



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERUBAHAN STATUS GIZI PADA ANAK BALITA GIZI KURUS
YANG MENGIKUTI PEMULIHAN GIZI BURUK DI KLINIK GIZI
PTTK DAN EK**

**(ANALISA DATA SEKUNDER KLINIK GIZI PUSAT TEKNOLOGI TERAPAN KESEHATAN
DAN EPIDEMIOLOGI KLINIK DARI TAHUN 2006-2010)**

SKRIPSI

DWI ANGGRAENI PUSPITASARI

0906618293

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERUBAHAN STATUS GIZI PADA ANAK BALITA GIZI KURUS
YANG MENGIKUTI PEMULIHAN GIZI BURUK DI KLINIK GIZI
PTTK DAN EK**

(ANALISA DATA SEKUNDER KLINIK GIZI PUSAT TEKNOLOGI TERAPAN KESEHATAN
DAN EPIDEMIOLOGI KLINIK DARI TAHUN 2006-2010)

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana

DWI ANGGRAENI PUSPITASARI

0906618293

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN GIZI
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2012**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Dwi Anggraeni Puspitasari

NPM : 0906618293

Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2011/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

PERUBAHAN STATUS GIZI PADA ANAK BALITA GIZI KURUS YANG MENGIKUTI PEMULIHAN GIZI BURUK DI KLINIK GIZI PTTK DAN EK

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 20 Januari 2012


METERAI
TEMPEL
2A70AA800030828
6000 Rp

(Dwi Anggraeni Puspitasari)

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Dwi Anggraeni Puspitasari

NPM : 0906618293

Tanda Tangan : 

Tanggal : 20 Januari 2012

iii

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Dwi Anggraeni Puspitasari
NPM : 0906618293
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Perubahan Status Gizi Pada Anak Balita Gizi Kurus Yang Mengikuti Pemulihan Gizi Buruk di Klinik Gizi PTTK dan EK

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diteima sebagai bagian pernyataan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Ir. Asih Setiarni, MSc ()

Penguji : DR.drh..Yvonne M Indrawani, SU ()

Penguji : Ir. Salimar, MSi ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 29 Januari 2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan Sarjana di Departemen Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Ir. Asih Setiarini, MSc sebagai pembimbing akademik yang telah bersedia meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan bimbingan serta masukan yang berharga kepada penulis
2. DR.drh. Yvonne M Indrawani, SU sebagai penguji dalam yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menguji penulis dan member masukan.
3. Ir. Salimar, MSi sebagai penguji luar yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menguji penulis dan memberi masukan.
4. Bapak Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementrian Kesehatan RI atas kesediaannya memberikan bantuan dana untuk biaya pendidikan.
5. Seluruh Staff dan Peneliti Klinik Gizi di Pusat Tekhnologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik
6. Ibu dan Bapakku tercinta, Sri Hartati dan Suhitno Sukamto atas bantuannya serta dorongan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini
7. Suamiku tercinta, Sodeli atas doanya serta dorongan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini
8. Semua pihak yang telah membantu penulis baik secara langsung maupun tidak langsung

Semoga Kebaikan yang diberikan mendapatkan balasan dari Allah SWT, dan penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Depok, 20 Januari 2012

Penulis

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

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

Nama : Dwi Anggraeni Puspitasari
NPM : 0906618293
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Departemen : Gizi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

PERUBAHAN STATUS GIZI PADA ANAK BALITA GIZI KURUS YANG MENGIKUTI PEMULIHAN GIZI BURUK DI PTTK DAN EK

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Depok
Pada Tanggal : 20 Januari 2012
Yang menyatakan


(Dwi Anggraeni Puspitasari)

ABSTRAK

Nama : Dwi Anggraeni Puspitasari
Program Studi : Gizi Kesehatan Masyarakat
Judul : Perubahan Status Gizi Pada Anak Balita Gizi Kurus
Yang Mengikuti Pemulihan Gizi Buruk Di Klinik Gizi
PTTK dan EK

xiv+70 halaman, 23 tabel, 4 gambar

Prevalensi gizi kurus di Propinsi Jawa Barat pada tahun 2010 tergolong tinggi sebesar 11,0%. Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik mempunyai klinik pemulihan gizi secara rawat jalan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perubahan status gizi balita gizi kurus yang mengikuti pemulihan gizi buruk secara rawat jalan selama tiga bulan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan perubahan status gizi anak balita. Jenis penelitian yang digunakan kuasi eksperimen before and after jumlah sampel sebanyak 75 anak balita gizi kurus, yang mengikuti paket pemulihan gizi selama tiga bulan menggunakan data sekunder PTTK dan EK tahun 2006-2010.

Hasil penelitian ini terjadi perubahan status gizi balita kurus menjadi normal selama 3 bulan mengikuti pemulihan sebesar 58,7% dan yang turun menjadi sangat kurus sebesar 2,7% dari jumlah sampel 75 anak balita usia 6-59 bulan. Setelah dilakukan uji statistik ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan orangtua dengan perubahan status gizi ($p=0,009$), dan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik anak (umur, jenis kelamin, nomor urut kelahiran), karakteristik keluarga (umur ibu, pendidikan orangtua, pekerjaan ayah, jumlah anggota rumah tangga), penyakit infeksi, kepatuhan dalam mengikuti jadwal kegiatan dengan perubahan status gizi.

Kata kunci :

Gizi kurus, pemulihan gizi buruk, perubahan status gizi.

ABSTRACT

Name : Dwi Anggraeni Puspitasari
Study Program : 0906618293
Title : Changes In Nutritional Status of Under Weight Children Under Five Nutritional Malnutrition Following the Recovery Of PTTK and EK

xiv+70 page, 23 table, 4 picture

Prevalence of underweight malnutrition in West java in 2010 is high at 11%. Applied technology centers and health clinics have clinicaledpidemiology of malnutrition recovery on an out pasien basis. The study aims to determinane the nutrional status of bony changes that follow. The nutrional recovery on an outpatient basis for three months and the factors associated with changes in nutritional status of achildren under five. This type of research used quasi eksperimental before and after asample of 75 children under five under weight malnutrition, which followed the utritional recovery package for three months by using asecdary data and EK PTTK 2006-2010.

The result of this study changes in nutrional status of children under weight to normal during the 3 months following the recovery of 58,7%, and that drops to avery thin at 2,7% of the total sample 75 toddlers ages 6-59 months. Having performed statistical test are meaningful relationship between their parents job to change the nutritional status ($p=0,009$), and there is no meaningful relationship between child characteristic (age, sex, serial number of births), family characteristics (maternal age, parental education, father's work, the number of household), infectious deseases, compliance in the following schedule of activities wih changes in nutrional status.

Key words :

Nutrition thin, Poor nutrition recovery, changes in nutritional status.

DAFTAR ISI

	Halaman
Kata Pengantar	v
Abstra	vii-viii
Daftar Gambar	xii-xiii
Daftar Tabel	xi
Bab. I Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1-3
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Pertanyaan Penelitian	3
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.5 Manfaat Penelitian	4
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	5
Bab. II Tinjauan Pustaka	
2.1 Status Gizi	6
2.2 Masalah Gizi	7
2.3 Dampak Kurang Gizi	7
2.4 Faktor yang mempengaruhi status gizi	8
2.4.1 Karakteristik Anak	8-9
2.4.2 Karakteristik Keluarga	9-11
2.4.3 Penyakit Infeksi	11
2.4.4 Kepatuhan	11-13
2.5 Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Tumbuh Kembang Anak	13-14
2.6 Gambaran Umum Klinik Gizi Pusat Tekhnologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik	14-16
2.6.1 Program Pemulihan Balita Gizi Buruk di Pusat Tekhnologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik	16-17
2.6.2 Jenis Paket Yang di Berikan di Pusat Tekhnologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik	17-18

2.7 Kerangka Teori	18-20
Bab. III Kerangka Konsep, Definisi Operasional dan Hipotesis	
3.1 Kerangka Konsep	21
3.1.1 Variabel Dependent	21
3.1.2 Variabel Independent	
3.2 Definisi Operasional	22
3.3 Hipotesis	24
Bab. IV Metodologi penelitian	
4.1 Jenis Penelitian	25
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian	25
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	25-26
4.4 Pengumpulan Data	27-28
4.5 Pengolahan Data	28
4.6 Analisa Data	29-30
Bab. V Hasil Penelitian	
5.1 Analisa Univariat	31
5.1.1 Proporsi Balita Gizi Kurus Berdasarkan Perubahan Status Gizi	31
5.1.2 Proporsi Karakteristik Anak	32-33
5.1.3 Proporsi Karakteristik Keluarga	33-35
5.1.4 Proporsi Balita gizi Kurus Berdasarkan Penyakit Infeksi	36
5.1.5 Proporsi Balita GIzi Kurus Berdasarkan Kepatuhan	36-37
5.2 Analisa Bivariat	37
5.2.1 Hubungan Karakteristik Anak Dengan Perubahan Status Gizi	37-38
5.2.2 Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Perubahan Status Gizi	39-41
5.2.3 Hubungan Penyakit Infeksi Dengan Perubahan Status Gizi	41-42
5.2.4 Hubungan Kepatuhan Dengan Perubahan Status Gizi	42
Bab. VI Pembahasan	
7.1 Keterbatasan Penelitian	43
7.2 Perubahan Sttus Gizi Kurus di Pusat Tekhnologi	43

Terapan kesehatan dan Epidemiologi Klinik

7.3 Hubungan Karakteristik Anak Gizi Kurus (Umur, Jenis Kelamin,43-45
Nomor urut Kelahiran) Perubahan Status Gizi

7.4 Hubungan Karakteristik Keluarga (Umur Ibu, Pendidikan, 45-47
Pekerjaan Ayah, Jumlah Anggota Dalam Rumah Tangga)
Perubahan Status Gizi

7.5 Hubungan Penyakit Infeksi dengan Perubahan Status Gizi 47

7.6 Hubungan Kepatuhan dengan Perubahan Status Gizi 47-48

Bab. VII Kesimpulan dan Saran

7.1 Kesimpulan 49

7.2 Saran 49-50

Daftar Pustaka 51-54

Lampiran 55-70

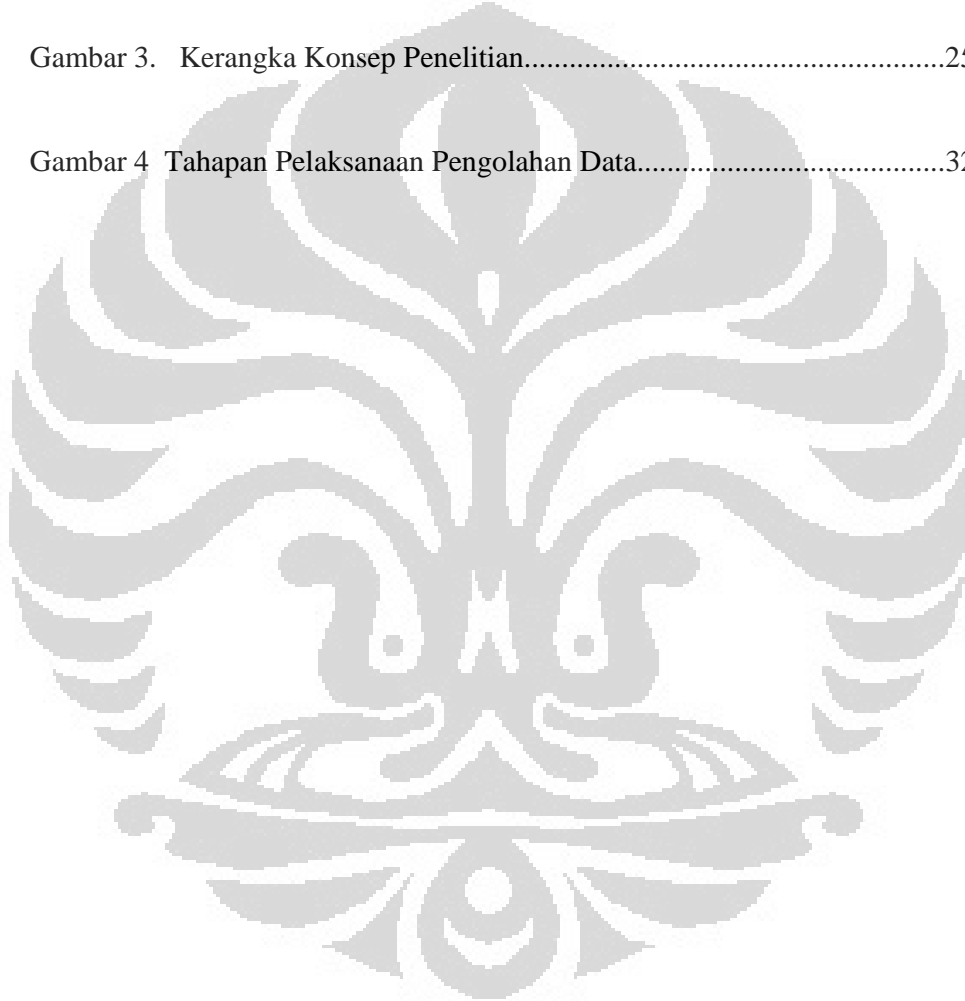
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Indeks Status Gizi (WHO).....	6
Tabel 3 Definisi Operasional Kerangka Konsep.....	26
Tabel 5.1 Proporsi Perubahan Status Gizi Balita Gizi Kurus.....	35
Tabel 5.2 Distribusi Pergeseran <i>Z-Score</i> Balita Gizi Kurus.....	35
Tabel 5.3 Proporsi Umur Balita Gizi Kurus.....	36
Tabel 5.4 Proporsi Jenis Kelamin Balita Gizi Kurus.....	36
Tabel 5.5 Proporsi Nomor Urut Kelahiran balita gizi Kurus.....	37
Tabel 5.6 Proporsi Umur Ibu Balita Gizi Kurus.....	37
Tabel 5.7 Proporsi Pendidikan Orangtua Balita Gizi Kurus.....	38
Tabel 5.8 Proporsi Pekerjaan Ayah Balita Gizi Kurus.....	39
Tabel 5.9 Proporsi Jumlah Anggota Rumah Tangga.....	39
Tabel 5.10 Proporsi Penyakit Infeksi Balita Gizi Kurus.....	40
Tabel 5.11 Proporsi Kepatuhan Dalam Mengikuti Jadwal Kegiatan.....	41
Tabel 5.12 Proporsi Umur Terhadap Perubahan Status Gizi.....	42

Tabel 5.13 Proporsi Jenis Kelamin Terhadap Perubahan Status Gizi.....	42
Tabel 5.14 Proporsi Nomor Urut Kelahiran Terhadap perubahan Status Gizi.....	43
Tabel 5.15 Proporsi Umur Ibu Terhadap Perubahan Status Gizi.....	43
Tabel 5.16 Proporsi Pendidikan Ayah Terhadap Perubahan Status Gizi.....	44
Tabel 5.17 Proporsi Pendidikan Ibu Terhadap Perubahan Status Gizi.....	44
Table 5.18 Proporsi Pekerjaan Ayah Terhadap Perubahan Status Gizi.....	44
Tabel 5.19 Proporsi Jumlah Anggota Rumah Tangga Terhadap Perubahan Status GIZi.....	45
Tabel 5.20 Proporsi Penyakit Infeksi Terhadap perubahan Status .Gizi.....	46
Tabel 5.21 Proporsi Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan Terhadap Perubahan Status Gizi.....	46

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. Alur Kegiatan di Klinik Gizi Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik.....	19
Gambar 2.2 Kerangka Teori Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi.....	24
Gambar 3. Kerangka Konsep Penelitian.....	25
Gambar 4 Tahapan Pelaksanaan Pengolahan Data.....	32



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang.

Status gizi merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas tumbuh kembang seseorang yang pada akhir berpengaruh terhadap kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Status gizi masyarakat sering digambarkan dengan besaran masalah gizi pada kelompok anak balita. Kegiatan pemantauan balita gizi kurang merupakan kegiatan penting untuk kewaspadaan gizi sehingga dapat diketahui dengan cepat kasus yang terjadi di masyarakat.

Indeks beratnya masalah gizi menurut WHO didasarkan pada masalah gizi buruk, *wasting* dan *stunting* yang ditemukan pada suatu wilayah survey. Prevalensi *wasting* (kurus) dikatakan tinggi bila diatas 10-14% dan sangat tinggi bila $\geq 15\%$, dan prevalensi *stunting* (pendek) dikatakan tinggi bila diatas 30-39% dan sangat tinggi bila $\geq 40\%$. Data Riskesdas tahun 2010, prevalensi balita kurus secara nasional sebesar 13,3%, mengalami penurunan dibandingkan dengan data Riskesdas tahun 2007 sebesar 13,6%. Dilihat dari beratnya masalah gizi menurut WHO, maka masalah gizi kurus di Indonesia masih tergolong tinggi. Prevalensi gizi kurus di Propinsi Jawa Barat pada tahun 2007 sebesar 9,0% dan tahun 2010 sebesar 11,0%.

Kekurangan gizi pada balita dapat menyebabkan terganggunya pertumbuhan fisik dan perkembangan mental serta kecerdasan, bahkan dapat menjadi penyebab kematian. Dampak kekurangan gizi bersifat permanen yang tidak dapat diperbaiki walaupun pada usia berikutnya. Menurut Gibney, *et al* (2009), dampak dari defisiensi gizi dapat mempengaruhi perkembangan mental anak. Anak yang kurang gizi mengalami penurunan interaksi dengan lingkungannya dan keadaan ini akan menimbulkan perkembangan anak yang buruk. Anak tersebut akan memperlihatkan aktifitas yang menurun, lebih rewel dan merasa tidak bahagia serta tidak begitu menunjukkan rasa ingin tahu jika dibandingkan dengan anak yang gizinya baik. Keadaan gizi kurang mengakibatkan perubahan struktural dan fungsional pada otak, yang akan berpengaruh terhadap tingkat kecerdasan anak.

