

**ANALISIS HUBUNGAN KARAKTERISTIK
KELUARGA DAN PEMANFAATAN
PROGRAM GIZI DI POSYANDU DENGAN
STATUS GIZI BADUTA (6-24BULAN) DI
KECAMATAN PARIAMAN TENGAH KOTA
PARIAMAN TAHUN 2008**

YOSNELLI

NPM 0606019913

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
2008**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
Tesis, Juli 2008**

YOSNELLI, NPM 0606019913

**ANALISIS HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA DAN
PEMANFAATAN PROGRAM GIZI DI POSYANDU DENGAN STATUS GIZI
BADUTA (6-24BULAN) DI KECAMATAN PARIAMAN TENGAH KOTA
PARIAMAN TAHUN 2008**

ix + 134, 31 tabel , 10 gambar, 3 lampiran

Masa balita merupakan masa kritis terlebih pada periode dua tahun pertama, dimana masa tersebut merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal. Adanya gangguan pertumbuhan dapat memberikan dampak negatif bagi baduta.

Gangguan pertumbuhan dapat terjadi dalam waktu singkat maupun dalam waktu cukup lama. Gangguan pertumbuhan dalam waktu singkat (akut) sering terjadi pada perubahan berat badan sebagai akibat menurunnya nafsu makan, sakit (misalnya diare dan saluran pernafasan) atau karena tidak cukupnya makanan yang dikonsumsi. Sedangkan gangguan pertumbuhan yang berlangsung dalam waktu lama (kronis) dapat terlihat pada hambatan pertambahan tinggi badan

Dari hasil analisis situasi status gizi balita sebelum dan selama krisis, menunjukkan adanya peningkatan prevalensi gizi buruk pada anak usia 6-17 bulan setelah terjadinya krisis. Pada tahun 2000 prevalensi gizi buruk pada anak usia 12-23 bulan sebesar 9,8 %, dan pada tahun 2005 meningkat menjadi 10,9 %.

Kecamatan Pariaman Tengah merupakan salah satu kecamatan yang ada di Kota Pariaman Propinsi Sumatera Barat dengan prevalensi kurang gizi dari indikator BB/TB pada balita yang cukup tinggi. Pada tahun 2006 prevalensi kurang gizi sebesar 8,9% dan meningkat menjadi 13,5% pada tahun 2007. Namun dari cakupan program yang telah dilaksanakan telah mencapai target yang ditetapkan. Untuk mengetahui penyebab tingginya prevalensi kurang gizi di Kota Pariaman perlu dilakukan penelitian.

Tujuan dari penelitian ini adalah diketahuinya hubungan karakteristik responden dan pemanfaatan program gizi di posyandu dengan status gizi baduta usia 6-24 bulan di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.

Jenis penelitian ini adalah penelitian dekriptif analitik dengan desain *cross-sectional* (potong lintang). Sampel diambil dengan menggunakan cara survei cepat dengan rancangan klaster. Klaster adalah Posyandu di wilayah Kecamatan Pariaman Tengah. Dari 46 posyandu, yang menjadi sampel adalah sebanyak 30 posyandu yang dipilih secara acak. Pemilihan responden dilakukan di posyandu sampel yang juga dipilih secara acak sederhana. Jumlah sampel adalah 300 orang yang diambil 10 baduta dari masing-masing posyandu sampel.

Hasil penelitian didapatkan baduta yang mengalami kurang gizi dari indikator BB/TB di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008 sebesar 18,7 %. Hasil uji bivariat dengan chi square terdapat hubungan yang bermakna antara penyakit infeksi ($p=0,0019$, $OR=3,026$), asupan energi ($p=0,020$, $OR=2,816$), asupan protein ($p=0,038$, $OR=2,012$) dan tingkat pengetahuan ibu ($p=0,045$, $OR=1,899$) dengan status gizi baduta.

Dari hasil analisis multivariat didapati faktor dominan yang berhubungan dengan status gizi baduta adalah Penyakit infeksi pada baduta. Baduta yang mengalami sakit infeksi mempunyai resiko 2,838 kali mengalami kurang gizi dibanding baduta yang tidak mengalami sakit infeksi setelah dikontrol dengan penyakit infeksi, asupan energi, asupan protein, tingkat pengetahuan dan tingkat pendidikan ibu.

Melihat faktor dominan yang berhubungan dengan status gizi baduta adalah penyakit infeksi disarankan, agar jajaran kesehatan menghimbau kepada masyarakat untuk hidup sehat serta memberikan penyuluhan secara individu maupun secara berkelompok, tentang kesehatan, kebersihan lingkungan dan gizi.

Daftar Pustaka 93(1974-2008)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan dan karuniaNya jualah akhirnya penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Dalam pembuatan tesis ini penulis banyak mendapatkan bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung semoga Allah SWT memberikan terbaik bagi kita semua.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Bapak Ir.Ahmad Syafik.MSc.PhD yang telah membimbing dan memberikan dukungan kepada penulis mulai dari awal pembuatan sampai selesainya tesis ini.

Demikian juga ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada Ibu DR.Dra.Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt.MSc dan Bapak DR. Abbas Basuni Jahari.Phd yang telah banyak memberikan masukan dan dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Penulis juga mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada Ibu Drg. Sandra Fikawati, MSc, dan Bapak Ir.Soetanto, MM yang telah bersedia menjadi penguji dalam siding tesis dan telah memberikan masukan dan saran dalam penyempurnaan tesis ini.

Kepada Ibu dr. Endang L. Achadi.MPH.DR.PH selaku Ketua Jurusan Gizi Kesehatan Masyarakat, Ibu Kusharisupeni selaku ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat UI, Dosen Pengajar serta Staf di Departemen Gizi Kesmas, Penulis mengucapkan terima kasih atas ilmu dan pengalaman yang diberikan selama mengikuti perkuliahan dan Program Studi IKM di FKMUI.

Ucapan terima kasih juga penulis ucapkan kepada Ibu Bernadet.B.Halim, SKM selaku Kasi Gizi Dinas Kesehatan prop.Sumbar yang telah banyak membantu dan memberikan dukungan kepada penulis, Bapak Ka.Dinas Kesehatan Kota Pariaman, Ibu Pimpinan Puskesmas Pariaman serta Bidan Desa serta Kader yang telah memberikan kesempatan dan bantuan kepada penulis dalam pelaksanaan pengumpulan data di lapangan.

Kepada adik-adik enumerator, Mega, Wulan, Rina, Putri, Ayu, Dona, dan Yeni yang telah banyak membantu dalam pengumpulan data untuk penelitian tesis ini. Kepada teman-teman se-angkatan di kelas MKD, reguler dan kelas khusus tahun 2006-2008 peminatan gizi kesmas terutama Desiyanti dan Sadiq yang banyak memberikan masukan dan dukungan penulis ucapkan terima kasih.

Ucapan terima kasih yang tulus penulis ucapkan kepada Ibunda dan Ayahanda tercinta yang telah banyak memberikan dukungan dan doa yang tulus sehingga penulis bisa menyelesaikan tesis ini. Kepada Adik-adikku terima kasih atas bantuan dan dukungannya.

Terakhir ucapan terima kasih kepada suami dan anak-anakku tercinta dan yang aku sayangi atas pengorbanan, dukungan dan doa yang tulus yang menjadi penyemangat dalam menyelesaikan kuliah dan tesis ini.

Penulis menyadari tulisan ini jauh dari sempurna, namun penulis berharap tulisan ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu khususnya Gizi Kesehatan Masyarakat.

Depok, Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR ISTILAH.....	x
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	8
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	9
1.4. Tujuan Penelitian	12
1.4.1. Tujuan Umum.....	12
1.4.2. Tujuan Khusus.....	12
1.5. Manfaat Penelitian.....	15
1.6. Ruang Lingkup.....	15
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	16
2.1. Status Gizi.....	16
2.1.1. Pengertian Status Gizi.....	16
2.1.2. Penilaian Status Gizi.....	16
2.1.3. Faktor Yang Berperan Dalam Menentukan Status Gizi	19
2.1.3.1. Konsumsi Gizi.....	21
2.1.3.2. Penyakit Infeksi.....	23
2.1.3.3. Pengetahuan.....	24
2.1.3.4. Pendidikan.....	25
2.1.3.4. Pendapatan Keluarga/Daya Beli Keluarga	26
2.2. Besaran Masalah Gizi Kurang dan Gizi Lebih.....	27
2.3.1. Gizi Kurang.....	27
2.3.2. Gizi Lebih.....	29
2.3. Akses ke Pelayanan Kesehatan.....	30
2.4. Pelaksanaan Program Perbaikan Gizi di Posyandu.....	31

	2.4.1. Posyandu.....	31
	2.4.2. Pemantauan Pertumbuhan.....	35
	2.4.2.1. Pengertian Pertumbuhan.....	35
	2.4.2.2. Gangguan Pertumbuhan.....	36
	2.4.2.3. Tujuan Pemantauan Pertumbuhan.....	39
	2.4.2.4. Fungsi Kartu Menuju Sehat (KMS).....	39
	2.4.2.5. Kesalahan Dalam Penggunaan KMS.....	42
	2.4.3. Penyuluhan	43
	2.4.4. Pemberian Paket Gizi.....	44
	2.4.3.1. Suplementasi Kapsul Vit A Dosis Tinggi.....	44
	2.4.3.2. MP-ASI.....	46
BAB 3.	KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS.....	49
	3.1. Kerangka Teori.....	50
	3.2. Kerangka Konsep.....	53
	3.2. Definisi Operasional.....	55
	3.3. Hipotesis.....	61
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN.....	61
	4.1. Rancangan Penelitian.....	61
	4.2. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian	62
	4.3. Populasi dan Sampel.....	62
	4.3.1. Populasi.....	62
	4.3.2. Sampel.....	62
	4.3.3. Besar Sampel Penelitian.....	62
	4.4. Pengumpulan Data.....	65
	4.4.1. Persiapan Pengumpul Data.....	65
	4.4.2. Uji Coba Kuesioner.....	66
	4.4.3. Alat Pengumpul Data.....	67
	4.4.4. Cara Pengumpulan Data.....	68
	4.4.5. Petugas Pengumpul Data.....	69
	4.4.6. Keterbatasan Penelitian.....	69
	4.4.7. Pengolahan Data.....	70
	4.5. Analisa Data.....	75
	4.5.1. Analisa Univariat.....	75
	4.5.2. Analisa Bivariat.....	75
	4.5.3. Analisa Multivariat.....	76
BAB 5.	HASIL PENELITIAN.....	78
	5.1. Gambaran Umum Kota Pariaman.....	78
	5.2. Analisa Univariat	78
	5.2.1. Status Gizi Baduta.....	79

5.2.2. Karakteristik Responden.....	80
5.2.2.1. Gambaran Penyakit Infeksi.....	80
5.2.2.1. Gambaran Asupan Energi.....	82
5.2.2.2. Gambaran Asupan Protein.....	82
5.2.2.3 Gambaran Tingkat pengetahuan Ibu.....	83
5.2.2.4 Gambaran Tingkat Pendidikan Ibu	85
5.2.2.5 Gambaran Tingkat Ekonomi Keluarga	85
5.2.3. Pemanfaatan Program.....	86
5.2.3.1. Gambaran Kunjungan Ke Posyandu.....	86
5.2.3.2. Gambaran Akses Ke Pelayanan Kesehatan....	87
5.2.3.3. Gambaran Pelaksanaan Monitoring Berat Badan..	88
5.2.3.4. Gambaran Pelaksanaan Penyuluhan di Posyandu.	89
5.2.3.5. Gambaran Suplementasi Kapsul Vitamin A....	90
5.2.3.6. Gambaran Penerimaan MP-ASI.....	91
5.3. Analisa Bivariat.....	92
5.3.1. Hubungan Penyakit Infeksi Dengan Status Gizi.....	94
5.3.2. Hubungan Asupan Energi Dengan Status Gizi.....	95
5.3.3. Hubungan Asupan Protein Dengan Status Gizi.....	95
5.3.4. Hubungan Tingkat pengetahuan Ibu Dengan Status Gizi..	96
5.3.5. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Status Gizi...	96
5.3.6. Hubungan Tingkat Ekonomi Keluarga Dengan Status Gizi	96
5.3.7. Hubungan Kunjungan Ke Posyandu Dengan Status Gizi...	97
5.3.8. Hubungan Akses Ke Pelayanan Kesehatan Dengan Status Gizi.....	97
5.3.9. Hubungan Pelaksanaan Monitoring Berat Badan Dengan Status Gizi.....	98
5.3.10. Hubungan Pelaksanaan Penyuluhan Dengan Status Gizi	98
5.3.11. Hubungan Suplementasi Kapsul Vitamin A Dengan Status Gizi.....	98
5.3.12. Hubungan Penerimaan MP-ASI Dengan Status Gizi...	99
5.4. Analisa Multivariat	99
5.4.1. Permodelan Tahap I.....	101
5.4.2. Permodelan Tahap II.....	101
5.4.3. Permodelan Tahap III.....	103
5.4.4. Permodelan Tahap IV.....	104
5.4.5. Permodelan Tahap Akhir.....	105
BAB 6. PEMBAHASAN.....	108
6.1. Keterbatasan Penelitian.....	108
6.1.1. Rancangan Penelitian.....	108
6.1.2. Kualitas Data.....	105
6.1.3. Variabel Penelitian.....	109
6.2. Status Gizi Baduta.....	109
6.3. Hubungan Karakteristik Responden Dengan Status Gizi.....	111

6.3.1. Penyakit Infeksi.....	111
6.3.2. Asupan Energi.....	113
6.3.3. Asupan Protein.....	113
6.3.4. Tingkat pengetahuan Ibu.....	114
6.3.5 Tingkat Pendidikan Ibu	115
6.3.6. Tingkat Ekonomi Keluarga.....	117
6.3.7. Kunjungan Ke Posyandu.....	119
6.3.8. Akses Ke Pelayanan Kesehatan.....	121
6.3.9. Pelaksanaan Monitoring Berat Badan.....	122
6.3.10. Pelaksanaan Penyuluhan.....	123
6.3.11. Suplementasi Kapsul Vitamin A.....	122
6.3.12. Gambaran Penenerimaan MP-ASI.....	125
6.4. Faktor Dominan Yang Mempengaruhi Status Gizi.....	127
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	130
7.1. Kesimpulan	130
7.2. Saran.....	132
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
5.1.	Distribusi Baduta Menurut Status Gizi Berdasarkan Indikator BB/TB Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	78
5.2.	Distribusi Baduta Menurut Status Gizi Berdasarkan Indikator BB/U Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	79
5.3.	Distribusi Baduta Menurut Status Gizi Berdasarkan Indikator TB/U Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	80
5.4.	Distribusi Baduta Menurut Penyakit Infeksi Pariaman Tengah Tahun 2008.....	79
5.5.	Distribusi Penyakit Infeksi Baduta Di Kecamatan Pariaman Tengah Tahun 2008.....	79
5.6.	Distribusi Baduta Menurut Asupan Energi Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	80
5.7.	Distribusi Baduta Menurut Asupan Protein Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	80
5.8.	Distribusi Baduta Menurut Tingkat Pengetahuan Ibu Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	81
5.9.	Distribusi Ibu Baduta Menurut Pengetahuan Tentang Kesehatan Dan Gizi di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	81
5.10.	Distribusi Baduta Menurut Tingkat Pendidikan Ibu Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	83
5.11.	Distribusi Baduta Menurut Tingkat Ekonomi Keluarga Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	83
5.12.	Distribusi Baduta Menurut Kunjungan Ke Posyandu Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	84
5.13.	Distribusi Ibu Menurut Alasan Tidak Berkunjung Ke Posyandu Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	84
5.14.	Distribusi Baduta Menurut Akses Ke Pelayanan Kesehatan Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	85
5.15.	Distribusi Baduta Menurut Akses Ke Pelayanan Kesehatan Dari Segi Waktu, Jarak, Dan Biaya Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	85
5.16.	Distribusi Baduta Menurut Pelaksanaan Monitoring Berat Badan Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	86
5.17.	Distribusi Baduta Menurut Penerimaan Penyuluhan Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	87
5.18.	Distribusi Ibu Menurut Informasi Yang Diterima Di Posyandu Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	87
5.19.	Distribusi Baduta Menurut Penenrimaan Kapsul Vitamin A Dosis Tinggi Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	88

5.20.	Distribusi Baduta Menurut Penerimaan MP-ASI Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	89
5.21.	Distribusi Baduta Menurut Bentuk dan Konsumsi MP-ASI Di Kecamatan Pariaman Tengah Pariaman Tahun 2008.....	89
5.22.	Hasil Analisis Bivariat Menurut Karakteristik Keluarga Dan Pemanfaat Program Dengan Status Gizi Baduta Berdasarkan Indikator BB/TB Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman.....	97
5.23.	Hasil Analisis Bivariat Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen.....	98
5.24.	Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Pertama Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen.....	99
5.25.	Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Kedua Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen.....	99
5.26.	Perbedaan Nilai OR Setelah Variabel Asupan Protein Dikeluarkan Dari Model.....	100
5.27.	Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Ketiga Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen.....	101
5.28.	Perbedaan Nilai OR Setelah Variabel Kunjungan Ke Posyandu Dikeluarkan Dari Model.....	101
5.29.	Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Keempat Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen.....	102
5.30.	Perbedaan Nilai OR Setelah Variabel Asupan Energi Dikeluarkan Dari Model.....	102
5.31.	Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Kelima Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen.....	103

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
Gambar 2.1. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi.....	20
Gambar 2.2. Penyebab Terjadinya Kurang Gizi.....	21
Gambar 2.3. Kecenderungan Prevalensi Gizi Buruk dan Kurang.....	29
Gambar 2.4. Pada Balita Menurut Kelompok Umur Tahun 2000 dan 2005.....	34
Gambar 2.4. Kerangka Teori Kerangka Kerja Pelayanan Gizi di Posyandu.....	34
Gambar 2.5. Alur Pelaksanaan Pemantauan Pertumbuhan Balita di Posyandu....	37
Gambar 2.6. Grafik Pertumbuhan Anak Dengan Gangguan Pertumbuhan.....	41
Gambar 2.7. Grafik Pertumbuhan Anak Yang Sehat Dalam KMS.....	42
Gambar 3.1. Kerangka Teori Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi.....	52
Gambar 3.2. Kerangka Konsep Penelitian.....	54

DAFTAR ISTILAH

ASI	Air Susu Ibu
AGB	Anemia Gizi Besi
AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
BB	Berat Badan
BPS	Badan Pusat Statistik
CDC	<i>Centres For Diseases Control</i>
DO	Definisi Operasional
D	Ditimbang
DIR BGM	Direktorat Bina Gizi Masyarakat
DEPKES RI	Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DINKES	Dinas Kesehatan
GMP	<i>Growth Monitoring and Promotion</i>
GAKY	Gangguan Akibat Kekurangan Yodium
GAKIN	Keluarga Miskin
ISPA	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
SDM	Sumber Daya Manusia
K	Kartu Menuju Sehat
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KB	Keluarga Berencana
VIT	Vitamin
KMS	Kartu Menuju Sehat
KEP	Kurang Energi Protein
KVA	Kurang Vitamin A
MP-ASI	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
N	Naik
OR	<i>Odds Ratio</i>
PP	Pemantauan Pertumbuhan
PHBS	Prilaku Hidup Bersih dan Sehat
POSYANDU	Pos Pelayanan Terpadu
S	Semua Balita
SPM	Standar Pelayanan Minimal
SDKI	Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SUSENAS	Survei Sosial Ekonomi Nasional
SKRT	Survei Kesehatan Rumah Tangga
T	Tetap/Turun
TB	Tinggi Badan
U	Umur
UNICEF	<i>United Nation Child Fund</i>
UKBM	Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
WHO	World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN.

1.1. Latar Belakang.

Dalam memasuki era globalisasi, Indonesia menghadapi tantangan yang besar karena harus bersaing dengan negara-negara lain. Untuk menghadapi tantangan tersebut dibutuhkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas, terutama dalam hal informasi, komunikasi dan teknologi. Indonesia sebagai negara berkembang, hanya akan bisa mencapainya melalui proses pembangunan di segala bidang secara berkesinambungan dengan sumber daya yang handal.

Banyak faktor yang perlu diperhatikan untuk menciptakan SDM yang berkualitas antara lain, faktor pangan (unsur gizi), kesehatan, pendidikan, informasi, teknologi, dan jasa pelayanan lainnya. Dari faktor tersebut, unsur gizi memegang peranan yang penting. Seseorang tidak akan bisa hidup sehat jika kekurangan gizi, karena mudah terserang penyakit. Kekurangan gizi juga menyebabkan terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan (Jalal, 1999).

Dalam suatu negara, status gizi masyarakat dapat digambarkan melalui status gizi balitanya. Apabila suatu negara pada kelompok penduduk balita banyak menderita gizi kurang, maka pada bangsa itu akan tercipta generasi yang secara fisik dan mental lemah, sehingga menjadi beban masyarakat dan pemerintah (Depkes&Kesejahteraan Sosial RI, 2000)

Masa balita merupakan masa kritis terlebih pada periode dua tahun pertama, dimana masa tersebut merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal. Adanya gangguan pertumbuhan dapat memberikan dampak negatif seperti memburuknya status gizi baduta dan akhirnya dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian (Azwar, 2004).

Sejak terjadinya krisis moneter tahun 1997, prevalensi gizi kurang pada balita meningkat di hampir seluruh Propinsi di Indonesia. Prevalensi gizi buruk pada tahun 2004 sebesar 7,53% namun pada tahun 2005 angka ini meningkat menjadi 8,8% (Direktorat BGM Depkes RI, 2006).

Dari hasil analisis situasi status gizi balita sebelum dan selama krisis, menunjukkan adanya peningkatan prevalensi gizi buruk pada anak usia 6-17 bulan setelah terjadinya krisis. Pada tahun 2000 prevalensi gizi buruk pada anak usia 12-13 bulan sebesar 9,8 %, dan pada tahun 2005 meningkat menjadi 10,9 %. Usia ini merupakan usia rawan terjadinya kurang gizi jika tidak dilakukan upaya khusus, jumlah anak menderita kurang gizi akan meningkat sekitar 2,5 juta pada 10 bulan sampai 2 tahun mendatang (Direktorat BGM Depkes RI, 2006).

Latief,dkk (2000) menyatakan bahwa gangguan pertumbuhan dini disebabkan kekurangan gizi pada masa janin, tidak taat dengan pemberian ASI Eksklusif , terlalu dini memberikan MP-ASI (sebelum umur 4 bulan) dan pemberian MP-ASI yang tidak cukup mengandung energi dan zat gizi mikro, terutama zat gizi besi dan seng.

Gangguan pertumbuhan dapat terjadi dalam waktu singkat maupun dalam waktu cukup lama. Gangguan pertumbuhan dalam waktu singkat (akut) sering terjadi

pada perubahan berat badan sebagai akibat menurunnya nafsu makan, sakit (misalnya diare dan saluran pernafasan) atau karena tidak cukupnya makanan yang dikonsumsi. Sedangkan gangguan pertumbuhan yang berlangsung dalam waktu lama (kronis) dapat terlihat pada hambatan pertambahan tinggi badan. (Jahari, 2002).

Menurut UNICEF (1998) *dalam* Azwar (2004) faktor langsung penyebab gizi kurang adalah rendahnya intake dan penyakit infeksi, dan faktor tidak langsung adalah persediaan pangan, pola asuh dan sanitasi, air bersih dan pelayanan kesehatan, akar masalah dari semua itu adalah adanya krisis ekonomi, politik dan sosial.

Menurut Soekirman (2000), faktor langsung yang menyebabkan kurang gizi adalah, makanan yang tidak seimbang dan penyakit infeksi. Sedangkan faktor tidak langsung seperti tidak cukupnya persediaan pangan, ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak yang tidak memadai, sanitasi dan air bersih atau pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai. Berbagai faktor langsung maupun tidak langsung ini berkaitan dengan pokok masalah yang ada di tengah masyarakat berupa ketidak berdayaan masyarakat dan keluarga mengatasi masalah kerawanan pangan keluarga.

Konsumsi zat gizi merupakan faktor langsung yang berhubungan dengan status gizi. Dalam mengkonsumsi pangan anak baduta sangat tergantung dengan kebiasaan konsumsi pangan dalam keluarga. Kekurangan konsumsi pangan dalam keluarga dapat menurunkan asupan gizi pada anak baduta. Kurangnya asupan ditandai dengan menurunnya kemampuan fisik, terganggunya pertumbuhan, perkembangan, angka kesakitan dan kematian yang tinggi (Winarno, 1990).

Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam proses pertumbuhan anak. Masa anak-anak umur 6-36 bulan adalah masa yang beresiko terjadinya infeksi disamping masa pertumbuhan. Adanya peralihan dari ASI ke MP-ASI merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya penurunan berat badan dan status gizi anak. Hal ini disebabkan karena makanan yang diberikan tidak sesuai dengan kebutuhan zat gizi pada anak selain kebersihan yang tidak terjamin sehingga menyebabkan terkontaminasinya makanan oleh kuman. (Karen M, dkk, 1984).

Gizi kurang menyebabkan penyakit infeksi yang diderita oleh anak yang sebenarnya ringan menjadi penyebab kematian. Penyakit ISPA di Nikaragua mengakibatkan kematian 15,3% dari seluruh kematian, di Amerika 0,4% kematian disebabkan penyakit infeksi, dan Guatemala angka kematian 500 kali disebabkan oleh diare. Penelitian yang dilakukan di Amerika latin dan India menunjukkan bahwa 20–30 persen pada masa pertumbuhan anak mengalami penyakit infeksi (Berg, 1985).

Selain faktor langsung yang menyebabkan kurang gizi, faktor tidak langsung juga memberikan kontribusi yang cukup besar terjadinya kurang gizi. Menurut Berg (1985), terdapat hubungan antara pendapatan dan keadaan gizi. Hal ini karena tingkat pendapatan merupakan faktor yang menentukan kuantitas dan kualitas makanan..

Penelitian yang dilakukan oleh Freedman di kelurahan utan kayu Jakarta dalam Moehji (1985) menunjukkan bahwa makanan keluarga yang berpenghasilan relatif baik, tidak banyak berbeda mutunya dibanding makanan pada mereka yang

berpenghasilan rendah. Hal ini disebabkan karena pengetahuan ibu yang baik tentang gizi sehingga dapat menyediakan makanan yang berkualitas dalam keluarga..

Dalam mengatasi masalah gizi di tengah masyarakat, Departemen Kesehatan telah melakukan berbagai upaya dengan mengikut sertakan masyarakat sebagai pelaksana di lapangan. Salah satu bentuk upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah menumbuh kembangkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang dituangkan dalam program dan kebijakan. Kebijakan yang selama ini dilaksanakan di seluruh Indonesia adalah: penimbangan balita, penyuluhan, suplementasi kapsul Vitamin A, dan pemberian MP-ASI bagi keluarga miskin. Semua kegiatan menunjuk wadah Posyandu dengan para kader sebagai petugas pelaksana di lapangan (Depkes RI, 2006).

Sebagai Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM), kegiatan posyandu yang paling memasyarakat dewasa ini adalah dengan lima program pokok prioritas (KB, KIA, Gizi, Imunisasi dan penanggulangan diare). Posyandu telah terbukti mempunyai daya ungkit yang besar dalam meningkatkan cakupan program (Depkes RI,1999).

Pemantauan pertumbuhan balita merupakan salah satu pelayanan gizi yang dilaksanakan di posyandu selain pemberian paket gizi (pemberian tablet Fe, Vit A dan Iodium, dan MP-ASI) serta penyuluhan gizi. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat. Pemantauan pertumbuhan yang dilaksanakan bertujuan untuk mendeteksi secara dini adanya kelainan gizi.

Sihotang (1984) menyatakan ibu pengguna posyandu yang secara teratur (setiap bulan) menimbang anak balitanya serta dilakukan monitoring berat badannya, ternyata status gizinya lebih baik dibandingkan dengan status gizi anak balita dari ibu pengguna posyandu yang menimbang anak balitanya secara tidak teratur.

Pemantauan pertumbuhan dengan monitoring berat badan secara rutin, dan selanjutnya berat badan hasil penimbangan dimasukkan dalam kurva baku (KMS) dan diinterpretasikan hasilnya, dapat mengetahui terjadinya gagal tumbuh. Gagal tumbuh merupakan keadaan yang serius dari kekurangan gizi. Biasanya sering ditemukan pada anak umur kurang dari tiga tahun. (Jahari,2002).

Selain pemantauan pertumbuhan, upaya perbaikan gizi masyarakat di posyandu berupa suplementasi kapsul vitamin A kepada balita yang diberikan dua kali setiap tahunnya, selain mengatasi masalah kurang vitamin A pada balita, juga diharapkan dapat membantu mengurangi resiko kematian akibat penyakit infeksi seperti : campak, pneumonia, dan diare. Hal ini disebabkan karena pemberian kapsul vitamin A mempunyai andil dalam meningkatkan imunitas pada anak (Depkes RI, 2005).

Di beberapa Negara suplementasi kapsul vitamin A penting dilakukan karena merupakan kegiatan yang dapat dipercaya dan efektif untuk mencegah defisiensi Vitamin A. Meningkatnya defisiensi vitamin A pada anak usia 6 bulan sampai umur 6 tahun beresiko terjadinya kematian karena campak mencapai 50%, diare 40%, dan keseluruhan kematian 25 – 35%. (UNICEF, 1997)

Pada saat ini MP-ASI yang difortifikasi harganya relatif mahal, sehingga tidak dapat dijangkau oleh masyarakat miskin. Pada beberapa dekade lalu, para ahli gizi telah mendidik ibu-ibu untuk dapat menyediakan MP-ASI pada anak-anak mereka, namun kenyataannya MP-ASI yang disediakan tidak dapat memenuhi kebutuhan balita terutama kebutuhan zat gizi mikro. Penyediaan MP-ASI/*blended food* bagi bayi sangatlah disarankan (Jalal, 1999).

Dari upaya yang dilakukan pemerintah khususnya Departemen Kesehatan diharapkan dapat menurunkan prevalensi masalah gizi di Indonesia. Di Propinsi Sumatera Barat Berdasarkan hasil kegiatan Pemantauan Status Gizi (PSG) pada tahun 2005 prevalensi kurang gizi berdasarkan indikator BB/U pada balita sebesar 14,2,0 %, dan tahun 2006 prevalensi kurang gizi meningkat menjadi 16,8%. Dari Indikator BB/TB pada tahun 2006 prevalensi kurang gizi pada balita di Propinsi Sumatera Barat 7,2%. (Dinkes Prop.Sumbar,2007)..

Selain menghadapi masalah gizi kurang, saat ini Propinsi Sumatera Barat juga menghadapi beban ganda dengan terjadinya peningkatan prevalensi gizi lebih pada balita. Pada tahun 2005 prevalensi gizi lebih di Propinsi Sumatera Barat sebesar 2,7 %, dan pada tahun 2006 prevalensi gizi lebih meningkat menjadi 2,8%, (Dinkes Prop.Sumbar,2007).

Dari 19 Kabupaten dan Kota di Propinsi Sumatera Barat, Kota Pariaman merupakan salah satu daerah dengan prevalensi gizi buruk, gizi kurang, dan gizi lebih pada balita yang cukup tinggi. Pada tahun 2006 berdasarkan indikator BB/U prevalensi gizi buruk pada balita 3,4%, gizi kurang 13,3%, dan gizi lebih 2,8%,

sedangkan dari Indikator BB/TB prevalensi kurang gizi di Kota Pariaman 9,6%. Pada tahun 2007 prevalensi kurang gizi meningkat menjadi 13,7% (Dinkes Kota Pariaman,2007).

Kecamatan Pariaman Tengah merupakan salah satu kecamatan dari tiga kecamatan yang ada di Kota Pariaman. Pada tahun 2006 prevalensi kurang gizi berdasarkan indikator BB/TB 8,9% dan meningkat menjadi 13,5% pada tahun 2007 (Dinkes Kota Pariaman,2007).

