

**PENGARUH PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI
TERHADAP POLA ASUH, KEJADIAN INFEKSI DAN
STATUS GIZI BALITA KURANG ENERGI PROTEIN**

*THE EFFECT OF NUTRITIONAL OUTREACH PROGRAM
ON CARING PATTERN, INFECTIOUS DISEASE RATES
AND THE ANTHROPOMETRIC STATUS
OF UNDERWEIGHT UNDERFIVE CHILDREN*



Tesis
Untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat S2

Magister Gizi Masyarakat

Sri Dara Ayu
E4E 006 069

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
Agustus
2008**

Lembar Pengesahan

Pengesahan Penguji

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa Tesis ini adalah pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun belum/tidak diterbitkan sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Agustus 2008

Sri Dara Ayu

ABSTRAK

PENGARUH PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP POLA ASUH, KEJADIAN INFEKSI DAN STATUS GIZI BALITA KURANG ENERGI PROTEIN

Sri Dara Ayu

Latar Belakang : Program Pendampingan Gizi merupakan salah satu program unggulan dalam Program Perbaikan Gizi di Sulawesi Selatan yang bertujuan untuk mempercepat penurunan angka gizi kurang dan gizi buruk, melalui pemberdayaan keluarga dan masyarakat. Pola pengasuhan mempunyai peranan penting terhadap pemenuhan kebutuhan gizi dan kesehatan anak. Untuk itu penting dilakukan evaluasi terhadap pengaruh program pendampingan gizi terhadap pola asuh, kejadian infeksi dan status gizi balita KEP.

Metode Penelitian : Jenis penelitian ini adalah kuasi eksperimen dengan desain penelitian *Non Randomized Pre and Post Test Group*. Subjek adalah 102 dari 118 balita KEP yang menjadi sasaran kegiatan Program Pendampingan Gizi pada desa miskin di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar Sulawesi Selatan. Program Pendampingan Gizi dilaksanakan selama satu bulan. Variabel yang diamati meliputi pengetahuan gizi ibu, pola asuh, kejadian penyakit infeksi (Diare dan Infeksi Saluran Napas) dan status gizi balita KEP. Variabel diukur pada awal pendampingan serta 1 bulan, 2 bulan dan 3 bulan setelah pendampingan dimulai. Analisis data dilakukan dengan membandingkan variabel-variabel tersebut pada awal dan 3 bulan setelah pendampingan dengan menggunakan paired t-test, wilcoxon's rank sign test, dan uji chi square.

Hasil : pada akhir penelitian, skor pengetahuan gizi ibu meningkat dari 47,8% menjadi 73,3% ($p=0,001$) dan skor pola asuh balita meningkat dari 69,42% menjadi 81,05% ($p=0,001$). Kejadian penyakit infeksi menurun dari 72,5% menjadi 38,2% ($p=0,001$) dan balita yang menderita gizi kurang dari 72,5% menjadi 10,8%. Kejadian gizi buruk menurun dari 27,45% menjadi 8,8% ($p=0,001$).

Simpulan : Program Pendampingan Gizi meningkatkan pengetahuan gizi ibu, pola pengasuhan, dan status gizi balita KEP pada 3 bulan setelah pendampingan dimulai.

Kata Kunci : Program Pendampingan Gizi, Pola Asuh, Status Gizi, Balita KEP

ABSTRACT

THE EFFECT OF NUTRITIONAL OUTREACH PROGRAM ON CARING PATTERN, INFECTIOUS DISEASE RATES AND THE ANTHROPOMETRIC STATUS OF UNDERWEIGHT UNDERFIVE CHILDREN

Sri Dara Ayu

Background: Nutritional outreach program is one of the nutritional improvement programs in Sulawesi Selatan, which aimed to accelerate the reduction of underweight rates among underfive children, through family and community development. Caring pattern is one of the important factors for increasing the nutritional and health status of the underfive children. Thus, it is important to evaluate the effect of nutritional outreach program on caring pattern, infectious disease rates and the anthropometric status.

Methods: This study was a quasi experiment research with a pre and post test design. The subjects were 102 of the 118 underfive children in Mangarabombang Subdistrict, Takalar District, Sulawesi Selatan, who were targeted by nutritional outreach program. The outreach program was conducted for one month. The observed variables included mother's nutritional knowledge and caring pattern scores, infectious disease rates (diarrhea and respiratory tract infections) and the anthropometric status. These variables were measured at baseline, 1 month, 2 months and 3 months after the program was started. Data were analyzed by comparing the variables at baseline and at three months after the intervention, using paired t-test, Wilcoxon's sign rank and chi square tests.

Results: After the outreach program, the mother's nutritional knowledge and the caring pattern scores were increased from 47,8% to 73,3% ($p=0,001$) and from 69,4% to 81.1% ($p=0,001$), respectively. The rates of the infectious diseases decreased from 72,5% to 38,2% ($p=0,001$). The rates of underweight children decreased from 72,5% to 10,8% and PEM children were reduced from 27,5% to 8,8% ($p=0,001$).

Conclusion: The nutritional outreach program improved mother's nutritional knowledge and caring pattern as well as the anthropometric status of the underweight underfive children at three months after the program started.

Key words: nutritional outreach program, caring pattern, anthropometric status, underweight, underfive children

RINGKASAN

DAMPAK PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP POLA ASUH, KEJADIAN INFEKSI DAN STATUS GIZI BALITA KURANG ENERGI PROTEIN

Masalah KEP (Kekurangan Energi dan Protein) di Sulawesi Selatan masih menjadi masalah gizi utama yang perlu mendapatkan perhatian yang lebih serius. Menurut hasil Susenas tahun 2003 prevalensi gizi kurang tingkat nasional adalah 19,19% dan gizi buruk 8,31%. Hasil Survei Gizi Mikro tingkat Sulawesi Selatan Tahun 2006 menunjukkan balita yang menderita gizi kurang 24,4% dan gizi buruk 9,6% (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2006 a). Data dasar kegiatan TGP (Tenaga Gizi Pendamping) tahun 2006 menunjukkan bahwa balita yang menderita gizi kurang sebanyak 18,8% dan gizi buruk 9,7% (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2006 b). Jumlah balita yang menderita KEP di Kecamatan Mangarabombang Takalar tahun 2006 mencapai 33,7%, yaitu gizi buruk 12,5% dan gizi kurang 22,2% (Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2006).

Salah satu penyebab terjadinya KEP pada balita adalah rendahnya pengetahuan dan kurangnya keterampilan keluarga khususnya ibu tentang cara pengasuhan anak, meliputi praktik pemberian makan anak, upaya pemeliharaan kesehatan dan praktik pengobatan anak, serta praktik kebersihan diri anak. Oleh karena itu upaya perbaikan gizi masyarakat harus dilakukan melalui pemberdayaan keluarga khususnya ibu sehingga dapat

meningkatkan kemandirian keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi serta mengatasi masalah gizi dan kesehatan anggota keluarganya. Sirajuddin (2007) dalam hasil penelitiannya tentang penerapan model tungku dalam pendampingan gizi di Kabupaten Selayar Sulawesi Selatan tahun 2006 melaporkan bahwa penerapan model tungku mampu meningkatkan status pertumbuhan. Program pendampingan keluarga tersebut juga mampu meningkatkan asupan gizi balita, sekaligus menggambarkan adanya perbaikan pola pengasuhan gizi.

Sejak tahun 2005 Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan telah melaksanakan program pendampingan gizi melalui kegiatan penempatan Tenaga Gizi Pendamping (TGP) di tingkat desa yang berada di kecamatan Gerakan Pembangunan dan Pengentasan Kemiskinan (*Gerbang Taskin*). Kegiatan tersebut bertujuan untuk menekan angka gizi kurang dan gizi buruk, melalui upaya pemberdayaan keluarga dan masyarakat, khususnya keluarga yang memiliki anak balita penderita KEP. Kabupaten Takalar merupakan salah satu kabupaten yang sudah tiga kali melaksanakan program pendampingan gizi. Pada tahun 2007, Kabupaten ini mendapat alokasi TGP terbanyak yaitu sebanyak 14 orang dan 11 orang diantaranya ditempatkan di Kecamatan Gerbang Taskin Mangarabombang.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh program pendampingan gizi terhadap pola asuh, kejadian infeksi dan status gizi balita KEP di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi

Selatan, dengan menggunakan rancangan penelitian *non randomized pre and post test group design*. Penelitian dilaksanakan terhadap 102 balita yang menderita KEP (gizi kurang dan gizi buruk) dari 118 balita yang menjadi sasaran Program Pendampingan Gizi.

Program pendampingan gizi dilaksanakan dengan metode penyuluhan dan konsultasi gizi dan kesehatan melalui pendekatan individu maupun kelompok. Penyuluhan dan konsultasi gizi dilakukan secara rutin dan berkesinambungan selama 10 kali kunjungan pada setiap sasaran baik perorangan maupun kelompok.

Pengumpulan data status gizi dilakukan dengan metode antropometri menggunakan indeks berat badan menurut umur (BB/U). Selanjutnya dibandingkan dengan *Child Growth Standard WHO*. Data pola asuh dikumpulkan dengan wawancara menggunakan kuesioner. Kejadian penyakit ISPA dan Diare diukur dengan menanyakan pada ibu subjek, frekuensi balita menderita penyakit ISPA dan diare setiap 2 minggu sekali selama 3 bulan. Anak dikatakan ISPA bila mengalami gejala seperti demam, batuk, pilek, beringus atau sesak napas. Anak dikatakan menderita diare apabila mengalami gejala seperti berak cair ≥ 3 kali. Asupan energi dan protein dikumpulkan dengan metode *Recall 24 jam*, dua kali setiap bulan selama 3 bulan. Pengumpulan data dilakukan oleh petugas lapangan (enumerator) lulusan Diploma III Gizi.

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program *Nutrisurvey* dan *Child Growth Standard WHO 2005*. *Nutrisurvey* digunakan untuk mengolah data hasil *recall* sehingga dapat diketahui asupan energi dan protein setiap sampel. *Child Growth Standard WHO Antro 2005* digunakan untuk mengolah data status gizi.

Pada tahap awal, variabel dengan skala rasio diuji kenormalan distribusinya dengan menggunakan uji *kolmogorov Smirnov*. Selanjutnya variabel berdistribusi normal diuji dengan menggunakan uji parametrik (*Paired t-test*) dan data yang tidak berdistribusi normal diuji non parametrik dengan menggunakan *wilcoxon signed rank test*, sedangkan untuk menganalisis data yang berskala nominal digunakan uji *chi square test* dengan tingkat kepercayaan 95%.

Pola pengasuhan anak pada penelitian ini merupakan komposit dari skor praktik pemberian makanan anak (PMA), praktik pengobatan anak (PPA) dan praktik kebersihan anak (PKA). Rerata skor pola asuh balita merupakan komposit dari PMA, PKA, dan PPA dimana ketiga unsur ini menyumbang nilai yang sama pada skor pola asuh.

Sebagian besar keluarga mempunyai anggota keluarga ≥ 4 orang (43,1%) dan jumlah anak balita pada setiap keluarga umumnya hanya terdiri dari 1 orang (54,9%). Tingkat pendidikan orang tua sampel umumnya tamat Sekolah Dasar (SD), baik untuk ayah (30,4%) maupun ibu (41,2%). Pekerjaan ayah adalah petani/nelayan (33,3%), pedagang/wiraswasta

(33,3%), sedangkan ibu pada umumnya adalah ibu rumah tangga (95,1%). Sebagian besar subjek adalah perempuan (65,7%). Rerata umur subjek adalah $28 \pm 13,39$ bulan, dan kebanyakan diantara mereka merupakan anak pertama. Hanya 64% dari subjek yang mempunyai catatan berat badan lahir (BBL), dengan rerata BBL $2,7 \pm 0,56$ kg.

Balita yang menjadi sampel penelitian ini sebagian besar tidak mendapatkan ASI eksklusif, karena telah diberikan makanan/minuman sebelum diberikan kolostrum. Makanan dan minuman tersebut antara lain air putih, air teh/air gula, air tajin, madu, pisang, susu formula.

Skor pengetahuan gizi ibu sebelum pendampingan gizi masih sangat rendah yaitu 47,76% dari jawaban benar. Salah satu penyebabnya adalah masih rendahnya tingkat pendidikan ibu (sebagian besar ibu responden hanya tamat SD). Tiga bulan setelah dilakukan pendampingan gizi skor pengetahuan gizi ibu meningkat menjadi 73,31% dari seluruh jawaban yang benar dan bertahan sampai bulan ke 3 setelah pendampingan. Hasil uji Wilcoxon Signed Ranks Test menunjukkan ada perubahan skor pengetahuan gizi ibu antara keadaan awal dan 3 bulan setelah pendampingan gizi ($p=0,001$). Hasil ini membuktikan bahwa penyuluhan gizi yang dilaksanakan melalui program pendampingan gizi merupakan salah satu upaya pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan.

Rerata skor pola asuh sebelum dilakukan pendampingan gizi hanya mencapai 69,42% dan terjadi peningkatan skor pola asuh pada pengukuran 3 bulan setelah pendampingan gizi sebesar 81,1%. Hasil uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* menunjukkan ada peningkatan yang bermakna skor pola asuh antara keadaan sebelum kegiatan pendampingan gizi dengan keadaan 3 bulan setelah kegiatan pendampingan gizi ($p=0,001$).

Perbaikan praktek pengasuhan anak terutama pada akhir pendampingan gizi berkaitan erat dengan peningkatan pengetahuan ibu yang memegang peranan yang dominan dalam pengasuhan anak. Artinya, pesan-pesan gizi dan kesehatan yang berkaitan dengan pengasuhan anak dapat dilaksanakan oleh ibu sebagai pengasuh anak. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Mulyati T (2004) bahwa pendidikan gizi pada ibu dapat mengubah pengetahuan gizi dan sikap ibu, yang akhirnya dapat merubah perilaku makan kearah yang lebih baik dan dapat meningkatkan status gizi.

Pengasuhan anak pada penelitian ini adalah aktivitas terhadap anak, terkait praktik pemberian makan pada anak (PMA), praktik kebersihan anak (PKA) dan praktik pengobatan anak (PPA). Menurut Bahar (2002), pengasuhan anak membutuhkan pengetahuan untuk melaksanakannya. Dalam transfer pengetahuan pengasuhan anak, ada subjek yang diberi tanggungjawab menerima dan menjalankannya, serta substansi pengetahuan yang dipolakan. Tanggung jawab pengasuhan anak bagi

keluarga suku Makassar lebih dominan diperankan oleh ibu. Artinya, jika pengetahuan gizi dan kesehatan ibu dapat ditingkatkan maka dapat memperbaiki dan meningkatkan praktik pengasuhan anak kearah yang lebih baik, baik dalam hal praktik pemberian makanan anak, praktik perawatan atau pengobatan anak, maupun praktik kebersihan anak.