Terdapat dua faktor langsung penyebab gizi kurang pada anak balita, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi, kedua faktor ini saling berhubungan. Anak yang tidak mendapat cukup makanan gizi seimbang memiliki daya tahan yang rendah terhadap penyakit, sehingga mudah terserang infeksi, sebaliknya anak yang menderita penyakit infeksi seperti

diare dan Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA) dapat mengakibatkan asupan gizi tidak dapat diserap tubuh dengan baik, sehingga berakibat pada gizi buruk (RANPG, 2007).

Penyebab tidak langsung kurang gizi pada anak, antara lain kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan, kondisi ekonomi yang rendah, ketersediaan pangan ditingkat keluarga yang tidak mencukupi, besarnya keluarga, pola konsumsi yang kurang baik, pola distribusi makanan yang kurang merata serta fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit dijangkau, dan rendahnya pengetahuan ibu dan rendahnya pendidikan dasar ibu (Depkes dalam Hidayati, 2011).

Berbagai upaya telah banyak dilakukan dalam penanggulangan kurang gizi diantaranya yaitu pemerintah memberikan bantuan BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), berupa pemberian makanan tambahan, peningkatan keterampilan petugas dalam menangani gizi buruk, peningkatan kewaspadaan pangan dan lain-lain, tetapi permasalahan gizi masih cukup tinggi. Klinik gizi PTTK dan EK yang berada di Bogor di bawah Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI dahulu di kenal dengan nama Klinik Gizi Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Gizi dan Makanan (P3GM) berdiri sejak tahun 1981, telah mengembangkan upaya pemulihan gizi buruk secara rawat jalan. Anak balita yang mengikuti pemulihan mendapat rujukan dari puskesmas atau karena keinginan sendiri (mendapatkan informasi dari pasien yang mengikuti pemulihan di klinik lebih dulu).

Hasil penelitian Muljati, dkk (2007), sebanyak 294 anak balita gizi buruk mengikuti pemulihan gizi rawat jalan di klinik Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi (P3GM) pada tahun 2001-2005, setelah menjalani pemulihan gizi secara rawat jalan selama tiga bulan pada pasien yang patuh mengikuti pemulihan ditemukan perubahan status gizi menjadi normal sebesar 8% dan pada pasien yang tidak patuh hanya 1% .

1.2 Rumusan Masalah

Prevalensi gizi kurus di Propinsi Jawa Barat pada tahun 2007 sebesar 9,0% dan tahun 2010 sebesar 11,0%, terjadi peningkatan sebesar 2%. Angka prevalensi gizi kurus Propinsi Jawa Barat pada tahun 2010, sudah tergolong menjadi masalah kesehatan masyarakat dan tergolong tinggi ($\geq 10\%$). Klinik gizi PTTK dan EK adalah salah satu tempat pemulihan gizi buruk secara rawat jalan yang sudah berdiri sejak tahun 1981 di Bogor. Penulis tertarik untuk mengetahui besar perubahan status gizi pada anak balita yang mengikuti paket pemulihan gizi secara rawat jalan dan mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perubahan status gizi pasien.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, maka pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana proporsi karakteristik anak menurut (umur, jenis kelamin, nomor urut kelahiran) yang mengikuti paket pemulihan gizi secara rawat jalan di klinik gizi tahun 2006-2010
2. Bagaimana proporsi karakteristik keluarga (umur ibu, pendidikan orangtua, pekerjaan orangtua, dan jumlah anggota keluarga) balita yang mengikuti paket pemulihan gizi secara rawat jalan di klinik gizi tahun 2006-2010
3. Bagaimana proporsi penyakit infeksi anak balita gizi kurus yang mengikuti paket pemulihan gizi secara rawat jalan di klinik gizi tahun 2006-2010
4. Bagaimana proporsi kepatuhan anak balita gizi kurus yang mengikuti paket pemulihan gizi secara rawat jalan di klinik gizi tahun 2006-2010
5. Bagaimana hubungan karakteristik anak, karakteristik keluarga, penyakit infeksi, dan kepatuhan pada anak balita gizi kurus yang mengikuti paket pemulihan gizi secara rawat jalan di klinik gizi tahun 2006-2010

1.4 Tujuan Penelitian

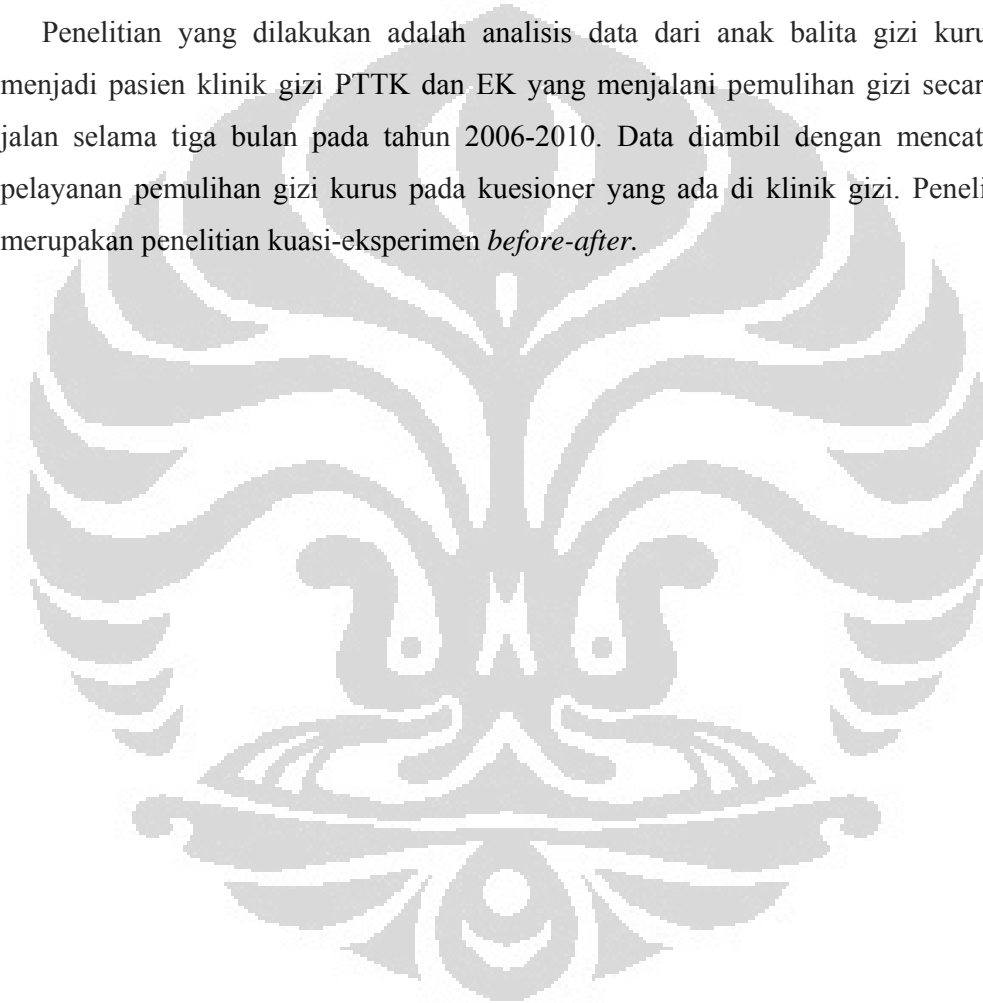
- 1.4.1 Tujuan Umum : mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perubahan status gizi anak balita gizi kurus yang mengikuti paket pemulihan gizi buruk di klinik gizi selama tiga bulan.
- 1.4.2 Tujuan Khusus :
 - a. Mengetahui karakteristik anak balita kurus yang mengikuti pemulihan gizi buruk di Klinik Gizi pada tahun 2006-2010
 - b. Mengetahui karakteristik keluarga anak balita kurus yang mengikuti pemulihan gizi buruk di Klinik Gizi pada tahun 2006-2010
 - c. Mengetahui penyakit infeksi anak balita kurus yang mengikuti pemulihan gizi buruk di Klinik Gizi pada tahun 2006-2010
 - d. Mengetahui kepatuhan anak balita kurus yang mengikuti pemulihan gizi buruk di Klinik Gizi pada tahun 2006-2010
 - e. Mengetahui hubungan (karakteristik anak, karakteristik keluarga, penyakit infeksi, kepatuhan) dengan status gizi anak balita yang mengikuti paket pemulihan gizi secara rawat jalan di Klinik Gizi pada tahun 2006-2010

1.5 Manfaat Penelitian

1. Menambah pengetahuan dan wawasan dalam menyusun penelitian yang berkenaan dengan gizi kurus
2. Menjadi tambahan informasi terhadap pelaksanaan program gizi yang ada di klinik gizi PTTK dan EK

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian yang dilakukan adalah analisis data dari anak balita gizi kurus yang menjadi pasien klinik gizi PTTK dan EK yang menjalani pemulihan gizi secara rawat jalan selama tiga bulan pada tahun 2006-2010. Data diambil dengan mencatat hasil pelayanan pemulihan gizi kurus pada kuesioner yang ada di klinik gizi. Penelitian ini merupakan penelitian kuasi-eksperimen *before-after*.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi

Keadaan gizi adalah suatu keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam selular tubuh, sedangkan status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, 2002). Status gizi ditentukan oleh banyak faktor, bisa secara langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung antara lain oleh kekurangan konsumsi makanan dan infeksi penyakit, sedangkan secara tidak langsung dapat disebabkan oleh rendahnya daya beli terutama untuk konsumsi pangan, tingkat pendidikan serta beberapa faktor lainnya (Husaini, 1984).

Status gizi anak balita dapat diketahui dengan menggunakan baku standar antropometri WHO-2007, pembagian istilah status gizi berdasarkan kesepakatan pakar gizi Indonesia dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1. Indeks, status gizi dan *Z-score* antropometri

Indeks	Status Gizi	<i>Z-score</i>
BB U	Lebih	$> 2 \text{ SD}$
	Normal	$2 \text{ SD} \leq Z\text{-score} \leq 2 \text{ SD}$
	Kurang	$-3 \text{ SD} \leq Z\text{-score} < -2 \text{ SD}$
	Sangat Kurang	$< -3 \text{ SD}$
TB U	Normal	$\geq -2 \text{ SD}$
	Pendek/ <i>Stunting</i>	$< -2\text{SD}$
BB TB	Gemuk	$> 2 \text{ SD}$
	Normal	$2 \text{ SD} \leq Z\text{-score} \leq 2 \text{ SD}$
	Kurus/ <i>wasting</i>	$-3 \text{ SD} \leq Z\text{-score} < -2 \text{ SD}$
	Sangat kurus	$< -3 \text{ SD}$

2.2 Masalah Gizi

Masalah gizi pada hakikatnya adalah masalah kesehatan masyarakat, namun penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Penyebab timbulnya masalah gizi dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terkait satu dengan yang lainnya. Oleh karena itu pendekatan penanggulangannya harus melibatkan berbagai sektor terkait (Supriasa, 2002).

Indonesia saat ini menghadapi masalah gizi ganda, yaitu masalah gizi kurang dan masalah gizi lebih. Masalah gizi kurang pada umumnya disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan (sanitasi), kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi, menu seimbang dan kesehatan, dan adanya daerah miskin gizi (iodium), sebaliknya masalah gizi lebih disebabkan oleh kemajuan ekonomi pada lapisan masyarakat tertentu disertai dengan kurangnya pengetahuan tentang gizi, menu seimbang dan kesehatan (Almatsier, 2002).

Masalah gizi kurang merupakan indikator prioritas pertama dalam Millenium Development Goal (MDGs), adapun targetnya menurunkan hingga setengahnya penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015, untuk menjaga agar individu tidak kekurangan gizi maka akses setiap individu terhadap pangan harus dijamin. Akses pangan ini dipengaruhi oleh daya beli yang berkaitan dengan pendapatan dan kemiskinan seseorang (RANPG 2006-2010).

2.3 Dampak Kurang Gizi

Dampak kurang gizi pada anak balita antara lain:

1. Mudah sakit: mempengaruhi banyak organ dan sistem, kondisi gizi kurang kadang-kadang disertai dengan defisiensi asupan mikro/makro nutrien lain yang sangat diperlukan tubuh, menurunkan daya tahan tubuh anak, sehingga mudah sekali kena infeksi penyakit.
2. Pertumbuhan: anak kurang gizi sangat merugikan performance anak, seperti juga stunting, postur tubuh anak pendek.

3. Perkembangan: anak yang kurang gizi dapat mengganggu perkembangan mental dan otak
4. Perilaku: anak-anak yang kurang gizi menunjukkan perilaku tidak tenang, mudah tersinggung, cengeng dan apatis (Almatsier, 2002).

2.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi

Terdapat dua faktor langsung penyebab gizi kurang pada anak balita, yaitu faktor makanan dan penyakit infeksi dan keduanya saling mendorong. Sebagai contoh, anak balita yang tidak mendapat cukup makanan bergizi seimbang memiliki daya tahan yang rendah terhadap penyakit sehingga mudah terserang infeksi. Sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA) dapat mengakibatkan asupan gizi tidak dapat diserap tubuh dengan baik sehingga berakibat pada gizi buruk (RANPG, 2007).

2.4.1 Karakteristik Anak

2.4.2. Umur

Umur yang paling rawan adalah masa balita, oleh karena pada masa itu anak mudah sakit dan mudah terjadi kurang gizi. Menurut (Hurlock, 1999), umur anak mempengaruhi kuantitas ibu untuk pengasuhan. Pada anak dibawah dua tahun perhatian dan kasih sayang ibu lebih tercurah kepadanya karena anak belum mandiri dan sangat membutuhkan bantuan ibu sebagai pengasuh utama. Diatas umur dua tahun anak makin mandiri dan mempunyai jaringan sosial lebih luas dan ketergantungan dengan sosok ibu mulai berkurang. Prevalensi KEP ditemukan pada usia 1-2 tahun. Usia 7 bulan merupakan titik awal terjadinya KEP. Penyapihan secara dini merupakan salah satu pencetus masalah gizi kurang pada bayi dan penyapihan terlalu lama tanpa dimbang dengan pemberian makanan yang tepat jenis, bentuk dan waktunya dapat pula mengakibatkan masalah gizi kurang pada anak balita yang bisa menjadi gizi buruk (Sudjasmin, 1993)

2.4.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin menentukan jumlah kebutuhan gizi bagi seseorang. Laki-laki lebih banyak membutuhkan zat tenaga dan protein daripada wanita, karena laki-

laki lebih aktif sehingga lebih banyak membutuhkan tenaga. Demikian juga pada anak laki-laki biasanya lebih aktif daripada anak perempuan (Apriadi, 1986). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2010 prevalensi kurus pada anak laki-laki sebesar 13,5% dan perempuan sebesar 13%.

2.4.3 Nomor Urut Kelahiran

Dengan setiap penambahan anak berarti makanan, air, ruangan yang tersedia dan waktu ibu dalam merawat anak akan terbagi-bagi lagi. Penderita gizi buruk yang datang ke Klinik Gizi Bogor lebih besar jumlahnya pada anak dengan nomor urut ≥ 4 sebanyak 41%, kemudian kelompok anak ke 2-3 sebanyak 33,7% dan terendah anak kelompok 1 sebanyak 25,3% (Sihadi, 1998). Penelitian kartono (1993) menemukan ada perbedaan antara nomor urut anak dengan status gizi. Anak dengan gizi buruk rata-rata bernomor urut 4,3, gizi kurang 3,2 dan gizi baik 2,4. Kesimpulan yang didapat bahwa semakin besar rata-rata nomor urut anak, semakin jelek status gizi anak. Anak penderita gizi buruk yang mempunyai nomor urut anak \geq lebih dari 4 lebih sulit untuk menjadi gizi baik.

2.5. Karakteristik Keluarga

2.5.1 Umur Ibu

Bayi yang dilahirkan dari wanita remaja menunjukkan angka mortalitas lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan oleh wanita yang berusia 25-34 tahun. Kehamilan usia remaja bukan saja bermasalah pada kematangan fisik dan psikis belum sempurna, tetapi juga karena pendidikan rendah, sosialisasi kurang. Secara fisik remaja masih terus tumbuh, jika kemudian mereka hamil, maka terjadi perebutan makanan antara ibu dan janin sehingga mengakibatkan malnutrisi pada janin dan anemia pada ibu. Berdasarkan penelitian Muljati, dkk (2005) Umur ibu berpengaruh terhadap perubahan status gizi anak

2.5.2. Pendidikan Orangtua

Pendidikan orangtua mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak antara lain dalam alokasi sumber daya untuk pemeliharaan anak-anak (Satoto,

1990). Latar belakang pendidikan ibu berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam mengelola rumah tangga, termasuk dalam hal konsumsi pangan keluarga sehari-hari. Selain itu ibu dengan tingkat pendidikan yang tinggi cenderung akan memilih makan yang lebih murah tetapi nilai gizi yang baik.

2.5.3. Pekerjaan Orangtua

Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak karena orangtua dapat menyediakan semua kebutuhan zat gizi pada tingkat keluarga (Soetjiningsih, 1995). Penduduk golongan miskin menggunakan sebagian besar pendapatannya untuk kebutuhan makanan. Faktor yang dominan sebagai determinan konsumsi pangan adalah pendapatan keluarga dan harga. Perubahan pendapatan akan mempengaruhi konsumsi pangan keluarga. Meningkatnya pendapatan berarti memperbesar peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. Sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan kualitas dan kuantitas pangan yang dibeli (Baliwati, dkk 2004)

2.5.4. Jumlah Anggota Dalam Rumah Tangga

Jumlah anggota keluarga yang besar akan mempengaruhi distribusi makanan terhadap anggota keluarga terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan pangan, sehingga akan berisiko terhadap keadaan gizi kurang. Hasil penelitian (Sitepu, 2006) menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Menurut Muljati, dkk (1992), anak KEP lebih banyak dijumpai pada keluarga dengan jumlah anak banyak, pendapatan keluarga yang rendah mungkin masih dapat mencukupi untuk 1-2 anak, tetapi tidak cukup untuk 3 anak atau lebih. Menurut penelitian Muliasari (2002) jumlah anggota rumah tangga tidak berhubungan dengan perubahan status gizi.

