



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI PROTEIN (KEP) PADA
BALITA (6-59 BULAN) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KELURAHAN PETUKANGAN SELATAN KECAMATAN
PESANGGRAHAN JAKARTA SELATAN TAHUN 2012**

SKRIPSI

**NANA NAZMIAH
NPM.1006820865**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI PROTEIN (KEP) PADA
BALITA(6-59 BULAN) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KELURAHAN PETUKANGAN SELATAN KECAMATAN
PESANGGRAHAN JAKARTA SELATAN TAHUN 2012**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**NANA NAZMIAH
NPM.1006820865**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2012**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nana Nazmiah

NPM : 1006820865

Tanda Tangan : 

Tanggal : 9 Juli 2012

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Nana Nazmiah
NPM : 1006820865
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekuranga Energi Protein Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Peminatan Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr.dr. Sandi Iljanto, MPH (.....)

Penguji I : Drs. Anwar Hassan, MPH (.....)

Penguji II : dr.H. Hidayat Nuh Ghazali. D (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberika Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syuarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Peminatan Kebidanan Komunitas pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa awal perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. dr. Sandi Iljanto, MPH. Selaku dosen Pembimbing Akademik, yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya dengan penuh kesabaran menuntun dan memberikan arahan pada penulis hingga skripsi ini dapat terselesaikan tepat waktu.
2. Bapak Drs. Anwar Hassan, MPH atas kesediaannya meluangkan waktu untuk menjadi Dewan Penguji
3. Bapak Bapak dr.H.Hidayat Nuh Ghazali. D, selaku Kepala Puskesmas Beji atas kesediaannya meluangkan waktu menjadi dewan penguji.
4. Ibu dr. Dien Emawati, Mkes Selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
5. Bapak dr. Kurnianto Amien, MM Selaku Kepala Suku Dinas Kesehatan Masyarakat Jakarta Selatan
6. Ibu dr.Henni Bariah Selaku Kepala Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan beserta staf atas kerjasamanya dan memberikan kesempatan serta memfasilitasi sebagai tempat penelitian.
7. Ibu dr. Tiara Dewi Selaku Kepala Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan beserta staf yang memberikan arahan dan bimbingan dilapangan kepada penulis.

8. Ibu Irnawati, SKM Selaku Pemegang Program gizi di Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesangrahan Jakarta Selatan.
9. Ibu-Ibu Kader Posyandu di Kelurahan Petukangan Selatan
10. Ibunda tercinta “ Rohma” yang telah memberikan do’a dan dorongan kepada penulis.
11. Suamiku tercinta Achmad Alove Pudjiantoro dan kelima anak-anakku tersayang Azelya Monica Kemal Fadilla, Axl Abigail Afrianza, Almavira Audrecya Achmad, , Putri Aisyah Achmad dan si bungsu Augy Nazriel Fathurrachman yang dengan sabar dan setia memberikan dukungan juga pengorbanan lahir bathin selama mengikuti studi hingga akhir penulisan skripsi ini.
12. Sahabat tersayang “Si Jeruk” Rita Novita, tempat berbagi cerita sedih dan senang.
13. Sahabat sekaligus sumber inspirasiku Indriyati, badai pasti berlalu.
14. Nurmalina, Nurlia Lahay, Onie yang rela meluangkan waktunya untuk mengolah data bersama.
15. Teman-teman satu bimbingan Appriana Bhatara Musu’ dan Siti Rochayah dan teman-teman seangkatan dan seperjuangan khususnya Peminatan Kebidanan Komunitas Kelas C.
16. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang banyak membantu penulis dalam pembuatan skripsi ini.

Semoga segala bantuan dan kesempatan yang telah diberikan menjadi amal kebajikan yang diterima Allah SWT. Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan dari penulisan ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat-Nya kepada kita semua. Aamiin

Depok, 9 Juli 2012

Penulis

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

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

Nama : Nana Nazmiah
NPM : 1006820865
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

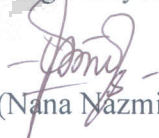
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non-exclusive-Royalty-Free-Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Energi Protein (KEP) Pada Balita (6-59 bulan) Di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 9 Juli 2012
Yang Menyatakan


(Nana Nazmiah)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Nana Nazmiah
NPM : 1006820865
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010

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

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Energi Kalori Protein (KEP) Pada Balita (6-59 Bulan) Di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 9 Juli 2012

METERAI
TEMPEL
PAJAK MEUBAHAN RANGSA
PBB
53F6FAF305539503
ENDANGBU KUMILI
60000 DJP
(Nana Nazmiah)

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama Lengkap : Nana Nazmiah
Nama Panggilan : Nana
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 3 Agustus 1972
Alamat : Jl. H. Radin No.27 Rt.006/03 Petukangan Utara
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta 12260
Agama : Islam
Email : najmmoon@ymail.com
HP : 085313690915, 081908105742, 021-98655592

Pendidikan Formal

1978-1984 MI Darunnajah dan SDN Pondok Pinang 03 Pagi Jakarta
1984-1987 SMPN 110 Jakarta
1987-1990 SPK Dep.Kes RI Harapan Kita Jakarta
2001-2004 Politeknik Jakarta I Jurusan DIII Kebidanan
2010-2010 Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas
Universitas Indonesia

Pekerjaan

1990-1991 Perawat Pelaksana di RS. Makna Kreo Tangerang Banten
1991-1992 Perawat Pelaksana di RS. Muhammadiyah Taman Puring Jakarta
1992-1996 Perawat Pelaksana di RS. Abdoel Moeloek Tanjung Karang Lampung
1996-2005 Perawat Pelaksana di RB. Puskesmas Kecamatan Mampang Prapatan Jakarta
2005-2010 Bidan Pelaksana di Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan

ABSTRAK

Nam : Nana Nazmiah
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul : **Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Energi Protein Pada Balita (6-59 Bulan) Di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012**

Masalah kurang gizi pada balita merupakan masalah gizi utama di Indonesia yang ditemui pada sebagian besar wilayah Indonesia termasuk DKI Jakarta.

Penelitian pada bulan Mei-Juni 2012 di wilayah kerja Puskesmas Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012. Bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kekurangan energi protein (KEP) pada balita umur 6-59 bulan. Menggunakan metode *cross sectional*, dengan variabel dependen adalah KEP balita, sedangkan umur, jenis kelamin, asupan makanan, penyakit infeksi, pendidikan ibu, pekerjaan ayah, penghasilan perbulan ketersediaan pangan, besarnya keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan menjadi variabel independen

Hasil penelitian menunjukkan proporsi balita yang mengalami KEP adalah 54,2%. Hasil analisis bivariat, faktor-faktor yang berhubungan adalah asupan makanan, penyakit infeksi, pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kesimpulannya proporsi KEP termasuk tinggi. Saran pelaksanaan program intervensi gizi fokus pada kelompok rentan, mereplikasi pos gizi, promosi kesehatan gizi dan kerja sama lintas sektor.

Kata kunci : balita 6-59 bulan; KEP; asupan makanan; penyakit infeksi; pekerjaan orang tua; pemanfaatan pelayanan kesehatan; *cross sectional*

xxii +93 halaman+21 tabel+2 gambar, lampiran

Daftar Pustaka : 68 (1986 – 2011)

ABSTRACT

Name : Nana Nazmiah
Study Program : Community of Midwifery
Title : **The factors relating to the less energy of protein which occurs on children under five- age (6 to 59 months) in Local Government Clinic in South Petukangan The sub-district of Pesanggrahan Jakarta in 2012**

The problem of less nutrition especially for children under five is still the case of main nutrition in Indonesia that can be found in most regions either in country side or Town, even it occurs in province of DKI Jakarta.

This research was carried out from May to June 2012 in Local Government Clinic in Petukangan Selatan The sub-district of Pesanggrahan in 2012. The goal of this research is to know the factors relating to the less energy of protein which occurs on children under five- age, within 6 to 59 months. The research used the method of *cross sectional*. The Dependent Variable is the status of the less energy of protein it self, whereas age, sex, food, disease infection, education of their mothers, jobs and duties, incomes per month, the amount of family, and health services become the Independent Variable.

The result of this research showed that the proportion of children under five-age who experienced the less energy of protein based on weights and ages was 54,2 %. The analyses of the factors relating to the less energy of protein was the need of food, disease infection, jobs and duties and use the health services.

The conclusion of this research is that the proportion of KEP for children under five-age in Local Government Clinic in South Petukangan is *high*. It is suggested to carry out the intervention of nutrient program and give the focus on maximize the nutrition post and replication of nutrition post, the promotion about health as a prevent, and join with another institution.

Key words : Children Under Five Age (6 to 59 Month), The Less Energy of Protein, Food, Disease Infections, Jobs and Duties, Health Service, *cross sectional*

xxii+93 page+2 picture+enclosure

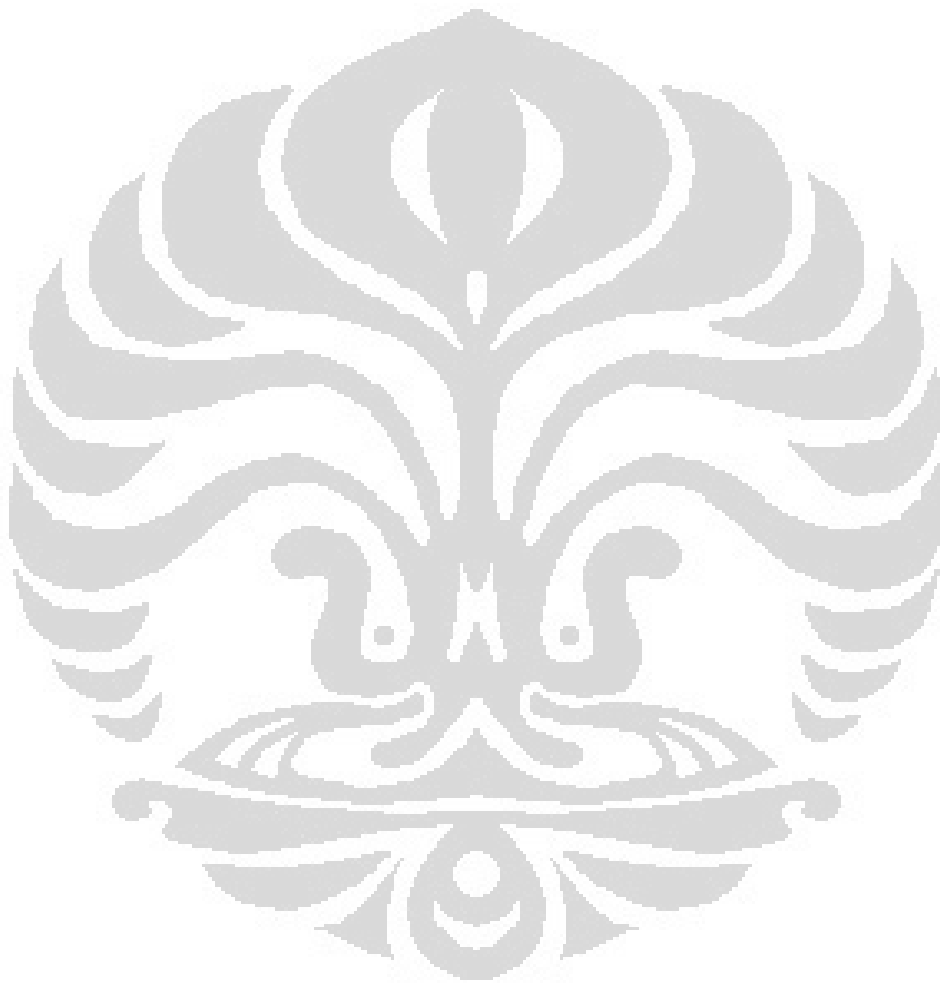
Reading List : 68 (1986 – 2011)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS	vii
LEMBAR PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	viii
RIWAYAT HIDUP	xi
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Pertanyaan Penelitian	7
1.4 Tujuan	7
1.5 Manfaat Penelitian	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Pengertian Kekurangan Energi Protein	11
2.2 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan KEP	11
2.3 Kemiskinan Dan Kejadian Kurang Energi Protein Pada Balita	26

2.4	Penilaian Status Gizi	27
2.5	Baku Patokan	27
2.6	Cara Deteksi Balita	30
2.7	Kategori KEP	30
2.8	Akibat Dari Kekurangan Energi Protein	32
2.9	Tatalaksana Pelayanan Balita KEP Berat	34
2.10	Kegiatan Penanganan Balita KEP	34
3.	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI	44
	OPERASIONAL DAN HIPOTESIS	44
3.1	Kerangka Teori	44
3.2	Kerangka Konsep	46
3.3	Definisi Operasional	47
3.4	Hipotesis	51
4.	METODE PENELITIAN	52
4.1	Metode Penelitian	52
4.2	Lokasi Dan Waktu Penelitian	52
4.3	Populasi	52
4.4	Sampel	52
4.5	Instrumen Penelitian	54
4.6	Sumber Data	54
4.7	Analisis Dan Pengolahan Data	55
5.	GAMBARAN UMUM WILAYAH PENELITIAN	60
5.1	Gambaran Umum Kelurahan Petukangan Selatan	60
5.2	Gambaran Umum Puskesmas	64
6.	HASIL PENELITIAN	68
6.1	Pelaksanaan Penelitian	68
6.2	Hasil Penelitian	68
7.	PEMBAHASAN	82
7.1	Keterbatasan Penelitian	82
7.2	Pembahasan Variabel Dependen	82

7.3 Pembahasan Variabel Independen	83
8. KESIMPULAN DAN SARAN	92
8.1 Kesimpulan	92
8.2 Saran	92



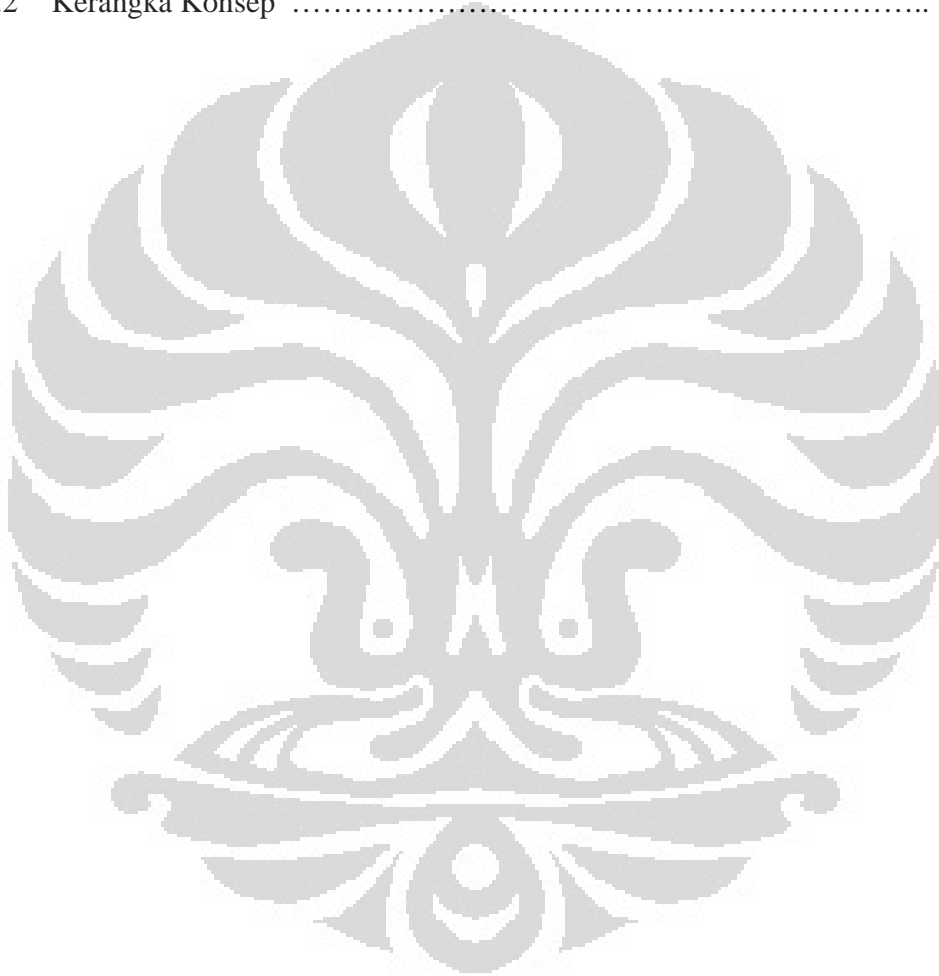
DAFTAR TABEL

Nomer Tabel	Halaman
3.1	Definisi Operasional 46
5.1	Distribusi responden berdasarkan kasus KEP di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 69
5.2	Distribusi responden menurut umur balita di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 69
5.3	Distribusi responden menurut jenis kelamin di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 70
5.4	Distribusi responden menurut asupan makanan di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 70
5.5	Distribusi responden menurut penyakit infeksi di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 71
5.6	Distribusi responden berdasarkan persediaan makanan di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 72
5.7	Distribusi responden menurut jumlah keluarga di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 72
5.8	Distribusi responden menurut pendidikan ibu di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 72
5.9	Distribusi responden menurut pekerjaan orang tua di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 73
5.10	Distribusi responden menurut penghasilan keluarga di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012 73

5.11	Distribusi responden menurut pemanfaatan pelayanan kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012	74
5.12	Distribusi hubungan antara umur balita dengan kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012	75
5.13	Distribusi Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012	75
5.14	Distribusi Hubungan Antara asupan makanan Dengan kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012	76
5.15	Distribusi Hubungan Antara Penyakit Infeksi Dengan kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012	76
5.16	Distribusi Hubungan Antara Persediaan Makanan Dengan Kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012	77
5.17	Distribusi Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga Dengan Kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012.....	78
5.18	Distribusi Hubungan Antara Pendidikan Ibu Dengan Kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012	78
5.19	Distribusi Hubungan Antara Pekerjaan orang tua Dengan Kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012	79
5.20	Distribusi Hubungan Antara Penghasilan Keluarga Dengan Kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012	80
5.21	Distribusi Hubungan Antara Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dengan Kejadian KEP di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012.....	80

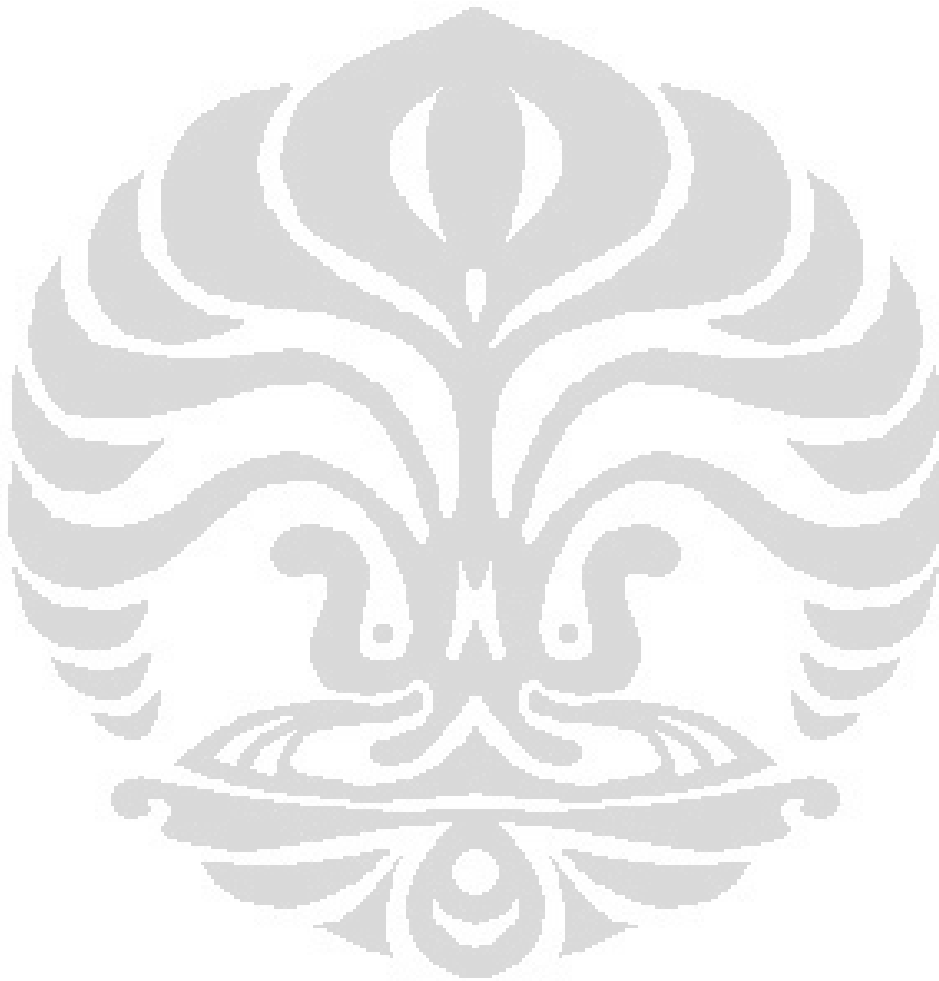
DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
3.1 Kerangka Teori	43
3.2 Kerangka Konsep	44



DAFTAR LAMPIRAN

Surat Izin Penelitian Dari Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan
Kuesioner Penelitian
Inform Consent
KMS



DAFTAR SINGKATAN



AKG	: Angka Kecukupan Gizi
ASI	: Air Susu Ibu
BB/U	: Berat Badan Menurut Umur
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
DEP.KES.RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DIN.KES	: Dinas Kesehatan
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
FAO	: Food Agricultural Organisation
KB	: Keluarga Berencana
KEP	: Kekurangan Energi Protein
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	: Kartu Mneuju Sehat
GAKY	: Gangguan Akibat Kekurangan Yodium
Hb	: Haemoglobin
NCHS	: National Center For Health Statistic
P2M	: Pemberantasan Penyakit Menular
PD	: Positif Deviance
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
PROMKES	: Promosi Kesehatan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SD	: Standart Deviasi
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
TBC	: Tubercolosa
TB/U	: Tinggi Badan Menurut Umur
UNICEF	: United Nation of Children's Fund
UMK	: Upah Minimum Kota
UPPKS	: Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dalam pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan, dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, pembangunan kesehatan dilaksanakan secara sistematis dan berkesinambungan (Dep.Kes.RI, 2006).

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat banyak hal yang perlu dilakukan, salah satu di antaranya dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah upaya kesehatan yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama oleh organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azwar, Azrul, 1996).

Visi pembangunan kesehatan yaitu: Indonesia Sehat 2010, menggambarkan bahwa pada tahun 2010 bangsa Indonesia hidup dalam lingkungan yang sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata sehingga memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Dep.Kes.RI, 2007).

Untuk mendukung visi pembangunan kesehatan tersebut, Dep.Kes.RI menetapkan visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat” dengan misi “membuat rakyat sehat” yang akan dicapai dengan strategi menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan informasi kesehatan, meningkatkan pembiayaan kesehatan. Langkah nyata untuk mewujudkan sasaran tersebut diterbitkan SK Men.Kes No 564/2006 tentang pedoman pelaksanaan pembangunan desa siaga (Dep.Kes.RI, 2007).

Indonesia bahkan telah dua kali mencanangkan program Indonesia Sehat. Yang pertama pada 2010, dimana indikator untuk menuju kearah Indonesia Sehat masih belum terpenuhi dan kemudian diperbaharui menjadi Indonesia Sehat 2015.

Ada lima puluh indikator yang terangkum dalam beberapa garis besar diantaranya penurunan angka kematian, penurunan angka kesakitan, peningkatan status gizi, perbaikan sanitasi dasar, perilaku hidup bersih dan sehat, penyebaran tenaga kesehatan yang mencakup aksesabilitas pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi inidikator-indikator tersebut tentunya Kementerian Kesehatan telah menyusun berbagai staregi. Termasuk salah satunya Desa Siaga. Program desa siaga merupakan salah satu program Depertemen Kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan,dan merupakan jembatan menuju Indonesia Sehat 2015.

Puskesmas di era desentralisasi mempunyai 3 fungsi yaitu menggerakan pembangunan berwawasan kesehatan ,memberdayakan masyarakat dan memberdayakan keluarga,memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Program kesehatan dasar yang harus di laksanakan oleh setiap puskesmas yang di kemas dalam “basic six “ yaitu: promosi kesehatan (PROMKES), kesehatan lingkungan (KESLING),kesehatan ibu dan anak (KIA),termasuk keluarga berencana (KB),perbaikan gizi, pemberantasan penyakit menular (P2M), pengobatan (Dep.Kes.RI. 2002).

Banyak kendala dalam pencapaian pembangunan kesehatan sehingga diperlukan program yang langsung mengenai sasaran. Salah satu kendalanya adalah masalah gizi yang masih banyak terdapat di daerah-daerah, yaitu masalah gizi buruk dan gizi kurang.

Secara umum di Indonesia terdapat dua masalah gizi utama yaitu kurang gizi makro dan kurang gizi mikro. Kurang gizi makro pada dasarnya merupakan gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kurangnya asupan energi dan protein. Masalah gizi makro yang utamanya disebabkan oleh ketidak seimbangan antara kebutuhan dan asupan energi dan protein. Kekurangan gizi makro umumnya disertai kekurangan zat gizi mikro (Dep.Kes RI. 2007)

Masalah gizi terjadi disetiap siklus kehidupan dimulai sejak dalam kandungan, bayi, anak, remaja, dewasa dan lanjut usia. Periode dua tahun pertama merupakan masa kritis karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat besar. Gangguan gizi terjadi diperiode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan pada masa selanjutnya terpenuhi. Kekurangan gizi baik makro ataupun mikro juga dapat menyebabkan hambatan perkembangan fisik dan kecerdasan, disamping penurunan daya tahan tubuh, sehingga kejadian infeksi meningkat. (Dep.Kes RI, 2007).

Dampak gizi buruk dapat menurunkan produktifitas tenaga kerja dan akan menyebabkan kematian bila tidak ditangani oleh tenaga kesehatan, timbulnya kecacatan, akan menghasilkan generasi yang tidak cerdas, Berat dan tinggi badan pada usia dewasa lebih rendah dari anak normal dan tingginya angka kesakitan. (Dep.Kes RI, 2007).