Jumlah balita KEP yang sakit sebelum program pendampingan gizi menunjukkan angka yang tinggi (72,5%). Setelah dilakukan program pendampingan gizi selama satu bulan, jumlah balita KEP yang menderita sakit menunjukkan penurunan dan pada pengukuran 3 bulan setelah pendampingan gizi jumlah balita KEP yang sakit (38,2%). Hasil *uji Chi Square* menunjukkan ada perbedaan perubahan angka kesakitan pada balita sebelum pendampingan gizi dengan keadaan 3 bulan setelah pendampingan gizi ($p=0,001$). Sebelum pendampingan gizi kejadian ISPA mencapai 43,1% sedangkan angka kejadian diare hanya mencapai 20,6%. Setelah dilakukan pendampingan gizi, penurunan angka penyakit diare lebih nyata dibandingkan dengan ISPA. Data menunjukkan 3 bulan setelah pendampingan gizi kejadian ISPA menjadi 30,4% dan diare menjadi 6,9%.

Hal ini berkaitan dengan meningkatnya praktik pengasuhan anak, khususnya praktik pemeliharaan kesehatan/kebersihan anak sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit terutama penyakit infeksi seperti diare dan ISPA pada balita. Adanya perbaikan dalam praktik pemberian makan anak juga ikut memberi kontribusi dalam penurunan angka kejadian penyakit

pada balita pasca pendampingan. Praktik pemberian makan secara langsung akan mempengaruhi kuantitas dan kualitas makanan, pada gilirannya akan meningkatkan asupan energi, protein dan zat gizi lain pada balita, sehingga penyediaan zat-zat gizi untuk pembentukan zat kekebalan pada anak.

Program pendampingan ternyata tidak hanya mempengaruhi angka kejadian penyakit, tetapi dapat juga menurunkan durasi penyakit ISPA dan Diare. Rerata lama hari sakit anak sebelum pendampingan mencapai 3,09 hari, menurun menjadi 2,78 hari pada bulan ke-1, 2,17 hari pada bulan ke-2 dan 2,10 hari pada bulan ke-3 setelah pendampingan gizi. Hasil *uji Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan ada perubahan durasi penyakit pada balita KEP sebelum pendampingan gizi dengan keadaan pada 3 Bulan setelah pendampingan gizi ($p=0,008$).

Rerata Tingkat Konsumsi Energi (TKE) dan Tingkat Konsumsi Protein (TKP) sampel mengalami peningkatan antara sebelum dan sesudah pendampingan. Rerata TKE sebelum pendampingan hanya 73,4% dari AKG (Angka Kecukupan Gizi), dan menjadi 110,5% pada 3 bulan setelah pendampingan gizi. Demikian juga dengan Tingkat Konsumsi Protein (TKP) mengalami peningkatan setelah kegiatan pendampingan. Rerata TKP sampel sebelum pendampingan adalah 87,2%, kemudian meningkat menjadi 125,3% pada 3 bulan setelah pendampingan gizi.

Program pendampingan gizi berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan pola pengasuhan anak, khususnya tentang praktik

pemberian makanan anak. Penelitian Susilowati (1990) di Bogor dengan eksperimen pada ibu anak balita gizi buruk pengunjung klinik gizi Puslitbang Bogor, dimana ibu-ibu diberikan pendidikan/penyuluhan tentang cara pengasuhan makanan anak KEP, cara penanganan anak diare pada anak usia balita, dan pemberian makanan anak untuk usia 1-3 tahun mengalami peningkatan asupan zat gizinya. Peningkatan TKE dan TKP balita KEP sebelum dan 3 bulan setelah pendampingan diduga juga berkaitan semakin membaiknya keadaan kesehatan anak, khususnya akibat penyakit infeksi seperti ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas) dan diare.

Peningkatan pengetahuan gizi ibu, praktek pengasuhan anak, TKE dan TKP, dan kejadian penyakit infeksi secara tidak langsung maupun langsung berdampak pada perbaikan status gizi balita setelah dilakukan pendampingan gizi selama satu bulan. Diantara 102 balita yang menderita KEP (gizi kurang dan gizi buruk) mengalami peningkatan status gizi (menjadi gizi baik) sebanyak 55,9% setelah dilakukan pendampingan gizi selama satu bulan. Jumlah balita yang menjadi gizi baik terus meningkat baik pada keadaan satu bulan pasca pendampingan (66,7%) maupun pada keadaan dua bulan pasca pendampingan (80,4%). Hasil Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan bahwa ada peningkatan Z-Skore BBU secara bermakna antara sebelum pendampingan dengan keadaan 3 bulan setelah pendampingan gizi ($p=0,001$).

Perubahan status gizi balita pasca pendampingan sangat tergantung pada status gizi atau tingkat kekurangan energi dan protein (KEP) sebelum pendampingan. Balita yang mengalami KEP ringan (gizi kurang) lebih banyak yang berubah menjadi gizi baik dibandingkan dengan balita yang sebelumnya mengalami gizi buruk (KEP berat), baik pada bulan ke-1(O1), bulan ke-2 pasca pendampingan (O2) maupun bulan ke-3 pasca pendampingan (O3). Keadaan ini menunjukkan bahwa untuk memulihkan keadaan gizi buruk memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan waktu pemulihan gizi kurang. Proses pemulihan gizi buruk berlangsung secara bertahap, dimana pada Bulan ke-1 umumnya hanya meningkat menjadi gizi kurang, selanjutnya menjadi gizi baik pada pengukuran bulan ke-2 dan bulan ke-3. Perubahan status gizi balita KEP (gizi kurang dan gizi buruk) menjadi status gizi baik pasca pendampingan gizi sejalan dengan laporan pelaksanaan program pendampingan gizi di kabupaten Takalar tahun 2007 (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008) menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang turun menjadi 15,6% dan gizi buruk menjadi 4,7%. Pada tahun 2006 prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar adalah gizi kurang 21,7% dan gizi buruk 7,6%. Artinya, setelah pelaksanaan program pendampingan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di wilayah tersebut berkurang sebanyak 6,1% dan gizi buruk menurun sebanyak 2,9%. Hal ini disebabkan karena program pendampingan Gizi dilaksanakan secara terpadu dengan program-program intervensi lainnya.

Pengetahuan gizi ibu, Pola asuh balita KEP, Tingkat Kecukupan Energi (TKE) balita KEP, Tingkat Kecukupan Protein (TKP) balita KEP, Status gizi pada Balita KEP setelah kegiatan program pendampingan gizi mengalami peningkatan yang bermakna ($p=0,001$). Kejadian penyakit infeksi ISPA dan Diare pada Balita KEP setelah kegiatan program pendampingan gizi mengalami penurunan yang bermakna ($p=0,001$).

RIWAYAT HIDUP

Data Pribadi :

Nama : Sri Dara Ayu
Tempat Tanggal Lahir : Makassar, 26 Mei 1966
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Bukit Deltamas Jl. Berua Raya Blok G/5
Makassar Kode Pos 90241

Riwayat Pendidikan :

No	STRATA	INSTITUSI	TEMPAT	TAHUN LULUS
1	Sekolah Dasar	SDN Ranggong Dg Romo	Makassar	1980
2	Sekolah Menengah Pertama	SMPN 1	Makassar	1983
3	Sekolah Menengah Atas	SMAN 2	Makassar	1986
4	Diploma I	SPAG Depkes	Makassar	1988
5	Diploma III	AKZI Depkes	Makassar	1997
6	Diploma IV Gizi Klinik	UNIBRAW	Malang	2002

Riwayat Pekerjaan

No	INSTANSI	TEMPAT	KEDUDUKAN	PERIODE
1	Akzi Depkes	Makassar	Staf	1989 s/d 2001
2	Poltekkes Jurusan Gizi	Makassar	Dosen	2001 sampai sekarang

LEMBAR PERSEMBAHAN

Sembah Bakti penulis haturkan kepada almarhum ayahanda Endhy Nyotodiharjo dan almarhumah ibunda Halimah yang telah melahirkan, membesarkan dan mendidik anakda dengan penuh cinta kasih. Terutama untuk ibunda tercinta, teringat kata bijak yang senantiasa ibunda ucapkan kepada kami anak-anaknya.

***” ibu tidak bisa memberimu harta yang berlimpah sebagai bekal
hidupmu wahai anakku, ibu hanya bisa memberi bekal
pendidikan/sekolah untuk masa depanmu mengarungi kehidupan ini”***

Semoga penulis dapat mengikuti jejak bunda menjadi orangtua yang bijaksana dalam mendidik, membesarkan dan mengantar anak-anak menggapai masa depan.

Ayahanda mertua H. Aziz H. Ismail dan ibunda mertua Habibah, dengan shalat malammu kau panjatkan doa ke hadirat Ilahi Rabbi, yang senantiasa mengiringi langkahku menapak hari-hari dalam menyelesaikan pendidikan ini sembah bakti penulis haturkan.

Kakanda tercinta Hj. Dirgahayu, engkau adalah pengganti ibu bukan saja bagiku, namun juga bagi kedua anakku tercinta Nadya dan Rangga terimakasih yang tulus telah menjaga dan menyayangi buah hatiku selama aku menjalani pendidikan nun jauh dari kalian semua.

Kakak, ipar, keponakan dan cucu terima kasih atas dukungan moril dan materil yang telah diberikan.

Suamiku (Nadimin, SKM, M.Kes) tercinta, terima kasih atas pengertian, dukungan dan pengorbanan lahir batin yang telah diberikan. Doa setiap waktu dalam Shalat malammu yang memberi kekuatan dan semangat penulis dalam menyelesaikan pendidikan.

Nadya (Nadya Nurlailya Ningsih) dan Rangga (Nasri Nurfaizi Mucharimin), Anak-anakku tercinta, maafkan mama sayang disaat masa tumbuh kembang kalian, mama tidak berada di sisimu. kalian adalah anak yang hebat, mandiri dan cerdas. Doamu, tawamu dan ceriamu menjadi energi yang memberi kekuatan bagi mama selama menempuh dan menyelesaikan pendidikan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan pembuatan Tesis berjudul Dampak Program Pendampingan Gizi terhadap Pola Asuh, Kejadian Infeksi dan Status Gizi Balita Kurang Energi Protein. Tesis ini penulis ajukan sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Gizi Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Ucapan terima kasih kepada dr. Apoina Kartini, M.Kes, selaku Pembimbing I dengan kesabaran, ketekunan dan kelembutan telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Tesis ini dan kepada M. Zen Rahfiludin, SKM, M.Kes, selaku Pembimbing II dengan kesabaran dan sikap yang bersahaja telah membimbing dalam penyusunan Tesis ini. Di samping itu kepada :

1. Prof. Dr. S. Fatimah Muis, MSc, SpGK, selaku ketua program Magister Gizi Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang.
2. Ir. Laksmi Widajanti, M.Si, selaku penguji dan dosen Mata Kuliah Penunjang Tesis yang telah memberi arahan dan masukan dalam penulisan Tesis ini.
3. dr. Siti Fatimah Pradigdo, M.Kes, selaku penguji yang telah memberikan koreksi dan saran demi penyempurnaan Tesis ini.

4. dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc, PhD, selaku Sekretaris Program Magister Gizi Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang sebagai moderator.
5. Semua Dosen di Magister Gizi Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan ilmu selama penulis menjalani pendidikan.
6. Staf Magister Gizi Masyarakat Universitas Diponegoro: Fifi Nurhayati, SKM, Kris Dyah Kurniasari, SE, Hari Candra Setiawan, SE, dan Samuji yang sangat kooperatif melayani kami selama menjalani pendidikan.
7. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberi izin kepada peneliti untuk turut serta dalam Penelitian Proyek Program Pendampingan Gizi pada wilayah Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar.
8. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar, Kepala Puskesmas Mangarabombang dan Kepala Kecamatan Mangarabombang yang telah memberi izin kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian.
9. Adik-adik Tenaga Gizi Pendamping (TGP) dan enumerator yang dengan kesabaran dan ketekunan membantu dalam penelitian ini. Semoga Allah SWT membalas kerja keras kalian, amin.
10. Semua ibu balita dan balitanya di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar yang terlibat dalam penelitian ini.

11. Teman-teman kuliah Angkatan 2006, khususnya dari Ita, Dewi dan Uun, dr. Shilla dan Dyah K, terima kasih telah menjadi teman yang baik semoga kebersamaan kita tidak putus oleh jarak dan waktu.

Semoga Allah SWT senantiasa memberi rahmatNya kepada ummatNya yang senantiasa bermohon kepadaNya, Amin.

Semarang, 23 Agustus 2008

Sri Dara Ayu

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Pengesahan Tesis.....	ii
Pengesahan Dewan Penguji.....	iii
Pernyataan.....	iv
Abstrak.....	v
Abstrac.....	vi
Ringkasan.....	vii
Riwayat hidup.....	xviii
Lembar Persembahan.....	xix
Kata Pengantar.....	xx
Daftar Isi.....	xxiii
Daftar Tabel.....	xxvii
Daftar gambar.....	xxix
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5

D. Manfaat Penelitian	6
E. Keaslian Penelitian	7
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Status Gizi	9
1. Pengertian Status Gizi	9
2. Penilaian Status Gizi	10
3. Penilaian Status Gizi Secara Antropometri	11
4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi	17
B. Pola Pengasuhan Anak	29
1. Pengasuhan Makan Anak Gizi	33
2. Pengasuhan Perawatan Dasar Anak	36
3. Pengasuhan Higine Perorangan Anak dan Kesehatan Lingkungan	38
C. Hubungan Pola Asuh dengan Status Gizi anak	40
D. Program Pendampingan Gizi	42
1. Pengertian	42
2. Tujuan	43
3. Sasaran	44
4. Tenaga Gigi Pendamping (TGP)	44
5. langkah-langkah pendampingan gizi	46
6. pembinaan kegiatan posyandu	51
E. Kerangka Teori	52

F. Kerangka Konsep	54
G. Hipotesis	55
BAB III. METODA PENELITIAN	56
A. Desain Penelitian	56
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	60
C. Populasi dan Sampel	61
D. Variabel Penelitian	62
E. Defenisi Operasional	63
F. Instrumen Penelitian	65
G. Prosedur Pengambilan Data	66
H. pengolahan dan analisis data	68
I. etika penelitian	70
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	71
A. Gambaran Umum Program Pendampingan Gizi	71
B. Gambaran Umum Wilayah Penelitian	74
C. Karakteristik Keluarga Sampel	75
D. Karakteristik Sampel Penelitian	77
E. Pengetahuan Gizi Ibu	79
F. Pola Pengasuhan Balita	82
G. Keadaan Penyakit Infeksi	86
H. Tingkat Konsumsi Energi dan Protein	91
I. Status Gizi	95

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN.....	101
A. Simpulan	101
B. Saran	102
DAFTAR PUSTAKA	103
LAMPIRAN	107

