan *informed consent* berarti responden sudah mempunyai informasi yang adekuat terkait dengan penelitian yang akan dilakukan, mampu memahami informasi, mempunyai hak untuk bebas memilih, memberdayakan mereka untuk memberikan persetujuan secara sukarela untuk berpartisipasi dalam penelitian atau menolak berpartisipasi.

Isi *informed consent* pada penelitian ini mencakup informasi kepada responden tentang status partisipasi responden, tujuan penelitian, prosedur pengumpulan data, risiko, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan, bersifat sukarela, dan informasi alamat peneliti yang dapat dihubungi. Responden yang bersedia menjadi responden membubuhkan tanda tangan pada lembar persetujuan (*informed consent*).

### 4.5. Pengumpulan Data

#### 4.5.1. Pengumpul data

Pengumpulan data pada penelitian ini melibatkan peneliti dan 2 tenaga pengumpul data. Tim pengumpul data adalah mahasiswa S2 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Peneliti memberikan pengarahan kepada tim pengumpul data tentang tujuan dan prosedur penelitian sesuai *informed consent*, maksud pertanyaan-pertanyaan yang ada dalam kuesioner untuk menyamakan persepsi serta menjelaskan teknik mengumpulkan data.

#### 4.5.2. Alat pengumpul data

Menurut Arikunto (1998), instrumen penelitian merupakan sesuatu yang terpenting dan strategis kedudukannya didalam keseluruhan kegiatan penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang terdiri dari dua bagian, yaitu A, B dan C. Bagian A berupa kuesioner tentang karakteristik keluarga dan anak dan status gizi. Bagian B berupa kuesioner tentang tugas kesehatan keluarga. Bagian C tentang kuesioner asupan makanan balita.

Pada kuesioner A, kuesioner disusun berdasarkan variabel yang meliputi karakteristik keluarga sebanyak 3 pertanyaan (pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, dan jumlah anggota keluarga), karakteristik anak dan status gizi sebanyak 4 pertanyaan (tanggal lahir, jenis kelamin, berat badan dan status kesehatan balita).

Responden diminta menjawab pertanyaan kuesioner. Pendidikan keluarga diisi sesuai pendidikan yang pernah ditamatkan yaitu 1: tidak sekolah/tidak tamat SD, 2: SD, 3: SMP, 4: SMA, dan 5: Perguruan Tinggi, selanjutnya data dikategorikan 1: rendah ( $\leq$  SMP), 2: tinggi ( $\geq$  SMA). Status ekonomi keluarga ditulis berdasarkan rata-rata penghasilan keluarga perbulan dalam rupiah yang dikategorikan yaitu 1: rendah ( $<$  Rp.1.233.650), dan 2: tinggi ( $\geq$  Rp. 1.233.650). Jumlah anggota keluarga ditulis berdasarkan berapa orang jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah, yang dikategorikan yaitu 1: besar ( $>$  4 orang), dan 2: kecil ( $\leq$  4 orang).

Berat badan balita diukur dengan timbangan yang telah dikalibrasi dengan presisi 0,1 kg, dalam menentukan status gizi balita. Selanjutnya dilakukan penilaian status gizi balita dengan menggunakan *software anthro* WHO 2005. Status gizi balita dikategorikan, yaitu 1: gizi buruk ( $<$  -3 SD), 2: gizi kurang (-3 SD s.d  $<$  -2 SD), 3: gizi baik (-2 SD s.d 2 SD), 4: gizi lebih ( $>$  2 SD). Skor status kesehatan yaitu 1: pernah sakit atau sedang sakit, 2: sehat. Selanjutkan jika jawaban responden pernah sakit atau sedang sakit, pertanyaan dilanjutkan tentang penyakit apa yang dialami.

Kuesioner B disusun berdasarkan variabel tugas kesehatan keluarga (kemandirian keluarga I, II, III, IV) meliputi 28 pertanyaan. Responden diminta menjawab pertanyaan kuesioner tentang tugas kesehatan keluarga (kemandirian keluarga). Kuesioner dikembangkan dari modifikasi kuesioner kemandirian keluarga dari Samidah, I. (2011) dengan jawaban ya dan tidak. Pertanyaan kuesioner yang terbagi atas kriteria keluarga mandiri I soal no 1-8, kriteria keluarga mandiri II soal no 1-19, kriteria keluarga mandiri III soal no 1-24, keluarga mandiri IV soal no 1-28.

Pada pengolahan data kuesioner tugas kesehatan keluarga, jika pernyataan positif maka skor 1 bila jawabannya ya, dan skor 0 bila jawabannya tidak. Sebaliknya, jika pernyataan negatif, maka skor 0 bila jawabannya ya, dan skor 1 bila jawabannya tidak. Hasil penilaian selanjutnya dikategorikan, 1: keluarga mandiri I, yaitu bila responden dalam menjawab kuesioner pada item pertanyaan no 1-19 jawaban ada yang salah), 2: keluarga mandiri II, bila responden dalam menjawab kuesioner pada item pertanyaan no 1-19 jawabannya semua benar), 3: keluarga mandiri III, bila responden dalam menjawab kuesioner pada item pertanyaan no 1-24 jawabannya semua benar), 4: keluarga mandiri IV, bila responden dalam menjawab kuesioner pada item pertanyaan no 1-28 jawabannya semua benar),

Kuesioner C disusun berdasarkan asupan makanan balita (angket) meliputi 14 pertanyaan. Responden diminta menjawab pertanyaan kuesioner. Kuesioner dikembangkan dengan jawaban ya dan tidak. Jika pernyataan positif, maka skor 1 bila jawabannya ya, dan skor 0 bila jawabannya tidak. Jika pernyataan negatif, maka skor 0 bila jawabannya ya, dan skor 1 bila jawabannya tidak. Total skor selanjutnya dijumlahkan. Hasil penilaian selanjutnya dikategorikan 1: kurang baik jika skor  $< 12$  dan 2: baik jika  $\geq$  skor 12 (karena jawaban responden berdistribusi tidak normal, maka menggunakan nilai median).

#### 4.5.3. Validitas dan reliabilitas instrumen

Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas sebelum penelitian dilakukan. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada tanggal 8 Mei – 14 Mei 2011 di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Depok yang tidak digunakan dalam pengambilan data penelitian.

Uji validitas bertujuan untuk mempunyai arti sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Uji validitas dengan cara melakukan korelasi antara skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel dinyatakan valid, bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan korelasi *Pearson Product Moment*

(r). Bila r hitung lebih besar dari r tabel maka pertanyaan tersebut valid dan bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka pertanyaan tersebut tidak valid, dan perlu direvisi (Hastono, 2007). Langkah selanjutnya, analisis dilanjutkan dengan uji reliabilitas, jika pertanyaan valid.

Uji coba instrumen dilakukan dua kali yaitu 30 orang responden pada uji coba pertama dan 160 responden pada uji coba kedua setelah pertanyaan kuesioner direvisi. Uji coba instrumen dalam penelitian ini, pada taraf signifikansi alpha 5% pertanyaan dinyatakan valid bila r hitung  $>$  r tabel (df 30-2=0,361, dan df 160-2=0,3). Uji coba instrumen yang pertanyaan tugas kesehatan keluarga dari 40 pertanyaan, didapatkan 28 pertanyaan yang valid. Sedangkan pada 15 pertanyaan asupan makanan didapatkan 14 pertanyaan yang valid. Pertanyaan-pertanyaan yang tidak valid tidak dipergunakan dalam penelitian.

Reliabilitas adalah ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dua kali digunakan atau lebih, terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Uji reliabilitas dilakukan jika semua pertanyaan sudah valid (Hastono, 2007). Polit dan Hungler (1999) mengemukakan instrumen dengan reabilitas dibawah 0,7 berisiko untuk digunakan. Koefisien reliabilitas yang digunakan sebaiknya diatas 0,7. Koefisien reliabilitas baik jika 0,7 – 0,8, dan ideal jika  $\geq$  0,9. Hasil uji reliabilitas pada kedua pertanyaan kuesioner penelitian dinyatakan reliabel dengan nilai alpha pada pertanyaan tugas kesehatan keluarga 0,891 (reliabilitas ideal) dan pertanyaan asupan makanan 0,766 (reliabilitas baik).

#### 4.5.3. Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian dilakukan setelah proposal dinyatakan lulus kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan/Keperawatan di Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesi dan setelah surat permohonan persetujuan dari peneliti disetujui oleh Ka. Bakespol dan Linmas, Ka. Dinkes Kota Depok dan Lurah Kelurahan Depok dengan tembusan langsung kepada kepala puskesmas Pancoran Mas Kota Kota Depok. Penelitian dilakukan pada tanggal 28 Mei – 7 Juni 2011. Setelah itu, peneliti melakukan konfirmasi dan memberi penjelasan dengan pihak puskesmas,

ketua RW, ketua RT, kader kesehatan di wilayah yang terpilih menjadi sampel penelitian.

Peneliti datang pada pertemuan kader di Kelurahan Depok dan meminta bantuan kader kesehatan untuk memberikan informasi tentang responden yang memenuhi kriteria penelitian terutama keluarga dengan balita yang pernah dikunjungi oleh petugas kesehatan. Pencarian data berdasarkan data bulan penimbangan balita di posyandu dan informasi dari kader tentang keluarga yang pernah dikunjungi petugas kesehatan. Sedangkan pengambilan data bisa dari posyandu atau dengan cara datang langsung ke alamat orang tua balita yang bersangkutan. Selanjutnya responden yang memenuhi kriteria inklusi dilakukan pemilihan secara acak sederhana dengan cara pengundian.

Pengumpulan data diawali dengan wawancara dengan responden, untuk memastikan apakah responden sesuai dengan kriteria inklusi. Selanjutnya peneliti menanyakan kesediaan responden untuk menjadi responden penelitian secara sukarela dan menjelaskan tujuan serta prosedur penelitian seperti yang tertulis pada *informed consent*. Setelah responden menandatangani surat persetujuan menjadi responden, kemudian dilakukan penimbangan balita. Setelah itu responden diminta untuk mengisi kuesioner tugas kesehatan keluarga dan asupan makanan.

Sebelum responden melakukan pengisian kuesioner asupan makanan, untuk penyamaan persepsi maka responden diberikan penjelasan maksud dari pertanyaan kuesioner dan ukuran rumah tangga yang digunakan untuk mengukur jumlah makanan yang dikonsumsi balita dalam sehari. Tim pengumpul data memperlihatkan makanan asli dan alat ukur ukuran rumah tangga yang digunakan, untuk memudahkan keluarga dalam mengukur jumlah makanan yang dikonsumsi balita.

Setelah responden selesai mengisi kuesioner, selanjutnya peneliti atau tim pengumpul data melakukan pengecekan pengisian kuesioner, kejelasan penulisan

jawaban, dan relevansi dengan pertanyaan. Jika ditemukan pengisian kuesioner tidak lengkap, kurang jelas, tidak relevan dan tidak konsisten pengisiannya, maka peneliti dan tim peneliti akan menanyakan dan mengklarifikasi kepada responden.

#### **4.6. Pengolahan Data dan Analisis Data**

Pengolahan data penelitian meliputi proses editing, coding, *entry* data dan tabulasi data. Proses analisis data hasil penelitian nanti terdiri dari univariat, bivariat dan multivariat.

##### 4.6.3. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan melalui empat langkah yaitu proses editing, coding, processing, dan cleaning. Langkah-langkah pengolahan data tersebut menurut Hastono (2007) yaitu:

###### 4.6.3.1. Editing

Editing merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan pengisian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada pada kuesioner sudah sesuai atau belum.

###### 4.6.3.2. Coding

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Misalnya untuk variabel pendidikan dilakukan koding 1 = tidak sekolah/tidak tamat SD, 2= SD, 3 = SMP, 4 = SMU, 5 = PT. Kegunaan koding ini untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data.

###### 4.6.3.3. Processing

Processing merupakan memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Peneliti memproses data dengan cara melakukan *entry* data kuesioner dari masing-masing responden ke program komputer.

#### 4.6.3.4. Cleaning

Cleaning atau pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Setelah dipastikan tidak ada kesalahan, dilakukan analisis data sesuai jenis data.

#### 4.6.4. Analisis Data

Analisis data yang akan dilakukan peneliti untuk menjawab tujuan yang akan dicapai dalam penelitian sebagai berikut:

##### 4.6.4.1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan/mendiskripsikan variabel-variabel penelitian. Analisis univariat dilakukan terhadap data status gizi, tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga (pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, dan jumlah anggota keluarga) dan anak (status kesehatan dan asupan makanan balita). Semua data yang dilakukan analisis univariat dalam bentuk data ketegorik.

Tampilan hasil analisa variabel dengan data kategorik, berupa frekuensi dan prosentase yang disajikan dalam bentuk tabel. Jika data mempunyai distribusi normal, maka menggunakan ukuran pemusatan mean dan standar deviasi sebagai ukuran penyebaran. Sedangkan jika data mempunyai distribusi tidak normal, maka ukuran pemusatan median dan minimal maksimal sebagai ukuran penyebaran (Dahlan, 2008). Analisis pada variabel asupan makanan menggunakan *cut off point* nilai median (skor 12) karena data terdistribusi tidak normal, yaitu 1: kurang (bila  $<$  skor 12) dan 2: cukup (bila  $\geq$  skor 12).

##### 4.6.4.2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu membuktikan hubungan antara variabel independen yaitu tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan variabel dependen yaitu status gizi balita. Analisis yang digunakan untuk data kategorik pada sampel yang tidak berpasangan dengan skala data nominal menggunakan uji *Chi Square*. Batas

kemaknaan uji yang digunakan adalah 0,05 sehingga bila  $p < 0,05$ , maka penghitungan statistik bermakna yang berarti ada hubungan antar variabel.

Sabri dan Hastono (2008) mengemukakan bahwa uji *Chi Square* tidak dapat digunakan bila, ada sel dengan nilai *expected* kurang dari 5, lebih di 20% total selnya. Teknik untuk menanggulangi permasalahan tersebut adalah menggabungkan nilai dari sel yang kecil dengan sel lainnya (meng-*collaps*). Pada penelitian ini variabel status gizi, tugas kesehatan keluarga, dan pendidikan keluarga pada analisis univariat ada empat kategori, namun pada analisis bivariat menjadi dua kategori.

Analisis bivariat dengan tabel 4x4 pada variabel tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita, diperoleh 10 sel (62,5%) mempunyai nilai *expected* kurang dari 5. Sedangkan pada variabel pendidikan keluarga dengan tabel 5x4 diperoleh ada 15 sel (62,5%) mempunyai nilai *expected* kurang dari 5. Selanjutnya peneliti meng-*collaps* sel variabel tugas kesehatan keluarga dan pendidikan keluarga masing-masing dengan tabel 4x2 dan tabel 5x2. Hasil analisis ditemukan sama yaitu ditemukan nilai *expected* kurang dari 5, lebih di 20% total selnya. Selanjutnya peneliti meng-*collaps* sel menjadi tabel 2x4.

Analisis bivariat dengan tabel 2x4 pada variabel independen (tugas kesehatan keluarga, pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga, status kesehatan dan asupan makanan dengan 2 kategori) dengan variabel dependen (status gizi dengan 4 kategori) diperoleh semua sel  $> 25\%$  mempunyai nilai *expected* kurang dari 5. Selanjutnya peneliti meng-*collaps* sel menjadi tabel 2x2. Sehingga pada penelitian ini, semua variabel baik independen maupun dependen dikategorikan menjadi 2 kategori (tabel 2x2).

Variabel status gizi balita selanjutnya dikategorikan berdasarkan *cut of point* asumsi risiko kesehatan pada status gizi balita (Depkes, 2002) dan hasil penelitian Huriah (2006), yaitu 1: gizi kurang baik (bila *Z score*  $< -2$  SD s.d  $< -3$  SD atau  $> 2$  SD), 2: gizi baik (bila *Z score*  $-2$  SD s.d  $2$  SD). Variabel tugas kesehatan keluarga

dikategorikan, yaitu 1: baik (bila memenuhi indikator keluarga mandiri III dan IV), 2: kurang (bila hanya memenuhi indikator keluarga mandiri I dan II). Sedangkan pendidikan keluarga dikategorikan, yaitu 1: tinggi ( $\geq$  SMA), 2: rendah ( $\leq$  SMP).