1.2. Rumusan Masalah.

Pada tahun 2006 beberapa kegiatan pokok program gizi yang dilaksanakan di Kota Pariaman telah mencapai target yang ditetapkan, pemberian MP-ASI pada balita kurang gizi Gakin mencapai 100% dan pendistribusian kapsul vitamin A dosis tinggi pada bayi mencapai 93,9 % dari 90 % target. Untuk pendistribusian kapsul vitamin A dosis tinggi pada anak balita mencapai 87 % dari 80 % target (Dinkes Prop.Sumbar,2006)

Pemberian intervensi gizi diharapkan dapat meningkatkan status gizi masyarakat. Dari data diatas terlihat meskipun dari beberapa kegiatan program gizi yang dilaksanakan Kota Pariaman sudah mencapai target, namun prevalesi kurang gizi di Kota Pariaman masih cukup tinggi.

Menurut Syarief (1992) *dalam* Departemen Pertanian (2002) status gizi selain ditentukan oleh jumlah dan mutu pangan yang dikonsumsi juga dipengaruhi oleh faktor sanitasi lingkungan. Kesehatan lingkungan yang baik seperti penyediaan air

bersih dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) akan mengurangi penyakit infeksi (Moedjinto,dkk, 2006).

Di Kota Pariaman dari 210 rumah tangga yang dipantau, sebagian kecil (44,76%) rumah tangga dengan prilaku hidup bersih dan sehat. Dalam penggunaan air untuk kebutuhan sehari-hari masih ada rumah tangga yang sumber airnya tergantung kepada air hujan (air tadah hujan). Kurangnya ketersediaan air bersih akan memungkinkan seseorang akan menderita penyakit infeksi yang akhirnya dapat menyebabkan terjadinya kurang gizi (Dinkes Kota Pariaman, 2007).

Pada tahun 2007 jumlah kasus diare pada Balita di Kota Pariaman sebanyak 153 orang, ISPA 52 orang, dan kasus campak 4 orang.

Melihat kondisi diatas penulis tertarik ingin mengetahui hubungan karakteristik responden dan pemanfaatan program dengan status gizi baduta. Menurut Azwar (2004) periode dua tahun pertama merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal. Dari hasil beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan tingginya prevalensi gizi kurang pada kelompok umur dibawah dua tahun. Di Kota Pariaman belum pernah dilakukan penelitian tentang status gizi Baduta.

1.3. Pertanyaan Penelitian.

Dari rumusan masalah diatas, maka yang menjadi pertanyaan pada penelitian ini adalah :

1. Bagaimana gambaran status gizi baduta usia 6-24 bulan di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
2. Bagaimana gambaran konsumsi gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
3. Bagaimana gambaran penyakit infeksi yang diderita baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
4. Bagaimana gambaran pengetahuan ibu baduta tentang gizi dan kesehatan di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
5. Bagaimana gambaran pendidikan ibu baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
6. Bagaimana gambaran tingkat ekonomi keluarga baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
7. Bagaimana gambaran akses ke pelayanan kesehatan keluarga baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Tahun 2008?.
8. Bagaimana gambaran frekwensi kunjungan baduta ke posyandu di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
9. Bagaimana gambaran pelaksanaan monitoring berat badan baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
10. Bagaimana gambaran penerimaan penyuluhan yang dilakukan oleh kader atau petugas kesehatan pada orang tua baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?

11. Bagaimana gambaran penerimaan kapsul Vitamin A dosis tinggi pada baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
12. Bagaimana penerimaan MP-ASI pada baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
13. Bagaimana hubungan antara konsumsi dengan status gizi baduta di Kec.Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
14. Bagaimana hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
15. Bagaimana hubungan antara pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
16. Bagaimana hubungan antara pendidikan ibu dengan status gizi balita di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
17. Bagaimana hubungan antara tingkat ekonomi keluarga dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
18. Bagaimana hubungan antara akses ke pelayanan kesehatan terhadap status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Tahun 2008?.
19. Bagaimana hubungan antara jumlah kunjungan ke posyandu dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
20. Bagaimana hubungan antara monitoring berat badan dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?

21. Bagaimana hubungan antara penerimaan penyuluhan oleh kader atau petugas dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
22. Bagaimana hubungan antara penerimaan kapsul vitaminA dosis tinggi dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
23. Bagaimana hubungan antara penerimaan MP-ASI dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008?
24. Faktor apa yang paling dominan berhubungan dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.

1.3. Tujuan Penelitian.

1.4.1. Tujuan Umum :

Diketuinya hubungan karakteristik responden dan pemanfaatan program gizi di posyandu dengan status gizi baduta usia 6-24 bulan di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.

1.4.2. Tujuan Khusus :

1. Diketuinya gambaran status gizi baduta usia 6-24 bulan di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
2. Diketuinya gambaran konsumsi gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
3. Diketuinya gambaran penyakit infeksi yang diderita baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.

4. Diketuainya gambaran pengetahuan ibu baduta tentang gizi dan kesehatan di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
5. Diketuainya gambaran pendidikan ibu baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
6. Diketuainya gambaran tingkat ekonomi keluarga baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
7. Diketuainya gambaran akses ke pelayanan kesehatan keluarga baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Tahun 2008.
8. Diketuainya gambaran frekwensi kunjungan baduta ke posyandu di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
9. Diketuainya pelaksanaan monitoring berat badan baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
10. Diketuainya gambaran penerimaan penyuluhan yang dilakukan oleh kader atau petugas pada orang tua baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
11. Diketuainya gambaran penerimaan kapsul Vitamin A dosis tinggi pada baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
12. Diketuainya gambaran penerimaan MP-ASI pada baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
13. Diketuainya hubungan antara konsumsi dengan satus gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.

14. Diketuainya hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
15. Diketuainya hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Tahun 2008.
16. Diketuainya hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Tahun 2008.
17. Diketuainya hubungan antara tingkat ekonomi keluarga dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
18. Diketuainya hubungan antara akses ke pelayanan kesehatan terhadap status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Tahun 2008.
19. Diketuainya hubungan antara frekwensi kunjungan ke posyandu dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
20. Diketuainya hubungan antara monitoring berat badan dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
21. Diketuainya hubungan antara penerimaan penyuluhan oleh kader atau petugas dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
22. Diketuainya hubungan antara penerimaan kapsul vitamin A dosis tinggi dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.

23. Diketuinya hubungan antara penerimaan MP-ASI dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
24. Diketuinya faktor yang paling dominan dari variabel independen yang berhubungan dengan status gizi baduta Tahun 2008.

1.5. Manfaat Penelitian.

a. Bagi Dinas Kesehatan Propinsi Sumbar dan Dinkes Kota Pariaman

Dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi kepada pemegang program khususnya pemegang program gizi dalam membuat suatu perencanaan program dan pelaksanaan intervensi dalam mengatasi masalah gizi di masyarakat.

b. Bagi masyarakat

Adanya intervensi yang tepat dalam mengatasi masalah gizi yang dialami oleh balita.

c. Bagi Peneliti Lain

Sebagai bahan perbandingan untuk pelaksanaan penelitian yang sama dimasa yang akan datang.

1.4. Ruang Lingkup.

Penelitian ini dilaksanakan pada posyandu di kecamatan Pariaman Tengah wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Pariaman pada bulan Maret-April 2008. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh Baduta yang ada di kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Status Gizi.

2.1.1. Pengertian status gizi.

Status gizi merupakan cerminan dari kesehatan seorang balita. Balita yang sehat akan mempunyai status gizi yang baik. Menurut Almatsier (2002), dan Supariasa (2002), status gizi seseorang merupakan akibat dari konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi serta merupakan cerminan dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi atau keadaan fisiologik.

Dari keseimbangan zat gizi, maka status gizi seseorang disebut gizi baik apabila asupan dan kebutuhan seimbang, gizi lebih apabila asupan lebih banyak dari kebutuhan, dan disebut gizi kurang apabila asupan lebih kecil dari kebutuhan (Jahari, 2002).

2.1.2. Penilaian Status Gizi.

Adanya gangguan gizi pada balita dapat dilihat dengan melakukan penilaian terhadap status gizinya. Penilaian status gizi dapat dilakukan baik secara langsung maupun secara tidak langsung. Penilaian secara langsung dapat dilakukan dengan cara : antropometri, klinis dan biofisik, sedangkan penilaian secara tidak langsung, adalah dengan cara survey konsumsi gizi, statistik vital, dan faktor ekologi. (Supariasa, 2002).

Pengukuran antropometri adalah pengukuran yang sering digunakan dilapangan karena relatif mudah digunakan dan dapat dilakukan oleh siapa saja tanpa adanya keahlian yang khusus. Secara umum arti antropometri adalah ukuran tubuh manusia. Dari beberapa indikator antropometri, yang sering digunakan untuk mengukur status gizi balita adalah indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB (Jahari, 2002). Untuk masing-masing indikator mempunyai karakteristik yang berbeda.

a. Indeks Berat Badan menurut umur (BB/U).

Karena berat badan berhubungan linier dengan tinggi badan, maka indikator BB/U dapat memberikan gambaran masa lalu atau kronis (menahun). Disamping itu berat badan juga labil terhadap perubahan yang terjadi, oleh karena itu BB/U juga memberikan gambaran masalah gizi akut (labil), sehingga dalam pelaksanaan pemantauan pertumbuhan balita di Posyandu yang dipantau melalui KMS digunakan indikator BB/U. Dengan terjadinya penurunan atau tidak naiknya BB balita maka dapat dilakukan intervensi sedini mungkin untuk mencegah jatuhnya anak kedalam kondisi yang lebih buruk.

b. Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U).

Gangguan pertumbuhan pada tinggi badan berlangsung pada kurun waktu yang cukup lama, dari beberapa bulan sampai beberapa tahun. Dengan indikator Tinggi badan berdasarkan standar dikatakan anak yang mengalami kurang gizi disebut "Pendek" atau *Stunted*. Pendek merupakan akibat dari keadaan kurang gizi yang berlangsung lama dan umumnya disebabkan oleh sosial ekonomi yang

rendah. Dilihat hanya dari indikator TB/U belum dapat memberikan kejelasan apakah masih dalam kondisi gizi kurang atau tidak. Mungkin anak tersebut sekarang kondisinya sudah baik, namun belum dapat mengejar TB yang sesuai dengan standar (Suhardjo, 1989).

c. Indeks Berat Badan menurut Tinggi badan (BB/TB).

Dalam kondisi yang baik, berat badan anak akan berbanding lurus dengan tinggi badannya, dengan kata lain berat badan akan seimbang dengan tinggi badannya. Bila terjadi kondisi yang memburuk dalam waktu singkat, berat badan akan berubah karena sifatnya yang labil, sedangkan tinggi badan tidak banyak berpengaruh. Akibatnya berat badan dalam waktu singkat akan menjadi tidak seimbang dengan tinggi badannya. Oleh karena itu indeks BB/TB merupakan indeks yang sensitif untuk memberikan indikasi tentang masalah gizi akut. Di sisi lain indeks BB/TB ini tidak sensitif untuk memberikan indikasi masalah gizi kronis karena indeks ini tidak menggunakan referensi waktu (umur).

Di lapangan dalam melakukan intervensi sering salah sasaran, hal ini disebabkan karena petugas atau kader sering hanya berpatokan kepada berat badan dari umur anak. Seorang anak mungkin tidak akan mempunyai berat badan yang cukup sesuai umur karena anak tersebut kurus (*wasted*) atau karena anak tersebut pendek dan memiliki berat badan yang normal menurut umurnya. Anak seperti ini mungkin adalah anak sehat walaupun pendek. Jenis program dan intervensi yang diberikan sangat tergantung dengan keadaan anak, apakah gizi kurang yang dihadapi akut atau kronis (Suhardjo, 1989).

2.1.3. Faktor-faktor yang berperan dalam menentukan status gizi .

Status gizi seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, intake zat gizi dan penyakit infeksi merupakan faktor langsung yang mempengaruhi status gizi seperti yang terlihat pada gambar 2.1. Faktor langsung yang mempengaruhi status gizi seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang saling terkait, dari gambaran diatas terlihat bahwa status gizi seseorang dipengaruhi oleh multi faktor, sehingga dalam mengatasi masalah gizi itu sendiri juga harus ditangani secara multi sektoral.

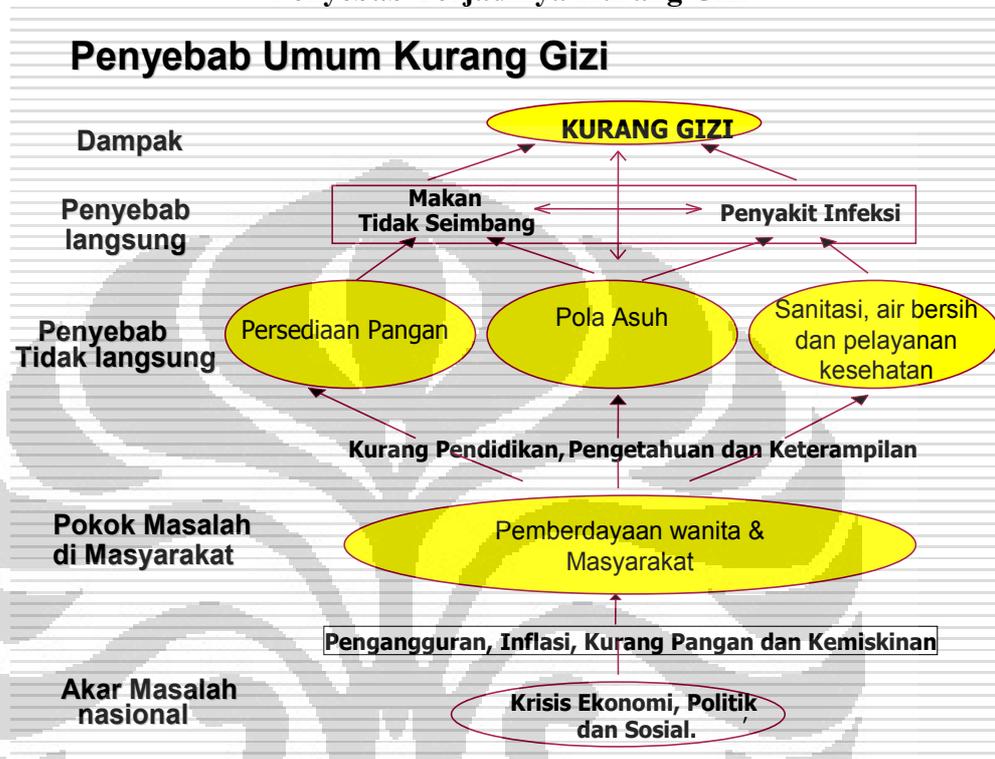
Gizi kurang menurut UNICEF (1998) *dalam* Azwar (2004) seperti terlihat pada gambar 2.2 dimana faktor langsung penyebab gizi kurang adalah rendahnya intake dan penyakit infeksi, dan faktor tidak langsung adalah persediaan pangan, pola asuh dan sanitasi, air bersih dan pelayanan kesehatan, akar masalah dari semua itu adalah adanya krisis ekonomi, politik dan sosial. Akar masalah terjadinya gizi kurang seperti yang digambarkan oleh UNICEF merupakan masalah yang harus ditanggulangi secara komprehensif.

Gambar 2.1
Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi



Sumber: Direktorat BGM Depkes RI, 2003

Gambar 2.2
Penyebab Terjadinya Kurang Gizi



Sumber : UNICEF, 1998 dalam Azwar 2004

2.1.3.1. Konsumsi Gizi.

Konsumsi zat gizi merupakan faktor langsung yang berhubungan dengan status gizi. Konsumsi pangan adalah jumlah pangan yang dimakan seseorang atau kelompok orang dengan tujuan tertentu. Tujuan konsumsi pangan adalah untuk memperoleh zat gizi yang diperlukan tubuh (Hardinsyah, 2002).

Konsumsi pangan yang baik akan menyebabkan status gizi akan baik, keadaan ini dapat terlaksana apabila telah tercipta keseimbangan antara zat gizi yang dikonsumsi dengan yang dibutuhkan. Ketidak seimbangan asupan zat gizi akan

menimbulkan masalah gizi. Apabila asupan kurang dari kebutuhan menyebabkan terjadinya gizi kurang dan apabila asupan melebihi kebutuhan dapat menimbulkan gizi lebih (Depkes & Kesejahteraan Sosial RI,2000). Asupan zat gizi dipengaruhi oleh banyak faktor seperti terlihat pada gambar 2.2.

Anak Baduta merupakan golongan yang berada pada masa pertumbuhan cepat. Dalam usia ini anak memerlukan asupan zat gizi yang cukup, baik kualitas maupun kuantitas. Dalam mengkonsumsi pangan anak baduta sangat tergantung dengan kebiasaan konsumsi pangan dalam keluarga. Kekurangan konsumsi pangan dalam keluarga dapat menurunkan asupan gizi pada anak baduta. Kurangnya asupan ditandai dengan menurunnya kemampuan fisik, terganggunya pertumbuhan, perkembangan, angka kesakitan dan kematian yang tinggi (Winarno, 1990).

Pada tingkat rumah tangga untuk mendapatkan pangan yang cukup sangat banyak faktor yang mempengaruhi. Tingkat ekonomi keluarga merupakan salah satu faktor. Dengan adanya krisis moneter, angka kemiskinan meningkat, hal ini akan sangat berpengaruh kepada ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga (Deptan RI,2002).

Di sisi lain dengan meningkatnya jumlah kemiskinan dan mahalnya biaya pelayanan kesehatan akan menurunkan cakupan pelayanan kesehatan, hal ini akan memperburuk masalah gizi masyarakat. Faktor lain yang juga perlu diperhatikan adalah kondisi darurat seperti banyaknya kejadian bencana alam yang terjadi di beberapa daerah di Indonesia, banyak fakta menunjukkan bahwa kondisi balita yang tinggal dipengungsian mempunyai status gizi yang tidak baik (Jalal,1999).

Meskipun secara makro angka kecukupan gizi yang dianjurkan sudah dapat dipenuhi oleh sekelompok masyarakat, namun kalau dilihat lebih jauh masih banyak kelompok masyarakat, terutama yang berpenghasilan rendah masih mengalami kekurangan pangan. Dari batas minimal kecukupan pangan (80%) dari total kecukupan energi (2150 Kal/kapita/hari) dipakai sebagai batas minimal kebutuhan, maka terdapat sekitar 12,1% penduduk yang berpendapatan rendah yang tidak mampu memenuhi kebutuhan pangan (Jalal, 1999).

Kekurangan pangan yang dialami pada kelompok rawan seperti pada balita dapat dibuktikan dengan rendahnya cadangan lemak dalam tubuh (Jalal, 1998). Akibat kekurangan zat gizi yang dialami, simpanan zat gizi pada tubuh digunakan untuk memenuhi kebutuhan, dan apabila keadaan ini berlangsung lama maka simpanan zat gizi akan habis dan akan terjadi kemerosotan jaringan. Pada kondisi ini seseorang dapat dikatakan malnutrisi, dan akan terjadi penurunan berat badan dan gangguan pertumbuhan (Supariasa, 2002).

2.1.3.2. Penyakit infeksi.

Selain konsumsi zat gizi, penyakit infeksi merupakan secara langsung mempunyai hubungan dengan status gizi. Seseorang dengan status gizi baik akan memberikan resistensi yang tinggi terhadap kemungkinan serangan berbagai penyakit infeksi. Sebaliknya, penyakit infeksi seperti ISPA, diare, cacangan akan memperburuk status gizi seseorang. Hal ini terjadi disebabkan karena zat gizi tidak dapat diserap sepenuhnya oleh tubuh (Azwar, 2004).

Jumlah makanan yang mencukupi dan kandungan gizi yang baik sekalipun tidak akan memperbaiki status gizi seseorang apabila seseorang tersebut mengalami penyakit infeksi (kecacingan). Dengan adanya infeksi cacing maka hampir semua zat gizi yang sebenarnya bermanfaat bagi tubuh diserobot oleh cacing (Apriadi, 1986).

Indonesia sebagai negara berkembang penyakit infeksi masih banyak ditemui di masyarakat, bahkan penyakit infeksi menyumbang banyak kematian pada balita. Upaya telah banyak dilakukan untuk mengatasi masalah penyakit infeksi, namun upaya dengan meningkatkan daya tahan tubuh masih sedikit, hal ini disebabkan karena penyakit infeksi kadang dianggap tidak penting, namun sebenarnya berat apabila anak mengalami kurang gizi (Berg, 1985).

Gizi kurang menyebabkan penyakit infeksi yang diderita oleh anak yang sebenarnya ringan menjadi penyebab kematian. Penyakit ISPA di Nikaragua mengakibatkan kematian 15,3% dari seluruh kematian, di Amerika 0,4% kematian disebabkan penyakit infeksi, dan Guatemala angka kematian 500 kali disebabkan oleh diare. Penelitian yang dilakukan di Amerika latin dan India menunjukkan bahwa 20–30 persen pada masa pertumbuhan anak mengalami penyakit infeksi (Berg, 1985).

2.1.3.3. Pengetahuan.

Pengetahuan adalah sejenis informasi yang dikumpulkan, yang dipahami dan pengenalan terhadap sesuatu hal atau benda-benda secara objektif. Selain dari pendidikan formal pengetahuan juga bisa berasal dari pengalaman tertentu yang

pernah dialami yang didapat secara informal. Penelitian yang dilakukan oleh Freedman di kelurahan utan kayu Jakarta dalam Moehji (1985) menunjukkan bahwa makanan keluarga yang berpenghasilan relatif baik, tidak banyak berbeda mutunya dibanding makanan pada mereka yang berpenghasilan rendah. Hal ini menunjukkan bahwa ketidaktahuan akan manfaat makanan merupakan penyebab rendahnya mutu makanan dalam keluarga.

Menurut Apriadji (1986). Tingginya pendidikan belum menjamin seseorang mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi juga. Seseorang yang tidak tamat SD belum tentu kurang mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi dibanding orang yang pendidikannya tinggi. Karena sekalipun berpendidikan rendah orang tersebut rajin mendengarkan informasi atau turut serta dalam penyuluhan gizi mustahil pengetahuan gizinya akan lebih baik.

2.1.3.4. Pendidikan .

Tingkat pendidikan merupakan faktor tidak langsung penyebab timbulnya masalah gizi. Menurut Roedjito (1992) dalam Djupuri (2002). Dari sudut sosial ekonomi tingkat pendidikan ibu rumah tangga merupakan salah satu aspek yang dapat digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat kesejahteraan keluarga. Tingkat pendidikan merupakan faktor penting dalam meningkatkan status kesehatan. Menurut Atmarita dan Falah (2004) dalam Allibirwin (2001) tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya

dalam hal kesehatan dan gizi. Tingkat pendidikan formal ibu seringkali berhubungan positif dengan peningkatan pola konsumsi makanan keluarga. Hal ini termasuk upaya mencapai status gizi baik pada anak-anaknya (Suhardjo, 1996).

2.1.3.5. Pendapatan Keluarga Atau Daya beli keluarga.

Kemampuan membeli atau “daya beli” merupakan indikator dari tingkat sosial ekonomi seseorang atau keluarga. Pembelian merupakan fungsi dari indikator dari tingkat ekonomi keluarga. Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga, harga bahan makanan itu sendiri serta tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan.

Menurut Berg (1985), terdapat hubungan antara pendapatan dan keadaan gizi. Hal ini karena tingkat pendapatan merupakan faktor yang menentukan kuantitas dan kualitas makanan. Meskipun terjadi pertambahan pendapatan tidak selalu membawa perbaikan pada konsumsi pangan, karena walaupun uang dikeluarkan banyak untuk membeli pangan tetapi belum tentu kualitas pangan yang dibeli lebih baik.

Keluarga dengan pendapatan terbatas besar kemungkinan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanan sesuai dengan kebutuhan tubuh. Setidaknya keanekaragaman makanan kurang terjamin. Pada keluarga dimana mencari nafkah hanya ayah, tentu berbeda pendapatannya apabila ibu juga berperan dalam mencari nafkah (Apriaji, 1986). Hal ini akan berperan dalam kesanggupan keluarga membeli bahan makanan bergizi bagi keluarganya.

Di Indonesia telah banyak data yang menunjukkan adanya hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab atau akar masalah terjadinya gizi buruk. Anak gizi kurang dan buruk proporsinya berbanding terbalik dengan pendapatan. Makin tinggi persentase anak yang mengalami kekurangan gizi, makin kecil pendapatan penduduk. Makin tinggi pendapatan penduduk, makin kecil anak yang mengalami kurang gizi. Kurang gizi akan berpotensi sebagai penyebab kemiskinan melalui rendahnya pendidikan dan produktifitas (Depkes RI, 2005).

2.2. Besaran Masalah Gizi Kurang dan Gizi Lebih.

2.2.1. Gizi Kurang.

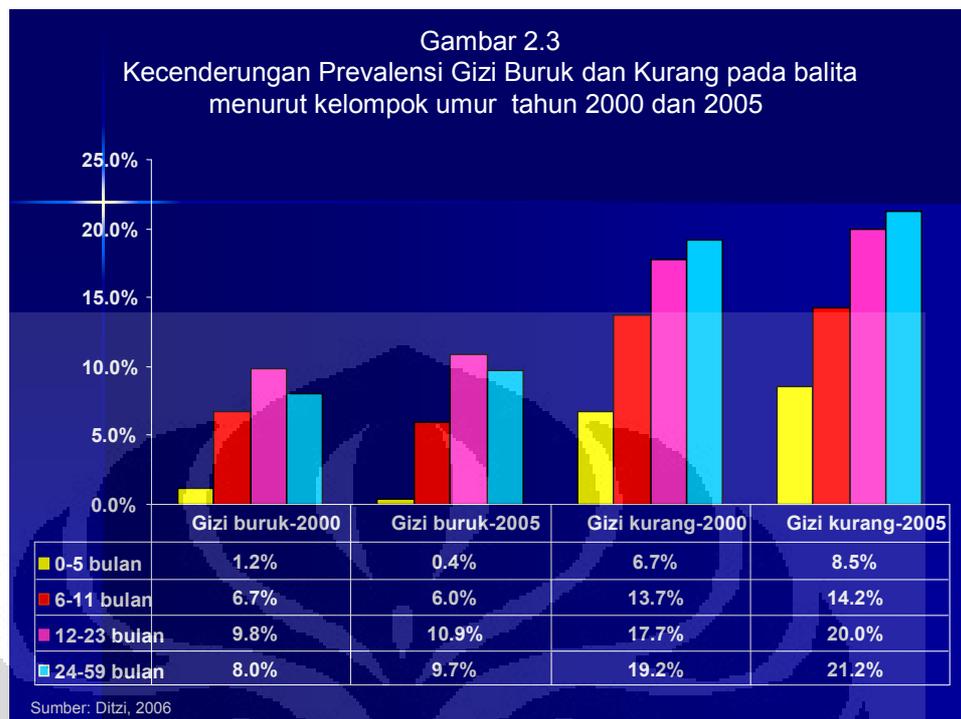
Kurang gizi atau disebut juga dengan istilah Kurang Energi Protein (KEP) adalah seseorang yang mengalami kurang gizi disebabkan karena rendahnya konsumsi kalori dan protein dalam makanan sehari-hari atau gangguan penyakit tertentu. Anak disebut KEP apabila berat badannya kurang dari 80 % indeks BB menurut umur (BB/U) baku WHO-NCHS (Supariasa, 2002). Menurut Depkes RI, 2003, Gizi kurang apabila berat badan < -2 SD standar WHO NCHS.

Kurang energi protein dapat dikelompokkan menjadi KEP primer dan KEP sekunder. KEP primer adalah KEP yang terjadi karena kurangnya asupan, sedangkan KEP sekunder dilatar belakangi oleh adanya penyakit yang menghambat asupan, gangguan serapan, utilisasi pangan, dan meningkatnya kebutuhan. Keparahan KEP berkisar dari penyusutan berat badan, atau terlambat tumbuh, sampai kepada sindrom

klinis yang nyata, dan tidak jarang berkaitan dengan defisiensi vitamin dan mineral (Arisman, 2004). Keadaan terparah dari KEP adalah Gizi buruk. Gizi buruk merupakan gangguan kesehatan yang diakibatkan karena kurangnya asupan (terutama energi dan protein) dalam waktu lama. Gizi buruk selalu ditandai dengan kenaikan berat badan yang tidak cukup (dibandingkan dengan umur atau tingginya (<http://www.gizinet>, 2008).

UNICEF dalam Azwar (2004) memperkirakan tahun 2015 prevalensi malnutrisi akan turun menjadi 17,6% secara global., dengan melakukan pengukuran BB/U terhadap 113,4 juta pada anak dibawah lima tahun. Mayoritas anak ini, 112,8 juta tinggal di negara berkembang 70% diantaranya tinggal di Asia, terutama di daerah selatan dan 26% di Afrika. Sebagai tambahan 165 juta (29,0%) anak *stunted* dengan panjang atau tinggi sekunder karena kurang gizi.

Di Indonesia berdasarkan SKRT tahun 2001 prevalensi gizi kurang sebesar 22,5%, gizi buruk 8,5%, Sedangkan data susenas menunjukkan prevalensi gizi kurang 19,8% dan gizi buruk 6,3%. Dari tahun 2000 sampai tahun 2005 terlihat adanya peningkatan prevalensi gizi kurang di Indonesia seperti terlihat pada gambar 2005 (Depkes, 2006).



2.2.2. Gizi Lebih.

Obesitas merupakan keadaan patologis dengan terdapatnya penimbunan lemak yang berlebihan. Obesitas dapat terjadi apabila konsumsi energi melalui makanan melebihi energi yang dikeluarkan. Kelebihan energi ini akan diubah menjadi lemak tubuh. Akibatnya terjadi berat badan lebih atau kegemukan. Pada tahun 2002 di Indonesia prevalensi gizi lebih 2,2% dan meningkat menjadi 2,49% pada tahun 2003 (Depkes RI, 2005).

2.3. Akses Ke Pelayanan Kesehatan.

Perilaku masyarakat sehubungan dengan pelayanan kesehatan adalah, bahwa masyarakat yang menderita sakit tidak akan bertindak terhadap dirinya karena merasa dirinya tidak sakit dan masih bisa melakukan aktifitas sehari-hari dan beranggapan bahwa gejala penyakitnya akan hilang walaupun tidak diobati. Berbagai alasan dikemukakan kenapa masyarakat tidak mau memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti : jarak fasilitas kesehatan yang jauh, sikap petugas yang kurang simpati, dan biaya pengobatan yang mahal (Orisinal, 2003).

Akses ke pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang menentukan status gizi balita. Rendahnya akses ke pelayanan kesehatan khususnya posyandu dapat dilihat dengan tingkat partisipasi masyarakat. Dalam pelaksanaan program gizi tingkat partisipasi masyarakat dilihat dari cakupan balita yang datang ditimbang ke posyandu (D/S) (Depkes RI, 2006).

Banyak faktor yang menyebabkan tidak dapat dimanfaatkannya fasilitas kesehatan yang tersedia, diantaranya : jarak fasilitas kesehatan yang jauh dari tempat tinggal, biaya yang tidak mencukupi untuk menggunakan fasilitas pelayanan, sarana dan fasilitas yang tidak memadai dan perilaku dari keluarga (Orisinal,2003).

2.4. Pelaksanaan Program Perbaikan Gizi di Posyandu.

2.4.1. Posyandu.

Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yang bertujuan memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh kesehatan dasar, utamanya untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Depkes RI, 2006). Awalnya kegiatan yang dilaksanakan berupa pos penimbangan yang dikelola oleh kader. Kegiatan program kesehatan dan gizi dan kesehatan di Posyandu berupa : penyuluhan, pemberian paket pelayanan gizi, pelayanan ibu hamil dan imunisasi.

Sejak dicanangkannya Posyandu pada tahun 1986, telah menampakkan hasil dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat, hal ini terlihat dengan terjadinya penurunan angka kematian ibu dan bayi. Pada tahun 1995 Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masing-masing adalah 373/100.000 kelahiran hidup (SKRT 1995) serta 60/100.100 kelahiran hidup (Susenas, 1995), maka pada tahun 2003 AKI turun menjadi 307/100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2003), sedangkan AKB turun menjadi 37/100.000 kelahiran hidup (SDKI,2003) (Depkes RI, 2006).