2.6. Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi dalam tubuh akan membawa pengaruh terhadap keadaan gizi anak. Akibat dari infeksi adalah menurunnya nafsu makan anak sehingga anak menolak makanan yang diberikan. Adanya infeksi mengakibatkan terjadinya

penghancuran jaringan tubuh, baik oleh bibit penyakit itu sendiri maupun penghancuran untuk memperoleh protein yang diperlukan oleh tubuh. Penyakit infeksi akan memperburuk keadaan gizi, sebaliknya keadaan gizi yang buruk akibat infeksi akan memperlemah kemampuan anak untuk melawan infeksi. siklus udara udara yang tidak sehat disekitar ballita akan memicu munculnya ISPA. Bila balita ISPA maka berat badanya akan turun dan ini akan berpengaruh pada status gizi balita tersebut (Tarigan, 2001). Menurut penelitian Tomkin, dkk (1989), bahwa diare sering sebagai penyebab kemerosotan status gizi dan dipihak lain status gizi yang jelek dapat menambah lamanya sakit diare.

2.7. Kepatuhan

Faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien:

1. Pendidikan: Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh pasien secara mandiri
2. Akomodasi: Suatu usaha harus dilakukan untuk memenuhi ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh, pasien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan.
3. Modifikasi faktor lingkungan sosial: Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman. Kelompok pendukung dapat di bentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan.
4. Perubahan model terapi: Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin, dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut. Dengan cara ini komponen sederhana dalam program pengobatan dapat diperkuat, untuk selanjutnya dapat mematuhi komponen yang lebih kompleks
5. Meningkatkan interaksi professional kesehatan dengan pasien: memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi tersebut (Niven, 1995 dalam Irawan, R, Irlina, 2006).

Penelitian tentang kepatuhan ibu dalam pengobatan anak telah dilakukan dan telah diidentifikasi mengenai karakteristik ibu yang patuh atau tidak.

Karakteristik ibu yang patuh :

- Peduli terhadap kesehatan anak dan penyakit yang sedang di derita
- Anggapan bahwa penyakit adalah ancaman yang nyata
- Ibu memiliki pengalaman yang memuaskan di klinik pengobatan
- Ibu memiliki kemampuan yang baik dalam menangani masalah
- Berpedoman pada perilaku kesehatan yang bersifat pencegahan

Karakteristik ibu yang tidak patuh :

- Beranggapan bahwa anak relative sehat
- Tidak menganggap bahwa sakit yang diderita sebagai ancaman
- Bersikap skeptic terhadap perawatan medis (tidak puas)
- Menganggap kesehatannya sendiri tidak baik dan sering beralasan untuk tidak memenuhi janji pengobatan
- Tidak memperdulikan masalah kesehatan (Spiegel & Backhaut, 1980 dalam Irawan, R Irlina, 2006).

2.8. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tumbuh Kembang Anak yang akan Mempengaruhi Status Gizi

1. Pekerjaan atau pendapatan keluarga: Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak, karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak, baik yang primer maupun sekunder.
2. Pendidikan Ayah atau Ibu: Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak. Karena dalam pendidikan yang baik, maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anaknya, pendidikannya dan sebagainya.

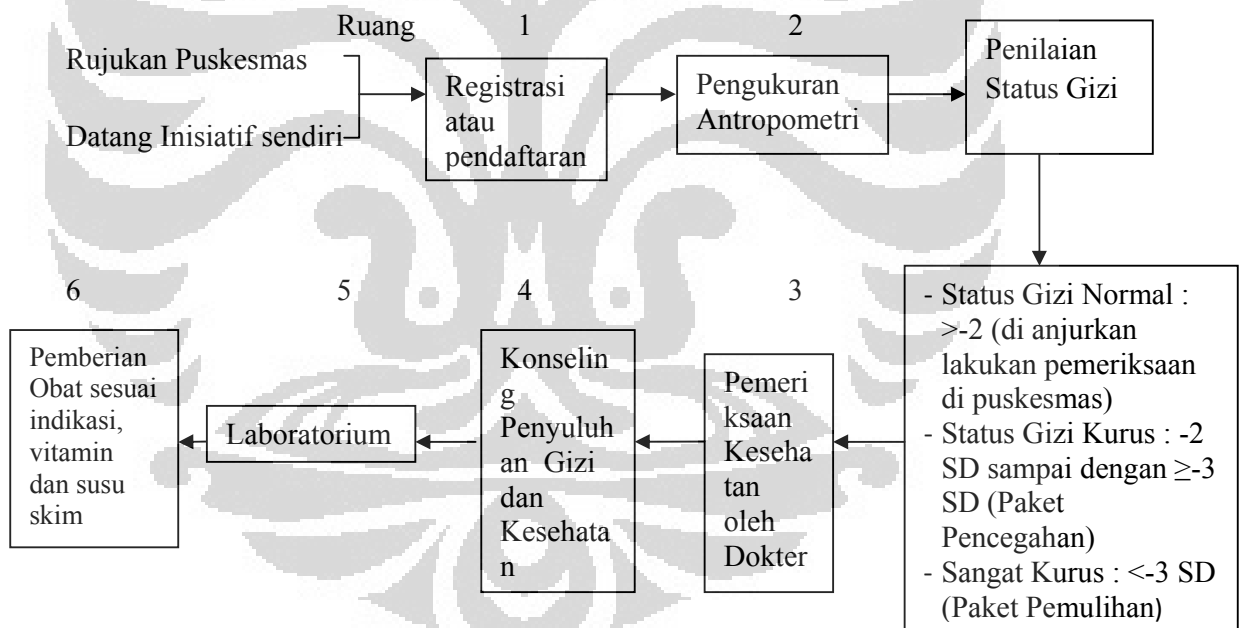
3. Jumlah Saudara: Jumlah anak yang banyak pada keluarga yang keadaan sosial ekonominya cukup akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak. Lebih-lebih jika jarak anak terlalu dekat. Sedangkan pada keluarga dengan keadaan sosial ekonomi yang kurang, jumlah anak yang banyak akan mengakibatkan selain kurangnya kasih sayang dan perhatian pada anak, juga kebutuhan primer seperti makanan, sandang dan perumahan pun tidak terpenuhi.
 4. Jenis kelamin dalam keluarga: Pada masyarakat tradisional, wanita mempunyai status yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki, sehingga angka kematian bayi dan malnutrisi masih tinggi pada wanita. Demikian pula pada pendidikan masih banyak wanita yang ditemukan buta huruf.
 5. Stabilitas Rumah Tangga: Stabilitas dan keharmonisan rumah tangga mempengaruhi tumbuh kembang anak. Tumbuh kembang anak akan berbeda pada keluarga yang harmonis, dibandingkan dengan mereka yang kurang harmonis.
 6. Sanitasi: Sanitasi dan lingkungan memiliki peran yang cukup dominan dalam penyediaan lingkungan yang mendukung kesehatan anak dan tumbuh kembangnya. Kebersihan baik perorangan maupun lingkungan memegang peranan penting dalam timbulnya penyakit. Akibat dari kebersihan yang kurang, maka anak akan sering sakit, seperti diare, kecacingan, ISPA. Jika anak sering menderita sakit, maka tumbuh kembangnya pasti terganggu. (Soetjiningsih, 1995)
- 2.9. Gambaran Umum Klinik Gizi Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik

Klinik Gizi terdapat di Kota Bogor tepatnya di Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik, Kementerian Kesehatan RI, yang dahulu dikenal sebagai Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan yaitu suatu tempat kegiatan dalam menanggulangi anak balita penderita Kurang Energi Protein (KEP) atau gizi buruk secara rawat jalan.

Lab Klinik Gizi dirintis sejak tahun 1965 yang dipimpin oleh Prof.DR.dr.Darwin Karyadi (Pada waktu itu sebagai kepala Balai Penelitian Gizi Bogor). Pada tahun 1971 lab klinik gizi melakukan penelitian dilapangan dengan obyek peneliti adalah anak balita dan ibunya yang tujuannya adalah mencari sistem penyembuhan anak balita kurang gizi. Sejak tahun 1981 hingga saat ini lab klinik gizi di buka untuk umum setiap 1 minggu sekali yaitu hari selasa, adapun pelayanan di dukung oleh tenaga peneliti yang terdiri dari dokter anak, dokter umum, ahli gizi, ahli kesehatan masyarakat, perawat, serta seorang psikolog.

Gambar 2.1

Alur Kegiatan di Klinik gizi Pusat Tekhnologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik



Keterangan :

1. Ruang Registrasi : Mencatat identitas pasien (nama, tanggal lahir, dan jenis kelamin), anamnesa penyakit.

2. Ruang Antropometri :

- Melakukan pengukuran BB (Berat Badan), PB (Panjang Badan), LILA (Lingkar Lengan), LK (Lingkar Kepala), LD (Lingkar Dada).
- Melakukan penilaian status gizi berdasarkan standar WHO 2005.
- Jika nilai Z-skor BB/TB $-2 \text{ SD} < Z \text{ Score} \geq -3 \text{ SD}$ pasien tanpa disertai tanda klinis, pasien tersebut mengikuti Paket Pencegahan Gizi Buruk (PC). Jika nilai Z-skor BB/TB $-2 \text{ SD} < Z \text{ Score} \geq -3 \text{ SD}$ pasien disertai tanda klinis atau BB/TB $< -3 \text{ SD}$, pasien dengan atau tanpa tanda klinis, pasien tersebut mengikuti Paket Pemulihan Gizi Buruk (PM). Jika nilai *Z-score* tidak memenuhi kriteria tersebut diatas, maka pasien tersebut disarankan untuk berobat ke puskesmas.

3. Ruang Dokter : Melakukan pemeriksaan kesehatan fisik dan klinis pasien oleh dokter.

4. Ruang Penyuluhan : Ahli gizi kesehatan masyarakat melakukan konseling dan gizi dan kesehatan

5. Laboratorium : pemeriksaan Hb (Hemoglobin), Hematokrit dan leukosit

6. Ruang Obat : Perawat memberikan obat sesuai resep dokter, pemberian susu skim untuk makanan tambahan (PMT) dan mengingatkan kembali jadwal kunjungan berikutnya.

2.9.1. Program Pemulihann Balita Gizi Kurus di Pusat Tekhnologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik

Dalam mengatasi kekurangan gizi yang terjadi pada usia balita perlu diselenggarakan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan. Mulai tahun 2011 Kementerian Kesehatan RI menyediakan anggaran untuk kegiatan PMT Pemulihan bagi anak balita gizi kurang (BB/U $-2\text{SD} - -3\text{SD}$) atau gizi kurus (BB/TB $-2\text{SD} - -3\text{SD}$) usia 6-59 bulan melalui dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).

Sedangkan di Klinik Gizi, Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik Sejak tahun 1981 hingga saat ini lab klinik gizi di buka untuk umum setiap 1 minggu sekali yaitu hari selasa, adapun pelayanan di dukung oleh tenaga peneliti yang terdiri dari dokter anak, dokter umum, ahli gizi, ahli kesehatan masyarakat, perawat, serta seorang psikolog. Dalam program penanganan pasien gizi buruk rawat jalan terbagi 2 paket yaitu paket pemulihan untuk anak balita dengan status gizi sangat kurus dilakukan selama 6 bulan dan paket pencegahan pada anak balita gizi kurus dilakukan selama 3 bulan dan 6 bulan. Setiap berkunjung anak dilakukan pemeriksaan antropometri (BB, TB, LILA, LD, LK) disesuaikan jadwal kunjungan yang ada, anak dilakukan pemeriksaan kesehatan yang di lakukan oleh dokter untuk mengetahui status kesehatannya, di berikan penyuluhan gizi dan kesehatan oleh ahli gizi dan pemberian makanan tambahan berupa susu skim setiap berkunjung. Adapun kriteria yang masuk dalam paket gizi kurus yaitu anak balita berusia 6-59 bulan tanpa disertai tanda klinis (Syndrom down, kelainan jantung bawaan, thalasemia, hydrocephalus, microcephalus) dengan nilai Z-Skor BB/TB $-2 SD$ skor $\leq -3 SD$ dengan jadwal kunjungan selama (3 bulan dan 6 bulan),

Bulan 1 : 1 minggu sekali (5 kali) : kunjungan 0-4

Bulan 2-3 : 2 minggu sekali (4 kali) : kunjungan 5-8

Bulan 4-6 : 1 bulan sekali (3 kali) : kunjungan 9-11

2.9.2. Jenis Paket yang diberikan Di Klinik Gizi Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik

Paket Pencegahan (PC) /paket II

1. Kriteria : BB/TB $-2 SD < Z \leq -3 SD$, tanpa tanda klinis
2. Lama paket : 3 bulan dan 6 bulan
3. Periode kunjungan :
 - Bulan 1 : seminggu sekali (5 kali) \rightarrow 0 sampai dengan 4
 - Bulan 2-3 : 2 minggu sekali (4 kali) \rightarrow 5 sampai dengan 8
 - Bulan 4-6 : 1 bulan sekali (3 kali) \rightarrow 9 sampai dengan 11

Total : 12 kali kunjungan

4. Pengukuran antropometri lengkap pada kunjungan ke 0,4,6,8
5. Therapy :
 Pada kunjungan ke 0 :
 Dengan infeksi : beri antibiotik sesuai dengan diagnosa (selama 5 hari)
 Vitamin
 Pada kunjungan selanjutnya sampai selesai : vitamin dan obat lain sesuai keadaan klinis.
6. Penyuluhan :
 Kunjungan 0 : - identifikasi kemungkinan faktor penyebab
 - informasi mengenai diagnosa gizi → cara perawatan rawat jalan diklinik gizi.
 - Recall 1 bulan sekali
 - Pola makan : pada kunjungan 0 dan 7
 - Sesuai kebutuhan pada saat melakukan kunjungan ulang
 - Monitoring hasil penyuluhan pada kunjungan sebelumnya.
7. Pemeriksaan Laboratorium :
 Pada kunjungan 0 : pemeriksaan Hb, hematokrit dan jumlah leucocyte
8. Monitoring status gizi : 1 kali sebulan dihitung Z Score menurut BB/TB
9. Evaluasi pada kunjungan ke 9 :
 - Berhasil bila BB/TB > -2 SD
 - Bila BB/TB -2 SD $< Z \leq -3$ SD → Paket Monitor
 - Bila BB/TB < -3 SD atau ditandai tanda klinis gizi buruk → Paket Pemulihan
 - Note : Paket Monitor adalah seminggu sekali selama 1 bulan, selanjutnya 3 bulan sekali di Puskesmas

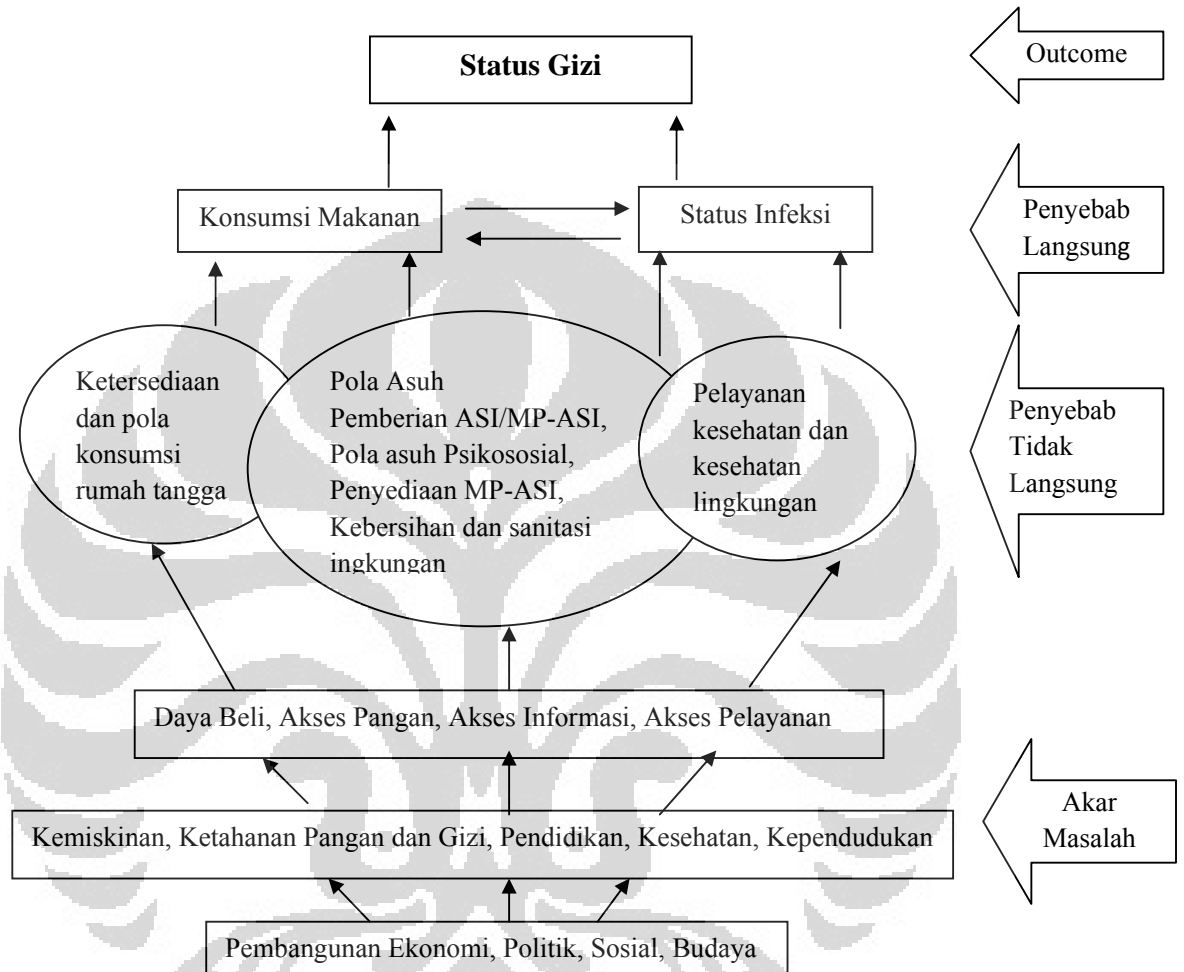
2.10. Kerangka Teori

Banyak faktor yang mempengaruhi status gizi, antara lain pendidikan ayah, umur anak, umur ibu dan kepatuhan mengikuti jadwal kunjungan dapat meningkatkan status gizi (Muljati, dkk, 2007). Berdasarkan penelitian