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1	Peneliti-penelitian yang pernah dilakukan	8
2	Klasifikasi status gizi menurut baku rujukan WAHO-NCHS	17
3	Jumlah anggota keluarga	75
4	Umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan orang tua	76
5	Karakteristik anak balita	77
6	Pola pemberian ASI dan MP-ASI	78
7	Rerata skor pengetahuan gizi ibu	79
8	Rerata peningkatan pengetahuan gizi	80
9	Rerata Skor PMA, PPA dan PKA.....	84
10	Peningkatan Pola Asuh	85
11	Perubahan angka kejadian penyakit ISPA dan Diare pada balita KEP antara sebelum dan sesudah pendampingan Gizi	87
12	Jumlah Kunjungan Kasus ISPA dan Diare pada Balita di PKM Mangarabombang	88
13	Perubahan durasi penyakit ISPA dan Diare pada balita KEP antara sebelum dan sesudah pendampingan Gizi	91
14	Rerata Tingkat Kecukupan Energi dan Protein (%AKG) sebelum dan sesudah pendampingan gizi	93
	Perubahan tingkat konsumsi energi sebelum dan	

15	setelah pendampingan gizi	93
16	Perubahan Tingkat Konsumsi Protein sebelum dan setelah pendampingan Gizi	94
17	Perubahan Z- Skor BB/U	96

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
1	Faktor - faktor yang mempengaruhi status gizi dan kesehatan anak sumber Schoeder	18
2	Faktor – faktor yang mempengaruhi status gizi sumber UNICEF	29
3	Kerangka teori penelitian	53
4	Kerangka konsep	54
5	Angka Kejadian Penyakit pada Balita KEP	87
6	Jenis Penyakit pada Balita KEP	89
7	Durasi Penyakit ISPA dan Diare pada Balita KEP ...	91
8	Perubahan skor z BB/U selama tiga bulan.....	97
9	Perubahan status gizi balita KEP sebelum dan setelah pendampingan gizi.....	99

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kekurangan gizi terutama masalah gizi kurang dan gizi buruk di Sulawesi Selatan masih menjadi masalah gizi utama yang perlu mendapatkan perhatian yang lebih serius. Prevalensi gizi kurang dan gizi buruk, serta jumlah kasus marasmus dan atau kwashiorkor cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Data Susenas tahun 1999 – 2003 menunjukkan jumlah balita di Sulsel yang menderita gizi kurang pada tahun 1999, 2000, 2002 dan 2003 berturut-turut adalah 20,1%, 19,08%, 21,1% dan 20,59%. Prevalensi gizi buruk pada tahun yang sama adalah 9,01%, 8,81% dan 8,40% dan 10,07% menariknya, prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita di Sulawesi Selatan angkanya lebih tinggi dari angka Nasional. Menurut hasil Susenas dilaporkan tentang penderita gizi kurang tingkat nasional selama kurun waktu diatas adalah 18,25%, 17,13%, 19,23%, dan 19,19%. Penderita gizi buruk tingkat nasional pada waktu yang sama adalah 8,11%, 7,53%, 8,0% dan 8,31%. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005).

Berdasarkan hasil Survei Gizi Mikro tingkat Sulawesi Selatan Tahun 2006 dilaporkan jumlah balita yang menderita gizi kurang sebanyak 24,4% dan gizi buruk 9,6% (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi

Selatan, 2006(a)). Hasil pengumpulan data dasar kegiatan TGP (Tenaga Gizi Pendamping) tahun 2006 menemukan balita yang menderita gizi kurang sebanyak 18,8% dan gizi buruk 9,7% untuk tingkat provinsi dan di Kecamatan Mangara Bombang Takalar mencapai 33,7%, dengan gizi buruk 12,5% dan gizi kurang 22,2%. (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2006(b)).

Anak yang menderita KEP terutama pada tingkat berat (gizi buruk) mengalami hambatan dalam pertumbuhan fisik dan perkembangan mental, daya tahan terhadap penyakit menurun sehingga meningkatkan angka kesakitan dan risiko kematiannya cukup tinggi. Risiko Relative (RR) angka kematian bagi penderita KEP berat 8,4 kali, KEP sedang 4,6 kali dan KEP ringan 2,4 kali dibandingkan dengan gizi baik (Soekirman, 2000)

Selama ini telah dilakukan upaya perbaikan gizi mencakup promosi gizi seimbang termasuk penyuluhan gizi di posyandu, fortifikasi pangan, pemberian makanan tambahan termasuk MP-ASI, pemberian suplemen gizi, pemantauan dan penanggulangan gizi buruk. Kenyataannya masih banyak keluarga yang mempunyai perilaku gizi yang tidak sehat. Masih banyaknya kasus gizi kurang dan gizi buruk menunjukkan bahwa asuhan gizi tingkat keluarga belum memadai.

Salah satu langkah yang cukup strategis untuk menimbulkan motivasi kearah perbaikan perilaku pengasuhan yang baik sesuai dengan

konsep kesehatan adalah melakukan pemberdayaan keluarga atau masyarakat.

Sebagai tindaklanjut Rencana Aksi Nasional Program Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk (RAN-PPGB) 2004-2009, Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan mulai tahun 2005 telah melaksanakan program pendampingan gizi melalui kegiatan penempatan Tenaga Gizi Pendamping (TGP) di tingkat desa yang merupakan sasaran program Gerakan Pembangunan dan Pengentasan Kemiskinan (Gerbang Taskin).

Program Pendampingan Gizi merupakan salah satu program unggulan dalam Program Perbaikan Gizi di Sulawesi Selatan. Program ini bertujuan untuk mempercepat penurunan angka gizi kurang dan gizi buruk di daerah ini. Sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008) dan mengacu pada Rencana Aksi Nasional Program Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk (RAN-PPGB) tahun 2005-2009 (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005) maka sasaran dampak program gizi di Sulawesi Selatan adalah menurunkan prevalensi gizi kurang menjadi setinggi-tinggi 20% dan prevalensi gizi buruk menurun menjadi setinggi-tingginya 5% pada tahun 2009.

Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang/gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran/solusi, menyampaikan layanan/bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama. Kegiatan tersebut bertujuan untuk menekan angka gizi kurang dan gizi buruk, melalui upaya pemberdayaan keluarga dan masyarakat, khususnya keluarga yang memiliki anak balita KEP.

Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan evaluasi tentang dampak program pendampingan gizi, terhadap pola asuh, kejadian infeksi dan status gizi balita KEP di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar yang merupakan salah satu kecamatan sasaran dari Gerakan Pembangunan Pengentasan Kemiskinan Provinsi Sulawesi Selatan. Hal ini dapat menjadi bahan kajian ilmiah dan pengembangan program perbaikan gizi di Sulawesi Selatan untuk tahun-tahun berikutnya.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh program pendampingan gizi terhadap pola asuh, kejadian infeksi dan status gizi balita Kurang Energi Protein (KEP) di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh program pendampingan gizi terhadap pola asuh, kejadian infeksi dan status gizi balita KEP di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar Sulawesi Selatan.

2. Tujuan khusus

- a. Menganalisis perbedaan pengetahuan gizi ibu Balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi.
- b. Menganalisis perbedaan pola asuh balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi.
- c. Menganalisis perbedaan Tingkat Kecukupan Energi (TKE) balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi.
- d. Menganalisis perbedaan Tingkat Kecukupan Protein (TKP) balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi
- e. Menganalisis perbedaan kejadian penyakit infeksi pada Balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi.
- f. Menganalisis perbedaan Status Gizi pada Balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Kepentingan Pengembangan Program Gizi
 - a. Sebagai bahan kajian Dirjen Bina Gizi Masyarakat Depkes RI (Gizi Makro) terhadap pengembangan model pendampingan sebagaimana dituangkan dalam Rencana Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009 di Indonesia.
 - b. Sebagai masukan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dalam menindaklanjuti pengembangan model tenaga gizi pendamping sebagai salah satu model intervensi gizi berkelanjutan.
 - c. Sebagai sebuah studi efektivitas pengembangan model Tenaga Gizi Pendamping (TGP) Propinsi Sulawesi Selatan.
2. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan
 - a. Membuktikan hipotesis bahwa perbaikan praktik pengasuhan (pemberian makan, praktik kebersihan dan pengobatan) anak berpengaruh terhadap perbaikan status gizi anak secara berkelanjutan.
 - b. Menjadi bahan informasi ilmiah terhadap pengembangan model tenaga gizi pendamping di Indonesia

E. Keaslian Penelitian

Berdasarkan referensi yang ada, penelitian tentang dampak program pendampingan Gizi terhadap pola asuh, kejadian infeksi dan status gizi balita KEP di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar Sulawesi Selatan belum pernah dilakukan. Penelitian-penelitian yang pernah dilakukan seperti pada Tabel 1.

Tabel 1
Penelitian-Penelitian yang Pernah Dilakukan

Peneliti (Tahun)	Judul	Desain	Variabel	Hasil Penelitian
Tjukarni, 2002	Potensi Lembaga Keagamaan dan Posyandu dalam Pengentasan Masalah Kekurangan Energi Protein pada anak 3 – 5 tahun.	Kuasi Eksperimental dengan <i>Non Randomized pre test post test control group design</i> .	Variabel Bebas : - Penyuluhan Gizi - PMT Swadaya Variabel Terikat : - Pengetahuan Gizi - Konsumsi Protein - Status Gizi -	Penyuluhan gizi dapat meningkatkan pengetahuan dan asupan protein balita. Tidak ada perbedaan status gizi antara kelompok perlakuan dan kontrol setelah penelitian.
Sirajuddin, 2007	Pengaruh model tungku terhadap status gizi anak usia 12-59 bulan di kabupaten selayar	Eksperimen semu pada anak usia 12-59 bulan	Variabel bebas: -praktek pemberian makan anak, -praktek kebersihan anak, -praktek pengobatan anak Variabel terikat: - status gizi - status pertumbuhan	Penerapan model tungku mampu menurunkan prevalensi anak wasting sebesar 8,28 % selama 3 bln, tetapi tidak mampu menurunkan prevalensi stunting dan underweight. Penerapan model tungku mampu meningkatkan status pertumbuhan kelompok intervensi sebesar 28,6 %. Peningkatan ini tidak mampu menyamai status pertumbuhan kelompok pembandingan 42,4 %
Aswita, 2008	Pengaruh intervensi penyuluhan model pendampingan terhadap status gizi baduta	<i>Quasi experiment</i> berupa <i>non randomized pre post test control group</i>	Variabel bebas: intervensi penyuluhan model pendampingan. Variable terikat: skor pengetahuan ibu, tingkat asupan makanan dan hari sakit	Penerapan penyuluhan model pendampingan dapat meningkatkan pengetahuan ibu, TKE dan menurunkan jumlah hari sakit diare, WHZ, HAZ, dan WAZ baduta. Tidak ada perbedaan TKP, jumlah hari sakit ISPA baduta antara kelompok intervensi dan kontrol.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Status Gizi

1. Pengertian status gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat interaksi antara asupan energi dan protein serta zat-zat gizi esensial lainnya dengan keadaan kesehatan tubuh. Status gizi adalah kondisi tubuh sebagai akibat penyerapan zat-zat gizi esensial. Status gizi merupakan ekspresi dari keseimbangan zat gizi dengan kebutuhan tubuh, yang diwujudkan dalam bentuk variabel tertentu. Ketidakseimbangan (kelebihan atau kekurangan) antara zat gizi dengan kebutuhan tubuh akan menyebabkan kelainan patologi bagi tubuh manusia. Keadaan demikian disebut malnutrition (gizi salah atau kelainan gizi). Secara umum, bentuk kelainan gizi digolongkan menjadi 2 yaitu *overnutrition* (kelebihan gizi) dan *under nutrition* (kekurangan gizi). *Overnutrition* adalah suatu keadaan tubuh akibat mengkonsumsi zat-zat gizi tertentu melebihi kebutuhan tubuh dalam waktu yang relative lama. *Undernutrition* adalah keadaan tubuh yang disebabkan oleh asupan zat gizi sehari-hari yang kurang sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh (Gibson, 2005).

2. Penilaian status gizi

Secara umum, status gizi dapat dikatakan sebagai fungsi kesenjangan gizi, yaitu selisih antara konsumsi zat gizi dengan kebutuhan zat gizi tersebut. Kesenjangan gizi bermanifestasi menurut tingkatannya, sebagai berikut:

- a. mobilisasi cadangan zat gizi, yaitu upaya menutup kesenjangan yang masih kecil dengan menggunakan cadangan gizi dalam tubuh;
- b. deplesi jaringan tubuh yang terjadi jika kesenjangan tersebut tidak dapat ditutupi dengan pemakaian cadangan;
- c. perubahan biokimia, suatu kelaian yang terlihat dalam cairan tubuh;
- d. perubahan fungsional, yaitu kelaianan yang terjadi dalam tata kerja faali;
- e. perubahan anatomi. Suatu perubahan yang bersifat lebih menetap (Supariasa, 2002).

Metode penilaian status gizi dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat perkembangan kekurangan gizi, yaitu metode konsumsi, metode laboratorium, metode antropometri dan metode klinik (Hadju, 1999). Menurut Supariasa (2002), penentuan status gizi dapat dikelompokkan dalam metode langsung dan metode tidak langsung. Metode penilaian

status gizi secara langsung meliputi metode biokimia, antropometri, klinik dan biofisik. Sedangkan metode tidak langsung adalah metode konsumsi makanan, statistik vital dan faktor-faktor ekologi.

3. Penilaian Status Gizi Secara Antropometri

a. Kelebihan Pengukuran Antropometri

Penentuan status gizi dengan menggunakan metode antropometri mempunyai beberapa keuntungan seperti yang dikutip oleh Hadju (1999), yaitu:

1. Prosedur pengukurannya sederhana, aman, tidak invasif sehingga dapat dilakukan di lapangan dan cocok dengan jumlah sampel yang besar.
2. Alat yang dibutuhkan tidak mahal, mudah di bawah, serta tahan (durabel) dan dapat dibuat atau dibeli di setiap wilayah.
3. Tidak membutuhkan tenaga khusus dalam pelaksanaannya.
4. Metode yang digunakan tepat dan akurat, sehingga standarisasi pengukuran terjamin.
5. Hasil yang diperoleh menggambarkan keadaan gizi dalam jangka waktu yang lama dimana tidak dapat diperoleh dengan tingkat kepercayaan yang sama dengan teknik lain.

6. Prosedur ini dapat membantu mengidentifikasi tingkat malnutrisi (ringan sampai berat).
7. Metode ini dapat digunakan untuk mengevaluasi terjadinya perubahan yang terjadi dari satu generasi ke generasi berikutnya, suatu fenomena yang dikenal sebagai secular trend.
8. Dapat digunakan sebagai skrining test untuk mengidentifikasi individu yang mempunyai resiko tinggi terjadinya malnutrisi.

b. Ukuran dan Indeks Antropometri

Sudah menjadi pengetahuan umum bahwa ukuran fisik seseorang sangat erat hubungannya dengan status gizi. Atas dasar ini ukuran-ukuran dengan menggunakan metode antropometri diakui sebagai indeks yang baik dan dapat diandalkan bagi penentuan status gizi untuk negara-negara berkembang. (Suharjo, 1996).