Secara kuantitas, terlihat adanya perkembangan jumlah posyandu, karena setiap desa ditemukan sekitar 3-4 posyandu. Pada saat dicanangkan tercatat posyandu sebanyak 25.000 buah, pada tahun 2004 meningkat menjadi 238.699 buah. Namun

bila ditinjau dari segi kualitas, masih ditemukan banyak masalah, antara lain kelengkapan sarana, keterampilan kader yang belum memadai (Depkes RI, 2006).

Dari hasil survei yang dilakukan oleh Universitas Andalas (Sumatera Barat), Universitas Hasanuddin (Sulawesi Selatan), dan Sekolah Tinggi Ilmu Gizi (Jawa Timur) pada tahun 1999, ditemukan beberapa masalah di Posyandu (Depkes RI, 2006) antara lain : 1) Hanya sekitar 40% dari jumlah Posyandu yang ada menjalankan fungsinya dengan baik. 2) Sebagian besar Posyandu, belum memiliki jumlah kader yang cukup bila dibandingkan dengan jumlah sasaran dan hanya 30% kader yang telah terlatih. 3) Sebagian besar kader belum mampu mandiri, karena sangat tergantung dengan petugas Puskesmas sebagai pembina. 4) Cakupan Posyandu masih rendah, untuk balita usia di bawah 2 tahun cakupannya masih di bawah 50%, sedangkan untuk ibu hamil cakupannya hanya sekitar 20%. 5) Hampir 100% ibu menyatakan pernah mendengar Posyandu, namun yang hadir pada saat kegiatan Posyandu kurang dari separuhnya.

Dari hasil survei yang dilakukan di beberapa daerah di Jawa menunjukkan bahwa persentase kader yang melakukan kesalahan dalam plotting BB ke dalam KMS besar dari 30%, sedangkan kader yang mampu menginterpretasikan status pertumbuhan dengan benar 1,5% (Depkes RI, 2003).

Upaya perbaikan gizi di Indonesia telah dilaksanakan sejak tiga puluh tahun yang lalu. Sampai saat ini upaya perbaikan gizi masih difokuskan kepada masalah gizi utama yaitu : Kurang Energi Protein (KEP), Kurang Vitamin A (KVA), Anemia Gizi Besi (AGB), dan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKY). Dengan

adanya transisi epidemiologi telah terjadi perubahan gaya hidup, dimana dampaknya timbul penyakit degeneratif. Keadaan ini menyebabkan Indonesia menghadapi beban ganda, dimana penyakit gizi kurang belum teratasi namun gizi lebih prevalensinya telah memperlihatkan adanya peningkatan (Depkes RI, 2005).

Kebijakan operasional program gizi Departemen Kesehatan tidak saja mengatasi masalah gizi buruk, tapi juga berupaya untuk mengatasi masalah gizi lebih, namun secara spesifik program yang dirancang oleh Departemen kesehatan dalam mengatasi masalah gizi lebih belum muncul seperti halnya masalah gizi kurang. Hal ini perlu menjadi pemikiran untuk merancang program yang spesifik mengingat masalah gizi lebih sudah memperlihatkan peningkatan prevalensi dan juga mengingat resiko yang ditimbulkan akibat obesitas (Azwar, 2004).

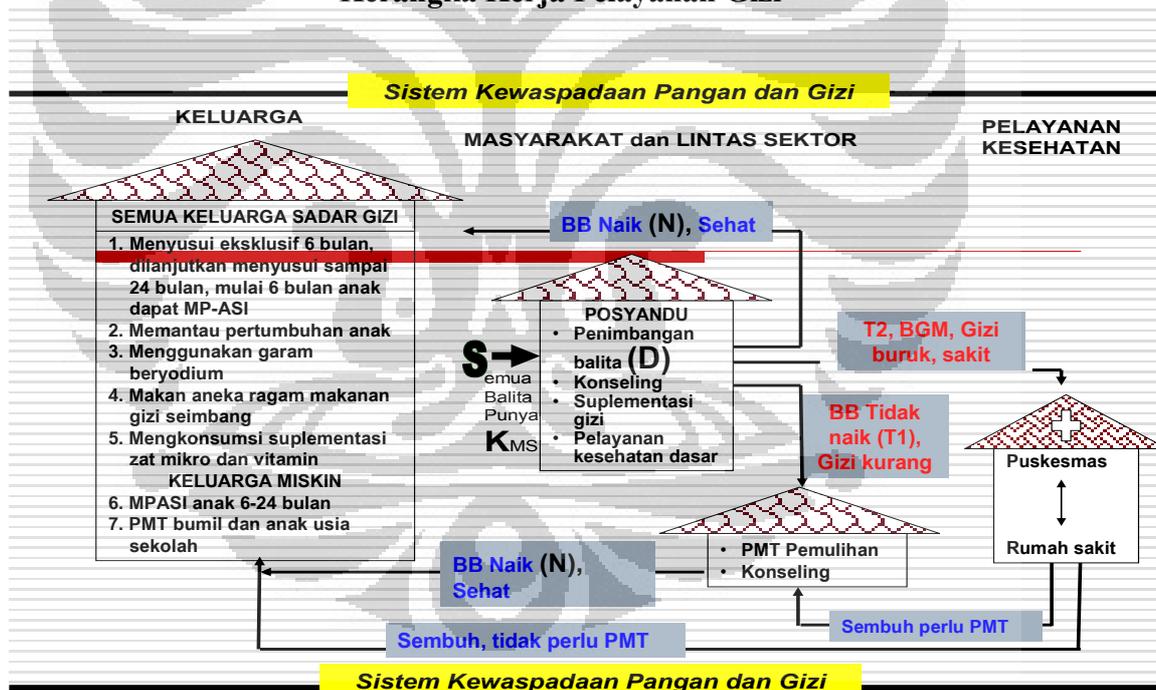
Kebijakan program gizi yang telah disusun belum sepenuhnya mendatangkan hasil yang maksimal, hal ini berkaitan dengan bagaimana program itu disusun dan bagaimana penerapannya di lapangan. Banyak kendala-kendala yang ditemui di lapangan sehingga program tidak berjalan optimal.

Keberhasilan suatu program sangat berkaitan dengan proses perencanaan. Masalah gizi muncul oleh banyak faktor. Dalam penanggulangan masalah juga harus melibatkan multi sektor. Selain melibatkan masyarakat secara langsung, dengan melibatkan semua sektor menjadikan persoalan gizi menjadi tanggung jawab bersama, namun dua departemen utama seperti Departemen Kesehatan dan Departemen Pertanian harus menjadi *mainstream* dengan memberikan respon baik

pada saat bermunculan kasus gizi kurang namun juga upaya untuk pencegahan dalam keadaan terjadinya krisis (Syafik, 1999).

Kebijakan program gizi dalam mengatasi masalah gizi masyarakat lebih menfokuskan kepada Posyandu sebagai ujung tombak pelaksanaan program. Beberapa kegiatan program dengan sasaran balita yang dilaksanakan pada saat ini di posyandu seluruh Indonesia adalah : pemantauan pertumbuhan, penyuluhan gizi, suplementasi, dan pemberian MP-ASI. Kerangka Kerja pelayanan gizi dapat dilihat pada gambar 2.4.

Gambar 2.4
Kerangka Kerja Pelayanan Gizi



Sumber : Depkes RI, 2003

2.4.2. Pemantauan Pertumbuhan.

Kegiatan pemantauan pertumbuhan dilaksanakan mulai pada saat terbentuknya Posyandu. Kegiatan ini dilaksanakan setiap bulan di Posyandu dengan melakukan penimbangan berat badan balita. Mulai tahun 2003 Departemen Kesehatan mengembangkan kegiatan pemantauan pertumbuhan tidak hanya melakukan pemantauan pertumbuhan dengan indikator berat badan saja, tapi sudah dikembangkan dengan melakukan pemantauan terhadap tinggi badan balita (Depkes RI, 2003).

Kegiatan pemantauan pertumbuhan bertujuan untuk melihat bagaimana pertumbuhan anak secara profesional dengan menggunakan indikator BB/TB. Kegiatan pemantauan pertumbuhan dengan menambahkan indikator BB/TB di Propinsi Sumatera Barat masih menemui kendala karena keterbatasan SDM dan sarana prasarana yang belum memadai (Dinkes Propinsi Sumbar, 2006).

2.4.2.1 Pengertian Pertumbuhan.

Pertumbuhan adalah “perubahan ukuran fisik dari waktu ke waktu “. Ukuran fisik adalah ukuran tubuh manusia baik dari segi dimensi, proporsi, maupun komposisinya. Pertumbuhan seorang anak bukan hanya sekedar gambaran perubahan antropometri (BB, TB, atau ukuran tubuh lainnya) dari waktu ke waktu, tetapi lebih dari itu memberikan gambaran tentang perkembangan keadaan keseimbangan antara asupan (*intake*) dengan kebutuhan (*requirement*) zat gizi seorang anak untuk

berbagai proses biologis, termasuk untuk tumbuh. Keadaan keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi disebut status gizi (Jahari, 2002).

Dalam status gizi baik dan sehat atau bebas dari penyakit, pertumbuhan seorang anak akan normal, sebaliknya bila dalam status gizi tidak seimbang pertumbuhan anak akan terganggu, misalnya anak tersebut kurang gizi (*underweight*, *wasted*, dan *stunted*) atau gizi lebih (*Overweight*) (Jahari, 2002).

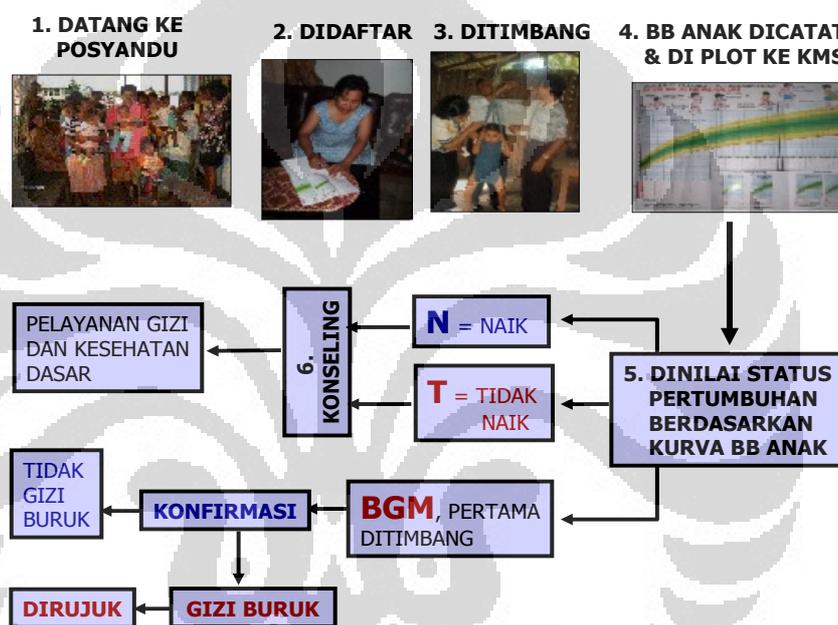
2.4.2.2. Gangguan Pertumbuhan.

Gangguan pertumbuhan dapat terjadi dalam waktu singkat maupun dalam waktu cukup lama. Gangguan pertumbuhan dalam waktu singkat (akut) sering terjadi pada perubahan berat badan sebagai menurunnya nafsu makan, sakit (misalnya diare dan saluran pernafasan), atau kurang cukupnya makanan yang dikonsumsi. Berlangsung dalam waktu lama (kronis) dapat terlihat pada hambatan pertambahan tinggi badan (Jahari, 2002).

Gizi kurang pada balita tidak terjadi secara tiba-tiba, tetapi diawali dengan kenaikan berat badan balita yang tidak cukup. Perubahan berat badan balita dari waktu ke waktu merupakan petunjuk awal perubahan status gizi balita. Dalam 6 bulan, bayi yang berat badannya tidak naik 2 kali beresiko mengalami gizi kurang 12.6 kali dibanding balita yang berat badannya naik terus. Bila frekuensi berat badan tidak naik lebih banyak maka resiko akan lebih besar (Depkes RI, 2005).

Untuk mencegah terjadinya gizi buruk, pelaksanaan pemantauan pertumbuhan yang dilakukan di posyandu adalah salah satu upaya, kegiatan tersebut efektif apabila dilaksanakan sesuai dengan alur seperti terlihat pada gambar 2.5

Gambar 2.5
Alur Pelaksanaan Pemantauan Pertumbuhan Balita di Posyandu



Sumber : Direktorat BGM Depkes RI, 2003.

Pemantauan pertumbuhan merupakan salah satu kegiatan utama program perbaikan gizi, yang menitik beratkan pada upaya pencegahan dan peningkatan keadaan gizi balita. Pemantauan pertumbuhan merupakan rangkaian dari penilaian pertumbuhan secara teratur melalui penimbangan setiap bulan, pengisian dan penilaian hasil penimbangan berdasarkan Kartu menuju Sehat (KMS) dan tindak lanjut setiap kasus gangguan pertumbuhan berupa konseling, penyuluhan, dan rujukan (Depkes RI, 2003).

Di negara berkembang seperti Thailand pada tahun 1982 hampir separoh anak balitanya berada pada status gizi kurang, dalam kurun waktu sepuluh tahun PBB telah menyatakan Thailand sebagai negara yang bebas gizi buruk ($BB/U < -3$ SD). Berhasilnya Thailand mengatasi masalah gizi kurang dengan adanya kebijakan program gizi dengan memberikan perhatian besar terhadap data status gizi. Sejak tahun 1982 mereka mempunyai data nasional tahunan perkembangan berat badan balita dan anak sekolah, data status gizi dimasukan ke dalam salah satu indikator kemiskinan sebagai kebijakan nasional. Dalam mengukur kesejahteraan rakyatnya pertumbuhan berat badan merupakan salah satu indikator bukan hanya rata-rata persediaan pangan dan konsumsi seperti Indonesia (Soekirman, 2005).

Pemantauan pertumbuhan di Philipina mulai dilaksanakan pada awal tahun tujuh puluh sebagai komponen yang penting bagi kesehatan ibu dan anak. Pelaksanaan kegiatan langsung menjadi tanggung jawab Departemen Kesehatan dan berkerjasama dengan Departemen terkait dan juga lembaga sosial. Dalam memantau pertumbuhan juga menggunakan bagan, yang digunakan untuk pengawasan hasil penimbangan. Kegiatan ini juga bertujuan untuk mencegah terjadinya malnutrisi pada anak-anak berumur 0-6 tahun (SEAMEO, 1990).

Pelaksanaan kegiatan pemantauan pertumbuhan di Indonesia belum dapat berjalan secara optimal, hal ini disebabkan oleh banyak faktor yang diantaranya, posyandu yang tidak aktif, kader yang kurang, kelengkapan sarana dan prasarana serta dari pengguna posyandu sendiri. Rendahnya partisipasi masyarakat terlihat dengan cakupan balita yang ditimbang dari seluruh balita yang ada (D/S). Di

Indonesia cakupan D/S belum bisa mencapai target sebesar 80%. Di Propinsi Sumatera Barat pada tahun 2006 cakupan D/S sebesar 53,9% dari 80% target nasional (Dinkes Prop.Sumbar, 2007).

2.4.2.3. Tujuan Pemantauan Pertumbuhan.

Menurut Depkes RI, 2003, kegiatan pemantauan pertumbuhan yang dilaksanakan di Posyandu merupakan salah satu upaya pemerintah yang dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat yang bertujuan :

1. Mengetahui status pertumbuhan individu balita dari waktu ke waktu secara teratur.
2. Mengetahui secara lebih dini (awal) terjadinya gangguan pertumbuhan pada individu balita.
3. Memberikan tindakan penanggulangan (intervensi) segera pada anak yang mengalami gangguan pertumbuhan agar dapat dikembalikan ke jalur pertumbuhan normalnya.
4. Memberikan konseling pada ibu/pengasuh anak dalam upaya mempertahankan atau meningkatkan keadaan gizi dan kesehatan anak.

2.4.2.4 Fungsi Kartu Menuju Sehat (KMS).

Dalam memantau pertumbuhan, dengan memonitor berat badan balita harus didukung sarana yang mudah dimengerti baik oleh petugas dan masyarakat. Saat ini sarana yang digunakan adalah Kartu Menuju Sehat (KMS), baik KMS yang terpisah

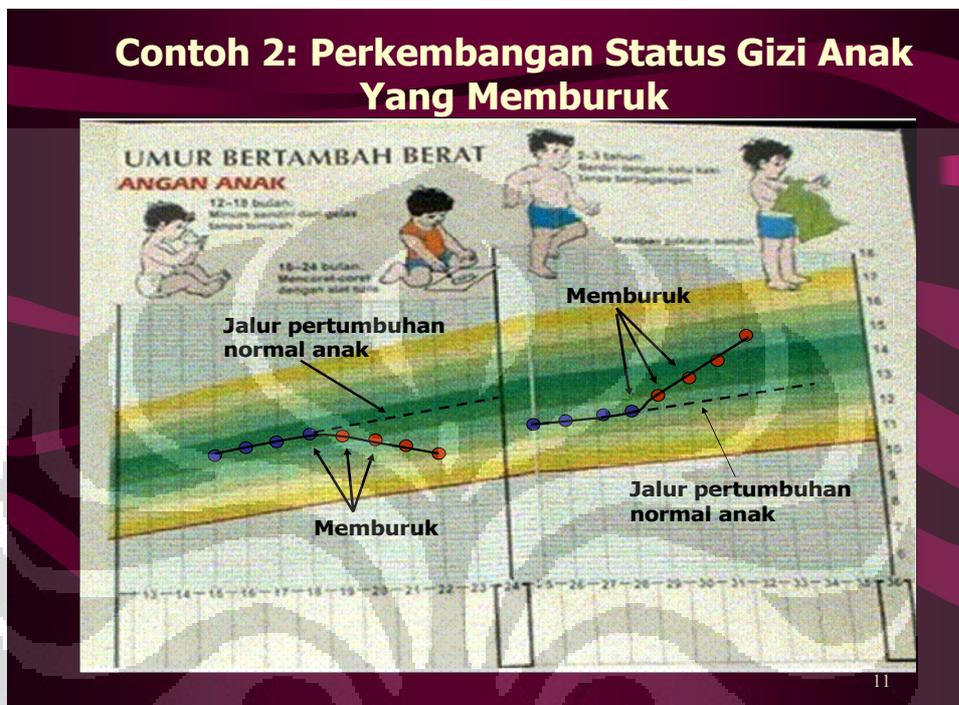
maupun KMS yang terdapat dalam buku KIA. Menurut NCHS/CDC (2000) *dalam* Satoto (2000) kajian yang mutakhir menjelaskan bahwa KMS digunakan secara luas di dunia sebagai : 1) alat tapis klinis status kesehatan dan gizi, untuk mengidentifikasi dan mengklasifikasi anak-anak dalam kategori pendek atau kurus dalam ukuran umur dan tinggi badan/panjang badan, 2) alat pendidikan untuk memberikan ilustrasi kepada orang tua mengenai ukuran dan pertumbuhan anaknya secara relatif dibandingkan dengan populasi rujukan dan 3) alat epidemiologi dalam program kewaspadaan gizi untuk mengkategorikan dan memonitor kecenderungan pertumbuhan fisik dalam populasi.

Setelah digunakan selama lebih kurang dua puluh tahun, Depkes RI (1999) mempertegas bahwa tujuan KMS ialah sebagai alat Bantu :

1. Bagi ibu atau orang tua dalam memantau tingkat pertumbuhan dan perkembangan balita yang optimal.
2. Dalam memantau dan menentukan tindakan-tindakan untuk mewujudkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.
3. Bagi petugas untuk menentukan tindakan pelayanan kesehatan dan gizi balita.

Peringatan bahwa KMS sebagai alat pemantau pertumbuhan sebetulnya sudah terlihat pada arah pertumbuhan yang menurun atau mendatar dua bulan berturut-turut, harus segera dirujuk ke Puskesmas seperti terlihat pada gambar 2.6. Keadaan ini tidak dianggap sebagai hal yang patologis sehingga dibiarkan. Hal ini menyebabkan terjadinya malnutrisi di Indonesia.

Gambar 2.6
Grifik Pertumbuhan Anak Dengan Gangguan Pertumbuhan



Sumber : Direktorat BGM Depkes RI, 2003

Tindakan cepat pada balita yang 2 kali berturut-turut tidak naik timbangan berat badannya untuk segera mendapat akses pelayanan dan edukasi lebih lanjut, dapat menjadi sarana deteksi dan intervensi yang efektif (Nency Yetty, 2005).

Gambar 2.7
Grafik Pertumbuhan Anak Yang Sehat Dalam KMS



Sumber : Direktorat BGM Depkes RI, 2000.

Gambar 2.7 merupakan salah satu contoh grafik pertumbuhan anak dengan berat badan bervariasi dengan status pertumbuhan yang baik.

2.4.2.5 Kesalahan dalam penggunaan KMS.

Beberapa penyebab terjadinya kerancuan dalam penggunaan KMS (Sutanto, 2000)

1. KMS sudah terlanjur dianggap sebagai alat untuk menentukan status gizi.
2. KMS hanya digunakan untuk mencatat data penimbangan, yang akan dimanfaatkan untuk membuat grafik SKDN.

Selain kerancuan dalam penggunaan KMS, kesalahan lain yang ditemui adalah dalam pengisian KMS tersebut. Kesalahan banyak ditemui dalam pelaksanaan Pemantauan Pertumbuhan (PP) di lapangan. Menurut Jahari (2006) kesalahan yang sering ditemui adalah :

1. Data BB anak hanya dicatat dalam buku registrasi dan tidak diisikan dalam KMS sehingga penilaian N (naik) atau T (tetap/turun) didasarkan pada perubahan angka BB.
2. Perhitungan umur anak tidak seragam, ada yang memakai bulan penuh, dan ada pula yang memakai pembulatan ke atas bila lebih dari setengah bulan.
3. Jadwal posyandu yang tidak teratur, ada yang setiap bulan, sekitar 20 hari, dan yang lebih dari satu bulan, akibatnya umur anak tidak selalu bertambah 1 bulan pada setiap ditimbang.
4. Pengisian berat badan balita selalu menggunakan pertambahan umur 1 bulan setiap dilaksanakan penimbangan, hal ini dapat mengakibatkan salah interpretasi N (naik) dan T (tetap atau turun).

2.4.3. Penyuluhan Gizi.

Meskipun tingkat melek huruf relatif tinggi (90%), akan tetapi pengetahuan dan kesadaran gizi masyarakat masih kurang, oleh karena itu upaya peningkatan pengetahuan dan sadar gizi kepada keluarga dan masyarakat perlu menjadi prioritas dan mendapat dukungan dari berbagai sektor termasuk masyarakat. Secara bertahap

mutu pendidikan ditingkatkan, karena dalam jangka panjang akan memberikan kontribusi yang besar dalam mengatasi masalah gizi masyarakat (Azwar, 2004).

Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan dan gizi banyak dijumpai dalam masyarakat, padahal pengetahuan tersebut penting, mengingat kenyataan yang ada bahwa seseorang akan cukup gizinya jika makanan yang dikonsumsi mampu menyediakan zat gizi yang dibutuhkan (Suhardjo, 1996). Banyak upaya yang bisa dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat, salah satu upaya tersebut dengan melakukan penyuluhan.

Penyuluhan merupakan salah satu kegiatan pada meja 4 dalam sistem 5 meja di posyandu, penyuluhan dapat dilakukan oleh petugas kesehatan maupun kader. Dalam pelaksanaannya penyuluhan sewajarnya dilakukan setiap selesai dilakukan penimbangan, namun kenyataannya banyak petugas atau kader tidak melakukannya, hal ini disebabkan karena pengetahuan kader yang terbatas dan kurangnya motivasi dari kader dan petugas.

2.4.4. Pemberian Paket Gizi.

Pemberian paket gizi seperti kapsul vitamin A, Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) merupakan upaya yang dilakukan pemerintah dalam mengatasi masalah gizi masyarakat.

2.4.4.1. Suplementasi Kapsul Vitamin A Dosis Tinggi.

Masalah defisiensi zat gizi mikro, terutama vitamin A, zat besi, yodium. Masih tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Berbagai upaya telah dilakukan untuk menanggulangi permasalahan tersebut, baik pendekatan berbasis pangan (*food-based approach*) maupun pendekatan berbasis non-pangan (*non food-based approach*) (Untoro, 2000 dalam Hardinsyah 2002).

Program penanggulangan kekurangan vitamin A telah memberikan hasil yang mengembirakan. Meskipun demikian masih terdapat 50,2% anak balita yang mempunyai kadar vitamin A dalam darah $< 20 \mu\text{g/dl}$. Prevalensi KVA subklinis yang masih tinggi ini mengisyaratkan bahwa secara nasional, masalah KVA harus tetap memperoleh perhatian dalam program penuntasan gizi kurang dimasa datang (Kodyat, 1999).

Kekurangan vitamin A mempunyai dampak yang cukup besar terhadap kelangsungan hidup anak. Dari berbagai studi terungkap bahwa kekurangan vitamin A menyebabkan seperempat dari kematian anak di Negara berkembang. Untuk seluruh dunia, tidak kurang dari dua juta anak meninggal setiap tahunnya karena kekurangan vitamin A. Hal ini karena kekurangan vitamin A selain menyebabkan kebutaan juga menyebabkan berkurangnya daya pertahanan tubuh (*immunity*). Dengan kondisi seperti ini, anak-anak akan mudah terserang penyakit infeksi, seperti campak, diare, dan tuberkulosa paru (Jalal, 1999).

Defisiensi vitamin A berhubungan dengan kejadian kasus campak, pneumonia dan diare sudah banyak diteliti terutama di negara berkembang.

Penelitian yang dilakukan pada anak-anak di Malawi Afrika memperlihatkan bahwa rendahnya kadar vitamin A dalam darah berhubungan dengan gangguan pernafasan pada anak. dimana defisiensi vitamin A berkaitan juga dengan seluruh kematian pada bayi, hal ini disebabkan karena imunitas yang rendah. Suplementasi vitamin A dapat meningkatkan imunitas pada anak. Penelitian yang dilakukan pada anak-anak (Jason, dkk, 2002) .

Fortifikasi vitamin juga dilakukan di negara Philipina dengan fortifikasi ke dalam produk bahan makanan seperti fortifikasi ke dalam tepung. Upaya yang dilakukan telah dapat meningkatkan status vitamin A. Dari penelitian yang dilakukan kepada anak sekolah berusia 6-13 tahun terlihat bahwa dengan fortifikasi telah dapat meningkatkan kadar retinol pada anak (Solon, dkk, 2000).

Tingginya proporsi balita dengan serum retinol $< 20 \mu\text{g/dl}$ menyebabkan anak balita di Indobesia beresiko tinggi untuk terjadinya xerophthalmia dan menurunnya tingkat kekebalan tubuh sehingga mudah terserang penyakit infeksi. Keadaan ini yang mengharuskan pemerintah memberikan kapsul vitamin A dosis tinggi (Azwar, 2004).

Departemen Kesehatan dalam meningkatkan gizi masyarakat, melakukan suplementasi kapsul vitamin A dosis tinggi kepada kelompok sasaran. Pada bayi diberikan setelah bayi berumur 6 bulan dengan dosis 100.000 IU, sedangkan pada anak balita diberikan dengan dosis 200.000 IU. Pemberian kapsul dilakukan secara serempak di seluruh Indonesia pada bulan promosi, Februari dan Agustus (Depkes RI, 2005).

2.4.4.2. MP-ASI:

Meningkatnya prevalensi KEP (total dan nyata) pada umur 6-17 bulan disebabkan karena setelah umur 6 bulan anak mengalami kekurangan asupan zat gizi ketika ASI tidak dapat lagi mencukupi kebutuhan tubuh. Kekurangan ini tidak dapat ditutupi oleh suplai makanan pendamping ASI (MP-ASI). Keadaan ini diperberat dengan perawatan anak yang kurang memadai dan pengetahuan gizi-kesehatan yang rendah sehingga pangan dan sarana kesehatan yang tersedia tidak mampu didayagunakan secara optimal (Kodyat dkk,1998).

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan untuk memenuhi kebutuhan bayi dan anak dalam melengkapi ASI setelah bayi berumur 6 bulan sampai 2 tahun. Pada saat itu ASI sudah tidak cukup lagi memenuhi kebutuhan tubuh. Di Indonesia dari hasil penelitian, MP-ASI yang diberikan oleh ibu-ibu dirumah tangga mempunyai kandungan zat gizi makro dan mikro masih rendah dan tidak sesuai dengan kebutuhan. Dalam mengatasi masalah tersebut Pemerintah khususnya Departemen Kesehatan telah melakukan upaya dalam memperbaiki mutu MP-ASI seperti dengan melakukan penyuluhan dalam rangka meningkatkan pengetahuan ibu (Latief, 2000).

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997 menunjukkan bahwa bayi yang disusui secara eksklusif sampai usia 4 bulan hanya seperempat, masih tingginya praktek penyapihan dini (sebelum usia dua tahun), serta tidak memadainya kualitas MP-ASI terutama pada keluarga miskin (LIPI, 2000)

Dalam menyikapi masalah diatas Departemen Kesehatan telah memberikan suplementasi dengan memberikan MP-ASI kepada kelompok yang membutuhkan. Selama ini MP-ASI yang diberikan lebih cenderung kepada MP-ASI pabrikan dengan nilai gizi yang cukup. MP- ASI diberikan selama 90 hari kepada balita yang berasal dari keluarga miskin . Dengan pemberian MP-ASI dengan kandungan zat gizi yang cukup selama 90 hari pemerintah berharap terjadinya peningkatan status gizi balita pada kelarga miskin (Depkes RI, 2006).

Pemberian makanan tambahan selama 90 hari telah memberikan dampak terhadap penambahan berat badan balita, meskipun belum dapat merubah status gizi balita kearah yang lebih baik, namun dapat mencegah balita jatuh kepada keadaan yang lebih buruk (Sandjaja dkk, 2000). Belum adanya pengaruh pemberian MP-ASI terhadap perubahan status gizi balita menurut Beaton dan Ghassemi *dalam* Sandjaja (2002) disebabkan oleh beberapa faktor yaitu: 1) makanan yang diberikan sebahagian dikonsumsi oleh anggota keluarga lainnya diluar sasaran, 2) makanan tambahan dikonsumsi sebagai bahan pengganti yang biasa dikonsumsi, bukan sebagai makanan tambahan, dan 3) makanan tambahan yang diberikan hanya memenuhi 10-25% dari kekurangan energi pada kelompok sasaran.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Teori

Menurut UNICEF (1998) *dalam* Azwar (2004) terjadinya kurang gizi disebabkan oleh banyak faktor, baik faktor langsung maupun faktor tidak langsung. Faktor langsung penyebab masalah gizi adalah konsumsi dan penyakit infeksi. Konsumsi dipengaruhi oleh ada atau tidak adanya ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga. Penyakit infeksi dipengaruhi oleh kebersihan lingkungan dan higiene perorangan.

Ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga di pengaruhi oleh pendapatan atau tingkat ekonomi keluarga selain pola asuh dalam pemberian makanan oleh keluarga. Tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan memberikan kontribusi dalam penyediaan makanan yang berkualitas pada balita (Depkes RI, 2003).

Pemberian makanan tambahan setelah anak berumur 6 bulan seringkali tidak memenuhi kebutuhan baik secara kualitas maupun kuantitas. Rendahnya asupan menyebabkan terjadinya masalah gizi pada balita yang ditandai dengan tidak naiknya berat badan balita saat ditimbang (Jahari, 2002).