Penyebab gizi buruk tidak hanya satu, ada banyak. Penyebab kasus gizi buruk di Indonesia tampaknya masalah ekonomi dan kurangnya pengetahuan. Kemiskinan memicu kasus gizi buruk, kemiskinan dan ketidak mampuan orang tua menyediakan makanan bergizi menjadi penyebab meningkatnya kasus gizi buruk di Indonesia, dan aspek sosial budaya menyebabkan tindakan yang tidak menunjang tercapainya gizi yang memadai untuk balita, seperti adanya kebiasaan/pantangan yang merugikan.

Apabila gizi kurang dan gizi buruk terus terjadi dan tidak ada penanganan dengan serius dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional. Secara keseluruhan perlahan akan berdampak pada kematian ibu, bayi, balita serta rendahnya umur harapan hidup. Selain itu dampak kekurangan gizi terlihat juga pada rendahnya partisipasi anak di sekolah, rendahnya pendidikan serta lambatnya pertumbuhan ekonomi. (Badan Perencanaan Nasional, 2007).

Resiko meninggal dari anak yang bergizi buruk 13 kali lebih besar dari anak yang bergizi normal. WHO memperkirakan 54% penyebab kematian pada bayi dan balita didasari oleh keadaan gizi yang jelek (WHO,1997)

Balita merupakan kelompok umur yang paling rawan menderita kekurangan gizi (KEP) disamping defisiensi vitamin A dan anemia zat besi, gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY), selain masalah di atas, diduga ada masalah gizi mikro lainnya seperti defisiensi zink yang sampai saat ini belum terungkap karena keterbatasan ilmu pengetahuan dan teknologi gizi, secara umum masalah gizi di Indonesia masih tinggi dari pada negara ASEAN lain. (Supriasa, 2002).

Kelompok usia 6-24 bulan merupakan kelompok terbanyak yang menderita kekurangan energi protein, karena pada usia ini anak sudah memasuki masa sapihan yang tidak diikuti dengan pemberian makanan yang cukup memenuhi gizi. Sementara anak pada usia ini merupakan golongan yang rentan terhadap kekurangan gizi dan penyakit infeksi (Syarif, H,1987). Penyakit infeksi berkaitan erat dengan hygiene dan sanitasi misalnya pada penyakit diare, ISPA/batuk pilek dan kecacingan.

Kekurangan energi protein (KEP) pada usia 12-24 bulan banyak terjadi di pedesaan dan pada kelompok masyarakat kota dengan penghasilan terbatas. Keadaan tersebut kemungkinan disebabkan ibu kurang mampu memberikan makanan dengan kualitas dan kuantitas yang baik untuk balitanya dan pada umumnya ibu tidak lagi menyiapkan makanan secara khusus setelah anak memasuki usia lebih dari satu tahun. Jika dilihat dari segi konsumsi anak usia 12-24 bulan masih termasuk konsumen pasif, sehingga mereka mendapat intake makanan tergantung dari orang lain. Bila konsumsinya rendah, maka dalam waktu tertentu akan mengakibatkan berat badan menurun dan pertumbuhan terganggu (Sjahmen Moehji, 1988).

Ketersediaan pangan selalu berhubungan dengan masalah gizi. Tingkat kecukupan gizi penduduk ditingkat rumah tangga tergantung pada kemampuan penduduk untuk membeli pangan. Selanjutnya tingkat pendapatan keluarga tergantung pada kemampuan anggota keluarga untuk berpenghasilan cukup menurut kesempatan kerja yang memadai yang berdasarkan pada tingkat pendidikan, dan tingkat produktivitas tergantung pada kondisi fisik yang dipengaruhi oleh konsumsi gizi seimbang setiap harinya, (Azwar, Azrul, 2001)

Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan sekitar 40,6% penduduk di Indonesia konsumsi makannya dibawah kebutuhan minimal (kurang dari 70% dari angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan pada tahun 2004). Kekurangan gizi secara umum (makanan kurang dalam kuantitas dan kualitas) menyebabkan gangguan pada proses pertumbuhan, anak-anak tidak tumbuh menurut potensialnya. Protein digunakan sebagai zat pembakar sehingga otot-otot menjadi lembek dan rambut mudah rontok. Anak-anak yang berasal dari golongan sosial ekonomi menengah keatas rata-rata lebih tinggi dari pada anak-anak yang berasal dari keadaan ekonomi lebih rendah.

Kurangnya asupan makanan menyebabkan seseorang kekurangan tenaga untuk bergerak, bekerja dan melakukan aktifitas karena produksi tenaga berkurang. Anak menjadi malas, lemah, pertahanan tubuh menurun, termasuk daya tahan terhadap tekanan atau stress, sistem imunitas dan antibodi berkurang, sehingga anak mudah terserang infeksi seperti pilek, batuk dan diare dan dapat menyebabkan kematian. Struktur dan fungsi otak terganggu. Kekurangan gizi pada usia muda dapat berpengaruh terhadap perkembangan mental dan mengurangi kemampuan berfikir. Otak mencapai bentuk maksimal pada usia dua tahun, kekurangan gizi dapat berakibat terganggunya fungsi otak secara permanen. Perilaku yang tidak tenang, ini dapat terjadi pada anak-anak maupun pada orang dewasa yang kurang gizi, mereka mudah tersinggung, cengeng dan apatis. Dari hal diatas tampak bahwa gizi yang baik merupakan modal bagi pengembangan sumber daya manusia. (Sunita Almatsir, 2005)

Penderita gizi buruk dapat di deteksi melalui pemantauan berkala berdasarkan usia bayi/anak, tinggi badan, lingkar kepala, dan lingkar lengan kiri atas. Skema atau grafik pertumbuhan bayi dan anak tertera jelas dalam kartu menuju sehat (KMS) yang tersedia diposyandu. Bila terdapat di grafik menuju garis merah maka tugas kader adalah segera merujuk ke sarana kesehatan terdekat (Dep.Kes RI, 2002)

Prevalensi balita kurang gizi secara nasional sebesar 18,4% pada tahun 2007, dan pada tahun 2010 prevalensinya turun menjadi 17,9% dan 4,9% atau sekitar 900 ribu adalah gizi buruk yang tersebar diberbagai desa, kabupaten, dan kecamatan.

Data yang sama menunjukkan 13.3% anak kurus, diantaranya 6,0% anak sangat kurus dan 17,1% anak masuk kategori pendek.

19 Provinsi mempunyai prevelensi gizi kurang dan buruk diatas prevalensi nasional, 3 kabupaten kota dengan prevalensi gizi buruk pada balita tertinggi berturut turut adalah Aceh Tenggara (48,7%) Rote Ndao (40,8%), dan Kepulauan Aru (40,2). Sedangkan 3 kabupaten / kota dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk ada pada balita terendah adalah kota Tomohon (4,8%), Minahasa (6,0%) dan kota Madiun (6,8%) (Riskesdas, 2008).

Kenyataan dilapangan anak gizi buruk dengan gejala klinis (Marasmus, Kwashiorkhor, Marasmus-Kwashiorkhor) umumnya disertai dengan infeksi seperti Diare, TB Paru serta penyakit infeksi lainnya. Data dari WHO menunjukkan bahwa sebesar (54%) angka kesakitan pada balita disebabkan oleh gizi kurang dan gizi buruk, (19%) Diare, (19%) ISPA, (18%) Perinatal, (7%) Campak, (5%) Malaria, dan (32%) penyebab lain. (Dep.Kes RI,2002).

Di provinsi DKI Jakarta dari 887.049 balita 8.455 (0.009%) menderita kurang gizi, 116 diantaranya menderita gizi buruk (Din.Kes DKI Jakarta 2011). Di wilayah Kotamadya Jakarta Selatan dari 174.467 balita sebanyak 411 balita berada di bawah garis merah (BGM), 19 diantaranya menderita gizi buruk. Kecamatan Pesanggrahan yang merupakan salah satu dari 10 Kecamatan diwilayah Kotamadya Jakarta Selatan, dari 18.538 balita yang ada di Kecamatan Pesanggrahan, terdapat 401 (0.022%) balita kurang gizi, 40 diantaranya berada di bawah garis merah. bila dilihat dari masing-masing kelurahan maka Kelurahan Petukangan Selatan dengan 2724 balita, 140 diantaranya mengalami kurang gizi atau 37,4% dari 401 balita kurang gizi seKecamatan Pesanggrahan (Sudinkesmas, Jakarta Selatan 2011)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan rumusan di atas peneliti menemukan bahwa kejadian gizi kurang di wilayah Petukangan Selatan merupakan masalah dan perlu mendapat perhatian khusus karena jika diabaikan dapat mengganggu sumber daya manusia (SDM) dikemudian hari. Dengan demikian tingginya angka balita KEP di Kelurahan Petukangan Selatan perlu mendapat penanganan yang cepat dan tepat, dengan

melibatkan orang tua, lingkungan sekitar, kader dan petugas kesehatan. Selain itu kejadian KEP pada balita di kelurahan Petukangan Selatan membuat peneliti ingin mengetahui “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Energi Protein (KEP) Pada Balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.”

1.3 Pertanyaan Penelitian

Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi protein (KEP) pada balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi protein (KEP) pada balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuinya gambaran tentang kejadian kekurangan energi protein (KEP) pada balita berdasarkan karakteristik balita meliputi umur, jenis kelamin, asupan makan, dan penyakit infeksi di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.
2. Diketuinya gambaran tentang kekurangan energi protein (KEP) pada balita berdasarkan karakteristik orang tua meliputi, pendidikan ibu, pekerjaan ayah di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.
3. Diketuinya gambaran tentang kekurangan energi protein (KEP) pada balita berdasarkan karakteristik keluarga meliputi penghasilan keluarga perbulan, persediaan makanan dirumah, jumlah anggota keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.

4. Diketuinya hubungan antara karakteristik anak meliputi umur, jenis kelamin, asupan makanan, penyakit infeksi dengan kejadian kekurangan energi protein (KEP) pada balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.
5. Diketuinya hubungan antara karakteristik orang tua meliputi pendidikan ibu dan pekerjaan ayah dengan kejadian kekurangan energi protein (KEP) pada balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.
6. Diketuinya hubungan antara karakteristik keluarga penghasilan keluarga perbulan, persediaan makanan dirumah, jumlah anggota keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian kekurangan energi protein pada balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.

1.5 Manfaat Penelitian

Secara teoritis dan metodologis, penelitian seperti ini sudah banyak dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu, sehingga penelitian ini hanya merupakan penerapan dari teori dan metode yang sudah ada. Secara aplikatif, penelitian ini akan memberikan manfaat, khususnya :

1.5.1 Untuk orang tua balita

Sebagai informasi dan menambah wawasan ilmu pengetahuan masyarakat khususnya bidang gizi sehingga dapat digunakan untuk memperbaiki dan meningkatkan status gizi balitanya.

1.5.2 Untuk Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat member informasi dan masukan kepada pihak puskesmas mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012, sehingga dapat dijadikan dasar untuk memberikan penanganan yang cepat dan tepat untuk mencegah

kekurangan energi protein pada balita menjadi kronis dan meningkatkan upaya-upaya penurunan prevalensi gizi kurang.

1.5.3 Untuk peneliti lain

Peneliti lain yang memilih area (materi yang sama akan mendapat informasi mengenai faktor-faktor penyebab terjadinya kekurangan energi (KEP) pada balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.

1.5.4 Untuk Mahasiswa

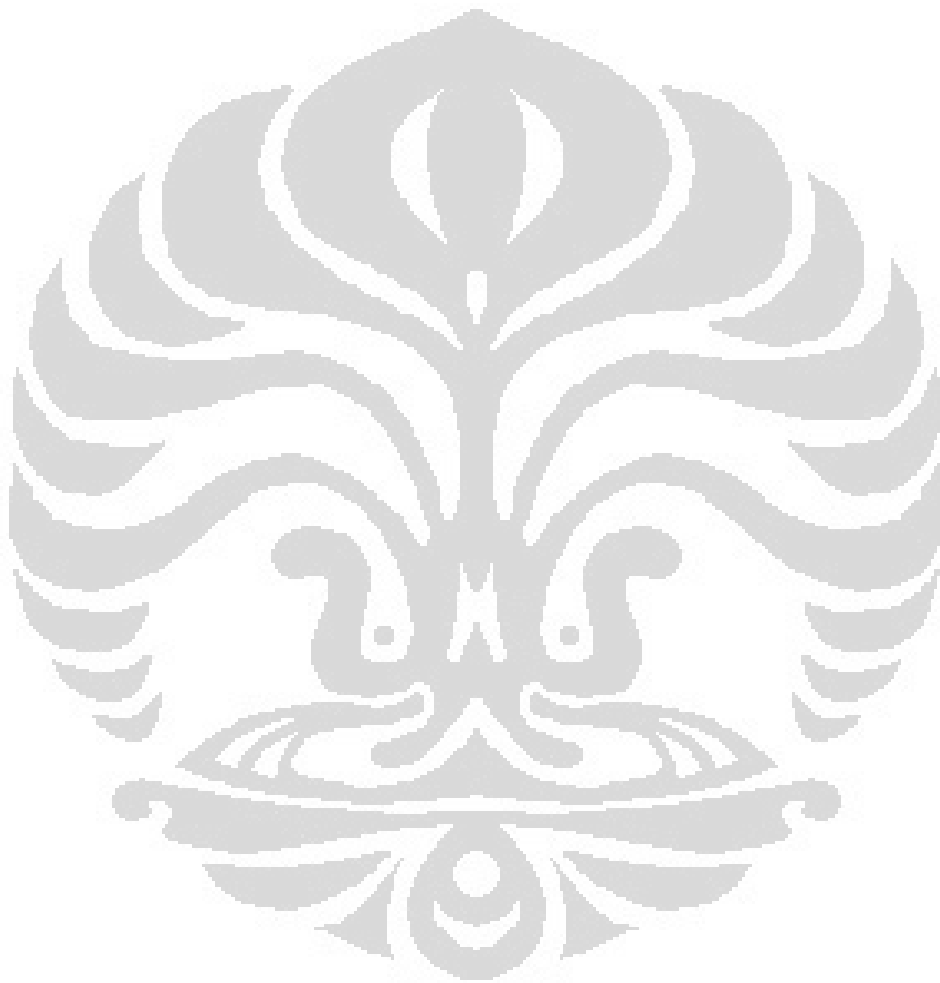
Dapat menerapkan ilmu pengetahuan serta menambah wawasan dan pengalaman dengan menuangkan gagasan dan pikiran yang diperoleh selama mengikuti pendidikan Kebidanan Komunitas di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia ke dalam bentuk tulisan secara jelas dan sistematis melalui penelitian kesehatan masyarakat di bidang Kesehatan Ibu dan Anak khususnya mengenai gizi balita. Selain itu di harapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan data untuk perbandingan pada penelitian selanjutnya.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi protein (KEP) pada balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012. Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei-Juni Tahun 2012. Data yang digunakan adalah data primer dan sekunder (data terdokumentasi). Data primer di dapat dari hasil wawancara dan pengisian kuesioner oleh ibu yang memiliki balita dengan status gizi kurang. Sedangkan data sekunder (data terdokumentasi) meliputi data tentang gambaran umum wilayah yang di dapat dari observasi langsung dan dari pihak puskesmas melalui pemegang program gizi serta buku register balita di posyandu.

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif dengan design cross sectional. Data akan di olah menggunakan piranti lunak komputer. Analisi data menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat.

Alasan penelitian ini dilakukan karena belum diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi protein (KEP) pada balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012, sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian tersebut.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Kekurangan Energi Protein

KEP adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan gizi makro (zat tenaga, zat pembangun dan lemak) yang biasanya disertai kekurangan zat gizi mikro (Vitamin A, Besi, Seng, Vitamin B dan sebagainya) sesuai dengan angka kecukupan gizi (AKG) (Dep.Kes RI, 2005). Istilah KEP digunakan apabila berat badan anak kurang dari 80% indeks berat badan menurut umur (BB/U) baku yang bila di ukur nilai z-scorenya terletak dibawah-2 Standart Deviasi (SD) menurut rujukan *World Health Organisation-National Center For Health Statistic (WHO-NCHS)* (Kepmenkes RI, 2002).

KEP adalah suatu faktor yang risiko yang berkontribusi terhadap penyakit infeksi seperti diare, dan infeksi saluran pernafasan (Allen dan Gillespie, 2001). WHO memperkirakan bahwa keadaan kurang gizi atau KEP pada balita berkontribusi sebesar 54% pada kematian anak diseluruh dunia.

KEP merupakan defisiensi zat gizi (energi dan protein) yang paling berat dan meluas, terutama pada balita. Pada umumnya penderita KEP berasal dari keluarga berpenghasilan rendah (Supariasa, 2002).

2.2 Faktor-faktor yang berhubungan dengan KEP

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya kurang energi protein (KEP) pada balita dapat digolongkan kedalam penyebab langsung dan penyebab tidak langsung (UNICEF, 1999). Penyebab langsung kekurangan gizi ada 2 pertama konsumsi makanan yang tidak mencukupi kebutuhan sehingga tubuh mengalami kekurangan gizi. Kedua adalah keadaan kesehatan. Hal ini biasanya berkaitan dengan penyakit-penyakit infeksi yang mengganggu pencernaan dan maupun penyerapan zat gizi dalam tubuh. Penyebab langsung ini juga dipengaruhi oleh

faktor lain yang merupakan penyebab tidak langsung dan sangat berperan dalam membentuk keadaan kurang gizi. Penyebab tidak langsung antara lain adalah pengetahuan/pendidikan orang tua, kondisi sosial ekonomi keluarga yang rendah, pola konsumsi yang kurang baik, persediaan pangan yang tidak cukup, umur, jenis kelamin anak, dan fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit dijangkau. Ball et al (1997), menyebutkan negara berkembang keadaan kurang gizi pada balita biasanya terjadi karena ketidakcukupan pangan atau ketidakseimbangan makanannya atau karena penyakit infeksi yang berulang-ulang.

Makanan yang dikonsumsi anak tergantung dari zat gizi dalam bahan makanan yang dikonsumsi, pola konsumsi makanan, pengetahuan ibu tentang makanan (gizi) dan daya beli makanan yang berkaitan dengan pendapatan keluarga. Sedangkan kesehatan anak dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan yang diperoleh dan lingkungan dimana anak tinggal, pola asuh dan sosial ekonomi keluarga. Kesemuanya itu apabila mengalami kekurangan dapat mengakibatkan kekurangan gizi pada anak balita. Konsumsi pangan yang buruk dan penyakit infeksi berkaitan secara sinergik dalam menyebabkan kurang gizi.

Keadaan gizi adalah hasil interaksi dari semua aspek lingkungan termasuk lingkungan fisik, biologik dan faktor kebudayaan. Secara umum faktor-faktor yang menentukan keadaan gizi masyarakat, khususnya anak-anak adalah tingkat pendidikan orang tua, keadaan ekonomi, ketersediaan makanan serta aspek-aspek kesehatan. Tiap-tiap faktor tersebut dapat berpengaruh pada keadaan gizi masyarakat, baik secara langsung maupun tidak langsung (Jelliffe, 1998).

Penelitian di bogor menemukan bahwa infeksi, pola konsumsi makanan merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan kegagalan dalam pertumbuhan balita (Schmidt dan Muslimatun, 2002) kegagalan pertumbuhan yang nyata biasanya dimulai usia 7 bulan yang berlanjut sampai usia 2 tahun, dengan puncaknya pada usia 12 bulan. Hasil penelitian Leonita (Tesis, 2007) menunjukkan penyakit infeksi, tingkat pendidikan ibu, pendapatan keluarga yang berkaitan dengan ketersediaan pangan mempengaruhi angka kejadian KEP pada balita.

2.2.1 Umur

Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Kesalahan penentuan umur akan menyebabkan kesalahan dalam interpretasi status gizi. Hasil tinggi dan berat badan yang akurat akan menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat (Supriasa, 2002).

Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara intake dan kebutuhan zat gizi terjamin, berat badan akan berkembang mengikuti laju pertumbuhan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat dua kemungkinan perkembangan berat badan, yaitu dapat berkembang lebih cepat atau lebih lambat dari keadaan normal (Abunaim, 1990). Berdasarkan sifat-sifat inilah maka indeks BB/U digunakan sebagai salah satu indikator status gizi (KEP) dan karena sifat BB yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status seseorang saat ini (Reksodikusumo, 1989)

Umur juga merupakan faktor gizi internal yang menentukan kebutuhan gizi sehingga umur berkaitan dengan status gizi balita (Apriaji dalam Lismartina, 2000). Bayi dan anak-anak berumur hingga dua tahun adalah kelompok yang sangat sensitif terhadap penurunan kualitas konsumsi pangan keluarga (Tabor dkk, 2000). Hasil penelitian Djamil dalam Lismartina (2000) menunjukkan bahwa pada umur 6 bulan kebanyakan bayi masih dalam status gizi baik sedangkan pada golongan umur setelah 6 bulan jumlah balita yang berstatus gizi baik nampak menurun sampai 50%. Kelompok usia 6-24 bulan merupakan kelompok terbanyak yang menderita kekurangan energi protein, karena pada usia ini anak sudah memasuki masa sapihan yang tidak diikuti dengan pemberian makanan yang cukup memenuhi gizi. Sementara anak pada usia ini merupakan golongan yang rentan terhadap kekurangan gizi dan penyakit infeksi (Syarif, H, 1987). Hal ini juga disebabkan karena kebutuhan gizi pada balita meningkat sedangkan ASI sudah tidak mencukupi lagi. Disamping makanan sapihan tidak diberikan dalam jumlah dan frekwensi yang cukup serta adanya diare karena kontaminasi pada makanan yang diberikan (Abunaim dalam Lismartina, 2000)

2.2.2 Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor gizi internal yang menentukan kebutuhan gizi, sehingga pada gilirannya ada keterkaitan antara jenis kelamin dengan keadaan gizi balita (Apriaji dalam Lismartina, 2000). Persentase balita laki-laki yang berstatus gizi kurang/buruk sebesar 16.23%, sedangkan pada balita perempuan sebesar 12,5%. (BPS, 1999). Sedangkan hasil SKRT tahun 2001 menunjukkan balita yang berstatus gizi kurang dan buruk (Z -score $< -2SD$) persentasenya relatif lebih tinggi pada anak laki-laki (32,0%) dibandingkan dengan balita perempuan (29,8%) (Dep.Kes RI, 2002)

Hasil penelitian Astuti (2004) menunjukkan presentasi balita laki-laki berstatus gizi baik cenderung lebih tinggi di bandingkan balita perempuan sejalan dengan hasil penelitian Leonita (Tesis, 2007) walaupun perbedaan status gizi anak laki-laki dan perempuan secara statistik tidak bermakna. Hal yang berbeda di tunjukan oleh hasil penelitian Sihadi (1998), dimana prevalensi gizi kurang/buruk lebih banyak terdapat pada perempuan yaitu sebesar 58,1% dibandingkan laki-laki yaitu sebesar 41,9%.

2.2.3 Asupan Makanan

Penilaian mengenai asupan makanan dan zat gizi sangat penting dalam penelitian gizi. Data mengenai kecukupan makanan dan menyediakan informasi jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi oleh individu untuk mengetahui jumlah zat gizi yang dikonsumsi. Metode penilaian yang umum dilakukan adalah : *dietary recall, food frequency, dietary history, weighed food record* (Gibson, 2005; wolper, 1995).

Masa yang terentang antara usia 1 tahun sampai remaja boleh dikatakan sebagai periode laten, karena pertumbuhan fisik tidak sedramatis ketika masih bayi. Di tahun pertama kehidupan, panjang bayi bertambah 50%, tetapi tidak berlipat setelah usia bertambah sampai 4 tahun. Anak yang berumur 1-3 tahun akan mengalami penambahan berat sebanyak 2-2.5 kg, dan penambahan tinggi rata-rata 12 cm setahun (tahun kedua 12 cm, tahun ketiga 8-9 cm). berat badan baku mengacu pada berat badan dan tinggi badan dari WHO-NCHS, atau rumus perkiraan berat

badan anak, berat badan anak misalnya pada usia 1-6 tahun = (usia x 2 + 8), dengan demikian berat anak usia 1-3 tahun masing-masing 10, 12, 14 kg (Dep.Kes RI, 2002)

Perkembangan mental anak dapat dilihat dari kemampuannya mengatakan tidak terhadap makanan yang ditawarkan, penolakan itu tentu saja tidak boleh dijadikan alasan orang tua untuk memulai perang dimeja makan, karena ketegangan justru memicu dan memacu sikap defensive, ada baiknya melakukan kompromi dengan anak, anak diberi pilihan satu atau dua macam makanan (Dep.Kes RI, 2002).

Kekurangan berat badan yang berlangsung pada anak yang sedang tumbuh kembang merupakan masalah serius. Kondisi ini mencerminkan kebiasaan makan yang buruk. Langkah penanganan harus di dasarkan faktor penyebab serta kemungkinan pemecahannya (Soetjningsih, 1995).

Asupan zat gizi yang seimbang mutlak diperlukan khususnya anak balita yang sedang dalam masa pertumbuhan. Hal ini disebabkan karena dalam masa pertumbuhan, balita memiliki tingkat metabolisme yang lebih besar dan proses pengolahan nutrisi (*turnover*) lebih cepat daripada orang dewasa. Hal ini diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan fungsi organ-organ tubuh (Heird dan Cooper, 2006 dalam Leonita, 2005). Hal tersebut didukung oleh Astini (2001) yang menyatakan bahwa pada masa pasca natal sampai dua tahun merupakan masa yang amat kritis karena terjadi pertumbuhan yang amat pesat dan terjadi diferensiasi fungsi pada semua organ tubuh. Gangguan yang terjadi pada masa ini akan menyebabkan perubahan yang menetap pada struktur anatomi, biokimia, dan fungsi organ. Jadi setiap gangguan seperti buruknya status gizi dapat menghambat beberapa aspek pertumbuhan organ. Kekurangan gizi juga dapat mempengaruhi bayi secara psikologis, menyebabkan apatis, depresi, keterlambatan perkembangan, dan menarik diri dari lingkungan.

