

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi

2.1.1. Definisi

Status gizi menurut McLaren (1981) dalam Jelliffe (1989) adalah hasil dari proses pencernaan makanan, absorpsi zat gizi, transportasi zat gizi, penyimpanan zat gizi menjadi cadangan tubuh pada metabolisme tingkat seluler.

Sedangkan menurut Supriasa, dkk (2002) status gizi sebagai ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu

Status gizi berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U) dapat dibagi menjadi empat kategori yaitu gizi lebih, gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk. Gizi kurang dan gizi buruk biasa disebut dengan Kurang Energi Protein (KEP). Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dalam jangka waktu yang cukup lama, yang ditandai dengan BB/U berada pada <-2 SD menurut baku standar WHO-NCHS atau ada tanda-tanda klinis gizi buruk yaitu marasmus dan kwashiorkor (Depkes, 2000b)

Menurut Jelliffe (1998) KEP adalah istilah yang meliputi *Malnutrition* dalam hal ini adalah bentuk gizi kurang, baik dari tingkat ringan, sedang maupun berat termasuk kedua bentuk KEP yaitu kwashiorkor dan marasmus.

Sedangkan menurut Depkes RI (1999a) yang dimaksud kekurangan gizi (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi

dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi (AKG).

2.1.2. Dampak kekurangan gizi pada balita

1. Gizi kurang pada waktu anak masih janin dan bayi berkaitan dengan gangguan intelektual, anak-anak yang gizi buruk memiliki otak yang lebih kecil dari ukuran rata-rata otak, jumlah sel – sel otak mereka 15-20 % lebih kecil dibandingkan dengan anak-anak yang cukup makan (Berg, 1986).
2. Gizi kurang juga dapat menyebabkan perilaku abnormal pada anak-anak. Ada hubungan erat antara gizi kurang yang amat parah pada masa bayi dan penampilan dibawah optimal pada usia sekolah (Berg, 1986).
3. Gizi kurang juga mengganggu motivasi anak, kemampuannya untuk berkonsentrasi dan kesanggupan untuk belajar (Berg, 1986). Gizi salah berpengaruh negatif terhadap perkembangan mental , fisik, produktifitas, dan kesanggupan kerja manusia (Berg, 1986).
4. Winick dan Rosso (1969) dalam Suhardjo (1992) melaporkan penemuannya bahwa jumlah sel-sel otak lebih sedikit terdapat pada anak-anak di Chili yang menderita marasmus dibandingkan dengan anak yang tidak menderita.
5. Sementara itu Chase, dkk (1974) dalam Suhardjo (1992) menemukan perbedaan sel otak diantara anak-anak Guatemala dimana anak yang mengalami marasmus lebih kecil dari pada yang normal. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa keadaan kurang gizi pada usia balita mengakibatkan rendahnya SDM dimasa yang akan datang.

2.2. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi

2.2.1. Infeksi

Infeksi disebabkan oleh micro organisme seperti virus, bakteri, parasit patogen yang berkembang biak dalam tubuh dan menyebabkan penyakit seperti TBC, malaria, diare, dan sebagainya.

Micro organisme patogen penyebab infeksi masuk kedalam tubuh melalui kulit yang terluka atau rusak, saluran pencernaan dan saluran pernafasan. Jika daya tahan tubuh kuat maka tubuh dapat melawan penyakit melalui sistem pertahanan tubuh yang berupa sel darah putih dan antibodi. Balita kurang gizi akan mudah terkena infeksi karena rendahnya daya tahan tubuh. Infeksi sering kali menyerang balita umur 6 bulan sampai 3 tahun, dimana infeksi yang sering di jumpai adalah batuk, flu, malaria, campak, diare, dan pneumonia.

Pengaruh kekurangan terhadap infeksi adalah :

1. Fungsi vitamin A adalah untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi dan membantu pertumbuhan jaringan baru yang rusak. Jika anak yang mengalami defisiensi vitamin A, lebih mudah terserang penyakit karena micro organisme patogen mudah menyerang anak melalui kulit, saluran pernapasan, dan saluran pencernaan.
2. Kekurangan gizi menyebabkan berkurangnya jumlah sel darah putih sehingga daya tahan tubuh menurun.
3. Kondisi anak yang kekurangan gizi tidak memberikan respon normal terhadap infeksi, sehingga menyebabkan penyakit semakin parah, tingginya angka kematian akibat infeksi, dan proses penyembuhan menjadi lama.

Pengaruh infeksi terhadap kekurangan gizi :

1. Infeksi dapat menurunkan nafsu makan anak sehingga kecukupan gizi tidak terpenuhi. Jika berlangsung lama akan menyebabkan kekurangan gizi pada anak.
2. Infeksi menyebabkan anak sulit makan karena adanya luka di mulut, hidung tersumbat, atau sulit bernafas. Hal ini dapat diatasi dengan pemberian makanan cair , tetapi ini mengurangi asupan zat gizi yang seharusnya.
3. Infeksi meningkatkan kebutuhan akan zat gizi
4. Infeksi menyebabkan pemecahan jaringan otot dan lemak karena tubuh membutuhkan energi yang tinggi saat infeksi sedangkan asupannya kurang sehingga menyebabkan penurunan berat badan pada anak (King & Burgess, 1993).

2.2.2. Asupan Energi

Asupan zat gizi sangat mempengaruhi status gizi, jika asupan suatu zat gizi dalam jumlah yang kurang, akan berakibat pada terjadinya defisiensi zat gizi tersebut. Hal ini juga terjadi jika kekurangan konsumsi energi dalam waktu yang cukup lama, akan berakibat pada terjadinya kurang gizi atau bahkan gizi buruk (Sudiarti & Utari, 2007).

Tubuh membutuhkan energi yang diperlukan untuk memberi tenaga pada semua fungsi tubuh. Sumber energi adalah karbohidrat, lemak dan sejumlah kecil dari protein kandungan energi dalam lemak lebih tinggi dari karbohidrat dan protein.

Kebutuhan akan energi di pengaruhi oleh :

1. Basal Metabolik Rate (BMR) adalah pengeluaran energi yang diperlukan untuk mempertahankan berbagai fungsi fisiologik dasar. BMR berbanding

lurus dengan luas permukaan tubuh sehingga laki-laki lebih tinggi BMRnya daripada perempuan. BMR pada Bayi juga lebih besar dari dewasa karena dipengaruhi pertumbuhan yang pesat saat bayi.

2. Efek termogenik makanan

Tubuh mengeluarkan energi 5-10 % akibat proses pencernaan serta stimulasi metabolisme yang disebabkan oleh influks substrat baru.

3. Aktivitas fisik merupakan variabel terbesar yang mempengaruhi kebutuhan energi.

4. Jika suhu lingkungan rendah akan menyebabkan kenaikan pemakaian energi (Mayes, 2002).

Berdasarkan AKG 2005 kebutuhan energi anak umur 7-11 bulan 650 Kkal/hari, umur 1-3 tahun 1000 Kkal/hari, umur 4-6 tahun 1550 Kkal/hari (Depkes, 2005a)

2.2.3. Asupan Protein

Protein merupakan zat gizi yang menyediakan nitrogen asam amino yang hilang karena metabolik, urine, feses, saliva, kulit yang terkelupas, rambut serta kuku. Kebutuhan akan protein dipengaruhi oleh berat badan, umur, masa laktasi, kehamilan dan proses pertumbuhan.

Jumlah protein yang diperlukan dipengaruhi oleh :

1. Kualitas protein

Kualitas protein diukur dengan membandingkan proporsi asam amino esensial di dalam diet dengan proporsi yang diperlukan bagi nutrisi yang baik. Semakin dekat kedua bilangan tersebut, semakin tinggi kualitas protein.

2. Asupan energi

Energi yang berasal dari karbohidrat dan lemak akan mengurangi pemanfaatan protein sebagai sumber energi.