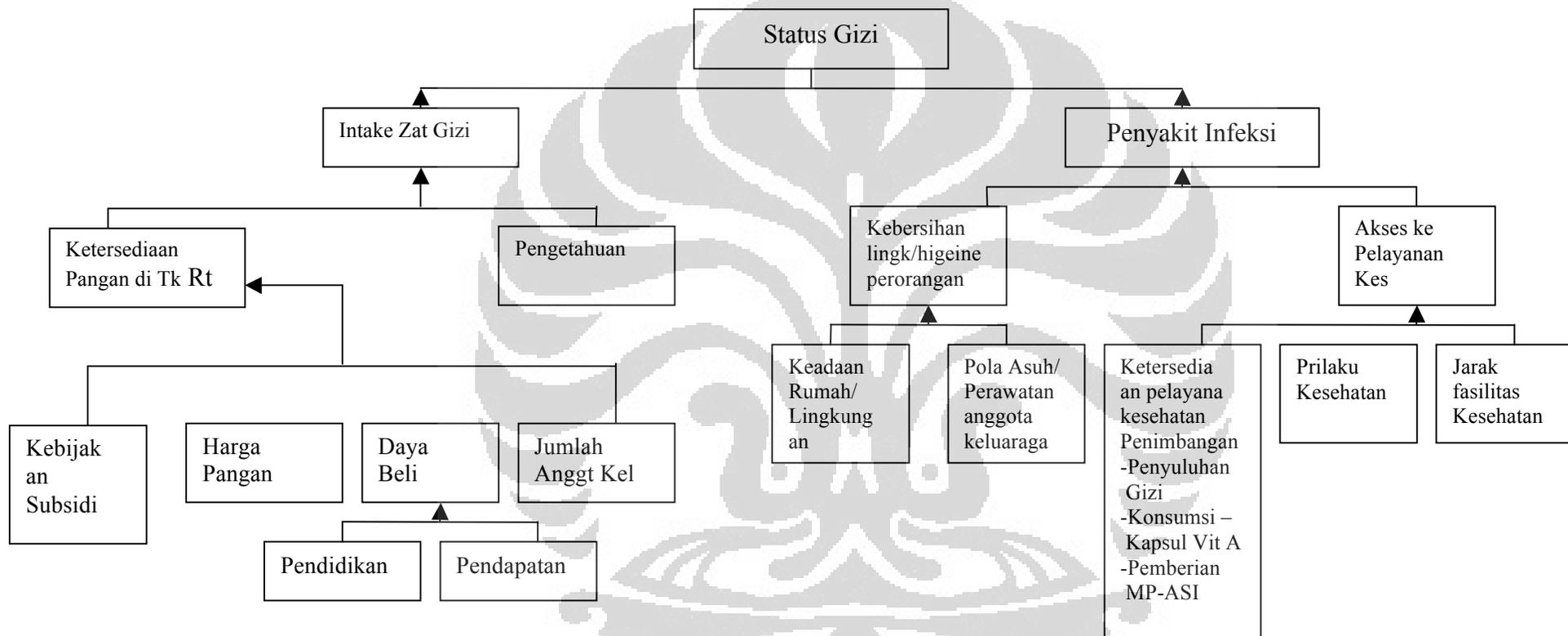
Gejala dini adanya gangguan pertumbuhan dengan tidak naiknya berat badan balita diketahui dengan menimbang balita secara teratur di posyandu. Posyandu

merupakan sarana pelayanan kesehatan yang ada di desa-desa dan merupakan wadah yang dikelola masyarakat (Jahari, 2006).

Sebagai upaya kesehatan yang bersumber daya masyarakat (UKBM), kegiatan yang dilaksanakan adalah menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan, maka program gizi juga menggunakan wadah posyandu dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan memberikan pelayanan gizi berupa pemantauan pertumbuhan, penyuluhan gizi, suplementasi kapsul vitamin A dosis tinggi dan pemberian makanan pendamping ASI bagi keluarga miskin (Pokjanal Posyandu Sumbar, 2006).

Dengan dilaksanakannya Standar Pelayanan Minimum (SPM) upaya perbaikan gizi di Posyandu, pemerintah umumnya dan Departemen Kesehatan khususnya mengharapkan adanya peningkatan status gizi balita dengan ditandai adanya penurunan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balita.

Gambar 3.1
Kerangka Teori Penelitian
Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga dan Pemanfaatan Program di Posyandu Dengan
Status Gizi Baduta (6-24 Bulan) Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008



Sumber : UNICEF,1998 dalam Azwar (2004) dan Depkes RI, 2003

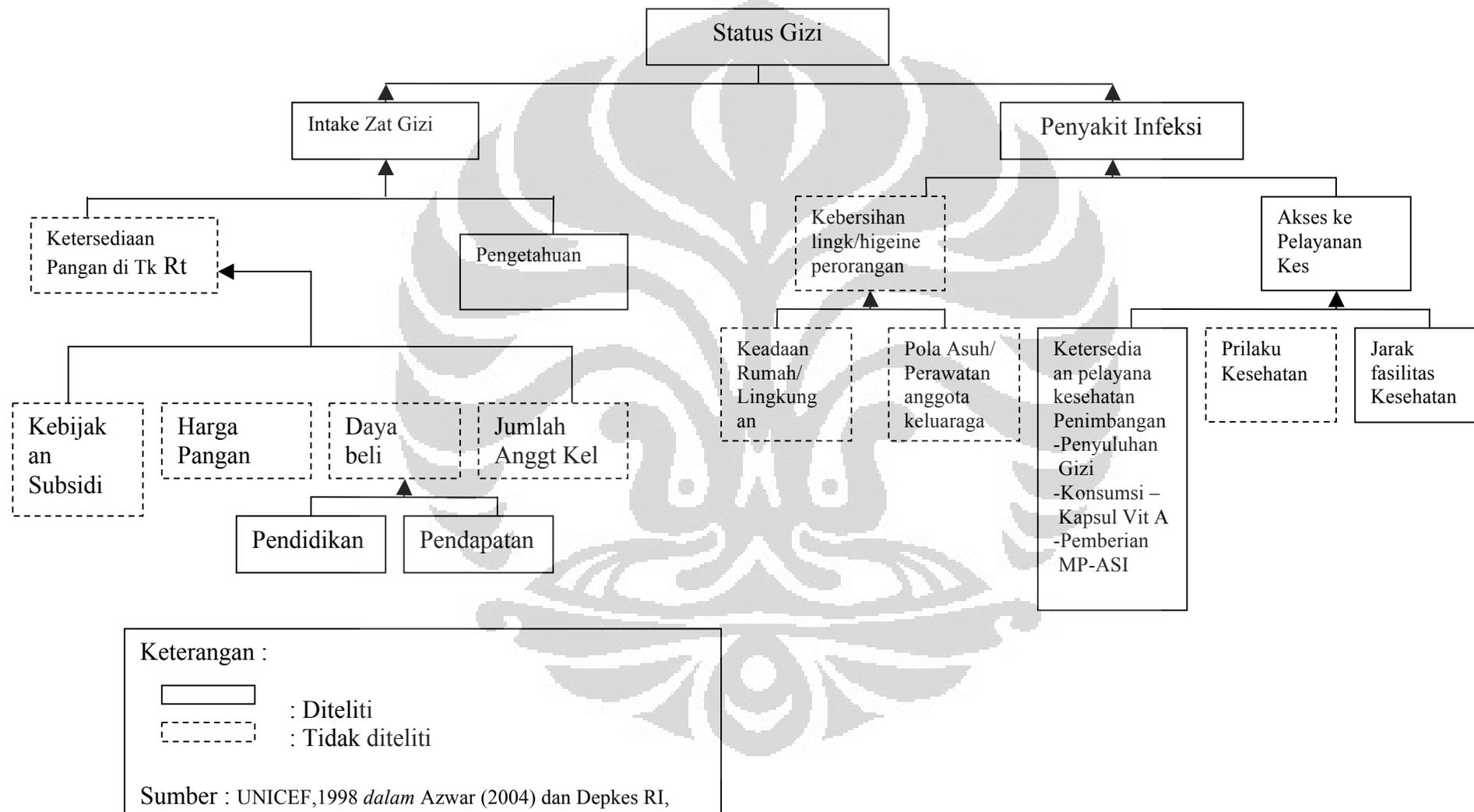
3.2.Kerangka Konsep.

Dari kerangka teori yang dikembangkan dalam tinjauan pustaka terlihat banyak faktor yang mempengaruhi status gizi (konsumsi zat gizi, penyakit infeksi, pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi, pendidikan, dan tingkat ekonomi keluarga. Faktor tersebut tidak terlepas dari faktor upaya perbaikan gizi masyarakat yang dituangkan dalam program perbaikan gizi masyarakat.

Program perbaikan gizi masyarakat yang dilaksanakan untuk meningkatkan status gizi balita dengan memanfaatkan wadah Posyandu adalah : penimbangan, penyuluhan gizi, distribusi kapsul vitamin A dan pemberian MP-ASI bagi balita kurang gizi yang berasal dari keluarga miskin.

Dari kenyataan yang ditemukan di lapangan bahwa program yang dilaksanakan belum memperlihatkan hasil yang maksimal dengan masih tingginya prevalensi gizi kurang serta munculnya kasus gizi lebih. Hal ini menjadi suatu pertanyaan, apakah program dapat dijalankan sesuai dengan kebijakan dan pedoman yang telah ditetapkan.

Gambar 3.2
Kerangka Konsep Penelitian
Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga dan Pemanfaatan Program di Posyandu Dengan
Status Gizi Baduta (6-24 Bulan) Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008



3.3. Definisi Operasional.

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur	Sumber
1	Status Gizi	Keadaan gizi baduta yang dinilai menurut hasil pengukuran BB dan TB, yang kemudian dibandingkan dengan standar WHO NCHS.	<ul style="list-style-type: none"> - BB baduta diukur dengan menimbang baduta (kg). - TB baduta dengan mengukur tinggi badannya(cm). 	Dacin/timbangan digital dan alat ukur panjang badan (kuesioner M)	Status gizi dikelompokan : Baik : $\geq - 2$ SD Kurang : $< - 2$ SD	Ordinal	WHO, <i>Dalam</i> Temu Pakar Gizi, 2000
2	Penyakit Infeksi	Penyakit infeksi yang diderita baduta (demam, batuk, diare,diare, campak) dalam 1 bulan terakhir	Wawancara	Kuesioner (kuesioner D1)	Dikategorikan menjadi : 0 = jika ada penyakit 1 = jika tidak ada penyakit	Ordinal	Susenas, 2007. Litbang Gizi Bogor.
3	Asupan Energi	Asupan energi total yang dikonsumsi oleh baduta dalam satu hari (24 jam)	Wawancara	Form Food Recal	Dikategorikan menjadi : 0 = Kurang, jika $< 80\%$ AKG 1 = Cukup, jika $\geq 80\%$ AKG	Ordinal	WKPG, 2004 Brown et al (2000) <i>dalam</i> Irwati, 2004

	Asupan Protein	Asupan protein total yang dikonsumsi oleh baduta dalam satu hari (24 jam)	Wawancara	Form Food Recal	Dikategorikan menjadi : 0 = Kurang, jika < 80% AKG 1 = Cukup, jika \geq 80% AKG	Ordinal	WKPG, 2004 Brown et al (2000) dalam Irwati, 2004
4	Pengetahuan Ibu	Pemahaman ibu tentang gizi dan kesehatan yang meliputi pengetahuan tentang zat gizi, penimbangan, KMS, dan imunisasi.	Wawancara	Kuesioner (kuesioner G)	Nilai pengetahuan ibu balita setelah dikompositkan, maka dikategorikan menjadi : 0 = Kurang, bila total score < median 1 = Baik, bila total score \geq median	Ordinal	Wawolumaya, 1997
5	Pendidikan ibu baduta	Jenjang pendidikan formal yang ditempuh oleh ibu baduta sampai dengan pelaksanaan penelitian.	Wawancara	Kuesioner (kuesioner C6)	Dikategorikan menjadi : 0 = Rendah (TS & SD) 1 = Menengah (SMP) 2 = Tinggi (SMU & PT)	Ordinal	Risikesdas, 2004
6	Tingkat Ekonomi Keluarga	Pengeluaran rata-rata perkapita per bulan yang dihitung dari jumlah pengeluaran pangan dan non pangan dibagi total pengeluaran (pangan dan non	Wawancara	Kuesioner (kuesioner J)	Dikategorikan menjadi : 0 = Rendah : apabila pengeluaran untuk pangan \geq 59,13% 1 = Tinggi : apabila pengeluaran untuk pangan < 59,13%	Ordinal	BPS Sumbar 2005

		pangan) selama sebulan.					
7	Kunjungan ke Posyandu	Frekwensi baduta dibawa ke Posyandu untuk ditimbang dalam 3 bulan terakhir dengan merujuk kepada KMS balita.	Wawancara dan observasi	Kuesioner (kuesioner F1)	Dikategorikan kepada : 0 = Kurang, jika frekwensi kunjungan < 3 kali 1 = Baik, jika frekwensi kunjungan \geq 3 kali	Ordinal	Riskesdas, 2007.
8	Akses ke Pelayanan Kesehatan	Kemudahan responden dalam pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan yang meliputi: jarak, biaya, dan waktu tempuh.	Wawancara	Kuesioner (Kuesioner E3,E6, dan E7)	Dikategorikan 0 = Sulit akses ke pelayanan kesehatan, apabila total score <2 1 = Mudah pelayanan kesehatan, apabila total score \geq 2	ordinal	Kodyat, 2002
9	Monitoring berat badan baduta	Kegiatan pemantauan BB baduta yang di plot dalam KMS setiap kali datang ditimbang di Posyandu dalam 3 bulan terakhir.	Wawancara dan observasi	Kuesioner dan merujuk kepada KMS Balita (F4)	Dikategorikan kepada : 0 = kurang baik, jika BB tidak selalu di plot saat ditimbang 1 = Baik , jika BB selalu di plot saat ditimbang	Ordinal	Depkes RI, 2003
10	Penyuluhan Tentang Gizi dan Kesehatan	Diterimanya pengetahuan berkaitan dengan gizi dan kesehatan yang dilakukan	Wawancara	Kuesioner (kuesioner H2)	Dikategorikan kepada : 0 = Tidak pernah : Apabila tidak pernah menerima penyuluhan dalam	Ordinal	Depkes RI, 2003.

		oleh petugas kes atau kader saat kegiatan penimbangan baduta di posyandu dalam 3 bulan terakhir.			<p>tiga bulan terakhir</p> <p>1= kurang, jika tidak selalu menerima penyuluhan setiap datang menimbang baduta di posyandu.</p> <p>2 = baik, jika selalu menerima penyuluhan setiap datang menimbang baduta di posyandu</p>		
11	Suplementasi kapsul vitamin A	Jumlah kapsul vitamin A yang diperoleh baduta dalam 1 tahun terakhir	Wawancara	Kuesioner (kuesioner F5 F6, dan F7)	<p>Dikategorikan kepada :</p> <p>- Untuk Bayi < 11 bulan</p> <p>0 = kurang, jika tidak pernah memperoleh kapsul Vit A dalam setahun.</p> <p>1 = baik, jika memperoleh 1 kapsul Vit A dalam setahun.</p> <p>- Untuk Anak > 11 bulan</p> <p>0 = Tidak pernah : Apabila tidak pernah mendapat vitamin A dalam satu tahun terakhir</p> <p>1 = kurang, jika memperoleh kurang dari 2 kapsul Vit A dalam setahun</p>	Ordinal	Depkes RI, 2003.

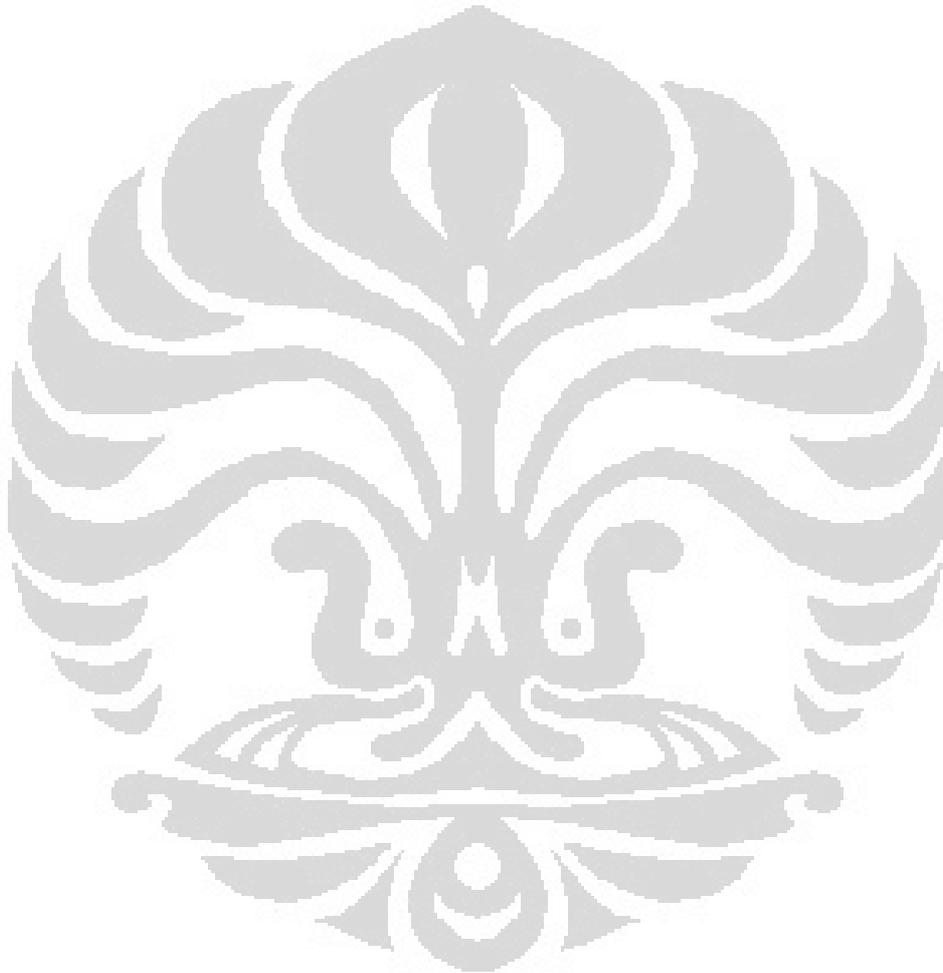
					2 = baik, jika memperoleh 2 kapsul Vit A dalam setahun.		
12.	Penerimaan MP-ASI Pada Baduta	Jumlah MP-ASI Program yang diterima oleh responden dalam satu tahun terakhir.	Wawancara dan observasi	Kuesioner (kuesioner I)	Dikategorikan kepada : 0= Tidak pernah : Apabila responden tidak pernah mendapat MP-ASI dalam satu tahun terakhir 1 = kurang, jika menerima kurang dari 90 hari 2 = baik, jika menerima selama 90 hari.	Ordinal	Depkes RI, 2004

3.3 . Hipotesis.

Hipotesis yang akan dibuktikan dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara konsumsi dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
2. Ada hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
3. Ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
4. Ada hubungan antara pendidikan ibu dengan status gizi baduta di Kecamatan baduta
5. Ada hubungan antara tingkat ekonomi keluarga dengan status gizi baduta Kota Pariaman Tahun 2008.
6. Ada hubungan antara akses ke pelayanan kesehatan dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
7. Ada hubungan antara kunjungan ke posyandu dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
8. Adanya hubungan antara monitoring berat badan dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.
9. Adanya hubungan antara penyuluhan dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.

10. Adanya hubungan antara pemberian Kapsul Vitamin A dosis tinggi dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008
11. Adanya hubungan antara penerimaan MP-ASI dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian.

Jenis penelitian ini adalah penelitian dekriptif analitik dengan desain *cross-sectional* (potong lintang) untuk menganalisis hubungan karakteristik keluarga dan pemanfaatan program gizi di posyandu dengan status gizi baduta (6-24 bulan) di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman. Variabel independen dan variabel dependen dilihat pada waktu bersamaan.

4.2. Lokasi Penelitian dan Waktu penelitian.

Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret dan April tahun 2008 pada 30 Posyandu terpilih dari 46 Posyandu yang ada di Kecamatan Pariaman Tengah. Dari tiga kecamatan yang ada di Kota Pariaman yakni, Kecamatan Pariaman Tengah, Kecamatan Pariaman Selatan, dan Kecamatan Pariaman Utara. Dipilihnya kecamatan Pariaman Tengah dengan pertimbangan: Kecamatan Pariaman Tengah merupakan kecamatan dengan tingkat ekonomi dan pendidikan masyarakatnya yang heterogen dan merupakan ibu kota dari Kota Pariaman.

4.3. Populasi dan Sampel.

4.3.1. Populasi.

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh baduta yang ada di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman. Data dari Dinas Kesehatan Kota Pariaman tahun 2007 jumlah baduta di Kota Pariaman sejumlah 8008 orang.

4.3.2. Sampel.

Dipilihnya Kecamatan pariaman Tengah sebagai daerah penelitian adalah karena penduduknya lebih heterogen baik dari segi pendidikan maupun ekonomi. Sampel pada penelitian ini adalah baduta berusia 6-24 bulan di posyandu terpilih dengan kriteria inklusi : baduta berusia 6 – 24 bulan. Sedangkan kriteria eksklusi : tidak cacat dan tidak mempunyai penyakit bawaan. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 300 baduta yang diambil masing-masingnya 10 baduta dari 30 posyandu sampel.

Dari 30 posyandu sampel ternyata ditemui beberapa posyandu memiliki baduta yang masuk kriteria inklusi kurang dari 10 orang. Untuk memenuhi jumlah sampel, maka kekurangan baduta diambil dari posyandu lain yang menjadi sampel penelitian.

4.3.3. Besar Sampel penelitian.

Secara ideal, survei harus mencakup semua orang dalam populasi agar mendapatkan data yang akurat. Namun hal ini akan memakan waktu dan biaya yang

besar, untuk itu perlu dipilih sampel yang akan mewakili populasi. Untuk menghindari atau memperkecil terjadinya kesalahan dalam melakukan survei dapat dilakukan dengan memilih sampel secara tidak bias dan memilih sampel yang cukup besar. Jika sampel tidak mewakili populasi maka akan mendapatkan hasil yang bias. Sampel berdasarkan probabilitas memastikan bahwa semua orang dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih sebagai sampel (Pusat data dan Informasi, 2003).

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan rumus uji hipotesis untuk dua proporsi dengan derajat kepercayaan 95 % (Ariawan, 1998)

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

$$n = 138 \text{ orang}$$

Keterangan :

n : Besar sampel

$Z^2 \alpha/2$: Derajat kepercayaan 95% = 1,96

$Z_{1-\beta}$: Kekuatan Uji 80% = 0,84

P : Proporsi rata-rata $(P_1 + P_2)/2$

P1 : Proporsi balita dengan status gizi kurang dengan konsumsi kalori < angka kecukupan gizi sebesar 33,4% (Sya'ban 2002).

P2 : Proporsi balita dengan status gizi kurang dengan konsumsi kalori \geq angka kecukupan gizi sebesar 21% (Sya'ban 2002).

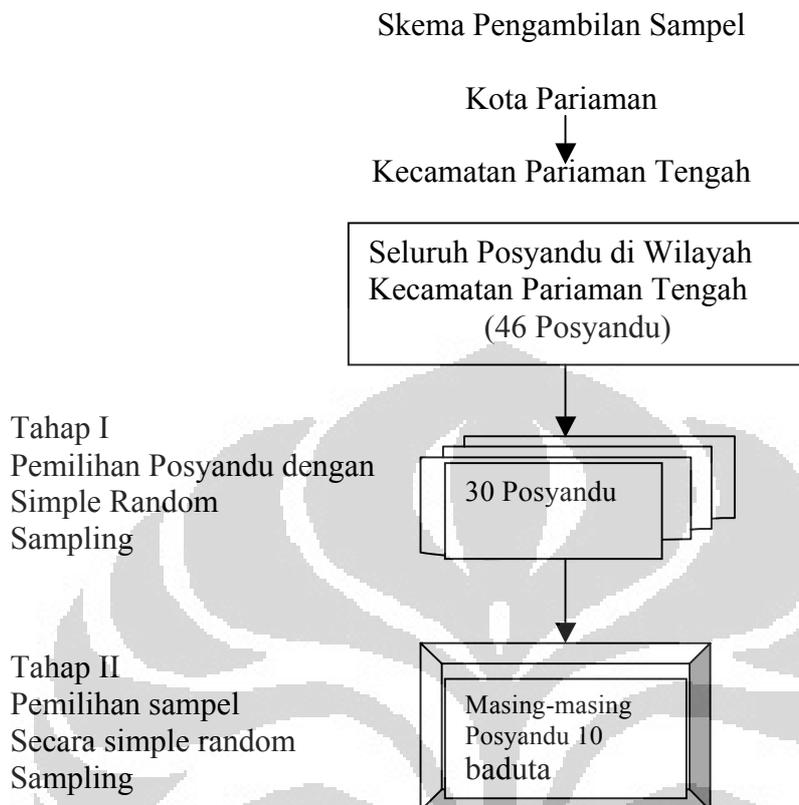
Dari perhitungan didapat besar sampel sebesar 138, karena pengambilan sampel menggunakan desain efek 2, maka besar sampel adalah sebanyak 276 orang. Untuk

menghindari adanya kesalahan dalam pengumpulan data maka besar sampel ditambahkan sebesar 10%. Total besar sampel adalah $276 + 27 = 303$ orang.

Besar sampel tergantung dengan tujuan yang ingin dicapai. Dalam pelaksanaan survei cepat yang bertujuan untuk mengevaluasi suatu program atau untuk mengukur suatu parameter tertentu dapat menggunakan rumus khusus yaitu dengan menggunakan klaster. Jumlah klaster sebanyak 30 klaster. (Pusat data dan Informasi, 2003).

Adapun langkah-langkah dalam proses pengambilan sampel adalah : Dari 46 posyandu yang ada di Kecamatan Pariaman Tengah dibuatkan listingnya untuk dipilih 30 posyandu yang akan mewakili sebagai sampel. Pemilihan posyandu sampel dilakukan dengan cara acak sederhana (*simple random sampling*).

Untuk memilih baduta yang akan mewakili sebagai sampel, terlebih dahulu dengan membuat listing seluruh baduta yang ada di masing-masing posyandu. Dari listing baduta, selanjutnya dipilih 10 orang baduta secara acak sederhana (*simple random sampling*). Alur pemilihan sampel dapat dilihat pada skema di bawah ini.



4.4. Pengumpulan Data.

4.4.1. Persiapan Pengumpulan Data.

Untuk persiapan pengumpulan data pada penelitian ini, kegiatan yang dilakukan adalah :

- a. Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota Pariaman, Puskesmas, tempat dilakukannya penelitian.
- b. Melakukan pelatihan bagi petugas pengumpulan data.

- c. Melakukan survei awal untuk mendapatkan gambaran populasi serta membuat listing populasi guna persiapan pengambilan sampel balita.
- d. Pengambilan sampel dengan melihat kriteria inklusi.
- e. Melakukan uji coba kuesioner kepada ibu yang mempunyai anak balita diluar posyandu sampel.
- f. Melakukan koordinasi dengan bidan desa, dan kader tempat pelaksanaan penelitian.

4.4.2. Uji Coba Kuesioner.

Sebelum pelaksanaan pengumpulan data terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner kepada 30 ibu-ibu yang berada di luar posyandu terpilih dengan kriteria yang sama. Kegiatan ini bertujuan untuk melihat apakah kuesioner dapat dimengerti oleh responden pada pelaksanaan penelitian.

Selain melakukan uji coba terhadap kuesioner, untuk mendapatkan data yang akurat juga dilakukan pengukuran validitas dan realibilitas terhadap kuesioner. Pengukuran validitas dengan cara melakukan korelasi antar skor. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid apabila apabila skor variabel berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya (Hastono, 2007).

Uji coba kuesioner dilaksanakan pada bulan Maret 2008 sebanyak dua kali pada saat adanya kegiatan posyandu. Responden yang akan diwawancarai dipisahkan dari kelompok ibu-ibu lainnya agar tidak terjadi bias informasi. Uji coba kuesioner pertama berdasarkan hasil uji validitas dan realibilitas terdapat lima pertanyaan yang

valid, dan dari uji coba kuesioner kedua dari hasil uji validitas dan realibilita semua kuesioner sudah valid dengan nilai $r > 0,34$

4.4.3. Alat Pengumpul Data.

Dalam penelitian ini alat/instrument yang dibutuhkan dalam rangka pengumpulan data adalah :

a. Timbangan digital.

Timbangan digital yang digunakan adalah yang mempunyai akurasi yang tinggi. Pada saat uji coba kuesioner juga dilakukan uji coba timbangan dan mencocokkan hasilnya dengan timbangan dacin. Dari hasil penimbangan berat badan baduta dengan menggunakan timbangan dacin dan dengan menggunakan timbangan digital tidak terdapat perbedaan berat badan.

b. Alat ukur panjang badan (*length board*) bagi baduta . Semua baduta diukur tinggi badannya secara telentang dengan menggunakan alat ukur panjang badan. Dalam melakukan pengukuran ditemui kendala seperti baduta tidak mau diukur dan menangis saat diukur. Untuk mendapatkan ukuran panjang badan baduta diminta bantuan kepada ibu agar terlibat dalam melakukan pengukuran.

c. Formulir Food Recal.

Formulir food recall berisikan pertanyaan apa yang dikonsumsi baduta dalam 24 jam yang dikelompokkan perwaktu makan.

d. Kuesioner dalam melakukan wawancara yang berisi pertanyaan untuk mendapatkan gambaran tentang penyakit infeksi, pendidikan ibu, pengetahuan

ibu, akses ke pelayanan kesehatan, frekwensi kunjungan ke posyandu, monitoring berat badan, diterimanya pengetahuan tentang gizi dan kesehatan oleh responden dari kader atau petugas, penerimaan MP-ASI dan penerimaan kapsul vitamin A dosis tinggi.

4.4.4. Cara Pengumpulan Data

Data status gizi didapat dengan melakukan penimbangan berat badan baduta menggunakan timbangan dacin dan timbangan digital, dan data tinggi badan didapat dengan melakukan pengukuran panjang badan baduta dengan menggunakan alat ukur panjang badan. Data konsumsi dilakukan dengan recall 24 jam, data riwayat penyakit yang dialami baduta, pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi, tingkat pendidikan ibu, tingkat ekonomi keluarga, penyuluhan oleh kader atau petugas, dan akses ke pelayanan kesehatan didapat dengan melakukan wawancara langsung kepada ibu baduta sampel, dan kunjungan balita ke posyandu, data monitoring berat badan baduta didapat dengan melakukan wawancara dan observasi.

KMS baduta yang menjadi sampel umumnya disimpan di posyandu dan di rumah kader, sehingga pada saat kunjungan ke rumah, responden tidak dapat memperlihatkan KMS. Setelah dilakukan wawancara enumerator akan mencocokkan jawaban tentang kepemilikan KMS dengan ketersediaan KMS di posyandu atau dirumah kader.

4.4.5. Petugas Pengumpul Data.

Pengumpulan data pada penelitian ini selain dilakukan oleh peneliti sendiri juga dibantu oleh 4 orang mahasiswi tamatan Akademi Gizi yang dibagi atas dua kelompok. Petugas yang terlibat sebelum turun ke lapangan dilatih terlebih dahulu mengenai teknik wawancara, cara menimbang berat badan dan mengukur panjang badan baduta. Praktek menimbang berat badan dan mengukur panjang badan dilaksanakan pada saat uji coba kuesioner pada posyandu di Kota Pariaman.

4.4.6. Ketebatasan Penelitian.

Dalam pelaksanaan penelitian ditemui beberapa kendala seperti: dalam proses wawancara terutama dalam pengumpulan data tentang ekonomi keluarga dan penimbangan dan pengukuran panjang badan baduta. Untuk mendapatkan data tentang pengeluaran dan pendapatan keluarga responden cenderung hati-hati dalam memberikan informasi.

Untuk data berat badan dan tinggi badan baduta kendala yang ditemui adalah, pada saat dilakukan penimbangan dan pengukuran, baduta menangis dan tidak mau ditimbang atau diukur. Masalah tersebut diatasi dengan melibatkan ibu baduta pada saat penimbangan.atau pengukuran panjang badan.

Adanya kendala diatas sudah dapat diprediksi pada saat dilakukannya uji coba kuesioner. Dengan adanya uji coba kuesioner dapat diketahui upaya pemecahan masalah pada saat pelaksanaan penelitian.

4.4.7. Pengolahan Data.

Pengolahan data bertujuan untuk mendapatkan informasi dari data mentah (*raw data*) yang dikumpulkan (Hastono, 2007). Adapun tahapan dalam pengolahan data adalah :

a. Editing.

Editing bertujuan untuk mengecek kuesioner atau formulir yang telah dikumpulkan, apakah jawaban pada kuesioner atau formulir sudah terisi sesuai dengan semestinya, apabila ada kuesioner yang belum terisi maka dikonfirmasi kembali kepada pengumpul data. Editing dilaksanakan setiap selesai pelaksanaan pengumpulan data. Kuesioner yang sudah diedit diperiksa kembali oleh masing-masing kelompok yang berbeda.