KEP menimbulkan efek pada perkembangan mental dan fungsi intelegensia (Jalal dan Atmaja, 1998). Hal ini didukung oleh hasil penelitian Husaini (1997) yang menyatakan bahwa keadaan kurang gizi pada waktu dalam kandungan dan masa bayi akan menyebabkan perkembangan intelektual rendah. Fakta menunjukkan bahwa bayi KEP berat mempunyai ukuran besar otak 15-20% lebih kecil dibandingkan dengan

bayi normal. Apabila terjadi kurang gizi sejak dalam kandungan, maka defisit volume otak bisa mencapai 50%. Hasil penelitian Azwar (2001) menemukan pada anak sekolah yang mempunyai riwayat gizi buruk pada masa balita, IQ-nya lebih rendah sekitar 13-15 poin dibandingkan dengan yang normal.

Penelitian yang dilakukan di kabupaten Padang Pariaman menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara konsumsi energi dan protein dengan status gizi balita. Balita dengan konsumsi energi kurang mempunyai risiko untuk KEP sebesar 3,92 kali dibanding balita yang konsumsi energinya cukup. Sedangkan balita dengan konsumsi protein yang kurang mempunyai risiko 2,07 kali untuk menderita KEP dibandingkan balita yang konsumsi proteinnya cukup (Amos, 1999). Hal berbeda ditunjukkan oleh hasil penelitian Leonita (Tesis, 2007), tidak ada hubungan yang bermakna antara kejadian KEP pada balita dengan jumlah makanan yang dikonsumsi balita.

2.2.4 Penyakit Infeksi

Di negara yang sedang berkembang, penyebab kematian awal banya diakibatkan oleh penyakit infeksi. Penyakit infeksi merupakan penyebab kematian lebih dari 10 juta orang tiap tahun di negara berkembang, yang mana kebanyakan anak-anak yang meninggal karena infeksi saluran nafas dan diare yang disebabkan infeksi tersebut adalah diare. Penyebab diare umumnya sangat kompleks, berbeda dari satu wilayah dengan wilayah lain. Penyebab utamanya sering terjadi secara bersamaan dan saling mempengaruhi antara yang satu dengan yang lainnya. Berdasarkan kenyataan ini ditambah praktik pemberian makanan pada bayi yang keliru, maka data angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh diare dapat dijadikan petunjuk secara tidak langsung mengenai keadaan malnutrisi di masyarakat. Keadaan malnutrisi sering dikaitkan dengan penyakit campak yang menjadi pencetus terjadinya *xerophthalmia* dan *kwashiorkor*. Oleh karena itu perlu di analisis kejadian penyakit campak, sehingga dapat diperoleh gambaran mengenai keadaan kekurangan gizi (Dep.Kes RI, 2002).

Kuantitas, kualitas dan hygiene makanan yang tidak memadai akan menimbulkan gangguan gizi dalam bentuk defisiensi kalori, protein, mineral dan

vitamin. Defisiensi ini akan mengganggu pembentukan antibody, sehingga status imunitas menurun dan juga merubah susunan jaringan epitel di usus dan saluran pernafasan (King, 1995)

Seperti studi yang dilakukan di Filipina Risiko menderita pneumonia pada KEP sedang adalah 1,2 kali, sedangkan anak dengan KEP berat memiliki resiko 1,9 kali (Victora et al, 1999). Keadaan KEP baik primer maupun sekunder (yang disebabkan oleh infeksi), dapat menyebabkan gangguan status imun tubuh (Wahlqvist, 1997).

Secara khusus peningkatan daya tahan tubuh terhadap penyakit menular dapat di capai dengan vaksinasi. Vaksin dapat merangsang tubuh untuk menghasilkan zat penangkal dalam darah guna melawat bibit penyakit. Cara ini disebut Imunisasi. Imunisasi untuk jenis penyakit tertentu dan golongan umur tertentu, misalnya untuk penyakit campak, polio, tetanus, difteri, batuk rejan dan TBC yang banyak terdapat pada lingkungan padat penduduknya, oleh karena itu golongan bayi di utamakan mendapat imunisasi.

Diantara penyakit infeksi, diare merupakan penyebab utama gangguan pertumbuhan balita, Diare menyebabkan gangguan penyerapan zat gizi di usus karena adanya kerusakan pada villi usus dan adanya peningkatan peristaltik usus (King, 1995). Anak yang menderita diare berulang dengan masa kesakitan yang lebih lama akan mempunyai berat badan lebih rendah daripada yang tidak pernah diare. Diare yang berat dan berulang-ulang akan menyebabkan seorang anak menderita KEP dan keadaan ini bisa berakibat pada tingginya hambatan pertumbuhan. KEP dan diare merupakan hubungan dua arah seperti spiral yang menuju kearah keadaan kesehatan dan gizi yang semakin buruk (Dep.Kes RI, 2000).

Kurang gizi juga akan menyebabkan timbulnya infeksi dan sebaliknya akan memperburuk kekurangan gizi. Infeksi dalam derajat apapun dapat memperburuk kekurangan gizi, sedangkan malnutrisi walaupun masih ringan dapat mempunyai pengaruh negatif pada daya tahan tubuh terhadap infeksi. Hal ini akan bertambah buruk bila keduanya terjadi dalam waktu bersamaan (Pudjiadi, 2000).

Hubungan antara KEP dengan penyakit infeksi dapat dijelaskan melalui mekanisme pertahanan tubuh yaitu pada balita yang KEP terjadi kekurangan masukan energi dan protein dalam tubuh sehingga kemampuan tubuh untuk membentuk protein baru berkurang. Hal ini kemudian menyebabkan pembentukan kekebalan tubuh seluler terganggu, sehingga tubuh menderita rawan serangan infeksi (Jeliffe, 1989).

Dari studi yang dilakukan di Peru, bahwa kejadian diare pada balita terutama dalam 6 bulan pertama berhubungan erat dengan tinggi tubuh balita (Checkly et al, 2003). Anak yang pernah mengalami kegagalan pertumbuhan karena kurang gizi dan kemudian terus hidup dengan asupan makanan yang tidak cukup memiliki kemungkinan kecil untuk kejar tumbuh (*catch-up growth*) (Pipes et al, 1993). Hasil penelitian yang dilakukan di Jakarta Timur menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara anak yang menderita infeksi dengan status KEP. Berbeda dengan hasil penelitian di wilayah miskin Jakarta dan Banggai, penyakit infeksi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan status gizi pada balita menurut indeks BB/TB. Selain itu di Alor-Rote penyakit infeksi berhubungan dengan status gizi balita menurut indeks TB/U (Bardosono, 2003)

2.2.5 Pendidikan Orang Tua

Pendidikan berpengaruh pada cara berfikir, tindakan dan pengambilan keputusan, sejalan dengan penelitian Kardjati, dalam Irmayanti, 2006 bahwa pendidikan terbatas merupakan salah satu kendala dalam upaya peningkatan pengetahuan serta kesadaran akan hidup sehat. Latar belakang pendidikan baik suami maupun istri merupakan salah satu unsur penting yang mempengaruhi gizi anak. Dalam masyarakat dengan tingkat pendidikan lebih rendah umumnya prevalensi gizi kurang tinggi, sebaliknya masyarakat dengan tingkat pendidikan yang tinggi umumnya prevalensi gizi kurang rendah. Ada kemungkinan hubungan tingkat pendidikan orang tua dengan gizi balita .

Tingkat pendidikan kepala keluarga mempunyai pengaruh secara langsung maupun tidak langsung menentukan keadaan ekonomi keluarga dan mempunyai pengaruh penting terhadap keadaan gizi balita. Pendidikan istri merupakan modal

utama dalam menunjang perekonomian rumah tangga dan berperan dalam mengatur penyusunan pola makan untuk rumah tangga maupun dalam pola pengasuhan anak.

Salah satu faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak adalah pendidikan ibu. Tingkat pendidikan wanita di Indonesia relatif main rendah, dimana mayoritas tidak tamat SD 33,7% (BPS, 1998).

Tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi konsumsi pangan melalui cara pemilihan pangan. Orang yang berpendidikan lebih tinggi cenderung memilih makanan yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan rendah. Semakin tinggi pendidikan orang tua, semakin baik status gizi anaknya (Soekirman, 1994).

Tingkat pendidikan merupakan faktor yang juga dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas makanan, karena dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, diharapkan pengetahuan/informasi yang dimiliki tentang gizi menjadi lebih baik (Berg, 1986).

Rendahnya pendidikan ibu merupakan faktor penyebab penting terjadinya gizi buruk. Hal ini karena adanya kaitan antara peran ibu dalam mengurus rumah tangga khususnya anak-anaknya. Tingkat pendidikan ibu sangat mempengaruhi dalam mengelola sumber daya keluarga, untuk mendapatkan kecukupan bahan makanan yang dibutuhkan serta sejauh mana sarana kesehatan dan sanitasi lingkungan yang tersedia, dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya untuk kesehatan keluarga (Depkes RI, 1997).

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan adalah umum dijumpai setiap negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Lain sebab yang penting dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari. Rendahnya pengetahuan gizi dapat mempengaruhi ketersediaan pangan dalam keluarga, yang selanjutnya mempengaruhi kuantitas dan kualitas konsumsi pangan. Rendahnya kualitas dan kuantitas konsumsi pangan,

merupakan penyebab langsung dari kekurangan gizi pada anak balita (Suhardjo, 2003).

Selain itu rendahnya rendahnya pendidikan ibu dapat menyebabkan rendahnya pemahaman ibu terhadap apa yang dibutuhkan demi perkembangan optimal anak (Mutmainah, 1996). Penelitian Sukmadewi (2003), menyatakan proporsi balita gizi buruk lebih tinggi terjadi pada ibu dengan pendidikan ≤ 9 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Alibbriwin (2001) yang mendapatkan hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan status KEP pada balita. menurutnya ibu dengan pendidikan \leq SMP berpeluang lebih tinggi terhadap terjadinya balita KEP dibandingkan ibu dengan pendidikan $>$ SMP, sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan Leonita (Tesis, 2007) yang menunjukkan balita dengan ibu yang memiliki pendidikan \leq SMP mempunyai peluang 1.51 kali lebih besar menderita KEP dibandingkan dengan balita yang ibunya berpendidikan lulus SMP atau lebih. Hal berbeda ditemukan pada penelitian yang dilakukan Onylinda (2000) yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian KEP pada balita.

2.2.6 Pekerjaan Ayah

Status pekerjaan akan memudahkan seseorang mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Rusmartini (2002) bahwa status pekerjaan yang tetap atau kemampuan ekonomi keluarga sangat penting untuk memfasilitasi kebutuhan keluarga dalam mengakses informasi dan pelayanan kesehatan.

Mosley dan Chen dalam Singarimbun menyatakan bahwa pada masyarakat tradisional suatu pembagian kerja yang jelas menurut jenis kelamin cenderung memaksimalkan waktu ibu untuk merawat anaknya. Sebaliknya dalam masyarakat yang ibunya bekerja, maka waktu ibu mengasuh anaknya sangat kurang. Bagi keluarga miskin, pekerjaan ibu diluar rumah menyebabkan anak dilalaikan. Dalam keluarga, peranan ibu sangatlah penting yaitu. Sebagai pengasuh anak dan pengatur konsumsi pangan anggota keluarga, dan juga berperan dalam usaha perbaikan gizi keluarga terutama untuk meningkatkan status gizi anak.

Para ibu yang setelah melahirkan bayinya kemudian langsung bekerja dan harus meninggalkan, bayinya dari pagi sampai sore akan membuat bayi tidak mendapat ASI. Sedangkan pemberian pengganti ASI maupun makanan tambahan tidak dilakukan dengan semestinya. Hal ini menyebabkan asupan gizi pada bayinya menjadi buruk dan bisa berdampak pada status gizi bayinya (Pudjiadi, 2000).

Pekerjaan orang tua sangat berpengaruh besar pada keadaan perekonomian keluarga sehingga dapat melangsungkan perawatan pada anak mereka dengan baik. Tingkat pekerjaan orang tua pun sangat dipengaruhi oleh keadaan bangsa Indonesia yang sudah beberapa tahun ini mengalami gejolak pada perekonomian (Puslitbang, 2005).

Hasil penelitian Alibbriwin (2001) menemukan hubungan yang bermakna antara pekerjaan ayah dan status gizi balita dan menyatakan pekerjaan ayah sebagai buruh memiliki resiko lebih besar mempunyai balita KEP dibanding dengan balita yang ayahnya bekerja sebagai wiraswasta. Pekerjaan ayah sangat mempengaruhi pendapatan keluarga yang pada akhirnya akan menyebabkan kurangnya konsumsi makanan keluarga. Hal ini sesuai dengan tabulasi silang antara pekerjaan ayah dengan pendapatan keluarga yang menemukan bahwa ayah yang bekerja bukan sebagai buruh memiliki penghasilan yang tinggi (86,9%) dibandingkan dengan ayah yang bekerja sebagai buruh (68,8%). Hal ini di dukung oleh penelitian Sukmadewi (2003) yang menyatakan bahwa ayah yang bekerja sebagai PNS/swasta cenderung mempunyai balita dengan status gizi baik dibandingkan ayah dengan pekerjaan lainnya. Namun hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian Kunanto (1992) dan Marsono (1999) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ayah dengan status gizi balita. Sejalan dengan penelitian yang Indriyati (2006) yang menemukan tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ayah dengan kejadian KEP pada balita, karena kemungkinan suami hanya member nafkah saja sementara status gizi balita di tentukan oleh faktor lain.

2.2.7 Penghasilan keluarga

Di sebagian besar negara, baik negara berkembang maupun sedang berkembang. Ditemukan adanya hubungan antara kemiskinan dan masalah kurang

gizi. Kemiskinan berakibat rendahnya ketersediaan makanan, keadaan lingkungan yang tidak sehat, sanitasi yang buruk, dan mempengaruhi perawatan anak (Torun dan Chew, 1994). Pendapatan keluarga merupakan salah satu faktor yang menentukan konsumsi makanan keluarga. Makin rendah pendapatan keluarga makin besar peluang keluarga tersebut mempunyai balita kurang gizi (Tabor dkk, 2000)

Di Indonesia masih banyak penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan. Kemiskinan tidak hanya menjadi akar masalah sosial dan ekonomi bahkan menjadi akar masalah kesehatan gizi. Tingkat pengeluaran dapat dianggap sebagai proxy pendapatan keluarga. Proporsi pengeluaran untuk makan terhadap total pengeluaran dapat digunakan sebagai petunjuk kemiskinan karena kebutuhan dasar tidak hanya makan (Mulyati, 2002).

Analisis terhadap data susenas tahun 1992 oleh Soekirman (1994), mengungkapkan adanya keterkaitan yang erat antara status gizi balita dengan pendapatan keluarga. Makin rendah pendapatan keluarga maka semakin besar peluang keluarga tersebut mempunyai balita yang berstatus KEP.

Soekirman (1991) menyatakan bahwa pendapatan riil suatu rumah tangga merupakan salah satu faktor yang menentukan konsumsi makanan keluarga. Di samping itu konsumsi makanan keluarga sangat dipengaruhi oleh harga pangan dan bukan pangan. Orang tua yang berpenghasilan rendah cenderung memiliki anak kurang gizi dan tidak sehat (Mutmainah, 1996). Hal ini di dukung oleh Sihadi (1999) yang menyatakan bahwa ada kaitan antara keadaan gizi balita dengan status ekonomi rumah tangga. Dikatakan bahwa rata-rata persen BB/U pada kelompok ekonomi rendah selalu lebih rendah daripada kelompok ekonomi tinggi tinggi, situasi ini akan diperburuk lagi pada golongan masyarakat dengan jumlah anggota keluarga yang besar.

Hasil penelitian Indriyati (2006) dan Edwin (2009), menemukan hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita, orang tua yang memiliki pendapatan tinggi cenderung memiliki balita dengan status gizi yang baik. Berbeda dengan hasil penelitian Yusril (2003) dan Purwati (2003) yang menemukan

tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah pendapatan keluarga dengan status gizi balita.

2.2.8 Ketersediaan Pangan

Menurut penelitian FAO/WHO dalam Suharjo tahun 1986 bahwa jika tersedia cukup pangan untuk memenuhi kebutuhan penduduk akan energi, kemungkinan kebutuhan proteinnya juga tersedia.

1. Banyaknya informasi yang dimiliki seseorang tentang kebutuhan tubuh akan gizi selama beberapa masa dalam perjalanan hidupnya.
2. Kemampuan seseorang untuk menerapkan pengetahuan gizi ke dalam pemilihan pangan dan pengembangan cara pemanfaatan pangan yang sesuai.
3. Hubungan keadaan kesehatan seseorang dengan kebutuhan akan pangan untuk pemeliharaan kesehatan dan pengobatan penyakit.

Penyebab tidak langsung KEP pada balita adalah ketersediaan pangan di tingkat keluarga yang tidak mencukupi, pola konsumsi yang kurang baik. Untuk mengatasi kejadian KEP pada balita diperlukan berbagai upaya antara lain dilakukan secara lintas sektor dan lintas program yaitu peningkatan pendapatan, pemanfaatan pekarangan keluarga, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), peningkatan ketahanan dan keamanan pangan, penyuluhan gizi dan kesehatan (Dep.Kes RI, 1997).

Sejalan dengan penelitian Lismartina (2000) dan Indriyati (2006), yang menemukan hubungan bermakna antara konsumsi energi dan kejadian KEP pada balita. Penelitian Afrita (2000) menunjukkan sebaliknya, kejadian KEP pada balita lebih di pengaruhi oleh faktor lain seperti keturunan, penghasilan orang tua dan penyakit infeksi.

2.2.9 Jumlah anggota keluarga

Menurut Jalal dan Soekirman (1990) ada hubungan antara status gizi anak dengan pendapatan keluarga berdasarkan jumlah anggota keluarga. Dikatakan bahwa semakin tinggi pendapatann dan semakin rendah kecil jumlah anggota keluarga makan akan semakin baik pertumbuhan anaknya. Dengan jumlah anggota keluarga

anggota keluarga yang besar dan dibarengi dengan distribusi makanan yang tidak merata akan menyebabkan balita dalam keluarga tersebut menderita KEP.

Jumlah anggota keluarga yang besar akan mempengaruhi distribusi makanan terhadap anggota keluarga, terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan pangan. Hal ini berisiko terhadap KEP. Suatu studi di Nigeria melaporkan bahwa insiden kwashiorkor meninggi pada keluarga yang mempunyai anak tujuh atau lebih (Moesley dalam Pudjiaji, 2000).

Memiliki anak lebih dari 4 akan meningkatkan resiko terhadap kesehatan terhadap ibu dan bayi, sehingga dapat menimbulkan berbagai masalah seperti ibu yang anemia, kekurangan gizi pada ibu dan anaknya (Soetjiningsih, 1995)

Rumah tangga yang mempunyai anggota keluarga besar berisiko mengalami kelaparan 4 kali lebih besar dibandingkan dengan rumah tangga yang anggota keluarganya kecil, dan berisiko 5 kali lebih besar mengalami kurang gizi dari keluarga yang mempunyai anggota keluarga kecil (Berg, 1986).

Jumlah anggota keluarga yang banyak akan memperburuk keadaan ini dan akan menimbulkan banyak masalah kesehatan lainnya yang berhubungan dengan ketidakcukupan pangan dan gizi (Suharjo, 1996). Jumlah anggota keluarga akan mempengaruhi tingkat konsumsi makanan dalam hal jumlah dan distribusi makanan terhadap anggota keluarga, sehingga berisiko terhadap kejadian KEP. Hal ini didukung oleh penelitian Yusril (2002) dan Indriyati (2006), yang menyatakan bahwa adanya kecenderungan semakin bertambah anggota keluarga maka semakin menurun status gizi balita dalam keluarga tersebut.

Bertentangan dengan hasil penelitian Sukmadewi (2003) dan Edwin (2009), yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antar jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita.

2.2.10 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara mandiri atau bersama-sama dalam satu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan yang

di tujukan perorangan, keluarga, kelompok, dan atau pada masyarakat (Levey and Loomba dalam Azwar, 2002).

Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan gizi disarana kesehatan baik ke posyandu, puskesmas, praktek dokter atau bidan praktek serta rumah sakit. Ketidak terjangkauan pelayanan kesehatan, kurangnya pendidikan dan pengetahuan, merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia dengan baik. Hal ini berdampak pada status gizi anak (Soekidjo, 2000).

UNICEF dalam model penyebab kurang gizi pada anak, menggambarkan salah satu faktor yang berhubungan dengan penyakit infeksi yang muncul pada balita kurang gizi adalah pelayanan kesehatan, akses pelayanan kesehatan termasuk pelayanan imunisasi, pemberian Vitamin A, perawatan dan pengobatan, berkaitan dengan pertumbuhan, morbiditas dan mortalitas pada anak. Imunisasi merupakan pelayanan preventif penting yang berkaitan dengan gizi anak karena membantu kekebalan tubuh anak dalam melawan atau bertahan terhadap penyakit infeksi.

Jahari dkk, sebagaimana dikutip oleh Rustan dkk (1992) menyatakan ada petunjuk secara epidemiologis bahwa imunisasi merupakan salah satu faktor penunjang dalam upaya peningkatan status gizi. Prevalensi KEP lebih rendah di daerah yang cakupan imunisasinya tinggi dibandingkan yang cakupan imunisasinya rendah. Dari sebuah studi yang dilakukan di Brazil pada balita 0-23 bulan ditemukan faktor-faktor yang berhubungan dengan tingginya prevalensi anak dengan peningkatan berat badan yang adekuat, adalah cakupan imunisasi dan ke ikut sertaan anak dalam pemantauan berat badan (De Souza et al, 1999).

Hasil penelitian Indriyati (2006), menemukan bahwa balita yang menderita KEP memiliki orang tua yang tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan secara optimal. Berbeda dengan Afrita (2000) dan Leonita (Tesis, 2007) yang menemukan tidak ada hubungan yang bermakna antara kejadian KEP pada balita dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti pemberian imunisasi pada balita.

2.3 Kemiskinan dan Kejadian Kurang Energi Protein Pada Balita

Masalah KEP di pengaruhi oleh berbagai macam faktor penentu baik secara langsung maupun tidak langsung. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah kemiskinan, yang menyebabkan terbatasnya kesempatan memperoleh pendidikan dan pekerjaan sehingga mengakibatkan kemampuan untuk memperoleh pangan menjadi rendah (Susanto dalam Gizi Indonesia, 1993).

Kekurangan gizi juga diketahui sebagai konsekuensi dari kemiskinan. Namun semakin jelas pula bahwa kekurangan gizi merupakan penyebab kemiskinan. Ketika anak mengalami kekurangan gizi, menjadi semakin melemah secara nyata, sehingga membuat proses belajar menjadi lebih sulit atau tidak berjalan baik dan menghambat perkembangan seutuhnya dan potensi penenrimaan dimasa depan. Kekurangan gizi tertentu juga menyebabkan kapasitas mental atau daya tahan tubuh terhadap penyakit yang lebih rendah sehingga akan mengurangi produktivitas (UNICEF, 1999)

Penyebab kasus gizi buruk di Indonesia tampaknya masalah ekonomi dan kurangnya pengetahuan. Kemiskinan memicu kasus gizi buruk, kemiskinan dan ketidak mampuan orang tua menyediakan makanan bergizi menjadi penyebab meningkatnya kasus gizi buruk di Indonesia, dan aspek sosial budaya menyebabkan tindakan yang tidak menunjang tercapainya gizi yang memadai untuk balita, seperti adanya kebiasaan/pantangan yang merugikan.

Apabila gizi kurang dan gizi buruk terus terjadi dan tidak ada penanganan dengan serius dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional. Secara keseluruhan perlahan akan berdampak pada kematian ibu, bayi, balita serta rendahnya umur harapan hidup. Selain itu dampak kekurangan gizi terlihat juga pada rendahnya partisipasi anak di sekolah, rendahnya pendidikan serta lambatnya pertumbuhan ekonomi. (Badan Perencanaan Nasional, 2007).

Hasil penelitian di wilayah miskin Jakarta dan Banggai, penyakit infeksi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan status gizi pada balita menurut indeks BB/TB. Selain itu di Alor-Rote penyakit infeksi behubungan dengan status gizi balita menurut indeks TB/U (Bardosono, 2003).

Intervensi yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah kemiskinan adalah dengan membuka lapangan kerja dan kerjasama lintas sektor dalam upaya peningkatan pendapatan keluarga dengan pemberdayaan masyarakat, program padat karya, meningkatkan keterampilan, dan penyertaan modal serta pendistribusian hasil usaha, sehingga menjamin keberlangsungan kegiatan yang dilakukan.

2.4 Penilaian Status Gizi

Pada prinsipnya penilaian status gizi anak serupa dengan penilaian pada periode kehidupan lain. Pemeriksaan yang perlu diperhatikan tentu saja bergantung pada kelainan yang bertalian dengan kejadian penyakit tertentu. Kekurangan energi protein lazim menjangkiti anak, oleh karena itu pemeriksaan terhadap tanda dan gejala termasuk pula kelainan lain perlu dipertajam.

2.4.1 Pemeriksaan klinis

Digunakan untuk mencari kemungkinan adanya bintik bitot, *xerosis conjunctiva*, anemia, pembesaran kelenjar *parotis*, *kheleleiosis angular*, *fluorosis*, *kareis*, gondok serta *hepato* dan *splenomegali*.

2.4.2 Penilaian Antropometris

Yang penting dilakukan adalah penimbangan berta badan dan pengukuran tinggi badan, lingkar lengan dan lipatan kulit *trisep*. Pemeriksaan ini penting terutama anak pra sekolah yang berkelas social dan ekonomi rendah.

2.4.3 Uji Biokimiawi

Dengan pemeriksaan kadar *haemoglobin* (Hb), serta pemeriksaan hapusandarah untuk malaria. Pemeriksaan tinja cukup hanya pemeriksaan *occult blood* dan telur cacing.