Ukuran antropometri terbagi atas 2 tipe, yaitu ukuran pertumbuhan tubuh dan komposisi tubuh. Ukuran pertumbuhan yang biasa digunakan meliputi: tinggi badan atau panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, tinggi lutut. Pengukuran komposisi tubuh dapat dilakukan melalui ukuran: berat badan, lingkar lengan atas, dan tebal lemak di bawah kulit (Hadju, 1999). Ukuran pertumbuhan lebih banyak menggambarkan keadaan gizi masa lampau, sedangkan ukuran

komposisi tubuh menggambarkan keadaan gizi masa sekarang atau saat pengukuran (Supriasa, 2002).

Indikator status gizi yang didasarkan pada ukuran Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB) biasanya disajikan dalam bentuk indeks yang terkait dengan umur (U) atau kombinasi antara keduanya. Indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) . Indeks BB/U, TB/U dan BB/TB merupakan indikator status gizi yang memiliki karakteristik masing-masing. Dengan batasan (Cut-Off Point) tertentu, nilai-nilai indeks antropometri dapat digunakan sebagai indikator untuk menentukan status gizi (Jahari, 2002).

Kegiatan pemantauan status gizi, jarak waktu yang cukup panjang (dua tahun atau lebih) pilihan utama adalah indeks TB/U. Indeks ini cukup sensitif untuk mengukur perubahan status gizi dalam jangka panjang, stabil, tidak terpengaruh oleh fluktuasi perubahan status gizi yang sifatnya musiman. Perubahan-perubahan yang disebabkan oleh keadaan secara musiman yang dapat mempengaruhi status gizi dapat ditunjukkan oleh indeks BB/U. Kalau tujuan penilaian status gizi adalah untuk assessment seperti dalam evaluasi suatu kegiatan program gizi, gabungan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB dapat

memberikan informasi yang rinci tentang status gizi, baik gambaran masa lalu maupun masa kini atau keduanya (kronis dan akut).

c. Cara Pengukuran Antropometri

1. Berat Badan

Pengukuran berat badan anak sekolah di lapangan biasanya menggunakan timbangan injak dengan skala 0.1 Kg. Hadju (1999) menyarankan menggunakan timbangan dengan skala mendekati 100 gram. Cara Pengukuran berat badan, menurut Hadju (1999) dilakukan dengan prosedur sebagai berikut:

Subjek menggunakan pakaian biasa (menutup aurat). Isi kantong yang berat dikeluarkan. Subjek tidak menggunakan sepatu dan kaus kaki.

Subjek berdiri di atas timbangan dengan beratnya tersebar merata pada kedua kaki dan posisi kepala Frankfurt Horizontal Plane (Bagian interior yang paling rendah dari sisi orbital kiri segaris dengan tragion kiri. Tragion adalah titik terendah dari notch superior dari tragus auricle. Garis pandang adalah horizontal (look straight ahead) dan sagittal plane dari kepala adalah vertikal.

Kedua lengan tergantung bebas di samping badan dan telapak tangan menghadap ke arah paha.

Pengukur berdiri di belakang subjek dan mencatat hasil timbangan mendekati 100 gram, beserta dengan waktu pencatatan hasil penimbangan.

2. Tinggi Badan

Pengukuran tinggi badan anak balita maupun anak sekolah dilakukan dengan menggunakan microtoise antropometer dengan skala 0.1 cm. Cara pengukuran dilakukan dengan prosedur sebagai berikut:

- a. Subjek dengan pakaian biasa dan tanpa sepatu atau kaos kaki.
- b. Subjek berdiri pada tempat yang rata dan tepat di bawah microtoise.
- c. Berat badan terdistribusi merata pada kedua kaki dan posisi kepala adalah posisi Frankfort Horizontal Plane seperti pada pengukuran berat badan.
- d. Tangan tergantung secara bebas pada kedua sisi badan dengan arah telapak tangan menghadap paha.
- e. Kedua tumit subjek berdekatan dan menyentuh dasar dari dinding vertikal. Bagian medial dari kaki membentuk sudut 60 derajat.

- f. Scapula dan bagian belakang (pantat) subjek menyentuh dinding vertikal.
- g. Perintahkan subjek untuk menarik napas dan menahannya dalam posisi tegak tanpa merubah beban dari kedua tumit.
- h. Bagian microtoise yang dapat digerakkan dipindahkan sampai pada bagian paling atas dari kepala dengan sedikit menekan rambut.
- i. Pengukuran dilakukan sampai mendekati 0.1 cm.

Klasifikasi Status Gizi

Berdasarkan kesepakatan pada Temu Pakar bidang gizi pada Januari 2000 merekomendasikan penggunaan baku rujukan WHO sebagai standar atau rujukan dalam penentuan status gizi secara antropometri. Temu pakar tersebut juga menyepakati cara penggolongan status gizi khusus untuk indeks BB/U, TB/U dan BB/TB.

Tabel 2
Klasifikasi Status Gizi menurut Baku Rujukan WHO-NCHS

Indeks	Status gizi	Kategori (Nilai Z-skor)
BB/U	Gizi lebih	$> +2 \text{ SD}$
	Gizi baik	$(\geq -2 \text{ SD}) - (+2 \text{ SD})$
	Gizi kurang	$(\geq -3 \text{ SD}) - (< -2 \text{ SD})$
	Gizi buruk	$< -3 \text{ SD}$
TB/U	Normal	$\geq -2 \text{ SD}$
	Pendek	$< -2 \text{ SD}$
BB/TB	Gemuk	$> +2 \text{ SD}$
	Normal	$(> -2 \text{ SD}) - (+2 \text{ SD})$
	Kurus	$(> -3 \text{ SD}) - (< -2 \text{ SD})$
	Sangat kurus	$< -3 \text{ SD}$

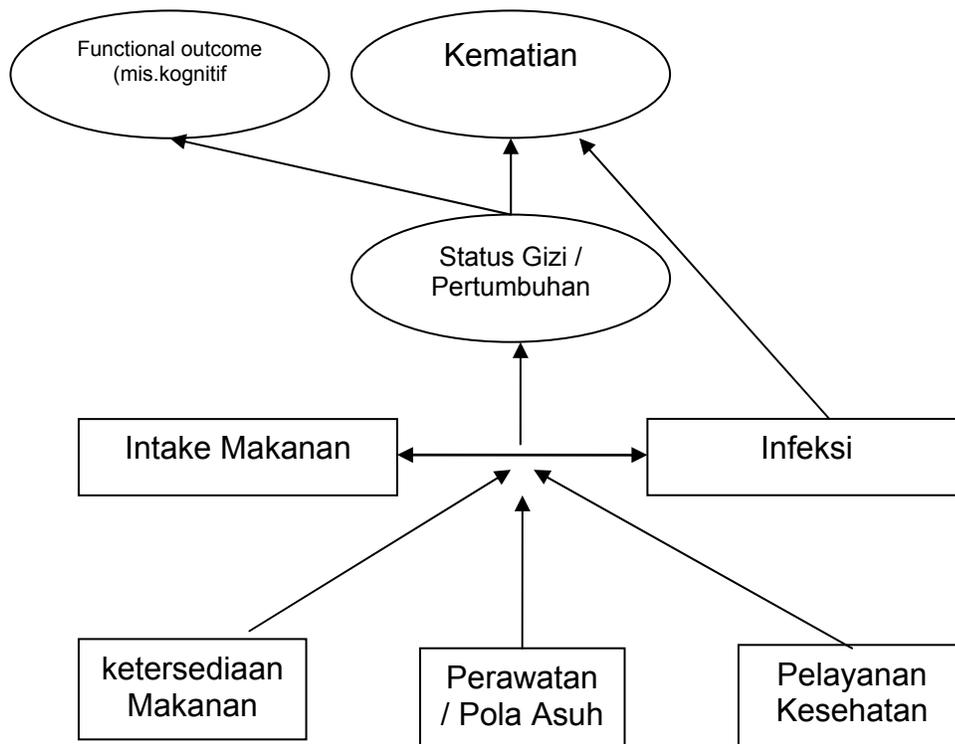
Sumber: Jahari, (2002)

4. Faktor yang mempengaruhi status gizi

Menurut Unicef, faktor yang mempengaruhi status gizi digolongkan atas penyebab langsung, penyebab tidak langsung, penyebab pokok dan akar masalah (Thaha, 1999).

Penyebab langsung adalah asupan gizi dan penyakit infeksi. Timbulnya KEP tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering menderita diare atau demam, akhirnya akan menderita kurang gizi.

Demikian juga pada anak yang makanannya tidak cukup (jumlah dan mutunya) maka daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian akan mudah diserang infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita kurang gizi/gizi buruk.



Gambar 1
Faktor – faktor yang Memengaruhi Status Gizi dan Kesehatan Anak
Sumber : Schroeder, (2001)

Banyak pendapat mengenai faktor determinan yang dapat menyebabkan timbulnya masalah gizi pada bayi di antaranya menurut Schroeder (2001), menyatakan bahwa kekurangan gizi dipengaruhi oleh

konsumsi makan makanan yang kurang dan adanya penyakit infeksi sedangkan penyebab mendasar adalah makanan, perawatan (pola asuh) dan pelayanan kesehatan seperti diterangkan pada Gambar 1.

Interaksi dari berbagai faktor sosial ekonomi dapat menyebabkan jatuhnya seorang anak pada keadaan kekurangan gizi perlu dipertimbangkan. Menurut Martorell dan Habicht (1986), status ekonomi mempengaruhi pertumbuhan bayi, melalui konsumsi makan dan kejadian infeksi. Status sosial ekonomi terhadap konsumsi makan mempengaruhi kemampuan rumah tangga untuk memproduksi dan/atau membeli pangan, menentukan praktek pemberian makanan bayi, kesehatan serta sanitasi lingkungan. Jus'at (1992) membuat model mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan anak antara lain: karakteristik keluarga, karakteristik anak, status kesehatan dan ketersediaan bahan makanan.

a. Asupan Balita

Pemberian makanan bergizi dalam jumlah yang cukup pada masa balita merupakan hal yang perlu mendapat perhatian serius agar anak tidak jatuh ke keadaan kurang gizi. Apalagi dalam masa itu terjadi penyapihan yaitu peralihan antara penyusuan dan makanan dewasa sebagai sumber energi dan zat gizi utama. Pada masa penyapihan biasanya pemberian ASI mulai dikurangi atau konsumsi ASI berkurang

dengan sendirinya sehingga untuk mencukupi kebutuhan gizi anak perlu diberi makanan tambahan. Makanan yang dikonsumsi dibutuhkan untuk mencukupi kebutuhan gizi anak khususnya energi dan protein (Sulaeman dan Muchtadi, 2003).

Setelah anak umur dua tahun kecukupan zat gizi baik kecukupan energi maupun protein harus dipenuhi dari makanan sehari, karena setelah anak berumur 6 bulan pemberian ASI saja sudah tidak mencukupi yang dibutuhkan oleh anak. Kebutuhan energi untuk bayi 7 – 12 bulan adalah 650 kkal dengan protein 16 g dan anak umur 1 – 3 tahun kebutuhan energinya adalah 1000 kkal dan protein 25 g (Hardinsyah, 2004).

Menurut Supariasa (2002) Untuk menilai tingkat konsumsi makanan (untuk energi dan zat gizi), diperlukan suatu standar kecukupan yang dianjurkan yaitu Angka Kecukupan Gizi (AKG) atau Recommended Dietary Allowance (RDA). Berdasarkan Buku Pedoman Petugas Gizi Puskesmas, Depkes RI (1990), klasifikasi tingkat konsumsi dibagi menjadi empat dengan cut of points masing-masing sebagai berikut: dikatakan baik bila > 100 % AKG; sedang antar 80 – 90 % AKG ; kurang antara 70 – 80 % AKG dan tergolong defisit bila kurang dari 70 % AKG.

b. Infeksi

Infeksi mempunyai efek terhadap status gizi untuk semua umur, tetapi lebih nyata pada kelompok anak-anak. Infeksi juga mempunyai kontribusi terhadap defisiensi energi, protein, dan gizi lain karena menurunnya nafsu makan sehingga asupan makanan berkurang. Kebutuhan energi pada saat infeksi bisa mencapai dua kali kebutuhan normal karena meningkatnya metabolisme basal. Hal ini menyebabkan deplesi otot dan glikogen hati (Thaha, 1995).

Penyakit infeksi yang menyerang anak menyebabkan gizi anak menjadi buruk. Memburuknya keadaan gizi anak akibat penyakit infeksi dapat menyebabkan turunnya nafsu makan, sehingga masukan zat gizi berkurang padahal anak justru memerlukan zat gizi yang lebih banyak. Penyakit infeksi sering disertai oleh diare dan muntah yang menyebabkan penderita kehilangan cairan dan sejumlah zat gizi seperti mineral, dan sebagainya (Moehji, 2003).

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan salah satu penyakit infeksi yang erat kaitannya dengan masalah gizi. Tanda dan gejala penyakit ISPA ini bermacam-macam antara lain batuk, kesulitan bernafas, tenggorakan kering, pilek demam dan sakit telinga. ISPA disebabkan lebih dari 300 jenis bakteri, virus dan rickettsia. Dua penelitian yaitu Maltene (1991) dan Walker (1992) menunjukkan adanya korelasi

yang signifikan antara berat badan dan infeksi saluran pernafasan. Pada anak umur 12 bulan dan batuk sebagai salah satu gejala infeksi saluran pernafasan hanya memiliki asosiasi yang signifikan dengan perubahan berat badan, tidak dengan perubahan tinggi badan. (Depkes, 1996).

Berbagai hasil studi menunjukkan terjadinya penurunan berat badan anak setiap hari selama ISPA berlangsung (Noor, 1996). Diperkirakan panas yang menyertai ISPA memegang peranan penting dalam penurunan asupan nutrisi karena menurunnya nafsu makan anak (Thaha, 1995). Hasil penelitian Thamrin (2002) di Kabupaten Maros menyimpulkan bahwa penyakit infeksi merupakan faktor resiko yang paling berpengaruh terhadap kejadian KEP pada anak balita.

Diare merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian pada anak di negara berkembang. Sekitar 80% kematian yang berhubungan dengan diare terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan. Penyebab utama kematian karena diare adalah dehidrasi sebagai akibat kehilangan cairan dan elektrolit melalui tinjanya. Diare menjadi penyebab penting bagi kekurangan gizi. Hal ini disebabkan oleh adanya anoreksia pada penderita diare, sehingga anak makan lebih sedikit daripada biasanya dan kemampuan menyerap sari makanan juga berkurang. Padahal kebutuhan tubuh akan makanan meningkat akibat dari adanya infeksi. Setiap episode diare dapat menyebabkan kekurangan gizi, sehingga bila

episodenya berkepanjangan maka dampaknya terhadap pertumbuhan anak akan meningkat (Depkes RI., 1999, hal : 3).