B. Koding.

Kuesioner yang sudah terisi dengan semestinya diberi koding untuk memudahkan dalam melakukan entri data. Koding adalah kegiatan merubah jawaban atau data pada kuesioner yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka. Antara lain :

1. Status Gizi.

Status gizi baduta dengan menggunakan indikator BB menurut TB yang sudah dikelompokan diberi kode : 0 = untuk baduta dengan status kurang gizi (< -2 SD), dan 1 = untuk anak gizi baik (≥ -2 SD)

2. Penyakit infeksi.

Penyakit infeksi yang diderita baduta adalah penyakit berupa demam, batuk, diare, dan campak yang diderita dalam satu bulan terakhir. Data penyakit infeksi diberi kode berupa: 0 = untuk anak yang mengalami penyakit infeksi, dan angka 1 = untuk anak yang tidak ada penyakit infeksi.

3. Pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi.

Dari 14 pertanyaan tentang kesehatan dan gizi masing-masing untuk jawaban yang benar diberi nilai 1. Skor maksimal untuk pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi adalah 26 dan nilai minimal adalah 0. Pengkategorian dari tingkat pengetahuan ibu berdasarkan nilai median (12). Ibu dengan total skor pengetahuan < median dimasukkan kedalam kategori dengan tingkat pengetahuan rendah dan dengan total skor \geq median dimasukkan dalam kategori dengan pengetahuan kurang.

4. Pendidikan ibu.

Pendidikan ibu diurut dari mulai yang rendah sampai pendidikan yang tinggi.

Diberi kode masing-masingnya :

1 = tidak sekolah

2 = tidak tamat SD

3 = tamat SD

4 = tidak tamat SLTP

5 = tamat SLTP

6 = tidak tamat SLTA

7 = tamat SLTA

8 = PT sederajat.

Untuk selanjutnya pendidikan ibu dikelompokan dan diberi kode : 0 = ibu dengan pendidikan rendah (tidak sekolah dan tamat SD), 1 = ibu dengan tingkat pendidikan menengah (SMP), dan 2 = ibu dengan tingkat pendidikan tinggi (SMU dan PT).

5. Tingkat Ekonomi.

Tingkat ekonomi keluarga dilihat dari total pengeluaran pangan keluarga dalam satu bulan. Selanjutnya dibedakan pengeluaran untuk pangan dan pengeluaran untuk non pangan. Untuk menentukan status ekonomi keluarga adalah dengan cara mencari persentase pengeluaran untuk pangan dari seluruh total pengeluaran (pangan dan non pangan)

Kategori tingkat ekonomi keluarga dibagi menjadi 2, apabila pengeluaran untuk pangan $\geq 59,13$ % dari total pengeluaran keseluruhan masuk ke dalam kategori rendah = 0, dan apabila pengeluaran untuk pangan $< 59,13$ % dari total pengeluaran keseluruhan dalam satu bulan dimasukkan ke dalam kategori tinggi = 1.

6. Akses ke pelayanan kesehatan.

Akses ke pelayanan kesehatan dilihat dari jarak, waktu tempuh dan biaya yang dikeluarkan responden untuk sampai ke posyandu. Masing-masing diberi score

dengan jumlah score berkisar antara 0-3. Selanjutnya dibagi menjadi dua kategori. Kategori 0 = sulit akses ke pelayanan kesehatan apabila total score < 2 , dan kode 1 = mudah akses ke pelayanan kesehatan apabila total score ≥ 2 .

7. Kunjungan balita ke Posyandu.

Kunjungan balita ke posyandu dilihat dari frekwensi kunjungan baduta dalam 3 bulan terakhir. Kode 0 = untuk baduta dengan frekwensi kunjungan < 3 kali, dan kode 1 = untuk frekwensi kunjungan ≥ 3 kali.

8. Monitoring berat badan baduta dengan KMS.

Monitoring berat badan baduta dilihat dengan diisikannya berat badan (BB) baduta setiap ditimbang di posyandu dalam 3 bulan terakhir. Kode 0 = BB baduta tidak selalu di isikan dalam KMS. Kode 1 = BB selalu diisikan dalam KMS

9. Penyuluhan oleh kader atau petugas kesehatan.

Kode yang diberikan untuk penyuluhan adalah berdasarkan penerimaan pengetahuan tentang kesehatan dan gizi oleh ibu yang dilakukan oleh kader atau petugas kesehatan dalam tiga bulan terakhir . Kode 0 = tidak pernah menerima penyuluhan , kode 1 = frekwensi menerima penyuluhan < 3 kali, dan kode 2 = frekwensi menerima penyuluhan sebanyak 3 kali.

10. Suplementasi kapsul vitamin A.

Penerimaan kapsul vitamin A dilihat dalam 1 tahun terakhir. Cara pemberian kode adalah : Untuk bayi < 11 bulan kode 0 = belum pernah menerima kapsul vitamin A, dan kode 1 = sudah pernah menerima. Untuk baduta umur > 11 bulan, diberi kode 0 = belum pernah mendapat kapsul, kode 1 = baduta yang baru mendapatkan 1 kapsul, dan kode 2 = baduta yang telah menerima 2 kapsul dalam satu tahun terakhir. Dalam analisis selanjutnya kode penerimaan kapsul vitamin A pada bayi disamakan dengan kode penerimaan kapsul Vitamin A pada A.Balita.

11. Penerimaan MP-ASI pada Baduta.

Penerimaan MP-ASI berdasarkan jumlah MP-ASI yang diterima oleh balita dari 90 hari target. Untuk pengkodean adalah, kode 0 = tidak mendapat MP-ASI, 1 = yang menerima <90 hari, dan kode 2 = yang menerima selama 90 hari.

C. Entri.

Kuesioner yang sudah di beri kode selanjunya dilakukan entri data dengan menggunakan *Soft Ware*. Untuk data status gizi entri data dengan menggunakan Soft Ware PSG yang dikeluarkan oleh Depkes RI dengan standar WHO-NCHS, data konsumsi gizi dengan *Nutri Survey*, dan data yang berasal dari variabel independen lainnya dengan menggunakan SPSS.

D. Cleaning .

Cleaning dilakukan untuk melihat kemungkinan adanya data yang salah atau *missing*, apabila data yang dientri terdapat data yang *missing*, maka dilakukan kembali konfirmasi dan di cek kembali kepada kuesioner.

4.5. Analisis Data.

4.5.1. Analisis Univariat.

Analisis univariat bertujuan untuk mendapatkan menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (*dependen* dan *independen*) dengan membuat tabel distribusi frekuensi. Dalam analisis univariat dapat mendeteksi adanya nilai yang ekstrim, hal ini sangat menentukan dalam langkah analisis selanjutnya (Hastono, 2007).

4.5.2. Analisis Bivariat.

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan atau korelasi antara variabel *dependen* dan variabel *independen* . Pada penelitian ini baik variabel independen maupun variabel dependen merupakan data kategorik maka untuk melihat hubungan kedua varabel dengan menggunakan uji statistik yaitu uji *Chi Square* (kai kuadrat). Dalam melakukan pengujian dengan Kai Kuadrat harus memperhatikan keterbatasan seperti : tidak adanya sel yang mempunyai harapan (nilai E) kurang dari 1, dan tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan (nilai E) kurang dari 5, lebih dari 20% dari jumlah sel. Apabila ditemui

permasalahan diatas maka dilakukan penggabungan kategori yang berdekatan untuk memperbesar frekuensi harapan dari sel (Hastono, 2007).

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$df = (k-1)(n-1)$$

Ket :

O = nilai observasi

E = nilai ekspektasi (harapan)

k = jumlah kolom

b = jumlah baris.

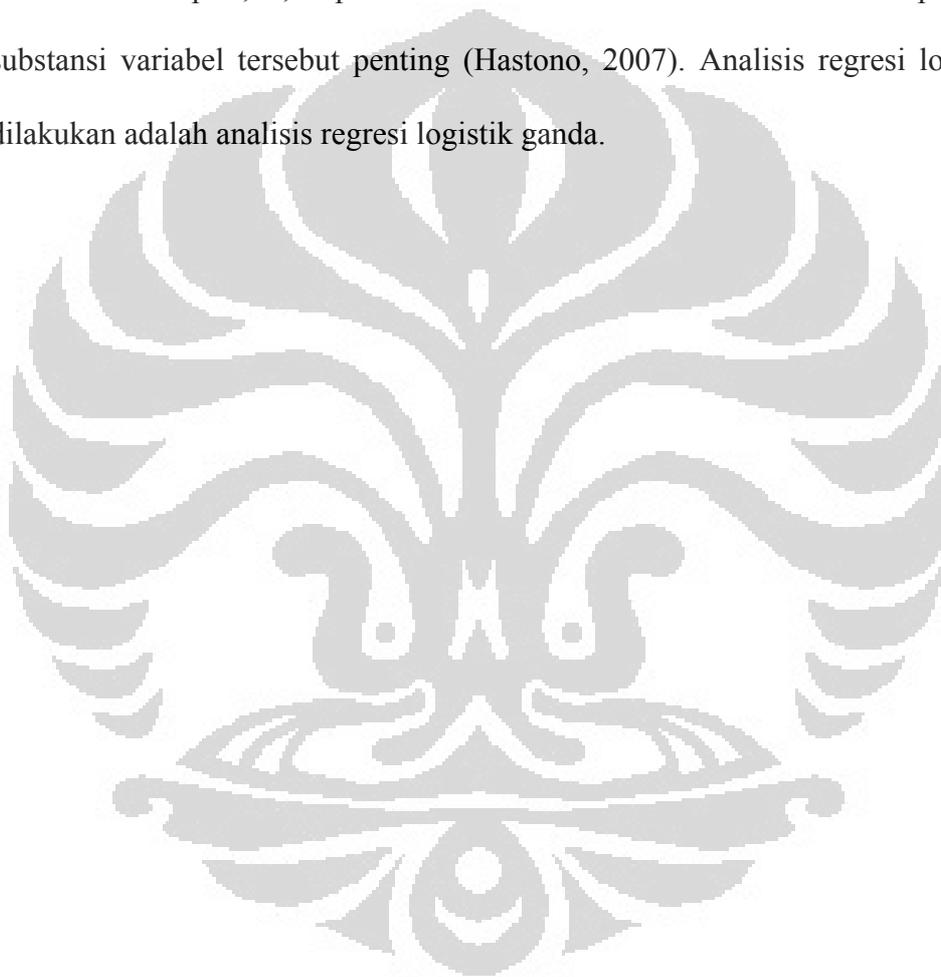
4.5.3. Analisis Multivariat

Analisa multivariat digunakan untuk melihat variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen. Untuk melihat hubungan ini digunakan uji *regresi logistic*. Dalam bidang kesehatan untuk mengetahui derajat hubungan untuk penelitian dengan disain cross sectional ukuran yang digunakan adalah Odds Rasio (OR) dengan membandingkan resiko kelompok terekspose (variabel independen) dengan kelompok tidak terekspose (variabel dependen) (Hastono, 2007).

Untuk melihat variabel mana yang mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen adalah dengan melihat nilai $\exp^{(b)}$. Semakin besar nilai

$\exp^{(B)}$ berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel dependen yang dianalisis (Hastono, 2007).

Dalam melakukan analisis multivariat variabel yang layak menjadi kandidat model adalah variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$, namun variabel yang memiliki nilai $p > 0,05$, dapat dimasukkan dalam analisis multivariat apabila secara substansi variabel tersebut penting (Hastono, 2007). Analisis regresi logistik yang dilakukan adalah analisis regresi logistik ganda.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Kota Pariaman.

Kota Pariaman merupakan daerah pemekaran dari Kabupaten Padang .Pariaman yang terdiri dari 71 desa/kelurahan dengan jumlah penduduk berdasarkan data BPS tahun 2005 sebanyak 77.006 jiwa. Sarana pelayanan kesehatan yang ada di Kota Pariaman adalah, 4 buah Puskesmas, 9 Puskesmas Pembantu, 16 Polindes, dan 47 Posyandu. Sampai tahun 2006, Kota Pariaman memiliki posyandu sebanyak 132 buah dengan rincian : Posyandu Pratama sebanyak 48 buah, Madya 69 buah, Purnama 12 buah, dan posyandu yang Mandiri sebanyak 3 buah. Di Kecamatan Pariaman Tengah yang merupakan lokasi pelaksanaan penelitian memiliki 46 buah posyandu.

5.2. Analisis Univariat.

Analisa univariat bertujuan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi variabel dependen dan variabel independen yang diukur. Variabel dependen yang dianalisa adalah status gizi baduta, sedangkan variabel independen adalah : penyakit infeksi, asupan kalori, asupan protein, tingkat pengetahuan ibu, tingkat pendidikan ibu, tingkat ekonomi keluarga, akses ke pelayanan kesehatan, kunjungan ke posyandu, monitoring berat badan, penyuluhan, suplementasi kapsul vitamin A, dan pemberian MP-ASI pada baduta.

5.2.1. Status Gizi Baduta.

Status gizi baduta dikategorikan berdasarkan WHO-NCHS menjadi kurang (<-2 SD) dan baik (≥ -2 SD). Dari 300 Baduta sebagian besar (81,3%) mempunyai status gizi baik, dan 18,7% dengan status kurang gizi seperti terlihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Distribusi Baduta Menurut Status Gizi Berdasarkan Indikator BB/TB
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Status Gizi	Jumlah	Persentase
Kurang	56	18,7
Baik	244	81,3
Total	300	100

Berdasarkan indikator BB/U dan indikator TB/U distribusi status gizi baduta dapat dilihat pada tabel 5.1 dan tabel 5.2.

Tabel 5.2.
Distribusi Baduta Menurut Status Gizi Berdasarkan Indikator BB/U
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Status Gizi	Jumlah	Persentase
Kurang	73	24,3
Baik	227	75,4
Total	300	100

Dari indikator BB/U terlihat bahwa persentase baduta kurang gizi sebesar 24,3%. Angka ini lebih besar dibanding baduta kurang gizi dilihat dari indikator

BB/TB. Lebih tingginya proporsi baduta kurang gizi dilihat dari indikator BB/U bisa disebabkan karena adanya baduta yang pendek.

Tabel 5.3.
Distribusi Baduta Menurut Status Gizi Berdasarkan Indikator TB/U
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Status Gizi	Jumlah	Persentase
Kurang	55	18,3
Baik	245	81,4
Total	300	100

Persentase baduta kurang gizi dilihat dari indikator TB/U sebesar 18,3%, angka ini hampir sama dengan persentase baduta kurang gizi dilihat dari indikator BB/TB. Baduta kurang gizi dari indikator TB/U menggambarkan masalah gizi kronis yang berkaitan dengan tingkat ekonomi keluarga.

5.2.2. Karakteristik Responden.

Variabel independen yang berhubungan dengan karakteristik responden adalah, gambaran penyakit infeksi, asupan energi dan asupan protein baduta, tingkat pengetahuan dan pendidikan ibu, serta tingkat ekonomi keluarga.

5.2.2.1. Gambaran Penyakit Infeksi Baduta.

Dalam satu bulan terakhir baduta yang mengalami penyakit infeksi merupakan persentase terbesar yakni 76,3% , dan yang tidak menderita penyakit

infeksi sebesar 23,7 % seperti terlihat pada tabel 5.4. Penyakit yang paling banyak diderita baduta dalam satu bulan terakhir adalah influenza, demam dan batuk.

Tabel 5.4.
Distribusi Baduta Menurut Penyakit Infeksi
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Penyakit Infeksi	Jumlah	Persentase
Ada Penyakit	229	76,3
Tidak Ada Penyakit	71	23,7
Total	300	100

Sebaran penyakit yang diderita baduta dapat dilihat pada tabel 5.5. Penyakit yang paling sedikit diderita baduta adalah campak. Pada tabel terlihat bahwa sebagian baduta tidak hanya menderita satu jenis penyakit dalam satu bulan terakhir, melainkan menderita berbagai jenis penyakit.

Tabel 5.5.
Distribusi Penyakit Infeksi Pada Baduta
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Penyakit Infeksi	Tidak Sakit		Sakit		Total	
	n	%	n	%	n	%
Batuk	158	52,7	142	47,3	300	100
Influenza	150	50	150	50	300	100
Diare	256	85,3	44	14,7	300	100
Demam	150	50	150	50	300	100
Campak	290	96,7	10	3,3	300	100

5.2.2.2. Gambaran Asupan Energi Baduta.

Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan dipisahkan untuk baduta usia 7 sampai umur 12 bulan dan baduta usia 1 sampai 3 tahun. Untuk kebutuhan energi berdasarkan AKG untuk masing-masing kelompok umur adalah 650 kal dan 1000 kal. Pada tabel 5.6 terlihat bahwa sebagian besar baduta (74,3%) dengan asupan kalori $< 80\%$ AKG dan 25,7% baduta dengan asupan kalori $\geq 80\%$ AKG.

Tabel 5.6.
Distribusi Baduta Menurut Asupan Energi
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Asupan Energi	Jumlah	Persentase
$< 80\%$ AKG	223	74,3
$\geq 80\%$ AKG	77	25,7
Total	300	100

5.2.2.3. Gambaran Asupan Protein Baduta.

Kebutuhan Protein berdasarkan Angka Kecukupan Gizi untuk baduta masing-masingnya adalah: untuk baduta umur 7 sampai 12 bulan 16 gram, dan untuk baduta usia 1 sampai 3 tahun sebesar 25 gram. Gambaran asupan protein pada baduta di Kota Pariaman dapat dilihat pada tabel 5.7. Distribusi baduta dengan asupan protein $< 80\%$ AKG merupakan kelompok terbesar (56,3%), dan baduta dengan asupan protein $\geq 80\%$ AKG sebesar 43,7%.

Tabel 5.7
Distribusi Baduta Menurut Asupan Protein
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Asupan Protein	Jumlah	Persentase
< 80% AKG	169	56,3
≥ 80% AKG	131	43,7
Total	300	100

5.2.2.4. Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Baduta.

Distribusi ibu baduta dengan tingkat pengetahuan baik merupakan persentase terbesar (54,0%), dan ibu baduta dengan tingkat pengetahuan kurang sebesar 46,0%. Gambaran distribusi tingkat pengetahuan ibu baduta tentang kesehatan dan gizi dapat dilihat pada tabel 5.8. Tabel 5.9 memperlihatkan sebaran pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi di Kota Pariaman.

Tabel 5.8
Distribusi Ibu Baduta Menurut Tingkat Pengetahuan
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Tingkat Pengetahuan Ibu Baduta	Jumlah	Persentase
Kurang	138	46,0
Baik	162	54,0
Total	300	100

Tabel 5.9
Distribusi Ibu Baduta Menurut Pengetahuan Tentang Kesehatan Dan Gizi
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.

Pengetahuan	Jumlah	Persentase
1. Makanan Sehat		
a. Nasi+lauk+sayur+buah+susu	90	30,0
b. Nasi+lauk+sayur+buah	44	14,7
c. Nasi+lauk+sayur	117	39,0
d. Jawaban lain-lain	49	16,3
2. Manfaat Protein		
a. Tahu	64	21,3
b. Tidak tahu	236	78,7
3. Manfaat Karbohidrat		
a. Tahu	59	19,7
b. Tidak tahu	241	80,3
4. Kolostrum		
a. Tahu	275	91,7
b. Tidak	25	8,3
5. Asi Eksklusif		
a. Tahu	200	66,7
b. Tidak Tahu	100	33,3
6. Lama Pemberian ASI		
a. Tahu	270	90,0
b. Tidak Tahu	30	30,0
7. Waktu Menyusui.		
a. Tahu	148	49,3
b. Tidak Tahu	152	50,7
8. Anak Perlu ditimbang		
a. Ya	298	99,3
b. Tidak	2	0,7
9. Manfaat Ditimbang		
a. Tahu	294	98,0
b. Tidak Tahu	6	2,0
10. Monitoring BB		
a. Tahu	223	77,7
b. Tidak Tahu	67	22,3
11. Manfaat Vitamin A		
a. Tahu	249	83,0
b. Tidak Tahu	51	17,0
12. Bentuk MP-ASI Pertama		
a. Tahu	237	79,0
b. Tidak Tahu	63	21,0

5.2.2.5. Gambaran Tingkat Pendidikan Ibu Baduta.

Tingkat pendidikan ibu baduta dikategorikan menjadi rendah, menengah, dan tinggi. Dari 300 baduta 63,3% memiliki ibu dengan tingkat pendidikan tinggi, 22,0% dengan pendidikan menengah, dan 14,7% baduta dengan ibu berpendidikan rendah. Distribusi tingkat pendidikan ibu baduta dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
Distribusi Ibu Baduta Menurut Tingkat Pendidikan
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Tingkat Pendidikan Ibu Baduta	Jumlah	Persentase
Rendah	44	14,7
Menengah	66	22,0
Tinggi	190	63,3
Total	300	100

5.2.2.6. Gambaran Tingkat Ekonomi Keluarga Baduta.

Sebagian besar baduta berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah (71,7%) dan 28,3% baduta berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi seperti terlihat pada tabel 5.11. Tingkat ekonomi keluarga dilihat dari pengeluaran keluarga untuk pangan.

Tabel 5.11
Distribusi Baduta Menurut Tingkat Ekonomi Keluarga
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Tingkat Ekonomi Keluarga Baduta	Jumlah	Persentase
Rendah	215	71,7
Tinggi	85	28,3
Total	300	100

5.2.3. Pemanfaatan Program.

5.2.3.1. Gambaran Kunjungan Baduta ke Posyandu.

Dari 300 baduta, 57,7% diantaranya datang berkunjung ke posyandu secara rutin dalam tiga bulan terakhir (kunjunganya baik) , sedangkan yang tidak rutin atau baduta dengan kunjungan kurang baik sebesar 42,3%.

Tabel 5.12
Distribusi Baduta Menurut Kunjungan Ke Posyandu
Di Kecamatan Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Kunjungan ke Posyandu	Jumlah	Persentase
Kurang	127	42,3
Baik	173	57,7
Total	300	100

Dari 42,3% ibu yang tidak teratur menimbang anaknya ke posyandu sebagian besar mempunyai alasan karena anak sedang sakit. Distribusi alasan Ibu tidak membawa badutanya ke posyandu dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13
Distribusi Ibu Menurut Alasan Tidak Berkunjung Ke Posyandu
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Alasan	Ya		Tidak		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Posyandu tutup	0	100	300	0	300	100
2. Jarak ke Posyandu jauh	0	100	300	0	300	100
3. Imunisasi sudah lengkap	15	5	285	85	300	100
4. Tidak perlu	0	100	300	0	300	100
5. Anak sakit	24	8	276	92	300	100
6. Bayi masih terlalu kecil	0	100	300	0	300	100

5.2.3.2. Gambaran Akses Responden ke Pelayanan Kesehatan (Posyandu).

Sebagian kecil responden yang menyatakan sulit (5,3%) untuk akses ke pelayanan kesehatan, sedangkan sebagian besar (94,7%) menyatakan mudah untuk akses ke pelayanan kesehatan. Distribusi responden menurut akses ke pelayanan kesehatan dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14
Distribusi Baduta Menurut Akses ke Pelayanan Kesehatan
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Akses ke Pelayanan Kesehatan	Jumlah	Persentase
Sulit	16	5,3
Mudah	284	94,7
Total	300	100

Akses ke pelayanan kesehatan (posyandu) dilihat dari segi jarak, waktu tempuh, dan biaya yang dikeluarkan. Gambaran distribusi dari masing-masing jawaban ibu dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.15
Distribusi Baduta Menurut Akses ke Pelayanan Kesehatan
Dari segi Waktu, Jarak, Dan Biaya Di Kecamatan Pariaman Tengah
Kota Pariaman Tahun 2008

Akses ke Pelayanan Kesehatan	n	Persentase
1. Waktu		
- Sulit	13	4,3
- Tidak	287	95,7
2. Jarak		
- Sulit	3	1,0
- Tidak	297	99,0
3. Biaya		
- Sulit	4	1,3
- Tidak	296	98,7

Dari tabel 5.15 terlihat bahwa, meskipun dari segi jarak tidak merupakan hambatan bagi responden untuk datang ke posyandu, namun dari segi waktu menjadi hambatan.

5.2.3.3. Gambaran Pelaksanaan Monitoring Berat Badan Baduta.

Perkembangan berat badan baduta dapat diketahui apabila dilakukan monitoring dengan diisikannya berat badan baduta dalam kartu menuju sehat (KMS). Pada tabel 5.16 terlihat bahwa baduta yang berat badannya selalu dimonitoring (baik) adalah bagian terkecil (38,7%), dan baduta dengan monitoring berat badan kurang baik sebesar 61,3%.

Tabel 5.16
Distribusi Baduta Menurut Pelaksanaan Monitoring Berat Badan
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Monitoring Berat Badan	Jumlah	Persentase
Kurang Baik	184	61,3
Baik	116	38,7
Total	300	100

5.2.3.4. Gambaran Penerimaan Penyuluhan Oleh Responden di Posyandu.

Salah satu kegiatan di Posyandu yang tertuang dalam sistem lima meja adalah pelayanan dimeja empat berupa penyuluhan, terutama yang berkaitan dengan hasil penimbangan berat badan baduta. Pada tabel 5.17 terlihat bahwa 61,3% responden menyatakan tidak pernah diberi penyuluhan pada saat anak dibawa ke Posyandu. Sedangkan responden yang menyatakan bahwa selalu diberi penyuluhan pada saat anak dibawa ke Posyandu sebesar 20,3%.

Tabel 5.17
Distribusi Baduta Menurut Penerimaan Penyuluhan
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Penerimaan Penyuluhan	Jumlah	Persentase
Tidak Pernah	184	61,3
Kurang	55	18,3
Baik	61	20,3
Total	300	100

Sebaran informasi yang diterima ibu-ibu pada saat berkunjung ke posyandu dapat dilihat pada tabel 5.18. Sebagian besar (22,7%) ibu menerima informasi

tentang kesehatan anak, sedangkan ibu yang menyatakan menerima informasi tentang berat badan anak sehabis ditimbang sebesar 11,0%.

Tabel 5.18.
Distribusi Ibu Menurut Informasi Yang Diterima di Posyandu
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Alasan	Ya		Tidak		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Tentang Berat Badan Anak	33	11,0	267	267	300	100
2. Tentang Kesehatan Anak	68	22,7	232	232	300	100
3. Tentang Makanan Anak	45	15,0	255	255	300	100
4. Manfaat Penimbangan	6	2,0	294	294	300	100

5.2.3.5. Gambaran Suplementasi Kapsul Vitamin A.

Suplementasi kapsul Vitamin A dosis tinggi pada balita dilakukan pada saat bulan promosi yakni bulan Februari dan Agustus setiap tahunnya. Bagi balita yang tidak datang ke Posyandu, maka petugas akan melakukan sweeping agar semua balita bisa mendapatkan kapsul Vitamin A. Dari 300 baduta 74,0% menerima kapsul secara baik atau mendapatkan kapsul 2 kali dalam satu tahun untuk baduta berumur > 1 tahun, dan 1 kali bagi baduta yang berumur < 1 tahun. 20% baduta tidak mendapatkan jumlah kapsul yang sesuai. Distribusi baduta yang menerima kapsul Vitamin A dosis tinggi dapat dilihat pada tabel 5.19.

Tabel 5.19
Distribusi Baduta Menurut Penerimaan Kapsul Vitamin A Dosis Tinggi
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Penerimaan Kapsul Vitamin A	Jumlah	Persentase
Tidak Pernah	18	6,0
Kurang	60	20,0
Baik	222	74,0
Total	300	100

5.2.3.6. Gambaran Penerimaan MP-ASI Pada Baduta.

Untuk membantu meningkatkan status gizi baduta yang berasal dari keluarga miskin, upaya yang dilakukan pemerintah adalah bantuan pangan berupa pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang dilakukan selama 90 hari. Dari seluruh baduta, yang mendapatkan MP-ASI sebesar 11%. Dari 11% baduta yang mendapatkan MP-ASI selama 90 hari sebanyak 15 orang (5,0%), sedangkan yang tidak mendapatkan MP-ASI selama 90 hari 6,0%. Baduta yang tidak mendapatkan MP-ASI adalah baduta yang tidak berasal dari keluarga miskin. Distribusi baduta yang mendapatkan MP-ASI dapat dilihat pada tabel 5.20.

Tabel 5.20
Distribusi Baduta Menurut Penerimaan MP-ASI
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Penerimaan MP-ASI	Jumlah	Persentase
Tidak Pernah	267	89,0
Kurang	18	6,0
Baik	15	5,0
Total	300	100

Sebagian besar baduta (81,8) mendapat MP-ASI dalam bentuk biskuit. Dari 33 baduta yang mendapat bantuan MP-ASI, 57,6 % baduta tidak dapat menghabiskan MP-ASI setiap kali pemberian, dan sebagian besar (72,7%) MP-ASI terutama biskuit tidak hanya dikonsumsi oleh baduta yang menjadi sasaran, tapi juga diberikan kepada anggota keluarga lain dan tetangga. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.21.

Tabel 5.21.
Distribusi Baduta Menurut Bentuk dan Konsumsi MP-ASI
Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008

Penerimaan MP-ASI	Jumlah	Persentase
1. Bentuk MP-ASI		
- Bubur	27	81,8
- Biskuit	6	18,2
2. Habis Dikonsumsi		
- Ya	14	42,4
- Tidak	19	57,6
3. Diberikan kepada yang lain		
- Ya	24	72,7
- Tidak	9	27,3

5.3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen berupa status gizi baduta dengan variabel independen berupa penyakit infeksi, asupan kalori, asupan protein, tingkat pengetahuan ibu, tingkat pendidikan ibu, tingkat ekonomi keluarga, akses ke pelayanan kesehatan, kunjungan ke

posyandu, monitoring berat badan, penyuluhan, suplementasi kapsul vitamin A, dan pemberian MP-ASI pada baduta. Analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 5.22.

Tabel 5.22.

Hasil Analisis Bivariat Menurut Karakteristik Keluarga dan pemanfaatan Program Dengan Status Gizi Baduta Berdasarkan Indikator BB/TB di Kota Pariaman

Variabel	Status Gizi Baduta				Total	p Value	OR (95% CI)
	Kurang		Baik				
(1)	n	%	n	%	(6)	(7)	(8)
1. Penyakit Infeksi							
Ada	50	21,8	179	78,2	229	0,019	3,026 (1,239-7,392)
Tidak Ada	6	8,5	65	91,5	71		
2. Asupan Energi							
<80% AKG	49	22,0	174	78,0	223	0,020	2,816 (1,217-6,517)
≥80% AKG	7	9,1	70	90,9	77		
3. Asupan Protein							
<80% AKG	39	23,1	130	76,9	169	0,038	2,012 (1,079-3,750)
≥80% AKG	17	13,0	114	87,0	131		
4. Tingkat Pengetahuan Ibu							
Kurang	33	23,9	105	76,1	138	0,045	1,899 (1,053-3,425)
Baik	23	14,2	139	85,8	162		
5. Tingkat Pendidikan Ibu							
Rendah	3	6,8	41	93,2	44	0,082	0,293 (0,086-0,996)
Menengah	15	22,7	51	77,3	66		0,249 (0,067-0,918)
Tinggi	38	20,0	152	80,0	190		
6. Tingkat Ekonomi Keluarga							
Rendah	42	19,5	173	80,5	215	0,653	1,231 (0,633-2,394)
Tinggi	14	16,5	71	83,5	85		
7. Kunjungan Ke Posyandu							
Kurang	28	22,0	99	78,0	127	0,255	1,465 (0,818-2,623)
Baik	28	16,2	145	83,8	173		

Variabel	Status Gizi Baduta				Total	p Value	OR (95% CI)
	Kurang		Baik				
	n	%	n	%			
8. Akses ke Pelayanan kesehatan							
Sulit	4	25,0	12	75,0	16	0,735	1,487 (0,461-4,796)
Mudah	52	18,3	232	81,7	284		
9. Monitoring Berat Badan							
Kurang	34	18,5	150	81,5	184	1,000	0,968 (0,534-1,756)
Baik	22	19,0	94	81,0	116		
10. Penyuluhan Di Posyandu							
Tidak Pernah	32	17,4	152	82,6	184	0,589	0,680 (0,328-1,411)
Kurang	13	23,6	42	76,4	55		0,957 (0,449-2,038)
Baik	11	18,0	50	82,0	61		
11. Suplementasi Kapsul Vit A							
Tidak Pernah	2	11,1	16	88,9	18	0,573	0,552 (0,122-2,494)
Kurang	13	21,7	47	78,3	60		0,452 (0,092-2,223)
Baik	41	18,5	181	81,5	222		
12. Pemberian MP-ASI							
Tidak Pernah	48	18,0	219	82,0	267	0,276	1,425 (0,311-6,521)
Kurang	6	33,3	12	66,7	18		0,438 (0,157-1,226)
Baik	2	13,3	13	86,7	15		

5.3.1. Hubungan antara Penyakit Infeksi Dengan Status Gizi.

Baduta dengan status kurang gizi sebagian besar (21,8%) ditemui pada baduta yang mengalami penyakit infeksi. Baduta yang tidak mengalami penyakit infeksi proporsi yang mengalami kurang gizi lebih kecil (8,5%). Pada tabel 5.22 terlihat adanya hubungan yang bermakna antara penyakit infeksi dengan status gizi baduta ($p < 0,05$). Nilai OR = 3,026 (95% CI: 1,239-7,392), hal ini dapat diartikan bahwa baduta yang mengalami penyakit infeksi beresiko 3,026 kali mengalami kurang gizi dibanding baduta yang tidak mengalami penyakit infeksi.