#### 4.6.4.3. Analisis multivariat

Hastono (2007), mengungkapkan analisa multivariat dilakukan untuk melihat hubungan yang paling bermakna dan dominan dari variabel independen dengan variabel dependen. Analisis regresi logistik ganda adalah salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategorik yang bersifat *dikotom/binary*. Langkah yang dilakukan dalam analisis regresi logistik adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai  $p < 0,25$ , maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Namun bisa saja  $p$  value  $> 0,25$  tetap dimasukkan ke multivariat bila variabel tersebut secara substansi penting.
- b. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai  $p$  value  $< 0,05$  dan mengeluarkan variabel yang  $p$  valuenya  $> 0,05$ . Pengeluaran variabel tidak serentak semua yang  $p$  valuenya  $> 0,05$ , namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai  $p$  value terbesar.
- c. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi. Pengukuran interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model
- d. Pada langkah terakhir akan tampak nilai eks (B). Semakin besar nilai  $\exp(B)$  maka semakin besar pengaruh variabel tersebut terhadap variabel dependen.

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan uji regresi logistik ganda. Analisis regresi logistik ganda dalam penelitian ini dilakukan untuk melihat apakah variabel tugas kesehatan keluarga, pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga, status kesehatan balita dan asupan makanan balita sebagai variabel dominan yang berhubungan dengan status gizi balita.

Tabel 4.2  
Analisa data variabel penelitian

Variabel Penelitian		Metode Analisa Data		
Tugas kesehatan keluarga	Status gizi balita	Prosentase Frekuensi	Uji <i>Chi Square</i>	Regresi logistik ganda
Pendidikan keluarga				
Status ekonomi keluarga				
Jumlah anggota keluarga				
Status kesehatan balita				
Asupan makanan balita				

## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga (pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga) dan karakteristik anak (status kesehatan balita dan asupan makanan balita) dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok tahun 2011. Jumlah sampel dalam pengumpulan data 167 sampel, namun ada 7 responden dalam mengisi kuesioner tidak lengkap sehingga jumlah sampel yang digunakan dalam analisis data 160 sampel. Data-data hasil penelitian akan disajikan sebagai berikut:

### 5.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran tiap variabel dalam penelitian ini meliputi status gizi balita, tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga (pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga), dan karakteristik anak (status kesehatan balita dan asupan makanan balita).

#### 5.1.1. Status Gizi

Tabel 5.1

Distribusi responden berdasarkan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

Status gizi	Jumlah (n)	Prosentase
Baik	126	78,8
Kurang	17	10,6
Buruk	5	3,1
Lebih	12	7,5
<b>Jumlah</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Hasil analisis pada tabel 5.1. menunjukkan sebagian besar responden dengan gizi baik (-2 SD s.d 2 SD) yaitu 78,8%.

### 5.1.2. Tugas Kesehatan Keluarga

Hasil analisis tugas kesehatan keluarga diperoleh sebagian besar responden berada pada keluarga mandiri III (33,1%) dan keluarga mandiri IV (32,5%).

Tabel 5.2

Distribusi keluarga berdasarkan tugas kesehatan keluarga di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

<b>Tugas kesehatan keluarga</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Prosentase</b>
Keluarga mandiri I	36	22,5
Keluarga mandiri II	19	11,9
Keluarga mandiri III	53	33,1
Keluarga mandiri IV	52	32,5
<b>Jumlah</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

### 5.1.3. Karakteristik Keluarga

Karakteristik keluarga meliputi pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga dan jumlah anggota keluarga. Hasil analisis pada tabel berikut ini:

Tabel 5.3

Distribusi responden berdasarkan karakteristik keluarga di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011

<b>Karakteristik keluarga</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Prosentase</b>
<b>Pendidikan Keluarga</b>		
Tinggi ( $\geq$ SMA)	75	46,9
Rendah ( $\leq$ SMP)	85	53,1
<b>Status ekonomi keluarga</b>		
Tinggi ( $\geq$ UMK Depok)	57	35,6
Rendah ( $<$ UMK Depok)	103	64,4
<b>Jumlah anggota keluarga</b>		
Kecil ( $\leq$ 4 orang)	94	58,8
Besar ( $>$ 4 orang)	66	41,3

Hasil analisis berdasarkan variabel pendidikan keluarga sekitar 53,1% responden memiliki pendidikan rendah yaitu  $\leq$  SMP. Status ekonomi keluarga diperoleh sebagian besar keluarga pada status ekonomi rendah yaitu dibawah UMK Depok:

Rp.1.233.650 sebesar 64,4%. Sedangkan pada jumlah anggota keluarga ditemukan sebagian besar keluarga kecil ( $\leq 4$  orang) yaitu 58,8%.

#### 5.1.4. Karakteristik Anak

Karakteristik anak meliputi status kesehatan balita dan asupan makanan balita.

Hasil analisis pada tabel berikut ini:

Tabel 5.4

Distribusi responden menurut karakteristik anak di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011(n=160)

<b>Karakteristik anak</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Prosentase</b>
<b>Status kesehatan balita</b>		
Sehat	59	36,9
Pernah sakit atau sedang sakit:	101	63,1
- Batuk	60	37,5
- Pilek	58	36,3
- Panas	19	11,9
- Diare	15	9,4
- Lain-lain	16	10,0
<b>Asupan makanan balita (angket)</b>		
Cukup	97	60,6
Kurang	63	39,4

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden dalam satu bulan terakhir pernah sakit atau sedang sakit yaitu 101 balita (63,1%). Sebagian besar balita mengalami batuk yaitu 68 orang (37,5%), pilek yaitu 58 orang (36,3%) dan sebagian kecil (10,0%) adalah keluhan lainnya seperti mual muntah, sariawan dan gatal-gatal kulit. Hasil analisis pada asupan makanan (angket) sebagian besar adalah cukup (60,6%). Data tersebut dapat dilihat pada tabel 5.4. Sedangkan hasil analisis asupan makanan dengan *food record* selama 3 hari (n=18) sebagian besar adalah cukup (61,1%).

## 5.2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Analisis hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita diuraikan menjadi pendidikan keluarga, status kesehatan keluarga, jumlah anggota keluarga, status kesehatan balita, asupan makanan balita dengan status gizi balita. Hasil analisis dari masing-masing akan dijelaskan sebagai berikut:

### 5.2.1. Hubungan tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita

Hubungan tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.5  
Hubungan tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita di wilayah  
Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni 2011(n=160)

Tugas kesehatan keluarga	Status gizi balita		Total	p value	OR (95% CI)
	Baik	Kurang baik			
Baik	86 (81,9%)	19 (18,1%)	105 (100%)	0,252	1,697 (0,783-3,680)
Kurang	40 (72,7%)	15 (27,3%)	55 (100%)		1
Jumlah	126(78,8%)	34 (22,2%)	160 (100%)		

Hasil analisis diperoleh bahwa tugas kesehatan keluarga yang baik (keluarga mandiri III & IV) 81,9% memiliki balita dengan status gizi baik lebih besar dibandingkan dengan keluarga yang dengan tugas kesehatan keluarga kurang (keluarga mandiri I & II) yaitu 72,7 %. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita ( $p=0,252$ ).

### 5.2.2. Hubungan pendidikan keluarga dengan status gizi balita

Hubungan pendidikan keluarga dengan status gizi balita dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.6  
Hubungan pendidikan keluarga dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

Pendidikan keluarga	Status gizi balita		Total	p value	OR (95% CI)
	Baik	Kurang baik			
Tinggi	60 (80,0%)	15 (20,0%)	75 (100%)	0,865	1,152(0,537 – 2,467)
Rendah	66 (77,6%)	19 (22,4%)	85(100%)		1
Jumlah	126(78,8%)	34 (22,2%)	160 (100%)		

Hasil analisis menunjukkan pendidikan keluarga tinggi ( $\geq$  SMA) 80% memiliki balita dengan status gizi baik lebih besar dibandingkan dengan pendidikan keluarga rendah ( $\leq$  SMP) yaitu 77,6%. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan status gizi balita ( $p= 0,865$ ). Hasil analisis juga menunjukkan  $OR=1,152$ , artinya pendidikan keluarga yang tinggi mempunyai peluang 1,15 kali memiliki balita dengan status gizi baik dibandingkan dengan pendidikan keluarga yang rendah.

### 5.2.3. Hubungan status ekonomi keluarga dengan status gizi balita

Hubungan status ekonomi keluarga dengan status gizi balita dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.7  
Hubungan status ekonomi keluarga dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011(n=160)

Status ekonomi keluarga	Status gizi balita		Total	p value	OR (95% CI)
	Baik	Kurang baik			
Tinggi	48 (84,2%)	9 (15,8%)	57 (100%)	0,292	1,709 (0,736 – 3,969)
Rendah	78 (75,7%)	25 (24,3%)	103 (100%)		1
Jumlah	126(78,8%)	34 (22,2%)	160 (100%)		

Hasil analisis menunjukkan status ekonomi keluarga tinggi ( $\geq$  UMK Depok) 84,2% memiliki balita dengan status gizi baik lebih besar dibandingkan dengan status ekonomi rendah ( $<$  UMK Depok) yaitu 75,7%. baik. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara status ekonomi keluarga dengan status gizi balita ( $p=0,292$ ). Hasil analisis juga menunjukkan status ekonomi keluarga yang tinggi mempunyai peluang 1,7 kali memiliki balita dengan gizi baik dibandingkan dengan status ekonomi keluarga yang rendah.

#### 5.2.4. Hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita

Hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.8  
Hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011(n=160)

Jumlah anggota keluarga	Status gizi balita		Total	p value	OR (95% CI)
	Baik	Kurang baik			
Kecil	68 (72,3%)	26 (27,7%)	94 (100%)	0,030	0,361 (0,152 – 0,858)
Besar	58 (87,9%)	8 (12,1%)	66 (100%)		1
Jumlah	126(78,8%)	34 (22,2%)	160 (100%)		

Hasil analisis menunjukkan keluarga kecil (jumlah keluarga  $\leq 4$  orang) 72,3 % memiliki balita dengan status gizi baik, sedangkan keluarga besar (jumlah keluarga  $>4$  orang) 87,9% memiliki balita dengan status gizi balita baik. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita ( $p= 0,030$ ). Hasil analisis juga menunjukkan OR 0,361, artinya jumlah anggota keluarga yang kecil mempunyai peluang 0,36 kali mengalami gizi baik pada balita dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga yang besar.

### 5.2.5. Hubungan status kesehatan balita dengan status gizi balita

Hubungan status kesehatan balita dengan status gizi balita dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.9  
Hubungan status kesehatan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011(n=160)

Status kesehatan	Status gizi balita		Total	p value	OR (95% CI)
	Baik	Kurang baik			
Sehat	56 (94,9%)	3 (5,1%)	59 (100%)	0,000	8,267 (2,402-28,454)
Pernah sakit/sedang sakit	70 (69,3%)	31 (30,7%)	101(100%)		1
Jumlah	126(78,8%)	34 (22,2%)	160 (100%)		

Hasil analisis menunjukkan pada status kesehatan sehat 94,9% memiliki balita dengan status gizi baik, sedangkan pada status kesehatan pernah sakit/sedang sakit memiliki 69,3% memiliki balita dengan status gizi baik. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan antara status status kesehatan balita dengan status gizi balita ( $p= 0,000$ ). Hasil analisis juga menunjukkan  $OR=8,267$ , artinya status kesehatan sehat mempunyai peluang 8,3 kali memiliki balita dengan gizi baik pada balita dibandingkan dengan status kesehatan balita yang sakit.

### 5.2.6. Hubungan asupan makanan balita dengan status gizi balita

Hubungan asupan makanan balita dengan status gizi balita dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.10  
Hubungan asupan makanan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

Asupan makanan balita	Status gizi balita		Total	p value	OR (95% CI)
	Baik	Kurang baik			
Cukup	79 (81,4%)	18 (18,6%)	97 (100%)	0,403	1,494 (0,696 – 3,208)
Kurang	47 (74,6%)	16 (25,4%)	63 (100%)		1
Jumlah	126(78,8%)	34 (22,2%)	160 (100%)		

Hasil analisis menunjukkan asupan makanan balita cukup, 81,4% akan memiliki balita dengan status gizi balita baik, sedangkan dengan asupan makanan kurang 74,6% akan memiliki balita dengan status gizi balita baik. Hasil uji *Chi Square* menunjukkan tidak ada hubungan antara asupan makanan balita dengan status gizi balita ( $p= 0,403$ ). Hasil analisis juga menunjukkan  $OR=1,494$  artinya asupan makanan balita yang cukup mempunyai peluang 1,5 kali mengalami gizi baik pada balita dibandingkan dengan asupan makanan balita yang kurang.

### 5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan yang paling bermakna dan dominan dari variabel independen dan variabel dependen. Analisa multivariat menggunakan uji regresi logistik. Komponen yang paling berhubungan dengan status gizi balita ditentukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

#### 5.3.1. Seleksi bivariat

Variabel yang dapat masuk dalam multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariatnya mempunyai nilai  $p$  value  $< 0,25$ . Hasil seleksi bivariat diperoleh tugas kesehatan keluarga  $p=0,183$ , pendidikan keluarga  $p=0,716$ , status ekonomi keluarga  $p=0,201$ , jumlah anggota keluarga 0,015, status kesehatan balita 0,000, dan asupan makanan balita 0,305.

#### 5.3.2. Pemodelan multivariat

Setelah seleksi bivariat selesai, tahap berikutnya melakukan analisis multivariat. Bila dalam model multivariat dijumpai variabel yang  $p$  value nya  $>0,05$ , maka variabel tersebut harus dikeluarkan dari model secara bertahap dimulai dari  $p$  value terbesar.

Tabel 5.11

Hasil analisis multivariat regresi logistik antara tugas kesehatan keluarga, pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga, status kesehatan balita, dan asupan makanan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

Variabel	B	p value	OR	95% CI	Ket
Tugas kesehatan keluarga	0,380	0,384	1,462	0,622 – 3,440	*
Pendidikan keluarga	-0,478	0,306	0,620	0,248 – 1,548	*
Status ekonomi keluarga	0,425	0,394	1,530	0,576 – 4,065	*
Jumlah anggota keluarga	-0,897	0,057	0,408	0,162 – 1,026	*
Status kesehatan balita	2,077	0,001	7,977	2,232 – 28,509	*
Asupan makanan balita	1,088	0,494	1,348	0,572 – 3,177	-
<b>Konstanta</b>	<b>1,0888</b>	<b>0,044</b>	<b>2,968</b>		

Ket: \*Variabel yang akan dilanjutkan untuk uji berikutnya

Hasil analisis pada tabel 5.11 didapatkan ada lima variabel yang *p value*nya > 0,05 yaitu tugas kesehatan keluarga, pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga, dan asupan makanan balita. Semua variabel yang masuk dalam pemodelan analisis multivariat dianalisis dengan status gizi balita. Selanjutnya dilakukan pengeluaran variabel yang memiliki *p value* > 0,05 dari model multivariat, dilakukan satu persatu dimulai dari *p value* terbesar.