3. Aktifitas fisik dapat mempengaruhi meningkatnya resistensi nitrogen dari diet protein (Mayes, 2002).

Berdasarkan AKG 2005 kebutuhan protein anak umur 7-11 bulan 15 gr/hari, umur 1-3 tahun 25 gr/hari, umur 4-6 tahun 39 gr/hari (Depkes, 2005a)

2.2.4. Pendidikan Ibu

Pendidikan merupakan proses pemberdayaan peserta didik sebagai subyek sekaligus objek dalam membangun kehidupan yang lebih baik. Pendidikan sangat berperan sebagai faktor kunci dalam meningkatkan sumber daya manusia. Indikator untuk tingkat pendidikan adalah jenjang pendidikan yang telah dicapai oleh penduduk usia 15 tahun keatas. Data SUSENAS tahun 2002 menyebutkan bahwa rata-rata tertinggi jenjang pendidikan yang dicapai oleh penduduk adalah di Provinsi DKI Jakarta rata-rata sampai kelas 1 SMU (BPS, 2002) .

Syamsul (1999) dalam Tarigan (2003) menyatakan bahwa rendahnya tingkat pendidikan pada keluarga khususnya ibu, memberikan suatu gambaran bahwa adanya keterbatasan sumber daya manusia dalam mengakses pengetahuan khususnya di bidang kesehatan untuk menerapkan dalam kehidupan keluarga terutama pada pengasuhan anak balita.

Faktor pendidikan turut pula menentukan cara memahani pengetahuan gizi. Dari kepentingan gizi keluarga pendidikan amat perlu agar lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi dalam keluarga dan bisa mengambil tindakan secepatnya (Apriadi, 1986)

2.2.5 . Pengetahuan Ibu .

Sebagian besar kejadian gizi buruk dapat dihindari apabila ibu mempunyai cukup pengetahuan tentang cara memelihara gizi dan mengatur makanan anak (Moehji, 1988).

Penelitian yang dilakukan Hermina (1992) , menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan gizi ibu maka semakin baik pula status gizi anaknya. Hasil yang sama ditemukan Husaini, dkk (1982) dalam Hermina (1992) , yakni : dengan adanya peningkatan pengetahuan gizi ibu sesudah program intervensi berupa penyuluhan gizi dan pengobatan infeksi ternyata dapat menurunkan jumlah anak yang menderita gizi buruk dan angka kematian balita menurun.

Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan dan selanjutnya akan berpengaruh pada keadaan gizi yang bersangkutan (Hermina. dkk, 1997). Ibu yang memiliki pengetahuan tentang adanya makanan khusus tersebut serta mengusahakan agar makanan khusus tersebut tersedia untuk dikonsumsi anaknya cenderung mempunyai bayi atau anak dengan keadaan gizi baik (Jus`at, 1999). Hal ini didukung pula oleh penelitian yang dilakukan oleh Yuliana, dkk (2002) yang menyatakan bahwa status gizi sangat di pengaruhi oleh pengetahuan ibu tentang gizi.

Penelitian Kusnadi (2001), menemukan bahwa 44,6% balita yang mengalami kekurangan gizi, ternyata mempunyai ibu dengan pengetahuan gizi yang kurang juga. Semakin rendah pengetahuan ibu tentang gizi maka akan semakin buruk pula status gizi anaknya.

Ibu yang memiliki pengetahuan gizi dan kesadaran gizi yang tinggi akan melatih kebiasaan yang sehat sedini mungkin kepada putra dan putrinya. Anak-anak

biasanya akan meniru apa yang dilakukan oleh orang tuanya. Bila anak melihat anggota keluarga mau makan apa saja yang dihidangkan ibu di meja makan maka anak pun akan ikut makan juga. Jelas ini penting dalam melatih kebiasaan anak makan makanan yang sehat (Suhardjo,1989).

2.2.6. Pekerjaan Ibu

Menurut Hurlock (1999), pengaruh ibu yang bekerja terhadap hubungan ibu dan anak, sebagian besar tergantung pada usia anak pada waktu ibu mulai bekerja. Jika ia mulai bekerja sebelum anak telah terbiasa selalu bersamanya dan sebelum suatu hubungan terbentuk maka pengaruhnya akan minimal, tetapi bila hubungan ibu dan anak telah terbentuk maka pengaruhnya akan mengakibatkan anak merasa kehilangan dan kurang di perhatikan.

Menurut Harahap, dkk (1992) salah satu dampak negatif yang dkuatirkan timbul akibat dari keikutsertaan ibu dalam kegiatan diluar rumah adalah keterlantaran anak terutama balita. Bagi keluarga miskin, pekerjaan ibu diluar rumah menyebabkan anak dilalaikan. Dalam keluarga, wanita berperan sebagai pengasuh anak dan mengatur konsumsi pangan anggota keluarga, peranan wanita dalam usaha perbaikan gizi keluarga terutama untuk meningkatkan status gizi bayi dan anak sangatlah penting.

2.2.7. Jumlah Balita Dalam Keluarga

Keluarga dengan banyak anak dan jarak kelahiran antara anak sangat dekat akan menimbulkan banyak masalah. Dalam acara makan bersama seringkali anak yang lebih kecil akan mendapat jatah makan yang kurang memadai (Apridji, 1986)

Berg (1986), menunjukkan bahwa rumahtangga yang mempunyai anggota keluarga besar beresiko mengalami kelaparan 4 kali lebih besar dari rumahtangga yang anggota keluarganya kecil, dan beresiko pula mengalami gizi kurang sebanyak lima kali lebih besar daripada keluarga yang anggota keluarganya kecil. Jumlah anggota keluarga yang besar akan mempengaruhi distribusi makanan terhadap anggota keluarga, terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan makanan, sehingga akan beresiko terhadap terjadinya gizi kurang.

Komposisi dan jumlah anggota keluarga merupakan faktor resiko terjadinya kurang gizi. Sebagian besar penduduk negara Indonesia berpenghasilan menengah kebawah sehingga kurang mampu memenuhi kebutuhan gizi seluruh anggota keluarga, jumlah anggota keluarga yang banyak akan memperburuk keadaan ini dan akan menimbulkan banyak masalah kesehatan lain yang berhubungan dengan ketidakcukupan pangan dan gizi (Suharjo, 1996).

2.2.8. Pendapatan Keluarga

Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga, harga bahan makanan serta tingkat pengelolaan sumberdaya lahan dan pekarangan. Keluarga dengan pendapatan terbatas, besar kemungkinan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya sejumlah yang diperlukan tubuh. Setidaknya keanekaragaman bahan makanan

kurang bisa di jamin, karena uang yang terbatas maka tidak akan banyak pilihan (Apriadi, 1986).

Penghasilan keluarga akan turut menentukan hidangan keluarga baik kualitas atau kuantitas (Supariasa, 2002). Diberbagai negara berkembang termasuk Indonesia, masalah gizi kurang banyak diderita oleh penduduk terutama golongan miskin, hal ini dikarenakan pendapatan mereka tidak cukup untuk membeli makanan yang bergizi .

Mutmainah, dkk (1996) menyatakan orang tua yang berpenghasilan rendah cenderung mempunyai anak kekurangan gizi dan tidak sehat, hal ini di dukung oleh Sihadi (1999), yang menyatakan ada kaitan antara keadaan gizi balita dengan ekonomi rumahtangga, disimpulkan bahwa rata-rata persen BB/U pada kelompok ekonomi rendah selalu lebih rendah dari kelompok ekonomi tinggi, situasi ini akan diperburuk lagi pada golongan masyarakat dengan jumlah anggota keluarga besar.

2.2.9. Pemberian ASI

Memburuknya gizi anak dapat dapat saja terjadi akibat ketidaktahuan ibu mengenai tata cara pemberian ASI yang benar kepada anak. Penelitian diberbagai daerah di Indonesia menunjukkan bahwa lebih dari separo ibu menyusui dari satu buah dada saja. Akibatnya jumlah ASI yang didapat oleh bayi hanya setengah dari jumlah yang dapat disediakan oleh ibu. Penghentian pemberian ASI seringkali dilakukan tanpa persiapan terlebih dahulu. Akibatnya anak belum siap untuk menerima makanan pengganti ASI (Moehji ,1988).