5.3.2. Hubungan antara Asupan Energi Dengan Status Gizi.

Konsumsi merupakan salah satu faktor langsung yang mempengaruhi status gizi baduta. Pada tabel 5.22 terlihat bahwa baduta dengan asupan energi < 80% AKG memiliki proporsi baduta kurang gizi lebih besar (22,0%) dibanding baduta dengan asupan energi \geq 80% AKG (9,1%). Dari uji statistik *chi square* terdapat hubungan yang bermakna antara asupan energi dengan status gizi baduta nilai $p < 0,05$ (0,020). Nilai OR = 2,816 (95% CI:1,217-6,517). Dengan melihat nilai OR dapat diartikan bahwa, baduta dengan asupan energi < 80% beresiko 2,816 kali mengalami kurang gizi dibanding baduta dengan asupan \geq 80% AKG.

5.3.3. Hubungan antara Asupan Protein Dengan Status Gizi.

Selain asupan energi, asupan protein merupakan faktor langsung yang mempengaruhi status gizi baduta. Pada tabel 5.22 terlihat baduta dengan asupan protein < 80%AKG memiliki proporsi kurang gizi lebih besar (23,1%) dibanding baduta dengan asupan protein \geq 80% AKG (13,0%). Dari hasil uji statistik terdapat hubungan yang bermakna antara asupan protein dengan status gizi baduta ($p < 0,05$), dengan nilai OR = 2,012 (95% CI:1,079-3,750). Dari nilai OR dapat diartikan, baduta dengan asupan protein < 80% AKG beresiko mengalami kurang gizi 2,012 kali dibanding baduta dengan asupan protein \geq 80% AKG.

5.3.4. Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Ibu Dengan Status Gizi Baduta.

Ibu dengan tingkat pengetahuan kurang memiliki proporsi baduta kurang gizi lebih besar (23,9%) dibanding dengan ibu yang memiliki tingkat pengetahuan baik (14,2%). Berdasarkan uji *chi square* terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dan status gizi baduta dengan nilai $p < 0,05$ (0,045). Nilai OR = 1,899 (95% CI:1,053-3,425). Dari nilai OR dapat diartikan ibu dengan pengetahuan kurang mempunyai peluang 1,899 kali memiliki baduta kurang gizi dibanding dengan ibu dengan pengetahuan baik.

5.3.5. Hubungan antara Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Status Gizi Baduta.

Proporsi baduta kurang gizi paling besar ditemui pada ibu dengan tingkat pendidikan menengah (22,7%) dan paling kecil ditemui pada ibu dengan tingkat pendidikan rendah (6,8%) seperti pada tabel 5.22. Dari uji *chi square* tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi baduta ($p > 0,05$).

5.3.6. Hubungan antara Tingkat Ekonomi Keluarga Dengan Status Gizi Baduta.

Keluarga dengan tingkat ekonomi rendah memiliki proporsi baduta kurang gizi lebih besar (19,5%) dibanding keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi (16,5%). Berdasarkan hasil uji *chi square* tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat ekonomi keluarga dengan status gizi baduta dengan nilai $p > 0,05$ (0,653). Meskipun tidak terdapat hubungan yang bermakna namun ada kecenderungan

semakin baik tingkat ekonomi keluarga maka status gizi baduta akan lebih baik. Untuk lebih jelasnya hubungan kedua variabel dapat dilihat pada tabel 5.22.

5.3.7. Hubungan antara Kunjungan Ke Posyandu Dengan Status Gizi Baduta

Baduta yang berkunjung dengan baik ke Posyandu memiliki proporsi lebih kecil baduta yang mengalami kurang gizi (16,2%) dibanding baduta yang berkunjung kurang baik (22,0%). Hubungan antara kunjungan ke posyandu dengan status gizi baduta dapat dilihat pada tabel 5.22. Berdasarkan uji *chi square* tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kunjungan ke posyandu dengan status gizi baduta dengan nilai $p > 0,05$ (0,255), namun terdapat kecenderungan baduta yang berkunjung secara teratur ke posyandu mempunyai status gizi yang lebih baik.

5.3.8. Hubungan antara Akses Ke Pelayanan Kesehatan Dengan Status Gizi Baduta

Responden yang menyatakan bahwa akses ke pelayanan kesehatan itu sulit memiliki proporsi baduta yang kurang gizi lebih besar (25,0%) dibanding ibu yang menyatakan akses ke pelayanan kesehatan itu mudah (18,3%). Berdasarkan hasil uji *chi square* tidak terdapat hubungan yang bermakna antara akses ke pelayanan kesehatan dengan status gizi baduta dengan nilai $p > 0,05$ (0,735) seperti terlihat pada tabel 5.22.

5.3.9. Hubungan antara Monitoring Berat Badan Dengan Status Gizi Baduta.

Proporsi baduta yang kurang gizi lebih besar ditemui pada baduta yang berat badannya di monitoring secara baik (19,0%), dibanding baduta dengan monitoring berat badan kurang baik (18,5%). Dari hasil uji chi square tidak terdapat hubungan yang bermakna antara monitoring berat badan dengan status gizi dengan nilai $p > 0,05$ (1,000).

5.3.10. Hubungan antara Penerimaan Penyuluhan di Posyandu Dengan Status Gizi Baduta.

Ibu yang tidak pernah menerima penyuluhan memiliki proporsi baduta kurang gizi lebih kecil (17,4%) dibanding ibu yang menerima penyuluhan kurang dan baik (23,6%). Dari hasil uji *chi square* tidak terdapat hubungan yang bermakna antara penerimaan penyuluhan di posyandu dengan status gizi baduta dengan nilai $p > 0,05$ (0,589). Hubungan antara penerimaan penyuluhan dengan status gizi dapat dilihat pada tabel 5.22.

5.3.11. Hubungan antara Suplementasi Kapsul Vitamin A Dosis Tinggi Dengan Status Gizi Baduta.

Proporsi baduta kurang gizi lebih kecil ditemui pada baduta yang tidak pernah mendapatkan kapsul vitamin A (11,1%) dibanding baduta yang mendapat kapsul vitamin A kurang dan baik. Proporsi baduta kurang gizi paling besar ditemui pada baduta yang mendapatkan kapsul vitamin A kurang (21,7%). Dari hasil uji *chi square* tidak terdapat hubungan yang bermakna antara suplementasi kapsul vitamin

A dengan status gizi baduta dengan nilai $p < 0,05$ (0,573). Hubungan antara dua variabel diatas dapat dilihat pada tabel 5.22.

5.3.12. Hubungan antara Pemberian MP-ASI Dengan Status Gizi

Pada tabel 5.22 terlihat bahwa baduta yang kurang gizi proporsi terbesar ditemui pada baduta yang mendapatkan MP-ASI kurang (33,3%). Proporsi baduta yang kurang gizi lebih kecil ditemui pada baduta yang mendapat MP-ASI baik (13,3%). Tidak ada hubungan yang bermakna antara pemberian MP-ASI dengan status gizi baduta dengan $p > 0,05$ (0,275) setelah diuji dengan chi square.

5.4. Analisa Multivariat.

Analisa multivariat dilakukan untuk melihat variabel independen yang paling dominan mempengaruhi variabel dependen. Analisis yang dilakukan untuk melihat variabel independen yang berhubungan secara dominan dengan uji regresi logistik ganda.

Variabel independen yang akan dimasukkan dalam uji regresi logistik ganda adalah variabel yang telah melalui proses penyaringan dengan analisis bivariat. Kandidat yang menjadi model adalah yang memiliki nilai probabilitas $< 0,25$ (Hastono,2007). Hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 5.23

Tabel 5.23
 Hasil Analisis Bivariat Antara Variabel Independen
 Dengan Variabel Dependen

No	Variabel	Nilai p
1	Penyakit Infeksi	0,007 *
2	Asupan Energi	0,008 *
3	Asupan Protein	0,024 *
4	Tingkat Pengetahuan Ibu	0,031 *
5	Tingkat Pendidikan Ibu	0,051 *
6	Tingkat Ekonomi Keluarga	0,535
7	Akses ke Pelayanan Kesehatan	0,519
8	Kunjungan Baduta ke Posyandu	0,200 *
9	Monitoring Berat Badan	0,916
10	Penyuluhan di Posyandu	0,720
11	Suplementasi Kapsul Vitamin A Dosis Tinggi	0,813
12	Pemberian MP-ASI pada Baduta Gakin	0,754

* : Variabel yang menjadi kandidat model untuk masuk dalam analisa multivariat.

Dari tabel 5.23 terlihat bahwa dari 12 variabel independen yang menjadi kandidat model untuk analisa multivariat adalah variabel penyakit infeksi, asupan energi, asupan protein, tingkat pengetahuan ibu, tingkat pendidikan ibu, dan kunjungan baduta ke posyandu. Selanjutnya dilakukan uji statistik dengan regresi logistik ganda secara bertahap untuk melihat variabel yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen (status gizi).

Analisis dilakukan secara bertahap, dan setiap tahapan dikeluarkan kandidat model yang mempunyai nilai $p > 0,05$. Selain p value, dalam analisis juga memperhatikan nilai OR. Apabila kandidat model dikeluarkan dan ditemui perbedaan nilai OR > 10% maka kandidat model yang telah dikeluarkan dimasukkan kembali dalam analisis selanjutnya (Hastono, 2007)..

5.4.1. Model Tahap I

Dari hasil analisis permodelan tahap pertama seperti terlihat pada tabel 5.24 dari semua variabel, asupan protein merupakan variabel dengan nilai p tertinggi (0,529). Untuk analisis selanjutnya variabel asupan protein tidak diikuti dalam kandidat model.

Tabel 5.24
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Pertama Antara Variabel Independen Dengan Variabel dependen.

No	Variabel	Nilai p	OR	95% CI
1	Penyakit Infeksi	0,029	2.781	1.108-6,980
2	Asupan Energi	0,110	2.275	0.829-6,242
3	Asupan Protein	0.529*	1.278	0.599-2,726
4	Tingkat Pengetahuan Ibu	0,005	2.667	1.343-5,297
5	Tingkat Pendidikan Ibu	0,019		
	Pendidikan ibu menengah	0,034	0.238	0,063-0,900
	Pendidikan ibu rendah	0,005	0.158	0.043-0,574
6	Kunjungan ke Posyandu	0,446	1.270	0,687-2,345

* : Variabel yang akan dikeluarkan dari model untuk analisa tahap selanjutnya.

5.4.2. Permodelan Tahap II.

Hasil analisis model tahap kedua seperti pada tabel 5.25 dimana variabel asupan protein dikeluarkan dari kandidat model. Setelah variabel asupan protein dikeluarkan dari kendidat model, variabel yang menunjukkan nilai $p > 0,05$ adalah variabel kunjungan ke posyandu. Untuk menentukan apakah variabel asupan protein tetap dikeluarkan dari kandidat model, dilihat dari perubahan nilai OR sebelum dan sesudah variabel asupan protein dikeluarkan sebagai kandidat model. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.26.

Tabel 5.25
 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Kedua Antara Variabel Independen
 Dengan Variabel dependen.

No	Variabel	Nilai p	OR	95% CI
1	Penyakit Infeksi	0,028	2,798	1,115-7,020
2	Asupan Energi	0,026	2,683	1,124-6,404
3	Tingkat Pengetahuan Ibu	0,004	2,713	1,370-5,374
4	Tingkat Pendidikan Ibu	0,019		
	Pendidikan ibu menengah	0,034	0,238	0,063-0,897
	Pendidikan ibu rendah	0,005	0,158	0,043-0,574
5	Kunjungan ke Posyandu	0,439*	1,274	0,690-2,351

* Variabel yang akan dikeluarkan untuk permodelan berikutnya.

Tabel 5.26
 Perbedaan Nilai OR Setelah variabel Asupan Protein
 Dikeluarkan Dari Model

No	Variabel	Nilai OR Dengan Variabel Asupan Protein	Nilai OR Tanpa Variabel Asupan Protein	Perubahan OR (%)
1	Penyakit Infeksi	2,781	2,798	0,6
2	Asupan Energi	2,275	2,683	17,9
3	Tingkat Pengetahuan	2,667	2,713	1,7
4	Tingkat Pendidikan Ibu			
	Pendidikan ibu menengah	0,238	0,238	0
	Pendidikan ibu rendah	0,158	0,158	0
5	Kunjungan ke Posyandu	1,274	1,274	0

Setelah variabel asupan protein dikeluarkan dari model terlihat adanya perbedaan nilai OR > 10% untuk asupan energi (19,4%). Dengan adanya perbedaan nilai OR > 10% selanjutnya variabel asupan protein diikutkan kembali sebagai kandidat model. Dari tabel 5.24 variabel yang memiliki p value > 0,05 setelah asupan protein adalah variabel kunjungan ke posyandu. Untuk analisis selanjutnya variabel kunjungan ke posyandu dikeluarkan sebagai kandidat model.

5.4.3. Permodelan Tahap III.

Seleksi tahap III dengan dikeluarkannya variabel kunjungan ke posyandu sebagai kandidat model dapat dilihat pada tabel 5.27.

Tabel 5.27
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Ketiga Antara Variabel Independen Dengan Variabel dependen.

No	Variabel	Nilai p	OR	95% CI
1	Penyakit Infeksi	0,026	2,838	1,132-7.112
2	Asupan Energi	0,102*	2,316	0,846-6,341
3	Asupan Protein	0,518	1,284	0,602-2,736
4	Tingkat Pengetahuan Ibu	0,005	2,677	1,348-5,309
5	Tingkat Pendidikan Ibu	0,017		
	Pendidikan ibu menengah	0,032	0,233	0,062-0,879
	Pendidikan ibu rendah	0,005	0,158	0,043-0,562

* Variabel yang akan dikeluarkan untuk permodelan berikutnya.

Hasil analisis model tahap ketiga dengan tidak dikutkannya variabel kunjungan ke posyandu sebagai kandidat model seperti terlihat pada tabel 5.27, asupan energi merupakan variabel dengan nilai $p > 0,05$. Sebelum melakukan analisis selanjutnya dengan dikeluarkannya variabel asupan energi sebagai kandidat model terlebih dahulu dilihat perubahan nilai OR sebelum dan setelah variabel kunjungan ke posyandu dikeluarkan dari kandidat model. Perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.28.

Tabel 5.28.
Perbedaan Nilai OR Setelah variabel Kunjungan Ke Posyandu
Dikeluarkan Dari Model

No	Variabel	Nilai OR Dengan Variabel Kunjungan	Nilai OR Tanpa Variabel Kunjungan	Perubahan OR (%)
1	Penyakit Infeksi	2,781	2,838	2,0
2	Asupan Energi	2,275	2,316	1,8
3	Asupan Protein	1,278	1,284	0,47
4	Tingkat Pengetahuan Ibu	2,667	2,676	0,33
5	Tingkat Pendidikan Ibu			
	Pendidikan ibu menengah	0,238	0,233	2,1
	Pendidikan ibu rendah	0,158	0,155	1,8

Setelah variabel kunjungan ke posyandu dikeluarkan dari model, tidak ditemui adanya perbedaan $OR > 10\%$. Selanjutnya variabel kunjungan ke posyandu tidak diikuti sebagai kandidat model.

5.4.4. Permodelah Tahap IV.

Hasil analisis permodelan tahap ketiga tanpa diikutkannya variabel asupan kalori sebagai kandidat model dapat dilihat pada tabel 5.29.

Tabel 5.29
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Keempat Antara Variabel Independen
Dengan Variabel dependen.

No	Variabel	Nilai p	OR	95% CI	
1	Penyakit Infeksi	0.020	2.953	1.184	7.366
2	Asupan Protein	0.060	1.863	0.975	3.562
3	Tingkat Pengetahuan Ibu	0.006	2.561	1.303	5.035
4	Tingkat Pendidikan Ibu	0,019			
	Pendidikan ibu menengah	0,032	0,233	0,062-	0,881
	Pendidikan ibu rendah	0.005	0,155	0,044-	0,578

Setelah variabel asupan kalori dikeluarkan dari kandidat model seperti terlihat pada tabel 5.29, semua variabel mempunyai nilai $p < 0,05$, namun untuk memastikan apakah model diatas merupakan model terakhir, kembali dilakukan analisis untuk melihat perubahan nilai OR sebelum dan sesudah variabel asupan energi dikeluarkan sebagai kandidat model. Hasil analisis perubahan nilai OR dapat dilihat pada tabel 5.30.

Tabel 5.30.
Perbedaan Nilai OR Setelah variabel Asupan Energi
Dikeluarkan Dari Model

No	Variabel	Nilai OR Dengan Variabel Asupan Kalori	Nilai OR Tanpa Variabel Asupan Kalori	Perubahan OR (%)
1	Penyakit Infeksi	2.781	2.953	6,1
2	Asupan Protein	1.278	1.863	45
3	Tingkat Pengetahuan Ibu	2.667	2.561	3,9
4	Tingkat Pendidikan Ibu			
	Pendidikan ibu menengah	0.238	0.234	1,6
	Pendidikan ibu rendah	0.158	0,160	1,2

Dengan dikeluarkan variabel asupan kalori dari model analisis, terlihat adanya perubahan nilai OR $> 10\%$. Perubahan nilai OR $> 10\%$ terlihat pada variabel asupan protein (45%) seperti terlihat pada tabel 5.28. Karena ada perubahan OR $> 10\%$, maka variabel asupan kalori dimasukkan kembali kedalam tahap analisis selanjutnya.. Hasil analisis model kelima dapat dilihat pada tabel 5.31.

5.4.5. Model Akhir.

Setelah seleksi semua variabel kandidat dilakukan, didapatkan model akhir dari seleksi multivariat seperti terlihat pada tabel 5.31.

Tabel 5.31
 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Akhir Antara Variabel Independen
 Dengan Variabel dependen.

No	Variabel	Nilai p	OR	95% CI
1	Penyakit Infeksi	0.026	2.838*	1.132- 7.112
2	Asupan Energi	0.102	2.316	0.846- 6.341
3	Asupan Protein	0.518	1.284	0.602- 2.736
4	Tingkat Pengetahuan Ibu	0.005	2.676	1.348- 5.309
5	Tingkat Pendidikan Ibu	0,017		
	Pendidikan ibu menengah	0.238	0.234	0.062- 0.879
	Pendidikan ibu rendah	0.155	0,160	0,043- 0.562

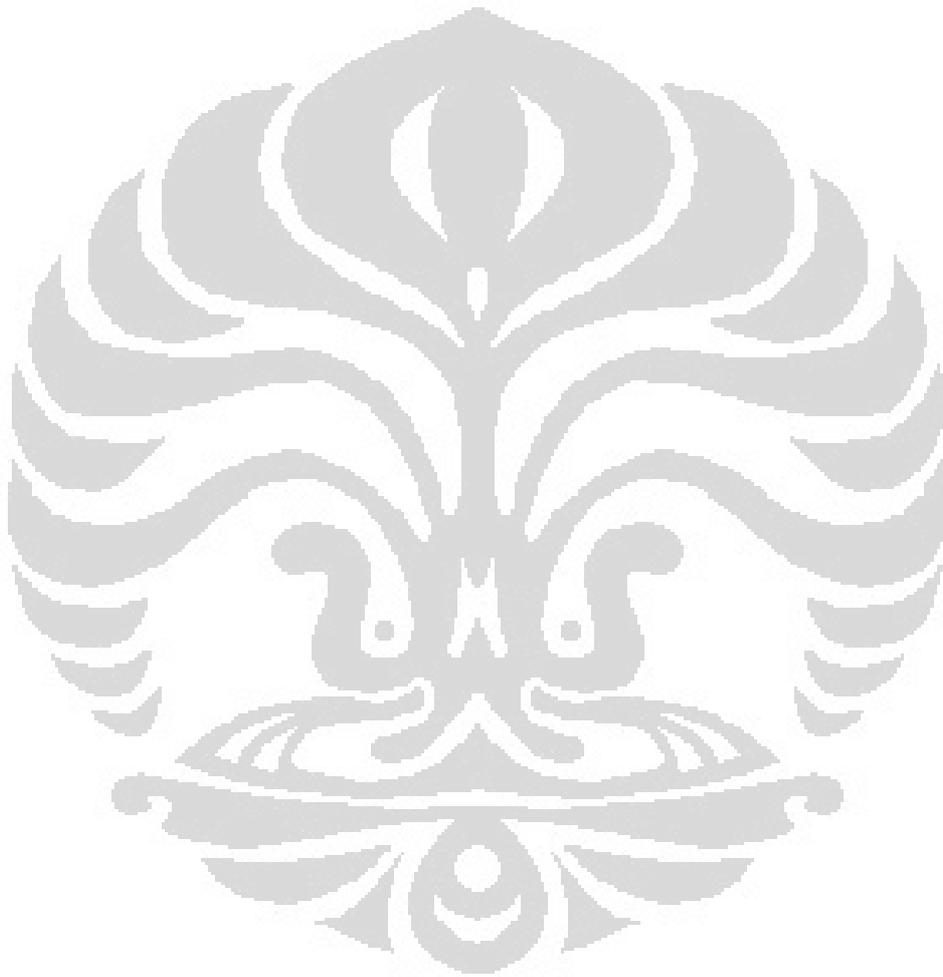
* Variabel yang dominan berhubungan dengan status gizi baduta.

Dari permodelan terakhir dengan dimasukan kembali variabel asupan kalori sebagai kandidat model, tidak ditemui variabel yang mempunyai nilai $p < 0,05$ seperti terlihat pada tabel 5.30. Dari analisis model terakhir, diketahui bahwa variabel yang berhubungan dengan status gizi baduta adalah : Penyakit infeksi dengan nilai OR = 2,838 setelah dikontrol dengan variabel asupan energi, asupan protein, pengetahuan ibu, dan pendidikan. Pengetahuan ibu dengan nilai OR = 2,676 setelah dikontrol dengan variabel penyakit infeksi, asupan energi, asupan protein, pengetahuan ibu, dan pendidikan ibu. Pendidikan ibu setelah dikontrol dengan penyakit infeksi, asupan energi, asupan protein, dan pengetahuan ibu.

Berdasarkan nilai OR, maka variabel penyakit infeksi merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan status gizi baduta dengan nilai OR= 2,838 Dengan nilai OR= 2,838 dapat diartikan bahwa baduta yang mengalami penyakit infeksi beresiko 2,838 kali (95% CI : 1,132-7,112) mengalami kurang gizi dibanding baduta yang tidak mengalami penyakit infeksi setelah dikontrol dengan variabel,

asupan kalori, asupan protein, tingkat pengetahuan dan pendidikan ibu pada baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.

Dari hasil analisis multivariat diketahui bahwa asupan energi dan asupan protein merupakan variabel kounfounding terhadap status gizi baduta dan penyakit infeksi.



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian.

6.1.1. Rancangan Penelitian.

Penelitian ini dengan menggunakan rancangan potong lintang (*cross sectional study*) dimana variabel independen dan variabel dependen dilihat pada waktu bersamaan, sehingga tidak dapat melihat hubungan sebab akibat. Salah satu kelemahan dari rancangan penelitian ini adalah tidak dapat menjelaskan urutan waktu terjadinya kurang gizi pada variabel dependen.

6.1.2. Kualitas Data.

Dalam pengumpulan data alat yang digunakan berupa kuesioner dan alat antropometri. Dalam pengisian kuesioner tergantung daya ingat responden, kadang responden diharapkan mengingat apa yang telah dilakukan dalam waktu yang cukup lama seperti penyakit infeksi. Pertanyaan tentang ekonomi keluarga sebagian responden merasa merupakan hal yang sensitif sehingga dalam penggalan data kemungkinan terjadi bias. Untuk menghindari bias, selain data pengeluaran juga dikumpulkan data tentang pendapatan keluarga sehingga dapat dilakukan pengecekan ulang..

Untuk data konsumsi pada saat wawancara kemungkinan ada responden yang memberikan informasi yang tidak sesuai karena perasaan takut atau malu telah

memberikan makanan yang tidak sesuai pada baduta. Dalam melakukan wawancara tentang asupan dilakukan pendekatan kepada responden sehingga mau mengungkapkan apa yang sebenarnya dikonsumsi baduta.

Dalam pelaksanaan pengukuran berat badan baduta seringkali dilakukan secara berulang karena baduta tidak mau untuk ditimbang, begitu juga pada saat pengukuran panjang badan baduta, kebanyakan baduta pada saat diukur menangis sehingga dalam melaksanakan pengukuran tidak dapat dilakukan secara berulang-ulang. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan baduta dilakukan sebanyak dua kali untuk menghindari bias.

6.1.3. Variabel Penelitian.

Penelitian ini melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi baduta baik dari segi karakteristik keluarga maupun dari segi pemanfaatan program. Seperti terlihat pada kerangka teori banyak faktor yang mempengaruhi status gizi baduta diluar dari variabel yang diteliti seperti pola asuh, sanitasi, ketersediaan pangan di tingkat pasar atau keluarga. Namun pada penelitian ini difokuskan pada variabel seperti terlihat pada kerangka konsep penelitian.

6.2. Status Gizi Baduta.

Status gizi baduta berdasarkan indikator BB/TB dari hasil penelitian menunjukkan persentase baduta yang kurang gizi sebesar 18,3%, prevalensi ini diatas prevalensi hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2007 di Kota Pariaman. Hasil

PSG tahun 2007 prevalensi balita yang kurang gizi berdasarkan indikator BB/TB di Kecamatan Pariaman Tengah sebesar 13,5%.

Tingginya prevalensi anak yang kurang gizi dari hasil penelitian kemungkinan disebabkan karena sampel yang diambil adalah anak yang berumur dibawah 2 tahun. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Jahari (2000) terjadi peningkatan prevalensi balita gizi kurang pada anak usia dibawah dua tahun dibanding anak yang berusia diatas 2 tahun.

Hasil penelitian lembaga Demografi Universitas Indonesia di 7 propinsi tahun 1997 dan 1998 memperlihatkan adanya kecenderungan hasil yang sama dengan Susenas tahun 1998. Pada anak usia 6-23 bulan ditemukan kenaikan prevalensi gizi kurang sebesar 4,0%. Angka ini lebih tinggi dibanding pada kelompok umur lainnya (Jahari, 2000).

Data dasar program pertumbuhan Anak Usia Dini di tiga propinsi yaitu Sulawesi Selatan, Jawa Barat, dan Bali tahun 1998, menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang pada kelompok umur 6-23 bulan lebih tinggi dibanding kelompok umur lainnya. Di Bali prevalensi gizi kurang pada anak usia 6-23 bulan 19,9%, di Sulawesi Selatan 36,8%, dan di Jawa Barat sebesar 32,0% (Thaha dkk,2000). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Permaesih dkk (2000) pada saat krisis ekonomi di Bogor, prevalensi underweight pada balita umur 12-23 bulan sebesar 47,3%.

Tingginya prevalensi baduta gizi kurang pada anak usia 6-24 bulan dibanding kelompok umur lainnya disebabkan karena usia ini merupakan usia rawan dimana gagal tumbuh (*growth failure*) umum terjadi (Jahari, 2000). Pada usia ini anak mulai

disapuh dan diperkenalkan dengan MP-ASI. Asupan makanan sangat tergantung dari apa yang diberikan oleh orang tuanya.

6.3. Hubungan Karakteristik Responden Dengan Status Gizi Baduta.

6.3.1. Penyakit Infeksi.

Kekurangan pangan tidak hanya mengakibatkan terjadinya penyakit gizi, tetapi juga penting dalam hubungannya dengan riwayat alamiah penyakit lain. Penyakit menular akan cepat berkembang pada saat kejadian kurang pangan atau kelaparan. Anak yang mendapat makanan cukup, tetapi sering diserang diare atau demam akhirnya akan menderita kurang gizi, demikian juga pada anak yang makan tidak cukup, maka daya tahan tubuhnya (imunitas) dapat melemah dan dalam keadaan demikian akan mudah diserang infeksi (Depkes RI,2005).

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 300 baduta di kota Pariaman 76,3% baduta mengalami sakit infeksi dalam satu bulan terakhir. Proporsi kurang gizi pada baduta yang mengalami sakit infeksi lebih tinggi (21,8%) dibanding baduta yang tidak mengalami sakit infeksi ($p<0,05$).

Adanya hubungan yang bermakna antara penyakit infeksi dengan status gizi baduta juga ditemui dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Praja (2003) di empat propinsi: Propinsi Sumatera Barat, Jawa barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Menurut Praja, anak yang mengalami penyakit infeksi mengalami gizi kurang sebesar 33,2%, dan anak yang tidak mempunyai penyakit infeksi prevalensi gizi kurang sebesar 29,8% ($p<0,05$).

Sesuai dengan hasil penelitian Sitepu (2006), baduta yang mengalami penyakit infeksi lebih proporsinya lebih besar (88,7%) mengalami kurang gizi dibanding baduta yang tidak mengalami penyakit infeksi ($p < 0,005$)

Menurut UNICEF (1998) *dalam* Azwar (2004) bahwa status gizi secara langsung dipengaruhi oleh konsumsi dan penyakit infeksi. Antara asupan dan penyakit infeksi saling berintegrasi, dimana anak yang sakit menyebabkan hilangnya nafsu makan sehingga asupan menjadi menurun. Anak yang mengalami kurang gizi akan mudah diserang penyakit karena turunnya daya tahan tubuh. Penyakit infeksi adalah penyakit yang peka terhadap rendahnya daya tahan tubuh anak. Penyakit infeksi seringnya apapun dapat memberikan dampak negatif terhadap status gizi anak.

Dari hasil tabulasi silang antara variabel asupan energi dan protein dengan penyakit infeksi didapatkan bahwa adanya kecenderungan anak yang mengalami sakit infeksi mempunyai asupan energi dan protein $< 80\%$ AKG.

Menurut Bwibo (1990) *dalam* Praja (2003) akibat adanya penyakit infeksi dilihat dari antropometri dapat merugikan pada pertumbuhan anak, Anak akan menjadi malnutrisi dan secara fisik akan terlihat kurus, kecil dan lesu, bahkan dapat menyebabkan kematian. Penyakit infeksi pada anak akan mengganggu metabolisme yang membuat ketidakseimbangan hormon dan mengganggu fungsi imunitas. Anak yang mengalami infeksi berulang dan kronis akan mengalami gangguan gizi dan imunitas.

6.3.2. Asupan Energi dan Protein.

Makanan merupakan kebutuhan dasar manusia yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan, untuk mencapai pertumbuhan yang optimal diperlukan makanan yang tercukupi baik secara kuantitas maupun kualitasnya. Kebiasaan mengkonsumsi makanan yang baik akan menyebabkan status gizi akan baik, hal ini dapat terjadi apabila telah tercipta keseimbangan antara asupan dengan kebutuhan (Suhardjo, 1989).