2.5 Baku Patokan (*reference standart*)

2.5.1 Pola Tumbuh Kembang

Pola tumbuh kembang Merupakan variasi normal yang luas, sehingga perlu cara dan istilah statistic untuk menilainya. Terdapat tiga macam cara untuk menunjukkan variasi normal, yang pada umumnya disusun dalam bentuk table atau dalam kartu pertumbuhan (*growth chart*), yaitu :

1. Menggunakan Mean Dan SD

Mean adalah nilai rata-rata ukuran anak yang dianggap normal, dengan cara ini seorang anak dapat ditentukan posisinya, yaitu :

- Mean + 1 SD mencakup 66,6%
- Mean + 2 SD mencakup 95%
- Mean + 3 SD mencakup 97%

2. Menggunakan persentil

Biasanya persentil menunjukkan posisi suatu hasil pengukuran dalam urutan yang khas yaitu yang terkecil sampai yang terbesar, dari 100 hasil pengukuran (100%). Persentil ke 10 berarti bahwa anak tersebut berada pada posisi ke 10 dari bawah, dimana 9 anak lebih kecil darinya dan 90 anak lebih besar darinya.

3. Menggunakan persentasi

Besarnya variasi normal berada antara persentil tertentu, terhadap suatu nilai patokan yang dianggap 100%. Misalnya pada lokakarya antropometri gizi Dep Kes 1975 bahwa :

Nilai 100% untuk berat badan adalah persentil ke 50 dari buku havard.

Variasi normal berada antara 80-110%

2.5.2 Baku Antropometri Gizi

1. Baku Boston atau Harvard

Data ditunjukkan dalam persentil untuk berat badan terhadap umur (BB/U) dan tinggi badan terhadap umur (TB/U) dan di hitung mediannya BB terhadap TB.

2. Baku Tanner

Data diperoleh dari berbagai penelitian di negara-negara seperti : Perancis, Belanda, Swedia, Swiss dan Inggris. Data di Inggris di kumpulkan oleh Tanner dari populasi yang homogeny, yang di gunakan untuk menyusun buku pertumbuhan di Inggris. Data di gunakan Afrika untuk KMS (*road to health card*).

3. Baku NCHS (National Center for Health Statistic)

Perbedaan antara baku Harvard, Tanner, dan NCHS adalah nilai NCHS lebih rendah dibandingkan persentil ke 50 dan ke 3 dari Boston dan Tanner. Walaupun begitu WHO menggunakan NCHS sebagai patokan baku karena interpretasi perbandingan yang dibuat terhadap NCHS adalah lebih berguna dan jelas bagi individu dan kelompok, sebab dibandingkan data dari anak-anak Amerika dari kelompok dan jenis kelamin tanpa memilih latar belakang sosial ekonomi dan suku bangsanya. WHO menggunakan patokan antara persentil ke 50 dan ke 3 adalah normal \leq persentil ke 3 adalah malnutrisi untuk berat badan terhadap umur.

2.5.3 Kartu Menuju Sehat (*road to health card*)

KMS (kartu menuju sehat) adalah alat yang penting untuk memantau tumbuh kembang anak, aktifitasnya tidak hanya untuk menimbang dan mencatat saja, tetapi untuk menginterpretasikan tumbuh kembang anak kepada ibunya, sehingga memungkinkan pertumbuhan anak dapat di amati setiap bulan. Kartu ini menggambarkan kurva berat badan anak 0-5 tahun terhadap umurnya. Kartu ini juga dilengkapi atribut berbagai penyuluhan dan catatan penting untuk di ingat ibu/petugas kesehatan, antara lain riwayat kelahiran, imunisasi, pemberian asi dan lain-lainnya. Dengan fungsi KMS yang begitu lengkap sehingga oleh UNICEF di adopsi sebagai komponen integral pelayanan kesehatan primer secara menyeluruh, yang sangat bermanfaat bagi negara-negara berkembang.

Dasar pembuatan KMS adalah sebagai berikut :

1. Garis merah (agak melengkung) dibentuk dengan menghubungkan angka-angka yang di hitung dari 70% baku median WHO-NCHS
2. Dua pita kuning diatas garis merah berturut-turut terbentuk masing-masing dengan batas atas 75% dan 80% baku median WHO-NCHS
3. Dua pita warna hijau muda diatas pita kuning dibentuk masing-masing dengan batas 85% dan 90% baku median WHO-NCHS
4. Dua pita warna hijau tua diatasnya dibentuk masing-masing dengan batas atas 95% dan 100% baku median WHO-NCHS

5. Dua pita hijau muda dan kuning yang masing-masing pita bernilai 5% dari baku median adalah daerah dimana anak sudah mempunyai kelebihan berat badan.

2.6 Cara Deteksi Balita

KEP dapat dideteksi dengan cara antropometri yaitu mengukur berat badan dan umur yang dibandingkan dengan indeks BB/U baku standar WHO-NCHS sebagaimana dalam KMS (kartu menuju sehat).

Indeks BB/U menunjukkan status berat badan pada usia tertentu. Keadaan ini dipengaruhi oleh tinggi dan berat badan anak. Seorang anak dikatakan kelebihan berat badan apabila mempunyai indeks BB/U lebih dari angka standar dan dikatakan kekurangan berat badan atau *underweight* apabila mempunyai indeks BB/U kurang dari angka standar.

Indeks BB/U mudah dipakai, tetapi mempunyai kelemahan yaitu tidak memperhitungkan tinggi badan. Hal ini menyebabkan indeks BB/U tidak dapat membedakan antara anak yang pendek dengan berat badan yang adekuat, dan anak yang tinggi dengan berat badan kurang (Gibson, 2005; de Onis, 2001)

2.7 Kategori KEP

Berdasarkan hasil diskusi para pakar gizi yang diselenggarakan Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI) bekerjasama dengan UNICEF-Indonesia dan LIPI pada tanggal 17-19 Januari 2000 ditetapkan bahwa penilaian status gizi berdasarkan Indeks BB/U, TB/U Dan BB/TB disepakati penggunaan istilah kurang gizi dan baku antropometri yang digunakan dengan menggunakan Z-score dan baku rujukan WHO-NCHS (WNPG, 2000)

Keuntungan penggunaan baku WHO-NCHS adalah dapat terhindar dari kekeliruan interpretasi karena baku tersebut sudah dapat membedakan jenis kelamin dan lebih memperhatikan keadaan masa lampau. Kelemahannya adalah apabila umur tidak diketahui dengan pasti.

2.7.1 KEP Ringan

Bila hasil penimbangan berat badan pada KMS terletak pada pita warna kuning diatas garis merah, atau BB/U 70% - 80% baku median WHO-NCHS.

2.7.2 KEP Sedang

Bila hasil penimbangan BB pada KMS berada dibawah garis merah (BGM) atau BB/U 60% - 70% baku median WHO-NCHS

2.7.3 KEP Berat

Bila hasil penimbangan BB/U <60% baku median WHO-NCHS, pada KMS tidak ada garis pemisah KEP berat dan KEP sedang.

Tabel 2.7.1
Status Gizi Menurut NCHS

Status Gizi	Nilai Median Acuan
KEP Berat	< 60%
KEP Sedang	60% - 69%
KEP Ringan	70% - 79%
Gizi Baik	80% - 110%
Gizi Lebih	>110%

(Sumber, DepKes 1999)

Untuk menyatakan bahwa balita di kategorikan KEP ringan, sedang, berat dengan menggunakan standar baku BB/U WHO-NCHS. Tanpa mengukur / melihat BB disertai *oedema* yang bukan penyakit lain adalah KEP berat tipe *kwashiorkor*.

KEP nyata adalah istilah yang digunakan di lapangan yang berarti sama dengan KEP sedang dan berat pada KMS berada bawah digaris merah (tidak ada garis pemisah antara KEP sedang dan KEP berat pada KMS). Kep total adalah KEP ringan ditambah KEP sedang ditambah KEP berat.

Tabel 2.7.2
Gejala Klinis Balita KEP Berat

Kwashiorkor	Marasmus	Marasmik-kwashiorkor
Oedema umumnya seluruh tubuh, terutama pada punggung kaki	Tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit	Gambaran klinik merupakan campuran dari beberapa gejala klinik kwashiorkor dan marasmus dengan BB/U <60% baku median WHO-NCHS
Wajah membulat dan sembab	Wajah seperti orang tua	
Pandangan mata sayu		
Rambut tipis kemerahan seperti rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok		
Perubahan status mental, apatis dan rewel	Cengeng, rewel	
Pembesaran hati	Perut cekung, iga ngambang	
Otot mengecil (<i>hypertropi</i>) lebih nyata bila diperiksa dalam posisi duduk atau berdiri		
Kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (<i>crazy pavement dermatosis</i>)	Kulit keriput, jaringan lemak <i>sub cutis</i> sangat sedikit sampai tidak ada (<i>baggy pant</i> / pakai celana longgar)	
Sering disertai anemia, diare	Sering disertai penyakit kronik/berulang seperti diare kronik/konstipasi	

(Sumber : Departemen Kesehatan, Pedoman Tatalaksana KEP Pada Anak di Puskesmas dan Rumah Tangga, Departemen Kesehatan RI, Tahun 2000)

2.8 Akibat dari Kurang Energi Protein

Pada umumnya penderita KEP berat mempunyai mortalitas yang tinggi terutama bila disertai penyakit infeksi seperti tuberkulosa, radang paru dan sebagainya. Pada penderita KEP berat tak jarang ditemukan tanda-tanda penyakit kekurangan gizi lainnya misalnya : *xerophthalmia*, *stomatitis* dan lain-lain. Maka dapat dimengerti mengapa angka kematian pada penderita KEP berat sangat tinggi, karena adanya infeksi keadaan gizi semakin memburuk sehingga daya tahan tubuh akan

semakin menurun dan perjalanan penyakit infeksi semakin berat. Yang harus difikirkan adalah apa yang terjadi pada penderita KEP yang telah sembuh. Penderita KEP ringan dan sedang jauh lebih banyak jumlahnya dan merupakan masalah yang serius jika ditinjau dari segi kesehatan masyarakat.

Dampak jangka panjang penting untuk diketahui karena penyakit KEP yang diderita pada umur muda mempengaruhi system saraf pusat terutama kecerdasan. Faktor yang tidak kalah penting ada tidaknya perubahan-perubahan organik yang permanen seperti jantung, pancreas, hati dan sebagainya serta dapat memperpendek umur balita. faktor lain adalah dampak terhadap tinggi badan atau tumbuh kembang akhir dari bekas penderita KEP.

Kekurangan energi protein terjadi akibat dari faktor lingkungan dan faktor manusia (host) yang didukung oleh kekurangan asupan zat-zat gizi. Akibat kekurangan zat gizi maka simpanan zat gizi pada tubuh digunakan untuk memenuhi kebutuhan. Apabila keadaan ini berlangsung lama maka zat gizi akan habis dan akhirnya terjadi kemerosotan jaringan. Pada saat orang ini sudah dapat dikatakan malnutrisi, walaupun baru hanaya ditandai dengan penurunan berat badan dan pertumbuhan terhambat.

Dengan meningkatnya defisiensi zat gizi maka muncul perubahan biokimia dan rendahnya zat-zat gizi dalam darah berupa rendahnya tingkat *haemoglobin*, serum, vitamin A dan karoten. Dapat pula terjadi meningkatnya beberapa hasil metabolisme seperti asam laktat dan piruvat pada kekurangan tiamin. Apabila keadaan itu berlangsung maka akan terjadi perubahan fungsi tubuh seperti tanda-tanda syaraf yaitu lemah, pusing, kelelahan, nafas pendek dan lain-lain. Kebanyakan penderita malnutrisi sampai pada tahap ini.

Keadaan ini akan berkembang yang di ikuti oleh tanda-tanda klasik dari kekurangan gizi seperti kebutaan dan *photophobia*, nyeri lidah pada penderita kekurangan *riboflavin*, kaku pada kaki pada *defisiensi* thiamin. Keadaan ini di ikuti luka pada anatomi seperti *xerophthalmia* dan *keratomalasia* pada kekurangan vitamin A, *angular stomatitis* pada kekurangan *riboflavin*, *oedema* dan luka kulit pada penderita *kwashiorkor*.

2.9 Tatalaksana Pelayanan Balita KEP Berat

Prinsip Dasar Pelayanan Rutin KEP Berat/ Gizi Buruk menurut Dep.Kes (2000)

Pelayanan yang dilakukan berupa 10 langkah penting yaitu :

1. Atasi/cegah hypoglikemia
2. Atasi/cegah hypothermia
3. Atasi/cegah dehidrasi
4. Koreksi gangguan keseimbangan elektrolit
5. Obati/cegah infeksi
6. Mulai pemberian makanan
7. Fasilitas tumbuh kejar (catch up growth)
8. Koreksi defisiensi nutrient mikro
9. Lakukan stimulasi sensorik dan dukungan emosi/mental
10. Siapkan/rencanakan tindak lanjut setelah sembuh

2.10 Kegiatan Penanganan Balita KEP

Untuk penanganan balita KEP dilakukan kegiatan langsung dan tidak langsung, kegiatan langsung meliputi PMT, suplementasi zat gizi/paket pertolongan gizi, pemeriksaan dan pengobatan penyakit, dan asuhan keperawatan. Sedangkan kegiatan tidak langsung meliputi usaha peningkatan pendapatan keluarga, pemanfaatan pekarangan, peningkatan perilaku hidup sehat, penyediaan sumber daya yang mendukung terselenggaranya pelayanan kesehatan dan gizi.

2.10.1 Kegiatan Langsung

Yang dimaksud kegiatan langsung adalah kegiatan mengatasi KEP pada balita dalam jangka pendek yang ditujukan untuk mengatasi penyebab langsung terjadinya KEP.

2.10.1.1 Program Makanan Tambahan (PMT) Balita

- PMT balita adalah program intervensi bagi balita yang menderita KEP, yang ditujukan untuk mencukupi kebutuhan status gizi balita agar meningkat status gizinya sampai mencapai gizi baik (pita hijau pada KMS)

- PMT balita untuk KEP ringan dapat dilakukan oleh ibu balita dirumah, sedangkan PMT untuk balita KEP sedang berat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan ditempat rujukan (puskesmas, RSUD, dll)
- PMT balita dapat dilaksanakan oleh kader, orang tua balita, orang tua asuh, atau lembaga swadaya masyarakat.
- Dalam PMT balita tersebut balita diberikan makanan tambahan atau makanan lengkap sesuai dengan kebutuhan untuk mencapai status gizi baik.
- PMT balita diberikan selama balita masih menderita KEP dan setelah mencapai gizi baik dilanjutkan dengan pemberian makanan sehari-hari dengan gizi seimbang.

2.10.1.2 Pemeriksaan dan Pengobatan Penyakit

- Pemeriksaan dan pengobatan di maksudkan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit penyerta guna di obati seperlunya, sehingga balita KEP tersebut tidak semakin berat kondisinya.
- Pemeriksaan dan pengobatan penyakit dilaksanakan di puskesmas.
- Pemeriksaan dan pengobatan segera dilakukan setelah balita positif menderita KEP sampai balita sembuh dari KEP.

Penyakit yang biasa ditemukan dalam kasus KEP adalah pneumonia, diare, campak, malaria, kecacingan, anemia dan TBC. Apabila ditemukan penyakit penyerta segera diberi pengobatan sesuai tatalaksana kasus atau dirujuk ke tingkat yang lebih mampu.

2.10.1.3 Asuhan Keperawatan

- a. Asuhan Keperawatan di maksudkan untuk memberi bimbingan kepada keluarga balita KEP agar mampu merawat anak balita KEP sehingga dapat mencapai status gizi baik.
- b. Asuhan keperawatan dilaksanakan oleh petugas keperawatan puskesmas atau bidan di desa melalui kunjungan rumah.
- c. Asuhan Keperawatan diberikan selama balita masih menderita KEP sehingga balita sembuh dari KEP, waktu dan frekuensi kunjungan dapat disesuaikan dengan jadwal yang telah ditetapkan.

d. Sebelum kunjungan rumah, petugas keperawatan mempersiapkan bahan yang akan diberikan dalam membimbing ibu balita mencakup keadaan gizi dan kesehatan balita beserta keluarganya. Berdasarkan keadaan tersebut petugas memberikan asuhan keperawatan kepada ibu balita dan perlu di tekankan perhatian ibu balita kepada balitanya dalam hal pemenuhan kasih sayang, ASI dan makanan sesuai dengan pemenuhan kebutuhan gizi, keperawatan kesehatan, dan stimulasi tumbuh kembang balita. Jika ditemukan KEP dengan gejala penyakit penyerta segera diberi asuhan keperawatan dan pengobatan sesuai dengan tata laksana kasus, apabila tidak dapat diatasi perlu dirujuk ke tingkat yang lebih mampu.

2.10.1.4 Suplementasi zat gizi/paket pertolongan gizi.

Untuk mengatasi kekurangan zat-zat gizi pada balita KEP dalam jangka pendek dilakukan suplementasi zat gizi/paket pertolongan gizi sebagai berikut :

1. Pemberian Zat Besi

Pemberian zat besi pada balita secara rutin ditunjukkan untuk menanggulangi masalah anemia gizi besi, dengan meningkatkan kadar hemoglobin (Hb) dalam darah secara cepat. Balita disebut anemia bila kadar Hb dalam darahnya < 11 gram %
Usia 12-60 bulan : 1 sendok takar (5 ml) / hari selama 60 hari.

2. Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi

Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi (200.000 SI) ditunjukkan untuk menanggulangi kekurangan vitamin A pada anak balita KEP.

3. Pemberian kapsul minyak beryodium

Pemberian kapsul minyak beryodium dengan dosis tinggi (200 mg) di tunjukan untuk menanggulangi gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) yang antara lain dapat menyebabkan gangguan pada masa tumbuh kembang balita.

2.10.2. Kegiatan tidak langsung

Kegiatan tidak langsung adalah kegiatan yang di tunjukan pada penyebab tidak langsung atau mendasar, dengan tujuan menunjang kegiatan langsung. Kegiatan ini merupakan kegiatan jangka panjang yang di harapkan dapat mengatasi masalah KEP sampai tuntas dan lestari.

2.10.2.1 Penyuluhan Gizi

Kegiatan penyuluhan gizi diperlukan untuk mengatasi salah satu sebab terjadinya KEP yaitu ketidaktahuan ibu tentang makanan yang baik bagi balita.

a. Tujuan penyuluhan gizi untuk meningkatkan pengetahuan ibu dan menanamkan perilaku yang mendukung penanganan KEP pada balita.

b. Sasaran penyuluhan adalah orang tua, pengasuh orang tua asuh dan masyarakat.

c. Metode penyuluhan adalah tatap muka.

Semua alat peraga dipuskesmas dapat digunakan dalam penyuluhan seperti *leaflet*, *booklet*, poster bahan makanan setempat dan *food model*.

d. Penyuluhan gizi dilakukan secara terus menerus sampai terjadi perubahan pengetahuan/prilaku.

e. Langkah-langkah penyuluhan

- Lakukan anamnesa diet balita terhadap ibu/pengasuh.
- Sesuaikan dengan hasil anamnesa diet tersebut susunlah pesan penyuluhan mengacu pada materi PUGS, panduan 13 pesan dasar gizi seimbang yaitu :
 - 1) Makanlah aneka ragam makanan
 - 2) Makanlah makanan untuk memenuhi kecukupan energi
 - 3) Makanlah makanan sumber karbohidrat, setengah dari kebutuhan energi.
 - 4) Batasi konsumsi lemak dan minyak sampai seperempat dari kecukupan energi
 - 5) Gunakan garam beryodium
 - 6) Makanlah makanan sumber zat besi
 - 7) Berikan ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan
 - 8) Biasakanlah makan pagi
 - 9) Minumlah air bersih, aman dan cukup jumlahnya.
 - 10) Lakukan kegiatan fisik dan olah raga secara teratur.
 - 11) Hindari minum-minuman beralkohol
 - 12) Makanlah makanan yang aman bagi kesehatan
 - 13) Bacalah label pada makanan yang dikemas.
- Lakukan penyuluhan tatap muka sesuai dengan pesan yang telah disusun.

2.10.2.3 Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS)

UPPKS merupakan suatu upaya pembangunan keluarga sejahtera dalam rangka penanggulangan kemiskinan berupa pemberdayaan keluarga untuk mengentaskan diri dari keterbelakangan sosial dan ekonomi melalui pengembangan kewirausahaan.

➤ Pemanfaatan pekarangan

Pekarangan keluarga bila dimanfaatkan dengan baik akan menghasilkan berbagai pangan yang bergizi yang dapat tersedia setiap saat, dan dapat berfungsi sebagai sumber penghasilan keluarga.

2.10.2.4 Peningkatan Perilaku Hidup Bersih (PHBS)

Status gizi dan kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi faktor perilaku. Agar dapat meningkatkan status gizi dan derajat kesehatan masyarakat perlu ditingkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, minimal mampu memelihara bahkan dapat mendorong peningkatan kualitas kesehatan perorangan dan masyarakat.

- a) Tujuan pencapaian difokuskan pada peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b) Sasaran kegiatan adalah rumah tangga, institusi pendidikan, institusi kesehatan, tempat kerja, tempat-tempat umum dll.
- c) Pesan-pesan pokok penyuluhan yang diberikan untuk mencapai PPHBS adalah peningkatan kesehatan ibu dan anak, status gizi, kesehatan lingkungan dan pemanfaatan sarana kesehatan.
- d) Penyelenggaraan PHBS bersifat lintas program dan lintas sektoral.

Penyediaan sumber daya yang mengandung terselenggaranya pelayanan kesehatan dan gizi meliputi :

- Penyediaan sumber daya yang memadai meliputi sarana, dana, dan tenaga.
- Tujuannya meningkatkan peran serta masyarakat secara aktif dan menunjang penyediaan sumber daya yang mendukung terselenggaranya pelayanan kesehatan dan gizi.
- Sasaran adalah pengusaha, tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat setempat.

- Bentuk dukungan berupa penyediaan dana operasional, pelatihan, tenaga pelatih, sarana pelayanan kesehatan/gizi.

2.10.3 Pemanfaatan pos gizi

Pos Gizi merupakan tempat atau rumah yang digunakan untuk mengadakan kegiatan pemulihan dan pendidikan gizi.

Pos gizi dan PD merupakan pendekatan yang sukses dalam mengurangi angka kekurangan gizi. Pendekatan PD dan Pos Gizi memungkinkan ratusan kelompok masyarakat untuk dapat mengurangi jumlah anak kurang gizi pada saat ini dan mencegah terjadinya tahun-tahun kekurangan gizi setelah program tersebut selesai dilaksanakan.

Positife Deviance (PD) atau penyimpangan positif adalah program baru didalam dunia kesehatan, yang bertujuan untuk menangani kasus gizi buruk atau gizi kurang bagi anak-anak balita yang ada diseluruh indonesia. Disebut penyimpangan positif karena anak-anak penderita gizi buruk yang berada di satu lingkungan bisa mencontoh perilaku hidup sehat anak-anak yang tidak menderita gizi buruk. Program PD ini lebih mengembangkan konsep pemberdayaan dan keterlibatan masyarakat secara penuh untuk mengatasi masalah gizi buruk, sangat jauh berbeda dengan program PMT (Pemberian Makanan Tambahan) yang dikembangkan oleh pemerintah. Program PMT sangat tidak efektif karena masyarakat tidak dilibatkan secara penuh dalam program tersebut, bahkan cenderung membuat masyarakat manja dan memiliki ketergantungan sangat tinggi terutama bagi keluarga penderita gizi buruk. Di samping itu juga, program PMT sangat mubazir dalam hal pembiayaan, karena semua keluarga penderita gizi buruk selalu berharap untuk mendapat bantuan. Itu sebabnya program PD perlu mendapat perhatian pemerintah untuk di adopsi dalam rangka mengatasi gizi buruk di masyarakat.

2.10.3.1 Tujuan dari program PD dan Pos Gizi

- Dengan cepat memulihkan anak-anak kurang gizi yang diidentifikasi di dalam masyarakat

- Memungkinkan keluarga-keluarga tersebut mempertahankan status gizi baik dari anak tersebut dirumah masing-masing secara mandiri
- Mencegah kekurangan gizi pada anak-anak yang akan lahir kemudian dalam masyarakat tersebut, dengan merubah norma-norma masyarakat mengenai perilaku-perilaku pengasuhan anak, pemberian makan, mencari pelayanan kesehatan.

2.9.3.2 Kegiatan

Kegiatan utama di Pos Gizi adalah rehabilitasi dan pendidikan gizi. Teori perubahan perilaku menyatakan bahwa dibutuhkan waktu paling sedikit 21 hari untuk mempraktekan suatu perilaku baru sebagai suatu kebiasaan. Pos Gizi dilihat dari sesi latihan selam 4 minggu (28 hari), selanjutnya selam 2 minggu (14 hari/ bekerja dengan sesame ibu balita/pengasuh lainnya dalam sebuah kelompok di ikuti dengan 2 minggu praktek dirumah dengan supervisi sewaktu-waktu oleh kader kesehatan.

Berbagai Perilaku dan Kebiasaan menguntungkan yang dipromosikan oleh PD dan Pos Gizi

1. Kebiasaan pemberian makan
2. Kebiasaan pengasuhan
3. Kebiasaan kebersihan
4. Kebiasaan mendapat pelayanan kesehatan

Kegiatan Pos Gizi mengharuskan tiap ibu balita/pengasuh membawa beberapa makanan sehat yang telah di identifikasi sebagai makanan PD dalam masyarakat tersebut, beberapa alasan antara lain :

- Para ibu balita/pengasuh belajar mengumpulkan atau membeli makanan PD dan mengolahnya menjadi hidangan bergizi
- Para ibu balita/pengasuh berulang kali mempraktekan perilaku mengumpulkan dan menyiapkan makanan yang sehat
- Menunjukkan perilaku mengenai pemberian makanan tersebut ditekan pada akhir sesi

- Keluarga-keluarga membentuk kebiasaan harian dalam pemberian makanan yang sehat dan mudah tersedia pada anak-anak mereka.