ASI sangat menguntungkan ditinjau dari berbagai segi yaitu murah harganya, suhu ideal, selalu segar dan bebas pencemaran, memperkuat ikatan batin ibu dan anak, mempercepat penegetan rahim kebentuk semula . ASI tidak memperberat fungsi traktus digestifus dan ginjal yang belum berfungsi dengan baik pada bayi yang baru lahir, serta menghasilkan pertumbuhan fisik yang optimum. ASI mengandung kolostrum yang memiliki banyak kelebihan seperti : lebih banyak protein, imunoglobulin dan laktoferin, vitamin A, natrium dan seng (Suhardjo,1992).

Menurut Worthington (1993) ASI dapat menurunkan infeksi pada bayi karena :

1. ASI bersih dan bebas bakteri, sehingga tidak membuat bayi sakit.
2. ASI mengandung antibodi (zat kekebalan) imunoglobulin terhadap bakteri .
3. ASI akan membantu melindungi bayi sampai bayi bisa membuat antibodinya sendiri.
4. ASI mengandung sel darah putih (leukosit) hidup yang membantu memerangi infeksi.
5. ASI mengandung zat yang disebut faktor bifidus yang membantu bakteri khusus, yaitu *Lactobacillus bifidus*, tumbuh dalam usus halus bayi. *Lactobacillus bitidus* mencegah bakteri berbahaya lainnya tumbuh dan menyebabkan diare.
6. ASI mengandung laktoferin yang mengikat zat besi. Hal ini mencegah pertumbuhan beberapa bakteri berbahaya yang memerlukan zat besi.
7. ASI mengandung enzim khusus (lipase) yang mencerna lemak. ASI lebih cepat dan mudah dicerna dan bayi yang diberi ASI mungkin ingin makan lagi lebih cepat daripada bayi yang diberi makanan buatan.

8. ASI selalu siap untuk diberikan pada bayi dan tidak memerlukan persiapan.

ASI tidak pernah basi atau menjadi jelek dalam payudara, walau ibu tidak menyusui bayinya selama beberapa hari. Beberapa ibu percaya bahwa ASI dalam payudara bisa basi, padahal hal ini tidak akan terjadi.

2.2.10. Umur Balita

Sejak bayi dan masa kanak-kanak, kebiasaan makan telah terbentuk dari lingkungan keluarga (Suharjo, 1989). Pilihan atau kesukaan terhadap makanan sangat ditentukan oleh pengalaman pada masa kecil. Makanan yang biasa dimakan pada waktu masa kanak-kanak terus-menerus menarik seseorang untuk memakannya, sedangkan makanan yang baru diketahui pada saat dewasa lebih banyak ditolak (Kresno, 2007). Sehingga jika pada saat kanak-kanak diperkenalkan makanan yang beraneka ragam akan berpengaruh baik terhadap status gizinya.

Kebutuhan nutrien tertinggi per kg berat badan dalam siklus daur kehidupan adalah pada masa bayi dimana kecepatan tertinggi dalam pertumbuhan dan metabolisme terjadi pada masa ini. Dukungan gizi sangat berarti, karena dengan gizi sesuai kebutuhan, pertumbuhan fisik dan perkembangan dini ini membentuk dasar kehidupan yang sehat dan produktif.

Tahun pertama setelah lahir merupakan salah satu perubahan besar yang dialami bayi. Kebutuhan protein bayi berdasarkan pada protein yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan maturitas jaringan, dan protein yang dibutuhkan untuk mempertahankan semua fungsi tubuh. Karbohidrat utama yang ada dalam ASI adalah laktosa. Bayi yang mendapat ASI memperoleh sepertiga kebutuhan energi dari

laktosa. Kejadian gizi buruk jarang terjadi pada masa bayi jika diberi ASI karena semua kebutuhan zat gizi bisa terpenuhi dari ASI.

Kejadian Gizi buruk cenderung terjadi pada usia setelah 2 tahun dimana anak telah disapih dan terpapar dengan makanan lain. Jika kecukupannya tidak terpenuhi maka akan menyebabkan kurang gizi (Suhardjo, 1992).

Penelitian yang dilakukan Jahari, dkk (2000) tentang penyimpangan positif masalah KEP mengungkapkan bahwa hampir seperempat (23.2%) bayi usia 6-11 bulan menderita gizi kurang dan pada kelompok umur 12-17 bulan jumlahnya 46.4 % .

Permasalahan dalam pemberian makan anak dibawah 2 tahun dapat memicu terjadinya kekurangan gizi yang lebih awal, adapun permasalahannya adalah :

1. Pemberian makanan pralaktal (makanan sebelum ASI keluar).

Makanan pralaktal seperti madu, air kelapa, air tajin dan lainnya, sangat berbahaya bagi kesehatan bayi, dan mengganggu keberhasilan menyusui.

2. Kolostrum dibuang

Kolostrum mengandung zat kekebalan yang dapat melindungi bayi dari penyakit dan mengandung zat gizi.

3. Pemberian MP-ASI terlalu dini yang dapat menggagau pencernaan atau terlalu terlambat dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan.
4. MP-ASI yang diberikan tidak cukup baik kualitas maupun kuantitasnya.
5. Pemberian MP-ASI sebelum ASI sehingga produksi ASI berkurang, dimana ASI masih sangat dibutuhkan dalam pertumbuhan anak.
6. Frekuensi pemberian MP-ASI kurang.
7. Pemberian ASI terhenti karena ibu kembali bekerja.

8. Kebersihan kurang.
9. Prioritas gizi yang salah pada keluarga (Depkes,2000a).

2.2.11. Jenis Kelamin

Menurut Suharjo (1996) secara tradisional seringkali anak perempuan mendapat prioritas makanan yang kedua dari pada anak laki-laki, sehingga jika terjadi musim paceklik anak perempuan lebih rentan menderita kurang gizi karena diskriminasi dalam pembagian makanan.

Jenis kelamin mempengaruhi hormon yang untuk perkembangan. Laki-laki menghasilkan lebih banyak androgen dan perempuan lebih banyak menghasilkan esterogen. Banyaknya hormon sex yang sesuai dengan jenis kelamin mempengaruhi timbulnya perbedaan dalam perkembangan fisik dan psikologis (Hurlock, 1999).

Menurut baku standar WHO-NCHS dalam Depkes (2002a) jenis kelamin juga mempengaruhi ukuran tubuh anak dimana laki-laki lebih berat dan lebih tinggi dari perempuan pada umur yang sama dalam keadaan status gizi baik. Sehingga kebutuhan zat gizi laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan karena perbedaan luas tubuh dan aktifitasnya (Apriadi, 1986).

2.2.12 Sosial budaya

Pandangan yang salah terhadap makanan dapat menimbulkan gangguan gizi yang serius. Solein dan Schrimshaw dalam Kresno (2007) menjelaskan bahwa pada beberapa masyarakat terutama di pedesaan, melarang anaknya yang berpenyakit cacing untuk makan daging atau minum susu karena makanan tersebut dianggap menstimulasi aktivitas cacing. Dalam struktur keluarga pedesaan ayah mempunyai

kedudukan tertinggi dalam keluarga sehingga dalam hal makanan ayah sering kali menjadi yang diutamakan (Apriadi, 1986).

Kebiasaan makan suatu masyarakat sangat di pengaruhi oleh faktor sosial dan budaya masyarakat tersebut. Makanan diartikan juga dalam hubungannya dengan kebudayaan karena sebagai bahan makanan yang akan di konsumsi memerlukan pengesahan dari kebudayaan untuk dapat diterima. Banyak manusia yang meskipun lapar tidak menggunakan semua bahan makanan yang bergizi sebagai makanan karena alasan agama, tabu dan kepercayaan. Makanan yang disediakan untuk seseorang sangat tergantung kepada statusnya. Misalnya pada masyarakat Alor terdapat terdapat kebiasaan untuk membagikan daging hasil buruan tergantung jumlah laki-laki dirumah tersebut karena daging dianggap makanan untuk laki-laki. Dan di masyarakat India mertua laki-laki mendapat giliran pertama untuk mengambil makanan (Kresno, 2007).

2.2.13 Kebersihan Lingkungan

Jumlah makanan yang mencukupi dengan kandungan gizi yang baik sekalipun tidak akan memperbaiki status gizi jika anak cacangan. Untuk menghindari hal ini dianjurkan agar memakai alas kaki jika keluar rumah. Yang utama adalah menjaga kebersihan lingkungan dari cacing dan jasad renik lainnya (Apriadi, 1986).