(Kartono, D, dkk, 1993) tingkat pendidikan ayah, ibu, dan hubungan antara nomor urut kelahiran anak dalam keluarga berpengaruh terhadap perubahan status gizi. Antara status gizi dan penyakit infeksi terdapat hubungan timbal balik yaitu gizi kurang menyebabkan penyakit infeksi bertambah berat, sedangkan penyakit infeksi menyebabkan keadaan kurang gizi bertambah buruk. Faktor lingkungan berkaitan langsung dengan status gizi antara lain konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Hal ini berarti walaupun kuantitas dan kualitas zat gizi cukup tersedia dalam makanan ada kemungkinan status gizi baik tidak tercapai jika anak menderita penyakit infeksi. Kusin (1983) dalam Rustan, E, dkk, (1992) penyebab utama KKP di Jawa Timur bukan karena kurang pangan melainkan penyebab infeksi berulang menimpa anak. Brown (1984) dalam Rustan, E, dkk, (1992) menyatakan bahwa konsumsi makanan yang tidak memadai hanya merupakan salah satu dari banyak faktor yang mempengaruhi status gizi anak, faktor lain yang harus di perhitungkan adalah penyakit infeksi. Pada penelitian Sudjasmin, dkk (1994) ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap status gizi yaitu umur anak, tingkat pendidikan orangtua, pekerjaan, jumlah anggota rumah tangga. Latar belakang anak umur, jenis kelamin, kelompok umur, nomor urut kelahiran, jumlah keluarga, tingkat pendidikan ayah dan pendidikan ibu tidak ada perbedaan yang bermakna dalam peningkatan status gizi (Sihadi, 2001)

Gambar 2.2.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi



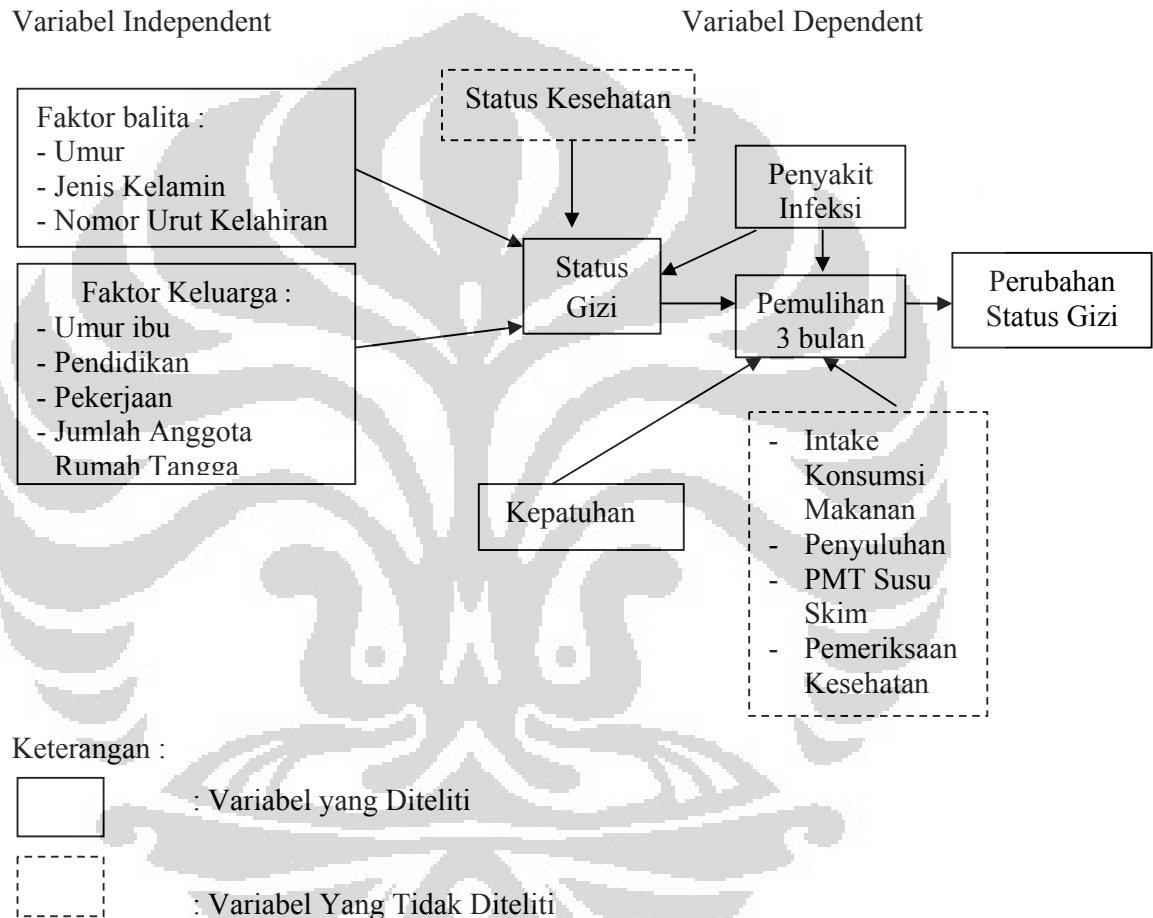
Sumber : UNICEF 1990

BAB III KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Gambar 3

Kerangka Konsep Penelitian



3.1.1 Variabel Dependent

Variabel dependent yang akan diteliti adalah status gizi balita gizi kurus dimana setelah mendapatkan konseling kesehatan dan gizi akan dapat meningkatkan pengetahuan dalam kesehatan dan gizi sehingga diharapkan dapat meningkatkan perbaikan status gizi menjadi gizi normal (baik)

3.1.2. Variabel Independent

Variabel independent yang akan diteliti terdiri dari karakteristik anak, karakteristik keluarga, infeksi penyakit, kepatuhan.

1. Variabel yang termasuk dalam karakteristik anak adalah : umur anak, jenis kelamin, nomor urut kelahiran.
2. Variabel yang termasuk kedalam karakteristik keluarga adalah : umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ayah, pendidikan ayah, jumlah anggota rumah tangga.
3. Variabel penyakit infeksi
4. Variabel Kepatuhan

3.2 Definisi Operasional

Tabel 3

Definisi Operasional Kerangka Konsep

No	Variabel	Deskripsi	Cara Pengukuran	Kriteria Penilaian	Skala Pengukuran	Pustaka
1.	Status Gizi	Keadaan keseimbangan antara asupan dan pengeluaran zat – zat gizi	Pengukuran antropometri	Berat Badan / Panjang Badan: 1.(Turun) Sangat Kurus:<-3 SD 2.(Tetap) Kurus:<-2SD sampai dengan -3 SD 3.(Naik) Normal:-2 SD sampai dengan 2 SD	Ordinal	SK Menkes No.1995, 2010
2.	Umur	Umur anak saat pertama kali berkunjung dikonfirmasi dari pertama berkunjung dikurangi tanggal lahir anak dalam	Wawancara	1=(6-11 bulan) 2=(12-18 bulan) 3=(>18 bulan)	Ordinal	Muljati, dkk, 2007

		bulan				
3.	Jenis Kelamin	Status jenis kelamin dari keadaan fisik anak	Wawancara	1 = Laki-laki 2= Perempuan	Nomina 1	Riskesdas, 2010
4.	Nomor urut Kelahiran	Urutan anak yang dilahirkan dari ibu kandung	Wawancara	1=Anak >3 2=Anak 1-2	Ordinal	Kartono, D, dkk, 1993
5.	Umur Ibu	Umur ibu saat datang berkunjung	Wawancara	1. 18-27 tahun 2. >27 tahun	Ordinal	Muljati, dkk, 2007
6.	Pendidikan Orang Tua	Jenjang pendidikan formal yang pernah ditempuh	Wawancara	1=Rendah(TS, SD TT, SD T, SMP TT, SMP T) 2=Tinggi (SMA TT, SMA T, Akademi, Sarjana)	Ordinal	UU RI pendidikan Nasional No.20 tahun 2003
7.	Pekerjaan orang Tua	Pekerjaan yang dilakukan orang tua, untuk mendapatkan imbalan	Wawancara	1= Penghasilan Tidak Tetap (Buruh, Ojek, Pedagang, Kuli, Supir, Wiraswasta) 2= Penghasilan Tetap(Karyawan swasta, PNS)	Ordinal	Peraturan Menteri Keuangan Nomor 254/PMK.0 3/2008
8.	Jumlah Anggota Rumah Tangga	Banyaknya yang tinggal dalam satu rumah dan hidup dalam satu atap dengan satu dapur	Wawancara	1=Keluarga Besar (>4 orang) 2=Keluarga Kecil (\leq 4 orang)	Ordinal	BKKBN, 1994

9.	Penyakit Infeksi	Keadaan anak berdasarkan pemeriksaan dokter	Pemeriksaan fisik	ISPA, Diare, TB Paru (1= >3x sakit Sering Sakit, 2= ≤3x sakit, Jarang Sakit) Keterangan: 1.Sering sakit >3 kali dalam 9 kali kunjungan 2.Jarang sakit≤3 kali dalam 9 kali kunjungan	Ordinal	Muljati, dkk, 2007
10.	Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan	Datang sesuai jadwal yang telah ditentukan	Kuisisioner	1 = Tidak Patuh(<6 kali kunjungan) 2=Patuh(≥ 6 kali kunjungan)	Ordinal	Muljati, dkk, 2007

3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara karakteristik anak (umur, jenis kelamin, nomor urut kelahiran) dengan status gizi balita kurus yang mengikuti pemulihan
2. Ada hubungan antara karakteristik keluarga (pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota rumah tangga) dengan status gizi balita kurus yang mengikuti pemulihan
3. Ada hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi balita kurus yang mengikuti pemulihan
4. Ada hubungan antara kepatuhan dalam mengikuti jadwal kunjungan dengan status gizi balita kurus yang mengikuti pemulihan

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuasi-eksperimen *before after*.

4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Pengumpulan data sekunder dilakukan pada bulan September 2011. Penelitian dilakukan di Klinik Gizi PTTK&EK Kementerian Kesehatan. Data klinik yang digunakan untuk penelitian ini adalah data anak balita gizi kurus yang mengikuti pemulihan gizi buruk secara rawat jalan selama tiga bulan pada tahun 2006 sampai 2010.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

- Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien gizi kurus ($-3SD \leq Z\text{-score BB/TB} < -2SD$) yang mengikuti paket pemulihan rawat jalan ke klinik gizi Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik
- Sampel penelitian adalah anak balita gizi kurus yang memenuhi kriteria inklusi.

Kriteria Inklusi adalah anak balita gizi kurus yang berusia 6-59 bulan, mengikuti paket pemulihan selama tiga bulan di klinik gizi PTTK&EK dan tidak menderita kelainan kongenital seperti *Cerebral spalsy*, *Sindrom down*, atau jantung bawaan.

Kriteria Eksklusi adalah anak balita gizi kurus yang berusia 6-59 bulan mengikuti paket pemulihan selama tiga bulan di klinik gizi PTTK&EK, menderita kelainan kongenital seperti *Cerebral spalsy*, *Sindrom down*, atau jantung bawaan.

Anak balita gizi kurus yang mengikuti paket pemulihan gizi rawat jalan di klinik gizi PTTK dan EK dari bulan Januari 2006 sampai Desember 2010 sebanyak 139 anak balita. Anak balita yang sesuai dengan kriteria inklusi sebanyak 75 anak balita yang kemudian dijadikan sampel penelitian. Jumlah sampel minimum (n sampling) yang dilihat dalam penelitian sebelumnya yaitu

$$n = \frac{\{z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1-P_2)^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel anak balita usia 6-59 bulan

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z berdasarkan tingkat kesalahan 5% = 1,96

$Z_{1-\beta}$ = Nilai Z berdasarkan kekuatan uji 99%=2,33, 95%=1.64, 90%=1,28, 80%=0.84

P_1 = Proporsi balita kurus yang patuh menjadi status gizi normal (Muljati, dkk, 2007)

P_2 = Proporsi balita kurus pada yang tidak patuh menjadi gizi normal (Muljati, dkk, 2007)

$P = \frac{P_1+P_2}{2} \rightarrow$ Proporsi rata-rata

Diketahui : $P_1 = \text{Patuh} = 8\% = 0,08$

$P_2 = \text{Tidak Patuh} = 1\% = 0,01$

$P = \frac{0,08+0,01}{2} = 0,045$

$Z_{1-\alpha/2} = \text{Tingkat kesalahan } 5\% = 1,96$

$Z_{1-\beta} = 1,28$

$$n = \frac{\{z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + 1,28\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1-P_2)^2}$$

$$n = \frac{\{1,96\sqrt{(0,09)(0,955)} + 0,84\sqrt{0,08(0,92) + 0,01(0,99)}\}^2}{(0,31)^2}$$

$$n = 0,57+0,45/0,096$$

n = 10,6 di bulatkan menjadi 11

Jadi jumlah sampel minimum 11 sampel dengan $Z_{1-\beta}$ (80%) = 0,84

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Jenis dan Cara Pengumpulan Data

Dalam analisis ini data yang di gunakan data sekunder antara lain :

- Data identitas pasien dan keluarga, data sosial ekonomi, dan data anamnesa dengan menggunakan kuesioner.

- Data pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh dokter.
- Data antropometri yaitu berat badan dan panjang badan anak balita. Alat yang digunakan untuk menimbang berat badan anak balita menggunakan timbangan bayi (*baby scale*) dengan ketelitian 0,1 kg untuk data berat badan balita. Pengukuran panjang/tinggi badan anak di bawah usia dua tahun menggunakan pengukur panjang (*length board*) dengan ketelitian 0,1 cm, sedangkan untuk anak yang berumur diatas dua tahun pengukuran tinggi badan menggunakan alat *microtoise*.

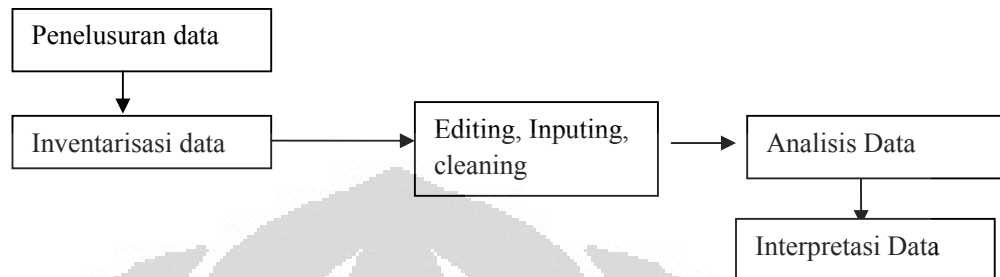
Data sekunder yang didapatkan peneliti adalah data sekunder, hasil wawancara pada ibu balita gizi kurus dan hasil pemeriksaan kesehatan oleh dokter klinik gizi. Klinik Gizi PTTK & EK melakukan pemulihan status gizi pada anak balita gizi kurus dan sangat kurus. Penelitian ini menggunakan data pemulihan status gizi anak balita kurus saja, karena pada tahun 2006 dan tahun 2010 pada anak sangat kurus digunakan untuk penelitian lain dan intervensi yang diberikan berbeda..

Pemulihan status gizi pada anak kurus di klinik gizi dilakukan selama 3 bulan dengan frekuensi kunjungan sebanyak 9 kali kunjungan yaitu: bulan pertama sekali seminggu (kunjungan 0-4), bulan ke-2 dan bulan ke-3 sekali dua minggu (kunjungan 5-8).

4.4.2 Tahapan Pelaksanaan dan Pengolahan Data

Penelusuran data melalui pengecekan registrasi anak balita gizi kurus pada program Paket Pencegahan (PC) dari tahun 2006-2010, selanjutnya dilakukan inventarisasi terhadap kuisioner dan seluruh data subyek. Pada file di komputer di cek kelengkapan data. Berdasarkan hasil inventarisasi di temukan beberapa variabel yang belum lengkap seperti umur anak dalam bulan sehingga dilakukan perhitungan untuk menentukan umur yaitu waktu kunjungan di kurangi waktu lahir, tanggal kunjungan (0, 4, 6, dan 8) disesuaikan dengan jadwal kunjungan semestinya, pekerjaan orang tua, pendidikan terakhir, nomor urut kelahiran dan lain-lain demi kelengkapan data, selanjutnya dilakukan editing, inputing dan cleaning terhadap data yang di butuhkan untuk diolah, kemudian data dianalisa dan interpretasi data.