Anak baduta merupakan golongan yang berada dalam masa pertumbuhan yang pesat dan membutuhkan asupan gizi yang cukup, baik kuantitas maupun kualitas. Asupan makanan pada baduta sangat tergantung kepada konsumsi pangan keluarga. Kekurangan asupan gizi pada baduta ditandai dengan menurunnya kemampuan fisik, terganggunya pertumbuhan, perkembangan, dan kemampuan berpikir (Winarno, 1990).

Dari hasil penelitian terlihat bahwa baduta dengan asupan energi $< 80\%$ AKG memiliki proporsi lebih tinggi (22,0%) mengalami kurang gizi ($p < 0,05$) dibanding baduta dengan asupan $\geq 80\%$ AKG. Begitu juga dengan asupan protein, baduta dengan asupan protein $< 80\%$ AKG memiliki proporsi lebih tinggi (23,1%) mengalami kurang gizi ($p < 0,05$) dibanding baduta dengan asupan protein $\geq 80\%$ AKG.

Hasil penelitian Hermasyah (2002) menunjukkan bahwa konsumsi energi dan protein berhubungan dengan status gizi balita. Balita dengan konsumsi energi kurang mempunyai peluang 31,19 kali menderita KEP dibandingkan balita dengan konsumsi

energi cukup, sedangkan balita dengan konsumsi protein kurang mempunyai peluang 6,73 kali menderita KEP dibanding balita yang konsumsinya cukup.

Hasil penelitian yang sama dikemukakan oleh Amos (2000) dimana Amos menemukan bahwa konsumsi energi dan protein berhubungan bermakna dengan status gizi balita, balita dengan konsumsi kurang, beresiko mengalami KEP 3,92 kali dibanding balita yang konsumsi energinya cukup, dan balita dengan konsumsi protein kurang beresiko mengalami KEP 2,07 kali dibanding balita yang konsumsinya cukup. (Orisinal,2003) menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara konsumsi energi dengan status gizi balita.

6.3.3. Pengetahuan Ibu.

Pengetahuan yang dimiliki seorang ibu memberikan dampak terhadap pola asuh yang dilakukan kepada balitanya. Praja (2003) menyatakan, pengasuhan biasanya menyangkut, pemberian ASI dan makanan pendamping ASI bagi Baduta, stimulasi psikososial anak dan pemberian dukungan untuk tumbuh

Secara umum perilaku konsumsi makanan seseorang atau keluarga sangat erat kaitannya dengan wawasan dan cara pandang yang dimiliki oleh ibu yang dipengaruhi oleh informasi yang diterimanya dari berbagai sumber.

Distribusi ibu baduta dengan tingkat pengetahuan kurang dari hasil penelitian sebesar 46,0%. Ibu dengan tingkat pengetahuan kurang memiliki proporsi lebih tinggi (23,9%) baduta dengan status kurang gizi dibanding ibu dengan tingkat pengetahuan baik ($p < 0,05$).

Adanya hubungan antara tingkat pengetahuan ibu dengan status gizi baduta juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Praja (2003). Dari hasil penelitian yang dilakukan Praja, ibu dengan tingkat pengetahuan rendah memiliki anak berstatus gizi kurang lebih tinggi (31,8%) dibanding dengan ibu yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi (28,8%).

Menurut Widayani, dkk (2001) bahwa adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu dengan status gizi balita. Imam Hadi (2005) menyatakan bahwa proporsi balita yang mengalami kurang gizi lebih banyak ditemukan pada ibu dengan tingkat pengetahuan rendah (39%) dibanding ibu dengan tingkat pengetahuan tinggi ($P < 0,005$).

Sitepu (2006) mengemukakan proporsi baduta dengan status gizi baik lebih banyak (67,4%) ditemukan pada ibu dengan tingkat pengetahuan baik dibanding ibu dengan tingkat pengetahuan kurang ($P < 0,05$).

6.3.4. Tingkat Pendidikan Ibu.

Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan dalam melakukan suatu tindakan. Konsumsi makanan seseorang atau keluarga sangat erat kaitannya sistem (nilai) tindakan, dimana sistem tersebut berkaitan salah satunya dengan pendidikan seseorang. Pendidikan ibu berhubungan positif dengan mutu gizi keluarga (Hardisyah, 1996).

Pendidikan ibu merupakan faktor yang mempengaruhi status gizi, semakin tinggi pendidikan ibu, akan semakin pandai menjaga kesehatan diri, anak dan

keluarganya, dan jika anak sakit lebih tahu kapan dan kemana anak dibawa dan diminta pertolongan (Koblinsky,1997) *dalam* Orisinal (2003). Pendidikan ibu yang rendah akan berpengaruh terhadap pengetahuan gizi dan kesehatan anggota keluarganya, yang pada gilirannya akan mempengaruhi dalam pemilihan macam bahan makanan dan waktu pemberiannya.

DPD Pergizi Pangan Sumbar (2001) mengemukakan bahwa dari 1052 balita yang menderita KEP, 60%, diantaranya berasal dari ibu yang berpendidikan SLTP atau kurang. Analisis data Susenas (BPS,1998) melaporkan bahwa pada masyarakat dengan rata-rata pendidikan rendah menunjukkan prevalensi KEP yang tinggi. Penelitian oleh HKI (DPD Pergizi Pangan Sumbar, 2001) menunjukkan bahwa Ibu yang mempunyai pendidikan rendah dari hasil penelitian sebesar 14,7%. Ibu dengan pendidikan rendah memiliki proporsi lebih rendah (6,8%) baduta yang kurang gizi dibanding dengan ibu dengan pendidikan tinggi ($p>0,05$).

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Azrimaidaliza dimana dari hasil penelitiannya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi baduta. Dimana Azrimaidaliza menemukan persentase baduta dengan status gizi kurang pada ibu dengan pendidikan tinggi dan ibu berpendidikan rendah masing-masingnya 34,2% dan 34,5%.

Ibu dengan tingkat pendidikan tinggi belum menjamin ketersediaan asupan yang cukup bagi balitanya. Menurut UNICEF (1998) *dalam* Azwar (2004) bahwa selain asupan zat gizi faktor lain yang langsung mempengaruhi status gizi adalah ada

atau tidak adanya penyakit infeksi. Dari tabulasi silang didapat bahwa ada kecenderungan ibu dengan tingkat pendidikan rendah memiliki anak mengalami penyakit infeksi lebih kecil dibanding ibu dengan tingkat pendidikan tinggi ($p > 0,05$).

6.3.5. Tingkat Ekonomi Keluarga.

Kurangnya ketersediaan pangan dalam keluarga berhubungan dengan pendapatan keluarga. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan lain yang menyebabkan orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan (Sajogjo, 1977). Keluarga dan masyarakat yang berpenghasilan rendah, mempergunakan sebagian besar dari keuangannya untuk membeli makanan dan bahan makanan serta membelanjakan uang lebih sedikit (Suharjo, 1989).

Menurut Sajogyo (1977) data pengeluaran rumah tangga lebih menggambarkan pendapatan rumah tangga yang meliputi penghasilan ditambah hasil-hasil lainnya seperti pemakaian tabungan masa lalu, pinjaman dan pemberian. Data pengeluaran menggambarkan pola konsumsi rumah tangga dalam mengalokasikan pendapatan yang biasanya relatif tetap, sehingga pengeluaran lebih mencerminkan pendapatan yang sebenarnya.

Tingkat kesejahteraan suatu rumah tangga dapat diukur melalui besarnya pengeluaran yang dikeluarkan oleh rumah tangga bersangkutan. Semakin besar pengeluaran rumah tangga, terutama porsi pengeluaran untuk bukan makanan, maka tingkat kesejahteraan rumah tangga bersangkutan semakin baik (BPS, 2004).

Pada kondisi terbatas, prioritas akan diberikan pada pemenuhan kebutuhan makanan, sehingga pada masyarakat berpendapatan rendah akan terlihat bahwa sebagian besar pendapatannya (60-80%) digunakan untuk membeli makanan (Soekirman, 1992, Berg, 1986). Seiring dengan peningkatan pendapatan, maka lambat laun akan terjadi pergeseran pola pengeluaran, dimana akan terjadi penurunan porsi pendapatan yang dikeluarkan untuk makanan dan peningkatan porsi pendapatan yang dibelanjakan untuk bukan makanan.

Peningkatan pendapatan rumah tangga terutama kelompok rumah tangga miskin dapat meningkatkan status gizi, karena peningkatan pendapatan tersebut memungkinkan mereka mampu membeli makanan berkualitas dan kuantitas yang lebih baik.

Hasil penelitian menunjukkan 71% baduta berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah. Setelah dihubungkan dengan status gizi didapati bahwa keluarga dengan tingkat ekonomi rendah memiliki proporsi lebih tinggi (19,5%) memiliki baduta kurang gizi dibanding keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi ($p > 0,05$).

Tidak adanya hubungan tingkat ekonomi dengan status gizi baduta juga ditemukan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Djupuri (2001). Hasil penelitian Djupuri baduta yang berasal dari keluarga miskin yang mengalami kurang gizi sebesar 37,9% dan yang tidak miskin 33,3% dengan nilai $p > 0,05$.

Orisinal (2003) tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengeluaran pangan dengan status gizi balita. Balita dari dari kelompok keluarga dengan

pengeluaran untuk pangan rendah (ekonomi tinggi) menderita KEP 23,3%, dan sebaliknya 26,9%.

Menurut Berg (1986) penambahan pendapatan tidak selalu membawa perbaikan pada konsumsi pangan, karena meskipun pengeluaran untuk pangan mungkin lebih banyak, namun belum tentu kualitas pangan lebih baik.

Menurut UNICEF (1998) *dalam* Azwar (2004) bahwa status gizi secara langsung dipengaruhi oleh asupan zat gizi. Dari hasil tabulasi silang antara tingkat ekonomi keluarga dengan asupan energi didapatkan bahwa adanya kecenderungan dimana keluarga dengan tingkat ekonomi rendah mempunyai asupan kalori $\geq 80\%$ AKG lebih tinggi dibanding keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi ($p < 0,05$).

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara tingkat ekonomi keluarga dengan asupan protein didapatkan, adanya kecenderungan keluarga dengan tingkat ekonomi rendah memiliki baduta dengan asupan protein $\geq 80\%$ AKG lebih besar dibanding keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi ($p < 0,05$).

6.3.6. Kunjungan Ke Posyandu.

Posyandu merupakan sarana yang dikembangkan dengan memanfaatkan sumber daya masyarakat, dan di kelola oleh masyarakat. Dengan adanya posyandu diharapkan dapat menurunkan angka kemataian ibu dan balita apabila sistem pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di posyandu dapat berjalan dengan baik.

Pemanfaatan posyandu sebagai sarana pelayanan kesehatan sederhana dalam masyarakat dipengaruhi oleh banyak faktor. Masyarakat mau datang ke posyandu

karena sarana dan prasarana tersedia, mutu pelayanan diberikan dinilai baik, adanya perananan dari tokoh masyarakat, masyarakat tidak mempunyai dana untuk membawa anak ke tempat pelayanan yang lain, tidak mengetahui adanya posyandu di sekitar rumahnya, dan adanya kesibukan di luar rumah (Sihotang, 1985).

Sebagai wadah yang ada di tengah masyarakat dengan kegiatan yang tertuang dalam sistem lima meja diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kunjungan ke posyandu sangat erat kaitannya dengan kondisi kesehatan anak. Ibu yang rajin membawa anaknya ke posyandu, maka dapat mencegah anaknya menjadi kurang gizi (Depkes RI, 2005).

Dalam melakukan deteksi dini terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak balita, posyandu merupakan tempat yang sangat tepat bagi masyarakat agar mereka dapat mengetahui keadaan kesehatan anaknya. Deteksi dini merupakan upaya penjarangan yang dilaksanakan secara komprehensif untuk menemukan penyimpangan tumbuh kembang dan mengetahui serta mengenal faktor resiko pada balita (Depkes RI, 2003).

Penelitian yang dilakukan terhadap 300 baduta, 57,7% diantaranya mempunyai kunjungan ke posyandu secara baik. Baduta dengan kunjungan ke posyandu baik memiliki proporsi baduta kurang gizi lebih kecil (16,2%) dibanding baduta dengan kunjungan baik ($p > 0,05$).

Penelitian yang dilakukan Djupuri tentang hubungan kunjungan dengan status gizi baduta, mendapatkan hasil yang sama, dimana tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kunjungan ke posyandu dengan status gizi baduta.

6.3.7. Akses ke Pelayanan Kesehatan.

Kemampuan suatu rumah tangga untuk mengakses pelayanan kesehatan berkaitan dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan tersebut serta kemampuan ekonomi untuk membayar biaya pelayanan. Pelayanan kesehatan sangat sensitif terhadap perubahan situasi ekonomi. Gangguan situasi ekonomi akan mengganggu aksesibilitas masyarakat dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan. Aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan imunisasi, perawatan, berkaitan dengan pertumbuhan, morbiditas dan mortalitas anak (Orisinal,2003).

Akses ke pelayanan kesehatan dilihat dari jarak, waktu tempuh, dan biaya yang dikeluarkan untuk sampai ke posyandu. Jarak merupakan ukuran jauh dekatnya dari rumah atau tempat tinggal seseorang ke posyandu dimana adanya kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat diwilayahnya. Dari berbagai penelitian bahwa faktor jarak memberikan kontribusi terhadap seseorang dalam melakukan suatu tindakan seperti yang dikemukakan.

Gani (1981), Wibowo (1992), dan Harianto (1992) *dalam* Orisinal(2003) menyebutkan jarak tempat tinggal responden ke tempat pelayanan merupakan penghambat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, jarak berhubungan dengan pemanfaatan antenatal kepada bidan. Harianto (1992) menyatakan ada hubungan bermakna antara jarak rumah ke posyandu dengan partisipasi masyarakat.

Penelitian yang dilakukan terhadap 300 baduta, 5,3% dari ibu mereka menganggap akses ke pelayanan kesehatan itu sulit. Ibu yang menyatakan sulit untuk

akses ke pelayanan kesehatan memiliki proporsi lebih tinggi (25%) baduta yang kurang gizi dibanding ibu yang menyatakan akses ke pelayanan itu mudah ($p>0,05$).

Keluarga dengan tingkat ekonomi yang lebih baik cenderung menganggap pelayanan yang diberikan di posyandu kurang baik sehingga mereka tidak mau membawa anaknya berkunjung ke posyandu. Dari hasil tabulasi silang antara akses ke pelayanan kesehatan dengan tingkat ekonomi keluarga didapati adanya kecenderungan bahwa keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi menyatakan lebih sulit akses ke pelayanan kesehatan (posyandu) dibanding dengan keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi ($p>0,05$).

6.3.8. Monitoring Berat Badan.

Salah satu upaya yang mudah dilakukan untuk mencegah dan meningkatkan status gizi balita adalah dengan melakukan penimbangan setiap bulan ke posyandu. Balita yang ditimbang akan dimonitoring berat badannya dengan menggunakan kartu menuju sehat (KMS). Berat badan balita akan diinterpretasikan sehingga dapat diketahui garis pertumbuhan seorang anak (DepkesRI, 2003).

Pemantauan pertumbuhan anak dengan menggunakan KMS bertujuan untuk mencegah terhadap gangguan pertumbuhan anak. Anak yang mengalami gangguan pertumbuhan mempunyai indikasi dengan perubahan berat badan yang tidak sesuai. Semakin dini diketahui adanya gangguan pertumbuhan, maka semakin mudah intervensi yang akan dilakukan (Depkes RI, 2003). Kendala dilapangan banyak kader yang belum memahami dan mengerti pengisian KMS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 61,3% baduta yang ditimbang di posyandu tidak dilaksanakan monitoring berat badannya melalui KMS. Dari 61,3% baduta yang berat badannya tidak dimonitoring memiliki proporsi lebih tinggi (22,0%) mengalami kurang gizi dibanding baduta yang berat badannya selalu dimonitoring ($p>0,05$).

Pelaksanaan monitoring berat badan merupakan salah satu upaya untuk mencegah baduta menjadi kurang gizi, namun secara langsung status gizi baduta ditentukan oleh ada atau tidak adanya penyakit. Meskipun monitoring berat badan dilakukan secara rutin tetapi apabila anak sering mengalami sakit akan menyebabkan anak mengalami kurang gizi.

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara monitoring berat badan dengan penyakit infeksi didapat kecenderungan, baduta yang berat badannya tidak dimonitoring dengan baik, ternyata persentase yang mengalami sakit infeksi lebih kecil (21,2%) dibanding baduta yang berat badannya dimonitoring secara baik (27,6).

6.3.9. Penyuluhan di Posyandu.

Penyuluhan yang dilaksanakan di posyandu menyangkut penyuluhan tentang kesehatan dan gizi. Penyuluhan yang diberikan diharapkan dapat membantu meningkatkan pengetahuan ibu dan dapat merubah perilaku yang salah. Dalam kegiatan pemantauan pertumbuhan yang dilaksanakan di posyandu penyuluhan merupakan salah satu kegiatan yang penting yang berkaitan dengan monitoring berat badan balita setiap selesai kegiatan penimbangan (Depkes RI,2003).

Dari hasil penelitian 61,3% ibu menyatakan bahwa mereka tidak pernah diberikan penyuluhan pada saat dilaksanakan penimbangan. Dari semua ibu yang tidak pernah menerima penyuluhan mempunyai proporsi lebih kecil (17,4%) mempunyai baduta kurang gizi dibanding ibu yang selalu menerima penyuluhan ($p>0,05$).

Pengetahuan tentang kesehatan dan gizi tidak hanya didapat dari posyandu tetapi juga bisa didapat dari sarana lainnya seperti televisi radio, leaflet dan poster. Meskipun ibu tidak menerima penyuluhan di posyandu tetapi dengan seringnya mendengar informasi dari luar ibu mempunyai pengetahuan yang baik tentang kesehatan dan gizi. Ibu dengan pengetahuan yang baik akan memberikan asupan gizi yang sesuai kepada badutanya.

Dari tabulasi silang antara penerimaan penyuluhan dengan asupan energi didapat kecenderungan, ibu yang tidak pernah menerima penyuluhan mempunyai asupan energi $\geq 80\%$ AKG lebih besar dibanding ibu yang selalu menerima penyuluhan di posyandu.

Penyuluhan yang diberikan setiap pengisian berat badan balita idealnya dapat membantu ibu dalam mengatasi masalah kesehatan dan gizi yang dihadapi, kenyataan dilapangan menunjukan bahwa sebagian kader salah dalam menginterpretasikan berat badan balita, yang menyebabkan kader salah dalam memberikan penyuluhan dan pesan yang disampaikan, hal ini dapat memberikan dampak terhadap perlakuan yang akan diberikan kepada balita.

6.3.10. Suplementasi kapsul Vitamin A Dosis Tinggi.

Pelayanan gizi yang diberikan dalam rangka meningkatkan status gizi masyarakat di posyandu salah satunya adalah suplementasi kapsul vitamin dosis tinggi. Menurut Depkes RI (2005) dari hasil kajian berbagai studi, vitamin A merupakan zat esensial yang belum tercukupi dari konsumsi makanan, sehingga perlu tambahan dari luar. Pada balita akibat kekurangan vitamin A dapat menyebabkan meningkatnya angka kesekitan dan kematian, mudah terkena penyakit infeksi seperti diare, pneumonia, dan akhirnya kematian.

Dari hasil penelitian, baduta yang mendapatkan vitamin A sesuai dengan program sebesar 74,0%. Dari seluruh baduta yang mendapatkan vitamin secara baik 18,5% menderita kurang gizi. Menurut hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara suplementasi kapsul vitamin A dosis tinggi dengan status gizi baduta. Namun ada kecenderungan baduta yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi mempunyai status gizi yang cenderung baik.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Moechordiyantiningsih (2000) tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi dengan status gizi balita di Kabupaten Bogor. Menurut Moechordiyantiningsih hal ini disebabkan ada efek perlindungan dari pemberian ASI. Bayi yang mendapat ASI > 10 kali mempunyai perlindungan yang kuat dibanding bayi yang mendapatkan ASI < 10 kali.

Banyak sumber bahan makanan yang mengandung vitamin A, meskipun baduta tidak mendapatkan kapsul vitamin A dosis tinggi, namun kebutuhannya sudah tercukupi dari asupannya sehari-hari.

6.3.11. Penerimaan MP-ASI

Sejak terjadinya krisis moneter, pemerintah telah mengantisipasi terjadinya penurunan status gizi balita dengan memberikan paket bantuan pangan berupa Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang diberikan kepada anak usia dibawah dua tahun. Dengan diberikannya MP-ASI diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan status gizi baduta terutama yang berasal dari keluarga miskin.

Hartini,dkk (1998) mengemukakan bahwa penyebab terjadinya gagal tumbuh disebabkan karena MP-ASI yang diberikan tidak mencukupi secara kualitas dan kuantitas. Pada keluarga miskin MP-ASI makanan sumber hewani relatif sedikit diberikan kepada balitanya yang disebabkan karena harganya yang relatif mahal.

Gopaldas,dkk (1997), dan Freeman,dkk (1980) dalam Praja (2003) mengungkapkan bahwa adanya asosiasi antara pemberian PMT dengan perbaikan pertumbuhan, penurunan morbiditas atau perkembangan kognitif.

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan baduta yang mendapatkan MP-ASI secara baik memiliki proporsi lebih rendah (13,3%) mengalami kurang gizi dibanding baduta yang mendapatkan MP-ASI kurang baik ($p>0,05$).

Penelitian yang dilakukan Sandjaya, dkk (1998) menemukan hal yang sama, namun terlihat adanya peningkatan berat badan baduta meskipun belum sampai meningkatkan status gizinya.

Banyak faktor yang berperan dalam keberhasilan program MP-ASI, antara lain: karakteristik anak atau keluarga, status gizi sebelum pemberian MP-ASI, keadaan kesehatan selama anak mendapatkan MP-ASI, frekwensi pemberian, efektifitas, dan efisiensi dalam pelaksanaannya.

Menurut Beaton dan Ghassemi (1979) *dalam* Sandjaja (1998) faktor yang menyebabkan tidak adanya pengaruh pemberian MP-ASI kepada baduta karena, MP-ASI selain dikonsumsi oleh anak juga dikonsumsi oleh anggota keluarga lainnya, MP-ASI tidak disukai oleh anak, tidak spesifik, dan MP-ASI dianggap sebagai makanan pengganti sehingga pemberian makanan lain dikurangi porsinya.

Dari penelitian ditemukan bahwa MP-ASI terutama biskuit, selain responden juga dikonsumsi oleh anggota keluarga lainnya. Dan sebagian responden menyatakan bahwa MP-ASI terutama bubur susu kurang disukai, sehingga tidak semua MP-ASI bisa dikonsumsi oleh baduta.

6.4. Faktor Dominan Yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Baduta.

Hasil analisis multivariat permodelan terakhir didapati bahwa faktor dominan yang berhubungan dengan status gizi baduta adalah penyakit infeksi, dimana baduta yang menderita sakit infeksi mempunyai peluang 2,838 kali mengalami kurang gizi

dibanding baduta yang tidak mengalami sakit infeksi setelah dikontrol dengan variabel, asupan kalori, asupan protein, tingkat pengetahuan ibu dan pendidikan ibu.

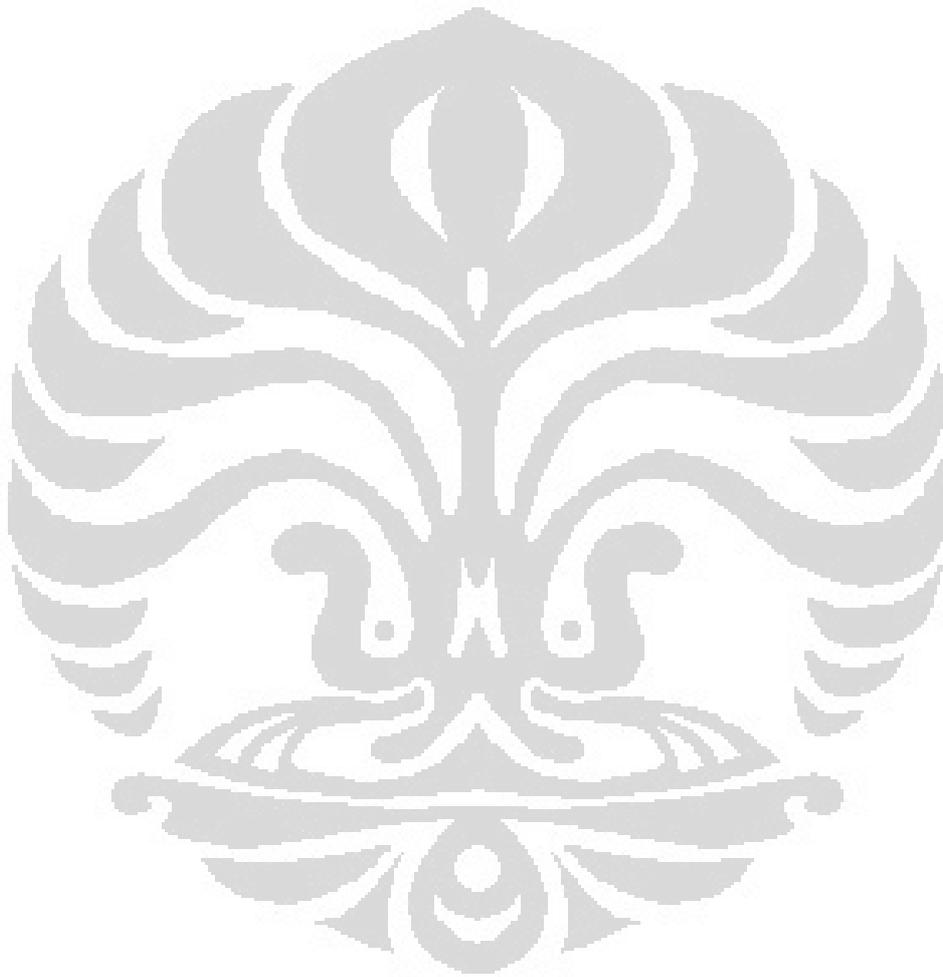
Menurut Syarief (1992) *dalam* Departemen Pertanian (2002) status gizi selain ditentukan oleh jumlah dan mutu pangan yang dikonsumsi juga dipengaruhi oleh faktor sanitasi lingkungan. Kesehatan lingkungan yang baik seperti penyediaan air bersih dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) akan mengurangi penyakit infeksi (Moedjinto,dkk, 2006).

Di Kota Pariaman dari 210 rumah tangga yang dipantau, sebahagian kecil (44,76%) rumah tangga yang mempunyai prilaku hidup bersih dan sehat. Dalam penggunaan air untuk kebutuhan sehari-hari masih ada rumah tangga yang sumber airnya tergantung kepada air hujan (air tadah hujan) kurangnya ketersediaan air bersih akan memungkinkan seseorang akan menderita penyakit infeksi yang akhirnya dapat menyebabkan terjadinya kurang gizi (Dinkes Kota Pariaman, 2007).

Dari analisis diatas dapat dijelaskan bahwa asupan energi dan protein yang rendah akan menyebabkan baduta mempunyai daya tahan tubuh juga rendah. Jumlah makanan yang cukup dan kandungan gizi yang baik sekalipun tidak akan memperbaiki status gizi seseorang apabila seseorang tersebut mengalami penyakit infeksi (Apriadji, 1986).

Ibu dengan tingkat pengetahuan dan pendidikan yang rendah tidak bisa menyediakan makanan yang cukup dan berkualitas serta menjaga kesehatan dan kebersihan lingkungan sehingga baduta mudah terserang penyakit infeksi . Menurut UNICEF (1998) dalam Azwar (2004) dan Depkes RI (2003), penyakit infeksi terkait

dengan kebersihan lingkungan dan perorangan. Lingkungan yang tidak bersih menyebabkan mudahnya berkembang bibit penyakit, apalagi juga didukung dengan kurangnya higiene perorangan. Kebersihan lingkungan dan perorangan pada dasarnya berhubungan dengan pengetahuan dan pendidikan seseorang.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan.

1. Prevalensi gizi kurang pada baduta berdasarkan indikator BB/TB di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008 sebesar 18,7%. Sebagian besar baduta (76,3) menderita penyakit infeksi, mempunyai asupan energi < 80% AKG (74,3%), dan dengan asupan protein < 80% AKG (56,3%).
2. Sebagian besar ibu baduta memiliki pengetahuan baik (54,0%), dan memiliki tingkat pendidikan yang tinggi (63,3%), serta berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah (71,7%).
3. Sebagian besar responden menyatakan mudah untuk akses ke pelayanan kesehatan dan berkunjung ke posyandu secara baik.
4. Pemanfaatan program gizi di posyandu belum dapat dimanfaatkan secara optimal terlihat dengan kunjungan ke posyandu masih rendah (42,3%). Sebagian kecil (38,7%) baduta yang berat badannya di monitoring secara baik. Pelaksanaan penyuluhan juga belum terlaksana dengan baik. Sebagian besar (61,3%) ibu-ibu baduta di Kota Pariaman menyatakan tidak pernah menerima penyuluhan baik oleh kader maupun petugas setelah kegiatan penimbangan dilaksanakan.

5. Pemberian kapsul vitamin A pada baduta di Kecamatan Pariaman Tengah belum mencapai seluruh sasaran dengan masih ditemukannya baduta yang tidak mendapatkan kapsul vitamin A dosis tinggi (6%) dan yang menerima kapsul tidak sesuai dosis (20,0%).
6. Minimal pemberian MP-ASI adalah 90 hari. Baduta yang berasal dari keluarga miskin di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman masih ada yang belum mendapatkan MP-ASI sesuai dengan lama pemberian (6%).
7. Hasil analisis bivariat, variabel yang berhubungan secara bermakna dengan status gizi baduta ($p < 0,05$) adalah variabel penyakit infeksi, asupan kalori, asupan protein, dan tingkat pengetahuan ibu.
8. Hasil uji multivariat, penyakit infeksi adalah variabel yang paling dominan berhubungan dengan status gizi baduta di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman dengan nilai OR = 2,838 (95% CI : 1,132-7,112) setelah dikontrol dengan variabel asupan energi, asupan protein, tingkat pengetahuan ibu, dan tingkat pendidikan ibu. Asupan energi dan asupan protein merupakan variabel kounfounding.

7.2. Saran.

7.2.1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Pariaman.

1. Dalam mengatasi masalah kurang gizi sebaiknya kebijakan bertitik tolak kepada perbaikan status pertumbuhan dan kesehatan dengan mengaitkan

program gizi dengan program lainnya seperti program air bersih, kesehatan lingkungan, dan imunisasi.

2. Salah satu upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat adalah dengan meningkatkan cakupan rumah tangga dengan PHBS dan penyediaan sarana air bersih.
3. Melibatkan sektor terkait terutama dari sektor pertanian untuk dapat memberikan kontribusi terhadap ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga dengan memberikan penyuluhan tentang pemanfaatan lahan yang ada di sekitar rumah.
4. Untuk melihat apakah pelaksanaan program sudah sampai ke target, sebaiknya dalam melakukan pembinaan langsung ke masyarakat dan mencocokkannya dengan laporan yang disampaikan oleh Puskesmas.
5. Agar peran posyandu sebagai wadah yang membantu pemerintah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dapat terwujud dirasa perlu dilakukan pembenahan terhadap organisasi posyandu yang telah ada.
6. Sarana promosi tentang pemberian makanan yang tepat bagi baduta perlu disediakan sampai ke tingkat masyarakat .

7.2.2. Bagi Puskesmas di Kecamatan Pariaman Tengah.

1. Meningkatkan cakupan keluarga dengan PHBS dan dapat bekerjasama dengan lintas sektor yang ada di Kecamatan untuk dapat menyediakan air bersih bagi penduduk.

2. Meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan memberikan penyuluhan tentang kebersihan lingkungan dan perorangan juga tentang kesehatan dan gizi.
3. Meningkatkan pengetahuan kader dengan memberikan pelatihan dan memberikan buku saku atau leaflet tentang kebersihan lingkungan dan perorangan sehingga kader dapat membantu memberikan penyuluhan kepada masyarakat disekitarnya
4. Baduta yang berat badannya tidak naik dapat dikonfirmasi dengan merujuk baduta ke Puskesmas, sehingga baduta tidak jatuh ke kondisi yang lebih buruk.
5. Pelaksanaan pemantauan pertumbuhan sebaiknya menggunakan indikator BB/TB pada semua posyandu dan disesuaikan dengan alur pemantauan pertumbuhan .