Pada tingkat komunitas, sejumlah faktor lingkungan memiliki efek tidak langsung terhadap status gizi sehubungan dengan peparuh lingkungan dalam proses penyebaran infeksi, yang dapat berkontribusi pada perkembangan malnutrisi (Jelliffe & Jelliffe, 1989). Sehubungan dengan adanya hubungan antara faktor lingkungan dengan status kesehatan/gizi, maka sanitasi merupakan sebuah upaya kesehatan

dengan cara memelihara dan melindungi kebersihan lingkungan dan subyeknya. Beberapa hal yang termasuk kPedalam sanitasi lingkungan, misalnya perumahan, penyediaan air bersih, pembuangan limbah/kotoran manusia dan pengolahan sampah (Notoatmodjo, 2007).

2.2.14 Umur Ibu

Usia produktif ibu dalam masa reproduksi berperan dalam membantu pertumbuhan dan perkembangan anaknya. Usia produktif ibu berkisar 20 sampai 30 tahun, penelitian Farida (2002) mengungkapkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan status gizi balita.

Penelitian karyadi (1998) menemukan ibu yang berusia antara 20 hingga 30 tahun lebih banyak anak balitanya dengan status gizi baik daripada ibu-ibu yang lebih muda atau lebih tua dari usia 20-30 tahun.

2.3 Penilaian status gizi

Menurut Supariasa (2002) penilaian status gizi dapat dilakukan dengan dua cara yaitu :

1. Secara langsung yaitu : antropometri, biokimia, klinis dan biofisik.
2. Secara tidak langsung yaitu : survei konsumsi, statistik vital dan faktor ekologi.

2.3.1 Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratorium yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh.

2.3.2 Biofisik

Metode biofisik adalah penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi jaringan dan melihat perubahan struktur jaringan

2.3.3 Klinis

Pemeriksaan klinis berdasarkan pada perubahan – perubahan yang terjadi karena kekurangan zat gizi. Anak yang menderita gizi buruk memiliki tanda-tanda klinis sebagai berikut :

1. Marasmus

- Anak tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit
- Wajah seperti orang tua
- Cengeng, rewel
- Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit, bahkan sampai tidak ada
- Sering disertai diare kronik atau konstipasi serta penyakit kronik
- Tekanan darah, detak jantung dan pernapasan kurang

2. Kwashiorkor

- Oedem terutama diseluruh tubuh terutama di kaki
- Wajah membulat sembab
- Otot-otot mengecil, lebih nyata apabila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk, anak berbaring terus menerus.
- Perubahan status mental : cengeng, rewel, kadang apatis
- Anoreksia
- Hepatomegali
- Infeksi, anemia, diare

- Rambut kusam, mudah dicabut
 - Gangguan kulit berupa bercak merah (crazy pavement dermatosis)
 - Pandangan anak tampak sayu.
3. Marasmus-kwashiorkor

Tanda marasmus-kwashiorkor adalah gabungan dari tanda –tanda yang ada pada keduanya.

2.3.4 Antropometri

Pengukuran antropometri adalah suatu bentuk pengukuran status gizi yang relatif mudah untuk dilakukan yaitu berupa pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan lapisan lemak bawah kulit yang menggunakan ukuran dan standar tertentu pula.

2.3.4.1 Indeks Antropometri

Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Kombinasi dari beberapa parameter disebut dengan indeks antropometri. Indeks antropometri antara lain adalah :

1. Indeks BB/U

Berat badan merupakan salah satu antropometri yang memberikan gambaran tentang massa tubuh (otot dan lemak), karena masa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan keadaan yang mendadak, misalnya infeksi, menurunnya nafsu makan, maka berat badan merupakan penilaian antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan

keseimbangan antara intake dan kebutuhan zat gizi terjamin, berat badan berkembang mengikuti pertumbuhan umur. Berdasarkan sifat ini maka indeks BB/U digunakan sebagai salah satu indikator status gizi (KEP) dan karena sifat berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini .

2 Indeks TB/U

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan sketal. Dalam keadaan normal tinggi badan akan tumbuh seiring dengan umur. Pertumbuhan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap masalah defisiensi gizi dalam jangka waktu pendek, pengaruhnya baru tampak jika defisiensi terjadi dalam waktu lama. Indeks TB/U lebih menggambarkan status gizi masa lampau .

3. Indeks BB/TB

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kesepakatan tertentu

Kelebihan dan Kekurangan Indeks Antropometri

Kelebihan dan kekurangan indeks antropometri dapat dilihat pada tabel 2.1 dibawah ini

Tabel 2.1
Kelebihan dan Kekurangan Indeks Antropometri

NO	Indeks Antropometri	Kelebihan	Kekurangan
1	BB/U	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator yang baik untuk KEP akut dan kronis serta untuk memonitor program yang sedang berjalan ▪ Sensitif terhadap perubahan keadaan yang sangat kecil ▪ Pengukuran objektif dan bila diulang memberikan hasil yang sama ▪ Peralatan dapat dibawa kemana-mana dan relatif murah ▪ Pengukuran mudah dilaksanakan dan teliti ▪ Tidak memakan waktu lama 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak sensitif terhadap anak pendek atau terlalu tinggi tapi kurang gizi ▪ Data Umur kadang-kadang kurang dapat dipercaya, untuk anak kurang 2 tahun biasanya teliti dan bila ada kesalahan mudah dikoreksi, sebaliknya sulit memperkirakan anak lebih dari 2 tahun. ▪ Didaerah tertentu, ibu-ibu mungkin kurang menerima anaknya di timbang dengan dacin.
2	TB/U	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Merupakan indikator yang baik untuk mengetahui kekurangan gizi pada waktu lama ▪ Pengukuran objektif, memberikan hasil yang sama bila pengukuran di ulang lagi ▪ Alat mudah dibawa dan dapat di buat lokal. ▪ Paling baik untuk anak diatas 2 tahun 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dalam menilai intervensi, harus disertai indikator lain seperti BB/U, karena perubahan TB tidak banyak terjadi dalam waktu singkat ▪ Membutuhkan beberapa teknik pengukuran, alat ukur panjang badan digunakan untuk anak dibawah usia 2 tahun dan alat ukur tinggi badan untuk anak umur lebih 2 tahun. ▪ Lebih sulit dilakukan secara teliti oleh kader/petugas yang belum berpengalaman ▪ Memerlukan orang lain untuk mengukur anak ▪ Umur kadang-kadang sulit didapat secara valid

3	BB/TB	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baik digunakan untuk umur diatas 2 tahun ▪ Indikator yang baik untuk mendapatkan proporsi tubuh yang normal untuk membedakan anak yang kurus dan yang gemuk ▪ Tidak memerlukan data umur ▪ Pengukuran objektif dan memberikan hasil yang sama bila pengukuran diulang 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyebabkan estimasi yang rendah terhadap KEP ▪ Memerlukan 2 atau 3 alat ukur, lebih mahal dan sulit membawanya ▪ Memerlukan waktu yang lebih lama dan diperlukan pelatihan.
---	-------	--	--

Sumber : Supariasa, 2002

2.3.4.2 Baku Antropometri Menurut Standar WHO-NCHS

Kategori status gizi menurut indikator yang digunakan dan batas-batasnya, yang merupakan hasil kesepakatan nasional pakar gizi di Bogor dan Semarang tahun 2000, yang tercantum dalam edaran Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat tanggal 31 Juli 2000 dapat dilihat pada tabel 2.2 dibawah ini

Tabel 2.2
Baku Antropometri Menurut Standar WHO-NCHS

Indikator	Status Gizi	Keterangan
Berat Badan menurut Umur (BB/U)	Gizi lebih Gizi baik Gizi Kurang Gizi Buruk	≥ 2 SD - 2 SD sampai + 2 SD <- 2 SD sampai - 3 SD <- 3 SD
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Normal Pendek	- 2 SD sampai + 2 SD <- 2 SD
Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Gemuk Normal Kurus Kurus sekali	≥ 2 SD - 2 SD sampai + 2 SD <- 2 SD sampai - 3 SD <- 3 SD