Gambar 4.1
Tahapan Pelaksanaan Pengolahan Data



4.5 Pengolahan Data

Pengolahan data dengan menggunakan komputerisasi dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- ❖ Editing, merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuisisioner.
- ❖ Coding, kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan.
- ❖ Entry, memasukkan data ke dalam perangkat komputer
- ❖ Cleaning (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer

4.6 Analisa Data

Teknik analisa data yang digunakan adalah :

- Univariat : variabel yang akan diteliti dalam analisis ini dilakukan terhadap masing-masing variabel bebas diantaranya umur, jenis kelamin, nomor urut kelahiran, penyakit infeksi, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota rumah tangga, kepatuhan mengikuti jadwal kunjungan. Hasil dari analisis ini berupa distribusi frekuensi dan persentasi dari masing-masing variabel
- Bivariat analisis ini digunakan untuk melihat perbedaan proporsi antara variabel dependen dengan variable independen yaitu :

1. Variabel umur balita gizi kurus dengan status gizi
2. Variabel jenis kelamin balita gizi kurus dengan status gizi
3. Variabel nomor urut kelahiran balita gizi kurus dengan status gizi
4. Variabel umur ibu balita gizi kurus dengan perubahan status gizi
5. Variabel pendidikan orangtua balita gizi kurus dengan status gizi
6. Variabel pekerjaan ayah balita gizi kurus dengan status gizi balita
7. Variabel jumlah anggota rumah tangga balita gizi kurus dengan status gizi
8. Variabel penyakit infeksi balita gizi kurus dengan status gizi
9. Variabel kepatuhan mengikuti jadwal kunjungan balita gizi kurus dengan status gizi

Uji hubungan ini digunakan uji chi-square, uji chi-square adalah membandingkan frekuensi yang diamati dengan frekuensi yang diharapkan, jika nilai $p < 0,05$ ada hubungan bermakna antara variabel independent dengan dependent.

$$\text{Rumus chi square} = X^2 = \frac{\sum [O-E]^2}{2} \quad \text{Ket : } X^2 = \text{Nilai Chi Square}$$

E = Nilai Harapan

O = Nilai Observasi

df = (k-1) (b-1)

k = Jumlah Kolom

b = Jumlah Baris

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Proporsi Balita Gizi Kurus Berdasarkan Perubahan Status Gizi

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan sebaran balita terhadap perubahan status gizi sebagai berikut :

Tabel 5.1.
Proporsi Perubahan Status Gizi Balita Gizi Kurus

Perubahan Status Gizi	Frekuensi	
	n	%
Sangat Kurus (≤ -3 SD)	2	2.7
Kurus (< -2 SD - -3 SD)	29	38.7
Normal (> -2 SD)	44	58.7
Jumlah	75	100

Berdasarkan tabel 5.1 proporsi balita gizi kurus paling banyak pada perubahan status gizi naik menjadi normal sebanyak 58,7%

Tabel 5.2
Distribusi Pergeseran *Z-score* Balita Gizi Kurus

Pergeseran <i>Z-score</i>	Mean \pm SD
Awal Kunjungan	-2,55 \pm 0,30
Bulan ke-1	-2,06 \pm 0,55
Bulan ke-2	-1,99 \pm 0,66
Bulan ke-3	-1,90 \pm 0,63

5.1.2 Proporsi Karakteristik Anak

5.1.2.1 Proporsi Karakteristik Anak Berdasarkan Kelompok Umur

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan sebaran balita terhadap umur dikelompokkan menjadi 6-11 bulan, 12-23 bulan dan >24 bulan sebagai berikut :

Tabel 5.3
Proporsi Umur balita Gizi Kurus

Umur	Frekuensi	
	n	%
6-11 bulan	14	18.7
12-18 bulan	29	38.7
>18 bulan	32	42.6
Jumlah	75	100

Berdasarkan tabel 5.3 proporsi balita gizi gizi kurus paling banyak pada umur >18 bulan 42,6% dibandingkan dengan kelompok umur 12-18 bulan 38,7% dan 6-11 bulan 18,7%.

5.1.2.2 Proporsi Karakteristik Anak Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan sebaran balita terhadap jenis kelamin laki-laki dan perempuan, sebagai berikut :

Tabel 5.4
Proporsi Jenis Kelamin Balita Gizi Kurus

Jenis Kelamin	Frekuensi	
	n	%
Laki-laki	32	42.7
Perempuan	43	57.7
Jumlah	75	100

Berdasarkan tabel 5.4 proporsi balita gizi kurus lebih banyak berjenis kelamin perempuan 57,7% dibandingkan dengan laki-laki 42,7%

5.1.2.3 Proporsi Karakteristik Anak Berdasarkan Nomor Urut kelahiran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan sebaran balita terhadap nomor urut kelahiran dikelompokkan menjadi 2 yaitu nomor urut kelahiran >2 dan nomor urut kelahiran 1-2, sebagai berikut :

Tabel 5.5
Proporsi Nomor Urut Kelahiran Balita Gizi Kurus

Nomor Urut Kelahiran	Frekuensi	
	n	%
>2	42	56
1-2	33	44
Jumlah	75	100

Berdasarkan tabel 5.5 proporsi balita gizi kurus paling banyak pada anak yang lahir pada urutan >2 sebesar 56% dibandingkan dengan nomor urut 1-2 yaitu 44%.

5.1.3 Proporsi Karakteristik Keluarga

5.1.3.1 Proporsi Karakteristik Keluarga Berdasarkan Umur Ibu

Sebaran kelompok berdasarkan distribusi rata-rata data, umur yang paling rendah 18 tahun dan yang paling tua 43 tahun. Umur ibu dikelompokkan menjadi 2 yaitu kelompok umur 18-27 tahun dan > 27 tahun.

Tabel 5.6
Proporsi umur Ibu Balita Gizi Kurus

Kategori Umur Ibu	Jumlah	
	n	%
18 tahun-27 tahun	39	52
>27 tahun	36	48
Jumlah	75	100

Berdasarkan tabel 5.6 proporsi umur ibu paling banyak pada kelompok umur 18 tahun-27 tahun sebesar 52% dibandingkan dengan kelompok umur >27 tahun 48%.

5.1.3.2 Proporsi Karakteristik Keluarga Berdasarkan Pendidikan Orangtua

Tingkat pendidikan orangtua dalam penelitian ini dikategorikan menjadi pendidikan rendah, pendidikan menengah, pendidikan tinggi, yang mengacu pada UU RI nomor 20 tahun 2003. Pendidikan rendah, menengah dan tinggi. Namun melihat distribusi rata-rata pendidikan dikelompokkan menjadi 2 yaitu pendidikan rendah meliputi tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD, tidak tamat SMP, Tamat SMP. Pendidikan Tinggi terdiri dari tidak tamat SMA, tamat SMA, Akademi dan Perguruan Tinggi

Tabel 5.7
Proporsi Pendidikan Orangtua Balita Gizi Kurus

Kategori Pendidikan	Pendidikan Ayah		Pendidikan Ibu	
	Jumlah		Jumlah	
	n	%	N	%
Rendah	47	62.7	52	69.3
Tinggi	28	37.3	23	30.7
Jumlah	75	100	75	100

Berdasarkan tabel 5.8 proporsi pendidikan orangtua ayah dan ibu paling banyak pada pendidikan rendah sebesar 62.7% dan 69.3%.

5.1.3.3 Proporsi Faktor Keluarga Berdasarkan Pekerjaan Orangtua

Tingkat pekerjaan orangtua dalam penelitian ini dikategorikan menjadi penghasilan tetap dan penghasilan tidak tetap mengacu pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 254/PMK.03/2008. Penghasilan tidak tetap adalah pemberian upah berdasarkan kerja harian, mingguan atau bulanan meliputi buruh bangunan, wiraswasta, ojek, supir, pedagang, buruh serabutan. Penghasilan tetap adalah suatu pemberian upah tetap dan sudah ada surat keputusan atau undang-undang yang mengatur serta diberikan secara teratur meliputi PNS, Karyawan swasta

Tabel 5.8
Proporsi Pekerjaan Ayah Balita Gizi Kurus

Kategori	Jumlah
----------	--------

Pekerjaan	n	%
Penghasilan Tidak tetap	59	78.7
Penghasilan Tetap	16	21.3
Jumlah	75	100

Berdasarkan tabel 5.9 proporsi pekerjaan ayah balita gizi kurus paling banyak dengan penghasilan tidak tetap yaitu sebesar 78,7%

5.1.3.4 Proporsi Jumlah Anggota Rumah Tangga

Jumlah anggota rumah tangga dalam penelitian ini dikategorikan menjadi keluarga besar dan keluarga kecil berdasarkan BKKBN, 1994. Keluarga besar yaitu keluarga yang terdiri dari > 4 orang satu atap dalam rumah tangga dan keluarga kecil yaitu keluarga yang terdiri ≤ 4 orang satu atap dalam rumah tangga.

Tabel 5.9

Proporsi Jumlah Anggota Rumah Tangga Balita Gizi Kurus

Jumlah Anggota Rumah Tangga	Jumlah	
	N	%
> 4 orang	36	48
≤ 4 orang	39	52
Jumlah	75	100

Berdasarkan tabel 5.9 proporsi jumlah anggota rumah tangga balita gizi kurus paling banyak pada anggota rumah tangga ≤ 4 orang sebesar 52%

5.1.4 Proporsi Berdasarkan Penyakit Infeksi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan sebaran balita terhadap penyakit infeksi yaitu penyakit ISPA, Diare, TB Paru. Penyakit tersebut dikelompokkan menjadi frekuensi sering sakit adalah > 3 kali dalam 9 kali kunjungan, dan jarang sakit adalah ≤ 3 kali dalam 9 kali kunjungan, sebagai berikut:

Tabel 5.10

Proporsi Penyakit Infeksi Balita Gizi Kurus

Frekuensi Sakit	ISPA		Diare		TB Paru	
	n	%	n	%	n	%
1.>3(Sering Sakit)	57	76	0	0	12	16
2.≤3(Jarang Sakit)	18	24	75	100	63	84
Jumlah	75	100	75	100	75	100

Berdasarkan tabel 5.6 proporsi balita gizi kurus pada penyakit ISPA paling banyak di frekuensi sering sakit 76%, pada penyakit Diare paling banyak jarang sakit 100%, dan penyakit TB Paru paling banyak pada frekuensi jarang sakit sebesar 84%

5.1.5 Proporsi Berdasarkan Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan

Kepatuhan dalam mengikuti jadwal kunjungan dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu tidak patuh pada pasien yang < 6 kali berkunjung selama 9 kali kunjungan dan patuh pada pasien yang berkunjung ≥ 6 kali kunjungan selama 9 kali kunjungan.

Tabel 5.11

Proporsi Kepatuhan Dalam Mengikuti Jadwal Kunjungan Balita Gizi Kurus

Kepatuhan Dalam Mengikuti Jadwal Kunjungan	Jumlah	
	n	%
< 6 kali kunjungan	6	8
≥ 6 kali kunjungan	69	92
Jumlah	75	100

Berdasarkan tabel 5.9 proporsi balita gizi kurus paling banyak pada patuh ≥ 6 kali kunjungan sebesar 92%.

5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat ini digunakan untuk mengetahui kemaknaan hubungan antara variable independen karakteristik anak (umur, jenis kelamin, nomor urut kelahiran), penyakit infeksi, karakteristik keluarga (pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota rumah tangga) dan kepatuhan dalam mengikuti jadwal kunjungan dengan varabel dependent status gizi menggunakan uji statistik chi-square dengan hasil analisis sebagai berikut :

5.2.1 Hubungan Karakteristik Anak

5.2.1.1 Hubungan Karakteristik Anak Umur Balita Gizi Kurus dengan Status Gizi

Proporsi balita gizi kurus dengan perubahan status gizi balita menjadi normal paling banyak pada anak balita berumur >18 bulan yaitu 68.6%, dibandingkan dengan kelompok umur 12-18 bulan sebesar 58.6% dan 6-11 bulan sebesar 42.9% dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh hubungan yang tidak bermakna ($p=0,485$)

Tabel 5.12
Proporsi Umur Terhadap Perubahan Status Gizi

Umur	Status Gizi						Jumlah	P value	
	Sangat Kurus		Kurus		Normal				
	n	%	n	%	n	%			
6-11 bulan	1	7.1	7	50	6	42.9	14	100	0.485
12-18 bulan	1	3.4	11	37.9	17	58.6	29	100	
>18 bulan	0	0	11	34.4	21	68.6	32	100	

5.2.1.2 Hubungan Jenis Kelamin Balita Gizi Kurus dengan Status Gizi

Proporsi balita gizi kurus dengan perubahan status gizi balita menjadi normal paling banyak pada anak perempuan 62.8% dibandingkan dengan anak laki-laki sebesar 38.6%. dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh hubungan tidak bermakna ($p=0,219$)

Tabel 5.13
Proporsi Jenis Kelamin Terhadap Perubahan Status Gizi

Jenis Kelamin	Status Gizi						Jumlah		P Value
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		n	%	
	n	%	N	%	n	%			
Laki-laki	2	16.6	13	44.8	17	38.6	32	100	0.219
Perempuan	0	0	16	37.2	27	62.8	43	100	

5.2.1.3 Hubungan Nomor Urut Kelahiran Balita Gizi Kurus dengan Status Gizi

Proporsi balita gizi kurus dengan perubahan status gizi balita menjadi normal paling banyak pada anak nomor urut kelahiran >2 yaitu 57,1% dibandingkan dengan nomor urut kelahiran 1-2 (51,5%) dengan menggunakan uji statistik diperoleh hubungan tidak bermakna ($p=0,537$)

Tabel 5.14.
Proporsi Nomor urut kelahiran Terhadap Perubahan Status Gizi

Nomor Urut Kelahiran	Perubahan Status Gizi						Jumlah		P Value
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
>2	1	2.38	14	33.3	27	57.1	42	100	0.537
1-2	1	3.00	15	45.4	17	51.5	33	100	

5.2.2 Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Perubahan Status Gizi

5.2.2.1 Hubungan Umur Ibu dengan Perubahan Status Gizi

Proporsi umur ibu dengan perubahan status gizi dikelompokkan menjadi 2 kelompok berdasarkan distribusi rata-rata data yaitu 18 tahun-27 tahun dan > 27 tahun.

Tabel 5.15
Proporsi Umur Ibu Terhadap Perubahan Status Gizi

Umur Ibu	Status Gizi						Jumlah		P Val ue
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
18tahun-27 tahun	2	5.1	15	38.5	22	56.4	39	100	0.383
>27 Tahun	0	0	14	38.9	22	61.1	36	100	

Hubungan umur ibu dengan perubahan status gizi menjadi normal paling banyak pada kelompok umur > 27 tahun yaitu 61,1%. Uji statistik diperoleh hubungan yang tidak bermakna $p=0,383$

5.2.2.2 Hubungan Pendidikan Orangtua dengan Perubahan Status Gizi

Hubungan pendidikan ayah terhadap perubahan status gizi gizi normal paling banyak pada pendidikan tinggi 64,3%. Uji statistik diperoleh hubungan tidak bermakna ($p=0,647$). Pendidikan ibu terhadap perubahan status gizi menjadi normal paling banyak pada pendidikan tinggi 65,3%. Uji statistik diperoleh hubungan tidak bermakna ($p=0,647$)

Tabel 5.16
Proporsi Pendidikan Ayah Terhadap Perubahan Status Gizi

Pendidikan Ayah	Status Gizi						Jumlah		P Value
	Sangat kurus		Kurus		Normal		N	%	
	n	%	n	%	N	%			
Rendah	1	2.1	20	42.6	26	55.3	47	100	0,647
Tinggi	1	3.6	9	32.1	18	64.3	28	100	

Tabel 5.17
Proporsi Pendidikan Ibu Terhadap Perubahan Status Gizi

Pendidikan Ibu	Status Gizi						Jumlah		P Value
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		n	%	
	n	%	N	%	N	%			
Rendah	1	1.9	22	42,3	29	55.8	52	100	0.556
Tinggi	1	4.3	7	30.4	15	65.3	23	100	

5.2.2.3 Hubungan Pekerjaan Orangtua dengan Status Gizi

Proporsi balita gizi kurus dengan perubahan status gizi balita menjadi normal paling banyak pada penghasilan tetap sebesar 87,4% dibandingkan penghasilan tidak tetap sebesar 50,8% dengan menggunakan uji statistik diperoleh hubungan yang bermakna ($p=0,009$)

Tabel 5.18
Proporsi Pekerjaan Ayah Terhadap Perubahan Status Gizi

Pekerjaan Ayah	Status Gizi						Jumlah		P value
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Penghasilan Tidak tetap	1	1.7	28	47.5	30	50.8	59	100	0.009
Penghasilan Tetap	1	6.3	1	6.3	14	87.4	16	100	

5.2.2.4 Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga dengan Status Gizi

Proporsi balita gizi kurus dengan perubahan status gizi balita menjadi normal paling banyak pada keluarga besar 66,7% dibandingkan keluarga kecil 51,3%. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh hubungan yang tidak bermakna ($p=0,380$)

Tabel 5.19
Proporsi Jumlah Anggota Rumah Tangga Terhadap Perubahan Status Gizi

Jumlah Anggota Rumah Tangga	Status Gizi						Jumlah		P value
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		n	%	
	n	%	N	%	n	%			
Keluarga Besar	1	2.8	11	30.5	24	66.7	36	100	0.380
Keluarga Kecil	1	2.6	18	46.2	20	51,3	39	100	

5.2.3 Hubungan Penyakit Infeksi Balita Gizi Kurus dengan Status Gizi

Proporsi balita gizi kurus dengan perubahan status gizi balita menjadi normal pada penyakit ISPA paling banyak dengan frekuensi jarang sakit sebesar 72,2% dibandingkan dengan sering sakit 54,4%. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh hubungan tidak bermakna ($p=0,208$). Proporsi penyakit Diare paling banyak dengan frekuensi jarang sakit sebesar 58,6%, proporsi penyakit TB Paru paling banyak dengan frekuensi sering sakit sebesar 66,7% dibandingkan dengan frekuensi jarang sakit 57,1% dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh hubungan yang tidak bermakna dengan ($p=0,537$)

Tabel 5.20.