Variabel yang pertama dikeluarkan dari model adalah asupan makanan. Setelah variabel asupan makanan dikeluarkan dari model, hasil perbandingan OR pada variabel tugas kesehatan keluarga, pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga dan status kesehatan balita, tidak ada yang > 10% sehingga variabel asupan makanan dikeluarkan dari model. Pemodelan selanjutnya dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.12

Hasil analisis multivariat regresi logistik antara tugas kesehatan keluarga, pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga, dan status kesehatan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

Variabel	B	p value	OR	95% CI	Ket
Tugas kesehatan keluarga	0,448	0,291	1,565	0,681 – 3,595	*
Pendidikan keluarga	-0,449	0,333	0,639	0,257 – 1,584	*
Status ekonomi keluarga	0,452	0,064	1,572	0,593 – 4,170	-
Jumlah anggota keluarga	0,862	0,364	0,422	0,169 – 1,053	*
Status kesehatan balita	2,091	0,001	8,090	2,264 – 28,913	*
<b>Konstanta</b>	1,171	0,026	3,226		

*Ket: \*Variabel yang akan dilanjutkan untuk uji berikutnya*

Selanjutnya variabel status ekonomi keluarga dikeluarkan dari model. Pemodelan selanjutnya dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13

Hasil analisis multivariat regresi logistik antara tugas kesehatan keluarga, pendidikan keluarga, jumlah anggota keluarga, dan status kesehatan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

Variabel	B	p value	OR	95% CI	Ket
Tugas kesehatan keluarga	0,456	0,281	1,578	0,689 – 3,613	-
Pendidikan keluarga	-0,292	0,495	0,747	0,323 – 1,727	*
Jumlah anggota keluarga	-0,897	0,053	0,408	0,164 – 1,013	*
Status kesehatan balita	2,090	0,001	8,085	2,279 – 28,680	*
<b>Konstanta</b>	1,262	0,519	3,534		

*Ket: \*Variabel yang akan dilanjutkan untuk uji berikutnya*

Setelah variabel status ekonomi keluarga dikeluarkan dari model, hasil perbandingan OR pada variabel tugas kesehatan keluarga, pendidikan keluarga, jumlah anggota keluarga dan status kesehatan balita, ada yang > 10% sehingga variabel status ekonomi keluarga dimasukkan kembali kedalam model. Variabel selanjutnya yang dikeluarkan dari model adalah tugas kesehatan keluarga. Setelah

variabel tugas kesehatan keluarga dikeluarkan dari model, hasil perbandingan OR pada variabel status ekonomi keluarga, pendidikan keluarga, jumlah anggota keluarga dan status kesehatan balita, tidak ada yang  $> 10\%$  sehingga variabel tugas kesehatan keluarga dikeluarkan dari model. Model selanjutnya adalah sebagai berikut:

Tabel 5.14

Hasil analisis multivariat regresi logistik antara pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga, dan status kesehatan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

Variabel	B	p value	OR	95% CI	Ket
Status ekonomi keluarga	0,463	0,351	1,588	0,601 – 4,198	*
Pendidikan keluarga	-0,484	0,293	0,616	0,250 – 1,520	-
Jumlah anggota keluarga	-0,863	0,063	0,422	0,170 – 1,047	*
Status kesehatan balita	2,102	0,001	8,185	2,297 – 29,163	*
<b>Konstanta</b>	1,458	0,001	4,296		

Ket: \*Variabel yang akan dilanjutkan untuk uji berikutnya

Variabel selanjutnya yang dikeluarkan dari model adalah pendidikan keluarga. Setelah variabel pendidikan keluarga dikeluarkan dari model, hasil perbandingan OR pada variabel status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga, dan status kesehatan balita tidak ada yang  $> 10\%$  sehingga variabel pendidikan keluarga dikeluarkan dari model.

Tabel 5.15

Hasil analisis multivariat regresi logistik antara status ekonomi keluarga, jumlah anggota keluarga, dan status kesehatan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

Variabel	B	p value	OR	95% CI	Ket
Status ekonomi	0,275	0,549	1,316	0,536 – 3,231	*
Jumlah anggota keluarga	-0,843	0,068	0,430	0,174 – 1,063	-
Status kesehatan balita	1,994	0,002	1,316	2,109 – 25,589	*
<b>Konstanta</b>	1,312	0,002	3,713		

Ket: \*Variabel yang akan dilanjutkan untuk uji berikutnya

Variabel selanjutnya yang terakhir dikeluarkan dari model adalah jumlah anggota keluarga. Setelah variabel jumlah anggota keluarga dikeluarkan dari model, hasil perbandingan OR pada variabel status ekonomi keluarga dan status kesehatan balita tidak ada yang  $> 10\%$  sehingga variabel jumlah anggota keluarga dikeluarkan dari model. Model selanjutnya adalah sebagai berikut:

Tabel 5.16

Hasil analisis multivariat regresi logistik antara status ekonomi keluarga dan status kesehatan balita dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011 (n=160)

Variabel	B	p value	OR	95% CI
Status ekonomi keluarga	0,359	0,001	7,947	2,301 – 27,452
Status kesehatan balita	2,073	0,425	1,432	0,592 – 3,464
<b>Konstanta</b>	0,710	0,004	2,033	

### 5.3.3. Uji interaksi

Uji interaksi dilakukan karena diduga status kesehatan balita berinteraksi dengan status ekonomi keluarga. Hasil uji interaksi sebagai berikut:

Tabel 5.17.

Hasil uji interaksi antara status kesehatan balita dengan status ekonomi keluarga

Interaksi	-2 Log likelihood	P value
Status kesehatan balita*status ekonomi keluarga	147,624	0,000

Hasil analisis, ditemukan hasil uji omnibusnya memperlihatkan p value = 0,000 (lebih kecil dari 0,05), hal ini berarti status kesehatan balita dipengaruhi status ekonomi keluarga.

#### 5.3.4. Model terakhir

Hasil regresi logistik yang diperoleh dari pengolahan data sebagai berikut:

Tabel 5.18

Hasil akhir analisis multivariat regresi logistik antara status kesehatan balita dan status ekonomi keluarga dengan status gizi balita di di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok bulan Juni tahun 2011(n=160)

Variabel	B	p value	OR	95% CI
Status kesehatan balita	2,073	0,001	7,947	2,301 – 27,452
Status ekonomi keluarga	0,359	0,425	1,432	0,592 – 3,464
<b>Konstanta</b>	<b>-1,722</b>	<b>0,058</b>	<b>0,179</b>	

Berdasarkan seluruh proses analisis dapat disimpulkan, bahwa status kesehatan balita merupakan variabel yang dominan mempengaruhi status gizi balita, karena mempunyai OR paling besar (OR=7,9). Status kesehatan balita pada kondisi sehat berpeluang untuk status gizi baik 7,9 kali (95% CI: 2,301 – 27,454) dibandingkan dengan balita yang pernah sakit atau sedang sakit. Berdasarkan output tabel 5.18 dapat dibentuk persamaan regresi sebagai berikut:

$$\text{Logit P (status gizi balita)} = -1,722 + 2,073 (\text{status kesehatan balita}) + 0,359 (\text{status ekonomi keluarga})$$

Setiap peningkatan status kesehatan balita 2,073 kali akan meningkatkan status gizi 1 kali, setelah dikontrol status ekonomi keluarga 0,359.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pembahasan hasil penelitian ini disajikan dalam 3 bagian utama yaitu mengenai pembahasan hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi dalam keperawatan.

#### **6.1. Pembahasan Hasil Penelitian**

##### **6.1.1. Status Gizi Balita**

Hasil penelitian menunjukkan proporsi status gizi buruk dan kurang pada balita sebesar 13,7% dan gizi lebih 7,5%. Hasil penelitian ini lebih kecil bila dibandingkan dengan prevalensi nasional yaitu prevalensi gizi buruk-kurang 17,9 % dan gizi lebih nasional yaitu 14% (Depkes, 2011). Disamping itu juga lebih kecil dari penelitian Suyadi (2009) di Kelurahan Pancoran Mas Depok yaitu gizi buruk dan gizi kurang 21,4%, dan gizi lebih 1,9%.

Proporsi status gizi balita pada hasil penelitian menunjukkan status gizi yang lebih baik dari prevalensi gizi nasional dan penelitian sebelumnya. Menurut peneliti, hal ini dipengaruhi karena wilayah tersebut merupakan daerah binaan Fakultas Ilmu Keperawatan khususnya dalam keperawatan komunitas sejak tahun 2007. Selain itu di wilayah tersebut telah terbentuk 12 pos gizi sebagai hasil penerapan *positif deviance*, yang ditunjang dengan peran kader, RW Siaga dan BKB (bina keluarga balita), serta kegiatan posyandu yang cukup aktif.

Hal ini sesuai dengan pendapat Depkes RI (2008) yang mengungkapkan bahwa menghadapi masalah risiko tinggi dalam masalah gizi pada balita diperlukan pendekatan yang komprehensif dan multidisiplin. Peran serta seluruh komponen yaitu pemerintah, masyarakat, tenaga profesional, media dan keluarga sangat menentukan dalam pencapaian keberhasilan penanganan masalah gizi balita.

Hal senada juga diungkapkan oleh Kepala Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok berdasarkan hasil wawancara tanggal 27 Januari 2011 yang mengungkapkan bahwa program dan upaya untuk penanganan masalah gizi telah dilakukan di wilayah Puskesmas Pancoran Mas kota Depok. Upaya yang telah dilakukan pemberian penyuluhan dan konseling gizi, pelaksanaan posyandu, pemberian makanan tambahan, penerapan *positive deviance*, rujukan dan dalam waktu dekat akan mengembangkan *Therapeutic Feeding Centres (TFC)* atau panti pemulihan gizi .

#### 6.1.2. Tugas Kesehatan Keluarga

Sebagian besar responden dalam penelitian ini pada tingkat kemandirian keluarga keluarga mandiri III yaitu 33,1% dan keluarga mandiri IV yaitu 32,5%. Depkes (2006) mengemukakan kemandirian keluarga berorientasi pada 5 tugas kesehatan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya. Keluarga yang mandiri dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya dapat dinilai dari kemandirian keluarga. Kemandirian keluarga dalam program perawatan kesehatan masyarakat dibagi dalam empat tingkatan yaitu keluarga mandiri I (paling rendah) sampai keluarga mandiri IV (paling tinggi). Berdasarkan uraian tersebut kemandirian keluarga pada sebagian besar responden pada kemandirian keluarga kategori baik.

Pada penelitian ini juga didapatkan tingginya kemandirian keluarga ditunjukkan dengan keluarga mampu menyediakan air bersih untuk persediaan air minum (88,8%), keluarga membantu anak cuci tangan dengan sabun sebelum makan (84,4%), keluarga menggunakan garam iodium dalam memasak makanan (83,8%), keluarga membantu anak cuci tangan dengan air mengalir sebelum makan (76,9%), keluarga memperkenalkan makanan baru pada balita (76,9%) dan keluarga mengajak balita makan bersama anggota keluarga (84,4%). Hal tersebut merefleksikan keluarga mampu mengenal masalah, mengambil keputusan, dan mampu merawat pertumbuhan anak.

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang baik dapat meningkatkan status gizi balita. Pemahaman keluarga tentang tugas kesehatan keluarga sangat diperlukan

agar keluarga dapat memenuhi nutrisi pada balita dari pemilihan makanan sampai makanan dikonsumsi oleh anak (Widyatuti, 2001). Lebih lanjut Freeman dan Heinrich (1981) mengungkapkan bahwa kepedulian keluarga pada kesehatan dengan mengatur sendiri nilai-nilai unik, kemampuan, sumber daya dan gaya hidup secara konsisten akan mempengaruhi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga.

### 6.1.3. Karakteristik Keluarga

Hasil penelitian tentang distribusi karakteristik keluarga meliputi pendidikan keluarga, status ekonomi keluarga dan jumlah anggota keluarga. Pendidikan keluarga merupakan salah satu penyebab terjadinya masalah gizi pada balita, karena pendidikan formal mempengaruhi pengetahuan keluarga dalam memberikan asupan makanan dengan gizi seimbang pada balita. Pendidikan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jenjang sekolah tertinggi yang pernah ditamatkan oleh orang yang banyak meluangkan waktunya dalam memenuhi nutrisi balita didalam keluarga.

Hasil penelitian diperoleh bahwa pendidikan keluarga sebagian besar (40%) rendah yaitu  $\leq$  SMP. Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) mengemukakan bahwa pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi status gizi pada balita karena berhubungan dengan rendahnya tingkat pengetahuan. Kurangnya informasi pada keluarga tentang nutrisi dan bagaimana mengatur nutrisi dengan gizi seimbang untuk balita dapat menyebabkan kebiasaan makan anak yang tidak sehat karena kurangnya variasi dalam makanan. Depkes RI (2005) mengemukakan bahwa unsur pendidikan berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak. Pendapat hampir sama dinyatakan oleh Soekirman (2006) yang mengemukakan unsur pendidikan erat hubungannya dengan pengetahuan tentang kesehatan dan praktik gizi.

Hasil penelitian diperoleh sebagian besar keluarga pada status ekonomi rendah yaitu dibawah UMK Depok (Rp.1.233.650) sebesar 64,4%. Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) mengemukakan bahwa status ekonomi adalah salah satu faktor yang terbesar yang mempengaruhi status gizi khususnya kemiskinan.

Kemiskinan ini paling sering didefinisikan sebagai penghasilan yang cukup hanya untuk membeli barang dan jasa secara minimum (UNICEF, 2008). Lebih lanjut Potts dan Mandleco (2007) mengemukakan pendapatan keluarga mempunyai efek yang signifikan terhadap kesejahteraan pada masa balita. Anak yang miskin lebih tinggi risiko fisik, sosial dan efek emosional dalam kehidupannya. Kekurangan dalam status gizi anak dihubungkan dengan kemiskinan.

Hasil analisis didapatkan sebagian besar keluarga kecil ( $\leq 4$  orang) yaitu 58,8%. Hasil penelitian ini lebih besar dari penelitian Suyadi (2009) yang menemukan sebagian besar keluarga kecil ( $\leq 4$  orang) adalah 47,4%. Hanson dan Boyd (1996) mengemukakan fungsi reproduksi dimasa lampau merupakan fungsi dasar kesehatan masyarakat. Pada keluarga sekarang, mempunyai kecenderungan untuk mengurangi atau mengendalikan kelahiran anggota baru agar keluarga lebih sejahtera. Hal senada juga dikemukakan Allender dan Spradley (2005) yang mengemukakan semakin kecil jumlah anak dalam satu keluarga, maka semakin baik status gizi balita karena berhubungan dengan ketersediaan makanan dalam keluarga.

Hasil analisis dari karakteristik keluarga disimpulkan bahwa meskipun jumlah anggota keluarga kecil, tetapi dengan tingkat pendidikan keluarga dan status ekonomi keluarga yang rendah, akan dapat mempengaruhi pengetahuan dan variasi pemberian makan balita karena terbatasnya sumber daya.

#### 6.1.4. Karakteristik Anak

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden dalam satu bulan terakhir pernah sakit atau sedang sakit yaitu 101 balita (63,1%). Sebagian besar balita mengalami batuk yaitu 68 orang (37,5%), pilek yaitu 58 orang (36,3%) dan sebagian kecil (10,0%) adalah keluhan lainnya seperti mual muntah, sariawan dan gatal-gatal kulit. Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian Rosmana (2003) bahwa proporsi baduta dengan status kesehatan sakit sebesar 64,8%. Sedangkan penelitian Putri (2008) juga menunjukkan proporsi balita yang sakit 56,7% dan sebagian besar (76,8%) memiliki keluhan pilek.

Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) mengemukakan balita merupakan kelompok risiko tinggi. Usia balita yang terlalu muda, ketergantungan pada orang lain dalam ketersediaan makanan, sistem imun dan sistem pencernaan yang masih imatur mempunyai peluang lebih besar terhadap risiko penyakit dan masalah gizi.

UNICEF (2008) mengemukakan balita rentan terhadap penyakit. Lebih dari sepertiga dari anak-anak yang meninggal akibat pneumonia, diare dan penyakit lainnya. WHO (2008) melaporkan penyebab utama angka kematian balita didunia adalah masalah neonatal (37%), ISPA (17%) dan diare (16%). Sedangkan di Indonesia, penyebab utama angka kematian pada balita adalah masalah neonatal (41%), injuri (17%) dan diare (13%). Kurang gizi memberi kontribusi terbesar dari 3 penyebab kematian balita tersebut.

Hasil analisis pada asupan makanan balita ditemukan 39,4% adalah kurang. Proporsi asupan makanan kurang pada penelitian ini lebih tinggi dari hasil Riskesdas (2010) yang melaporkan bahwa kelompok umur balita dijumpai 24,4% mengkonsumsi makanan dibawah kebutuhan minimal. Hasil penelitian juga ditemukan pada balita kurang mengkonsumsi sayur (21,9%), dan kurang mengkonsumsi buah (24,4%).

Hasil observasi dan wawancara dengan keluarga pada tanggal 12-13 Februari 2011 di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok ditemukan bahwa mayoritas ibu mengeluh anaknya susah makan, makan tidak teratur dan makan makanan tertentu saja. Ibu menyediakan makanan pagi rata-rata dengan membeli nasi uduk, bubur ayam dan memasak mie instan tanpa sayur. Anak makan 3-4 suap dalam sekali makan, mengkonsumsi sayur tertentu saja, dan jarang makan buah. Keluarga tidak bisa menolak bila anak jajan chiki, permen, es dan coklat.