Sumber : Depkes, 2002

2.3.1.4.3 Prosedur Pengukuran Antropometri

Prosedur pengukuran Panjang Badan dengan papan pengukur

a. Persiapan alat

1. Pilih meja atau tempat yang datar dan rata, siapkan alat ukur panjang badan.
2. Lepaskan kunci pengait yang berada di samping papan pengukur.
3. Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjukkan angka nol dengan skrup skala yang ada di bagian kaki balita.
4. Buka papan hingga posisinya memanjang dan datar.
5. Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjukkan angka nol.
6. Geser kembali papan pengeser pada tempatnya.

b. Pelaksanaan pengukuran panjang badan

1. Telentangkan balita di atas papan pengukur dengan posisi kepala menempel pada bagian papan yang datar dan tegak lurus (papan yang tidak dapat bergerak).
2. Pastikan puncak kepala menempel pada bagian papan yang statis.
3. Posisikan bagian belakang kepala, punggung, pantat dan tumit menempel secara tepat pada papan pengukur.
4. Geser bagian papan yang bergerak sampai seluruh bagian kedua telapak kaki menempel pada bagian papan yang dapat digeser.
5. Baca dan catat panjang badan balita dari angka kecil ke angka besar.

Prosedur pengukuran tinggi badan dengan microtois

a. Persiapan alat

1. Letakan microtois di lantai yang rata dan menempel pada dinding yang tegak lurus.
2. Tarik pita meteran tegak lurus ke atas sampai angka pada jendela baca menunjukkan angka nol.
3. Paku/tempelkan ujung pita meteran pada dinding.
4. Tarik kepala microtois ke atas sampai ke paku.

b. Pelaksanaan pengukuran

1. Posisikan balita berdiri tegak lurus dibawah microtois membelakangi dinding.
2. Posisikan kepala balita berada di bawah alat geser microtois, pandangan lurus kedepan.
3. Posisikan balita tegak bebas, bagian belakang kepala, tulang belikat, pantat dan tumit menempel ke dinding.
4. Posisikan kedua lutut dan tumit rapat.
5. Tarik kepala microtois sampai puncak kepala balita.
6. Baca angka pada jendela baca dan mata pembaca harus sejajar dengan garis merah.
7. Angka yang dibaca adalah yang berada pada garis merah dari angka kecil ke angka besar
8. Catat hasil pengukuran tinggi badan balita pada kartu status (Depkes,2005) .

Prosedur pengukuran berat badan dengan dacin

a. Persiapan alat

1. Gantungkan dacin pada dahan pohon/palang rumah/penyangga kaki tiga.
2. Periksa apakah dacin sudah tergantung kuat.
3. Sebelum dipakai letakan bandul geser pada angka 0. Batang dacin di kaitkan dengan tali pengaman.
4. Pasanglah sarung timbangan/kotak timbangan. Ingat geser bandul pada angka 0.
5. Seimbangkan dan yang sudah dibebani celana timbangan, sarung timbangan dengan cara memasukkan pasir kedalam kantong plastik.

b. Pelaksanaan pengukuran

1. Pakaian anak dibuat seminim mungkin, sepatu, baju/ celana yang cukup tebal harus ditanggalkan.
2. Anak ditidurkan atau didudukkan dalam kantong timbangan.
3. Geserlah anak timbangan sampai mencapai keadaan seimbang, kedua ujung jarum terdapat pada satu titik.
4. Lihatlah angka pada skala batang dacin yang menunjukkan berat anak.

2.4 Penanggulangan Kekurangan Gizi

Program penanggulangan gizi dapat dibedakan antara program langsung , yaitu pemberian makanan tambahan, vitamin dan mineral. Sedangkan program tidak langsung , yaitu : peningkatan pendapatan keluarga, pengendalian harga pangan, peningkatan program kesehatan. Kedua program ini baik secara langsung maupun

tidak langsung harus dilaksanakan secara simultan apabila kita menginginkan berhasilnya usaha peningkatan gizi (Suhardjo, 1996).

Beberapa program intervensi gizi yang dapat dilakukan untuk menanggulangi masalah kurang gizi secara langsung adalah :

1. Fortifikasi

Fortifikasi adalah proses dimana zat gizi ditambahkan kedalam makanan untuk menjaga atau meningkatkan kualitas diet suatu kelompok, komunitas atau populasi, contohnya adalah fortifikasi yodium dalam garam, vitamin A dalam tepung dan mie.

2. Makanan formula

Makanan formula merupakan suatu proses untuk mengembangkan makanan yang bernilai gizi tinggi untuk golongan rawan (balita, ibu hamil dan ibu menyusui) yang kekurangan gizi, contohnya MP- ASI untuk balita .

3. Makanan tambahan

Makanan tambahan adalah salah satu bentuk intervensi langsung untuk menyediakan jenis makanan yang penting tetapi kurang dalam diet normal pada golongan rawan (balita, ibu hamil dan ibu menyusui), contohnya makanan tambahan pemulihan untuk balita gizi buruk dan gizi kurang (Setiarini, 2007).

4. Suplementasi zat gizi mikro

Kekurangan zat gizi mikro merupakan penyebab timbulnya masalah gizi dan kesehatan disebagian besar wilayah Indonesia. Prevalensi anemia pada ibu di keluarga miskin masih tinggi yaitu 20-30%, disertai asupan vitamin A yang sangat rendah. Kekurangan vitamin A, yodium, Zn dan zat besi

mengakibatkan peningkatan angka kesakitan, angka kematian, hambatan pertumbuhan, kerusakan sel otak dan rendahnya tingkat intelegensia dan kinerja pada anak-anak maupun dewasa (Soetrisno, 2006). Untuk mengatasi hal ini perlu dilakukan suplemen zat gizi mikro seperti vitamin dan mineral contohnya pemberian kapsul vitamin A untuk balita, pemberian Fe untuk ibu hamil ,pemberian kapsul yodium untuk WUS, anak sekolah (Arisman, 2004).

Usaha secara tidak langsung untuk penanggulangan masalah gizi dapat dilakukan beberapa hal yaitu :

1. Peningkatan program kesehatan.

Salah satu program kesehatan adalah pendidikan gizi. Pendidikan gizi merupakan suatu usaha mengarahkan beberapa sistem komunikasi yang mengajari masyarakat untuk menggunakan sumber-sumber makanan yang lebih baik (Setiarini, 2007).

2. Peningkatan pendapatan keluarga.

Pendapatan keluarga sangat mempengaruhi kemampuan untuk memenuhi kebutuhan konsumsi makanan dalam keluarga dan penganekaragaman sumber bahan makanan. Usaha yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pendapatan keluarga adalah membuka kesempatan kerja yang bisa menghasilkan uang oleh pemerintah ataupun pihak swasta. Sebagian besar masyarakat Indonesia adalah petani sehingga dapat dilakukan beberapa upaya untuk meningkatkan pendapat petani dengan cara meningkatkan produktifitas lahan pertanian dengan upaya ekstensifikasi, intensifikasi dan

penerapan teknologi pertanian yang tepat guna, serta inovasi di bidang pertanian .

3. Pengendalian harga pangan

Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan sangat dipengaruhi oleh harga bahan makanan di pasaran (Apriadji, 1986). Pada saat ini harga kebutuhan pokok terus berkejang sehingga pemerintah harus melakukan intervensi pasar untuk menekan harga. Ini bisa dilakukan melalui pengendalian yang terarah dengan cara melakukan subsidi pangan yang harus ditingkatkan agar bahan pangan terjangkau oleh daya beli masyarakat sehingga rakyat miskin dan petani bisa memenuhi kebutuhan pokok (Noorsy,2008).

2.4.1 Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P)

Menurut Austin, JM (1981) PMT-P adalah salah satu bentuk intervensi langsung untuk menyediakan jenis makanan yang penting tetapi kurang dalam diet normal pada golongan rawan (balita, ibu hamil dan ibu menyusui).

Tujuan utama PMT-P adalah :

1. Untuk meningkatkan status gizi anak.
2. Untuk mencegah memburuknya status gizi anak
3. Untuk membantu pengobatan penyakit infeksi
4. Untuk memfasilitasi program KIE untuk orang tua dan anak.