Proporsi Penyakit Infeksi Terhadap Perubahan Status Gizi

Penyakit Infeksi	Status Gizi						Jumlah		P Value
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		n	%	
	n	%	N	%	n	%			
Frekuensi ISPA									
Sering Sakit	1	1.8	25	43.9	31	54.4	57	100	0,208
Jarang Sakit	1	5.6	4	22.2	13	72.2	18	100	
Frekuensi Diare									
Sering Sakit	0	0	0	0	0	0	0	0	
Jarang Sakit	2	2.7	29	38.7	44	58.6	75	100	
Frekuensi TB Paru									
Sering sakit	1	8.3	3	25	8	66.7	12	100	0,537
Jarang sakit	1	1.6	26	41.3	36	57.1	63	100	

5.2.4 Hubungan Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan

Proporsi balita gizi kurus dengan perubahan status gizi balita menjadi normal paling banyak pada frekuensi ibu balita yang patuh sebesar 60,9%

dibandingkan dengan tidak patuh sebesar 33,3% dengan menggunakan uji statistik diperoleh hubungan tidak bermakna ($p=0.331$)

Tabel 5.21
Proporsi Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan
Terhadap Perubahan Status Gizi

Kepatuhan	Status Gizi						Jumlah		P value
	Sangat Kurus		Kurus		Normal		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Tidak Patuh	0	0	4	66.7	2	33.3	6	100	0.331
Patuh	2	2.9	25	36.2	42	60.9	69	100	



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

1. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuasi eksperimen *before and after*, sampel diamati selama 3 bulan mengikuti pemulihan rawat jalan, namun sampel berkurang karena banyaknya ibu ballita yang drop-out tidak mengikuti jadwal kunjungan semestinya.
2. Ada variabel lain yang berpengaruh dalam peningkatan status gizi yaitu konsumsi makanan, karena tidak tersedianya data maka peneliti tidak mengangkat konsumsi makanan.

6.2 Perubahan Status Gizi Kurus Pasien Anak Balita di Pusat Tekhnologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik.

Status gizi adalah suatu keadaan akibat interaksi antara makanan, tubuh manusia dan lingkungan yang dapat dinilai dari hasil pengukuran antropometri. PTTK dan EK telah mengembangkan upaya pemulihan gizi buruk secara rawat jalan. Tujuan dari penatalaksanaan gizi buruk yang ada di klinik gizi adalah untuk mengobati penyakit penyerta yang diderita oleh balita dan untuk mencapai keadaan gizi yang optimal dengan diberikan pengetahuan gizi dan kesehatan sehingga anak dapat terhindar dari gizi buruk.

Hasil dari data sekunder klinik gizi PTTK dan EK pada tahun 2006-2010 dari 75 balita kurus yang mengikuti paket pencegahan gizi buruk rawat jalan selama 3 bulan terjadi perubahan status gizi menjadi normal sebesar 58,7%, sehingga upaya pemulihan gizi buruk mempunyai pengaruh terhadap perbaikan status gizi.

6.3 Hubungan Karakteristik Anak (Umur, jenis kelamin, nomor urut anak) dengan Status Gizi

Umur merupakan faktor internal yang menentukan kebutuhan gizi sehingga umur berkaitan erat dengan status gizi balita (Apriadji, 1986). Umur yang paling rawan adalah masa balita karena pada masa itu anak mudah sakit dan mudah terjadi kurang gizi. Disamping itu masa balita merupakan dasar

pembentukan kepribadian anak sehingga diperlukan perhatian khusus (Soetjiningsih, 1995). Berdasarkan hasil penelitian Jamil (1997) dalam Yunarto (2004) menemukan bahwa pada umur balita dibawah 6 bulan kebanyakan bayi masih dalam keadaan status gizi baik, sedangkan golongan umur setelah 6 bulan jumlah balita yang berstatus gizi baik menurun sampai 50%. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi anak status gizi kurus lebih banyak pada kelompok umur >18 bulan. Uji bivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur balita dengan status gizi ($p=0,485$). Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian (Muljati, dkk, 2007) menyatakan ada hubungan yang bermakna antara umur balita gizi kurus dengan perubahan status gizi. Umur tidak mempunyai hubungan bermakna terhadap perubahan status gizi mungkin disebabkan karena pemenuhan konsumsi makanan yang diterima tidak memenuhi kebutuhan sehari-hari dimana aktivitas anak balita sudah meningkat pada usia >18 bulan.

Jenis kelamin menentukan jumlah kebutuhan gizi bagi seseorang. Laki-laki lebih banyak membutuhkan zat tenaga dan protein dibandingkan wanita. Karena laki-laki lebih aktif sehingga lebih banyak membutuhkan tenaga (Apriadi, 1986). Hasil penelitian ini menunjukkan proporsi balita gizi kurus lebih banyak pada anak perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Pada masyarakat tradisional anak perempuan mempunyai status yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki (Soetjiningsih, 1995). Uji bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perubahan status gizi balita ($p=0,537$). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Muliasari (2002) di Bandung, Sukabumi dan Bogor, Widyaningsih (2003) di Subang dan Sukabumi. Tetapi tidak sejalan dengan penelitian Hernawati (2008) di Puskesmas Rangkapan Jaya, yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perubahan status gizi. Tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin anak balita dengan perubahan status gizi dapat dimungkinkan karena perbedaan fisik dan anatomi pada anak balita, disamping itu pula faktor genetik dan perbedaan-perbedaan dalam hal perawatan dan pemberian makanan.

Jika nomor urut kelahiran bertambah besar dan jarak kelahiran bertambah pendek akan memperbesar kemungkinan terjadinya marasmus. Hasil penelitian menunjukkan proporsi balita gizi kurus lebih banyak pada anak dengan nomor urut kelahiran >2 sebesar 57,1%. Uji bivariat antara nomor urut kelahiran dengan perubahan status gizi diperoleh hubungan tidak bermakna ($p=0,537$). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Kartono (1993) bahwa ada hubungan antara nomor urut kelahiran anak dalam keluarga dan keadaan kurang gizi. Semakin besar nomor urut kelahiran dalam keluarga terlihat semakin cenderung menderita gizi kurang

6.4 Hubungan Karakteristik Keluarga (Umur Ibu, Pendidikan, Pekerjaan, Jumlah Anggota RUmah Tangga) Dengan Status Gizi

Bayi yang dilahirkan dari wanita remaja menunjukkan angka mortalitas lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan oleh wanita yang berusia 25-34 tahun. Kehamilan usia remaja bukan saja bermasalah pada kematangan fisik dan psikis belum sempurna, tetapi juga karena pendidikan rendah, sosialisasi kurang. Secara fisik remaja masih terus tumbuh, jika kemudian mereka, maka terjadi perebutan makanan antara ibu dan janin sehingga mengakibatkan malnutrisi pada janin dan anemia pada ibu (Arisman, 2010). Umur ibu berpengaruh terhadap perubahan status gizi anak. perubahan status gizi menjadi normal paling banyak pada kelompok umur > 27 tahun yaitu 61,1%. Uji statistik diperoleh hubungan yang tidak bermakna $p=0,383$. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Muljati, dkk (2005) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan perubahan status gizi.

Rendahnya pengetahuan dan pendidikan ibu merupakan penyebab dasar kurang gizi karena sangat mempengaruhi tingkat pengetahuan individu, keluarga dan masyarakat dalam mengelola sumber daya yang ada untuk mendapatkan kecukupan bahan makanan serta sejauh mana sarana pelayanan kesehatan gizi, sanitasi lingkungan yang tersedia dimanfaatkan sebaik-baiknya (Depkes, 2000). Tingkat pendidikan akan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk dapat menyerap suatu informasi dan

mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi (Sasmito, 2005). Dalam penelitian ini proporsi tingkat pendidikan ayah dan ibu sebagian besar pendidikan rendah 64,3% dan 65,3%. Analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan perubahan status gizi ($p=0,556$) dan ($p=0,647$), penelitian ini sejalan dengan penelitian Muliawati (2002) di Bandung, Sukabumi dan Bogor dan penelitian Widyaningsih (2003) di Subang dan Sukabumi. Namun tidak sejalan dengan penelitian Sitepu (2005) di Sambas dan penelitian Hidayati (2011) di Kecamatan Teluk Sampit, Kalimantan Tengah.

Terdapat hubungan bermakna antara pekerjaan dengan perubahan status gizi, karena pekerjaan mempengaruhi tingkat pendapatan yang menentukan terhadap kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi. Pendapatan yang rendah menyebabkan daya beli rendah sehingga tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan dan pada akhirnya berakibat buruk terhadap status gizi anak balita. Hasil penelitian menunjukkan proporsi balita gizi kurus lebih banyak pada penghasilan tidak tetap 78,7%. Uji statistik bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan perubahan status gizi. Penelitian ini sejalan dengan Soekirman (1991) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang menentukan konsumsi makanan adalah pendapatan keluarga, selain itu konsumsi makanan keluarga juga dipengaruhi oleh harga pangan dan nonpangan.

Kelahiran yang tinggi sangat berhubungan dengan kurang gizi, jumlah anggota keluarga yang besar akan mempengaruhi distribusi makanan terhadap anggota keluarga terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan pangan, sehingga akan berisiko terhadap keadaan gizi kurang. Proporsi balita status gizi kurus lebih banyak pada anak pada keluarga dengan jumlah anggota keluarga besar sebesar 54,5%. Uji bivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota rumah tangga dengan status gizi ($p=0,380$). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Muliawati (2002) dan tidak sejalan dengan penelitian Muljati, dkk (1992)

6.5 Hubungan Penyakit Infeksi dengan Perubahan Status Gizi

Antara status gizi dan penyakit infeksi terdapat hubungan timbal balik yaitu gizi kurang menyebabkan penyakit infeksi bertambah berat dan sebaliknya penyakit infeksi dapat bertambah berat gizi kurang. Faktor sanitasi dan lingkungan memiliki peran yang cukup dominan dalam penyediaan lingkungan yang mendukung kesehatan anak dan tumbuh kembangnya. Kebersihan baik perorangan maupun lingkungan memegang peranan penting dalam timbulnya penyakit. Akibat dari kebersihan yang kurang, maka anak akan sering sakit, seperti diare, ISPA, TB Paru. Jika anak sering sakit, maka tumbuh kembangnya pasti terganggu Soetjiningsih (1995)

Proporsi penyakit infeksi yang diderita anak gizi kurus ISPA sering sakit 76%, Diare jarang sakit 63% dan TB Paru jarang sakit 84%. Uji bivariat menunjukkan antara penyakit infeksi ISPA dan TB Paru dengan perubahan status gizi tidak menunjukkan hubungan yang tidak bermakna ($p=0,208$) dan ($p=0,537$) hal ini tidak sejalan dengan penelitian (Rustan, E, 1997).

6.6 Hubungan Kepatuhan Melakukan Pengobatan Dengan Perubahan Status Gizi

Kepatuhan mempunyai pengaruh terhadap perawatan dan pengobatan dimana seorang ibu peduli terhadap kesehatan dan penyakit yang sedang diderita anak, anggapan bahwa penyakit adalah ancaman, berpedoman pada perilaku kesehatan yang bersifat pencegahan, ibu mempunyai kemampuan yang baik dalam menangani masalah (Spiegel and bauckhaut, 1980, dalam Irlina, R, 2006). Proporsi balita status gizi kurus lebih banyak pada pasien yang patuh sebesar 92%. Uji bivariat ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan dalam mengikuti jadwal kunjungan dengan perubahan status gizi ($p=0,331$). Penelitian ini tidak sejalan dengan (Muljati, dkk, 2007) dan (Irawan, R, 2005) yang menyatakan bahwa kepatuhan mempunyai hubungan yang bermakna dengan perubahan status gizi. Kepatuhan tidak mempunyai hubungan bermakna, dapat disebabkan karena tingkat pendidikan yang rendah sehingga informasi yang diterima tidak dapat dimengerti dan dipahami

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Dari penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa :

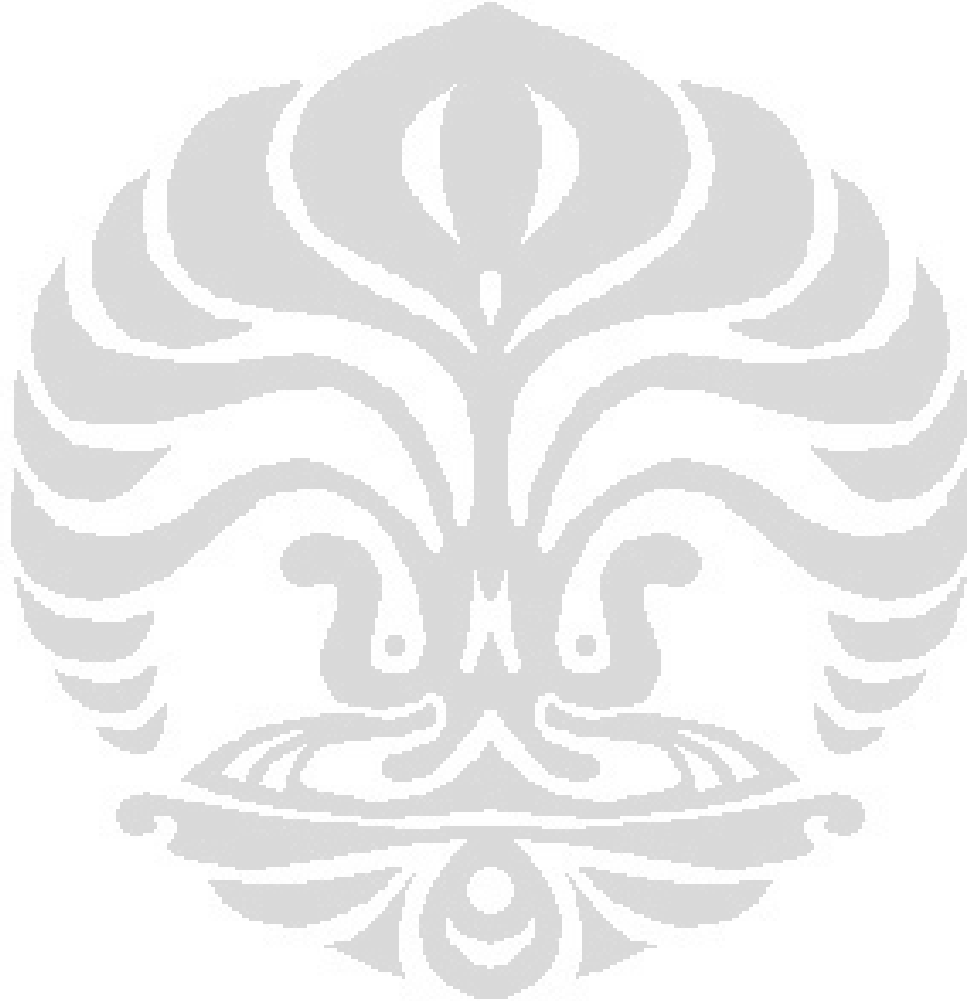
- 7.1.1 Perubahan status gizi anak balita gizi kurus menjadi normal selama 3 bulan mengikuti pemulihan sebesar 58,7% dan yang tetap kurus 38,7%, yang turun menjadi sangat kurus 2,7%.
- 7.1.2 Karakteristik anak balita kurus berdasarkan proporsi anak balita kurus paling banyak pada kelompok umur >18 bulan (42,6%), pada jenis kelamin paling banyak perempuan (57,7%), pada nomor urut kelahiran paling banyak pada anak nomor urut >2 yaitu (56%)
- 7.1.3 Karakteristik keluarga berdasarkan proporsi umur ibu paling banyak pada kelompok umur 18-27 tahun sebesar 52%, proporsi pendidikan ayah dan ibu paling banyak pendidikan rendah 64,3% dan 65,3%, proporsi pekerjaan ayah paling banyak pada penghasilan tidak tetap 78,7%, proporsi jumlah anggota rumah tangga paling ≤4 orang (52%)
- 7.1.4 Proporsi anak balita kurus penyakit ISPA paling banyak frekuensi sering sakit (76%) dibandingkan dengan jarang sakit (24%) penyakit Diare dengan frekuensi jarang sakit (100%), penyakit TB Paru frekuensi sering sakit (84%) dibandingkan dengan jarang sakit (16%). Sering sakit dikatakan bila, 3x dalam 9 kali kunjungan balita gizi kurus saki sebanyak >3 kali dan jarang sakit 1-3 kali.
- 7.1.5 Proporsi kepatuhan dalam mengikuti jadwal kunjungan paling banyak pada ≥ 6 kali kunjungan (92%) orang dibandingkan dengan < 6 orang (8%).
- 7.1.6 Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara karakteristik anak (umur, jenis kelamin, nomor urut kelahiran), karakteristik keluarga (umur ibu, pendidikan orangtua, pekerjaan ayah, jumlah anggota dalam rumah tangga), penyakit infeksi dan kepatuhan dalam mengikuti jadwal kunjungan dengan perubahan status gizi.
- 7.1.7 Terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan perubahan status gizi.

7.2 Saran

- 7.2.1 Penghasilan orangtua berpengaruh terhadap daya beli dalam keluarga, walaupun penghasilan orangtua kurang mencukupi dalam memenuhi kebutuhan keluarga, namun dengan pengetahuan tentang gizi dan kesehatan

cukup baik, maka dalam membeli bahan makanan tidak harus yang mahal, yang penting sehat dan bergizi serta cukup memenuhi kebutuhan sehari-hari dalam keluarga.