Menurut peneliti, asupan makanan balita yang kurang dan kebiasaan keluarga yang kurang sehat dalam memberi asupan makanan pada balita dapat mempengaruhi pemenuhan gizi balita. Hal ini sesuai dengan Depkes RI (2008)

yang mengemukakan bahwa status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat keseimbangan asupan makanan dan kebutuhan gizi yang diperlukan tubuh. Hitchcock, Schubert dan Thomas, (1999) yang mengemukakan hal yang senada bahwa asupan makanan yang seimbang merupakan dampak dalam ketersediaan makanan. Balita berisiko tinggi mengalami masalah gizi, karena ketergantungan pada orang lain dalam ketersediaan makanan. Arisman (2003) juga mengemukakan bahwa gizi kurang dapat terjadi pada balita karena asupan makanan balita kurang dan keluarga/pengasuh mengikuti kebiasaan makan keliru dalam memberikan asupan makanan pada balita.

#### 6.1.5. Hubungan tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita

Hasil analisis diperoleh bahwa tugas kesehatan keluarga yang baik (keluarga mandiri III & IV) 81,9% memiliki balita dengan status gizi baik, dibandingkan dengan keluarga yang dengan tugas kesehatan keluarga kurang (keluarga mandiri I & II) 72,7 % memiliki balita dengan status gizi baik.

Hasil penelitian menunjukkan pola hubungan pelaksanaan tugas keluarga yang baik, maka status gizi balita akan semakin baik. Hal ini senada dengan Huriah (2009) yang mengemukakan melalui asuhan keperawatan keluarga pada balita dengan gizi buruk di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok, kemandirian keluarga meningkat, dari tingkat kemandirian III 50% menjadi tingkat kemandirian III 70%. Hasil penelitian juga Widyatuti (2001) juga mengidentifikasi bahwa peningkatan pengetahuan dan ketrampilan keluarga dapat meningkatkan status gizi balita di rumah. Hal ini ditunjukkan setelah keluarga diberikan asuhan keperawatan keluarga terdapat kenaikan berat badan balita dari 8,36 kg menjadi 9,64 kg.

Hasil analisis penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita. UNICEF (1998) mengungkapkan bahwa penyebab masalah gizi baik gizi kurang atau gizi lebih adalah multisektor. Masalah gizi pada balita terjadi disebabkan oleh banyak faktor yang saling

berkaitan dan tidak berdiri sendiri meliputi makanan, kesehatan dan praktik perawatan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan masyarakat dan petugas kesehatan puskesmas serta observasi didapatkan bahwa kegiatan pembinaan keluarga di wilayah Puskesmas Pancoran Mas sebagian besar dilakukan oleh mahasiswa keperawatan yang sedang praktik lapangan. Menurut peneliti, intervensi dalam pembinaan keluarga seharusnya dilakukan berkelanjutan oleh petugas kesehatan puskesmas, agar hasilnya dapat dilihat secara nyata. Beberapa program gizi dilakukan oleh pihak puskesmas diantaranya *positive deviance* tetapi kurang monitoring petugas kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian tentang *positive deviance* di Kelurahan Pancoran Mas yang dilakukan Pujiastuti (2008) mengungkapkan bahwa kader merasakan kekuatan saat mengelola pos gizi, akan tetapi hambatan utama yang dirasakan kader karena kurangnya monitoring petugas kesehatan.

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga membutuhkan pengawasan dan bimbingan yang berkelanjutan dari petugas kesehatan, agar pelaksanaan tugas kesehatan keluarga tersebut stabil dan hasilnya dapat dilihat secara nyata. Hal ini sesuai dengan pendapat Freeman dan Heinrich (1981) yang mengungkapkan bahwa kepedulian keluarga pada kesehatan dengan mengatur sendiri nilai-nilai unik, kemampuan, sumber daya dan gaya hidup secara konsisten akan mempengaruhi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga. Pemenuhan tugas kesehatan keluarga memerlukan pengawasan serta bimbingan yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan, untuk itu perlu perhatian khusus dari perawat.

Hal senada juga dikemukakan model *transtheoretical* yang dikembangkan oleh Prochaska dan Diclemente yang mengemukakan bahwa perilaku hidup sehat dilakukan melalui 5 tahapan yaitu, prekontemplasi, kontemplasi, perencanaan/persiapan, aksi dan *maintenance*. Perubahan perilaku tersebut akan berlanjut terus serta mencapai perubahan yang stabil setelah dua tahun diberikan intervensi keperawatan secara berkelanjutan.

Faktor lain yang berkontribusi tidak bermaknanya hubungan kesehatan keluarga dengan status gizi balita adalah status kesehatan balita. Kebiasaan pada beberapa masyarakat di wilayah Puskesmas Pancoran Mas yang masih memanfaatkan fasilitas air sungai sebagai sarana MCK akan mempengaruhi status kesehatan keluarga khususnya pada balita. Disamping itu tempat tinggal beberapa warga yang tinggal disepanjang perlintasan rel kereta api dengan sanitasi lingkungan yang kurang sehat (polusi udara dan suara) juga akan mempengaruhi status kesehatan balita. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa dalam 1 bulan terakhir sebagian besar balita, yaitu 63,1% pernah sakit atau sedang sakit, dengan keluhan utama ISPA (batuk pilek) dan diare.

#### 6.1.6. Hubungan pendidikan keluarga dengan status gizi balita

Hasil penelitian diperoleh proporsi status gizi kurang baik terbanyak pada pendidikan keluarga rendah ( $\leq$  SMP) yaitu 22,4%, bila dibandingkan dengan pendidikan tinggi, yaitu 20%. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Suyadi (2009) di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok mengemukakan proporsi kekurangan energi protein (KEP) terbanyak adalah pendidikan ayah rendah ( $\leq$  SMP). Hasil penelitian Mulyati, Sandjaja dan Tjandarini (2008) juga mendukung temuan diatas yaitu, prevalensi gizi kurang pada balita jauh lebih tinggi pada rumah tangga dengan pendidikan kepala rumah tangga tidak sekolah/SD/SMP (41,0%) dibandingkan dengan pendidikan SMA atau lebih (27,6%).

Hasil analisis juga menunjukkan  $OR=1,152$ , artinya pendidikan keluarga yang rendah ( $\leq$  SMP) mempunyai peluang 1,15 kali mengalami gizi kurang baik pada balita dibandingkan dengan pendidikan keluarga yang tinggi. Hasil penelitian tersebut hampir sama dengan hasil penelitian Mulyati, Sandjaja dan Tjandarini (2008) yang mengemukakan pendidikan kepala rumah tangga SMP atau lebih rendah memiliki peluang 1,45 kali lebih besar mengalami gizi kurang dibandingkan pendidikan kepala rumah tangga SMA atau lebih.

Soekirman (2006) mengemukakan unsur pendidikan erat hubungannya dengan pengetahuan tentang kesehatan dan gizi. Pendidikan orang tua khususnya ibu pada umumnya masih rendah. Meskipun mereka memiliki keuangan yang cukup, tetapi tidak mempunyai pengetahuan tentang kesehatan dan gizi. Pengetahuan tentang kesehatan dan gizi merupakan syarat penting bagi keluarga agar dapat menerapkan pola makan dengan gizi seimbang pada anaknya.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan status gizi balita ( $p= 0,865$ ). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Suyadi (2009) yang mengemukakan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan ayah dengan status gizi balita. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian oleh Hariadi (2010) dan Hadi Saputra (2009) yang menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan pendidikan ibu dengan status gizi balita. Pendidikan yang tinggi memberikan gambaran tentang status ekonomi keluarga dan kemampuan keluarga dalam mengelola sumber daya keluarga dengan lebih baik, dibandingkan dengan keluarga dengan pendidikan yang rendah.

Tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan keluarga dengan status gizi balita pada hasil penelitian dipengaruhi oleh kegiatan penyuluhan dan pembinaan keluarga dengan masalah gizi balita yang dilakukan oleh mahasiswa profesi dan spesialis komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok selama 3 tahun terakhir. Kegiatan tersebut dapat memberikan bekal pengetahuan bagi keluarga dalam mengatur nutrisi balita dengan gizi seimbang. Selain itu dengan kemajuan teknologi, pengetahuan tentang gizi juga dapat diperoleh keluarga dari media cetak, maupun elektronik.

#### 6.1.7. Hubungan status ekonomi keluarga dengan status gizi balita

Hasil analisis menunjukkan status ekonomi keluarga tinggi ( $\geq$  UMK Depok) 84,2% memiliki balita dengan status gizi baik, dibandingkan dengan status ekonomi rendah ( $<$  UMK Depok) 75,7% memiliki balita dengan status gizi balita baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Suyadi (2009) bahwa proporsi kekurangan energi protein (KEP) pada balita lebih besar pada keluarga yang

memiliki pendapatan yang rendah (80,8%) bila dibandingkan dengan keluarga yang memiliki jumlah pendapatan yang tinggi (9,4%). Hasil penelitian di India (Archer, 2007) menunjukkan 53% balita dengan gizi kurang berasal dari keluarga dengan status ekonomi yang kurang terutama dihubungkan dengan kondisi lingkungan rumah yang kurang sehat.

Hasil analisis juga menunjukkan status ekonomi keluarga yang rendah mempunyai peluang 2,9 kali mengalami gizi kurang baik pada balita dibandingkan dengan status ekonomi keluarga yang tinggi. Hasil penelitian ini senada dengan penelitian Taruna (2002) yang mengemukakan status ekonomi keluarga yang rendah mempunyai peluang 2,8 kali mengalami gizi kurang.

Depkes RI (2005) mengungkapkan bahwa data Indonesia dan negara lain menunjukkan bahwa adanya hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Proporsi anak yang gizi kurang dan gizi buruk berbanding terbalik dengan pendapatan. Makin kecil pendapatan penduduk, makin tinggi persentasi anak yang kekurangan gizi, makin tinggi pendapatan makin kecil persentasinya.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara status ekonomi keluarga dengan status gizi balita ( $p= 0,292$ ). Hal ini menunjukkan perbedaan yang kecil antara status ekonomi keluarga tinggi dan rendah dengan status gizi balita. Status ekonomi keluarga tinggi dan rendah sama-sama memiliki balita dengan gizi kurang. Menurut analisis peneliti, perbedaan yang kecil antara status ekonomi keluarga yang tinggi dan rendah dengan status gizi balita, bukan karena sosial ekonomi keluarga; namun dapat juga karena ketersediaan waktu keluarga untuk mengatur makanan anak dengan gizi seimbang yang perlu ditingkatkan. Hal ini perlu diteliti lebih lanjut.

Fungsi ekonomi bila dikaitkan dengan peran keluarga dalam pemenuhan gizi, maka orang tua harus bisa merencanakan dan mengatur keuangan keluarga agar bisa memenuhi kebutuhan nutrisi yang sehat untuk seluruh anggota keluarga, serta

mengatur waktu dalam perawatan anak terutama pada kedua orang tua yang bekerja (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan pendapat Sudirman (2008) yang mengungkapkan bahwa terkadang faktor pendidikan dan pengetahuan gizi menjadi penting di samping masalah pendapatan. Artinya meski pendapatan relatif rendah tetapi bila didasari oleh pengetahuan gizi yang memadai, makan makanan yang memenuhi kebutuhan gizi masih mungkin didapatkan atau dibeli. Rumah tangga yang tingkat pendapatannya meningkat tidak selalu membelanjakan tambahan pendapatannya untuk makanan guna memenuhi kebutuhan gizi, tidak jarang dibelanjakan untuk barang yang dapat meningkatkan status sosial daripada kebutuhan makanan yang bergizi. Sering dijumpai anak gizi kurang atau bahkan gizi buruk dari rumah tangga yang secara ekonomi seharusnya dapat mencukupi kebutuhan makanan bergizi.

Hasil penelitian di Philipina menemukan bahwa kenaikan pendapatan berpengaruh signifikan pada konsumsi energi, tetapi besaran pengaruhnya kecil. Peningkatan pendapatan rumah tangga sebesar dua kali akan meningkatkan asupan energi anak pra sekolah sebesar 9% dan kenaikan ini akan memperbaiki status gizi sebesar 4% (Sudirman, 2008).

#### 6.1.8. Hubungan Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Gizi Balita

Hasil analisis menunjukkan keluarga kecil (jumlah keluarga  $\leq 4$  orang) 72,3 % memiliki balita dengan status gizi baik. Ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita ( $p= 0,030$ ). Hasil analisis juga menunjukkan OR 0,361, artinya jumlah anggota keluarga yang kecil mempunyai peluang 0,36 kali mengalami gizi baik pada balita dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga yang besar.

Jumlah anggota keluarga yang besar dikaitkan dengan kemiskinan. Kemiskinan menyebabkan kurangnya dukungan dan pengharapan, dimana tidak direncanakannya terlebih dahulu dalam pembatasan jumlah anak. Jumlah anggota keluarga besar secara langsung akan mempengaruhi angka kesakitan dan status

gizi anak, hal ini terkait dengan kurangnya ketersediaan pangan yang ada dalam keluarga karena kurangnya sumber daya (Allender & Spradley, 2005).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Amos (2000) yang mengemukakan ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Semakin besar jumlah anggota keluarga, maka semakin besar risiko terjadinya masalah status gizi balita. Sedangkan hasil penelitian di wilayah Kelurahan Pancoran Mas oleh Suyadi (2009) juga mengidentifikasi proporsi status gizi kurang pada balita lebih besar dijumpai pada keluarga yang besar ( $> 4$  orang) bila dibandingkan keluarga yang kecil ( $\leq 4$  orang). Semakin sedikit jumlah anggota keluarga, maka status gizi balita akan semakin baik.

#### 6.1.9. Hubungan Status Kesehatan Balita dengan Status Gizi Balita

Hasil analisis menunjukkan pada status kesehatan sehat 94,9% memiliki balita dengan status gizi baik, dibandingkan pada status kesehatan pernah sakit/sedang sakit yaitu 69,3% memiliki balita dengan status gizi baik. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ada hubungan antara status kesehatan balita dengan status gizi balita ( $p= 0,000$ ).

Hasil penelitian ini sesuai dengan Rosmana (2003) dan Tarigan (2001) yang mengemukakan ada hubungan antara status kesehatan dengan status gizi anak bawah dua tahun. Hasil penelitian Hariadi (2010) dan Suyadi (2009) juga menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara status infeksi dengan status gizi balita pada indek BB/U. Hasil penelitian Archer, di India (2007) juga mengemukakan gizi kurang pada balita sangat berhubungan dengan diare dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA).

Depkes RI (2005) mengemukakan bahwa terjadi hubungan timbal balik antara status kesehatan anak terutama penyakit infeksi dan gizi buruk. Anak yang menderita gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan tubuh, sehingga anak rentan terhadap penyakit infeksi. Disisi lain anak yang menderita sakit infeksi akan cenderung menderita gizi buruk.

Hasil penelitian menunjukkan  $OR=8,267$ , artinya status kesehatan pernah sakit/sedang sakit mempunyai peluang 8,3 kali mengalami gizi kurang baik pada balita dibandingkan dengan status kesehatan balita yang sehat. Hasil penelitian ini senada dengan penelitian Boer (2000) di Pangkal Pinang mengidentifikasi balita dengan gizi kurang mempunyai risiko 2,9 kali lebih besar menderita pneumonia dibandingkan dengan balita dengan status gizi baik. Sedangkan hasil penelitian Mulyati, Sandjaja dan Tjandarini (2008) mengemukakan balita yang mengalami diare memiliki risiko untuk mengalami gizi kurang 1,7 kali dibandingkan yang tidak mengalami diare.