7.2.3. Bagi Peneliti Lain.

1. Dapat melakukan penelitian di Kecamatan lain di Kota Pariaman dengan melihat variabel yang sama sehingga dapat menggambarkan Kota Pariaman secara keseluruhan.
2. Melakukan penelitian di daerah yang sama dengan melihat variabel lain yang berhubungan dengan status gizi baduta, seperti pola asuh, ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga, dan pekerjaan ibu serta bapak. Selain menggunakan indikator BB/TB juga menggunakan indikator TB/U.

DAFTAR PUSTAKA

Allibirwin (2001)

Karakteristik Keluarga yang Berhubungan dengan Status Gizi Kurang Pada Balita yang Berkunjung ke Posyandu di Desa Bojong Baru Kec. Bojong Gede Kab.Bogor Jawa Barat Tahun 1999. Tesis Program Pasca Sarjana FKM Depok.

Almatsier, Sunita (2002)

Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Amos, J, (2000)

Hubungan Persepsi Ibu Balita Tentang Kurang Gizi Dan PMT-P Dengan Status Gizi Balita Pada Keluarga Miskin di Kab.Pd.Pariaman Prop.Sumbar Tahun 1999, Tesis Program Pasca Sarjana FKM-UI, Depok

Apriadji (1986)

Gizi Kelarga. Swadaya, 1986, Jakarta

Ariawan, Iwan (1998).

Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Depok.

Azrimaidaliza (2003)

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Umur 6-24 Bulan Daerah Kumuh Perkotaan di Jakarta Tahun 2003. Analisis data Sekunder NSS Periode Juni-September 2003. Tesis Program Pasca Sarjana FKM-UI, Depok

Azwar (2004)

Kecenderungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Datang. Makalah Disampaikan Pada Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi Jakarta 27 September 2004. Dirjen Binkesmas Direktorat Gizi Masyarakat, Jakarta

Berg, Alan (1985)

Faktor Gizi. Di Indonesiakan oleh Sediaoetama. Bhratara Karya Aksara, Jakarta.

Berg,Alan (1986)

Gizi Dalam Pembangunan Nasional. Di Indonesiakan oleh Sayogyo. Rajawali berkerjasama dengan Pergizi Pangan Indonesia. Jakarta

BPS (1998)

Laporan Studi Analisa Besar dan Luasnya Masalah Kurang Kalori Protein Serta Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya. Jakarta.

BPS Propinsi Sumbar (2004)

Survei Sosial Ekonomi Propinsi Sumbar Tahun 2004, BPS

Depkes RI (1991)

Buku Pedoman Pengelola UPGK, Jakarta.

_____ (1994)

Buku Kader UPGK, Jakarta

_____ (1999)

Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, Jakarta.

Depkes RI & Kesejahteraan Sosial (2000)

Pedoman Kampanye Keluarga Mandiri Sadar Gizi (KADARZI), Dirjen Binkesmas, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta.

Depkes RI (2001)

Pedoman Kajian dan Pemanfaatan Data Penimbangan Bulanan Balita Bagi Pembina Posyandu, Dirjen Binkesmas, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.

_____ (2003)

Materi Advokasi Untuk Pengembangan Model Pembangunan Gizi

_____ (2003)

Pemantauan Pertumbuhan Balita, Dirjen Binkesmas Direktorat Gizi Masyarakat.

_____ (2004)

Standar Pemantauan Pertumbuhan Balita, Dirjen Binkesmas Direktorat Gizi Masyarakat

Depkes RI (2005)

Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009. Depkes RI, Jakarta

_____ (2005)

Gizi Dalam Angka, Jakarta

Depkes RI (2005)

Apa, Mengapa Tentang Vitamin A, Jakarta

_____ (2006)

Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, Jakarta

_____ (2006)

Bahan Ajar Perkuliahan Kebijakan Gizi dan Pangan, FKM UI, Depok.

_____ (2006)

Buku Pedoman Pemberian MP-ASI. Jakarta.

_____ *Situasi Kesehatan dan Gizi dan Issue Kebijakan Memasuki Milenium Ketiga*. <http://www/gizinet>. Diakses Tanggal 23 Januari 2008.

Deptan RI (2002)

Konsep Ketahanan Pangan Rumah Tangga, Jakarta

Dinkes Prop. Sumbar (2007).

Profil Kesehatan Tahun 2006. Dinas kesehatan Propinsi Sumatera Barat.

Dinkes Kota Pariaman (2007).

Laporan Tahunan Program Gizi Dinas Kesehatan Kota Pariaman Tahun 2006.

DPD Persagi Sumbar (2001)

Masalah Kekurangan Energi Protein (KEP) di Propinsi Sumbar dan Model Upaya Penanggulangannya, Padang.

Djupuri, Rita (2001)

Hubungan Kunjungan ke Posyandu Dengan Kejadian Kurang Energi Protein Anak Usia 6-23 Bulan di 4 Kabupaten Jawa Barat. Tesis Sarjana Epidemiologi UI, Jakarta.

Gun Gun Sambas (2002)

Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kunjungan Ibu-Ibu Anak Balita Ke Posyandu di Kelurahan Bojongherang di Kab.Cianjur. Tesis Sarjana Epidemiologi UI, Depok.

Hardinsyah (1996)

Status Pekerjaan Ibu dan Pendapatan Dalam Hubungannya Dengan Mutu Gizi Makanan Keluarga di Daerah Perkotaan. Media Gizi dan Keluarga, XX(2).

(2002)

Strategi Fortifikasi Pangan. Makalah Disampaikan Pada KONAS XII PERSAGI, Jakarta, 8-10 Juli 2002, hal 127-137. Persagi, Jakarta.

Hartini.s.dkk (1998)

Studi Monitoring Status Gizi, Pola Pemberian ASI dan Pola Makanan Pendamping ASI pada Bayi Umur 0-6 Bulan di Pedesaan dan Perkotaan, Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI

Hastono (2007)

Analisa Data Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Depok.

Hermansyah (2002)

Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Umur 6-60 Bulan Pada Keluarga Miskin di Kota Sawahlunto Tahun 2002, Tesis, PS-IKM UI Depok

Imam Hadi (2005).

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Neglasari dan Kedaung Wetan tahun 2005. Tesis PS-IKM UI, Depok

Irawati Anies (2004)

Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping Asi Dini Terhadap Gangguan Pertumbuhan Bayi Dengan Berat Laehr Normal Sampai Umur Empat Bulan. Disertasi Doktor FKM UI, Depok

Jahari (2000)

Penilaian Status Gizi Dengan Antropometri (Berat badan dan Tinggi Badan), Makalah Disampaikan Dalam KONAS XII Persagi di Jakarta 8-10 Juli 2002, hal 23-53. Persagi Jakarta

Jahari, dkk (2002)

Status Gizi Balita Sebelum dan Selama Krisis (Analisa data Antropometri Susenas 1989 s.d 1999). Makalah Disampaikan Dalam Widya Karya Pangan dan Gizi VII di Jakarta 29 Februari-2 Maret 2000 hal 93-123.

Jahari, (2002)

Kumpulan Mata Kuliah Kebijakan Pangan Tentang Pemantauan Pertumbuhan, Bahan Ajaran Kuliah Pascasarjana UI (tidak dipublikasikan)

(2006)

Masalah Gizi di Indonesia. Bahan Ajaran Kuliah Pascasarjana UI (tidak dipublikasikan)

Jalal, Fasli (1999)

Gizi dan Kualitas Hidup; Agenda Perumusan Program Gizi Repelita VII Untuk Mendukung Pengembangan Sumber Daya Manusia Yang Berkualitas. Makalah Disampaikan pada Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VI Tahun 1999. LIPI, Jakarta.

Jason, at all (2002)

Vitamin A Levels and Immunity in Human Clinical and Diagnostic. Laboratory Immunology Vol 9 .103.

Karen Allen (1984)

Improving The Nutrition Status Of Children During The Weaning Period.

Kodyat.B, dkk (1998)

Beberapa Permasalahan dan Upaya Peningkatan UPGK dan Posyandu. Makalah Disampaikan Pada Kongres Nasional Persagi IX dan Kongres Penyegaran Ilmu Gizi Semarang 17-19 November 1992 hal 55-65

- Kodyat, dkk (1999)
Penuntasan Masalah Gizi Kurang. Makalah Disampaikan pada Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VI Tahun 1999. LIPI, Jakarta.
- Kodiat Juarsa (2004)
Faktor-Faktor Yang Behubungan Dengan Cakupan Penimbangan di Wilayah I Kabupaten Pendeglang Tahun 2004. Tesis PS-IKM UI, Depok
- Latief, dkk (2000)
Program ASI Eksklusif dan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Makalah Disampaikan Pada Diskusi Pakar Bidang Gizi Tentang ASI, MP-ASI, Antropometri dan BBLR di Cipanas Pada Tanggal 19-21 Januari 2000, Kerjasama antara PERSAGI, LIPI, dan UNICEF, Jakarta
- LIPI (2000)
Ringkasan Eksekutif Hasil Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VII Tahun 2000, LIPI, Jakarta
- Litbang Gizi (2005)
Pedoman Survei Gizi di Masyarakat Tahun 2005. Litbang Gizi, Bogor
- Moehji Sjahmin (1985)
Ilmu Gizi, PT Bharatara Karya Aksara, Jakarta.
- Moechherdiyantiningsih (2000)
Hubungan Status Vitamin A Ibu dan Faktor Lain Dengan Status Vitamin A Bayi di Kabupaten Bogor. Tesis PS-IKM UI, Depok .
- Moedjinto, ddk (2006)
Efektifitas Kartu Menuju Sehat (KMS) Anak Balita Sebagai Sarana Penyuluhan di Posyandu. Litbang Gizi, Bogor.
- Muhilal (2002)
Pengaruh Interaksi Antara Zat Gizi Mikro dan Makro. Makalah Disampaikan Pada KONAS XII PERSAGI, Jakarta, 8-10 Juli 2002, hal 18-21. Persagi, Jakarta.
- Nancy Yetty (2005)
Gizi Buruk Ancaman Generasi Yang Hilang. Inovasi Vol 5/XVII/Nov/2005.

Orisinal (2003)

Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita di sumbar tahun 2002. Tesis PS-IKM UI, Depok .

Praja Sunaedi (2002)

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Pada Daerah Program Vitadele Di Propinsi Sumatera Barat, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur Tahun 2002. Tesis PS-IKM UI, Depok .

Pakar Bidang Gizi (2000)

Kumpulan Makalah Diskusi Pakar Bidang Gizi Tentang ASI, MP-ASI, Antropometri hal 1-7. Persagi, LIPI, UNICEF, Jakarta.

Permaesih,D,dkk (2000)

Status Gizi Balita di Kabupaten Bogor Pada Krisis Ekonomi. Penelitian Gizi dan Makanan, Jilid 23 Tahun 2000.

Pokjanal Posyandu Sumbar (2006)

Pedoman Pengelolaan Posyandu. Pokjanal Posyandu, Sumbar

Pusat Data dan Informasi (2003)

Modul Penyelenggaraan Survei Cepat Edisi Ketiga, Pusat Data dan Informasi Depkes RI, Jakarta.

Republika (2005).

Waspada! Kegemukan Pada Anak. <http://www.republika.co.id>. Diakses pada tanggal 3 Januari 2008

Riskesdas (2005)

Pedoman Pelaksanaan Riskesdas 2005, Jakarta.

Sajokyo (1977)

Ringkasan Hasil Survey Evaluasi Proyek UPGK, Edisi ke 2, Lembaga Penelitian Sosiologi Pedesaan, IPB, Bogor.

Sandjaja (1998)

Intervensi Mikronutrien pada Perkembangan, Psikomotor, dan Motor Maturation Anak. Laporan Penelitian, Puslitbang Gizi.

Sandjaja, dkk (2000)

Status Gizi Bayi dan Anak yang Mendapatkan Program Makanan Tambahan dalam Program JPS-BK. Makalah Disampaikan Pada KONAS XII PERSAGI, Jakarta, 8-10 Juli 2002, hal 1-17. Persagi, Jakarta.

Satoto (2000)

Fungsi, Desain dan Pesan Tumbuh Kembang, Makalah Disampaikan Dalam Diskusi Pakar Bidang Gizi Tentang ASI, MP-ASI, Antropometri dan BBLR di Cipanas 19-21 Januari 2000, Persagi, LIPI, UNICEF, Jakarta.

SEAMEO (1990)

Human Nutrition Better in Nation Building, SEAMEO, Jakarta.

Sihotang, S dkk (1985)

Penelitian " Pengelolaan dan Penggunaan Posyandu di DKI Jakarta. Pusat Penelitian Atma Jaya, Jakarta.

Sitepu Immanuel (2006).

Faktor-Faktor Yang Berperan Dan Hubungannya Dengan Status Gizi Baik Anak Baduta Keluarga Miskin Di Puskesmas Sambas Kabupaten Sambas Tahun 2005. Tesis FKM UI. Depok

Soekirman (1992)

Economic, Growth, Equity and Nutritional Improvement in Indonesia, ACC/SCN, Country Review, Geneva.

Soekirman (2000)

Keterkaitan Antara Krisis Ekonomi, Kemiskinan, Ketahanan Pangan, dan Keadaan Gizi. Makalah Disampaikan Dalam Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII Tahun 2000, LIPI, Jakarta.

Soekirman (2005)

Perlu Paradigma Baru Untuk Menanggulangi Masalah Gizi Makro di Indonesia. <http://www.gizinet.com>.

Soetjiningsih (1994)

Tumbuh Kembang Anak, Bagian Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Bali.

Sudianto (2000)

Monitoring/Pemantauan Kesehatan Dan Tumbuh Kembang Anak. Makalah Disampaikan Dalam Diskusi Pakar Bidang Gizi Tentang ASI, MP-ASI, Antropometri dan BBLR di Cipanas 19-21 Januari 2000, Persagi, LIPI, UNICEF, Jakarta.

Suhardjo (1989)

Pemberian Makanan Pada Bayi dan Anak. Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi IPB, Bogor.

_____ (1996)

Berbagai Cara Pendidikan Gizi. Bumi Aksara Jakarta Berkerjasama Dengan Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi IPB, Bogor.

Supariasa (2002)

Pemantauan Status Gizi. Buku Kedokteran, Jakarta

Suryana (2002)

Kebijakan Ketahanan Pangan Dalam Pemenuhan Gizi Seimbang. Makalah Disampaikan Pada KONAS XII PERSAGI, Jakarta, 8-10 Juli 2002, hal 1-17. Persagi, Jakarta.

Sutanto (2000)

KMS Sebagai Alat Deteksi Dini Hambatan Pertumbuhan Pengalaman Dari Semarang, Makalah Disampaikan Dalam Diskusi Pakar Bidang Gizi Tentang ASI, MP-ASI, Antropometri dan BBLR di Cipanas 19-21 Januari 2000, Persagi, LIPI, UNICEF, Jakarta

Sutanto (2002)

PUGS dan Strategi Penerimaannya di Daerah. Makalah Disampaikan Pada KONAS XII PERSAGI, Jakarta, 8-10 Juli 2002, hal 505-515, Persagi, Jakarta.

Solon, at all (2000)

Efficacy of a Vitamin A Fortified Wheat-flour bun on the Vitamin A Status of Philipino School Children. The American Journal of Clinical Nutrition. Ajen.org by on. Nov 27, 2006.

Syafik Ahmad (1999)

Gizi dan Paradigma Baru Pembangunan. Editorial dan Opini. Suara Pembaharuan, 31 Desember 1999, Jakarta.

Sya'ban.

Hubungan Faktor Umur, Jenis Kelamin, Status Ekonomi, Riwayat PMT Dengan Status Gizi Balita di Puskesmas Sawangan Depok Tahun 2002. Skripsi Sarjana Gizi Kesmas UI, Depok.

Thaha A.R, dkk (2000)

Studi penilaian Makanan Pendamping ASI di Kabupaten Barru, Sulawesi Selatan. Kumpulan Makalah Diskusi Pakar Bidang Gizi tentang ASI-MP-ASI, Antropometri dan BBLR. Cipanas, 2000

UNICEF (1997)

A Startegy for acceleration of Progress in Combating Vitamin A Deficiency. UNICEF.

Wawolumaya (1997)

Survei Epidemiologi Sederhana. Bidang Prilaku Kedokteran/Kesehatan. Jakarta

Widayani, dkk (2001)

Hubungan Antara Pola Asuh Dengan Status Gizi Anak Balita Pada Rumah Tangga Petani di Kabupaten Bogor, Media Gizi dan Keluarga, Desember 2001

WHO (2006)

Child Growth Standar, Departement of Nutrition for Helath and Development. Geneva.

Winarno,F.G (1990)

Gizi dan Makanan Bagi Bayi dan Anak Sapihan, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta

Lampiran 1.

KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS HUBUNGAN KARAKTERISTIK KELUARGA DAN PELAKSANAAN
PROGRAM GIZI DI POSYANDU DENGAN STATUS GIZI BADUTA (6-24 BULAN)
DI KEC.PARIAMAN TENGAH
KOTA PARIAMAN TAHUN 2008.

PETUNJUK.

Ucapkan salam dan jelaskan maksud wawancara dan sampaikan bahwa dalam wawancara ini hanya bersifat sukarela. Jelaskan bahwa apa yang disampaikan oleh responden akan dirahasiakan. Tanyakan kesediaan responden untuk diwawancarai, apabila responden menolak wawancara tidak dilanjutkan. Baca dan pahami terlebih dahulu maksud dari pertanyaan sebelum dilakukan wawancara. Diharapkan responden tidak berdiskusi atau bertanya dengan responden yang lain dalam menjawab pertanyaan.

A. PENGENALAN TEMPAT.

Kec	Desa/Kel	Desa/ Kelurahan	Posyandu	No Kode Sampel	No Urut Sampel RT

Kode jangan diisi

B. KETERANGAN WAWANCARA.

- B1. Tanggal Wawancara. : _____
- B2. Nama Pewawancara : _____
- B3. Tanda tangan Pewawancara : _____
- Alamat Lengkap Responden : _____

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

C. IDENTIFIKASI RESPONDEN.

- C1. Nama kepala rumah tangga : _____
- C2. Banyaknya anggota rumah tangga : _____
- C3. Berapa jumlah anak ibu (hidup) : _____
- C4. Jumlah Balita (hidup) : _____
- C5. Berapa umur ibu : _____ tahun
- Alamat Lengkap Responden : _____

C6. Apa pendidikan tertinggi yang pernah dicapai oleh ibu ?

1. tidak sekolah
 2. tidak tamat SD
 3. tamat SD
 4. tidak tamat SLTP/ sederajat
 5. tidak tamat SLTA/ sederajat
 6. tamat SLTA/ sederajat
 7. PT sederajat
- C7. Apa pekerjaan ibu?
1. tidak bekerja
 2. nelayan pemilik
 3. buruh tani
 4. PNS/honor/TNI
 5. petani pemilik
 6. petani penggarap
 7. buruh nelayan
 8. jasa (ojek/sopir)
 9. dagang/wiraswasta
 10. swasta
 11. tidak bekerja
 12. Lain-lain, sebutkan.....
- C8. Apakah ibu mempunyai pekerjaan tambahan ?
1. Ya, sebutkan.....
 2. tidak
- C9. Apa pekerjaan Bapak?
1. tidak bekerja
 2. nelayan pemilik
 3. buruh tani
 4. PNS/honor/TNI
 5. petani pemilik
 6. petani penggarap
 7. buruh nelayan
 8. jasa (ojek/sopir)
 9. dagang/wiraswasta
 10. swasta
 11. tidak bekerja
 12. Lain-lain, sebutkan.....
- C10. Apakah Bapak mempunyai pekerjaan tambahan ?
1. Ya, sebutkan.....
 2. tidak

D. STATUS KESEHATAN BALITA

- D1. Apakah (nama baduta) pernah menderita sakit dalam 1 bulan terakhir?
1. Ya
 2. Tidak, lanjut ke E1
- D2. Jika ya, sakit apa yang diderita (nama balita) pada 1 bulan terakhir terakhir? Jawaban **boleh lebih dari satu. Tunggu jawaban dari ibu, jangan dibacakan.**
- a. Batuk,hari
 - b. Influenza,hari
 - c. Diare,hari
 - d. Panas,hari
 - e. Campak,hari
 - f. Lain-lain, sebutkan _____

E. AKSES KE PELAYANAN KESEHATAN

- E.1 Kalau anak Ibu sakit kemana ibu membawa anak ibu berobat ? **Jawaban boleh lebih dari satu**
- a. Ke bidan/perawat
 - b. Ke puskesmas
 - c. Ke Rumah Sakit
 - d. Ke dr Praktek Swasta
 - e. Dukun
 - f. Lain-lain, sebutkan _____
- E2. Pelayanan apa saja yang ibu dapatkan di Posyandu? Jawaban boleh lebih dari satu.
- a. Penimbangan
 - b. Pemberian Makanan Tambahan (PMT)
 - c. Penyuluhan
 - d. Imunisasi
 - e. Pemberian kapsul vitamin A
 - f. Pemberian tablet besi
 - g. Lain-lain, sebutkan _____

- E.2 Berapa jarak posyandu dari rumah ibu ?.....km
- E.3. Menurut pendapat ibu bagaimana jarak posyandu dari rumah ibu tersebut ?
- Sangat jauh
 - Agak jauh
 - Dekat
- E4. Menurut ibu apakah waktu tempuh ibu ke posyandu tersebut merupakan hambatan?
- Ya
 - Tidak
- E.5. Biasanya ibu kalau ke poyandu menggunakan apa ?
- Berjalan kaki
 - Ojek
 - Angkutan desa/kota
 - Lain-lain, sebutkan
- E.6. Berapa Biaya yang ibu keluarkan untuk sampai ke posyandu?Rp.....
- E6. Apakah cara ibu menuju ke posyandu menjadi hambatan?
- Ya
 - Tidak
- E.7. Apakah jarak posyandu dari rumah ibu merupakan hambatan ?
- Ya, alasan
 - Tidak

F. Kunjungan ke Posyandu

- F.1. Dalam 3 bulan terakhir berapa kali (nama balita) di bawa ke posyandu ? _____ kali
Jika ≥ 3 kali ke F3

F.2. Jika tidak rutin tiap bulan ke posyandu, apa alasannya? JAWABAN BISA LEBIH DARI SATU. JANGAN DIBACAKAN. TUNGGU JAWABAN SPONTAN IBU, JIKA IBU (SUDAH) DIAM TANYAKAN "APA LAGI, BU"

- Posyandu tutuo
 - Jarak ke posyandu jauh
 - Ibu sibuk imunisasi sudah lengkap
 - Tidak perlu
 - Bayi sakit
 - Bayi maih terlalu kecil
 - Lain-lain, sebutkan.....
- F.3 Apakah ibu punya KMS atau KIA ?
- Ya, KMS atau KIA dapat dilihat
 - Ya, tetapi KMS atau KIA tidak dapat dilihat
 - Tidak, lanjutkan ke F5
 - Tidak tahu/lupa, lanjut ke pertanyaan F5
- F.4. Apakah BB anak selalu diisikan ke KMS setiap ditimbang (pedomani KMS balita)
- Ya
 - Tidak
- F.5. Apakah anak ibu pernah mendapat vitamin A ?
- Ya
 - Tidak
- F.6. Berapa kapsul anak ibu mendapat vitamin A dalam satu tahun terakhir ?(Untuk anak yang berumur > 1 tahun pada saat wawancara
- 1 kapsul
 - 2 kapsul

- F7. Sampai saat penelitian apakah anak ibu pernah ada mendapat vitamin A? (untuk anak berumur \leq 1 tahun)
- Ya
 - tidak
- F8. Apakah anak ibu pernah mendapat imunisasi
- BCG
 - DPT,.....kali
 - Hepatitis,.....kali
 - Campak
 - Polio,.....kali

G. Pengetahuan Ibu tentang Gizi dan Kesehatan

- G.1 Menurut ibu makanan yang sehat itu terdiri dari apa saja ?
- Nasi+lauk+sayur+buah+susu
 - Nasi+lauk+sayur+buah
 - Nasi+lauk+sayur
 - Nasi+lauk
 - Nasi+sayur
 - Tidak tahu
- G.2. Apakah ibu tahu bahan makanan sumber protein ?
- Tahu (daging,telur,kacang-kacangan,susu, lain-lain)
 - Tidak tahu, lanjut ke pertanyaan G4.
- G3. Apakah ibu tahu manfaat dari protein?
- Zat pembangun/pertumbuhan
 - Sumber tenaga
 - Zat pengatur
 - Untuk sehat
 - Tidak tahu
- G4. Apakah ibu tahu bahan makanan sumber karbohidrat?
- Tahu (nasi,ubi,singkong,talas,mie,roti,jagung dan lain-lain)
 - Tidak tahu
- G5. Apakah ibu tahu manfaat dari karbohidrat?
- Zat pembangun/pertumbuhan
 - Sumber tenaga
 - Zat pengatur
 - Untuk sehat
 - Tidak tahu
- G6. Apakah ibu pernah mendengar anak yang kurang gizi ?
- Ya, pernah mendengar
 - Tidak pernah mendengar
- G7. Menurut ibu apa tanda-tanda anak akan mengalami kurang gizi?
- berat badan tidak naik saat ditimbang
 - berat badan tidak berada digaris hijau pada KMS
 - anak sering sakit
 - tidak tahu
- G8. Menurut ibu, apakah kolostrum (cairan kekuning-kuningan) harus diberikan kepada bayi ?
- Ya
 - Tidak
 - Tidak tahu/lupa
- G8. Sepengetahuan Ibu, sampai umur berapa sebaiknya ASI saja tanpa makan/minuman selain ASI diberikan kepada bayi ?
- < 4 bulan
 - 4 bulan - < 6 bulan
 - Sampai bayi berumur 6 bulan
 - Lupa/ tidak tahu

- G9. Sepengetahuan ibu berapa lama sebaiknya anak diberikan ASI ?
- Sampai umur 6 bulan
 - Umur 6 – 12 bulan
 - Sampai umur 2 tahun
 - Tidak tahu/lupa
- G10. Menurut ibu kapan sebaiknya anak disusukan?
- Kalau anak menangis
 - Pada waktu-waktu tertentu
 - Kapan saja anak mau
 - Tidak tahu
- G11. Kalau anak ibu diare/mencret apakah pemberian ASI dihentikan?
- Ya, lanjut ke G13
 - Tidak, lanjut ke G12
- G12. Menurut ibu kenapa pemberian ASI tidak dihentikan?
- Agar anak tidak tambah mencret.
 - Agar anak tidak kekeringan
 - Agar anak cepat sembuh
 - Tidak tahu
- G13. Menurut ibu apakah anak perlu ditimbang setiap bulan ?
- Ya
 - Tidak
 - Tidak tahu/lupa
- G14. Menurut ibu apa mamfaat anak ditimbang ke posyandu ? **Jawaban boleh lebih dari satu**
- Agar anak sehat
 - Agar mengetahui BB anak
 - Mencegah kurang gizi
 - Untuk mengetahui pertumbuhan anak
 - Untuk tahu anak sehat atau tidak
 - Tidak tahu/lupa
- G15. Menurut Ibu apa akibatnya kalau BB anak tidak diisikan dalam KMS setiap ditmbang?
Jawaban boleh lebih dari satu. Jangan dibacakan, tunggu jawaban dari ibu.
- Tidak diketahui penambahan berat badan anak
 - Tidak diketahui pertumbuhan anak
 - Tidak diketahui status gizi anak
 - Tidak diketahui apa yang dilakukan untuk kesehatan anak selanjutnya
 - Tidak tahu/lupa
- G16. Menurut ibu apa mamfaat vitamin A ? **Jawaban boleh lebih dari satu**
- Agar mata lebih terang
 - Tubuh menjadi sehat
 - Tidak mudah sakit
 - Tidak terkena rabun senja
 - Tidak tahu/lupa
- G17. Menurut ibu apa sebaiknya makanan tambahan yang pertama kali diberikan kepada anak ?
Jawaban boleh lebih dari satu.
- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| a. Bubur susu | d. Buah dilumatkan |
| b. Biskuit+air susu | e. Nasi tim/biasa |
| c. Nasi dilumatkan/dihaluskan | f. Bubur kc.Ijo |

H. Penyuluhan Gizi

- H.1. Apakah pada saat ibu memawa anak ditimbang ke posyandu pernah diberi penyuluhan oleh kader/petugas kesehatan tentang kesehatan dan gizi ?
- Ya
 - Tidak, lanjut ke pertanyaan I
- H.2. Berapa kali ibu menerima informasi tentang berat badan anak ibu dalam 3 bulan terakhir ?
- 1 kali
 - 2 kali
 - 3 kali
- H.3. Selain tentang berat badan anak ibu, informasi apa saja yang disampaikan oleh kader/petugas kepada ibu ? **Jawaban boleh lebih dari satu.**
- Tentang kesehatan anak
 - Tentang makanan yang sehat
 - Mamfaat penimbangan
 - Lain-lain, sebutkan.....

I. Pemberian MP-ASI pada balita GAKIN

- I.1. Apakah anak ibu mendapat MP-ASI dari posyandu/kader/bides/puskesmas ?
- Ya
 - Tidak, lanjut ke pertanyaan J
- I.2. Dalam bentuk apakah MP-ASI yang diterima oleh anak ibu ?
- Biscuit
 - Bubur susu
- I.3. berapa banyak anak ibu mendapat MP-ASI dalam 1 tahun terakhir ?
- < 90 hari
 - 90 hari
 - > 90 hari
- I.4. Apakah MP-ASI selalu habis setiap ibu berikan ?
- ya
 - Tidak, kenapa ?.....
 - Kadang-kadang habis
- I.5. Apakah ada anak yang lain ikut memakan MP-ASI yang diberikan ?
- Ya, kenapa ?
 - Tidak, kenapa ?

J. PENGELUARAN KELUARGA

J.1. Pengeluaran untuk pangan	Perminggu	Perbulan
1. Makanan pokok	Rp.	Rp.
2. Protein hewani	Rp.	Rp.
3. Protein nabati	Rp.	Rp.
4. Sayuran dan buah-buahan	Rp.	Rp.
5. Minyak dan Lemak	Rp.	Rp.
6. Minuman	Rp.	Rp.
7. Rempah-rempah (bumbu)	Rp.	Rp.
8. Makanan bayi	Rp.	Rp.
9. Makanan jajanan	Rp.	Rp.
10. Lain-lain, _____	Rp.	Rp.
Sub total	Rp.	Rp.

J.2 Pengeluaran non-pangan

1. Bahan bakar	Rp.	Rp.
2. Pelayanan barang dan jasa lainnya	Rp.	Rp.
3. Pakaian	Rp.	Rp.
4. Biaya transportasi	Rp.	Rp.
5. Furniture	Rp.	Rp.
6. Pajak dan asuransi	Rp.	Rp.
7. Biaya sekolah	Rp.	Rp.
8. Pesta dan perayaan	Rp.	Rp.
9. tabungan	Rp.	Rp.
10. Lain-lain, _____	Rp.	Rp.

Sub total Rp. Rp.

TOTAL KESELURUHAN Rp. Rp.

K. PENDAPATAN KELUARGA

1. penghasilan bapak	Rp.	Rp.
2. penghasilan ibu	Rp.	Rp.
3. keluarga lain/anak	Rp.	Rp.
4. lain-lain, _____	Rp.	Rp.

Total Rp. Rp.

M. HASIL PENGUKURAN ANTROPOMETRI BALITA

Pengukuran 1

Pengukuran 2

Rata-Rata

a. BB = _____, ___ kg a. BB = _____, ___ kg a. BB = _____, ___ kg

b. TB = _____, ___ cm b. TB = _____, ___ cm b. TB = _____, ___ cm

Posisi diukur : 1. Telentang 2. Berdiri

c. Berat Lahir = _____ gram

d. Berat badan sebelum mendapat MP-ASI

e. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

f. Umur = _____ bulan

g. Tanggal/Tahun Lahir _____

Keterangan : Untuk anak yang diukur dengan posisi berdiri tambahkan TB balita dengan 0.7 cm