- 7.2.1 Pengetahuan gizi ibu yang baik akan dapat meningkatkan intake zat gizi pada anak balita. Untuk meningkatkan pengetahuan gizi ibu, penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang mudah dimengerti akan sangat membantu. Oleh Karena itu peran serta petugas kesehatan untuk selalu senantiasa memberikan masukan dan informasi tentang gizi dan kesehatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Apriadi. (1986). *Gizi keluarga* : Jakarta. Penebar Swadaya.
- Almatsier, Sunita, (2002) *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Arisman. (2010). *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2007). *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*. Jakarta
- Baliawati, dkk (2004). *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta. Penerbit : Penebar Swadaya
- BKKBN. (1994). *Informasi Gerakan KB Nasional Sasaran Pembangunan Jangka Panjang I*. Jakarta
- Brown K. (1984). *Measurement of dietary intake*. In: Mosley WH, and Chen LH (eds). *Population and Development Review*
- Gibney, Michael J, et al.(2009). *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Green L.W.,et al. *Perencanaan Pendidikan Kesehatan, Sebuah Pendekatan diagnostik (terjemahan), Proyek Pengembangan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI, 1980*
- Haynes R.B., et al., *Compliance In health care*, The John Hopkins University Press 1979
- Hidayati, Kusnul. (2011). *Karakteristik Ibu, Baduta dan Keluarga yang berhubungan dengan Status Gizi Baduta (6-23 bulan) di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2011*. Skripsi. FKM UI
- Ho Robert. (2006). *Handbook Of Univariate And Multivariate Data Analysis And Interpretation With SPSS*. Chapman and Hall/CRC
- Irawan R Irlina. (2005). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan peningkatan status gizi buruk pasien lab klinik gizi, Pusat penelitian dan pengembangan Kesehatan Gizi dan Makanan*. Skripsi, FKM UI

- Kartono, D, dkk. (1993). *Beberapa Aspek Psikososial Pada Anak KEP di Daerah Bogor*. Penelitian Gizi dan Makanan. Jilid 16:(8-16)
- Kusin J A, Sri Karjati, and C de With. 1983. *Infant Feeding and Growth in Madura*. Presented at the Workshop, on the Interrelationship of Maternal-Infant Nutrition, Airlangga University, Surabaya
- Klarifikasi status Gizi Anak Bawah Lima Tahun (Balita), Keputusan Menteri kesehatan RI Nomor : 920/Menkes/SK/VIII/2002
- Lemeshow, S, et al. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta.Gadjah Mada University.
- Muljati, dkk. (2007). *Probabilitas pulih pada balita kurus dan kurus sekali menurut kepatuhan mengikuti pemulihan secara rawat jalan di klinik gizi Bogor*. Penelitian Gizi dan makanan, 41-48
- Muljati, dkk (1992). *Analisis Risiko Terjadinya KKP pada anak Balita Karena Ibu Menderita Anemia*. Penelitian Gizi dan Makanan, Jilid 15, 46-54
- Niven, Neil. (1995). *Psikologi Kesehatan – pengantar untuk perawat dan professional kesehatan lain*, penerbit buku kedokteran, EGC, Jakarta.
- Notoadmodjo, Soekidjo. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan Masyarakat*, Jakarta : PT Rineka Cipta
- Rencana aksi Nasional, *Pencegahan dan penanggulangan gizi buruk 2005 – 2009*, departemen kesehatan RI, Jakarta, 2005
- Rustan, E, dkk. (1992). *Status Gizi, Kesehatan dan Immunisasi Anak Balita Pengunjung dan Bukan Pengunjung Posyandu di Dua Desa Wilayah Kerja Puskesmas Sindang Barang*. Penelitian Gizi dan Makanan. Jilid 15:(90-97)
- Sastroasmoro, Sudigdo, et al. (2011). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi Ke-4*. Jakarta : Sagung seto.
- Sasmito. (2005). *Sistem kesehatan*, Jakarta :Raja Grafindo
- Sihadi, dkk. (2001). *Probabilitas Perbaikan status gizi anak balita gizi buruk pengunjung laboratorium klinik gizi bogor sebelum dan pada saat krisis ekonomi*. Penelitian gizi dan makanan. Jilid 24:24 : 24
- Spiegel A.D., Backhaut B.H.. (1980). *Curing and caring-a review of the factors affecting the quality and acceptability of health care*, SP Medical and scientific books,
- Suhardjo, (2003). *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Bogor. Bumi aksara

- .Sediaoetama , A. (2007). Ilmu gizi untuk mahasiswa dan profesi. Jakarta : Dian Rakyat
- Supriasa, I Dewa Nyoman, et al. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC
- Sudjasmin, dkk. (1994). *Profil Anak Balita Gizi Buruk di Daerah Bogor*. Penelitian Gizi dan Makanan. Jilid 17:(79-88)
- Soetjiningsih, et al. (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : Penerbit Kedokteran EGC
- Sitepu, Immanuel. (2006). *Faktor-faktor yang berperan dan hubungannya dengan status gizi Baik Anak Baduta Keluarga Miskin di Puskesmas Sambas Kabupaten Sambas Tahun 2005*. Tesis, FKM UI
- Sumarno, I. (2006). *Besaran Masalah Gizi Balita di Kabupaten Bogor Berdasarkan Baku Antropometri NCHS dan WHO 2005*. Dalam Penelitian Gizi dan Makanan Volume 29. No.1
- Tim laboratorium gizi puslitbang gizi dan makanan, pedoman penatalaksanaan balita gizi buruk, secara rawat jalan untuk puskesmas, Buku 1, Pusat penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI.
- Tim laboratorium gizi puslitbang gizi dan makanan, pedoman penyuluhan gizi dan kesehatan balita gizi buruk, secara rawat jalan untuk puskesmas, Buku 2, Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI.(2010). *Kepmenkes RI. Nomor:1995/Menkes/SK/XII/2010 Tentang Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*
- Universitas Indonesia. (2008) *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok
- WHO. (2010). *World Health Statistic*
- WHO (1995) *Klasifikasi Masalah Gizi*
- Data Profil Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2010
- www.radar-bogor.go.id 1 November 2011 (Kamis, 5 Januari 2012 Jam 14:30)

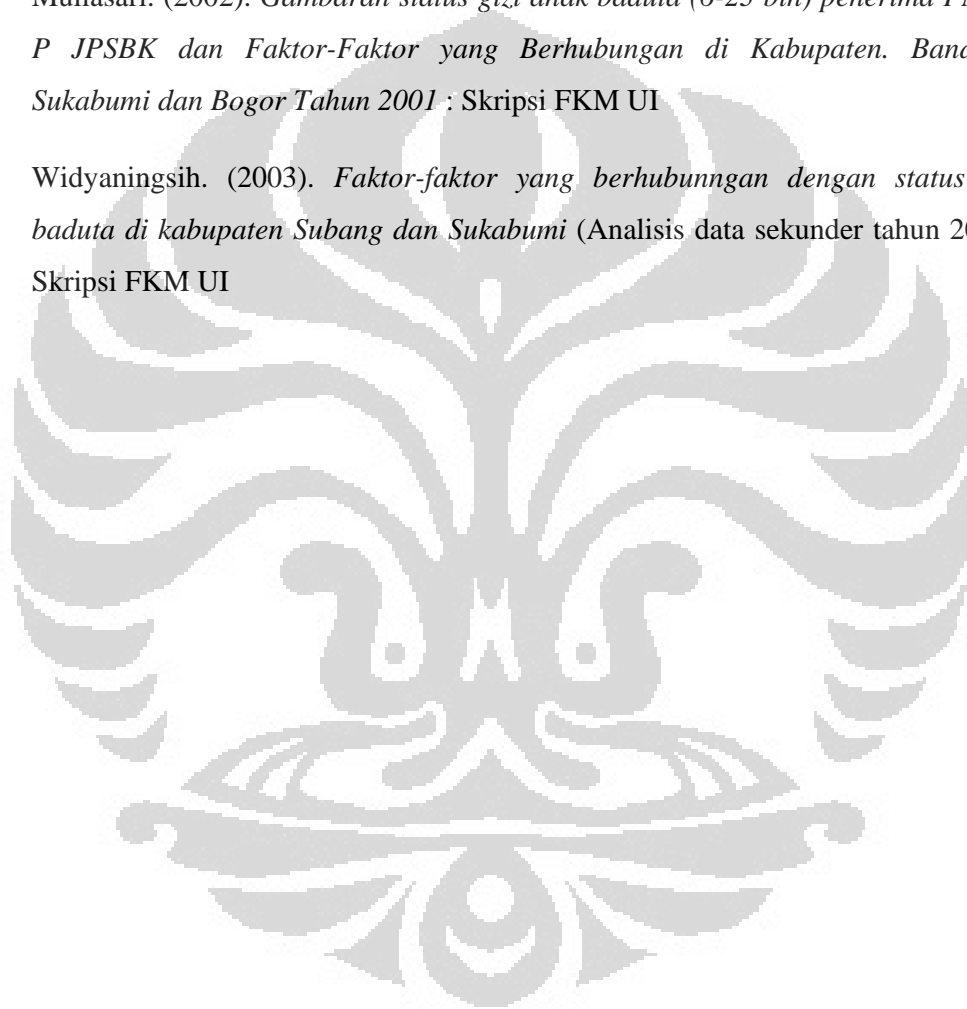
Kementerian Pendidikan RI. (2003). *UU RI Nomor 20 tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional*. Jakarta

<http://www.pajak.go.id/dmdocuments/PMK-254-2008.pdf> (Peraturan Menteri Keuangan Nomor 254/PMK.03/2008 (Selasa, 10 Januari 2012 jam 13:15)

Kementerian Kesehatan. RI (2004). *Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 131/Menkes/SK II/2004*

Muliasari. (2002). *Gambaran status gizi anak baduta (6-23 bln) penerima PMT – P JPSBK dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Kabupaten. Bandung, Sukabumi dan Bogor Tahun 2001* : Skripsi FKM UI

Widyaningsih. (2003). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi baduta di kabupaten Subang dan Sukabumi (Analisis data sekunder tahun 2002)*. Skripsi FKM UI



Lampiran 1

```
FREQUENCIES VARIABLES=WHZ_K0 WHZ_K4 WHZ_K6 WHZ_K8
/STATISTICS=STDDEV MEAN /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

[DataSet1] D:\Documents and Settings\USER\My Documents\dwi_olah_br_skrip.sav

		Statistics			
		Status Gizi	WHZ_K4	WHZ_K6	WHZ_K8
N	Valid	75	71	74	75
	Missing	0	4	1	0
Mean		-2.5548	-2.0614	-1.9919	-1.9075
Std. Deviation		.30443	.55761	.66093	.63630

```
FREQUENCIES VARIABLES=Umur_anak_kat sex_kat no_urut_kelahiran /STATISTICS=STDDEV
MEAN /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

		Statistics		
		Umur Anak	Jenis Kelamin	Nomor Urut Kelahiran
N	Valid	75	75	75
	Missing	0	0	0
Mean		2.24	1.57	1.44
Std. Deviation		.750	.498	.500

Umur Anak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6-11 bln	14	18.7	18.7	18.7
	12-18 bln	29	38.7	38.7	57.3
	>18 bln	32	42.7	42.7	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	32	42.7	42.7	42.7
	Perempuan	43	57.3	57.3	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Nomor Urut Kelahiran

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>2	42	56.0	56.0	56.0
	1-2	33	44.0	44.0	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Statistics

		Umur Ibu	Pendidikan Ibu	Pendidikan Ayah	Pekerjaan Ayah	Jumlah Anggota Rumah Tangga
N	Valid	75	75	75	75	75
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.4800	1.0933	1.0533	1.21	1.52
Std. Deviation		.50296	.29286	.22621	.412	.503

Umur Ibu

Universitas Indonesia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 19 Tahun - 27 Tahun	39	52.0	52.0	52.0
> 27 Tahun	36	48.0	48.0	100.0
Total	75	100.0	100.0	

Pendidikan Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendidikan Rendah (TS, SD TT, SD T, SMP TT, SMP T)	52	69.3	69.3	69.3
Pendidikan Tinggi (SMA TT, SMA T, Akademi, Perguruan Tinggi)	23	30.7	30.7	100.0
Total	75	100.0	100.0	

Pendidikan Ayah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendidikan Rendah (TS, SD TT, SD T, SMP TT, SMP T)	47	62.7	62.7	62.7
Pendidikan Tinggi (SMA TT, SMA T, Akademi, Perguruan Tinggi)	28	37.3	37.3	100.0
Total	75	100.0	100.0	

Pekerjaan Ayah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Penghasilan Tidak Tetap (Buruh, Ojek, Tk. Bangunan, Supir, Pedagang, Wiraswasta)	59	78.7	78.7	78.7
	Penghasilan Tetap (PNS, Karyawan Swasta)	16	21.3	21.3	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Jumlah Anggota Rumah Tangga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Keluarga Besar (>4 Orang)	36	48.0	48.0	48.0
	Keluarga Kecil (<=4 Orang)	39	52.0	52.0	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Statistics

		Frekuensi ISPA	Frekuensi Diare	Frekuensi TB Paru
N	Valid	75	75	75
	Missing	0	0	0
Mean		1.2400	2.0000	1.8400
Std. Deviation		.42996	.00000	.36907

Frekuensi ISPA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sering Sakit	57	76.0	76.0	76.0
	Jarang Sakit	18	24.0	24.0	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Frekuensi Diare

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jarang Sakit	75	100.0	100.0	100.0

Frekuensi TB Paru

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Universitas Indonesia

Valid	Sering Sakit	12	16.0	16.0	16.0
	Jarang Sakit	63	84.0	84.0	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Patuh (< 6 kali kunjungan)	6	8.0	8.0	8.0
	Patuh (>= 6 kali kunjungan)	69	92.0	92.0	100.0

Crosstab

			Perubahan Status Gizi Kunjungan 9			Total
			Sangat Kurus (<= - 3 SD)	Kurus (<=-2 SD)	Normal (>-2 SD)	
Umur Anak	6-11 bln	Count	1	7	6	14
		% within Umur Anak	7.1%	50.0%	42.9%	100.0%
	12-18 bln	Count	1	11	17	29
		% within Umur Anak	3.4%	37.9%	58.6%	100.0%
	>18 bln	Count	0	11	21	32
		% within Umur Anak	.0%	34.4%	65.6%	100.0%
Total		Count	2	29	44	75
		% within Umur Anak	2.7%	38.7%	58.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.454 ^a	4	.485
Likelihood Ratio	3.985	4	.408

Linear-by-Linear Association	2.768	1	.096
N of Valid Cases	75		

Crosstab

			Perubahan Status Gizi Kunjungan 9			Total
			Sangat Kurus (≤ -3 SD)	Kurus (≤ -2 SD)	Normal (> -2 SD)	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	2	13	17	32
		% within Jenis Kelamin	6.3%	40.6%	53.1%	100.0%
	Perempuan	Count	0	16	27	43
		% within Jenis Kelamin	.0%	37.2%	62.8%	100.0%
Total		Count	2	29	44	75
		% within Jenis Kelamin	2.7%	38.7%	58.7%	100.0%

The minimum expected count is ,37.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	3.035 ^a	2	.219
Likelihood Ratio	3.757	2	.153
Linear-by-Linear Association	1.530	1	.216
N of Valid Cases	75		

2 cells (33,3%) have

Crosstab

			Perubahan Status Gizi Kunjungan 9			Total
			Sangat Kurus (≤ -3 SD)	Kurus (≤ -2 SD)	Normal (> -2 SD)	
Nomor Urut Kelahiran	>2	Count	1	14	27	42

Universitas Indonesia

	% within Nomor Urut Kelahiran	2.4%	33.3%	64.3%	100.0%
1-2	Count	1	15	17	33
	% within Nomor Urut Kelahiran	3.0%	45.5%	51.5%	100.0%
Total	Count	2	29	44	75
	% within Nomor Urut Kelahiran	2.7%	38.7%	58.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	1.245 ^a	2	.537
Likelihood Ratio	1.245	2	.537
Linear-by-Linear Association	1.096	1	.295
N of Valid Cases	75		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,88.

Crosstab

		Perubahan Status Gizi Kunjungan 9			Total	
		Sangat Kurus (≤ -3 SD)	Kurus (≤ -2 SD)	Normal (> -2 SD)		
Umur Ibu	19 Tahun - 27 Tahun	Count	2	15	22	39

	% within Umur Ibu	5.1%	38.5%	56.4%	100.0%
> 27 Tahun	Count	0	14	22	36
	% within Umur Ibu	.0%	38.9%	61.1%	100.0%
Total	Count	2	29	44	75
	% within Umur Ibu	2.7%	38.7%	58.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.918 ^a	2	.383
Likelihood Ratio	2.687	2	.261
Linear-by-Linear Association	.595	1	.440
N of Valid Cases	75		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,96.

Crosstab

		Perubahan Status Gizi Kunjungan 9			
		Sangat Kurus (<= - 3 SD)	Kurus (<=-2 SD)	Normal (>-2 SD)	Total
Pendidikan Ibu	Pendidikan Rendah (TS, SD TT, SD T, SMP TT, SMP T)	Count 1	Count 22	Count 29	Count 52
	% within Pendidikan Ibu	1.9%	42.3%	55.8%	100.0%
Pendidikan Tinggi (SMA TT, SMA T, Akademi, Perguruan Tinggi)	Count 1	Count 7	Count 15	Count 23	
	% within Pendidikan Ibu	4.3%	30.4%	65.2%	100.0%
Total	Count	2	29	44	75
	% within Pendidikan Ibu	2.7%	38.7%	58.7%	100.0%

Universitas Indonesia

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.176 ^a	2	.556
Likelihood Ratio	1.170	2	.557
Linear-by-Linear Association	.259	1	.611
N of Valid Cases	75		

- a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,61.

Crosstab

		Perubahan Status Gizi Kunjungan			Total
		Sangat Kurus (<= - 3 SD)	Kurus (<= -2 SD)	Normal (>-2 SD)	
Pendidikan Ayah	Pendidikan Rendah (TS, SD TT, SD T, SMP TT, SMP T)	1	20	26	47
	% within Pendidikan Ayah	2.1%	42.6%	55.3%	100.0%
Pendidikan Tinggi (SMA TT, SMA T, Akademi, Perguruan Tinggi)	Count	1	9	18	28
	% within Pendidikan Ayah	3.6%	32.1%	64.3%	100.0%
Total		2	29	44	75
% within Pendidikan Ayah		2.7%	38.7%	58.7%	100.0%

Chi-Square Tests

Universitas Indonesia

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.869 ^a	2	.647
Likelihood Ratio	.875	2	.646
Linear-by-Linear Association	.327	1	.568
N of Valid Cases	75		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,75.