Menurut peneliti, berdasarkan hasil penelitian peneliti dan penelitian terdahulu, balita memang berpotensi status kesehatan menurun (kondisi sakit), namun hasil penelitian menunjukkan hasil  $OR$  yang tinggi ( $OR=8,267$ ). Peluang status kesehatan menurun (sakit) pada balita dipengaruhi kondisi geografis dan status ekonomi yang heterogen pada keluarga dengan balita wilayah Puskesmas Pancoran Mas. Sebagian responden berdomisili dipinggiran rel kereta sepanjang stasiun Depok Lama sampai Depok Baru dan dekat pasar serta masih menggunakan air sungai sebagai sarana MCK. Responden yang tinggal di sepanjang rel kereta rata-rata golongan menengah kebawah, dan bertempat tinggal dengan sanitasi lingkungan yang kurang sehat. Kondisi ini bisa mempengaruhi perawatan anak dan status kesehatan balita, sehingga mempengaruhi status gizi balita. Hal ini perlu diteliti lebih lanjut.

#### 6.1.10. Hubungan Asupan Makanan Balita dengan Status Gizi Balita

Hasil analisis menunjukkan asupan makanan balita cukup, 81,4% akan memiliki balita dengan status gizi balita baik, sedangkan dengan asupan makanan kurang 74,6% akan memiliki balita dengan status gizi balita baik. Hasil analisis juga menunjukkan  $OR=1,494$  artinya asupan makanan balita yang cukup mempunyai peluang 1,5 kali mengalami gizi baik pada balita dibandingkan dengan asupan makanan balita yang kurang.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Suyadi (2009) yang menemukan bahwa status gizi balita baik terbanyak pada balita dengan konsumsi energi cukup yaitu 51,4%. Asupan makanan balita yang cukup mempunyai peluang 0,2 kali mengalami gizi baik pada balita dibandingkan dengan asupan makanan balita yang kurang. Sedangkan Kartika, et al (2000) juga mengemukakan sebagian besar anak dengan gizi kurang (66,7%) mempunyai pola makan yang banyak mengandung karbohidrat.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara asupan makanan balita dengan status gizi balita ( $p= 0,403$ ). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Purwati (2003) yang menemukan tidak menemukan hubungan yang bermakna antara konsumsi energi dengan status gizi balita. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Muhammad, Hadi, dan Boediman (2010) tentang pola asuh, asupan zat gizi dan hubungannya dengan status gizi balita mengidentifikasi bahwa ada hubungan asupan gizi dengan status gizi balita menurut BB/U dan TB/U. Sedangkan hasil penelitian Tanjung (2006) dan Kartika, et al (2000) juga mengemukakan ada hubungan antara pola makan dengan status gizi balita.

Menurut peneliti, tidak ada hubungan yang bermakna pada hasil penelitian dipengaruhi oleh status kesehatan balita. Hal ini sesuai dengan UNICEF (1998) mengemukakan penyebab langsung masalah gizi karena asupan makanan yang tidak seimbang dan status kesehatan terutama penyakit infeksi. Asupan makanan dan status kesehatan saling mempengaruhi dan terdapat hubungan yang timbal balik. Anak dengan asupan gizi kurang akan mengalami penurunan daya tahan tubuh, sehingga anak rentan terhadap penyakit infeksi. Disisi lain anak yang menderita sakit akan cenderung asupan makanannya menurun. Asupan makanan yang menurun berarti mengurangi pemasukan gizi ke dalam tubuh balita.

#### 6.1.11. Komponen yang paling dominan yang berhubungan dengan status gizi balita

Status kesehatan balita merupakan variabel yang dominan mempengaruhi status gizi balita. Status kesehatan balita pada kondisi sehat berpeluang untuk meningkatkan status gizi baik 7,9 kali dibandingkan dengan balita yang pernah sakit atau sedang sakit. Hasil uji interaksi menunjukkan status kesehatan balita dipengaruhi status ekonomi. Hasil pemodelan akhir multivariat didapatkan setiap peningkatan status kesehatan balita 2,073 kali akan meningkatkan status gizi 1 kali, setelah dikontrol status ekonomi keluarga 0,359.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status kesehatan balita dan status ekonomi keluarga sangat berperan dalam menentukan status gizi balita. Hal senada juga dikemukakan Depkes RI (2005) yang menyatakan bahwa ada hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Anak yang menderita gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan tubuh, sehingga anak rentan terhadap penyakit infeksi.

UNICEF (2008) menyatakan bahwa status kesehatan balita merupakan penyebab langsung masalah gizi. Masalah gizi pada balita akan diperburuk oleh penyakit. Balita dengan gizi kurang atau gizi buruk yang bertahan hidup menjadi terkunci dalam siklus penyakit yang berulang. Gizi kurang dapat menurunkan daya tahan tubuh anak terhadap serangan penyakit dan membuat penyakit menjadi lebih parah.

Hal senada menurut Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999) yang mengungkapkan bahwa status ekonomi merupakan salah satu faktor yang terbesar mempengaruhi status gizi balita. Status ekonomi yang kurang mempunyai resiko lebih besar untuk timbul permasalahan kesehatan. Ketidakmampuan keluarga secara finansial akan berdampak tidak terpenuhi kebutuhan pokok kehidupan sehari-hari keluarga, dengan demikian masalah kesehatan akan mudah timbul pada balita.

## 6.2. Keterbatasan Penelitian

6.2.1. Penggunaan kuesioner asupan makanan dalam pengumpulan data kemungkinan ada bias *recall* karena keterbatasan responden dalam mengingat rata-rata jumlah makanan yang dikonsumsi balita dalam sehari, meskipun peneliti juga menggunakan *food record*. Instrumen pencatatan makanan/*food record* selama 3 hari yang diberikan pada responden diharapkan menjadi data pembanding yang dapat memberi gambaran tentang asupan makanan balita. Namun pada penelitian selanjutnya akan lebih tepat jika menggunakan *food record* dalam 1 minggu sehingga mendapatkan data yang lebih akurat.

6.2.2. Status gizi tidak hanya berhubungan dengan faktor-faktor (variabel) yang dibahas dalam penelitian. Variabel lain yang tidak dibahas dalam penelitian juga mempengaruhi status gizi seperti pelayanan kesehatan (UNICEF, 1998), perawatan anak/pola asuh (UNICEF, 1998), namun peneliti mengkaitkan variabel ini semua dengan tugas kesehatan keluarga. Variabel lain yang tidak diteliti adalah pekerjaan (Depkes RI, 2005), sanitasi lingkungan, ras, budaya, umur dan jenis kelamin (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Variabel yang dibahas dalam penelitian ini tidak mencakup semua variabel yang berhubungan dengan status gizi balita, namun hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai penelitian lebih lanjut dan perencanaan keperawatan pada balita dengan masalah gizi khususnya gizi kurang.

## 6.3. Implikasi dalam Keperawatan

### 6.3.1. Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan

#### 6.3.1.1. Dinas kesehatan

Penelitian ini menemukan status kesehatan balita merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan status gizi balita. Status kesehatan balita seharusnya diperhatikan dalam upaya penanggulangan masalah gizi. Status kesehatan balita sangat dipengaruhi oleh perilaku hidup sehat keluarga dan perbaikan mutu sanitasi lingkungan.

Salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan balita adalah dengan promosi kesehatan. Upaya promotif seharusnya lebih dikedepankan daripada upaya preventif dalam penanganan masalah gizi. Dinas kesehatan Kota Depok perlu merancang program dan menetapkan kebijakan dengan menekankan upaya promotif.

Upaya promotif dalam meningkatkan status kesehatan balita meliputi memberikan balita makanan yang bervariasi, menerapkan pola hidup bersih dan sehat, menjaga kebersihan lingkungan, dan memantau agar berat badan anak di unit pelayanan kesehatan setiap bulan secara teratur. Promosi kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan balita perlu kerjasama dan melibatkan seluruh elemen masyarakat seperti PKK, kader kesehatan, tokoh masyarakat, BKB (bina kesehatan balita), RW siaga, LSM, media massa, pihak swasta yang terkait, maupun dengan instansi pendidikan anak usia dini. Dinas Kesehatan Kota Depok seharusnya menyiapkan media, sarana prasarana, tenaga dan mengalokasikan dana untuk promosi kesehatan tersebut.

Pemberdayaan keluarga dan masyarakat perlu ditingkatkan agar dapat melakukan tindakan mandiri yang efektif dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita melalui pendekatan *positive deviance*. Pendekatan *positive deviance* merupakan salah satu pemecahan masalah gizi berbasis keluarga dan masyarakat dengan mempertahankan dan meningkatkan perilaku positif anggotanya untuk diadopsi oleh anggota yang lain. Dinas Kesehatan Kota Depok seharusnya menyiapkan sarana prasarana, tenaga terlatih dan mengalokasikan dana untuk pemberdayaan keluarga tersebut.

Upaya lain untuk meningkatkan status kesehatan balita adalah meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang terjangkau oleh segenap anggota masyarakat. Dinas Kesehatan Kota Depok perlu mensosialisasikan kepada masyarakat tentang *Jamkesda*. *Jamkesda* merupakan program bantuan sosial

pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang pembiayaannya dibantu oleh Pemerintah Daerah Kota Depok.

Hasil penelitian ditemukan ada interaksi antara status kesehatan balita dan status ekonomi keluarga sehingga mempengaruhi status gizi balita. Kemiskinan merupakan akar pokok masalah gizi, sehingga status ekonomi seharusnya diperhatikan dalam menanggulangi masalah gizi. Dinas Kesehatan Kota Depok perlu mendistribusikan pemberian paket makanan tambahan pemulihan ke puskesmas untuk kemudian diberikan pada balita dengan gizi kurang dan gizi buruk. Upaya lain yang dilakukan untuk meningkatkan status ekonomi keluarga yaitu dengan pemberdayaan keluarga melalui pelatihan untuk usaha kecil, pemanfaatan pekarangan rumah, pengadaan kebun sayur RT, dan pemberian pinjaman lunak untuk modal kerja. Advokasi dengan Dinas Pertanian perlu dilakukan dalam pengadaan bibit untuk kebun sayur RT atau pemanfaatan pekarangan rumah dalam upaya meningkatkan status ekonomi keluarga.

Hasil penelitian ditemukan tidak ada hubungan tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita. Pemenuhan tugas kesehatan keluarga berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dengan baik dan memerlukan pengawasan serta bimbingan yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan. Perubahan perilaku masyarakat akan berlanjut terus serta mencapai perubahan yang stabil setelah dua tahun diberikan intervensi keperawatan secara berkelanjutan.

Pembinaan keluarga dengan balita risiko tinggi masalah gizi seharusnya dilakukan secara rutin dan berkelanjutan agar hasil dari pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada masyarakat dapat dinilai secara nyata, karena perubahan perilaku sehat masyarakat sudah menetap. Dinas Kesehatan Kota Depok perlu merancang program dan kebijakan dalam upaya meningkatkan peran perawat kesehatan masyarakat dalam pembinaan keluarga risiko tinggi masalah gizi khususnya pada balita.

Hasil penelitian ditemukan tidak ada hubungan asupan makanan balita, dan pendidikan keluarga dengan status gizi balita. Unsur pendidikan erat hubungannya dengan pengetahuan tentang kesehatan dan praktik gizi. Pengetahuan tentang kesehatan dan gizi merupakan syarat penting bagi keluarga agar dapat menerapkan pola makan dengan gizi seimbang pada anaknya.

Kebiasaan memberi asupan makanan yang kurang baik pada balita ditunjang dengan pendidikan keluarga yang rendah, cenderung membuat kebiasaan/perilaku menetap dan menjadi nilai-nilai yang keliru yang dianut kuat oleh keluarga, sehingga dapat mempengaruhi status gizi balita. Dinas Kesehatan Kota Depok perlu merancang program dan kebijakan dalam upaya meningkatkan upaya promotif untuk meningkatkan peran perawat kesehatan masyarakat dalam memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat tentang prinsip gizi seimbang.

#### 6.3.1.2. Puskesmas

Status kesehatan balita dapat ditingkatkan melalui upaya promotif maupun preventif. Peran perawat sebagai pendidik sangat diperlukan melalui pemberian promosi kesehatan tentang gizi seimbang secara berkelanjutan kepada keluarga. Perawat komunitas perlu meningkatkan perannya pada promosi kesehatan dalam mengembangkan media komunikasi dan penyuluhan pada keluarga balita dengan masalah gizi, sehingga diharapkan terjadi perubahan kearah keluarga sadar gizi. Media penyuluhan hendaknya banyak menggunakan gambar daripada huruf, karena hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pendidikan keluarga adalah  $\leq$  SMP.

Perawat komunitas dapat bekerjasama dengan kader kesehatan setempat dalam pelaksanaan pos gizi/*positive deviance* untuk kesinambungan kegiatan. Wadah tersebut dapat memberikan pengetahuan dan ketrampilan bagi keluarga sebagai salah satu pemberdayaan keluarga dan pemberdayaan masyarakat. Pihak puskesmas perlu mengadakan pelatihan kader agar kader terlatih dalam pelaksanaan *positive deviance*. Monitoring tenaga kesehatan dalam pelaksanaan

*positive deviance* juga diperlukan untuk efektifitas kegiatan. Peran perawat sebagai advokat klien juga diperlukan dalam membantu memberi informasi terkait dengan gizi balita kemudian mendukung keputusan yang diambil anggota *positive deviance*.

Upaya preventif yang dilakukan pihak puskesmas untuk meningkatkan status kesehatan balita adalah meningkatkan pemerataan pada pelayanan kesehatan dasar di puskesmas ataupun melakukan rujukan di rumah sakit jika diperlukan, yang didukung oleh tersedianya dana jaminan kesehatan terutama bagi masyarakat yang kurang mampu. Pemulihan status kesehatan balita dan status gizi juga perlu dilakukan di *therapeutic feeding centres* (TFC) di masing-masing TFC terdekat dengan puskesmas terutama pada balita gizi buruk tahap pemulihan kondisi.

Profesionalisme tenaga kesehatan juga perlu ditingkatkan agar mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan secara merata dapat dirasakan oleh masyarakat melalui pembinaan keluarga risiko tinggi masalah gizi balita dan *screening* masalah gizi dan status kesehatan balita. Pihak puskesmas perlu melakukan pencatatan dan pelaporan yang akurat tentang pendistribusian pemberian paket makanan tambahan pemulihan yang diberikan pada balita dengan gizi kurang dan gizi buruk, agar distribusinya sesuai dengan target. Selain itu juga perlu adanya pembinaan keluarga dengan balita risiko tinggi masalah gizi melalui asuhan keperawatan keluarga secara rutin dan berkelanjutan.

Upaya pemberdayaan masyarakat juga dilakukan untuk meningkatkan status ekonomi keluarga. Pihak Puskesmas perlu mengkaji dan mempertimbangkan karakteristik masyarakat dan sumber daya yang mendukung untuk menentukan upaya pemberdayaan masyarakat mana yang paling efektif dan efisien untuk dilaksanakan. Perawat komunitas perlu mendiskusikan dengan keluarga tentang pemilihan bahan makanan penunjang alternatif untuk meningkatkan asupan makan anak yang disesuaikan dengan kemampuan keluarga.

### 6.3.2. Keluarga

Keluarga merupakan orang terdekat dengan balita. Pemenuhan gizi balita tergantung dari keluarga karena ketergantungan balita dalam ketersediaan makanan. Keluarga harus mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang baik agar dapat meningkatkan status kesehatan balita dan status gizi balita. Keluarga perlu meningkatkan pengetahuan tentang upaya meningkatkan status gizi balita melalui aktif bertanya/berkonsultasi pada petugas kesehatan, memanfaatkan sarana media cetak dan elektronik sebagai media informasi.

Keluarga perlu memberikan makanan yang bervariasi setiap harinya pada anak yang terdiri dari makanan pokok, sayur, lauk pauk dan buah dengan memperhatikan selera makan anak. Pola hidup bersih perlu ditanamkan kepada anak meliputi cuci tangan sebelum makan dengan sabun dan air mengalir, serta menggunakan tudung saji atau menyimpan makanan dalam keadaan tertutup. Untuk itu keluarga perlu menyediakan fasilitas yang menunjang perilaku hidup bersih dan sehat anak misalnya menyediakan sabun dan air kran yang mengalir untuk cuci tangan anak. Kebersihan rumah dan lingkungan sekitar juga perlu diperhatikan keluarga, dengan membersihkannya setiap hari. Keluarga juga perlu tetap berkunjung ke posyandu secara rutin setiap bulan untuk memantau berat badan anak.