Diare secara epidemiologik didefinisikan sebagai keluarnya tinja yang lunak atau cair tiga kali atau lebih dalam satu hari. Secara klinik ada tiga macam sindroma diare (Depkes RI., 1999, hal : 4-5) yaitu

1. Diare akut adalah pengeluaran tinja yang lunak atau cair yang sering dan tanpa darah, biasanya berlangsung kurang dari 7 hari. Diare ini dapat menyebabkan dehidrasi dan bila masukan makanan kurang akan mengakibatkan kurang gizi.
2. Disentri adalah diare yang disertai darah dalam tinja. Akibat penting disentri antara lain anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat dan kerusakan mukosa usus karena bakteri invasif.
3. Diare persisten adalah diare yang mula-mula bersifat akut, namun berlangsung lebih dari 14 hari. Episode ini dapat dimulai sebagai diare cair atau disentri. Kehilangan berat badan yang nyata sering terjadi dan volume tinja dalam jumlah yang banyak sehingga ada risiko mengalami dehidrasi. Diare persisten berbeda dengan diare kronik yaitu diare intermiten (hilang-timbul), atau yang berlangsung lama dengan penyebab non infeksi, seperti sensitif terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun.

Penilaian penderita diare akut dan persisten, harus dimulai dengan menanyakan kapan episode diare dimulai. Penentuan jenis diare ini

sering kali sulit dilakukan, apakah anak menderita diare persisten atau menderita episode diare akut yang terputus. Penderita diare persisten biasanya mengeluarkan tinja setiap hari meskipun jumlahnya bervariasi. Namun kadang-kadang anak mengeluarkan tinja yang normal 1-2 hari dan setelah itu diare mulai lagi. Bila periode normal tidak lebih dari 2 hari, penyakitnya dinyatakan sebagai episode diare tunggal. Akan tetapi, bila periode normalnya lebih dari 2 hari, maka diare berikutnya dinyatakan sebagai episode baru (Depkes RI., 1999, hal : 44).

c. Pengetahuan

Faktor pendidikan dan pengetahuan yang rendah dari sebagian ibu akan pentingnya pemberian makanan bergizi dan seimbang untuk anaknya dapat dikaitkan dengan masalah KEP. Disamping itu, tingginya kasus gizi buruk di Sulawesi Selatan tidak bisa dipisahkan dari faktor perilaku yang ada di masyarakat. Faktor perilaku ini bersama-sama dengan rendahnya daya beli kemungkinan berjalan sinergis terhadap timbulnya kasus kurang gizi. Adanya anggapan bahwa banyak makanan menyebabkan kecacingan, atau tidak mau makan sayur karena sayuran dianggap makanan ternak, merupakan contoh kecil yang tidak sedikit ditemukan di masyarakat. Pandangan yang salah terhadap jenis-jenis makanan tertentu menyebabkan mereka tidak mau mengkonsumsi atau tidak memberikan makanan tersebut kepada anaknya (Hadju, 1999).

Tinuk Istiarti (2000) menyatakan bahwa perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan praktek atau tindakan. Sedangkan menurut Notoatmodjo (1997) perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yaitu : aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya masyarakat.

Perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian penting yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Kognitif dapat diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotor diukur melalui tindakan (praktek) yang dilakukan (Notoatmojo, 2007).

Green (1991) menjelaskan bahwa perilaku dilatarbelakangi oleh tiga faktor pokok, yakni faktor-faktor predisposisi (predisposing factors) yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, tradisi, dan nilai. Faktor pendukung (enabling factors) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi dan jamban. Faktor-faktor pendorong (reinforcing factors) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas

lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. (Notoatmodjo, 2007)

Penyebab tidak langsung adalah ketahanan pangan tingkat keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan di keluarga (household food security) adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental dan sosial. Pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan, adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Ketiga faktor ini saling berhubungan. Ketiga faktor penyebab tidak langsung saling berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan keluarga. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan dan keterampilan kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak, dan makin banyak keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Demikian juga sebaliknya.

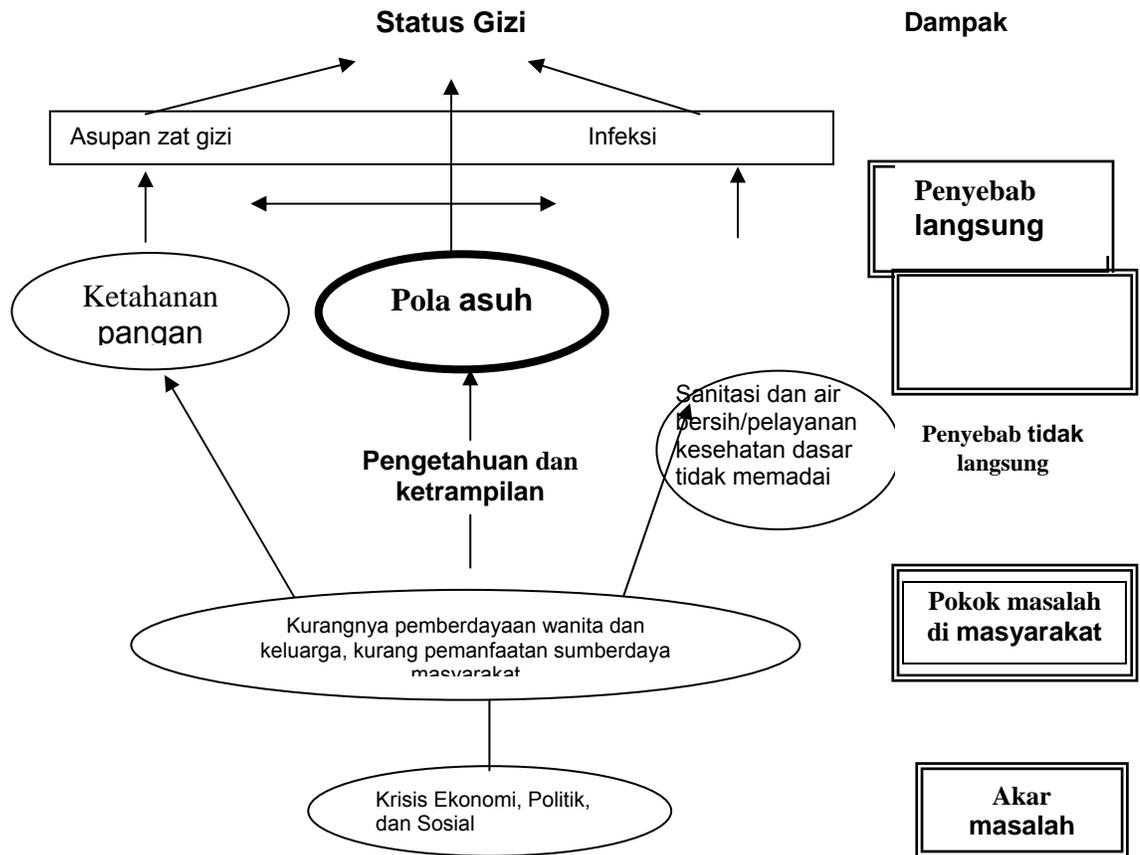
Ketahanan pangan keluarga terkait dengan ketersediaan pangan (baik dari hasil produksi sendiri maupun dari pasar atau sumber lain),

harga pangan dan daya beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Sebagai contoh, air susu ibu (ASI) adalah makanan bayi utama yang seharusnya tersedia di setiap keluarga yang mempunyai bayi. Makanan ini seharusnya dapat dihasilkan oleh keluarga tersebut sehingga tidak perlu dibeli. Namun tidak semua keluarga dapat memberikan ASI kepada bayinya oleh karena berbagai masalah yang dialami ibu. Akibatnya, bayi tidak diberikan ASI atau diberi ASI dalam jumlah yang tidak cukup sehingga harus diberikan tambahan makanan pendamping ASI (MP-ASI). Timbul masalah apabila oleh berbagai sebab, misalnya kurangnya pengetahuan dan atau kemampuan, MP-ASI yang diberikan tidak memenuhi persyaratan. Dalam keadaan demikian, dapat dikatakan ketahanan pangan keluarga ini rawan karena tidak mampu memberikan makanan yang baik bagi bayinya sehingga berisiko tinggi menderita gizi buruk.

Pola pengasuhan anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau dimasyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari si ibu atau pengasuh anak.

Pelayanan kesehatan, adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi, serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit, dan pesediaan air bersih. Tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan (karena jauh dan atau tidak mampu membayar), kurangnya pendidikan dan pengetahuan merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia. Hal ini dapat berdampak juga pada status gizi anak.

Berbagai faktor langsung dan tidak langsung penyebab gizi kurang, berkaitan dengan pokok masalah yang ada di masyarakat dan akar masalah yang bersifat nasional. Pokok masalah di masyarakat antara lain berupa ketidakberdayaan masyarakat dan keluarga mengatasi masalah kerawanan ketahanan pangan keluarga, ketidaktahuan pengasuhan anak yang baik, serta ketidakmampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.(Thaha, 1999)



Gambar 2
 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi
 Sumber : UNICEF (1988) DENGAN PENYESUAIAN

B. Pola Pengasuhan Anak

Teori *positive deviance* (Zeitlin, 1990) menyatakan bahwa berbagai stimulus yang rutin diberikan oleh ibu atau pengasuh terhadap bayi, baik stimulus visual, verbal dan auditif akan dapat menyebabkan stimulasi growth hormone, metabolisme energi menjadi normal dan imun respon lebih baik.

Peranan pengasuhan ini pertama kali diidentifikasi dalam Joint Nutrition Support Program in Iringa, Tanzania dan kemudian digunakan pada berbagai studi *positive deviance* di berbagai negara. Peranan determinan pola asuhan terhadap pertumbuhan bayi cukup besar, dimana pola asuhan yang baik dapat meningkatkan tingkat kecukupan gizi dan kesehatan bayi. Determinan pola asuhan dan kesehatan langsung berpengaruh terhadap pertumbuhan bayi (Engel, 1992).

Pola pengasuhan anak adalah pengasuhan anak dalam pra dan pasca kelahiran, pemberian ASI, pemberian makanan, dan pengasuhan bermain (Hamzat A, 2000).

Menurut Jus'at (2000) pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental dan sosial. Pola pengasuhan anak berupa sikap dan praktik

pengasuhan ibu lainnya dalam kedekatannya dengan anak, merawat, cara memberi makan serta kasih sayang.

Pengasuhan anak adalah suatu fungsi penting pada berbagai kelompok sosial dan kelompok budaya. Fungsi ini meliputi pemenuhan kebutuhan dasar anak seperti pemberian makanan, mandi, dan menyediakan dan memakaikan pakaian buat anak. Termasuk di dalamnya adalah monitoring kesehatan si anak, menyediakan obat, dan merawat serta membawanya ke petugas kesehatan profesional. Tambahan lain adalah diterimanya fungsi hiburan, pendidikan, sosialisasi, penerimaan informasi pandangan serta nilai dari pengasuh mereka (O'Connel,1994 Bahar, 2002). Pengasuhan anak adalah aktivitas yang berhubungan dengan pemenuhan pangan, pemeliharaan fisik dan perhatian terhadap anak (Haviland,1988 Bahar, 2002). Berdasar pengertian tersebut "pengasuhan" pada dasarnya adalah suatu praktek yang dijalankan oleh orang lebih dewasa terhadap anak yang dihubungkan dengan pemenuhan kebutuhan pangan/gizi, perawatan dasar (termasuk imunisasi, pengobatan bila sakit), rumah atau tempat yang layak, higine perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kesegaran jasmani (Soetjningsih, 1995). Serupa dengan yang diajukan oleh Mosley dan Chen 1988 (Bahar,2002) pengasuhan anak meliputi aktivitas perawatan terkait gizi/penyiapan makanan dan menyusui, pencegahan

dan pengobatan penyakit, memandikan anak, membersihkan pakaian anak, membersihkan rumah.

Pola asuh terhadap anak merupakan hal yang sangat penting karena akan mempengaruhi proses tumbuh kembang balita. Pola pengasuhan anak berkaitan erat dengan keadaan ibu terutama kesehatan, pendidikan, pengetahuan, sikap dan praktik tentang pengasuhan anak (Suharsih, 2001).

Menurut Notoatmodjo (1997), suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu praktek atau tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi praktek, diperlukan faktor pendukung antara lain fasilitas dan support dari pihak lain, misal suami, orang tua atau mertua sangat penting untuk mendukung terbentuknya praktek. Praktek adalah perbuatan atau tindakan nyata dan pengukurannya dapat dilakukan secara tidak langsung yaitu dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau beberapa bulan yang lalu. Pengukuran juga dapat dilakukan dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Praktik dibagi dalam empat tingkatan yaitu persepsi, respon terpinpin, mekanisme dan adaptasi. Persepsi adalah tahap mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang yang diambil (raktik tingkat pertama), misalnya ibu dapat memilih makanan yang bergizi untuk anaknya. Respon terpinpin, bila seseorang dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar berdasarkan contoh (praktek tingkat

kedua), misal ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari mencuci, memotong, dan lamanya memasak. Tahap mekanisme adalah bila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sudah merupakan kebiasaan, misalnya ibu mengimunitasikan anaknya pada umur-umur tertentu tanpa diperintah, maka ibu ini sudah mencapai praktik tingkat tiga. Adaptasi merupakan praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik artinya tindakan sudah dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi tingkat kebenarannya, misalnya ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi untuk anaknya dengan bahan yang mudah didapat dan murah.

Menurut Husaini (2000), peran keluarga terutama ibu dalam mengasuh anak akan menentukan tumbuh kembang anak. Perilaku ibu dalam menyusui atau memberi makan, cara makan yang sehat, memberi makanan yang bergizi dan mengontrol besar porsi yang dihabiskan akan meningkatkan status gizi anak.

1. Pengasuhan Makanan Anak

Untuk kebutuhan pangan/gizi, ibu menyiapkan diri sejak prenatal dalam mengatur dietnya selama kehamilan, masa neo-natal berupa pemberian ASI, menyiapkan makanan tambahan berupa makanan padat yang lebih bervariasi bahannya atau makanan yang diperkaya, dan

dukungan emosional untuk anak. Status sakit, pola aktivitas, asupan gizi rendah, frekuensi konsepsi terkait pertumbuhan anak melalui status gizi ibu (Pengasuhan makanan anak terdiri atas hal yang berhubungan dengan menyusui, dan pemberian makanan selain ASI buat anak).