Crosstab

			Perubahan Status Gizi Kunjungan			Total
			Sangat Kurus (≤ -3 SD)	Kurus (≤ -2 SD)	Normal (> -2 SD)	
Pekerjaan Ayah	Penghasilan Tidak Tetap (Buruh, Ojek, Tk. Bangunan, Supir, Pedagang, Wiraswasta)	Count % within Pekerjaan Ayah	1 1.7%	28 47.5%	30 50.8%	59 100.0%
	Penghasilan Tetap (PNS, Karyawan Swasta)	Count % within Pekerjaan Ayah	1 6.3%	1 6.3%	14 87.5%	16 100.0%
Total		Count % within Pekerjaan Ayah	2 2.7%	29 38.7%	44 58.7%	75 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)

Universitas Indonesia

Pearson Chi-Square	9.389 ^a	2	.009
Likelihood Ratio	11.235	2	.004
Linear-by-Linear Association	4.269	1	.039
N of Valid Cases	75		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Crosstab

			Perubahan Status Gizi			Total
			Sangat Kurus (<= - 3 SD)	Kurus (<=-2 SD)	Normal (>-2 SD)	
Jumlah Anggota Rumah Tangga	Keluarga Besar (>4 Orang)	Count	1	11	24	
		% within Jumlah Anggota Rumah Tangga	2.8%	30.6%	66.7%	100.0%
	Keluarga Kecil (<=4 Orang)	Count	1	18	20	39
		% within Jumlah Anggota Rumah Tangga	2.6%	46.2%	51.3%	100.0%
Total		Count	2	29	44	75

Universitas Indonesia

Crosstab

			Perubahan Status Gizi			Total
			Kunjungan 9			
			Sangat Kurus (≤ -3 SD)	Kurus (≤ -2 SD)	Normal (> -2 SD)	
Jumlah Anggota Rumah Tangga	Keluarga Besar (>4 Orang)	Count	1	11	24	
		% within Jumlah Anggota Rumah Tangga	2.8%	30.6%	66.7%	100.0 %
		Count	1	18	20	39
Total	Keluarga Kecil (≤ 4 Orang)	% within Jumlah Anggota Rumah Tangga	2.6%	46.2%	51.3%	100.0 %
		Count	2	29	44	75
		% within Jumlah Anggota Rumah Tangga	2.7%	38.7%	58.7%	100.0 %

Chi-Square Tests

Universitas Indonesia

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.936 ^a	2	.380
Likelihood Ratio	1.951	2	.377
Linear-by-Linear Association	1.418	1	.234
N of Valid Cases	75		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,96.

Crosstab

			Perubahan Status Gizi Kunjungan 9			Total
			Sangat Kurus (≤ -3 SD)	Kurus (≤ -2 SD)	Normal (> -2 SD)	
Frekuensi ISPA	Sering Sakit	Count	1	25	31	57
		% within Frekuensi ISPA	1.8%	43.9%	54.4%	100.0%
	Jarang Sakit	Count	1	4	13	18
		% within Frekuensi ISPA	5.6%	22.2%	72.2%	100.0%
Total		Count	2	29	44	75
		% within Frekuensi ISPA	2.7%	38.7%	58.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.139 ^a	2	.208
Likelihood Ratio	3.208	2	.201
Linear-by-Linear Association	.887	1	.346
N of Valid Cases	75		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

Crosstab

			Perubahan Status Gizi Kunjungan 9	Total

			Sangat Kurus (≤ -3 SD)	Kurus (≤ -2 SD)	Normal (> -2 SD)	
Frekuensi Diare	Jarang Sakit	Count	2	29	44	75
		% within Frekuensi Diare	2.7%	38.7%	58.7%	100.0%
Total	Count		2	29	44	75
	% within Frekuensi Diare		2.7%	38.7%	58.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	75

a. No statistics are computed because Frekuensi Diare is a constant.

Crosstab

			Perubahan Status Gizi Kunjungan 9			
			Sangat Kurus (≤ -3 SD)	Kurus (≤ -2 SD)	Normal (> -2 SD)	Total
Frekuensi TB Paru	Sering Sakit	Count	1	3	8	12
		% within Frekuensi TB Paru	8.3%	25.0%	66.7%	100.0%
	Jarang Sakit	Count	1	26	36	63
		% within Frekuensi TB Paru	1.6%	41.3%	57.1%	100.0%
Total	Count		2	29	44	75
	% within Frekuensi TB Paru		2.7%	38.7%	58.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)

Pearson Chi-Square	2.566 ^a	2	.277
Likelihood Ratio	2.163	2	.339
Linear-by-Linear Association	.026	1	.873
N of Valid Cases	75		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan * Perubahan Status Gizi Kunjungan 9 Crosstabulation

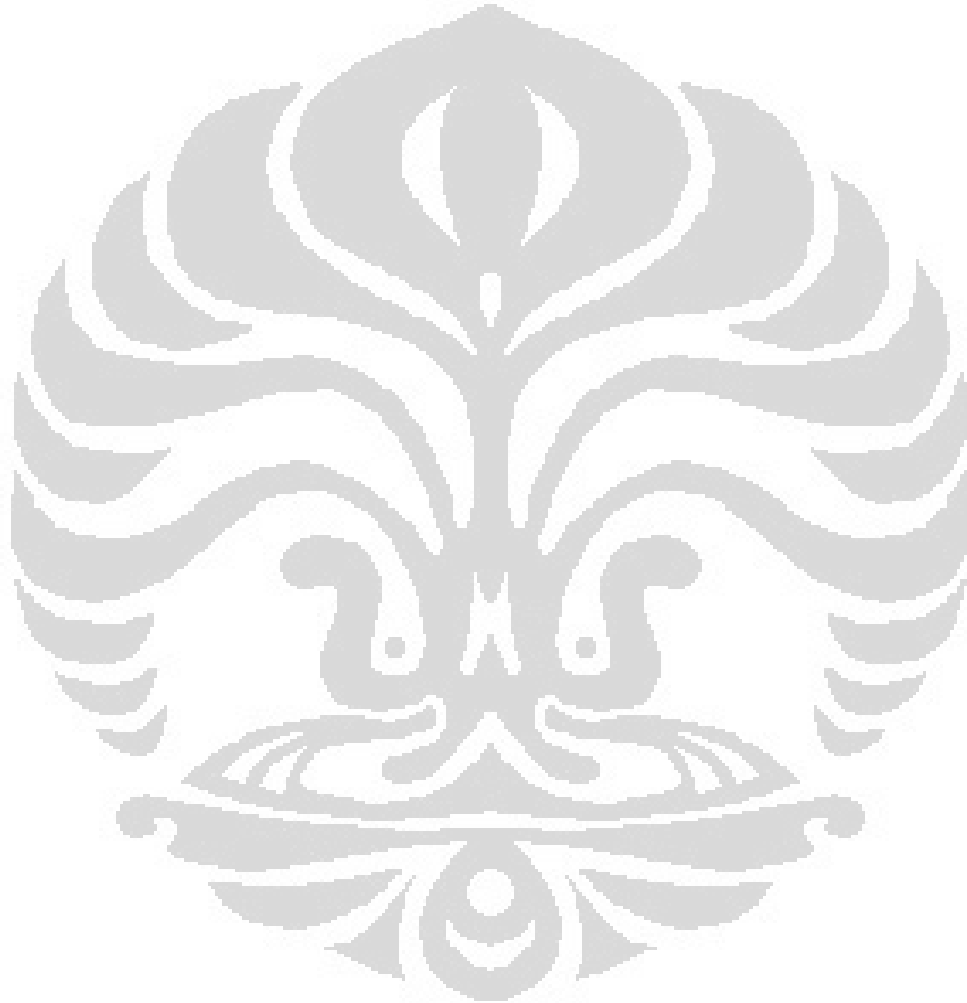
			Perubahan Status Gizi Kunjungan			Total
			Sangat Kurus (<= - 3 SD)	Kurus (<=-2 SD)	Normal (>-2 SD)	
Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan	Tidak Patuh (< 6 kali kunjungan)	Count	0	4	2	6
		% within	.0%	66.7%	33.3%	100.0%
		Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan				
Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan	Patuh (>= 6 kali kunjungan)	Count	2	25	42	69
		% within	2.9%	36.2%	60.9%	100.0%
		Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan				
Total		Count	2	29	44	75
		% within	2.7%	38.7%	58.7%	100.0%
		Kepatuhan Mengikuti Jadwal Kunjungan				

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)

Pearson Chi-Square	2.210 ^a	2	.331
Likelihood Ratio	2.275	2	.321
Linear-by-Linear Association	1.103	1	.294
N of Valid Cases	75		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.



PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN GIZI
 DAN MAKANAN
 BADAN LITBANGKES DEPKES R.I
 JALAN DR.SUMERU 63, BOGOR 16112

NOMOR
 KODE NAMA
 TAHUN
 Tanggal pemeriksaan
 Pertama kali

hari	bulan	Tahun	

FORMULIR PEMERIKSAAN KLINIS

I. IDENTITAS ANAK

1 Nama anak :

2 Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

3 Tanggal lahir :

hari	bulan	tahun

 Umur anak : bulan

4 Berat badan lahir : Kg Panjang badan lahir : Cm

5 Umur persalinan : 1. Cukup bulan 2. Kurang bulan : Bulan

6 Anak nomor :

--	--

7 Alamat : Jalan/Kampung/Gang : RT : RW :
 Desa :
 Kecamatan :
 1. Kodya Dati II BOGOR 2. Kabupaten Dati II BOGOR

II. IDENTITAS ORANG TUA

NO.	IDENTITAS	IBU	AYAH
1	Nama		
2	Umur		
3	Pendidikan		
4	Pekerjaan		
5	Agama		
6	Suku bangsa		
7	Hubungan dengan anak		

III. RIWAYAT KEHAMILAN, KELAHIRAN DAN KEADAAN ANAK

No.	Keadaan Kelahiran dan Keadaan Anak	Nomor kehamilan													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Lahir hidup, sekarang ada.														
2	Keguguran														
3	Lahir mati														
4	Lahir hidup, meninggal umur < 7 hari														
5	Lahir hidup, meninggal umur 7-28 hari														
6	Lahir hidup, meninggal umur 1-11 bulan														
7	Lahir hidup, meninggal umur 1-5 tahun														
8	Lahir hidup, meninggal umur > 5 tahun														

IV. RIWAYAT KELUARGA BERENCANA

1 Apakah ibu/bapak ikut program Keluarga Berencana ? 1. Ya 2. Tidak

2 Jika "Ya", cara apa yang digunakan saat ini ?
 1. Pil 4. Sterilisasi
 2. IUD 5. Kondom
 3. Suntik 6. Lainnya, sebutkan:.....

3 Jika tidak ikut program Keluarga Berencana, apa sebabnya ?
 Sebutkan :

V. RIWAYAT PEMELIHARAAN ANAK

- 1 Siapa penolong persalinan anak ini ?
 1. Paraji
 2. Bidan
 3. Dokter
 4. Lainnya, sebutkan.....
- 2 Dimana tempat melahirkan anak ini ?
 1. Di rumah
 2. Di rumah bidan
 3. Di klinik bersalin
 4. Di rumah sakit
 5. Lainnya, sebutkan.....
- 3 Apakah anak ini sekarang masih diberi ASI ?
 1. Ya
 2. Tidak (terus No. 5)
- 4 Jika "Ya", sampai umur berapa bulan hanya diberi ASI saja ?
 Bulan
- 5 Jika sekarang tidak diberi ASI, apakah anak ini pernah diberi ASI ?
 1. Pernah diberi SI
 2. Tidak pernah diberi ASI
- 6 Jika "Pernah diberi ASI", sejak umur berapa anak ini disapih ?
 Bulan
- 7 Apa sebabnya ASI tidak diberikan/ dihentikan ?
 a. Dari pihak ibu
 1. ASI kurang
 2. ASI tidak keluar
 3. Kelainan payudara
 4. Ibu sakit
 5. Ibu hamil lagi
 6. Ibu bekerja
 7. Lainnya, sebutkan.....
 b. Dari pihak anak
 1. Anak sakit
 2. ASI tidak cocok
 3. Kenaikan BB kurang
 4. Bayi tidak mau
 5. Lainnya, sebutkan.....
- 8 Apakah anak ini sekarang diberi susu tambahan ?
 1. Ya
 2. Tidak (Terus No. 12)
- 9 Jika "Ya", apa jenis susu tambahan yang diberikan ?
 Sebutkan :
- 10 Apakah sebabnya anak ini diberi susu tambahan ?
 Sebutkan :
- 11 Siapa yang menganjurkan memberi susu formula/ tambahan ?
 1. Sendiri
 2. Tetangga/teman
 3. Bidan
 4. Dokter
 5. Lainnya, sebutkan :
- 12 Apakah anak ini sudah diberi makanan tambahan ?
 1. Sudah diberi
 2. Belum diberi
- 13 Jika "sudah diberi" makanan tambahan, mulai umur berapa bulan jenis makanan berikut diperkenalkan?
 1. Pisang : bulan
 2. Buah yang lain : bulan
 3. Nasi pisang : bulan
 4. Bubur : bulan
 5. Bubur + sayur : bulan
 6. Bubur + lauk : bulan
 7. Bubur campur : bulan
 8. Lainnya : bulan
- 14 Apakah anak ibu yang lain ada yang menderita penyakit seperti anak ini (kekurangan gizi) ?
 1. Ya
 2. Tidak

VI. CATATAN IMUNISASI

No.	Jenis Imunisasi	Tanggal imunisasi diberikan				
		I	II	III	IV	V
1	BCG					
2	DPT					
3	POLIO					
4	CAMPAK					
5	HEPATITIS B					

IX. PEMERIKSAAN KLINIS

1 Kesadaran : 1. Sadar 2. Apatis 3. Cengeng 4. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 Ubun-ubun besar : 1. Terbuka 2. Tertutup 3. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Rambut : 1. Normal 2. Tipis 3. Tipis dan jarang
4. Tipis, rambut jagung 5. Mudah dicabut 6. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 Telinga : 1. Normal 2. Kotoran dalam telinga
3. Keluar cairan/nanah 4. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5 Muka : 1. Normal 2. Moonface 3. Muka orang tua
4. Mongoloid 5. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6 Mata : 1. Normal 2. Xerosis conjunctivae 3. Bitot spot
4. Xerosis corneae 5. Keratomalacia 6. Jaringan parut kornea
7. Conjunctivis 8. Konjungtiva pucat 9. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7 Hidung : 1. Normal 2. Saddle nose 3. Epistaxis
4. Sekret 5. Lain-lain,sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8 Mulut : 1. Normal 2. Stomatitis angularis 3. Candidiasis
4. Noma 5. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9 Gusi : 1. Normal 2. Mudah berdarah 3. Gingivitis 4. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10 Lidah : 1. Normal 2. Papilatrofi 3. Magenta
4. Glossitis 5. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11 Gigi : 1. Belum ada 2. Normal 3. Caries 4. Abses 5. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12 Tonsil : 1. T 0 2. T I 3. T II 4. T III 5. Lain-lain, sebutkan.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13 Pharynx : 1. Normal 2. Hiperemis 3. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 13: 18 empty boxes.

14 Kelenjar thyroid : 1. Normal 2. Membesar 3. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 14: 18 empty boxes.

15 Thorax : 1. Symetris 2. Asimetris 3. Pigeon-chest
4. Retraksi 5. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 15: 18 empty boxes.

16 Paru-paru : 1. Normal 2. Ronki basah kasar 3. Ronki basah halus nyaring
4. Ronki kering 5. Suara lendir 6. Wheezing
7. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 16: 18 empty boxes.

17 Jantung : 1. Normal 2. Bising, keterangan..... 3. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 17: 18 empty boxes.

18 Perut : 1. Normal 2. Pot belly 3. Asites 4. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 18: 18 empty boxes.

19 Hati : 1. Normal 2. Membesar 1-2 jari bawah areus costae
3. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 19: 18 empty boxes.

20 Limpa : 1. Normal 2. S I 3. S II 4. S III 5. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 20: 18 empty boxes.

21 Genitalia : 1. Normal 2. Kelainan, sebutkan.....

Grid for question 21: 18 empty boxes.

22 Otot-otot : 1. Normal 2. Atrofi 3. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 22: 18 empty boxes.

23 Atrofi otot terdapat : 1. Extremitas atas 2. Extremitas bawah
3. Bokong 4. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 23: 18 empty boxes.

24 Edema : 1. Tidak ada 2. ada

Grid for question 24: 18 empty boxes.

25 Edema terdapat pada : 1. Tungkai bawah 2. Muka
3. Anasarka 4. Lain-lain, sebutkan.....

Grid for question 25: 18 empty boxes.

26 Extremitas atas : 1. Normal 2. Paresis
 3. Paralisis 4. Lain-lain, sebutkan.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

27 Extremitas bawah : 1. Normal 2. Paresis 3. Paralisis 4. Lain-lain, sebutkan.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

28 Kulit : 1. Normal 4. Scabies 7. Crazy pavement dermatose
 2. Pyodermi 5. Dermatitis 8. Purpura/petechiae
 3. Folliculitis 6. Dermatitis follicularis 9. Lain-lain,sebutkan.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

X. DATA PENUNJANG PEMERIKSAAN KLINIS

No	Biokimia Darah	Pemeriksaan Awal		Pemeriksaan akhir	
		Tanggal	Hasil	Tanggal	Hasil
1	Haemoglobin (gr%)				
2	Hematokrit				

XI. KESIMPULAN PEMERIKSAAN KLINIS

Status gizi : 1. Baik 4. Marasmic kwashiorkor
 2. Kurang 5. Kwashiorkor
 3. Marasmus 6. Gizi buruk tidak termasuk ke dalam klasifikasi 3,4 dan 5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

XI PENYAKIT DAN PENGOBATAN

Pemeriksaan		Diagnosis	Pengobatan	PMT		Keterangan
Ke	Tanggal			Jenis	Jumlah	

PENYAKIT DAN PENGOBATAN (lanjut)

Pemeriksaan		Diagnosis	Pengobatan	PMT		Keterangan
Ke	Tanggal			Jenis	Jumlah	