### 6.3.3. Implikasi Terhadap Pengembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk penelitian lebih lanjut kearah *action research* terkait dengan model intervensi yang dapat dipraktikkan pada keluarga dengan masalah gizi balita, yang mengintegrasikan berbagai pendekatan seperti pemberdayaan keluarga dan pemberdayaan masyarakat. Pengembangan model ini dapat digunakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga sehingga diharapkan berdampak pada pemecahan masalah kelompok balita dengan risiko tinggi masalah gizi. Penelitian terhadap variabel-variabel yang belum diteliti terkait dengan status gizi balita juga penting dilakukan untuk dasar intervensi keperawatan seperti sanitasi lingkungan, pekerjaan orang tua, suku, jenis kelamin balita dan umur balita.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Penelitian ini diakhiri dengan Bab VII yang merupakan bab simpulan dan saran.

#### **7.1. Simpulan**

- 7.1.1. Proporsi status gizi buruk, gizi kurang dan gizi lebih pada balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Depok lebih rendah dari prevalensi nasional. Hal ini karena program gizi puskesmas berjalan optimal dan wilayah tersebut juga merupakan daerah binaan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia terutama Keperawatan Komunitas.
- 7.1.2. Proporsi tugas kesehatan keluarga sebagian besar baik yaitu pada kemandirian tingkat III dan IV. Hal ini karena kepedulian yang tinggi keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi balita.
- 7.1.3. Karakteristik keluarga ditemukan sebagian besar pendidikan rendah yaitu  $\leq$  SMP, status ekonomi rendah yaitu dibawah UMK Depok: Rp.1.233.650, dan jumlah anggota keluarga yaitu keluarga kecil ( $\leq$  4 orang). Meskipun jumlah anggota keluarga kecil, tetapi dengan tingkat pendidikan keluarga dan status ekonomi keluarga yang rendah, akan dapat mempengaruhi pengetahuan dan variasi pemberian makan balita karena terbatasnya sumber daya.
- 7.1.4. Karakteristik anak menunjukkan sebagian besar responden dalam satu bulan terakhir pernah sakit atau sedang sakit. Sebagian besar balita mengalami batuk dan pilek. Proporsi asupan makanan balita dengan konsumsi makanan kurang, lebih tinggi dari prevalensi nasional. Kebiasaan makan yang kurang sehat pada keluarga dalam memberi asupan makanan balita dan kondisi kesehatan anak yang sering sakit, berkontribusi pada malnutrisi anak.

- 7.1.5. Tidak ada hubungan antara tugas kesehatan keluarga dengan status gizi balita. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga agar menjadi perilaku yang stabil, membutuhkan waktu untuk dapat dilihat langsung secara nyata dan membutuhkan pembinaan berkelanjutan dari petugas kesehatan.
- 7.1.6. Tidak ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan status gizi balita. Kegiatan pembinaan keluarga dan pemberian pendidikan kesehatan yang telah dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan khususnya keperawatan komunitas dapat menjadi bekal pengetahuan masyarakat untuk memberikan gizi seimbang pada asupan makan balita, meskipun sebagian besar pendidikan keluarga rendah.
- 7.1.7. Tidak ada hubungan antara status ekonomi keluarga dengan status gizi balita. Keluarga yang mampu merencanakan dan mengatur keuangan keluarga dengan baik akan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bagi seluruh anggota keluarga secara baik, tidak memandang apakah status ekonomi tinggi atau rendah.
- 7.1.8. Ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Jumlah anggota keluarga besar secara langsung akan mempengaruhi angka kesakitan dan status gizi anak, hal ini terkait dengan kurangnya ketersediaan pangan yang ada dalam keluarga karena kurangnya sumber daya.
- 7.1.9. Ada hubungan antara status kesehatan balita dengan status gizi balita. Usia balita yang terlalu muda, ketergantungan pada orang lain dalam ketersediaan makanan, sistem imun dan sistem pencernaan yang masih imatur mempunyai peluang lebih besar terhadap risiko penyakit dan masalah gizi.
- 7.1.10. Tidak ada hubungan antara asupan makanan balita dengan status gizi balita. Penyebab langsung masalah gizi adalah asupan makanan dan status

kesehatan. Keduanya saling berinteraksi dan terdapat hubungan yang timbal balik sehingga mempengaruhi status gizi balita.

7.1.11. Status kesehatan balita merupakan variabel yang dominan mempengaruhi status gizi balita. Status kesehatan balita pada kondisi sehat berpeluang status gizi baik 7,9 kali dibandingkan dengan balita yang pernah sakit atau sedang sakit. Status gizi balita dapat dioptimalkan dengan meningkatkan status kesehatan balita dan status ekonomi keluarga. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Anak yang menderita gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan tubuh, sehingga anak rentan terhadap penyakit infeksi.

## **7.2. Saran**

### **7.2.1. Bagi Pelayanan Kesehatan/Keperawatan**

#### **7.2.1.1. Dinas Kesehatan**

- a. Perlu ditingkatkan upaya terpadu yang melibatkan kerjasama lintas program dan lintas sektoral dalam penanggulangan masalah gizi balita, seperti PKK, kader kesehatan, tokoh masyarakat, BKB (bina kesehatan balita), RW siaga, LSM, media massa, pihak swasta yang terkait, maupun dengan instansi pendidikan anak usia dini.
- b. Perlu meningkatkan jumlah tenaga terlatih dan alokasi pendanaan untuk program pencegahan dan penanggulangan masalah gizi balita serta meningkatkan pemberdayaan masyarakat.
- c. Perlu meningkatkan advokasi dengan Dinas Pertanian dalam pengadaan bibit tanaman untuk kebun sayur RT dan pemanfaatan pekarangan rumah dalam upaya untuk meningkatkan status ekonomi keluarga.

#### **7.2.1.2. Puskesmas/perawat komunitas**

- a. Perawat perlu mengembangkan media komunikasi dan penyuluhan pada keluarga balita dengan masalah gizi agar disesuaikan dengan

karakteristik keluarga, sehingga diharapkan dapat terjadi perubahan kearah keluarga sadar gizi (KADARZI). Media penyuluhan hendaknya banyak menggunakan gambar daripada huruf, karena sebagian besar keluarga berpendidikan rendah.

- b. Perlu mengoptimalkan pembinaan keluarga dengan balita yang berisiko tinggi masalah gizi melalui asuhan keperawatan keluarga secara rutin dan berkelanjutan, serta melibatkan institusi pendidikan keperawatan.

#### 7.2.2. Keluarga perlu:

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang upaya meningkatkan status gizi balita melalui aktif bertanya/berkonsultasi pada petugas kesehatan, memanfaatkan sarana media cetak dan elektronik sebagai media informasi.
- b. Memberikan makanan yang bervariasi setiap harinya pada anak yang terdiri dari makanan pokok, sayur, lauk pauk dan buah dengan memperhatikan selera makan anak.
- c. Menyediakan fasilitas yang menunjang perilaku hidup bersih dan sehat pada anak dengan menyediakan sabun dan kran yang mengalir untuk sarana cuci tangan.
- d. Membersihkan rumah dan lingkungan sekitar rumah setiap hari.
- e. Berkunjung ke posyandu setiap bulan untuk penimbangan berat badan balita dan menanyakan kepada petugas kesehatan hal-hal yang belum diketahui terkait tentang tumbuh kembang dan pemenuhan gizi balita.

7.2.3. Bagi peneliti selanjutnya

- a. Penelitian selanjutnya perlu mengembangkan variabel lain yang mempengaruhi status gizi balita seperti umur dan jenis kelamin anak, suku, sanitasi lingkungan dan pekerjaan orang tua, sehingga hasilnya akan memperluas intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah gizi.
  
- b. Penelitian lebih lanjut kearah *action research* terkait dengan model intervensi yang dapat dipraktikkan pada keluarga dengan masalah gizi balita perlu dilakukan yang mengintegrasikan berbagai pendekatan seperti pemberdayaan keluarga dan pemberdayaan masyarakat. Pengembangan model ini dapat digunakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga sehingga diharapkan berdampak pada pemecahan masalah kelompok balita dengan risiko tinggi masalah gizi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. (2007). *Sistem kesehatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Allender & Spradley. (2005). *Community health nursing: Concept and practice*. (5<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott.
- Allibbirwin. (2001). *Karakteristik keluarga yang berhubungan dengan status gizi kurang pada balita yang berkunjung ke posyandu di Desa Bojong Baru Kecamatan Bojong Gede Kabupaten Bogor*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Jakarta
- Almatsier, S. (2004). *Prinsip dasar ilmu gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Amos, J. (2000). *Hubungan persepsi ibu balita tentang kurang gizi dan pemberian makanan tambahan pemulihan dengan status gizi balita pada keluarga miskin di Kabupaten Pariaman Provinsi Sumatera Barat*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Archer, S. (2007). Staying focused on the undernourished child-India. *Journal of the American Dietetic Association*. November 2007: volume 107: 1879-1887.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Ariningsih. (2009). Konsumsi dan kecukupan energi dan protein rumah tangga di Indonesia: analisis data Susenas 1999, 2002, 2007. Pusat Analisis Sosial Ekonomi dan Kebijakan Pertanian. *Journal Info Pangan dan Gizi*. Volume XIX. No 2: 23-29. 2010
- Arikunto, S. (1998). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arisman. (2004). *Gizi dalam daur kehidupan*. Jakarta: EGC
- Basuki, U. (2003). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi baduta (6-23 bulan) pada keluarga miskin dan keluarga tidak miskin di Kota Bandar Lampung*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Bekti. (2011). *Sehat dan bugar berkat gizi seimbang*. Januari 2. 2011. [http://medicastore.com/seminar/121/Gizi\\_Seimbang](http://medicastore.com/seminar/121/Gizi_Seimbang).
- Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice*. (3<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Saunders.

- Boer, S. (2000). *Hubungan antara status gizi dengan kejadian pneumonia balita di Kota Pangkal Pinang*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- BPS. (2010). *Hasil sensus penduduk 2010: data per-agregat per-provinsi*. Februari 18. 2011.  
[http://www.bps.go.id/download\\_file/SP2010\\_agregat\\_data\\_perProvinsi.pdf](http://www.bps.go.id/download_file/SP2010_agregat_data_perProvinsi.pdf)
- Buttriss, J., Stanner, S., & Wynne, A. (2001). *Nutrition a handbook for community nurses*. (1<sup>th</sup> ed). London: Whurr Publisher.
- Dahlan, M.S. (2008). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Daryono. (2003). *Hubungan antara konsumsi makanan, kebiasaan makan dan faktor lain dengan status gizi pada anak sekolah di Kota Jambi*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Depkes, RI. (2002). *Klasifikasi gizi anak bawah lima tahun (balita)*. Maret 12. 2011. <http://www.perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/KMK920-0802-G.pdf>
- (2004). *Pedoman umum gizi seimbang (panduan untuk petugas)*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Direktorat Gizi Masyarakat.
- (2004). *Angka kecukupan gizi yang dianjurkan bangsa Indonesia*. Januari 26. 2010. <http://www.gizi.net/kebijakan-gizi/download/sk%20akg2004.pdf>
- (2006). *Pedoman kegiatan perawat kesehatan masyarakat di puskesmas*. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Depkes RI. Jakarta.
- (2008). *Profil kesehatan Indonesia 2008*. Maret 8. 2011.  
<http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%2008.pdf>
- (2010). *Keputusan menteri kesehatan nomor 908/Menkes/SK VIII/2010 tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan keluarga*. Maret 12. 2011.  
<http://www.yanmedik.depkes.go.id/buk/index.php%3>
- (2011). *Laporan nasional riset kesehatan dasar tahun 2010*. Badan Perencanaan dan Penelitian Kesehatan. Maret 8, 2011.  
<http://www.litbang.depkes.go.id/>
- Depkes RI & Pakar Gizi Institut Danone. (2010). *Sehat dan bugar berkat gizi seimbang*. Jakarta: PT Gramedia.

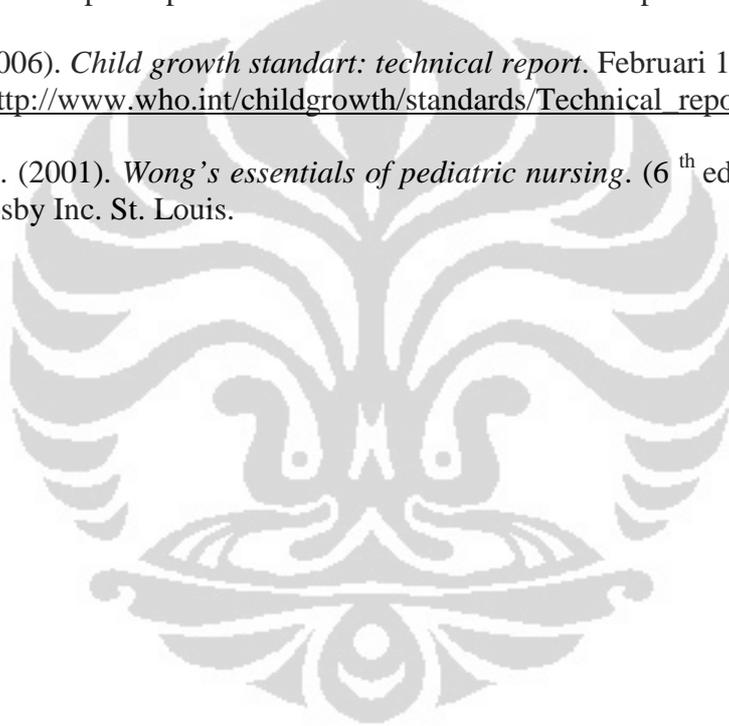
- Dinkes Kota Depok. (2010). *Profil kesehatan kota Depok 2010*. Depok: Tidak dipublikasikan.
- Edelman.C., & Mandle, C. (2006). *Health promotion throughout the life span*. (6<sup>th</sup> rd). St Louis. Missouri: Mosby.
- Freeman, R. & Heinrich. J.C. (1981). *Community health nursing practice*. (1<sup>st</sup> rd). Canada: W.B. Saunders Company.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R. & Jones, E.G. (2003). *Family nursing: research, theory and practice*. (5<sup>th</sup> ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, M.M. (1998). *Family nursing: research, theory and practice*. (4<sup>th</sup> rd) California: Appleton and Lange.
- Gibney, M., Margetts, B.M., Kearney, J.M., & Arab, L. (2005). *Gizi kesehatan masyarakat*. (Edisi I). Jakarta: EGC.
- Hadi, H. (2005). *Beban ganda masalah gizi dan implikasinya terhadap kebijakan kesehatan nasional*. Yogyakarta: FK UGM.
- Hadisaputra, S. (2009). *Analisis determinan status gizi balita di RSUD Kota Bandung*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia
- Hanson, S., & Boyd, S.T. (1996). *Family health care nursing theory, practice, and research*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Hariadi. (2010). *Analisis hubungan penerapan gizi seimbang keluarga dan perilaku sadar gizi dengan status gizi balita di Provinsi Kalimantan Barat*. Tesis. Departemen Gizi Masyarakat. Fakultas Ekologi Manusia. Institut Pertanian Bogor.
- Harmani, A. (2004). *Hubungan antara karakteristik keluarga dan beberapa faktor terkait dengan status gizi anak balita*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Herman, S (2008). *Tantangan libang lintas disiplin dalam penanggulangan kemiskinan dan kelaparan*. Februari 15, 2011.  
<http://www.litbang.depkes.go.id/update/orasi/OrasiHerman.pdf>.
- Hitchcock, J., Schubert, P., & Thomas,S., (1999). *Community health nursing: caring in action*. Delmar Publishers. International Thomson Publishing Company.