Ada tiga metode pelaksanaan PMT-P yaitu :

1. PMT diberikan pada sasaran satu kali seminggu, dua kali seminggu atau satu kali sebulan untuk dibawa pulang ke rumah sasaran (*Take home feeding*).
2. PMT di buat dan distribusikan di satu tempat untuk sasaran yang jumlahnya tidak terlalu banyak (*on-site feeding program*)
3. PMT dilaksanakan di pusat rehabilitasi gizi (*Nutrition rehabilitation center*) .

Sasaran PMT-P balita diutamakan pada kondisi sebagai berikut :

1. Berat badan lahir rendah
2. Anak kembar
3. Tidak mendapat ASI
4. Anak urutan keenam atau lebih dalam keluarga
5. Anak dari orang tua tunggal di bawah umur 12 bulan
6. Anak yang menderita penyakit , seperti : campak, TBC, pneumonia, diare
7. Keluarga miskin

Menurut Austin, JM (1981) jenis makanan untuk PMT harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Nilai zat gizi energi dan protein, untuk anak umur 1 tahun terdiri dari 300 Kkal/hr, protein 11 gr/hr dan mengandung vitamin dan mineral. Menurut Depkes (1999b) komposisi zat gizi/100 gr bahan : energi 360-430 Kkal dan protein 10-15 gr
2. Ketersediaan bahan di pasar
3. Biaya
4. Lebih diutamakan bahan makanan produksi lokal dari pada makanan impor.

Dalam pelaksanaan PMT-P peran serta masyarakat sangat penting agar masyarakat lebih mengerti, lebih berkomitmen, dan dapat memberi dampak yang maksimal di samping itu juga akan menurunkan biaya dan jumlah balita yang *drop out* Austin, JM (1981).

Untuk balita usia 6-11 bulan sangat direkomendasikan untuk menggunakan makanan tambahan produksi pabrik atau *blended food*, karena jenis makanan ini mudah dimanipulasi kandungan gizinya terutama zat gizi mikro yang sangat diperlukan oleh anak pada usia ini untuk tumbuh kembangnya. Suplementasi makanan ini ditujukan untuk mencegah memburuknya keadaan gizi anak. Untuk anak yang lebih tua usianya (12 bulan keatas) direkomendasikan untuk menggunakan makanan setempat (lokal).

Tiga strategi untuk penentuan target program pemberian makanan tambahan (PMT) berdasarkan ketersediaan dana dan makanan. Ketiga strategi tersebut adalah :

1. Strategi pertama adalah semua umur anak umur 6-11 bulan diberikan MP-ASI atau *Blended food* yang difortifikasi dengan zat gizi mikro. Untuk anak umur 12 bulan keatas yang berstatus gizi kurang diberikan suplement *Blended food* yang difortifikasi dengan zat gizi mikro atau makanan tambahan yang dibuat dari bahan lokal sesuai dengan keadaan.
2. Strategi kedua adalah memberikan makanan tambahan kepada semua anak yang berstatus gizi kurang tanpa memperhatikan keadaan sosial ekonomi orang tuanya. Suplemen yang diberikan tetap memperhatikan kelompok umur anak seperti pada no.1 diatas.

3. Strategi ketiga adalah memberikan makanan tambahan hanya kepada anak berstatus gizi kurang yang berasal dari keluarga miskin dengan jenis suplemen seperti pada no.1 (Jahari,dkk , 2000).

Untuk memaksimalkan hasil dari program PMT-P perlu diperhatikan beberapa hal :

1. Kuantitas bahan makanan.

Dampak gizi dari program pemberian makanan sering terbatas karena anak hanya mendapat satu gelas susu dan sedikit supplement. Pemerintah yang tidak sanggup memperbesar anggarannya untuk PMT dapat meningkatkan kuantitas bahan makanan dengan meningkatkan partisipasi masyarakat dengan membantu menyediakan sebagian dari bahan makanan yang dibutuhkan.

2. Kualitas bahan

Nilai program pemberian makanan dapat ditingkatkan dengan memperbaiki kualitas bahan makanan yang dihidangkan. Langkah khusus yang dilakukan adalah dengan melakukan fortifikasi bahan makanan.

3. Penyediaan PMT-P yang teratur

4. Penggunaan bahan makanan

Makanan kadang-kadang tidak dapat diharapkan membantu perbaikan gizi karena kurangnya pengetahuan konsumen tentang penggunaan bahan makanan.

5. Pembungkus

Keterbatasan nilai gizi program pemberian makanan tambahan mungkin disebabkan oleh pembungkusnya yang tidak memadai, sehingga jika pembungkus rusak atau robek akan mempengaruhi kualitas makanan.

6. Manajemen lapangan

Manajemen yang kurang baik dan control yang tidak memadai, merupakan hal yang tidak asing bagi program pemberian makanan institusional.

7. Persiapan dan distribusi

8. Pendidikan gizi

Keadaan gizi yang baik dapat diciptakan melalui usaha pendidikan gizi yang dilaksanakan melalui program pemberian makanan.

9. Tindakan bidang kesehatan

10. Kondisi penerima program yang buruk menyebabkan banyak zat gizi yang diberikan hilang. Penyakit perut dapat secara langsung menghambat penyerapan dan pemanfaatan bahan makanan (Berg dan Muscat, 1985).

Lama program PMT-P

Lama pemberian makanan tambahan pemulihan direkomendasikan oleh Depkes 90 hari (Depkes, 2002). Namun pada pelaksanaannya di lapangan didapatkan adanya PMT-P yang diberikan kurang dari 90 hari atau lebih dari 90 hari.

Menurut Jahari, dkk (2000) jangka waktu pemberian makanan tambahan sebaiknya mempertimbangkan masa pertumbuhan kritis anak. Berdasarkan pengalaman diklinik gizi Bogor untuk meningkatkan status gizi anak dari gizi buruk kegizi kurang diperlukan PMT selama sekitar 6 bulan. Dalam program PMT skala besar yang dilakukan oleh kader/petugas setempat, direkomendasikan untuk memperpanjang waktu PMT menjadi 10-12 bulan.

2.4.2 Penyelenggaraan PMT-P di Provinsi DKI Jakarta

1. Petugas

Pelaksana PMT-P di DKI Jakarta ditingkat kecamatan secara langsung Tenaga Gizi Puskesmas (TPG) Kecamatan dan TPG Kelurahan serta kader Posyandu . TPG berperan dalam menentukan sasaran, menentukan jenis PMT –P yang akan diberikan, pengadaan dan mendistribusikannya ke Puskesmas kelurahan. Petugas Gizi kelurahan berperan mendistribusikan PMT-P kesasaran dan menentukan sasaran penerima PMT-P, memberikan penyuluhan, menimbang bayi dan melakukan evaluasi. Tugas kader terutama adalah menyediakan data balita gizi kurang, membagikan PMT-P kepada sasaran, melakukan penantauan berat badan dan melakukan penyuluhan.

2. Dana

Sumber dana kegiatan PMT-P sebagian besar berasal dari APBD (Anggaran Pendapatan Belanja Daerah) Provinsi DKI Jakarta. Namun perencanaan pendaan yang diusulkan oleh Puskesmas untuk pembelian PMT-P seringkali tidak sesuai dengan anggaran yang disetujui oleh BAPPEKO sehingga seringkali PMT-P yang diberikan tidak sesuai dengan sasaran yang seharusnya menerima dan dilakukanlah prioritas sasaran penerima PMT-P oleh Puskesmas.

3. Kriteria sasaran

Sebagian besar TPG kecamatan dan Kelurahan menentukan sasaran PMT-P berdasarkan balita BGM/gizi kurang/gizi buruk dari gakin ataupun non gakin. Penentuan status gizi untuk penentuan penerima PMT-P sebagian besar dengan cara menimbang berat badan saja. Alat untuk menimbang berat badan sebagian besar dacin, timbangan injak dan timbangan bayi .