2.9.3.2.1 Kegiatan Harian Pos Gizi

Kegiatan hari ke-1 dan ke-12

Penimbangan anak, setiap anak ditimbang pada hari pertama dan hari akhir sesi Pos Gizi

Kegiatan hari ke-1 sampai ke-6

balita diberi makan di pos gizi dari makanan yang dimasak oleh ibu balita/pengasuhnya

Kegiatan hari ke-7 hari dirumah sendiri

Setelah selama 6 hari memasak dan memberi makan dengan cara berkelompok, pada hari ke-7 para peserta tinggal dirumah dan mempraktekan perilaku-perilaku baru.

Kegiatan hari ke-8 sampai ke-10

para balita tetap diberi makan seperti pada hari ke-7 yaitu dirumah. Diskusi pada hari ke-8 harus berkisar tentang pengalaman para ibu balita/pengasuh ketika mereka mencobanya dirumah. Bila perilaku tersebut tidak dilakukan dirumah, sangatlah penting untuk mengetahui kenapa, dan membantu ibu balita/pengasuh untuk mengembangkan strategi. Melalui diskusi, para ibu balita/pengasuh dapat berbagi permasalahan dan saling mengusulkan pemecahannya.

Hari ke-11 : Satu Hari Sebelum Hari Terakhir Sesi Pos Gizi

Pada hari ke-11, para kader meminta tiap keluarga untuk membawa semua bahan-bahan yang diperlukan pada hari terakhir sesi untuk dipersiapkan sebagai makanan yang sehat bagi anak mereka dirumah, untuk dibawa pada sesi terakhir. Mereka juga mengingatkan para ibu balita/pengasuh untuk membawa KMS pada sesi terakhir.

Hari ke-12 : Hari Terakhir Sesi Pos Gizi

Pada akhir sesi Pos Gizi, para ibu balita/pengasuh mempersiapkan makanan yang mereka harus lakukan dirumah. Sebagai tambahan kegiatan harian rutin, pada sesi ke-12 anak-anak akan ditimbang. Kader Pos Gizi mencatat satatus anak (apakah

anak lulus atau harus mengulang Pos Gizi pada bulan depan) dalam buku catatan Pos Gizi dan mendiskusikan hasilnya secara pribadi dengan ibu balita/pengasuhnya.

2.9.4 Catatan kelulusan

- ❖ Bagi anak-anak yang telah masuk ke garis hijau dan memenuhi kriteria kelulusan : para kader akan memberikan ucapan selamat pada para ibu balita/pengasuh dan menganjurkan mereka untuk mempertahankan kesehatan anak mereka dirumah.
- ❖ Bagi para ibu balita/pengasuh yang anak-anaknya telah berhasil meningkatkan berat badannya , tapi belum memenuhi criteria untuk lulus : para kader mengucapkan selamat dan menganjurkan mereka untuk melanjutkan dirumah apa yang telah mereka pelajari selama sesi Pos Gizi dan kembali ikut sesi Pos Gizi berikutnya. Kemudian mereka mengadakan kunjungan rumah untuk memberitahukan jadwal sesi Pos Gizi berikutnya dan memeriksa kemajuan anak.
- ❖ Untuk anak-anak yang beratnya tidak bertambah : para kader berbicara dengan ibu balita/pengasuhnya mengenai hal tersebut, memberikan bimbingan mengenai pelaksanaan menu Pos Gizi, kebersihan dan perilaku-perilaku pengasuhan dirumah. Bila si anak tidak pernah sakit, mereka mengingatkan ibu bahwa makanan Pos Gizi adalah makanan tambahan dan bukan makanan pengganti. Ibu balita/pengasuh kemudian diminta untuk membawa anaknya pada sesi Pos Gizi berikutnya. Penyelia dan kader kemudian akan mengadakan kunjungan rumah ke keluarga tersebut sebelum pelaksanaan Pos Gizi berikutnya, untuk mendorong praktek perilaku-perilaku baru.
- ❖ Bila ibu balita/pengasuh adalah kakak : kader menyarankan bahwa mereka akan memberitahukan langsung pada orang tua mereka hasil dari sesi Pos Gizi.

2.9.5 Langkah-langkah umum yang dilakukan dalam setiap sesi Pos Gizi Harian

1. Menyambut kehadiran semua peserta, mengulang tujuan dari Pos Gizi, agenda hari itu, dan menanggapi bila ada komentar atau pertanyaan dari peserta

2. Tunjukkan kepada para peserta dimana mereka dan anaknya dapat mencuci tangan : demonstrasikan teknik mencuci tangan yang benar dengan menggunakan sabun dan menggosokkan kedua tangan paling sedikit tiga kali
3. Membagikan makanan kecil pada anak-anak (mendiskusikan bagaimana makanan kecil dapat meningkatkan asupan kalori, menstimulasi selera makan dan menyediakan waktu bagi para pengasuh untuk memasak makanan utama)
4. Melaksanakan diskusi pendidikan kesehatan mengenai kesehatan pada hari itu
5. Membagi peserta menjadi beberapa kelompok untuk menyiapkan makanan, mengasuh, menstimulasi anak, dan kebersihan
6. Siapkan dan masak makanan ketika para peserta yang lain bermain dengan anak-anak menggunakan lagu-lagu dan permainan
7. Ulang mencuci tangan dengan para pengasuh dan anak
8. Mendistribusikan makanan dan mengawasi para pengasuh ketika mereka member makan anak-anak mereka gunakan kesempatan ini untuk mendemonstrasikan teknik-teknik pemberian makanan secara aktif
9. Bersih-bersih
10. Ulas kembali pelajaran hari itu
11. Rencanakan menu dan kontribusi makanan pada hari berikutnya dengan para ibu atau pengasuh lainnya.

BAB III

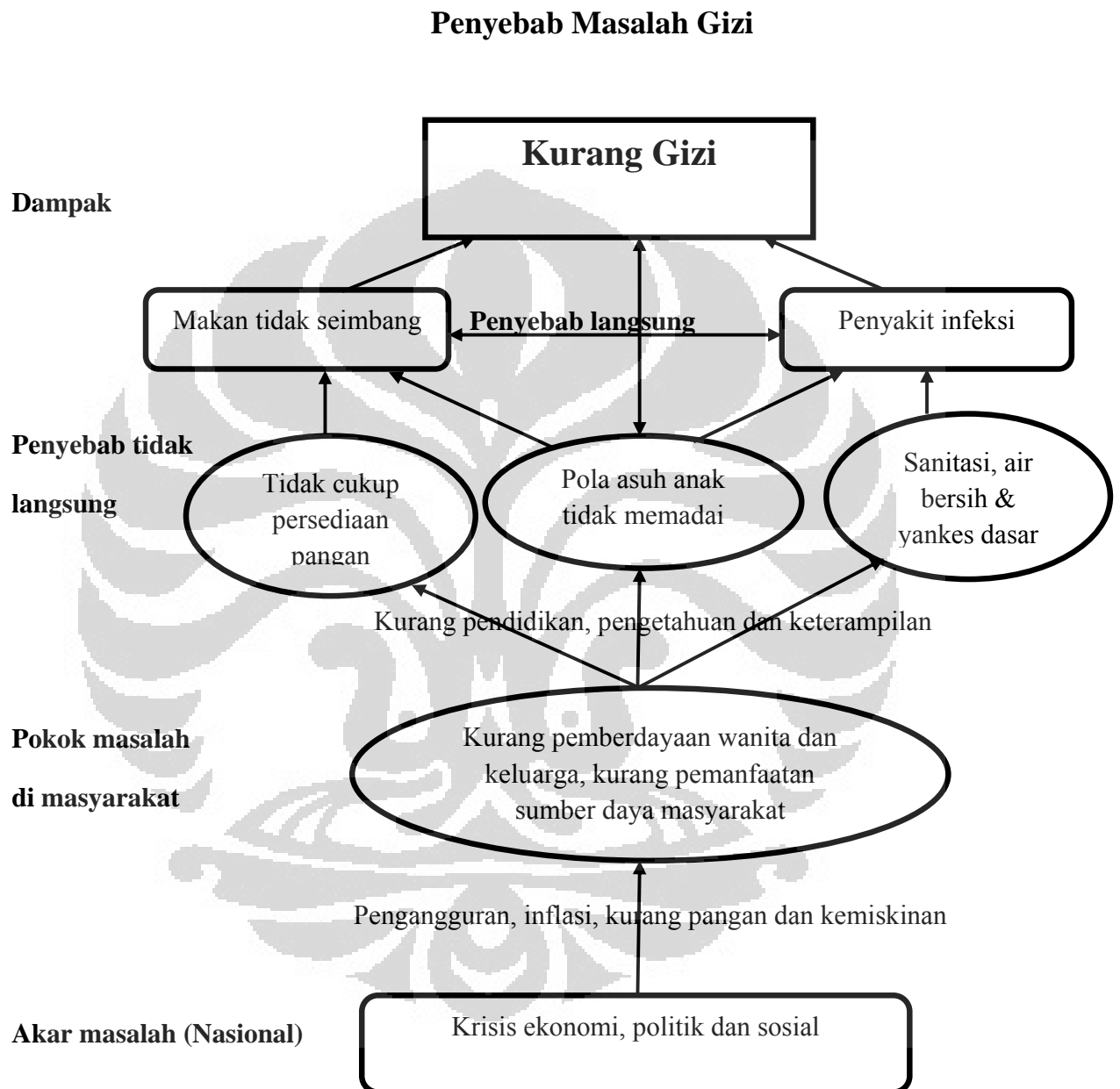
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Teori

Menurut Unicef (1998), kurang gizi disebabkan oleh beberapa faktor penyebab yaitu penyebab langsung, tidak langsung, pokok masalah di masyarakat dan penyebab dasar. Faktor penyebab langsung timbulnya masalah gizi adalah penyakit infeksi dan asupan makanan yang tidak seimbang. Faktor penyebab tidak langsung adalah tidak cukupnya persediaan pangan dalam rumah tangga, pola asuh anak yang tidak memadai, sanitasi/air bersih dan pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai, juga rendahnya tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan orang tua. Pokok masalah timbulnya kurang gizi di masyarakat adalah kurangnya pemberdayaan wanita dan keluarga, kurangnya pemanfaatan sumber daya masyarakat, pengangguran, inflasi, kurang pangan dan kemiskinan. Sedangkan yang menjadi akar masalah adalah krisis ekonomi, politik dan sosial.

Kekurangan gizi juga diketahui sebagai konsekuensi dari kemiskinan. Namun semakin jelas pula bahwa kekurangan gizi merupakan penyebab kemiskinan. Ketika anak mengalami kekurangan gizi, menjadi semakin melemah secara nyata, sehingga membuat proses belajar menjadi lebih sulit atau tidak berjalan baik dan menghambat perkembangan seutuhnya dan potensi penenrimaan dimasa depan. Kekurangan gizi tertentu juga menyebabkan kapasitas mental atau daya tahan tubuh terhadap penyakit yang lebih rendah sehingga akan mengurangi produktivitas.

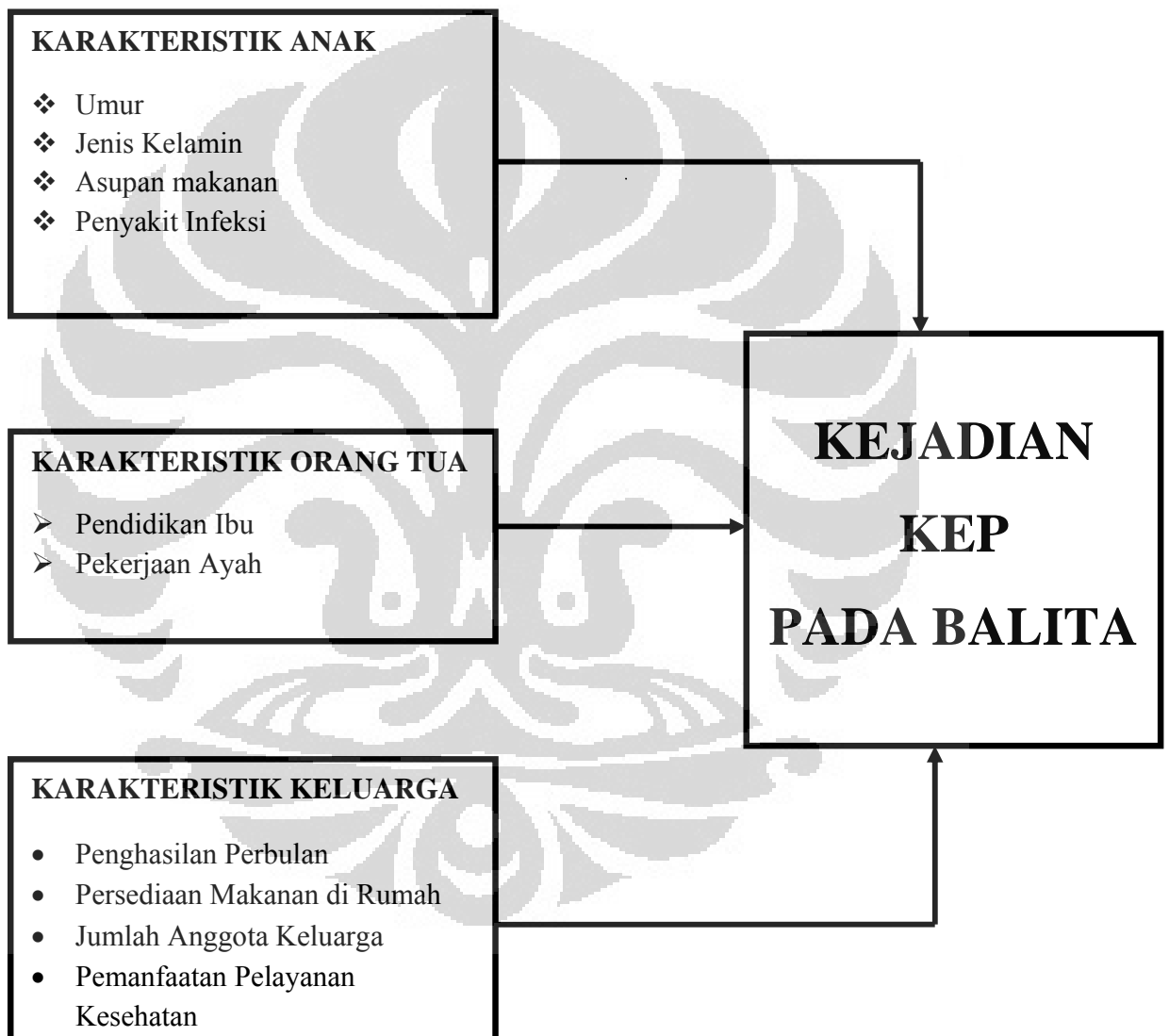
Gambar 3.1 Kerangka Teori Mengenai Faktor-Faktor Penyebab Kurang Gizi



(Sumber : Unicef, 1998)

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan pembahasan teori-teori yang telah dikemukakan pada latar belakang dan tinjauan teori dan keterbatasan yang ada pada peneliti yaitu waktu, tenaga dan dana maka kerangka konsep dalam penelitian ini di gambarkan pada bagan 3.2



Variabel Independen

Variabel Dependen

Universitas Indonesia

Untuk dapat menjawab pertanyaan penelitian dan agar tujuan penelitian tercapai maka dibuat kerangka konsep berdasarkan teori yang menerangkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kurang gizi. Kerangka konsep berdasarkan teori dari UNICEF.

Penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen.

Variabel Independen

Terdiri atas:

- Karakteristik Balita meliputi : umur, jenis kelamin, asupan makanan, penyakit infeksi
- Karakteristik Orang tua meliputi : pendidikan orang tua, pekerjaan ayah
- Karakteristik Keluarga meliputi : penghasilan keluarga perbulan, persediaan makanan dirumah, jumlah anggota keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan

Variabel Dependen

KEP pada balita

3.3 Definisi Operasional

Untuk memudahkan memahami penelitian ini dan mendapat persepsi yang sama, maka variabel-variabel dalam penelitian ini akan dijelaskan dalam definisi operasional sebagai berikut :

Tabel 3.3 Definisi Operasional

No	Variable	Definisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur dan Nilai Ukur	Skala
1	KEP pada balita	Seluruh balita yang berusia 0-5 tahun yang menderita kurang energi protein menurut kriteria KMS (2011)	Kuesioner	0. Tidak KEP 1. KEP	Ordinal
2	Umur	Usia balita pada saat dilakukan wawancara dengan ibu balita (Berdasarkan batasan usia balita pada program gizi DinKes DKI Jakarta, 1977)	Kuesioner	0. > 24 bulan 1. ≤ 24 bulan	Nominal
3	Jenis Kelamin	Bentuk fisik yang membedakan antara laki-laki dan perempuan yang di tandai dengan perbedaan alat reproduksi balita.	Kuesioner	0. Laki-laki 1. Perempuan	Ordinal
4	Asupan Makanan	Makanan yang masuk kedalam tubuh balita menurut Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) Dep Kes RI, 1996	kuesioner	0. Cukup, bila skor pertanyaan nomor 6-10 = 5 1. Tidak cukup, bila skor pertanyaan 6-	Ordinal

				$10 < 5$	
5	Penyakit Infeksi	Penyakit yang pernah diderita balita disebabkan oleh : bakteri, virus dan parasit	Kuesioner	0. Tidak 1. Ya	Ordinal
6	Persediaan makanan	Persediaan bahan makanan matang yang siap di konsumsi	Kuesioner	0. Tersedia, bila skor pertanyaan nomor 13 dan 14 = 2 1. Tidak tersedia, bila skor pertanyaan 13 dan 14 < 2	Ordinal
7	Pemanfaatan pelayanan kesehatan	Tempat ibu mendapatkan pelayanan kesehatan dasar untuk balitanya	Kuesioner	0. Ya , bila skor pertanyaan nomor 19 -20 = 2 1. Tidak bila skor pertanyaan nomor 19 – 20 < 2	Ordinal
8	Jumlah anggota keluarga	Jumlah seluruh anggota keluarga yang tinggal serumah dengan balita. Kriteria berdasarkan jumlah	Kuesioner	0. Keluarga kecil bila jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang	Ordinal

		anggota keluarga yang ditetapkan oleh BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 1982)		1. Keluarga besar bila jumlah anggota keluarga > 4 orang	
9	Tingkat pendidikan ibu	Pendidikan formal tertinggi yang dicapai ibu balita sampai memperoleh ijazah. Pembagian berdasarkan Kep. Mendikbud, 1996 (Program wajib belajar 9 tahun)	Kuesioner	0. Tinggi bila \geq SMP 1. Rendah bila $<$ SMP	Ordinal
10	Pekerjaan ayah	Aktifitas yang dilakukan sehari-hari didalam ataupun diluar rumah dan menghasilkan uang	Kuesioner	0. Bekerja 1. Tidak Bekerja	Ordinal
11	Penghasilan perbulan	Pendapatan yang diperoleh ibu/ayah balita dari bekerja menurut upah minimum kota (UMK) Propinsi DKI Jakarta tahun 2012	Kuesioner	0. Besar apabila \geq Rp.1.529.150 1. Kecil apabila $<$ Rp.1.529.150	Ordinal

3.4 Hipotesis

1. Tidak ada hubungan antara karakteristik balita meliputi umur, jenis kelamin, asupan makanan, penyakit infeksi dan dengan kejadian kekurangan energi protein (KEP) pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.
2. Tidak ada hubungan antara karakteristik orang tua meliputi pendidikan ibu, pekerjaan ayah dengan kejadian kekurangan energi protein (KEP) pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.
3. Tidak ada hubungan antara karakteristik keluarga meliputi besarnya keluarga, persediaan makanan dirumah, penghasilan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian kekurangan energi protein pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan studi deskriptif kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dimana seluruh variabel yang diamati, diukur pada saat bersamaan ketika penelitian berlangsung. Penelitian ini menggunakan data primer untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi kalori (KEP) pada balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei- Juni 2012.

4.3 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti dan dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2007)

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki anak balita (6-59 bulan) dan bertempat tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2011.

4.4 Sampel

Sampel adalah sebagian populasi yang diambil dari keseluruhan populasi yang ada dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005) Dalam penelitian ini sampel yang diambil harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria Inklusi

- 1) Seluruh balita/ibu yang memiliki balita (6-59 bulan) dan bertempat tinggal di Wilayah Kerja Puskesmas Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.
- 2) Balita dengan riwayat berat lahir normal dan tidak ada kelainan bawaan berat
- 3) Seluruh balita/Ibu yang memiliki balita (6-59 bulan) yang bersedia menjadi responden dan dinyatakan dengan lembaran *inform concent*.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Balita/ibu yang memiliki balita (6-59 bulan) yang tidak tinggal di wilayah Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.
- 2) Balita dengan riwayat berat badan lahir rendah dan kelainan bawaan berat
- 3) Balita/Ibu yang memiliki balita (6-59 bulan) yang tidak bersedia menjadi responden.

Rumus sampel yang digunakan adalah estimasi proporsi dengan presisi mutlak (Lemeshow, 1997; Ariawan, 1998):

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

Keterangan:

n = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = tingkat kepercayaan 95% (1,96)

P = proporsi pada data sebelumnya (0,50)

d = presisi absolute (10%)

Dari rumus diatas maka jumlah sampel minimal yang didapat adalah 96 orang. Namun untuk menghindari adanya *drop out* kuesioner dan *missing value*, maka jumlah responden yang akan diteliti diambil menjadi 120 responden.

Cara penarikan sampel dalam penelitian dilakukan dengan cara random sederhana (*simple random sampling*), sampel diambil dengan cara acak dimana

masing-masing subjek atau unit dari populasi memiliki peluang sama dan independen untuk terpilih kedalam sampel.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrument penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a) Formulir identitas balita KEP / KMS
- b) Kuesioner tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kekurangan energi protein (KEP) pada balita (6-59 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Pesanggrahan Tahun 2012.

4.6 Sumber Data

Data yang dikumpulkan terdiri dari ;

1. Data Primer yaitu data yang dikumpulkan dari hasil wawancara dan pengisian kuesioner.

Sebelum dilakukan pengumpulan data, dilakukan simulasi pengambilan data.

Simulasi atau uji coba kuesioner yang bertujuan untuk mengetahui kekurangan dari struktur kuesioner yang ada lalu menyempurnakannya agar lebih mudah dimengerti oleh responden pada saat pengambilan data. Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari register Posyandu, laporan tahunan di Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan dan laporan tahunan Kantor Kelurahan Petukangan Selatan.

4.7 Analisis dan Pengolahan Data

4.7.1 Manajemen Data

Pengolahan data dimulai dengan pemeriksaan kelengkapan terhadap seluruh isian formulir dan kuesioner yang akan dilanjutkan pengolahan data dengan bantuan komputer menggunakan program SPSS versi 13 dengan tujuan untuk memperoleh hasil yang cepat dan akurat . Selanjutnya dilakukan tahap-tahap sebagai berikut :

a. Editing data

Editing dilakukan setiap kali mendapatkan data dari responden, meneliti kembali jawaban responden pada setiap formulir dan kuesioner yang telah masuk dan apabila ada kesalahan, ketidak lengkapan atau ketidak jelasan serta ada pertanyaan yang belum dijawab maka peneliti kembali menemui responden untuk

klarifikasi terbacanya tulisan, kelengkapan jawaban, dan melakukan pencocokan dengan segera terhadap responden yang bersangkutan.

b. *Coding Data*

Setelah proses editing selesai maka proses selanjutnya adalah *coding*. Dalam proses ini dilakukan pengklasifikasian jawaban dengan memberikan kode-kode untuk mempermudah proses pengolahan data.

c. *Scoring*

Untuk mempermudah analisis, data yang bersifat kualitatif di ubah menjadi kuantitatif dengan memberikan nilai atau bobot untuk masing-masing variable.

1) KEP pada Balita

Kejadian KEP pada balita ada 2 pertanyaan pada nomor 4 dan 5 jika, jawaban di konfirmasi dengan KMS, Kode 0 untuk balita dengan Tidak KEP sedangkan kode 1 untuk balita dengan KEP menurut kriteria KMS.

2) Umur pada Balita KEP

Kejadian KEP pada balita berdasarkan umur adalah jumlah seluruh balita yang berusia 6-59 bulan yang berdasarkan pembagian golongan umur menurut Program Gizi Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang terdiri dari umur ≤ 24 bulan, dan >24 bulan. Ada 1 pertanyaan pada nomor 2 jika dijawab a diberi skor 0, jika dijawab b diberi skor 1.

3) Jenis Kelamin pada Balita KEP

Kejadian KEP pada balita berdasarkan jenis kelamin yang ditandai dengan perbedaan alat reproduksi balita. ada 1 pertanyaan pada nomor 3 jika dijawab a diberi skor 0, jika dijawab b diberi skor 1.

4) Asupan Makanan pada Balita KEP

Kejadian KEP pada Balita berdasarkan asupan makanan yaitu makanan yang masuk kedalam tubuh balita menurut Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS) Departemen Kesehatan RI Tahun 1996. Data ini diperoleh dengan merecall ingatan ibu balita dalam satu minggu terakhir saat wawancara mengenai pola makan, pemberian protein nabati dan hewani, pemberian sayuran dan buah-buahan pada balita. Ada 5 pertanyaan pada nomor 6-10 jika

dijawab a diberi skor 1, dan jika dijawab b diberi skor 0, apabila total skor = 5 asupan makanan untuk balita dikategorikan cukup, dan apabila < 5 asupan makanan untuk balita dikategorikan kurang

5) Penyakit Infeksi pada Balita KEP

Kejadian KEP pada balita berdasarkan penyakit infeksi pada balita adalah penyakit yang diderita oleh balita yang disebabkan bakteri, virus atau parasit. Data ini diperoleh dengan merecall ingatan ibu dalam satu minggu terakhir saat wawancara dan berdasarkan catatan kesehatan yang dimiliki balita KEP berupa KMS ataupun kartu kesehatan lainnya. Ada 2 pertanyaan pada nomer 11 dan 12, jika nomer 11 dijawab a maka diberi skor 1, dan jawaban nomer 12 dianggap memiliki skor yang sama, jika nomor 11 dijawab b diberi skor 0 dan nomor 12 tidak perlu dijawab.