- Hockenberry, P., Lowdermilk, D.L., & Wilson, D.(2010). *Maternal child nursing care*. (2<sup>th</sup> ed). Canada: Mosby Inc an affiliate of Elsevier.
- Huriah, T. (2006). *Hubungan perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan gizi dengan status gizi batita di Puskesmas Beji Kota Depok*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia.
- (2007). *Laporan residensi pada agregat batita dengan gizi buruk di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok*. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia.
- Kartika, V., et all. (2000). Pola pemberian makan anak (6-18 bulan) dan hubungannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak pada keluarga miskin dan tidak miskin. *Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan*. Jilid 23.2000:37-47. Bogor: Puslitbang Gizi.
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). *Standar antropometri penilaian status gizi anak*. Februari 14, 2011. <http://gizi.net/kebijakan-gizi/download/buku-sk-antropometri-2010.pdf> sk menteri 2010.
- Puskesmas Pancoran Mas. (2009). *Laporan bulan penimbangan balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas tahun 2009*. Tidak dipublikasikan.
- (2010). *Laporan bulan penimbangan balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas tahun 2010*. Tidak dipublikasikan
- Lemeshow. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Mahmud, R. (2009). Pengaruh kemiskinan keluarga pada kejadian pneumonia balita di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. Volume 4, no 1: 36-40. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Marino, D.D. (2007). Water and food safety in the developing world: global implications for health and nutrition of infant and young children. *Journal of the American Dietetic Association*. November 2007: volume 107: 1930-1933.
- McMurray, A. (2003). *Community health and wellness: a socioecological approach*. (2<sup>th</sup> ed). St. Louis USA: Mosby Year Company.
- Moore MC. (2009). *Pocked guide to nutritional assesment and care*. (6<sup>th</sup> ed). Mosby Elsevier.St. Louis, Missouri.
- Muaris, H. (2006). *Lauk bergizi untuk anak balita*. Jakarta: Gramedia.
- Muhammad, A., Hadi, H., dan Boediman, D. (2009). Pola asuh, asupan zat gizi dan hubungannya dengan status gizi anak balita masyarakat Suku Nuaulu di

- Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah Provinsi Maluku. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 2009, 6 (2): 84-94.
- Mulyati, Sandjaja, dan Tjandarini, D. (2008). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian underweight pada balita (24-59 bulan) di Nangroe Aceh Darussalam (NAD). *Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan*. Volume 31.No 1. Juni 2008: 21-35. Bogor: Puslitbang Gizi.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian*. Jakarta: Salemba Medika.
- Orisinal. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita di Sumatera Barat*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Pender, N. (2001). *Health promotion in nursing practice*. (4<sup>th</sup> ed) United States: St. Louis Missouri.
- Plan International Indonesia & Departemen Gizi Masyarakat IPB (2008). Prevalensi status gizi di Kabupaten Timor Tengah Selatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Laporan Penelitian. Fakultas Ekologi Manusia. Institut Pertanian Bogor. *Journal Info Pangan dan Gizi*. Volume XIX.No 2: 11-15.2010
- Potts, N., & Mandleco, B., (2007). *Pediatric nursing: caring for children and their families*. (Second edition). Canada: Thomson Delmar Learning.
- Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Nursing research: principles and methods*. (Sixth edition). Philadelphia New York: Lippincott.
- Pujiastuti, N. (2009). *Pengalaman kader dalam mengelola pos gizi dengan pendekatan positive deviance di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia.
- Putri, R.N. (2008). *Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi baduta di wilayah kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Rosmana, D. (2003). *Hubungan pola asuh gizi anak usia 6-24 bulan di Kabupaten Serang*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Sabri & Hastono (2006). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajagrafindo.
- Samidah, I. (2011). *Pengaruh model integrasi interpersonal health promotion dan family center nursing terhadap kemandirian keluarga dalam upaya*

- pemeliharaan kesehatan anak di Makassar*. Disertasi. Universitas Hasanudin Makasar.
- Sastroasmoro & Ismail. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (Edisi kedua). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Smith, C. & Maurer, F. (2000). *Community health nursing: theory and practice*. Philadelphia: WB. Saunders.
- Stanhope & Lancaster. (2000). *Community and public health nursing*. (5<sup>th</sup> ed). St Louis United states: Mosby Inc.
- . (2002). *Foundation of community health nursing: community-oriented practice*. Mosby.Inc. A Harcourt Health Sciences Company.
- Soekirman, et.al (2006). *Hidup sehat gizi seimbang dalam siklus kehidupan manusia*. Jakarta: PT. Gramedia pustaka.
- Stone, C., McGuire, & Eigsti. (2002). *Comprehensive community health nursing: family, agregrat dan community practice*. (6<sup>th</sup> ed) Mosby.
- Supariasa, I. (2002). *Penilaian status gizi*. Jakarta: EGC.
- Suyadi, E.S. (2009). *Kejadian kurang energi protein balita dan faktor-faktor yang berhubungan di wilayah Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok 2009*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Tanjung, R. (2006). *Hubungan pola makan dengan status gizi kurang balita*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia.
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman teknis penulisan tugas akhir mahasiswa*. Tidak dipublikasikan.
- UNICEF. (1998). *The world children*. . Februari 13. 2011.  
[http://www.unicef.org/publications/files/pub\\_sowc98\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/pub_sowc98_en.pdf)
- . (2001). *The world children*. . Februari 13. 2011.  
[http://www.unicef.org/publications/files/pub\\_sowc01\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/pub_sowc01_en.pdf)
- . (2008). *The state world's children*. . Februari 13. 2011.  
<http://www.unicef.org/publications/files/The State of the Worlds Children 2008 Executive Summary E.pdf>
- . (2009). *Tracking progress in child and maternal nutrition*. Februari 13. 2011.  
<http://www.unicef.org/publications/files/Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition EN 110309.pdf>

- (2010). *Fact for Life*. Feb 13, 2011.  
[http://www.unicef.org/publications/files/Facts\\_for\\_Life\\_EN\\_010810.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Facts_for_Life_EN_010810.pdf)
- USDA & HHS (2010). *Dietary Guidelines for Americans 2010*. April 1, 2010.  
<http://www.cnpp.usda.gov/Publications/DietaryGuidelines/2010/DGAC/Report/B-2-TotalDiet.pdf>.
- Taruna, J. (2002). *Hubungan status ekonomi keluarga dengan terjadinya kasus gizi buruk pada anak balita di Kabupaten Kampar Provinsi Riau tahun 2002*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Widyatuti. (2001). *Meningkatkan status gizi balita melalui asuhan keperawatan keluarga di wilayah Kelurahan Rawa Bunga Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur*. Laporan penelitian. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan.
- WHO. (2006). *Child growth standart: technical report*. Februari 13. 2011.  
[http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical\\_report.pdf](http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf)
- Wong, D. (2001). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (6<sup>th</sup> ed). United States: Mosby Inc. St. Louis.



## FORMULIR INFORMASI PENELITIAN

Nama Peneliti : Rina Nur Hidayati

Alamat : Perumahan Permata Depok Jl. Nilam F2/11 Depok

Peneliti adalah mahasiswa Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Peminatan Keperawatan Komunitas. Peneliti bermaksud mengadakan penelitian yang berjudul **“Hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas, Kota Depok”**. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas, Kota Depok. Hasil penelitian ini sangat bermanfaat untuk pengembangan pelayanan keperawatan di masyarakat terutama perawatan balita dengan masalah gizi.

Peneliti menawarkan partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini dengan mengisi pertanyaan kuesioner. Jika bapak/ibu bersedia ikut serta dalam penelitian ini, bapak/ibu akan di minta mengisi tentang identitas keluarga, kuesioner tugas kesehatan keluarga, dan dilakukan penimbangan berat badan terhadap anak balita bapak/ibu. Partisipasi bapak/ibu dalam penelitian ini tidak ada paksaan dan apabila bapak/ibu tidak berkenan, akan diperkenankan mengundurkan diri dari partisipasi penelitian ini tanpa konsekuensi apapun.

Penelitian ini tidak membahayakan atau berisiko bagi keselamatan balita maupun keluarga. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan digunakan hanya untuk keperluan penelitian. Semua data akan dimusnahkan setelah penelitian dilaksanakan Demikian informasi tentang penelitian ini, apabila ada hal yang kurang jelas dapat menghubungi peneliti. Atas partisipasi yang diberikan disampaikan terima kasih.

Depok, April 2011

Peneliti

Rina Nur Hidayati

**SURAT PERNYATAAN**  
**BERSEDIA BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan penelitian “Hubungan tugas kesehatan keluarga, karakteristik keluarga dan anak dengan status gizi balita di wilayah Puskesmas Pancoran Mas, Kota Depok”.
2. Telah diberi kesempatan untuk bertanya dan mendapat jawaban dengan jelas dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat dan kemungkinan dampak buruk yang terjadi akibat penelitian dilakukan.

Dengan pertimbangan diatas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa saya **bersedia / tidak bersedia\*** berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Depok,.....2011

Tanda Tangan

.....

**\* Coret yang tidak perlu**

## KISI-KISI KUESIONER

No	Variabel	Sub Variabel	Sub-Sub Variabel	No Pertanyaan	
1.	<b>Variabel Independen:</b>			Kuesioner B	
				Positif	Negatif
	A. Tugas kesehatan keluarga	1. Keluarga mandiri I	a. Menerima petugas kesehatan.	No 1, 4	No 2,3
			b. Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan.	No 6,7	No 5,8
		2. Keluarga mandiri II	c. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.	No 9,11,	No 10,12
			d. Memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran.	No 13,14	No 15
			e. Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran.	No17, 19	No 18
		3. Keluarga mandiri III	f. Melakukan tindakan pencegahan aktif.	No 20, 21,22, 23,24	
		4. Keluarga mandiri IV	g. Melakukan tindakan peningkatan (promotif) secara aktif.	No 25,26, 27	No 28

	B. Karakteristik keluarga		Kuesioner A Point A
		1. Pendidikan keluarga	No 1
		2. Status ekonomi	No 2
		3. Jumlah anggota keluarga	No 3
	C. Karakteristik anak	1. Status kesehatan anak	Kuesioner A Point B No 4
		2. Asupan makanan	Kuesioner C
2.	<b>Variabel dependen :</b>  Status gizi balita	Berat badan per umur (BB/U)	Kuesioner A Point B No 1,2,3

Kode Responden

**KUESIONER PENELITIAN****HUBUNGAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA, KARAKTERISTIK  
KELUARGA DAN ANAK DENGAN STATUS GIZI BALITA DI  
WILAYAH PUSKESMAS PANCORAN MAS KOTA DEPOK**

Apakah bapak/ibu pernah dikunjungi petugas kesehatan dirumah:  Ya  
 Tidak

Tanggal Pengumpulan Data : .....

Alamat Responden : RT.....RW.....

**KUESIONER A**

Petunjuk:

Isilah titik-titik dan berilah tanda rumput (√) yang sesuai dengan identitas bapak/ibu pada tempat yang tersedia.

**A. Karakteristik keluarga**

1. Pendidikan keluarga dominan :

- Tidak sekolah/tidak tamat SD  
 SD  
 SMP  
 SMA  
 Perguruan Tinggi

2. Penghasilan keluarga per bulan : Rp.....

3. Jumlah anggota keluarga serumah : .....orang

**B. Karakteristik balita (di isi oleh tim peneliti)**

1. Jenis Kelamin  Laki-laki  Perempuan

2. Berat badan sekarang : ..... Kg

3. Tanggal lahir balita : .....

4. Status kesehatan anak balita (1 bulan terakhir)(\*):

Sehat

Pernah sakit atau sedang sakit,

Sebutkan, jenis sakit:  Batuk

Pilek

Panas

Diare

Lain-lain

\*Jawaban jenis sakit boleh lebih dari satu

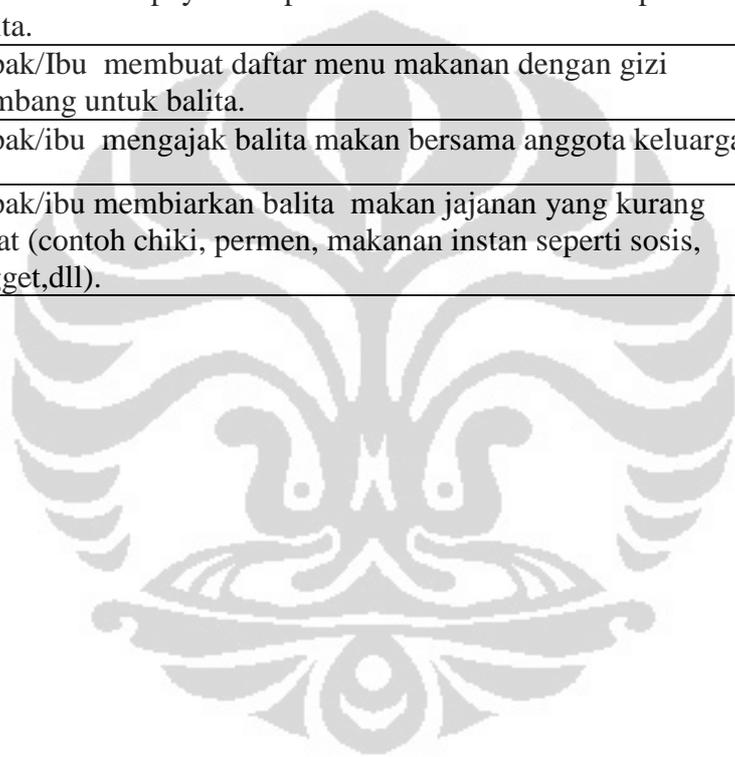
**KUESIONER B**  
**KUESIONER TUGAS KESEHATAN KELUARGA**

*Petunjuk:*

- Pertanyaan angket ini tentang tugas kesehatan keluarga terkait dengan gizi balita.
- Istilah *unit pelayanan kesehatan* pada pertanyaan berikut, mengacu pada pelayanan di rumah sakit/puskesmas/balai pengobatan/posyandu/praktik pribadi: dokter/perawat/bidan.
- Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda rumput ( ✓ ) pada jawaban yang bapak/ibu pilih!

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Bapak/ibu menerima petugas kesehatan saat melakukan kunjungan rumah terkait dengan gizi balita.		
2	Bapak/ibu merasa bahwa kunjungan petugas kesehatan hanya membuang waktu saja.		
3	Bapak/ibu merasa takut bila ada petugas kesehatan mengunjungi keluarga.		
4	Bapak/ibu merasa mendapat bimbingan dalam memenuhi gizi balita dari petugas kesehatan		
5	Bapak/ibu tidak mengikuti penyuluhan tentang gizi yang dilakukan oleh petugas kesehatan.		
6	Bapak/ibu mengizinkan anaknya ditimbang berat badannya di unit pelayanan kesehatan.		
7	Bapak/ibu mengizinkan anaknya diberikan vitamin A oleh petugas kesehatan.		
8	Bapak/ibu menolak pemberian makanan tambahan yang diberikan untuk balita.		
9	Makanan yang bergizi penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak.		
10	Penurunan berat badan pada balita adalah wajar.		
11	Adanya penyakit pada anak, bisa menyebabkan gizi kurang.		
12	Apabila pada kartu menuju sehat (KMS) balita berada pada garis hijau berarti anak mengalami gizi kurang.		
13	Bapak/ibu membawa balita ke unit pelayanan kesehatan untuk penimbangan.		
14	Bapak/ibu melakukan konsultasi gizi ke unit pelayanan kesehatan bila ada masalah gizi pada balita (contoh: berat badan balita tidak naik, anak sulit makan).		
15	Bapak/ibu tidak membawa balita ke unit pelayanan kesehatan untuk memantau pertumbuhan berat badan, bila anak rewel.		
16	Bapak/ibu memberikan anak makanan dengan gizi seimbang (nasi/makanan pokok, sayur, buah dan susu) setiap hari.		

17	Berat badan anak selalu ditimbang secara rutin setiap bulan.		
18	Bapak/ibu bila memasak sayur, di dipotong dulu baru dicuci.		
19	Bapak/ibu memilih bahan makanan dalam keadaan segar (contoh: sayur, buah, ikan, daging).		
20	Bapak/ibu menggunakan air yang bersih untuk persediaan air minum.		
21	Bapak/ibu membantu anak untuk cuci tangan dengan sabun sebelum makan.		
22	Bapak/ibu menggunakan garam beriodium dalam memasak.		
23	Anak balita bapak/ibu mendapat vitamin A 2 kali pertahun.		
24	Bapak/ibu membantu anak untuk cuci tangan sebelum makan dengan menggunakan air yang mengalir.		
25	Bapak/ibu berupaya memperkenalkan makanan baru pada balita.		
26	Bapak/Ibu membuat daftar menu makanan dengan gizi seimbang untuk balita.		
27	Bapak/ibu mengajak balita makan bersama anggota keluarga.		
28	Bapak/ibu membiarkan balita makan jajanan yang kurang sehat (contoh chiki, permen, makanan instan seperti sosis, nugget,dll).		