4. Pengadaan dan distribusi PMT-P

Penentuan jenis PMT-P adalah SUDINKES (Suku Dinas Kesehatan) dan TPG Kecamatan. Penanggungjawab dalam pendistribusian PMT-P ke sasaran adalah TPG kecamatan dan kelurahan serta kader. Sebagian besar PMT-P yang diberikan adalah susu dan biskuit, namun di wilayah Jakarta Barat, Jakarta Pusat dan Jakarta Selatan juga diberikan bubur kacang ijo dimana di ketiga wilayah tersebut terdapat tambahan dana untuk PMT-P. Sebagian besar PMT-P yang diberikan kurang dari 90 hari.

Menurut Petugas gizi Puskesmas kelurahan sebagian besar ibu sasaran mengambil sendiri PMT-P ke Puskesmas Kelurahan, apabila ibu tidak mengambil PMT-P akan dititip kepada kader untuk diberikan pada ibu pada saat penimbangan diposyandu atau diantar kerumah ibu sasaran. Ibu-ibu yang bekerja seringkali tidak mengambil PMT-P ke Posyandu atau ke Puskesmas sehingga harus diantar langsung oleh kader atau petugas ke rumah ibu

Pengawasan pendistribusian PMT-P dilakukan petugas gizi kelurahan dengan cara konfirmasi langsung dengan ibu sasaran, meminta ibu datang ke puskesmas kelurahan dan melakukan kunjungan langsung kerumah ibu sasaran.

5 Manfaat PMT- P

Pemberian PMT- P bermanfaat bagi balita terutama untuk meningkatkan berat badan dan untuk perbaikan status gizi, serta menambah nafsu makan dan membantu orang miskin. Walaupun mamfaat PMT-P bagi balita sangat baik namun masih ada ibu yang tidak koperatif dalam pelaksanaan PMT-P karena alasan tidak disukai oleh balita mereka dan tidak cocok untuk balita selain itu juga ada alasan tidak ada biaya trasportasi untuk mengambil PMT-P ke Puskesmas.

Sedangkan ibu yang kooperatif mau menimbang balitanya ke Posyandu untuk mengetahui berat badan dan status gizi anak sekaligus mengambil PMT-P.

6. Masalah dan saran dalam penyelenggaraan PMT -P

Menurut sebagian besar TPG Kecamatan di Wilayah Jakarta Barat, Timur, Selatan dan Barat ditemukan masalah dalam penyelenggaraan PMT-P seperti dalam menentukan sasaran, pendistribusian dan penyimpanan PMT-P, serta adanya ibu balita yang tidak mempunyai biaya transportasi untuk menjemput PMT-P dan anak yang tidak menyukai PMT P yang diberikan .

Sedangkan itu di wilayah Jakarta Utara ditemukan masalah distribusi terutama pada jumlah PMT-P yang kurang dari target dan PMT-P datangnya terlambat. Berbagai saran disampaikan oleh TPG Kecamatan terutama adalah perlunya tambahan anggaran karena harga naik dan koordinasi lintas sektoral yang ditingkatkan. Diwilayah Jakarta Utara sebagian besar TPG menyarankan agar program PMT P tetap dilaksanakan .

Sedangkan saran dari TPG kelurahan adalah cakupan PMT-P ditingkatkan, dilaksanakan dengan rutin, jenis PMT -P dipilih sesuai keinginan balita dan disediakan dana transportasi untuk TPG dan kader (Dinkes, 2005)

BAB 3

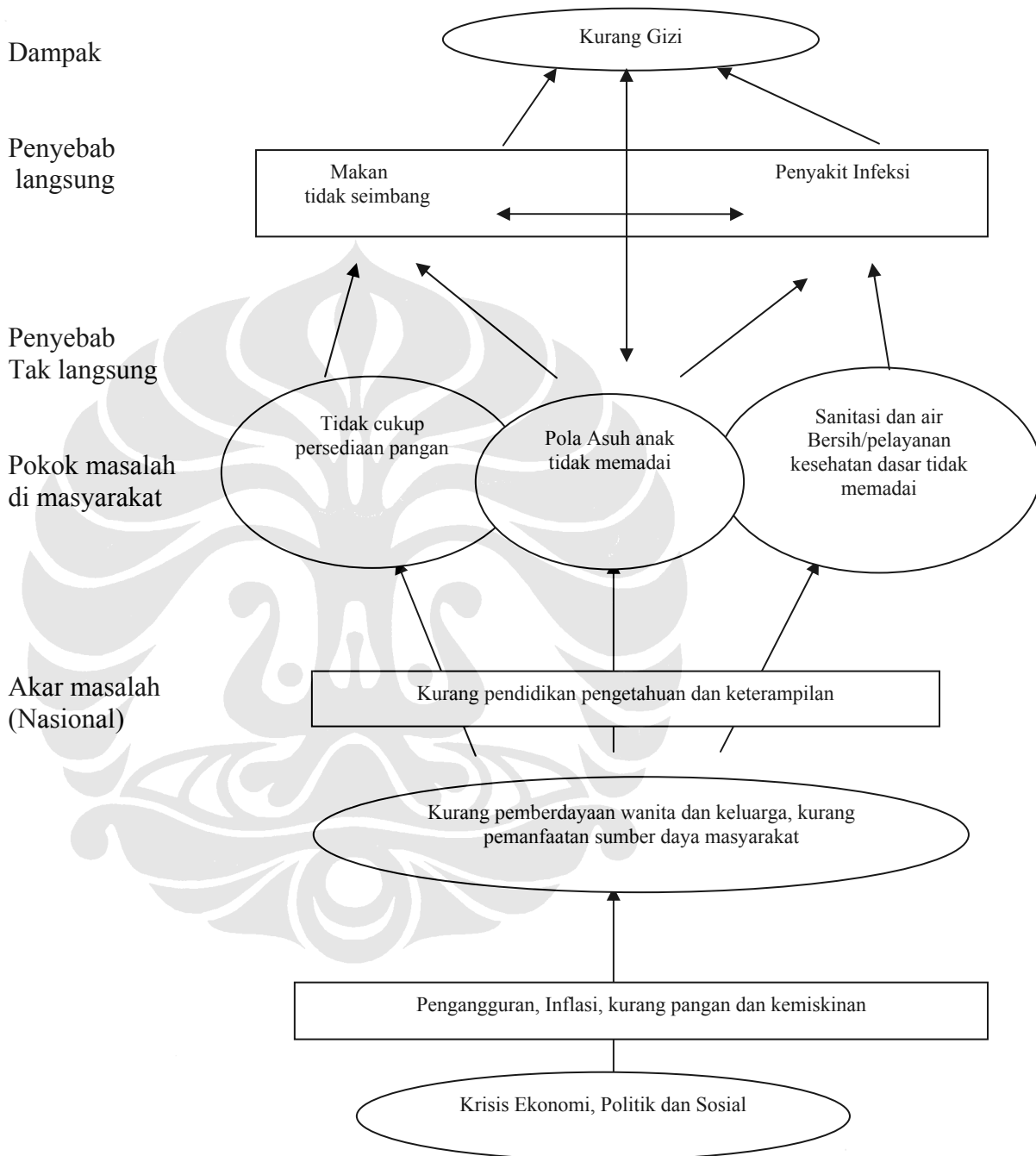
**KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP,
DEFINISI OPERASIONAL, HIPOTESIS**

3.1. Kerangka Teori

Menurut UNICEF (1998) yang disampaikan dalam seminar seminar sehari tentang gizi oleh Deputi Menko Kesra, banyak faktor yang mempengaruhi kekurangan gizi dan faktor tersebut saling berkaitan. Secara langsung, pertama: anak kurang mendapat asupan gizi seimbang dalam waktu cukup lama, dan kedua: anak menderita penyakit infeksi. anak yang sakit, asupan zat gizi tidak dapat dimanfaatkan oleh tubuh secara optimal karena adanya gangguan penyerapan akibat penyakit infeksi. Secara tidak langsung penyebab terjadinya gizi buruk yaitu tidak cukupnya persediaan pangan di rumah tangga, pola asuh kurang memadai dan sanitasi /kesehatan lingkungan kurang baik serta akses pelayanan kesehatan terbatas. Akar masalah tersebut berkaitan erat dengan rendahnya tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan kemiskinan keluarga pada gambar 3.1.