Pengasuhan makanan anak fase 6 bulan pertama adalah pemenuhan kebutuhan anak oleh ibu dalam bentuk pemberian ASI atau makanan pendamping/pengganti ASI pada anak. Dinyatakan cukup bila diberi ASI semata sejak lahir sampai usia 4-6 bulan dengan frekuensi kapan saja anak minta dan dinyatakan kurang bila tak memenuhi kriteria tersebut. Pengasuhan makanan anak pada fase 6 bulan ke-dua adalah pemenuhan kebutuhan makanan untuk bayi yang dilakukan ibu, dinyatakan cukup bila anak diberikan ASI plus makanan lumat yang terdiri dari tepung-tepungan dicampur susu, dan atau nasi (berupa bubur atau nasi biasa) bersama ikan, daging atau putih telur lainnya ditambah sayuran (dalam bentuk kombinasi atau tunggal) diberi dalam frekuensi sama atau lebih 3 x per hari, dan kurang bila tidak memenuhi kriteria tersebut (Bahar, 2002).

a. Pemberian ASI

Bayi perlu menyusui sesegera mungkin. Pemberian kesempatan isap pada anak akan merangsang proses lactogenesis dan selanjutnya galactopoiesis. Frekuensi menyusui sesuai permintaan bayi dan tiap

kali diberikan 5-10 menit per payudara. Pemberian ASI pada anak dilakukan pada satu sisi payudara ibu sampai selesai kemudian berpindah pada sisi lainnya. Produksi ASI bisa maksimum bila anak diberi menyusu kedua payudara saat minggu-minggu pertama. Praktek yang baik bila ibu hanya memberi ASI semata sampai usia anak 4-6 bulan. Pemberian ASI selanjutnya sampai usia 2 tahun amat menunjang pertumbuhan yang baik (Bahar, 2002).

b. Pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI)

Untuk menjamin kesehatan dan pertumbuhan yang baik butuh menu seimbang dengan susunan hidangan empat sehat lima sempurna. Menu seimbang, cukup energi, protein bagi pertumbuhan dan imunitas serta reparasi dan pemeliharaan, cukup lemak esensial dan vitamin larut lemak, vitamin lain dan mineral dalam jumlah memadai. Empat sehat lima sempurna cermin pola makanan yang dianjurkan bagi keluarga. Terdiri dari makanan pokok, lauk pauk, sayuran, buah, susu. Makanan pokok adalah makanan dalam porsi besar, sebagai sumber energi. Lauk pauk adalah penyedap makanan pokok (lazimnya adalah sumber protein). Sayuran maupun buah adalah sumber vitamin dan mineral.

Anak yang berusia 0-4 bulan cukup diberi ASI, makanan lain tidak diperlukan. Pemberian makanan pendamping ASI pada usia 0-4

bulan memberi risiko terkena sakit seperti diare dan penyakit lainnya. penelitian di Bangladesh menemukan 41% sampel makanan dan 50% sampel air telah terkontaminasi bakteri E. Coli (Black, seperti dikutip Akre, 1994). Risiko jangka pendek pemberian makanan selain ASI pada saat yang belum tepat berupa penurunan frekuensi dan intensitas pengisapan payudara yang akhirnya menurunkan produksi ASI. Risiko jangka panjang menimpa anak melalui dua mekanisme, efek kumulatif dan praktek diet yang tak menguntungkan tetapi terpolakan pada anak (Akre, 1994).

Makanan anak 0-4 bulan adalah ASI semata. Pada usia 4-6 bulan anak diberi ASI serta buah 1-2 kali dan makanan lunak 1 kali. Saat berumur 6-9 bulan anak diberi ASI plus buah 1-2 kali dan makanan lunak 1 kali dan makanan lembek 2 kali. Umur 9-12 bulan anak tetap diberi ASI, plus buah 1-2 kali dan makanan lembek 3 kali. Pada anak usia lebih 1 tahun masih tetap diberi ASI plus buah 1-2 kali, makanan pokok serta lauk pauk 4 kali atau lebih (Depkes, 2000; Krisnatuti, 2000)

Makanan lumat adalah makanan bentuk lumat atau halus, misalnya bubur susu. Makanan lembek adalah makanan dengan konsistensi mendekati makanan padat tetapi tidak sepenuhnya padat, seperti nasi atau bubur tim (Almatsier, 2004).

2. Pengasuhan perawatan dasar anak

Pengasuhan perawatan dasar anak adalah pemenuhan kebutuhan bayi yang dilakukan ibu untuk mengatasi kejadian diare, ISPA, dan memberi imunisasi pada anak yang dinyatakan cukup bila ibu mampu memberi minum air banyak pada kasus diare, membuat oralit dan meminumkannya (sekurang-kurangnya kombinasi 2 dari 3) serta mampu memberi pelega tenggorokan dan mengatasi demam pada anak yang menderita ISPA juga memberi imunisasi pada anak. (Bahar, 2002)

Pengasuhan perawatan dasar anak meliputi perawatan terhadap anak sakit dan perawatan pencegahan agar anak tidak jatuh sakit. Untuk itu diperlukan kemampuan ibu untuk mengenali dan merawat anak yang sakit. Termasuk kemampuan mengenali penyakit menjadi progresif yang butuh perawatan lanjut. Kemampuan merawat penyakit dimaksudkan sebagai kemampuan merawat ISPA dan diare, dua penyakit yang sering menyerang anak (Bahar, 2002).

Penanggulangan diare yang dapat dilakukan oleh ibu adalah dengan tetap memberi ASI pada anak sakit, dan memberi anak larutan garam gula atau oralit. Untuk bayi usia 4-6 bulan atau lebih dapat diberi makan sedikit-sedikit tapi sering. Makanan yang diberikan adalah makanan yang tidak merangsang dan yang disukai anak. Pada anak yang menderita diare, anak tidak dipuaskan (Bahar, 2002).

Praktek cuci tangan tiap melakukan pekerjaan terkait makanan atau menyusui, minum air yang telah dimasak, memanas makanan

asal luar rumah sebelum diberikan pada anak, dapat mencegah diare, termasuk usaha mencegah makanan dari gangguan lalat dan kontaminasi lain, serta penggunaan jamban keluarga.

Perawatan ISPA ringan dapat dilakukan dengan kompres, obat demam, balsem/inhaler pelega tenggorokan atau inhalasi uap. Anak dibersihkan dengan memakai kain atau tisu yang dibentuk jadi batangan, diulirkan ke lobang hidung. Anak diberi minuman dan makanan yang cukup.

Pencegahan ISPA dapat dilakukan dengan menempatkan anak dalam ruang yang sirkulasi udara dan pencahayaan baik, dan anak dilindungi dari kondisi ekstrim. Penyakit ini menyebar dengan droplet, sedapat mungkin hindarkan anak sehat dari penderita ISPA. Perawatan dasar anak juga terkait aktivitas mencegah anak jangan sakit. Pencegahan dimaksudkan memberi anak imunisasi. Untuk itu dibutuhkan kemauan dan kemampuan ibu membawa anak diimunisasi ke posyandu atau institusi terkait. Untuk anak usia 2 bulan atau lebih tapi kurang dari 14 bulan dan belum imunisasi, dapat diberi imunisasi dengan urutan dan interval pemberian serupa dengan anak yang diberi imunisasi dengan jadwal tepat (Bahar, 2002).

3. Pengasuhan higine perorangan anak dan kesehatan lingkungan

Pengasuhan anak dari aspek higine perorangan, kesehatan lingkungan dan keamanan anak berkenaan dengan kemampuan ibu menjaga anak agar tetap segar dan bersih, anak mendapat lingkungan yang sehat, serta terhindar dari cedera atau kecelakaan. Untuk itu dibutuhkan kemampuan orangtua untuk memandikan anak. Menjaga kebersihan pakaian bayi dan membersihkan bagian tubuh anak, ganti popok ketika akan tidur malam hari. Dibutuhkan pula kemampuan ibu untuk menjaga kebersihan pada tempat tidur anak, kamar anak dan lingkungan tempat anak diasuh. Diperlukan kemampuan ibu untuk mencegah anak dari terkena luka dan kecelakaan.

Praktek pengasuhan higine perorangan anak terkait perhatian khusus pada kebersihan daerah lipatan kulit, daerah anogenital (terutama tiap selesai berkemih atau BAB), kebersihan kuku dan gigi (bagi anak yang telah tumbuh gigi). Perhatian juga ditujukan pada kebersihan tali pusat, apakah sudah mengering atau malah infeksi (tali pusat lazimnya mengering 24 jam dan akan lepas 4-10 hari). Higine perorangan anak juga meliputi perawatan terhadap rambut dan kulit kepala anak. Mungkin ada cradle cap (ekzema dengan kerak kotor di kulit kepala yang dapat dirawat dengan menyabuni kepala atau kerak dilepas dengan beri oleum cocos). Penjagaan kebersihan mulut anak termasuk perhatian terhadap adanya Moniliasis dalam mulut ditandai bercak putih pada mukosa mulut dan atau lidah.

Lingkungan terdekat yang harus sehat bagi anak adalah tempat tidur anak dan tempat bermain anak. Pada tempat tidur, ada bantal dan kasur serta sarung bantal yang perlu dibersihkan secara rutin. Gunakan kelambu bagi bayi siang maupun malam bila anak tidur, untuk mencegah anak digigit nyamuk (Bahar, 2002).

C. Hubungan Pola Asuh dengan Status Gizi Anak

Perawatan atau pola pengasuhan ibu terhadap anak yang baik merupakan hal yang sangat penting, karena akan mempengaruhi proses tumbuh kembang balita. Pola pengasuhan ibu terhadap anaknya berkaitan erat dengan keadaan ibu terutama kesehatan, pendidikan, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak (WHO Suharsi, 2001).

Menurut Rahayu (2001) anak yang diasuh dengan baik oleh ibunya akan lebih berinteraksi secara positif dibandingkan bila diasuh oleh selain ibunya. Pengasuhan anak oleh ibunya sendiri akan terjadi hubungan anak merasa aman, anak akan memperoleh pasangan dalam berkomunikasi dan ibu sebagai peran model bagi anak yang berkaitan dengan keterampilan verbal secara langsung.

Pola pengasuhan anak akan berkaitan dengan keadaan gizi anak dan usaha ibu merangsang anak untuk makan turut menentukan volume makan pada anak (Jus'at, 2000).

Hasil penelitian Khomsan, dkk (1999) menunjukkan bahwa ibu memegang peranan utama dalam pengasuhan anak. Penyuluhan stimulasi psikososial kepada ibu dengan menggunakan paket "Ibu maju Anak Bermutu" berdampak meningkatkan stimulasi psikososial anak baduta dalam keluarga. Artinya, ibu menjadi lebih proaktif di dalam mengasuh anak dengan memberikan stimulasi psikososial. Dalam jangka panjang hal ini akan berdampak positif bagi tumbuh kembang anak.

Studi Suharsi (2001) di Kabupaten Demak menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan secara statistik pola asuh ibu dengan anak balita kurang energi protein, namun pola asuh ibu yang tidak baik terhadap anak balita mempunyai risiko lebih besar terhadap kejadian kurang energi protein dibandingkan pola asuh yang baik.

Studi penyimpangan positif (positive deviance) masalah KEP di Jakarta Utara dan Bogor oleh Jus'at, dkk (2000) menyimpulkan bahwa pengasuhan anak berkaitan dengan keadaan gizi anak. Pemberian Kolustrum pada bayi di hari-hari pertama kehidupannya berdampak positif pada keadaan gizi anak di umur-umur selanjutnya terutama di Bogor. Interaksi ibu dengan anak yang diamati mendalam, melalui participant observation, berhubungan positif dengan keadaan gizi anak. Anak-anak

yang selalu diupayakan untuk mengkonsumsi makanan, mendapat respon ketika berceloteh, dan selalu mendapat senyuman dari ibu, keadaan gizinya lebih baik dibandingkan dengan teman sebaya lainnya yang kurang memperoleh perhatian orang tuanya.

Bahar (2002) dalam penelitian tentang pengaruh pola pengasuhan terhadap pertumbuhan anak di Kabupaten Barru Sulawesi Selatan menyimpulkan bahwa kualitas pengasuhan makanan anak yang dimiliki ibu, berpengaruh terhadap pertumbuhan anak. Kualitas pengasuhan perawatan dasar anak yang dimiliki ibu, berpengaruh terhadap pertumbuhan anak. Kualitas pengasuhan higine perorangan anak-kesehatan lingkungan dan keamanan anak, berpengaruh terhadap pertumbuhan anak.

D. Program Pendampingan Gizi

1. Pengertian

Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran/solusi, menyampaikan layanan/bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama.

Pendampingan gizi dilaksanakan dengan prinsip-prinsip: (1) pemberdayaan keluarga atau masyarakat; (2) partisipatif, dimana tenaga pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi; (3) melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan (4) tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator (Depkes, 2007)

Asuhan gizi balita adalah tindakan ibu, keluarga atau pengasuh anak dalam memberi makan, mengasuh, merawat, dan menilai pertumbuhan dan perkembangan balita.

Pendampingan asuhan gizi balita adalah kegiatan pendampingan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh seorang tenaga gizi pendamping (TGP) kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah, konseling, kelompok diskusi terarah (KDT) yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok dalam wilayah binaan yang telah ditentukan (Dinkes Sulsel, 2007)

2. Tujuan

Secara umum program pendampingan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi bayi dan anak balita di wilayah kecamatan Gerbang Taskin Sulawesi Selatan melalui kegiatan pendampingan. Adapun yang menjadi tujuan khusus program pendampingan gizi adalah

(1) menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada bayi dan anak balita; (2) meningkatkan pengetahuan gizi keluarga; (3) meningkatkan pola pengasuhan; (4) meningkatkan keluarga sadar gizi; dan, (5) meningkatkan partisipasi masyarakat pada kegiatan posyandu (D/S) dan jumlah kader yang aktif setiap kegiatan posyandu (Dinkes Sulsel, 2007)

3. Sasaran

Sasaran pendampingan terdiri atas:

- a. Keluarga yang mempunyai bayi dan balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang (BBU < -2 SD).
- b. Keluarga yang mempunyai bayi dan anak balita yang tidak naik berat badannya .
- c. Keluarga yang mempunyai bayi dan balita
- d. Kader posyandu

4. Tenaga Gizi Pendamping (TGP)

TGP adalah petugas yang berlatar belakang pendidikan gizi dan pernah mengikuti pelatihan pendampingan yang diberikan tugas untuk melakukan kegiatan pendampingan di bidang gizi bagi keluarga dan masyarakat di desa miskin, dalam perekrutannya menggunakan persyaratan sebagai berikut:

- a. Lulusan D3 Gizi, Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) jurusan gizi atau Sarjana Gizi (S.Gz).
- b. Umur maksimal 40 tahun
- c. Dinyatakan lulus seleksi
- d. Bersedia ditempatkan dan tinggal di desa miskin atau terpencil di Sulawesi Selatan
- e. Lulus pelatihan pendampingan gizi
- f. Menandatangani kontrak yang telah disepakati (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2007).