## KUESIONER C: KUESIONER ASUPAN MAKANAN

*Petunjuk:*

- Pertanyaan angket ini terkait dengan **jumlah makanan setiap hari yang dimakan atau makanan yang dihabiskan dalam sehari** oleh anak balita bapak/ibu.
- Ukuran yang digunakan menggunakan ukuran rumah tangga.  
1 gelas belimbing (240 ml) sama dengan 1 mangkok/cangkir kecil (diameter 10 cm) /  
1 piring kecil (diameter 15 cm) / 1 centong nasi (4 sendok makan penuh nasi).
- Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda rumput ( √ ) pada jawaban yang bapak/ibu pilih!

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Anak makan secara teratur 3 kali sehari setiap hari.		
2	Anak sarapan pagi setiap hari.		
3	Anak makan makanan pokok (nasi/bubur/mie/tepung/kentang/jagung/singkong/ubi) kurang dari 1 mangkok kecil dalam sehari setiap hari.		
4	Anak makan makanan pokok (nasi/bubur/mie/tepung/kentang/jagung/singkong/ubi) pada usia 1-3 tahun 1-1 ½ mangkok kecil dalam sehari <i>atau</i> pada usia 4-5 tahun makan 2-3 mangkok kecil dalam sehari setiap hari.		
5	Anak makan sayur kurang dari ½ mangkok kecil dalam sehari setiap hari.		
6	Anak makan buah/jus buah 2-3 buah/potong dalam sehari setiap hari.		
7	Anak makan lauk hewani (daging sapi/daging ayam/jeroan/ikan/itik/telur) 2-3 potong/butir perhari setiap hari..		
8	Anak makan lauk nabati : tahu/tempe 2-3 potong <i>atau</i> kacang-kacangan (kacang hijau, kacang kedelai, kacang tanah) 2-3 sendok makan ( <i>dalam bahan mentah</i> ) perhari setiap hari.		
9	Anak minum susu <i>atau</i> produk susu (keju/yogurt) 1-2 gelas (3-6 sendok makan) setiap hari.		
10	Bapak/ibu dalam mengolah makanan untuk anak, memberikan minyak/mentega/margarin/kelapa dalam sehari 1-2 sendok makan/potong setiap hari.		
11	Bapak/ibu memberikan garam beriodium secukupnya dalam mengolah masakan/makanan untuk anak setiap hari.		
12	Anak minum air putih 5-7 gelas dalam sehari setiap hari.		

13	Jumlah gula/sirup/madu dalam sehari yang diberikan untuk anak pada makanan dan minuman paling sedikit 4 sendok makan setiap hari..		
14	Anak diberikan makanan selingan sehat (contoh: roti/biskuit/bubur kacang hijau/pisang goreng/buah/jus buah) 2 kali sehari setiap hari.		



## CATATAN ASUPAN MAKANAN (FOOD RECORD)

### Petunjuk Pengisian:

- Pencatatan asupan makanan yang dituliskan adalah apa yang dimakan anak balita Ibu dalam 3 hari sesudah hari ini.  
Contoh: Ibu mengisi asupan makan anak ibu pada hari Senin, 1 April 2011, maka yang Ibu isi pada kolom yaitu pada hari 2-4 April 2011.
- Kolom hari/Tanggal/Jam, diisi sesuai dengan waktu makan balita.
- Kolom jumlah atau banyaknya, diisi dengan banyaknya **makanan yang dimakan dan dihabiskan oleh anak**, untuk memudahkan ukuran makanan yang dihabiskan anak, Ibu dapat menggunakan ukuran rumah tangga seperti contoh di bawah ini:
  - Ukuran gelas belimbing digunakan untuk mengukur banyaknya nasi, sayur, dan bubur. Contoh: nasi 1 gelas belimbing, sayur ½ gelas belimbing.
  - Potong digunakan untuk mengukur tempe, tahu, ikan, daging dan buah seperti pepaya.
  - Butir digunakan untuk banyaknya telur.
  - Buah digunakan untuk pisang, jeruk.
  - Sendok makan digunakan untuk susu, minyak, gula pasir.
- Untuk lebih memudahkan ibu, dibawah ini **contoh** cara mengisi catatan asupan makanan anak.

Hari/Tgl/ Jam	Waktu Makan	Makanan yang Dimakan	Jumlah Banyaknya (Ukuran)
Sabtu, 1 April 2011 Jam: 08.00	<b>PAGI</b>	Nasi Sayur Telur	½ gelas belimbing ½ gelas belimbing 1 butir
	<b>SIANG</b>	Nasi Sayur Ikan	½ gelas belimbing ½ gelas belimbing 1 potong
	<b>MALAM</b>	Nasi Ikan	½ gelas belimbing 1 potong
Jam: 10.00 14.00 20.00	<b>Minum Susu/Jus Buah</b>	Susu Jus buah Susu	1 gelas 1 gelas ½ gelas (3 sendok makan)
Jam: 09.00 17.00	<b>Makanan Selingan</b>	Roti Bubur kacang hijau	1 potong ½ gelas
	<b>Lain-lain</b>	Gula Minyak	3 sendok makan 3 sendok makan

**CATATAN ASUPAN MAKANAN (FOOD RECORD)**

Hari ke / Tanggal : I

Nomor Responden :

<b>Hari/Tgl/ Jam</b>	<b>Waktu Makan</b>	<b>Makanan yang Dimakan</b>	<b>Jumlah Banyaknya (Ukuran)</b>
	<b>PAGI</b>		
	<b>SIANG</b>		
	<b>MALAM</b>		
Jam : ..... ..... .....	<b>Minum Susu/Jus Buah</b>		
Jam : ..... ..... .....	<b>Makanan Selingan</b>		
	<b>Lain-lain</b>		

## CATATAN ASUPAN MAKANAN (FOOD RECORD)

Hari ke / Tanggal : II  
 Nomor Responden :

Hari/Tgl/ Jam	Waktu Makan	Makanan yang Dimakan	Jumlah Banyaknya (Ukuran)
	<b>PAGI</b>		
	<b>SIANG</b>		
	<b>MALAM</b>		
Jam : ..... ..... .....	<b>Minum Susu/Jus Buah</b>		
Jam : ..... ..... .....	<b>Makanan Selingan</b>		
	<b>Lain-lain</b>		

## CATATAN ASUPAN MAKANAN (FOOD RECORD)

Hari ke / Tanggal : III  
 Nomor Responden :

<b>Hari/Tgl/ Jam</b>	<b>Waktu Makan</b>	<b>Makanan yang Dimakan</b>	<b>Jumlah Banyaknya (Ukuran)</b>
	<b>PAGI</b>		
	<b>SIANG</b>		
	<b>MALAM</b>		
Jam : ..... ..... .....	<b>Minum Susu/Jus Buah</b>		
Jam : ..... ..... .....	<b>Makanan Selingan</b>		
	<b>Lain-lain</b>		

**KEBUTUHAN BALITA DALAM SEHARI**

1. Kebutuhan balita usia 1-3 tahun berdasarkan AKG 2004 sebesar 1000 kkal. Kebutuhan minimal konsumsi kalori balita adalah > 70% AKG 2004 atau > 700 kalori (Depkes RI, 2011). Contoh set hidangan 1100 kalori

No	Bahan makanan atau penukarnya	Jumlah porsi (p)	Pagi	Selingan Pagi	Siang	Selingan Sore	Malam
1.	Nasi	2	½	-	½	-	½
2.	Sayur	1	¼	-	½	-	¼
3.	Buah	2	-	1	-	1	-
4.	Tempe	1	-	-	½	-	¼
5.	Daging	1	¼	-	½	-	¼
6.	Minyak	1 ½	½	-	½	½	-
8.	ASI	Sekehendak					
9.	Taburia	1 Sachet/hari					
Total Sehari (kkal)		1100	144	50	218	126	253

(Sumber: Depkes RI (2010), kerjasama dengan pakar gizi institute Danone)

Keterangan:

1. Nasi 1 porsi =  $\frac{3}{4}$  gelas = 100 gram = 175 kkal
2. Sayur 1 porsi = 1 gelas = 100 gram = 25 kkal
3. Buah 1 porsi = 1-2 buah = 50-190 gram = 75 kkal
4. Tempe 1 porsi = 2 potong sedang = 50 gram = 75 kkal
5. Daging 1 porsi = 1 potong sedang = 35 gram = 50 kkal
6. Minyak 1 porsi = 1 sendok teh = 5 gram = 50 kkal
7. Gula 1 porsi = 1 sendok makan = 13 gram = 50 kkal
8. Susu bubuk 1 porsi = 4 sendok makan = 20 gram = 75 kkal

2. Kebutuhan balita usia 4-6 tahun berdasarkan AKG 2004 sebesar 1550 kkal. Kebutuhan minimal konsumsi kalori balita adalah > 70% AKG 2004 atau > 1000 kalori (Depkes RI, 2011). Contoh set hidangan 1400 kalori

No	Bahan makanan atau penukarnya	Jumlah porsi (p)	Pagi	Selingan Pagi	Siang	Selingan Sore	Malam
1.	Nasi	3	1	-	1	-	1
2.	Sayur	2	$\frac{3}{4}$	-	$\frac{3}{4}$	-	$\frac{1}{2}$
3.	Buah	2 $\frac{1}{2}$	-	$\frac{1}{2}$	-	2	-
4.	Tempe	2	-	-	1	-	1
5.	Daging	3	1	-	1	-	1
6.	Minyak	2	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{3}{4}$	-	$\frac{3}{4}$
7.	Gula	2	-	1	-	1	-
8.	Susu	1	-	-	-	1	-
Total Sehari (kkal)		1400	293,75	75	381,25	275	375

(Sumber: Depkes RI (2010), kerjasama dengan pakar gizi institut Danone)



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Anak dengan Status Gizi Balita di Wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok.**

Nama peneliti utama : **Rina Nur Hidayati**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 23 Mei 2011

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : SS/H2.F12.D/PDP.04.02/2011  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

2 Mei 2011

Yth. Walikota  
Depok  
Di \_  
tempat

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

**Sdr. Rina Nur Hidayati**  
**0906504934**

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Anak dengan Status Gizi Balita di Wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP / 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bakespol dan Linmas Kota Depok
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok
4. Kepala Puskesmas Pancoran Mas Depok
5. Camat Pancoran Mas Depok
6. Kepala Kelurahan Depok
7. Sekretaris FIK-UI
8. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
9. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
10. Koordinator M.A. "Tesis"
11. Bertanggung jawab

Hubungan tugas..., Rina Nur Hidayati, FIK UI, 2011



# PEMERINTAH KOTA DEPOK KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS

Jl. Pemuda No. 70B Pancoranmas - Depok 16431  
Telp./Fax. (021) 77204704

## SURAT REKOMENDASI

Nomor: 70 / 420 -Kesbang Pol & Linmas

Membaca : Surat dari: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, tanggal 2 Mei 2011, no:1551/H2.F12.D/PDP.04.02/2011, tentang Permohonan Ijin Penelitian.  
Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2008, tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD)  
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 42 tahun 2008, tentang : Rincian tugas fungsi dan tata kerja Kantor Kesbang Pol & Linmas (Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat)

Mengingat : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka;  
Dengan ini kami tidak keberatan **dilakukannya Permohonan Ijin Penelitian** oleh :

Nama (NPM) : Rina Nur Hidayati (0906504934)  
Jurusan : Keperawatan  
Judul : " Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Anak Dengan Status Gizi Balita di Wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok."  
Lama : 5 Mei s.d 5 Agustus 2011  
Tempat : • Kelurahan Depok

### Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. melakukan kegiatan PKL/ magang/ , riset/pengumpulan data/ observasi/ serta kerjasama dengan Perguruan Tinggi/ universitas, yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala : Dinas/ Instansi/ Badan/ Lembaga/ Kantor/ Bagian yang dituju, dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/ topik masalah/ tujuan akademik;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh instansi pemohon;
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan , yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok, Up. Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas - Kota Depok;
5. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Depok, 5 Mei 2011

A.n KEPALA KANTOR KESBANG POL & LINMAS  
KOTA DEPOK

Kasubag Tata Usaha



**Tembusan :** Disampaikan kepada Yth,

1. Walikota Depok (sebagai laporan)
2. Ka.Dinas Kesehatan Kota Depok,
3. Camat Pancoran Mas Kota Depok,
4. Lurah Depok,
5. Lurah Pancoran Mas Kota Depok,
6. Ka.Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok,
7. Dekan FIK-UI
8. Ybs



# PEMERINTAH KOTA DEPOK DINAS KESEHATAN

Jl. Margonda Raya No. 42, Ruko Depok Mas Blok A-7-8-9  
Telp. : (021) 77203904, 77203724 Fax. : (021) 77212909 - DEPOK 16431

Depok, 12 Mei 2011

Nomor : 070/253/ /Umum  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada :  
Yth. Ka. ....  
di -  
Depok

Sehubungan dengan surat dari Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas - Kota Depok Nomor : 070/ 420 / Kesbang Pol & Linmas, tanggal 5 Mei 2011 tentang Surat Pemberitahuan Rekomendasi dan surat dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor : 1551/H2.F12.D/PDP.04.02/2011, tanggal : 2 Mei 2011 dengan perihal Permohonan Izin Penelitian

Dengan ini kami tidak keberatan dilakukan Penelitian oleh :

Nama : Rina Nur Hidayati  
NPM : 0906504934  
Jurusan : Keperawatan  
Judul : Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga,  
Karakteristik Keluarga dan Anak Dengan Status  
Gizi Balita di Wilayah Puskesmas Pancoran Mas  
Kota Depok  
Lama : 5 Mei 2011 sd 5 Agustus 2011  
Tempat Penelitian : 1. UPT Puskesmas Kec Pancoran Mas Kota Depok  
2. Kelurahan Depok Kota Depok

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian /topik masalah/tujuan akademik.
2. Apabila masa berlaku surat pengantar ini berakhir sedangkan kegiatan yang dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh institusi pemohon dan disertai Surat Pemberitahuan Penelitian dari Kantor Kesbang Pol dan Linmas Kota Depok.
3. Sesudah selesai melakukan kegiatan, yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok melalui Ka Sub Bag Umum.
4. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian surat pengantar ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.



Tembusan :

- Ka Badan Kepegawaian Daerah Kota Depok ( sebagai laporan )
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Arsip
- Ybs



**PEMERINTAH KOTA DEPOK  
KECAMATAN PANCORAN MAS  
KELURAHAN DEPOK**

Jalan Kartini Nomor 26 Telepon (021) 7520659, DEPOK - 16431

Nomor : 070/118 - SRR  
Lampiran : -  
Perihal : PEMBERITAHUAN

Depok, 13 Mei 2011

Kepada  
Yth. Ketua RT/RW  
Di  
DEPOK

Berdasarkan surat Rekomendasi dari Kantor Kesbang Pol Dan Linmas Kota Depok, Nomor : 70/420-Kesbangpol & Linmas, tanggal : 5 Mei 2011 dan Surat dari Dinas Kesehatan Kota Depok, Nomor : 070/2531-Umum, tanggal : 12 Mei 2011, Perihal Permohonan Izin Penelitian, dengan ini kami tidak keberatan dan memberi ijin kepada :

Nama ( NPM ) : Rina Nur Hidayati ( 0906504934 )  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan  
Tempat Penelitian : Kelurahan Depok

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dan kepada pihak berkepentingan agar maklum adanya.



Tembusan : Yth  
1. Camat Pancoran Mas

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rina Nur Hidayati

Tempat/Tanggal Lahir : Mojokerto, 11 September 1976

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Staf Dosen STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto  
Jawa Timur

Alamat Rumah : Jl. Majapahit Miji IV/59 Mojokerto Jawa Timur

Alamat Institusi : Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto Jawa Timur

Riwayat Pendidikan : 1. MAN Mojokerto Jawa Timur, lulus tahun 1994  
2. AKPER Darul Ulum Jombang Jawa Timur, lulus tahun 1997  
3. FIK Universitas Indonesia, lulus tahun 2006

Riwayat Pekerjaan : 1. BKIA DKT Mojokerto, tahun 1998-1999  
2. STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto, tahun 1999 - sekarang