6) Persediaan Makanan pada Balita KEP

Kejadian KEP pada balita berdasarkan persediaan makanan yang dikonsumsi balita KEP dengan merecall ingatan ibu dalam satu minggu terakhir saat wawancara. Ada 2 pertanyaan pada nomer 13 dan 14, jika jawabannya a diberi skor 1, dan jika jawabannya b diberi skor 0, dikategorikan baik apabila skor pertanyaan nomor 13 dan 14 = 2 dan dikategorikan tidak baik jika skor pertanyaan nomor 13 dan 14 < 2 .

7) Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan

Kejadian KEP pada balita berdasarkan pemanfaatan fasilitas kesehatan yaitu suatu tempat dimana ibu dapat memperoleh pelayanan kesehatan dasar terutama untuk balitanya dengan merecall ingatan ibu balita dalam satu minggu terakhir dan berdasarkan catatan kesehatan balita berupa KMS atau catatan kesehatan klainnya. Ada 2 pertanyaan pada nomer 19 dan 20, jika dijawab a diberi skor 1, dan jika dijawab b diberi skor 0. Diberi kategori ya jika skor pertanyaan nomor 19 dan 20 = 2 dan tidak jika skor pertanyaan nomor 19 dan 20 < 2 .

8) Jumlah Anggota Keluarga

Kejadian KEP pada balita berdasarkan jumlah anggota keluarga yaitu jumlah seluruh anggota keluarga yang tinggal serumah dengan balita, kriteria berdasarkan jumlah anggota keluarga yang ditetapkan oleh BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional). Ada 1 pertanyaan pada nomor 15, jika dijawab a diberi skor 0 dan dikategorikan keluarga kecil, dan jika dijawab b diberi skor 1 dan dikategorikan keluarga besar.

9) Tingkat Pendidikan Ibu

Kejadian KEP pada balita berdasarkan tingkat pendidikan ibu yaitu tingkat pendidikan formal tertinggi, pembagian ini berdasarkan Kep.Mendikbud, 1995 tentang Program Wajib Belajar 9 tahun. Ada 1 pertanyaan pada nomor 16, jika dijawab a diberi skor 1 dan dikategorikan berpendidikan tinggi, jika dijawab b diberi skor 0 dan dikategorikan berpendidikan rendah.

10) Pekerjaan Orang Tua

Kejadian KEP pada balita berdasarkan pekerjaan orang tua yaitu aktifitas yang dilakukan oleh orang tua balita baik didalam ataupun diluar rumah yang dapat menghasilkan uang. Ada 1 pertanyaan dinomor 17, jika dijawab a diberi skor 1 dengan kategori bekerja, jika dijawab b diberi skor 0 dengan kategori tidak bekerja.

11) Penghasilan

Kejadian KEP pada balita berdasarkan penghasilan orang tua balita perbulan, diperoleh menurut Upah Minimum Kota Daerah Khusus Ibukota Jakarta (UMK DKI Jakarta). Ada 1 pertanyaan pada nomor 18 jika dijawab a maka diberi skor 1 dengan kategori besar, jika dijawab b diberi skor 0 dengan kategori kecil/rendah.

d. *Structure*

Proses yang dilakukan untuk membuat tempelate dalam memasukan data sesuai dengan analisis yang akan dilakukan dan jenis perangkat lunak yang dilakukan

e. *Entry Data*

Memasukan data dari formulir dan kuesioner kedalam perangkat komputer dengan menggunakan piranti lunak komputer sesuai variabel yang telah di susun.

f. *Cleaning Data*

Membersihkan data dengan tujuan untuk melihat validitas data, mengecek kembali data yang akan di olah apakah terjadi kesalahan atau kerancuan atau tidak, jika perlu dilakukan pengecekan ulang pada kuesioner.

4.7.2 Analisis Data

Analisi data dilakukan setelah pengumpulan data selesai. Data yang dikumpulkan di analisa dengan metode deskriptif analitik kemudian disajikan dalam bentuk table dengan menggunakan piranti lunak komputer.

a. Analisis Univariat

Analisi univariat digunakan untuk mendeskripsikan setiap variable yang di teliti dalam penelitian, yaitu melihat gambaran distribusi frekwensi variabel dependen dan variabel independen yang disajikan dalam bentuk table distribusi frekwensi.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk menguji proporsi/persentase antara beberapa kelompok data atau untuk menyimpulkan ada/tidaknya hubungan dua variebel kategorik. Analisis ini untuk melihat hubungan antar variable yang diteliti, untuk membuktikan apakah ada hubungan antar variabel independen dan variable dependen yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian KEP pada balita yang menggunakan uji *Chi-Square*.

4.7.3 Uji *Chi-Square*

Digunakan signifikansi pada derajat penolakan $\alpha = 5\%$ ($P < 0,05$)

$$\text{Rumus : } \chi^2 = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

Keterangan :

Σ = Jumlah

χ^2 = Nilai Chi-Square

Q_1 = Frekuensi pengamatan untuk tiap-tiap kategori

E_1 = Yang diharapkan untuk tiap-tiap kategori

Keputusan untuk menguji kemaknaan, digunakan batas kemaknaan sebesar 5% ($\alpha=0,05$) adalah :

1. Bila P Value $< 0,05$, maka H_0 ditolak, berarti data sampel mendukung adanya perbedaan yang bermakna (signifikan)
2. Bila P Value $> 0,05$ maka H_0 gagal ditolak, berarti data sampel tidak mendukung adanya perbedaan yang bermakna.

Uji *Chi-Square* hanya dapat menyimpulkan ada/tidaknya perbedaan proporsi antar kelompok atau dengan kata lain kita hanya dapat menyimpulkan ada/tidaknya hubungan dua variabel kategorik. Dengan demikian *Chi-Square* tidak dapat menjelaskan derajat hubungan, dalam hal ini *Chi-Square* tidak dapat mengetahui kelompok mana yang memiliki resiko lebih besar dibandingkan dengan kelompok lain.

Selanjutnya hasil analisis uji *Chi-Square* ini di visualisasikan dalam bentuk tabel.

BAB V

GAMBARAN UMUM WILAYAH PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Kelurahan Petukangan Selatan

Kelurahan Petukangan Selatan berada di wilayah Kecamatan Pesanggrahan dan menurut RTU KDKI Jakarta Selatan merupakan Wilayah Pengembangan Barat yang diperuntukan bagi pemukiman. Sebagaimana diketahui Kelurahan Petukangan Selatan merupakan wilayah DKI Jakarta yang berbatasan langsung dengan wilayah Propinsi Jawa Barat dan Propinsi Banten. Kelurahan Petukangan Selatan adalah salah satu dari 5 kelurahan di wilayah Kecamatan Pesanggrahan dengan luas wilayah keseluruhan 25,7 Km² yang terdiri dari tanah darat seluas 2,11 Km² dan rawa-rawa seluas 3,5 Km², yang terbagi menjadi 8 Rw dan 85 Rt.

Batas-batas wilayah Kelurahan Petukangan Selatan adalah sebagai berikut :

1. Sebelah Utara : Berbatasan dengankelurahan Petukangan utara
2. Sebelah Selatan : Berbatasan dengan Kelurahan Pesanggrahan dan Kecamatan Pondok Aren Tangerang Banten
3. Sebelah Timur : Berbatasan dengan Kelurahan Ulujami
4. Sebelah Barat : Berbatasan dengan Kelurahan Kreo Selatan Tangerang Banten

Daerah rawan banjir : RW 01 (RT 006)
RW 02 (RT 006)
RW 03 (RT 008)

5.1.1. Demografi

Berdasarkan data statistik di kantor Kecamatan Pesanggrahan, jumlah penduduk di wilayah Kelurahan Petukangan Selatan adalah 33.025 orang terdiri dari 19.862 laki-laki dan 13.163 perempuan, dengan kepadatan tertinggi di RW 02 mencapai 5420 orang/km² dan terendah di RW 08 sebesar 1845 orang/km².

TABEL 5.1.1

Data Penduduk Per RW

Di Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Tahun 2010

NO	RW	W N I			W N A			K K		
		LK	PR	JML	LK	PR	JML	LK	PR	JML
1	0 1	2510	2020	4530	-	1	1	944	322	1266
2	0 2	3356	2064	5420	-	-	-	1180	335	1515
3	0 3	3056	1863	4919	-	-	-	786	95	881
4	0 4	2894	1797	4691	-	-	-	750	91	841
5	0 5	2643	1768	4411	-	-	-	695	95	790
6	0 6	2948	1973	4921	-	-	-	720	85	805
7	0 7	1453	835	2288	-	-	-	732	85	817
8	0 8	1002	843	1845	-	-	-	680	95	775
JUMLAH		19862	13163	33025	-	1	1	6487	1203	7690

(Sumber Laporan Tahunan Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan, 2011)

Analisa: Jumlah Penduduk terpadat ada di wilayah RW 02 sebanyak 5420 Orang

TABEL 5.1.2

Jumlah Penduduk Menurut Umur dan Jenis Kelamin

Di Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Tahun 2010

No	UMUR	W N I			W N A		
		LK	PR	JUMLAH	LK	PR	JUMLAH
1	0 - 4 thn	1278	1211	2489	-	-	-
2	5 - 9 thn	1401	1411	2812	-	-	-
3	10 - 14 thn	1564	1489	3053	-	1	1
4	15 - 19 thn	1290	1125	2415	-	-	-
5	20 - 24 thn	1122	956	2078	-	-	-
6	25 - 29 thn	1284	1008	2292	-	-	-
7	30 - 34 thn	1182	1120	2302	-	-	-
8	35 - 39 thn	1246	1334	2580	-	-	-
9	40 - 44 thn	1134	986	2120	-	-	-
10	45 - 49 thn	1156	989	2145	-	-	-
11	50 - 54 thn	1103	854	1957	-	-	-
12	55 - 59 thn	959	587	1546	-	-	-
13	60 - 64 thn	938	552	1490	-	-	-
14	65 - 69 thn	870	634	1504	-	-	-
15	70 - 74 thn	850	416	1266	-	-	-
16	75 thn keatas	714	262	976	-	-	-
Jumlah		18140	14885	33025	0	1	1

(Sumber Laporan Tahunan Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan, 2011)

Analisa: Jumlah Penduduk terbanyak berdasarkan umur adalah 10-14 Tahun

TABEL 5.1.3

Data Sarana Kesehatan

Di Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan 2010

No	Fasilitas Kesehatan	LOKASI RW								JUMLAH
		01	02	03	04	05	06	07	08	
1	Puskesmas	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2	Posyandu	3	3	3	3	3	3	1	0	19
3	Dokter Praktek	2	1	2	2	2	0	1	2	12
4	Apotik	1	0	1	0	0	0	0	0	2
5	Panti Pijat	0	0	0	1	0	0	0	0	1
6	Praktek Bidan	1	0	0	1	0	0	0	0	2
7	Klinik Kesehatan	0	0	0	2	2	1	0	0	5
8	Pos Kesehatan KB	1	0	1	1	1	0	0	0	4
9	Toko Obat	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Jumlah		8	4	7	11	9	4	2	2	47

TABEL 5.1.4

Data Fasilitas Pendidikan

DI Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Tahun 2010

No	Sekolah	RW								Jml
		01	02	03	04	05	06	07	08	
1	TK	1	4	3	3	3				14
2	SDN/SDI	4	4	2	2	2			1	14
3	SMPN/MTs		1		2			1		5
4	SMU/MA		2		1			1		4
5	SLB		1							1

5.1.3 Sasaran Kesehatan

Jumlah populasi bayi : 530

Jumlah populasi bumil : 583

Jumlah WUS : 598

5.1.4 Indikator Kesehatan

a. AKI : 0

b. AKAB : 0

5.1.5 Target Kesehatan

Target kesehatan yang meliputi :

- K1 : 92 %
- K4 : 98 %
- PHBS : 85 %
- Lain-lain : 88 %

5.1.6 Mata Pencaharian

Penduduk di wilayah Kelurahan Petukangan Selatan mempunyai mata pencaharian sebagai berikut :

TABEL 5.1.5

Data Penduduk Menurut Mata Pencaharian
DI Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Tahun 2010

No	Jenis Pekerjaan	Jumlah
1	Swasta	1,988
2	Buruh	9,420
3	Pedagang	2,227
4	PNS	1,829
5	Pensiunan	217
6	TNI / POLRI	30
7	Petani	45
8	Lain – lain	329

(Sumber Laporan Tahunan Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan, 2011)

Analisa : Mata pencaharian yang tertinggi adalah buruh.

5.1.7 Agama

Dari segi agama, Penduduk Kelurahan Petukangan Selatan terdiri dari :

TABEL 5.1.6

Data Jumlah Penduduk Menurut Jenis Agama
DI Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Tahun 2010

NO	AGAMA	JUMLAH
1	ISLAM	26055
2	KRISTEN	2648
3	KATHOLIK	982
4	HINDU	315
5	BUDHA	105
JUMLAH		30105

(Sumber Laporan Tahunan Puskesmas Petukangan Selatan, 20110)

Analisa : Penduduk Di Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Mayoritas beragama islam.

5.2 Gambaran Umum Puskesmas

5.2.1 Fasilitas Puskesmas

Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Dibangun pada Tahun 1977 dengan :

- Luas tanah : 375 M²
- Luas bangunan : 177 M²
- Listrik : 2300 watt
- Air : Sanyo

Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan terdiri dari beberapa Ruangan , dan sarana sarana pendukung yang ada yaitu :

- R. Tunggu
- R. Periksa Umum (BPU)
- R. KIA
- R. Loker
- R. Gigi (BPG)
- R. KB
- Apotik
- R. Tamu
- Gudang
- R. Tindakan
- WC Umum/ Karyawan

Selain menjalankan pelayanan kesehatan dalam gedung, Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan juga melakukan kegiatan luar gedung seperti:

- a. Berkoordinasi dengan TP PKK untuk memberikan pelayanan Kesehatan di Posyandu setiap bulan.
- b. Berkoordinasi dengan Dikdas memberikan penyuluhan, skrining, imunisasi dan melakukan pembinaan dan regenerasi dokter kecil di Sekolah-sekolah.
- c. Berkoordinasi dengan Kelurahan untuk melakukan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) pada hari jumat setiap minggu pertama dan minggu ketiga.
- d. Berkoordinasi dengan Kelurahan dan TP PKK untuk melakukan GJS (Gerakan Jumat Sehat) pada hari jumat setiap minggu kedua dan keempat.
- e. Berkoordinasi dengan penyuluh KB Kelurahan untuk melaksanakan TMKK serta pelaksanaan pelayanan KB gratis sesuai pergub 162/2010 yang dimulai pada bulan oktober tahun 2010
- f. Berkerja sama dengan Dewan Kelurahan untuk mengadakan pelatihan kader Posyandu dan BKB PAUD serta kader jumentik
- g. Mengikuti Rakor PKK di kantor Kelurahan setiap rabu minggu ke 2

5.2.2 Ketenagaan di Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan

Tabel 5.2.1

Tenaga Kepegawaian di Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Tahun 2011

No	Tenaga Kepegawaian	Jumlah
1	Dokter Umum	1 orang
2	Dokter Gigi	1 orang
3	Bidan	2 orang
4	Perawat	1 orang
5	Perawat Gigi	1 orang
6	Kesling	1 orang
7	Tata Usaha	2 orang
8	Office Boy/Cleaning Service	1/1 orang

(Sumber Laporan Tahunan Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan, 2011)

5.2.3 Fasilitas Penunjang

Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Puskesmas Petukangan Selatan mempunyai fasilitas penunjang sebagai berikut :

Tabel 5.2.2

Fasilitas Penunjang Di Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Tahun 2011

Nama Barang	Jumlah	Sumber	Kondisi
Motor Yamaha (Th 2005)	1 Unit	APBN	Baik
Motor Honda (Th 2005)	1 Unit	APBN	Baik
Komputer	2 Unit	APBD	1 Rusak
Printer (HP Deskjet D2566)	1 Unit	APBD	Baik
Telpon	1 Unit	APBD	Baik
Faxsimili	1 Unit	APBD	Rusak Sedang

(Sumber Laporan Tahunan Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan, 2011)

5.2.4 Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan

Ruang lingkup pelayanan kesehatan di Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan meliputi :

1. Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Primer

Terdiri dari :

- Pemeriksaan Kesehatan dan Konsultasi Kesehatan
- Pelayanan Pengobatan Umum
- Penangan Gawat Darurat
- Penanganan Gizi Kesmas
- Tindakan Medis
- Pelayanan KIA /KB
- Penyuluhan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- Imunisasi Dasar
- Kefarmasian
- Laboratorium Dasar
- Rujukan

2. Pelayanan Rujukan

Sistem rujukan terdiri dari : rujukan internal dan rujukan eksternal.

- Rujukan Internal

Adalah rujukan yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas kelurahan) ke puskesmas kecamatan

- Rujukan Eksternal

Adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap), maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah/pusat)

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari : Rujukan Medik dan Rujukan Kesehatan.

- Rujukan Medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*), misalnya merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah/pusat
- Rujukan Kesehatan adalah rujukan pelayanan yang umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*). Contohnya, merujuk pasien dengan masalah gizike klinik konsultasi gizi (pojok gizi puskesmas), atau pasien dengan masalah kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (Pos Unit Kesehatan Kerja).

BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1 Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilaksanakan selama 1 minggu, dimulai dari tanggal 18 Mei sampai dengan 4 Juni 2012. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dengan sumber data 120 ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Tahun 2012.

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh petugas penanggung jawab program gizi dan para 19 kader posyandu . Responden cukup antusias dan kooperatif dalam menjawab pertanyaan, walaupun terkadang peneliti harus mengulang untuk merecall ingatan responden.

6.2 Hasil Penelitian

Analisis data univariat adalah untuk menggambarkan karekteristik masing – masing variabel independen dan dependen yang akan diteliti. Pada penelitian ini yang menjadi variabel independen adalah umur, jenis kelamin, asupan makanan, penyakit infeksi, pendidikan ibu, pekerjaan ayah, penghasilan perbulan, persediaan makanan, besarnya keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, sedangkan yang menjadi variabel dependen adalah kekurangan energi protein (KEP) pada balita.

6.2.1 Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian KEP

Tabel 6.1
Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian KEP
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

KEP	n	%
Tidak KEP	55	45.8
KEP	65	54.2
Total	120	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa responden yang mengalami KEP yaitu sebesar (54,2%) dan yang tidak KEP sebesar (45,8 %). Hal ini sejalan dengan situasi dimana Kelurahan Petukangan Selatan merupakan wilayah dengan penderita KEP terbanyak se Kecamatan Pesanggrahan, terdapat 140 (37,4%) balita yang mengalami kurang gizi dari 401 balita yang kurang gizi sekecamatan Pesanggrahan, sisanya tersebar di empat kelurahan lainnya dengan presentasi yang lebih kecil.

6.2.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Tabel 6.2

Distribusi Responden Menurut Umur
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Umur	n	%
≤ 24 bulan	28	23.3
> 24 bulan	92	76.7
Total	120	100

Tabel diatas menunjukkan bahwa balita usia > 24 bulan (76,7%) dan usia ≤ 24 bulan yaitu (23,3%). Distribusi umur balita dalam penelitian ini tidak jauh berbeda dengan distribusi frekuensi penduduk di Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan, dimana persentase balita yang > 24 bulan yaitu 68,7%

6.2.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 6.3

Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Jenis Kelamin	n	%
Laki-laki	52	43.3
Perempuan	68	56.7
Total	120	100

Tabel diatas menunjukkan bahwa responden pada jenis kelamin laki-laki lebih rendah yaitu (43,3%) dibandingkan dengan responden pada jenis kelamin perempuan (56,7%). Hasil distribusi responden ini tidak sejalan dengan hasil pada distribusi frekuensi penduduk di Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan, dimana pada hasil tersebut menyatakan bahwa jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki.

6.2.4 Distribusi Responden Berdasarkan Asupan Makanan

Tabel 6.4
Distribusi Responden Menurut Asupan Makanan
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Asupan Makanan	n	%
Cukup	64	53.3
Kurang	56	46.7
Total	120	100

Tabel diatas menunjukkan bahwa balita yang asupan makanan cukup lebih tinggi (53,3%) jika dibandingkan dengan balita yang asupan makanan kurang (46,7%). Tidak sejalan dengan hasil Riskesdas 2010 yang menyatakan 40,6% penduduk Indonesia konsumsinya dibawah kebutuhan minimal (kurang dari 70% angka kecukupan gizi). Dikatakan mempunyai asupan yang cukup apabila balita mendapatkan asupan makanan sebanyak 3 kali sehari, dimana didalamnya selain makanan pokok juga terdapat protein nabati dan hewani, sayuran dan buah, jika salah satu dari kelima jenis makanan tersebut tidak di berikan pada balita dalam waktu satu minggu terakhir maka dikatakan balita tidak mempunyai asupan makanan yang cukup.

6.2.5 Distribusi Responden Berdasarkan Penyakit Infeksi

Tabel 6.5
Distribusi Responden Menurut Penyakit Infeksi
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Penyakit Infeksi	n	%
Tidak	51	42.5
Ya	69	57.5
Total	120	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa balita yang tidak mengalami penyakit infeksi lebih rendah yaitu (42,5%) jika dibandingkan balita yang mengalami penyakit infeksi (57,5%). Hal ini sejalan dengan teori Jellife (1989) yang menyatakan bahwa balita yang menderita KEP akan mengalami gangguan pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit, sehingga tubuh rawan terhadap serangan infeksi. Dikatakan tidak memiliki penyakit infeksi jika dalam satu minggu terakhir balita tidak menderita penyakit seperti : Batuk Pilek (ISPA), Diare, Demam, atau Campak. Data ini didapatkan dari KMS balita atau Kartu berobat yang dimiliki keluarga serta mengandalkan daya ingat ibu balita dengan cara merecall satu minggu terakhir.

6.2.6 Distribusi Responden Berdasarkan Persediaan Makanan

Tabel 6.6
Distribusi Responden Berdasarkan Persediaan Makanan
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Persediaan Makanan	n	%
Tersedia	67	55.8
Tidak Tersedia	53	44.2
Total	120	100

Tabel diatas menunjukkan bahwa balita yang tersedia persediaan makanannya lebih tinggi yaitu (55,8%), dibandingkan dengan balita yang tidak memiliki persediaan makanan (44,2%).

Dikatakan tersedia makanan untuk balita apabila dalam satu minggu terakhir ibu memasak makanan untuk balitanya setiap hari dan disukai balita. Dan dikatakan tidak tersedia apabila ibu tidak memasak sendiri (beli) makanan untuk balitanya, meskipun yang dibelinya disukai oleh balita, atau ibu memasak makanan tetapi makanan yang disukai balitanya tidak tersedia.

6.2.7 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Keluarga

Tabel 6.7
Distribusi Responden Menurut Jumlah Keluarga
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Jumlah Keluarga	n	%
Kecil	50	41.7
Besar	70	58.3
Total	120	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa jumlah keluarga kecil lebih rendah yaitu (41,7%) dibandingkan dengan jumlah keluarga besar (58,3%).

Dikatakan keluarga kecil jika seluruh anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan balita berjumlah ≤ 4 orang. Dan dikatakan keluarga besar jika balita tinggal satu rumah dengan jumlah anggota keluarga > 4 orang.

6.2.8 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu

Tabel 6.8
Distribusi Responden Menurut Pendidikan Ibu
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Pendidikan Ibu	n	%
Tinggi	71	59.2
Rendah	49	40.8
Total	120	100

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa ibu yang berpendidikan tinggi lebih tinggi yaitu (59,2%) dibandingkan dengan ibu yang mempunyai pendidikan rendah (40,8%).

Di kategorikan berpendidikan rendah apabila ibu balita mempunyai pendidikan formal kurangatau tidak tamat SMP. Dan dikatakan tinggi apabila ibu balita menyelesaikan pendidikan formal (tamat dan berijazah) SMP atau setara dengan SMP.

6.2.9 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ayah

Tabel 6.9
Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Ayah
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Pekerjaan Orang Tua	n	%
Bekerja	64	53.3
Tidak Bekerja	56	46.7
Total	120	100

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa ayah yang bekerja lebih tinggi yaitu (53,3%) dibandingkan dengan ayah tidak bekerja (46,7%). Hal ini tidak jauh berbeda dengan distribusi penduduk berdasarkan pekerjaan di Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan, dimana orang tua yang bekerja itu sebanyak (48,7%)

6.2.10 Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan Keluarga

Tabel 6.10
Distribusi Responden Menurut Penghasilan Keluarga
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Penghasilan	n	%
Besar	63	52.5
Kecil	57	47.5
Total	120	100

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa orang tua yang berpenghasilan besar lebih tinggi yaitu (52,5%) dibandingkan dengan orang tua yang berpenghasilan kecil (47,5%). Perbedaan ini tidak terlalu signifikan karena mata pencaharian tertinggi di wilayah kerja puskesmas kelurahan petukangan selatan adalah sebagai buruh (58,5%).

Dikategorikan berpenghasilan besar jika pendapatan keluarga balita > Rp. 1.529.150,- (UMK DKI), dan dikategorikan kecil jika kurang dari UMK DKI.

6.2.11 Distribusi Responden berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Tabel 6.11
Distribusi Responden Menurut Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Pemanfaatan Yankes	n	%
Ya	81	67.5
Tidak	39	32.5
Total	120	100

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih tinggi yaitu (67,5%) dibandingkan dengan responden yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu (32,5%).

Dikatakan menggunakan pelayanan kesehatan jika balita sakit dibawa ke puskesmas / klinik pengobatan lainnya dan balita telah diberikan imunisasi dasar lengkap. Dan dikatakan tidak memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan apabila balita yang sakit di obati sendiri walaupun mendapat imunisasi dasar yang lengkap, atau sebaliknya.