Tenaga Gizi Pendamping (TGP) selama didesa akan melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut:

- a . Melaksanakan Survei Mawas Diri (SMD)
- b. Mengolah dan analisis data
- c. Membuat daftar keluarga yang mempunyai bayi dan balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang, tidak naik berat badan, keluarga yang tidak pernah atau tidak teratur membawa bayi dan balitanya ke posyandu
- d. Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)
- e. Membuat jadwal kunjungan rumah keluarga sasaran
- f. Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan
- g. Mengidentifikasi masalah gizi yang terjadi pada keluarga sasaran

- h. Melaksanakan intervensi gizi sesuai dengan pendekatan positive Deviance (PD) atau pendekatan pilihan lainnya
- i. Memberikan nasihat gizi pada keluarga sasaran sesuai permasalahannya
- j. Melaksanakan penyuluhan gizi di posyandu dan kelompok pengajian, dll.
- k. Melakukan pelatihan penyegaran kader
- l. Menggerakkan keluarga yang mempunyai bayi dan anak balita untuk membawa anaknya ke posyandu setiap bulan.
- m. Melakukan pembinaan posyandu
- n. Mengusahakan agar seluruh anak balita di wilayah kerjanya memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS)
- o. Mencatat data SKDN setiap bulan
- p. Membantu sasaran untuk mendapatkan suplemen gizi (kapsul vitamin A dan sirup besi).
- q. Menganjurkan keluarga sasaran untuk menggunakan garam beryodium.
- r. Mengantarkan kasus rujukan dan menindaklanjuti masalah pasca rujukan/perawatan.
- s. Menyelenggarakan Diskusi Kelompok Terarah (DKT).
- t. Menilai status gizi sasaran setiap bulan dan melaporkan secara berkala.

- u. Melakukan pengumpulan data akhir dan mengevaluasi perubahan status gizi, Kadarzi, partisipasi masyarakat (D/S).
- v. Memberikan paket intervensi gizi pada kelompok sasaran.
- w. Membina hubungan kerjasama yang baik dan melakukan koordinasi dengan petugas gizi, bidan desa dan petugas kesehatan lain di wilayah kerjanya

5. Langkah-langkah pendampingan gizi

a. Pengumpulan data dasar

Pengumpulan data dasar dimaksudkan untuk mengidentifikasi atau menjaring (Screening) kelompok sasaran, yaitu keluarga yang mempunyai balita yang menderita KEP ($BBU < -2SD$), balita BGM dan atau balita tidak naik berat badan tiga kali berturut-turut (3T). Data dasar di samping diperlukan untuk menjaring kelompok sasaran, juga diperlukan untuk mengevaluasi kemajuan hasil intervensi setiap waktu tertentu dan untuk menilai keberhasilan program di setiap desa atau lokasi.

Pengumpulan data dasar dilakukan oleh TGP dengan bantuan kader setempat. Identifikasi status gizi dilakukan dengan cara melakukan pengukuran langsung status gizi terhadap seluruh balita yang ada di setiap desa pendampingan. Selain data hasil pengukuran langsung status gizi, pengumpulan data dasar juga dilakukan dengan cara mencatat hasil penimbangan berat badan balita 3 bulan terakhir melalui KMS (Kartu

Menuju Sehat). Pengukuran status gizi dapat dilakukan secara berkelompok di posyandu atau rumah penduduk. Bagi balita yang tidak terjangkau dalam pengukuran status gizi, maka harus dilakukan pengukuran dari rumah ke rumah (door to door).

Data hasil pengukuran status gizi balita kemudian diinterpretasi menggunakan standar NCHS-WHO sistem Z-skor untuk mengetahui status gizi.

b. Penetapan sasaran

Sasaran pendampingan pengasuhan balita adalah ibu, pengasuh atau anggota keluarga lain yang mempunyai balita dengan kriteria sebagai berikut:

1. Gizi buruk (BBU < -3 SD)
2. Gizi kurang (BBU -2 SD s.d. -3 SD)
3. Berat badan tidak naik berturut-turut tiga kali (3T)

Balita yang memenuhi kriteria di atas kemudian didaftar menurut dusun atau posyandu Untuk mempermudah intervensi, kelompok sasaran dibagi dua, yaitu sasaran berkelompok dan sasaran individu. Penetapan kelompok sasaran dilakukan dengan terlebih

dahulu berkoordinasi dengan bidan, kepala desa dan atau Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas.

c. Interview

Tenaga pendamping membuat jadwal pendampingan, baik untuk sasaran perorangan atau sasaran berkelompok. Jadwal dibuat menurut wilayah posyandu, atau wilayah tempat tinggal sasaran, diupayakan agar sasaran yang berdekatan dijadwalkan dalam waktu yang sama. Jadwal tersebut selanjutnya disampaikan dijadwalkan dalam waktu yang sama.

d. Intervensi

Intervensi adalah serangkaian tindakan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh tenaga pendamping kepada ibu atau pengasuh anak dalam bentuk kunjungan rumah (home visit), konseling (counseling) dan kelompok diskusi terarah (Focus Group Discussion = FGD).

Intervensi/pendampingan dilaksanakan dengan pendekatan asuhan gizi individu dan pendekatan asuhan gizi berkelompok. Pendekatan individu dilakukan terhadap sasaran yang tergolong gizi buruk atau sasaran yang tinggal berjauhan. Bagi sasaran yang tinggal berdekatan (berkelompok) dan sasaran yang menderita gizi kurang,

pendampingan dilakukan menggunakan model asuhan gizi berkelompok. Sesi intervensi dilakukan dalam 3 tahap sebagai berikut:

1. Pendampingan intensif

Sesi ini dilakukan pendampingan intensif oleh tenaga gizi pendamping (TGP) guna membantu ibu menerapkan praktek asuhan gizi bagi balita dan keluarganya.

Tenaga Gizi Pendamping (TGP) diharapkan dapat mengajarkan ibu atau pengasuh balita tentang cara pengolahan makanan anak, perawatan kebersihan dan higiene anak, pengobatan sederhana bagi anak yang sakit, dengan metode konsultasi. Bagi sasaran yang gizi buruk terutama gizi tingkat berat (disertai tanda-tanda klinis marasmus dan kwashiorkor), TGP berperan sebagai perujuk atau mengantar langsung sasaran tersebut ke Puskesmas. Kegiatan pendampingan intensif berlangsung selama satu minggu berturut-turut (hari pertama sampai hari ketujuh).

2. Penguatan

Sesi ini dilaksanakan selama satu minggu yaitu hari kedelapan sampai hari keempat belas (minggu kedua). Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi setiap hari, namun hanya dua kali seminggu.

Tujuannya adalah untuk memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu atau pengasuh anak, sesuai dengan rekomendasi dan yang dianjurkan oleh tenaga pendamping. Bagi ibu atau pengasuh balita yang kurang mampu mengikuti instruksi dianjurkan untuk didekati secara persuasif agar ibu atau pengasuh balita mampu melakukan praktek asuhan gizi secara sederhana.

3. Praktek mandiri

Setelah melakukan penguatan, ibu atau pengasuh balita diberi kesempatan dua minggu (hari ke-15 sampai ke-24) untuk mempraktek secara mandiri terhadap instruksi-instruksi yang dianjurkan. Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjugi kecuali pada hari ke-29 dimana tenaga pendamping akan melakukan penilaian terhadap output pendampingan. Output yang akan dinilai pada akhir sesi ini adalah perubahan pertumbuhan (kenaikan berat badan) anak dan kemampuan ibu atau pengasuh anak dalam melaksanakan asuhan gizi balita. Sasaran yang belum lulus atau balita yang masih mengalami KEP, ibu atau pengasuh yang belum mampu melaksanakan asuhan gizi balita dengan baik, harus didampingi kembali sebagai sasaran pada sesi intensif pada kegiatan pendampingan tahap selanjutnya.

6. Pembinaan Kegiatan Posyandu

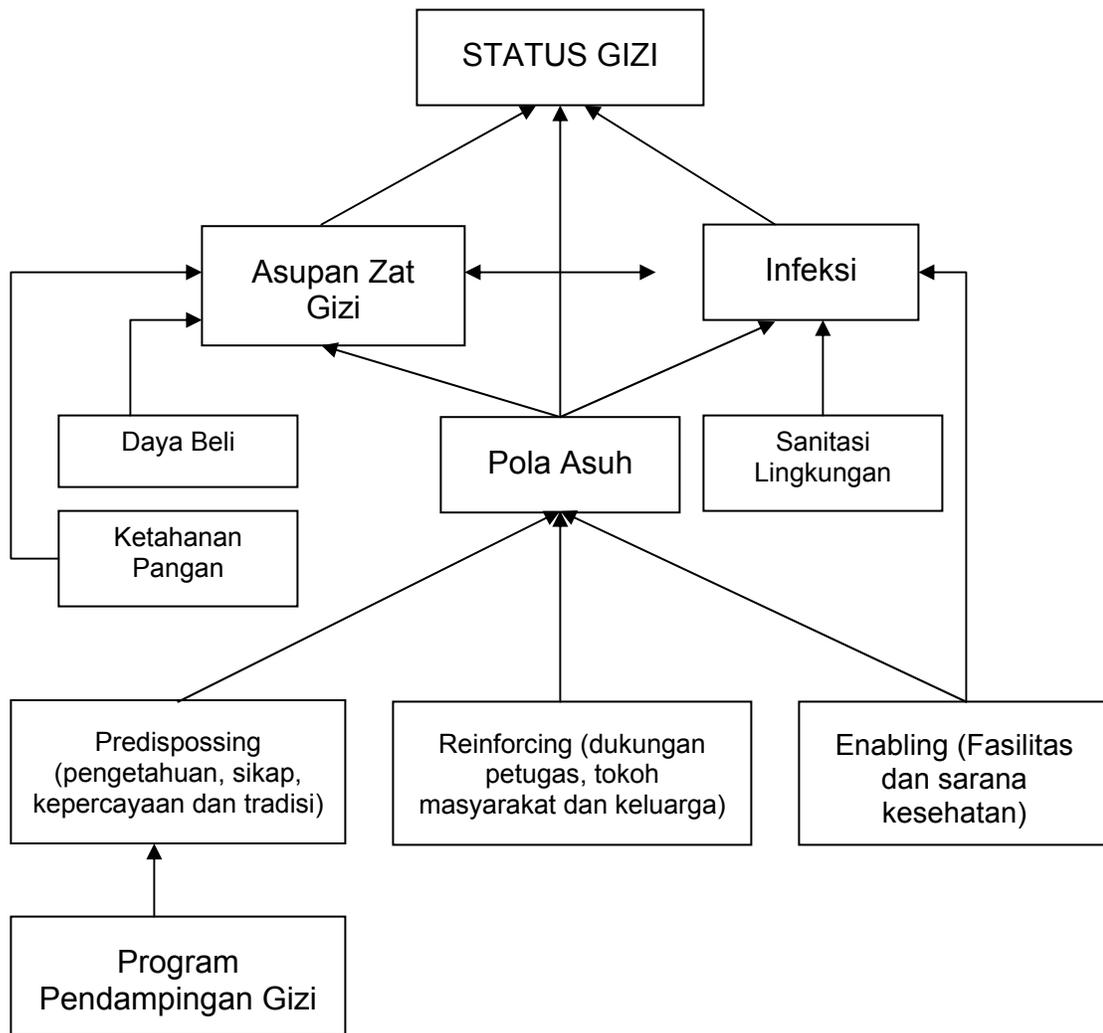
Konselor gizi memiliki tanggung jawab untuk meningkatkan kinerja Posyandu yang berada di wilayah kerja mereka. Kegiatan yang harus dilakukan antara lain :

- a. Melakukan penyegaran kader Posyandu dan pelatihan kader baru jika jumlah kader posyandu di wilayah kerja mereka kurang.
- b. Melengkapi sarana dan prasarana Posyandu
- c. Aktif dalam kegiatan penimbangan di Posyandu
- d. Bersama dengan kader Posyandu melakukan kunjungan rumah kepada keluarga yang tidak membawa balitanya ke Posyandu
- e. Melakukan Penyuluhan Gizi
- f. Membentuk Posyandu Baru di wilayah yang belum terjangkau atau tidak memiliki Posyandu.
- g. Mengajak sasaran setiap bulan datang ke Posyandu
- h. Mengusahakan agar setiap balita di wilayah tugas memiliki KMS
- i. Membantu sasaran untuk mendapatkan suplemen gizi

E. Kerangka Teori

Dari uraian kepustakaan diatas dapat disimpulkan bahwa status gizi dipengaruhi oleh asupan zat gizi dan penyakit infeksi sebagai penyebab langsung . Dan penyebab tidak langsung adalah pendidikan

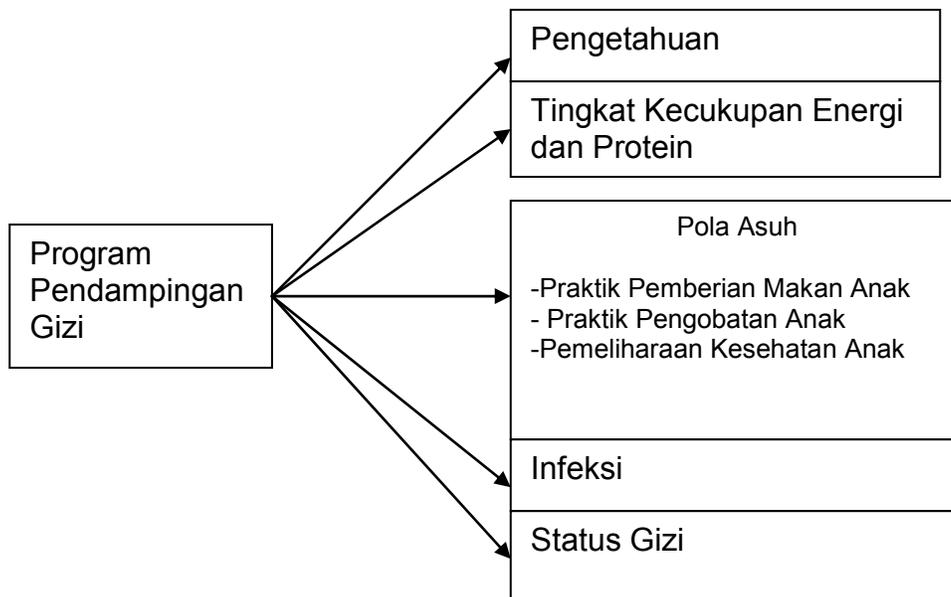
dan pengetahuan serta pola asuh dalam keluarga. Secara singkat digambarkan dalam gambar 3.



Gambar 3
Kerangka Teori Penelitian

E. Kerangka Konsep

Pendampingan gizi apabila dilaksanakan dengan baik maka akan meningkatkan pengetahuan gizi ibu, memperbaiki pola pengasuhan dan perawatan anak khususnya yang terkait dengan cara pemberian makanan anak, memelihara kebersihan anak dan memberikan pengobatan pada anak yang sakit. Apabila praktek pengasuhan anak dapat diperbaiki maka secara langsung akan meningkatkan status gizi dan menurunkan kejadian dan durasi penyakit infeksi pada anak, sehingga pada akhirnya akan meningkatkan status gizi balita. Secara konsep, alur pemikiran dalam penelitian digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4
Kerangka Konsep

Keterangan :

Variabel Bebas : Program Pendampingan Gizi

Variabel Terikat : Status Gizi, Pengetahuan Gizi Ibu, Pola Asuh, Tingkat Asupan Energi, Tingkat Asupan Protein, dan kejadian penyakit infeksi.