Untuk mengatasi masalah gizi kurang dan gizi buruk di DKI Jakarta maka Pemerintah DKI Jakarta melaksanakan program PMT-P yang merupakan upaya langsung meningkatkan ketersediaan bahan makanan di keluarga untuk balita dan juga sebagai usaha untuk meningkatkan pengetahuan keluarga terutama ibu mengenai makan yang bergizi untuk balitanya. Dengan PMT-P diharapkan dapat meningkatkan status gizi anak menjadi lebih baik .

Bagan 3.1
Penyebab Kurang Gizi

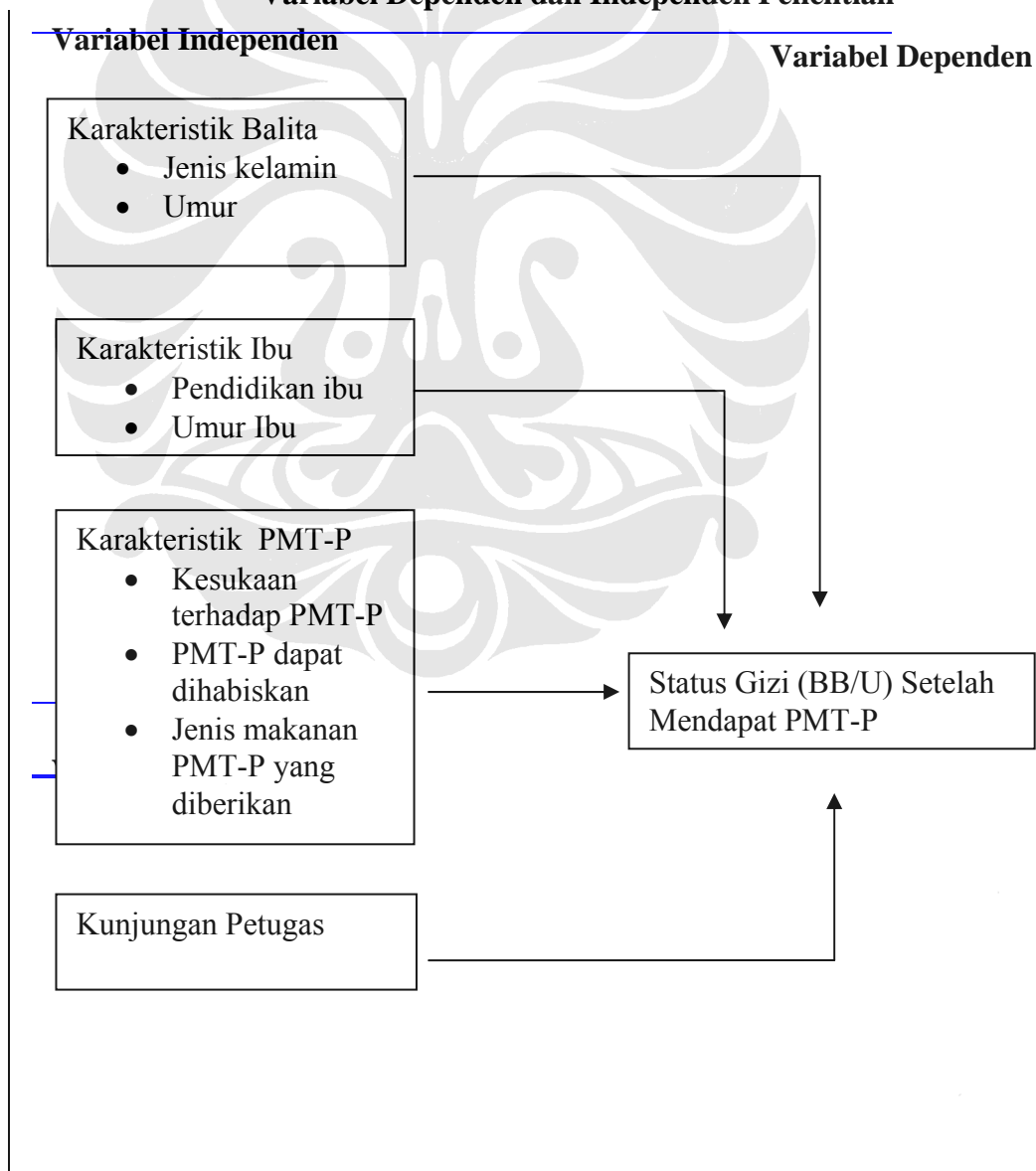


Sumber : UNICEF 1998

3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan penelusuran literatur dan keterbatasan yang ada pada peneliti yaitu waktu, tenaga dan dana maka peneliti tidak melakukan penelitian terhadap semua faktor yang mempengaruhi status gizi balita yang telah mendapat PMT-P di Provinsi DKI Jakarta tahun 2005. Faktor-faktor yang diteliti dapat dilihat pada gambar 3.2 kerangka konsep di bawah ini

Gambar 3.2
Kerangka Konsep
Variabel Dependen dan Independen Penelitian



3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala	Referensi
1	Status gizi balita	Keadaan tubuh balita dinilai dari pengukuran antropometri yang membandingkan berat badan terhadap umur menurut rujukan WHO-NCHS	Penimbangan	Standar baku rujukan WHO-NCHS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gizi Buruk <-3SD 2. Gizi kurang -3 SD s/d -2 SD 3. Gizi Baik >-2SD s/d 2 SD 	Ordinal	Depkes RI, 2002
2	Jenis kelamin	Karakteristik balita berdasarkan ciri-ciri fisik	Wawancara	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perempuan 2. Laki-laki 	Nominal	
3	Umur balita	Lamanya waktu hidup balita sejak lahir sampai waktu wawancara	Wawancara	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. >24 bulan 2. 6-24 bulan 	Ordinal	Dinkes,2005
4	Pendidikan ibu	Jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah di tempuh ibu	Wawancara	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, SD, tidak tamat SMP, SMP) 2. Tinggi (tamam SMA, D3, PT) 	Ordinal	BPS,2002

5	Umur ibu	Lamanya waktu hidup ibu sejak lahir sampai waktu wawancara	Wawancara	Kuesioner	1. <20 tahun dan >30 tahun 2. 20-30 tahun	Ordinal	Farida ,2002
6	Kesukaan balita terhadap PMT pemulihan	Keadaan balita yang suka PMT-P yang diberikan	Wawancara	Kuesioner	1. Tidak 2. Ya	Ordinal	Dinkes,2005
7	PMT pemulihan dapat dihabiskan balita	Keadaan balita yang dapat menghabiskan PMT-P yang diberikan	Wawancara	Kuesioner	1. Tidak 2. Ya	Ordinal	Dinkes,2005
8	Jenis PMT-P yang diberikan	Jenis PMT-P yang diberikan pada balita yang berupa susu, biskuit atau susu dan biskuit	Wawancara	Kuesioner	1. Biskuit 2. Susu 3. Susu dan biskuit	Ordinal	Dinkes,2005
9	Kunjungan petugas	Kunjungan petugas ke rumah balita yang dapat PMT-P	Wawancara	Kuesioner	1. . Tidak 2. Ada	Ordinal	Dinkes,2005

3. 4. Hipotesis

- 3.4.1 Ada hubungan antara karakteristik balita (umur dan jenis kelamin) dengan status gizi balita (BB/U) setelah menerima PMT-P di Provinsi DKI Jakarta tahun 2005
- 3.4.2 Ada hubungan antara karakteristik ibu (pendidikan ibu dan umur ibu) dengan status gizi balita (BB/U) setelah menerima PMT-P di Provinsi DKI Jakarta tahun 2005
- 3.4.3 Ada hubungan antara karakteristik PMT-P (kesukaan terhadap PMT-P, PMT-P dapat dihabiskan, jenis makanan PMT-P yang diberikan) dengan status gizi balita (BB/U) setelah menerima PMT-P di Provinsi DKI Jakarta tahun 2005
- 3.4.4 Ada hubungan antara kunjungan petugas ke rumah balita dengan status gizi balita (BB/U) setelah menerima PMT-P di Provinsi DKI Jakarta tahun 2005