6.3 Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antar variabel dependen yaitu KEP dengan variabel independen yaitu Umur, jenis kelamin, asupan makanan, penyakit infeksi, persediaan makanan, jumlah anggota keluarga, pendidikan ibu, pekerjaan orang tua, penghasilan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan

6.3.1 Distribusi Hubungan Antara Umur Balita Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.11
Distribusi Hubungan Antara Umur Balita Dengan Kejadian KEP
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Umur	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
≤ 24 bulan	15	23,1	13	23,6	28	100	0,942	1,017 (0,645 – 1,605)
> 24 bulan	50	76,9	42	76,4	92	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Diantara balita yang menderita KEP terdapat 15 orang (23,15) yang berumur ≤ 24 bulan dan 50 orang (76,9%) berumur > 24 bulan
Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p- value* sebesar 0,942 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kejadian KEP pada balita.

6.3.2 Distribusi Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.12
Distribusi Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Kejadian KEP
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Jenis Kelamin	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Laki-laki	31	47,7	21	38,2	52	100	0,295	0,808 (0,538 – 1,213)
Perempuan	34	52,3	34	61,8	68	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Hasil penelitian menunjukkan diantara balita laki-laki dan perempuan, kejadian KEP pada balita perempuan sebanyak 34 balita (52,3%) lebih tinggi daripada balita laki-laki yang hanya 31 balita (47,7%).

Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,295 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian KEP pada balita.

6.3.3 Distribusi Hubungan Antara Asupan Makanan Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.13
Distribusi Hubungan Antara Asupan Makanan Dengan kejadian KEP
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Asupan Makanan	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	N	%	n	%				
Cukup	29	44,6	35	63,6	64	100	0,037	1,531 (1,010 – 2,322)
Kurang	36	55,4	20	36,4	56	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diantara balita yang mengalami KEP sebanyak 36 balita (55,4%) memiliki asupan makanan yang kurang dan hanya 29 balita (44,6%) yang memiliki asupan makan yang cukup.

Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,037 (nilai $p < \alpha$) berarti ada hubungan yang signifikan antara asupan makanan dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 1,531 (1,010 – 2,322) artinya balita yang mempunyai asupan makanan kurang mempunyai kesempatan 2 kali lebih besar untuk mengalami KEP.

6.3.4 Distribusi Hubungan Antara Penyakit Infeksi Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.14
Distribusi Hubungan Antara Penyakit Infeksi Dengan kejadian KEP
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Penyakit Infeksi	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak	21	32,3	30	54,5	51	100	0,014	1,624 (1,101 – 2,394)
Ya	44	67,7	25	45,5	69	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Hasil penelitian menunjukkan balita KEP yang mengalami penyakit infeksi sebanyak 44 balita (67,7%), dan pada balita KEP yang tidak mengalami penyakit infeksi sebanyak 21 balita (32,3%).

Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,014 (nilai $p < \alpha$) berarti ada hubungan yang signifikan antara penyakit infeksi dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 1,624 (1,101 – 2,394) artinya balita yang mempunyai penyakit infeksi mempunyai peluang 2 kali lebih besar untuk mengalami KEP.

6.3.5 Distribusi Hubungan Antara Persediaan Makanan Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.15
Distribusi Hubungan Antara Persediaan Makanan Dengan Kejadian KEP
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Persediaan Makanan	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	N	%				
Tersedia	40	61,5	27	49,1	67	100	0,171	0,763 (0,518 – 1,123)
Tidak Tersedia	25	38,5	28	50,9	53	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Hasil penelitian menunjukkan bahwa balita yang mengalami KEP dan makanannya tersedia sebanyak 40 balita (61,5%) dan balita KEP yang tidak tersedia makanannya sebanyak 25 balita (38,5%).

Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,171 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara persediaan makanan dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 0,763 (0,518 – 1,123)

6.3.6 Distribusi Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.16
Distribusi Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga Dengan Kejadian KEP
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Jumlah Anggota Keluarga	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Kecil	28	43,1	22	40	50	100	0,733	0,933 (0,626 – 1,391)
Besar	37	56,9	33	60	70	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Hasil penelitian menunjukkan bahwa balita KEP yang tinggal serumah dengan keluarga besar atau lebih dari 4 orang sebanyak 37 balita (56,9%) dan balita KEP yang tinggal serumah dengan jumlah anggota ≤ 4 sebanyak 28 balita (43,1%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,733 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan kejadian KEP pada balita.

6.3.7 Distribusi Hubungan Antara Pendidikan Ibu Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.17
Distribusi Hubungan Antara Pendidikan Ibu Dengan Kejadian KEP
di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan
Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Pendidikan Ibu	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Tinggi	38	58,7	33	60	71	100	0,864	1,035 (0,695 – 1,541)
Rendah	27	41,3	22	40	49	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang berpendidikan tinggi dan memiliki balita KEP sebanyak 38 orang (58,7%), sedangkan ibu yang berpendidikan rendah dan memiliki balita KEP sebanyak 27 orang (41,3%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,864 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan kejadian KEP pada balita.

5.4.8. Distribusi Hubungan Antara Pekerjaan Ayah Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.16

Distribusi Hubungan Antara Pekerjaan Ayah Dengan Kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Pekerjaan Orang Tua	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Bekerja	25	38,5	39	71	64	100	0,000	2,133 (1,349 – 3,373)
Tidak Bekerja	40	61,5	16	39	56	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ayah yang tidak bekerja dan memiliki balita KEP sebanyak 40 orang (61,5%) dan ayah yang bekerja tetapi memiliki balita KEP sebanyak 25 orang (38,5%).

Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,000 (nilai $p < \alpha$) berarti ada hubungan yang signifikan antara ayah yang bekerja dan tidak bekerja dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 2,133 (1,349 – 3,373) artinya balita yang ayahnya tidak bekerja mempunyai kesempatan 2 kali lebih besar untuk mengalami KEP.

5.5.9. Distribusi Hubungan Antara Penghasilan Keluarga Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.16

Distribusi Hubungan Antara Penghasilan Keluarga Dengan Kejadian KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Penghasilan	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Besar	31	47,7	32	58,2	63	100	0,252	1,259 (0,845 – 1,875)
Kecil	34	52,3	23	41,8	57	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga yang memiliki penghasilan besar dan memiliki balita KEP sebanyak 31 orang (47,7%), dan keluarga dengan penghasilan rendah serta memiliki balita KEP sebanyak 34 orang (52,3%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,252 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan orang tua dengan kejadian KEP pada balita.

5.5.10. Distribusi Hubungan Antara Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dengan Kejadian KEP

Tabel 6.16

Distribusi Hubungan Antara Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dengan Kejadian KEP di Wilayah kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2012

Pemanfaatan Yankes	KEP				Total		P - Value	PR (95% CI)
	Ya		Tidak		n	%		
Ya	35	53,8	46	83,6	81	100	0,001	2,461 (1,346 – 4,501)
Tidak	30	46,2	9	16,4	39	100		
Jumlah	65	100	55	100	120	100		

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga yang memiliki balita KEP dan menggunakan pelayanan kesehatan untuk balitanya sebanyak 35 keluarga (53,8%), dan yang tidak menggunakan sebanyak 30 orang (46,2%).

Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p value* sebesar 0,001 (nilai $p < \alpha$) berarti ada hubungan yang signifikan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 2,461 (1,346 – 4,501) artinya balita yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan mempunyai peluang 2,5 kali lebih besar untuk mengalami KEP.

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain :

1. Penelitian ini menggunakan desain studi *cross - sectional* (potong lintang) yang hanya dapat melihat ada atau tidaknya hubungan antara variabel yang diteliti dan tidak dapat mencari hubungan sebab akibat karena pengumpulan data faktor – faktor risiko dan efek dilakukan saat bersamaan.
2. Berdasarkan teori, terdapat banyak faktor yang mempengaruhi status gizi, namun keterbatasan waktu, dana dan kemampuan peneliti sehingga hanya beberapa faktor yang dijadikan variabel penelitian
3. Dalam pengukuran berat badan bayi kemungkinan terjadi *measurement bias* karena pada saat balita ditimbang kondisinya sering dalam keadaan gelisah, menangis dan bergerak – gerak sehingga menimbulkan kesalahan interpretasi dalam menentukan hasil pengukuran berat badan yang sebenarnya.
4. Pengukuran asupan energi dan protein dilakukan dengan cara menghitung total energi dan protein yang dikonsumsi anak dalam sehari pada satu minggu terakhir. Model *recall* ini sangat tergantung daya ingat sehingga sering terjadi *under reporting* yaitu mengurangi atau menambah informasi sehingga menyebabkan *recall bias*.

7.2 Pembahasan Variabel Dependen

7.2.1 Status Gizi Anak

Dari hasil pengukuran status gizi anak secara antropometri berdasarkan indeks BB/U menggunakan z-skore berdasarkan buku baku WHO-NHCS diperoleh bahwa kejadian KEP pada balita dalam penelitian ini sebesar (54,2%) dan yang tidak KEP sebesar (45,8%). Hal ini jauh berbeda dengan kejadian di kelurahan petukangan dimana ada 37,4% balita yang mengalami kurang gizi dari 401 balita sekecamatan Pasanggrahan. Presentasi hasil penelitian ini tinggi jika dibandingkan dengan prevalensi propinsi yaitu 0,95% dan menunjukkan angka

yang cukup tinggi jika dibandingkan dengan kategori WHO karena untuk indeks berat badan menurut umur dikatakan tinggi jika prevalensi antara 20 -29%.

Indeks berat badan menurut umur (BB/U) memberikan gambaran gangguan pertumbuhan secara umum walaupun kurang spesifik untuk identifikasi masalah gizi kronis dan akut. Untuk berbagai kepentingan, indeks antropometri BB/U sangat memadai untuk menangkap perubahan cepat dari ketersediaan pangan dan penurunan BB/U pada balita merupakan tanda pasti terjadinya kerawanan pangan yang serius (Tabor dkk,2000).

Masalah KEP disebabkan langsung oleh makanan dan ada atau tidaknya penyakit infeksi dengan berbagai gejala yang dipengaruhi oleh kualitas dan kuantitas makanan yang dimakan balita yang ditentukan oleh banyaknya penyebab tidak langsung yang disebut kausa multifaktorial diantaranya masalah sosial ekonomi di masyarakat seperti rendahnya tingkat ekonomi keluarga, dan kemiskinan (levinson,1979 dalam suyadi,2009). Untuk itu diperlukan berbagai program yang dapat meningkatkan pendapatan keluarga disamping perbaikan berbagai program intervensi gizi baik untuk pencegahan maupun penanganan balita KEP.

7.3 Pembahasan Variabel Independen (Faktor – faktor yang mempengaruhi KEP)

7.3.1 Umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita dengan kelompok umur > 24 bulan (76,9%), dan pada kelompok umur ≤ 24 bulan (23,1%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,942 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kejadian KEP pada balita.

Pada masa pascanatal sampai dua tahun merupakan masa yang amat kritis karena terjadinya pertumbuhan yang amat pesat dan terjadi diferensia fungsi pada semua organ tubuh. Gangguan yang terjadi pada masa awal akan menyebabkan perubahan menetap pada struktur anatomi, biokimia dan fungsi organ (Astini, 2001).

Presentasi kasus KEP pada balita ≤ 24 bulan berbeda secara signifikan dengan yang berusia > 24 bulan. Meskipun tidak berhubungan secara statistik

tetapi perlu diintervensi secara baik dan berkesinambungan karena pada usia ≤ 24 bulan adalah masa emas dalam pembentukan sel – sel otak. Fakta menunjukkan bahwa bayi KEP berat mempunyai ukuran besar otak 15-20% lebih kecil dibandingkan dengan bayi normal. Apabila terjadi kurang gizi apada usia ≤ 24 tahun maka defisit volume otak bisa mencapai 50%, atau IQ rendah sekitar 13 – 15 poin dibandingkan dengan yang normal. Secara fisik KEP tidak diatasi dengan baik, maka akan menyebabkan bentuk tubuh yang stunting / kuntet pada masa dewasa (Azwar, 2001).

Secara statistik, penelitian ini sama dengan Suyadi (2009) bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kasus KEP, berbeda dengan hasil penelitian Kunanto (1992) bahwa ada hubungan antara umur balita dengan status gizi balita, dan ada kecenderungan pada kelompok umur > 24 bulan menderita KEP karena keterpaparan dengan faktor lingkungan sehingga lebih mudah menderita sakit terutama penyakit infeksi yang disertai menurunnya nafsu makan. Berbeda dengan Lismartina (2000) bahwa prevalensi KEP paling banyak ditemukan pada usia 1 -2 tahun karena kebutuhan gizi pada balita meningkat sedangkan ASI dan makanan tambahan yang diberikan sudah tidak cukup lagi untuk memenuhi kebutuhan gizi balita dan juga disertai diare karena kontaminasi pada makanan yang diberikan.

Peneliti berasumsi bahwa usia tidak ada hubungannya dengan kasus KEP karena jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi balita sesuai dengan persediaan makanan keluarga dan nafsu makan anak yang dipengaruhi oleh penyakit infeksi,

7.3.2 Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita yang berjenis kelamin laki-laki lebih rendah (47,7%) dibandingkan dengan balita yang berjenis kelamin perempuan (52,3%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,295 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian KEP pada balita.

Hal ini sejalan dengan dengan penelitian Sukmadewi (2003) dan Suyadi (2009) bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan status gizi balita.

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Malahayati dalam Lismartina, 2000 di Sumatra Selatan bahwa presentasi balita laki-laki berstatus gizi baik cenderung lebih tinggi di bandingkan balita perempuan baik di perkotaan maupun di pedesaan. Sejalan dengan hasil penelitian Sihadi (1998) yang menyatakan prevalensi gizi kurang/buruk lebih banyak terdapat pada anak perempuan yaitu sebesar 58,1%.

Jenis kelamin merupakan faktor gizi internal yang menentukan kebutuhan gizi, sehingga pada gilirannya ada keterkaitan antara jenis kelamin dengan keadaan gizi balita (Depkes ,2000). Secara statistik tidak berhubungan kemungkinan hal ini diduga karena aktivitas fisik yang tidak jauh berbeda antara balita laki- laki dan perempuan sehingga pemberian makanan dengan jumlah dan jenis yang sama pun tidak akan berbeda dalam mempengaruhi status gizi balita.

7.3.3 Asupan Makanan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita yang asupan makanannya kurang lebih tinggi (55,4%) dibandingkan dengan balita yang asupan makanannya cukup (44,6%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p- value* sebesar 0,037 (nilai $p < \alpha$) berarti ada hubungan yang signifikan antara asupan makanan dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 1,531 (1,010 – 2,322) artinya balita yang mempunyai asupan makanan kurang mempunyai kesempatan 2 kali lebih besar untuk mengalami KEP. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amos (1999) dikota Padang Pariaman yang menunjukkan balita yang kurang asupan makanannya memiliki peluang 2,07 kali mengalami KEP. Berbeda dengan penelitian Leonita (2007) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antar asupan makanan dengan kejadian KEP pada balita.

Kemungkinan anak balita dengan jumlah energi yang kurang akan menyebabkan hilangnya gairah makan dan menurun aktivitas anak balita. Anak balita dalam masa pertumbuhan dan memperoleh energi yang optimal akan memperlihatkan aktivitas fisik yang luar biasa yang menyebabkan peningkatan BB lebih baik dibandingkan dengan anak yang konsumsi energinya kurang dan juga usia penyapihan yang terlalu lama tanpa diimbangi pemberian makanan tambahan yang tepat.

7.3.4 Penyakit Infeksi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita yang mempunyai penyakit infeksi lebih tinggi (67,7%) dibandingkan dengan balita yang tidak mempunyai penyakit infeksi (32,3%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,014 (nilai $p < \alpha$) berarti ada hubungan yang signifikan antara penyakit infeksi dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 1,624 (1,101 – 2,394) artinya balita yang mempunyai penyakit infeksi mempunyai peluang 2 kali lebih besar untuk mengalami KEP.

Penelitian ini sejalan dengan Bardosono (2003) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi balita menurut BB/U. Berbeda dengan hasil penelitian Sihotang Leonita (2007) bahwa tidak ada hubungan penyakit infeksi dengan status gizi balita.

Anak balita yang sedang masa pertumbuhan, pembentukan jaringan tubuh terjadi secara besar – besaran sehingga kebutuhan akan protein akan lebih besar jika dibandingkan dengan orang dewasa. Kekurangan protein terjadi pada balita akan menyebabkan pertumbuhan yang terhambat yang diawali dengan menurunnya daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi.

Infeksi tidak hanya mengganggu absorpsi,metabolisme dan ekskresi dari berbagai zat gizi, tetapi juga akan mempengaruhi intake makanan dengan menurunnya nafsu makan balita. Dengan menurunnya nafsu makan anak, anak akan menolak makanan yang diberikan ibunya yang berarti akan mengurangi masuknya zat gizi ke dalam tubuh anak (Depkes,2000).

7.3.5 Persediaan Makanan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita yang mempunyai persediaan makanan lebih tinggi (61,5%) dibandingkan dengan balita yang tidak mempunyai persediaan makanan yaitu (38,5%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,171 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara persediaan makanan dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 0,763 (0,518 – 1,123)

Menurut penelitian FAO / WHO dalam Suharjo tahun 1986 bahwa jika tersedia cukup pangan untuk memenuhi kebutuhan energi, kemungkinan kebutuhan proteinnya tersedia.

Peneliti berasumsi bahwa tidak ada hubungan persediaan makanan dengan kasus KEP karena meskipun persediaannya mencukupi namun keadaan status gizi tergantung dari jumlah makanan yang dikonsumsi balita. Jumlah makanan pun tergantung pola dan selera makan anak. Penelitian Lismartina (2000) dan Indriyati (2006), yang menemukan hubungan bermakna antara konsumsi energi dan kejadian KEP pada balita. Penelitian Afrita (2000) menunjukkan sebaliknya, kejadian KEP pada balita lebih dipengaruhi oleh faktor lain seperti keturunan, penghasilan orang tua dan penyakit infeksi.

Perkembangan mental anak dapat dilihat dari kemampuannya mengatakan tidak terhadap makanan yang ditawarkan, sehingga perlu dilakukan kompromi dengan anak dengan diberi pilihan satu atau dua macam makanan.

7.3.6 Jumlah Anggota Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita yang jumlah anggota keluarganya kecil lebih rendah (43,1%) dibandingkan dengan balita yang jumlah anggota keluarganya besar (56,9%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,733 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan kejadian KEP pada balita.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Soekirman (1990), berbeda dgn penelitian Yusril (2002) dalam Suyadi (2009) bahwa ada hubungan antara status gizi anak dengan pendapatan keluarga berdasarkan perbedaan jumlah anggota keluarga. Bahwa semakin tinggi pendapatan dan semakin rendah jumlah anggota keluarga maka semakin baik status gizi anak.

Rumah tangga yang mempunyai anggota keluarga besar berisiko mengalami kelaparan 4 kali lebih besar dibandingkan dengan rumah tangga yang anggotanya kecil dan berisiko pula mengalami kurang gizi sebanyak 5 kali lebih besar dari keluarga yang mempunyai anggota keluarga kecil (Berg, 1986) dikutip oleh Suyadi, 2009

Jumlah keluarga akan mempengaruhi tingkat konsumsi makanan dalam hal jumlah dan distribusi makanan terhadap anggota keluarga, terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan pangan sehingga dapat berisiko terhadap KEP. Jumlah anggota keluarga merupakan indikator penting dalam pembagian makanan. Semakin banyak anggota rumah tangga akan

semakin kecil distribusi ke anggota masing – masing. Kurang energi protein berat akan sedikit di jumpai bila anggota keluarganya lebih kecil (Pudjadi,2000).

Asumsi peneliti, tidak ada hubungan jumlah keluarga dengan KEP karena jumlah makanan yang dikonsumsi balita tergantung dari kondisi fisik dan mentalnya.

7.3.7 Pendidikan Ibu

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita yang pendidikan ibunya tinggi (58,7%) dibandingkan dengan balita yang pendidikan ibunya rendah (41,3%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p- value* sebesar 0,864 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan kejadian KEP pada balita.

Penelitian ini berbeda dengan Soekirman (1994), Lismartina (2000), Astuti (2004) bahwa Tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi konsumsi pangan melalui cara pemilihan pangan. Orang yang berpendidikan lebih tinggi cenderung memilih makanan yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan rendah. Semakin tinggi pendidikan orang tua, semakin baik status gizi anaknya

Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak. Dengan pendidikan yang baik maka ibu akan dapat lebih mudah menerima segala informasi dari luar terutama mengenai cara pengasuhan yang baik. Selain itu pendidikan yang baik juga sangat berkaitan erat dengan tingkat pengetahuan ibu terhadap pola asuh anak, hygiene dan kesadaran terhadap kesehatan anak.

Asumsi peneliti bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dan KEP karena meskipun pendidikan ibu tinggi dan tersedia makanan yang bergizi atau ibu yang berpendidikan rendah dengan jumlah makanan yang terbatas, tergantung seberapa banyak makanan yang dikonsumsi oleh balita. Jumlah yang dikonsumsi tergantung selera makan balita yang dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan lain – lain.

7.3.8 Pekerjaan Ayah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita yang ayahnya tidak bekerja lebih tinggi (61,5%) dibandingkan dengan balita yang ayahnya bekerja (38,5%). Hasil uji statistik penelitian ini diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,000 (nilai $p < \alpha$) berarti ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan orang tua dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 2,133 (1,349 – 3,373) artinya balita ayahnya tidak bekerja mempunyai kesempatan 2 kali lebih besar untuk mengalami KEP. Hasil penelitian ini sama dengan dengan Lismartina (2000) bahwa ayah yang tidak bekerja lebih besar memiliki anak balita yang KEP, sejalan dengan penelitian Alibbriwin (2001) menemukan hubungan yang bermakna antara pekerjaan ayah dan status gizi balita

Latar belakang sosial ibu yaitu pekerjaan ibu tidak secara langsung mempengaruhi status gizi namun secara tidak langsung menghasilkan sejumlah uang. Hasil yang diharapkan dapat meningkatkan daya beli keluarga terhadap makanan sehingga meningkatkan konsumsi energi dan protein yang dapat meningkatkan status gizi anak dari kurang menjadi status gizi baik dan dapat juga mempertahankan status gizi yang baik.

Status pekerjaan akan memudahkan seseorang mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Rusmartini, 2002 bahwa status pekerjaan yang tetap atau kemampuan ekonomi keluarga sangat penting untuk memfasilitasi kebutuhan keluarga dalam mengakses informasi dan pelayanan kesehatan.

7.3.9 Penghasilan Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita yang orang tuanya berpenghasilan kecil lebih tinggi (52,3%) dibandingkan dengan balita yang orang tuanya berpenghasilan besar (47,7%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa *p-value* sebesar 0,252 (nilai $p > \alpha$) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara penghasilan orang tua dengan kejadian KEP. Sejalan dengan hasil penelitian Yusril (2003) dan Purwati (2003) yang menemukan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah pendapatan keluarga dengan status gizi balita

Balita pada keluarga dengan tingkat pendapatan yang tinggi akan dapat membeli makanan yang lebih beragam, lebih baik, dan dalam jumlah yang lebih

banyak dari pada dengan keluarga dengan tingkat pendapatan yang rendah. Penduduk kota dan penduduk pedesaan yang kebanyakan berpenghasilan rendah, selain memanfaatkan penghasilannya itu untuk keperluan makan keluarga, juga harus membagi-baginya untuk berbagai keperluan lainnya (pendidikan, transportasi, dan lain-lain), sehingga tidak jarang persentase penghasilan untuk keperluan untuk keperluan penyediaan makanan hanya kecil saja. Mereka pada umumnya hidup dengan makanan yang kurang bergizi (Kartasapoetra, 2002). Pendapatan keluarga merupakan salah satu faktor yang menentukan konsumsi makanan keluarga. Makin rendah pendapatan keluarga makin besar peluang keluarga tersebut mempunyai balita kurang gizi (Tabor dkk, 2000).

7.3.10 Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian KEP pada balita yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih tinggi (56,2%) dibandingkan dengan balita yang memanfaatkan pelayanan kesehatan (43,8%). Hasil uji statistiknya diperoleh bahwa p value sebesar 0,001 (nilai $p < \alpha$) berarti ada hubungan yang signifikan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian KEP pada balita. Nilai PR = 2,461 (1,346 – 4,501) artinya balita yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan mempunyai peluang 2,5 kali lebih besar untuk mengalami KEP.

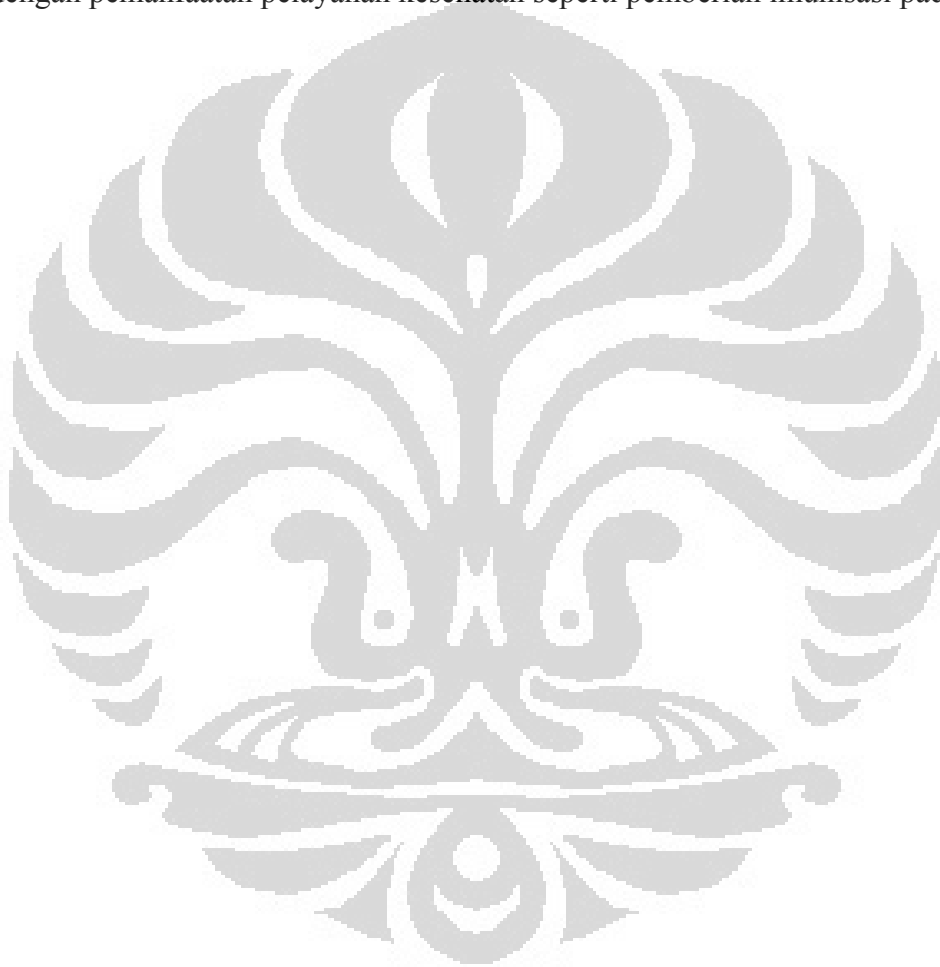
Secara khusus, peningkatan daya tahan tubuh terhadap penyakit menular dapat di capai dengan vaksinasi. Vaksin dapat merangsang tubuh untuk menghasilkan zat penangkal dalam darah guna melawat bibit penyakit. Cara ini disebut Imunisasi. Imunisasi untuk jenis penyakit tertentu dan golongan umur tertentu, misalnya untuk penyakit campak, polio, tetanus, difteri, batuk rejan dan TBC yang banyak terdapat pada lingkungan padat penduduknya.

Jahari dkk, sebagaimana dikutip oleh Rustan dkk (1992) menyatakan ada petunjuk secara epidemiologis bahwa imunisasi merupakan salah satu faktor penunjang dalam upaya peningkatan status gizi. Prevalensi KEP lebih rendah di daerah yang cakupan imunisasinya tinggi dibandingkan yang cakupan imunisasinya rendah.

Imunisasi diperoleh di fasilitas kesehatan sehingga semakin seorang bayi mendapatkan imunisasi lengkap, diri balita terlindungi dari penyakit yang dapat

menyebabkan KEP. Karena infeksi dapat juga menyebabkan KEP sehingga balita yang sakit perlu mendapat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan yang sesuai.

Hasil penelitian Indriyati (2006), menemukan bahwa balita yang menderita KEP memiliki orang tua yang tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan secara optimal. Berbeda dengan Afrita (2000) dan Leonita (Tesis, 2007) yang menemukan tidak ada hubungan yang bermakna antara kejadian KEP pada balita dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti pemberian imunisasi pada balita



BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

1. Dari 120 responden yang diteliti, ternyata 65 orang (54,2 %) mengalami KEP sedangkan 55 orang (45,8%) tidak KEP
2. Hasil analisis Bivariat menunjukkan
Ada hubungan antara asupan makanan, penyakit infeksi, pekerjaan ayah dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian KEP pada balita
3. Tidak ada hubungan umur, jenis kelamin, persediaan makanan, jumlah keluarga, pendidikan orang tua dan penghasilan orang tua dengan kejadian KEP pada balita.

8.2 Saran

8.2.1 Untuk Ibu Balita

- a. Menyediakan makanan bergizi yang disukai balita dan memberi pilihan makanan lebih dari satu macam
- b. Melakukan kompromi dengan balitanya agar balita tidak menolak makanan yang diberikan
- c. Melakukan deteksi dini dalam upaya pencegahan anak jatuh dalam keadaan KEP dengan cara rutin membawa balitanya ke posyandu

8.2.2 Untuk puskesmas

Masih tingginya angka kejadian KEP maka perlu :

- a. Pelaksanaan program intervensi gizi dan kesehatan lebih di fokuskan pada kelompok yang rentan terjadinya KEP.
- b. Pemberian PMT tidak hanya pada balita yang sudah dalam kategori gizi buruk / kurang gizi kronis menurut BB/TB tapi diberikan juga pada balita yang menderita kurang gizi ringan akut (BB/U).
- c. Pengembangan program promosi kesehatan dan pendidikan gizi terhadap ibu dalam hal perawatan dan pemberian makanan pada anak untuk mencegah anak

jatuh dalam keadaan KEP, penyuluhan secara tatap muka pada saat pemberian PMT dengan pesan – pesan pokok yang perlu disampaikan adalah bahaya kurang gizi pada balita, dan pengobatan balita KEP.

- d. Kerjasama Lintas Sektor untuk replikasi Pos Gizi disetiap Posyandu dan memaksimalkan kegiatannya sehingga terjadi perubahan perilaku dalam hal pengasuhan , praktek pemberian makanan untuk pemenuhan kebutuhan gizi balita, dan perawatan anak
- e. Meningkatkan kerja sama lintas sektor dengan LSM atau dinas setempat dalam pengembangan program peningkatan pendapatan keluarga melalui program padat karya, peningkatan keterampilan serta penyertaan modal usaha dan pendistribusian hasilnya dan membuka lapangan kerja.

8.2.3 Peneliti lain

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dan mendalam mengenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita dengan variable-variabel yang lebih lengkap, desain yang lebih baik dan ruang lingkup yang lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, Lindsay & Gillespie, Stuart (2001). *What Works? A Review of Efficacy and Effectiveness of Nutrition Intervention*. United Nation Administrative Committee on Coordination Sub Committee on Nutrition. Asian Development Bank.
- Almatsier, Sunita. (2005). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, GM. Jakarta
- Apriaji, (1986). *Makanan Keluarga*. Bhratara Karya Aksara. Jakarta
- Ariawan, Iwan, (1998). *Besar dan Metode sampel pada Penelitian Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia
- Arisman, (2004). *Buku Ajar Ilmu Gizi, Gizi Dalam Daur Kehidupan*, EGC. Jakarta
- Astini, N.S.P. (2001). *Kalender Tumbuh Kembang Anak Balita Sebagai Alat Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan Anak*. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, vol: xxviii, no: 11, h.660-663
- Astuti, Rahayu, (2004). *Peran Penyakit Infeksi, social Ekonomi dan Sanitasi Lingkungan dalam mempengaruhi Status Gizi Balita*. Tesis. PS FKM Universitas Indonesia
- Azwar, Azrul, (2002). *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat*, Dirjen Binkesmas Dep.Kes R.I. Jakarta
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2007). *Riset Kesehatan Dasar (Laporan Nasional 2007)*. Jakarta. Depkes RI
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2008). *Riset Kesehatan Dasar (Laporan Nasional 2008)*. Jakarta. Depkes RI
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2010). *Riset Kesehatan Dasar (Laporan Nasional 2010)*. Jakarta. Depkes RI
- Bardosono, Saptawati, (2003). *Determinant of Child Malnutrition During The Crisis In Selected Poor Areas Of Indonesia*: Disertasi. Universitas Indonesia
- Budiarto, Eko,(2004). *Metodelogi Penelitian Kedokteran*, EGC. Jakarta
- Berg, dkk.(1986). *Faktor Gizi* (diterjemahkan oleh A.Djaeni S). Brathara Karya Aksara. Jakarta

- Biro Pusat Statistik (BPS) (1999). *Survey Sosial Ekonomi Nasional Tahun 1998*. Jakarta
- _____, (2002). *Status Kesehatan Tahun 2001*. BPS. Jakarta
- Checkley, William et al, (2003). *Effect of Acute Diarrhea on Linear Growth in Peruvian Children*. American Journal of Epidemiology, 157: 166-175
- Dep.Kes R.I,(1991). *Pedoman Kesehatan Masyarakat Pedesaan*, Dirjrn Binkesmas, Jakarta
- _____, (1996). *13 Pesan Dasar Gizi Seimbang*, Dirjenbinkesmas Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta
- _____, (1997). *Pedoman Penanggulangan Kekurangan Energi Protein (KEP) dan Petunjuk Pelaksanaan PMT pada Balita*. Jakarta
- _____, (1999). *Pedoman Tatalaksana Kekurangan Energi Protein Pada Anak Di Puskesmas Dan Di Rumah Tangga*. Jakarta
- _____,(1999), *Indonesia Sehat 2010. Visi Baru, Misi Kebijakan dan Strategi Pembangunan Kesehatan*, Jakarta
- _____, (2002). *Arrime, Pedoman Manajemen Puskesmas, Proyek kesehatan Keluarga dan Gizi*. Jakarta
- _____,(2002). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 920/Menkes/SK/VIII/2002. Tentang Klasifikasi Status Gizi Anak Bawah Lima Tahun (Balita)*. Tanggal 1 Agustus 2002. Jakarta
- _____, (2003). *Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- _____, (2004). *Standar Pemantauan Balita*. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat
- De Souza, AC Terra et al, (1999). *Relationship Between Health Service, Socioeconomic Variabls and Inadequate Weight Gain Among Brazilian Children*. Bulletin of the World Helath Organization, 77: 895-905
- Dinas Kesehatan DKI Jakarta. (2011). *Profil Kesehatan DKI Jakarta*
- Foster, George. (2005). *Antropologi Kesehatan*. UI Press. Jakarta

- Hastono, Priyo, Sutanto, et.all. (2010). *Statistik Kesehatan*, PT. Rajagrafindo Persada. Jakarta
- Heird, William C & Cooper, Arthur, (2006). *Infancy and Childhood*. Dalam : Modern Nutrition in Health and Disease. Lippincot William & Wilkins. Tenth Edition
- Hurlock, E.B. (1999). *Perkembangan Otak* (diterjemahkan oleh Thandrasa). Erlangga, Jakarta
- Indrajaya, Teddy. (2004). *Hubungan Antara Kegiatan Kader Terhadap Status Gizi Balita Di Posyandu RW 01 dan RW 02 Kelurahan Mampang Prapatan Jakarta Selatan*. PBL FK Trisakti
- Indriyati,(2006).*Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian KekuranganEnergi Protein Pada Balita Di Puskesmas Kelurahan Kuningan Barat Jakarta Selatan*. Skripsi Uhamka
- Irianti, Kus. (2004). *Gizi Dan Pola Hidup Sehat*, Yrama Widya. Bandung
- Ircham, Machfoedz. (2005). *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan*. Fitramaya
- Jellife, D.B & Jelliffe, D.E.F. (1989). *Community Nutritional Assesment*. Oxford University, New York
- Jeliffe, (1998). *The assessment Of Nutrional Status Of Community WHO*. Monograph Series, no: 53, WHO, Geneva
- Jus'at, I; Jahari, AB, dkk.(2000). *Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara dan di Pedesaan Kabupaten Bogor Jawa Barat*. Prosiding Widyakarya Nasional Pangan Dan Gizi (WNPG) VII. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI). Jakarta
- Kantor Kelurahan Petukangan Selatan. (2011). *Laporan Tahunan Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan*
- Kartono, D dan Suhadi.(1993). *Beberapa Aspek psiko-sosial pada Anak Kurang Energi Protein di daerah Bogor*. Penelitian Gizi dan Makanan 1993, 16:8-5
- King, Felicity Savage & Burgess, Ann, (1995). *Undernutrition in Women*. Dalam : *Nutrition for Developing Countries*. OXFORD University Press. Second Edition
- Koentjaraningrat. (1997.) *Metode-metode Penelitian Masyarakat*, Gramedia Pustaka Utama. Jakarta

- Lemeshow, S ; Lwanga, S.(1997). *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Gadjah Mada University Press
- Linda, Ony. (2000) *.Penerapan Analisis Survival Dalam Menentukan Faktor Yang Berhubungan Dengan Perubahan Status Gizi Anak Baduta Kekurangan Energi Protein Di Kecamatan Samalanga Aceh Utara Tahun 1998-1999*. Tesis
- Lismartina, (2000). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Kekurangan Energi Protein Pada Anak Balita Di Kecamatan Tebet Kotamadya Jakarta Selatan*. Skripsi
- Mardiati, Retno. (2005). *Modul Aplikasi Perangkat Lunak*, FiKes Uhamka. Jakarta
- Mutmainah, A, dkk. (1996). *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecerdasan Anak Usia 2-5 tahun*. Media Gizi dan Keluarga. IPB, Bogor
- Nurrahmadini, Masni. (2003). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Energi Protein Pada Anak Balita Di Wilayah Puskesmas Kecamatan Cilincing Jakarta Utara Tahun 2003*
- Pipes, Peggy L. et al, (1993). *Nurtition: Growth and Development. Dalam: Nutrition in Infancy and Childhood*. Mosby. Fifth Edition
- Pudjiaji, S. (1997). *Ilmu Gizi Klinik Pada Anak*, FKM UI
- Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan. (2011). *Laporan Kegiatan Tahunan Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan*.
- Purwati, Henry Tri. (2003). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Energi Protein Pada Anak Balita Di Puskesmas Semberang Kecamatan Sambas Kabupaten Sambas Provinsi Kalimantan Barat*. Skripsi FKM UI
- Retnaningsih, Eko. (1995). *Program Pemberian Makanan Tambahan Untuk Meningkatkan Status Gizi Balita Di Kabupaten Aceh Utara Tahun 1993-1994*. Skripsi FKM UI
- Rustan, Effendi dkk, (1992). *Status Gizi, Kesehatan dan Imunisasi Anak Balita dan Bukan Pengunjung Posyandu di 2 Desa Wilayah Kerja Puskesmas Sindang Barang*. Dalam: Penelitian Gizi dan Makanan. Pusat Penelitian Dan

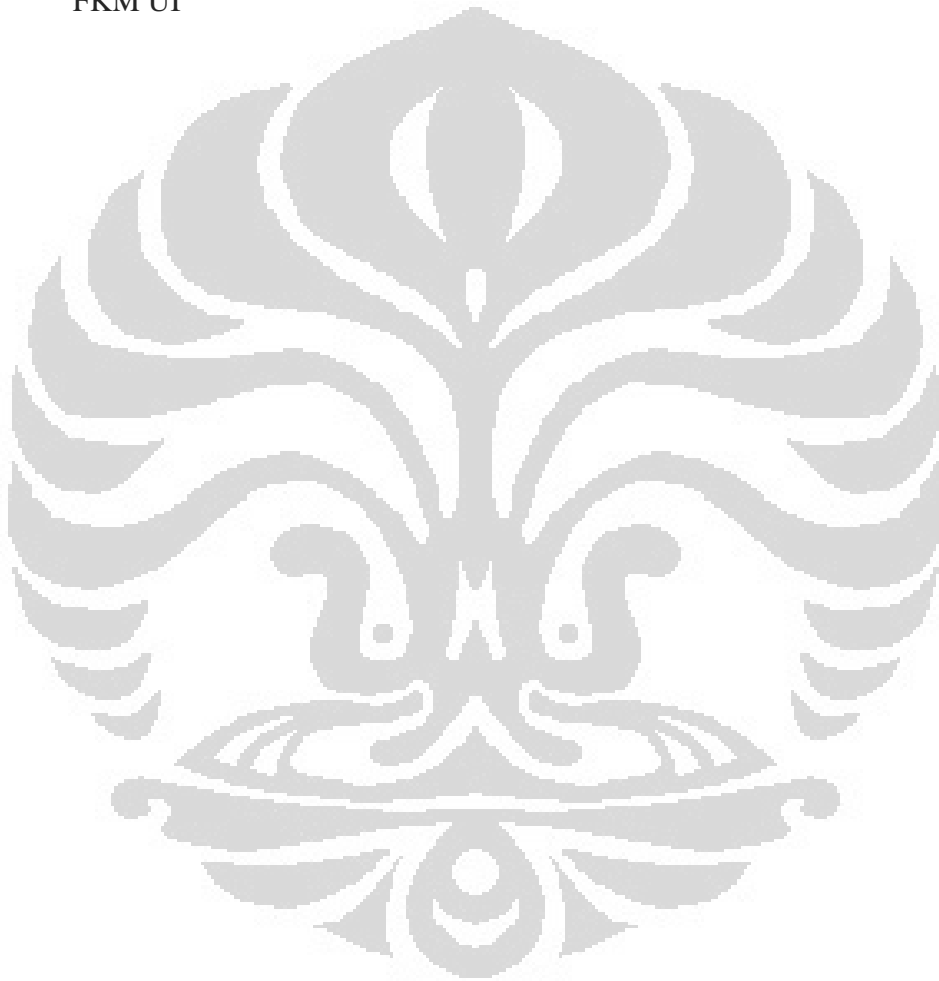
- Pengembangan Gizi Departemen Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 15:90-97
- Schmidt, Marjanka K.; Muslimatun, Siti et al, (2002). Nutritional Status and Linear Growth of Indonesia Infant in West Java Are Determined More by Prenatal Environment than Postnatal Factor. *American Society for Nutritional Sciences*. 132: 2202-2207
- Sihadi, (1998). *Aplikasi Analisis Survival Untuk Menentukan Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Perbaikan Gizi Pada Anak Balita Gizi Buruk Pengunjung Klinik Gizi Bogor (KGB) 1982-1997*. Tesis. PS IKM.UI
- Sihadi, (1999). Masalah Gizi Buruk Pada Anak Bawah Lima Tahun (Balita). *majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, vol: xxxvi, no:12 h.6666-684
- Sihotang, Leonita Katarina. (2007). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Energi Protein Pada Balita 6-59 Bulan Di Jakarta Timur*. Tesis FKM UI
- Singarimbun, M, (1998). *Kelangsungan Hidup Anak*. Gajah Mada Press, Yogyakarta
- Sedia, Oetama, Achmad, Jaeni. (2000). *Ilmu Gizi*, Dian Rakyat. Jakarta
- Setyawan, Arief, (1995). *Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Kekurangan Energi Protein Balita Di Kabupaten Bogor Tahun 1992 (Analisa Data Sekunder)*. Skripsi FKM UI
- Sudinkesmas Jakarta Selatan. (2011). *Profil Kesehatan Jakarta Selatan*
- Soeharjo, (1986). *Pangan, Gizi dan Pertanian*, edisi revisi, UI Press. Jakarta
- Suharjo, (1998). *Konsep dan Kebijakan Diversifikasi Konsumsi Pangan Dalam Rangka Ketahanan Pangan*. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) VI. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI). Jakarta
- Soekanto, Soerjono. (1990). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Raja Grafindo Persada. Jakarta
- Soekirman, (1991). *Dampak Pembangunan Terhadap Keadaan Gizi Masyarakat*. *Gizi Indonesia*, vol: xvi
- _____, (1994). *Menghadapi Masalah Gizi Ganda Dan Pembangunan Jangka Panjang Kedua: Agenda Repelita VII*. Risalah WKPG V, LIPI, Jakarta

- Sunandar, Kuslan. (2001). *Beberapa Faktor Dalam Perubahan Status Gizi (BB/U) Bayi Atau Balita Kekurangan Energi Protein Keluarga Miskin Setelah Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Di Kecamatan Cicendo Dan Sukajadi Kota Bandung November 2000-Januari 2001*. Skripsi FKM UI
- Sutanto. (1999). *Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Keadaan Kekurangan Energi Protein Daerah Kumuh Perkotaan Kotamadya Dati II Tangerang*. Skripsi FKM UI
- Supariasa, Nyoman. (2002). *Penilaian Status Gizi*, EGC. Jakarta
- Suyadi, Edwin.(2009). *Kejadian KEP Balita dan Faktor Yang Berhubungan Di Wilayah Kelurahan Pancoran Mas Depok Tahun 2009*. Skripsi, FKM.UI
- Soleh, Zanbar Ahmad. (2005). *Ilmu Statistik*, Rekayasa Sains
- Syuryati, Nani, (2001). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Peningkatan Status Gizi Balita Kekurangan Energi Protein Keluarga Miskin Pada Pelaksanaan Pemberian Makanan Pemulihan Di Kecamatan Kuranji Kota Padang Tahun 1999*. Tesis.FKM.UI
- Tabor, Steven S.;Soekirman; Martianto, Drajad. (2000). *Keterkaitan Antara Krisis Ekonomi, Kemiskinan, Ketahanan Pangan Dan Keadaan Gizi*. Prosiding Widyakarya Nasional Dan Gizi (WNPG) VII. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI). Jakarta
- Taruna, Jhon. (2002). *Hubungan Status Ekonomi Keluarga Dengan Terjadinya Kasus Gizi Buruk Pada Anak Balita Di Kabupaten Kampar Provinsi Riau*. Tesis FKM UI
- UNICEF, WHO, BASICS, (1999). *Nutrition Essentials. A Guide For Health Managers*
- USAID (2003), *panduan pemulihan yang berkesinambungan bagi anak malnutrisi, child survival collaburations and resource group nutrition working group*, Jakarta
- Wahlqvist, Mark L, (1997).*Nutrition, Infection and Immune Function*. Dalam: Food and Nutrition: Australia, Asia ang Fasific. Allen & Unwin. Australia

Wahlqvist, ML et al, (2003). *Growth and Aging*. Dalam : Nutrition and Metabolism. Nutrition society. Blackwell publishing.

World Health Organization, (1997). *WHO Global Database On Child Growth and Malnutrition*. Geneva

Yusril, 2002. *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Di Desa Waru Jaya Kecamatan Parung Kabupaten Bogor Tahun 2002*. Skripsi, FKM UI





PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN
SUKU DINAS KESEHATAN
**PUSKESMAS KECAMATAN PESANGGRAHAN
KOTA ADMINISTRASI JAKARTA SELATAN**

Jl. Cenek I No. 1 Telp : 7356087 Fax : 7356085
JAKARTA SELATAN

Kode Pos :

Nomor : 3618/v/2012
Sifat : biasa
Lampiran :
Hal : Pemberian izin penelitian

21 Maret 2012

Kepada,
Yth. Dekan Fakultas Kesehatan
Masyarakat
Universitas Indonesia
Di
Depok

Menindak-lanjuti surat Nomor 2496/H2.F10/PPM.00.00/2012, tanggal 8 Maret 2012, perihal Izin Penelitian dan menggunakan data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami memberikan izin untuk melaksanakan kegiatan tersebut atas nama :

Nama : Nana Nazmiah
NPM : 1006820865

Selanjutnya kepada sdr. Nana Nazmiah agar menghadap Koordinator Diklat Puskesmas Kec. Pesanggrahan untuk menerima bimbingan teknis pelaksanaan kegiatan tersebut.

Demikian kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Kepala Puskesmas
Kecamatan Pesanggrahan
Dr. Hengas Bariah
NIP. 196702021987122002

Universitas Indonesia



Petunjuk :

1. Jelaskan maksud dan tujuan dari penelitian
2. Kuesioner ini dilengkapi dengan inform consent sebagai bukti kesediaan responden untuk berpartisipasi secara sukarela
3. Pertanyaan yang diberikan dibacakan secara jelas oleh peneliti dengan menggunakan bahasa yang dimengerti oleh responden dan melingkari jawaban a atau b
4. Tidak mengarahkan responden untuk memilih jawaban
5. Apabila ada pertanyaan yang tidak berkenan responden berhak untuk tidak menjawab dan menghentikan wawancara
6. Seluruh informasi dan identitas responden dijaga kerahasiaannya
7. Seluruh jawaban akan digunakan untuk kepentingan ilmiah

No. Sampel

Karakteristik Balita

1. Nama : _____ :
2. Umur : bulan

Universitas Indonesia

3. Jenis Kelamin : a. Laki – laki
b. Perempuan

4. Tanggal Lahir :

5. Berat Badan : kg

Asupan Makanan

6. Bagaimana Pola Makan Balita Ibu dalam satu minggu terakhir....?
a. 3 kali sehari b. Kurang dari 3 kali sehari

7. Apakah ibu memberi daging, ikan, telur (salah satu) jika balita ibu makan dalam satu minggu terakhir..?
a. Ya b. Tidak

8. Apakah ada lauk tempe atau tahu jika balita ibu makan dalam satu minggu terakhir...?
a. Ya b. Tidak

9. Apakah ibu memberi sayuran apabila balita ibu makan dalam satu minggu terakhir....?
a. Ya b. Tidak

10. Apakah ibu memberi balita ibu buah-buahan dalam satu minggu terakhir....?
a. Ya b. Tidak

Penyakit Infeksi

11. Apakah balita ibu sakit dalam satu minggu terakhir...?

a. Ya

b. Tidak

12. Penyakit yang diderita satu minggu terakhir...?

a. Batuk pilek

b. Diare

c. Demam

d. Campak

e. Lain-lain (sebutkan)

Persediaan Makanan

13. Apakah setiap hari ibu memasak makanan untuk keluarga ibu dalam satu minggu terakhir..?

a. Ya

b. Tidak

14. Apakah di rumah ibu selalu tersedia makanan yang dikonsumsi dan disukai balita ibu dalam satu minggu terakhir...?

a. Ya

b. Tidak

Jumlah Anggota Keluarga

15. Berapakah jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah dengan ibu...?

a. ≤ 4 orang

b. > 4 orang

Pendidikan Ibu

Universitas Indonesia

16. Apakah pendidikan terakhir yang ibu capai....?

a. \geq SMP

b. $<$ SMP

Pekerjaan Orang Tua

17. Apakah suami ibu bekerja...?

a. Ya

b. Tidak

Penghasilan Perbulan

18. Berapakah kira-kira penghasilan rumah tangga ibu perbulan....?

a. \geq Rp. 1.529.150

b. $<$ Rp.1.529.150

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

19. Kemana keluarga mencari pertolongan/berobat terutama jika balita ibu sakit...?

a. Berobat ke Puskesmas atau Klinik Swasta

b. Membeli obat di warung/dibiarkan saja

20. Apakah balita ibu sudah di imunisasi lengkap....?

a. Sudah

b. Belum

21. Jika belum apa alasan ibu, sebutkan :

Atas partisipasi ibu saya ucapkan terima kasih

Informed Consent

Saya orang tua dari Balita,

Nama :

Alamat :

Telah mendapat penjelasan dari Peneliti, maksud dan tujuan penelitian.

Bersedia menjadi responden penelitian secara suka rela dengan judul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kekurangan Energi Dan Protein Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Jakarta Tahun 2012”.

Dan keterangan yang saya berikan adalah yang sebenar-benarnya agar dapat dimanfaatkan dalam penelitian ini.

Jakarta, - Mei - 2012

.....
Nama Jelas

Universitas Indonesia