G. Hipotesis

1. Ada perbedaan pengetahuan gizi ibu Balita KEP antara sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi .
2. Ada perbedaan pola asuh balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi.
3. Ada perbedaan Tingkat Kecukupan Energi (TKE) balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi
4. Ada perbedaan Tingkat Kecukupan Protein (TKP) balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi
5. Ada perbedaan kejadian penyakit infeksi pada Balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi.
6. Ada perbedaan status gizi pada Balita KEP sebelum dan sesudah kegiatan program pendampingan gizi.

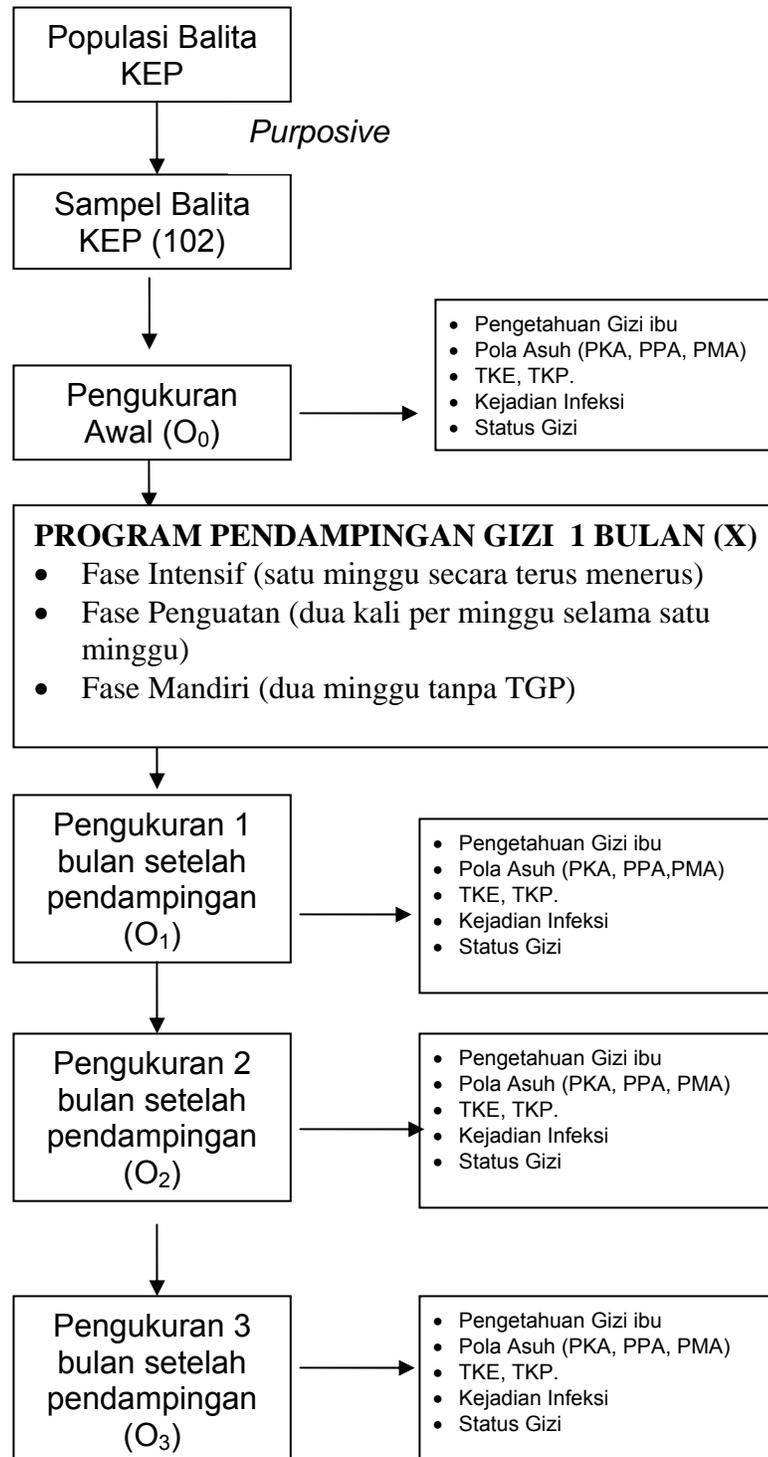
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuasi eksperimen dengan desain penelitian *non randomized pre and post test group*, untuk mengevaluasi Dampak Pendampingan Gizi terhadap Pola Asuh, Kejadian Infeksi, dan Status Gizi Balita KEP.

Pendampingan gizi dilakukan oleh TGP (tenaga gizi pendamping) selama 1 (satu) bulan diikuti sampai 3 (tiga) bulan pada setiap sasaran. Dampak program pendampingan gizi diukur dengan membandingkan pengetahuan gizi ibu; skor pola asuh ibu yang merupakan komposit dari praktik cara memberi makan anak (PMA), praktik pengobatan anak (PPA) dan kebersihan diri anak (PKA) , kejadian penyakit infeksi dan status gizi balita KEP antara keadaan awal dan akhir pendampingan, tanpa menggunakan kelompok pembanding (kontrol). *Post test* (pengukuran akhir) dilakukan selama tiga kali, yaitu akhir pendampingan, bulan pertama dan bulan kedua setelah pendampingan selesai. Rancangan penelitian dapat digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

O_0 = Pengetahuan Gizi Ibu; Pola Asuh merupakan komposit dari Praktik Kebersihan Anak (PKA), Praktik Makan Anak (PMA), dan Praktik Pengobatan Anak (PPA), kejadian penyakit infeksi, status gizi Balita KEP sebelum kegiatan program pendampingan gizi.

X = Kegiatan Program Pendampingan Gizi terdiri dari 3 fase :

Fase Intensif : Sesi ini dilakukan pendampingan intensif oleh tenaga gizi pendamping (TGP) guna membantu ibu menerapkan praktek asuhan gizi bagi balita KEP dan keluarganya. Bagaimana cara mengajarkan ibu atau pengasuh balita KEP tentang cara pengolahan makanan anak, perawatan kebersihan dan higiene anak, pengobatan sederhana bagi anak yang sakit, dengan metode konsultasi. Bagi sasaran yang gizi buruk terutama gizi tingkat berat (disertai tanda-tanda klinis marasmus dan kwashiorkor), TGP berperan sebagai perujuk atau mengantar langsung sasaran tersebut ke Puskesmas. Kegiatan pendampingan intensif berlangsung selama satu minggu berturut-turut (hari pertama sampai hari ketujuh).

Fase Penguatan : Sesi ini dilaksanakan selama satu minggu yaitu hari kedelapan sampai hari keempat belas (minggu kedua). Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi setiap hari, namun hanya dua kali seminggu. Tujuannya adalah untuk memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu atau pengasuh anak, sesuai dengan rekomendasi

dan yang dianjurkan oleh TGP. Bagi ibu atau pengasuh balita KEP yang kurang mampu mengikuti instruksi dianjurkan untuk didekati secara persuasif agar ibu atau pengasuh balita mampu melakukan praktek asuhan gizi secara sederhana.

Fase Mandiri : Setelah melakukan penguatan, ibu atau pengasuh balita diberi kesempatan dua minggu (hari ke-15 sampai ke-24) untuk mempraktek secara mandiri terhadap instruksi-instruksi yang dianjurkan. Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi kecuali pada hari ke-29 dimana tenaga pendamping akan melakukan penilaian terhadap output pendampingan. Output yang akan dinilai pada akhir sesi ini adalah perubahan pertumbuhan (kenaikan berat badan) anak dan kemampuan ibu atau pengasuh anak dalam melaksanakan asuhan gizi balita.

O₁ = Pengetahuan Gizi Ibu; Pola Asuh merupakan komposit dari Praktik Kebersihan Anak (PKA), Praktik Makan Anak (PMA), dan Praktik Pengobatan Anak (PPA), kejadian penyakit infeksi, asupan energi dan protein, status gizi Balita KEP, setelah akhir kegiatan program pendampingan gizi.

O₂= Pengetahuan Gizi Ibu; Pola Asuh merupakan komposit dari Praktik Kebersihan Anak (PKA), Praktik Makan Anak (PMA), dan Praktik Pengobatan Anak (PPA), kejadian penyakit infeksi, asupan energi dan protein, status gizi Balita KEP, satu bulan setelah kegiatan program pendampingan gizi.

O₃ = Pengetahuan Gizi Ibu; Pola Asuh merupakan komposit dari Praktik Kebersihan Anak (PKA), Praktik Makan Anak (PMA), dan Praktik Pengobatan Anak (PPA), kejadian penyakit infeksi, asupan energi dan protein, status gizi Balita KEP, dua bulan setelah kegiatan program pendampingan gizi.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah semua desa (11 desa) yang berada di kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan. Semua desa di kecamatan tersebut merupakan desa yang melaksanakan pendampingan gizi tahun 2007. Kegiatan pendampingan gizi dilakukan bersamaan pada ke 11 desa penelitian oleh masing-masing tenaga pendamping gizi dimulai pada bulan November 2007.

Pengumpulan data awal dilakukan secara bersamaan pada ke-11 desa tersebut pada tanggal 10-11 November 2007. Kegiatan pendampingan gizi dilakukan bersamaan pada ke-11 desa penelitian oleh masing-masing tenaga pendamping gizi, dimulai sehari setelah pengukuran awal yaitu tanggal 12 November sampai dengan 10 Desember 2007. Setelah selesai program pendampingan dilakukan 3 (tiga) kali pengukuran akhir, yaitu pada tanggal 10-11 Desember 2007, 10-11 Januari 2008, dan 10-11 Februari 2008.

C. Populasi dan Sampel

Populasi adalah semua keluarga yang mempunyai balita KEP dan berdomisili di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan yang menjadi sasaran pendampingan gizi pada bulan November sampai Desember 2007 sebanyak 118.

Penentuan besar sampel dihitung berdasarkan rumus (Sastroasmoro, 2002).

$$n = \frac{(Z_{\alpha}\sqrt{P_oQ_o} + Z_{\beta}\sqrt{P_aQ_a})^2}{(P_a - P_o)^2}$$

Keterangan :

Z_{α} = tingkat kepercayaan 95 % (1,96)

Z_{β} = power 90% (1,282)

P_o = proporsi efek standar (prevalensi KEP) 30% (0,3)

Q_o = $1 - 0,3 = 0,7$

P_a = proporsi efek yang diteliti (prevalensi setelah intervensi) 15% (0,15)

Q_a = $1 - 0,15 = 0,85$

Hasil perhitungan : $n = 82$

Sampel penelitian ini adalah keluarga balita KEP yang menjadi sasaran Program Pendampingan Gizi dan bersedia menjadi sampel penelitian

dengan menanda tangani persetujuan kesediaan (informed consent). Sebanyak 16 balita KEP tidak mengikuti sampai akhir penelitian karena pindah lokasi tempat tinggal, sehingga jumlah sampel yang mengikuti sampai akhir penelitian adalah 102 balita. Sebagai responden dalam penelitian ini adalah ibu balita.

D. Variabel Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep yang telah dipaparkan, maka variabel penelitian ini adalah :

Variabel Bebas : Program Pendampingan Gizi

Variabel Terikat : pengetahuan gizi ibu, pola asuh, tingkat konsumsi energi, tingkat konsumsi protein, dan kejadian penyakit infeksi status gizi

E. Definisi Operasional

1. Program pendampingan gizi adalah kegiatan pemberian dukungan dan layanan bagi keluarga untuk mengatasi masalah gizi kurang dan gizi buruk bagi anggota keluarga, dengan cara memberikan penyuluhan/konseling tentang cara pengolahan makanan, pemberian makanan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak, menyampaikan layanan/bantuan gizi yang dilakukan oleh TGP (Tenaga Gizi Pendamping). Skala data : Nominal

2. Pengetahuan gizi ibu balita KEP adalah kemampuan ibu menjawab pertanyaan tentang gizi dan kesehatan secara benar yang diukur melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Diberi skor 1 bila menjawab benar, 0 bila jawaban salah. Skala data : rasio.
3. Pola asuh adalah praktik ibu dalam mengasuh anak balita KEP yang dilihat dari **Praktik Pemberian Makan (PMA)** adalah kegiatan ibu yang berkaitan dengan waktu pemberian, porsi, frekuensi konsumsi jenis bahan makanan dan susunan hidangan. Untuk mengukur praktik digunakan kuesioner dengan sistem skoring, yaitu diberi skor 1 jika jawaban sesuai yang diharapkan. **Praktik Kebersihan Anak (PKA)** adalah kegiatan ibu yang berkaitan dengan frekuensi memandikan anak, menjaga kebersihan kuku, memakai sabun mandi, mencuci tangan, mengganti pakaian, menjaga kebersihan tempat tidur, dan melatih buang air besar/kecil (toilet training). Untuk mengukur praktik digunakan kuesioner dengan sistem skoring, yaitu diberi skor 1 jika jawaban sesuai yang diharapkan. **Praktik Pengobatan Anak (PPA)** adalah kegiatan ibu yang berkaitan dengan kebiasaan ibu mencari bentuk pengobatan jika anak sakit (diare, demam) untuk mengukur praktik digunakan kuesioner dengan sistem skoring, yaitu diberi skor 1 jika jawaban sesuai yang diharapkan. Total skor menunjukkan praktik ibu dalam pengasuhan anak. Skala data : rasio.

4. Tingkat Kecukupan Energi (TKE) Balita KEP adalah perbandingan rerata jumlah konsumsi energi dalam sehari dengan Angka Kecukupan Energi (AKE) yang diukur dengan metode recall 2x 24 jam tidak berturutan dinyatakan dalam satuan persen dan diolah dengan menggunakan *Nutrisurvey* yang merupakan piranti lunak dibuat oleh Jwergen Ernhard, dkk. Skala data: rasio.
5. Tingkat Kecukupan Protein (TKP) Balita KEP adalah perbandingan rerata jumlah konsumsi protein dalam sehari dengan Angka Kecukupan Protein (AKP) yang diukur dengan metode recall 2x 24 jam tidak berturutan dinyatakan dalam satuan persen dan diolah dengan menggunakan *Nutrisurvey* yang merupakan piranti lunak dibuat oleh Jwergen Ernhard, dkk. Skala data: rasio.
6. Kejadian Penyakit pada balita KEP adalah jumlah balita KEP yang menderita penyakit ISPA atau Diare dengan menanyakan frekwensi menderita penyakit ISPA atau Diare yang diukur setiap dua minggu sekali selama 3 bulan. Skala data: nominal. **Batasan ISPA** adalah gejala demam, batuk, beringus dan sesak napas. **Batasan Diare** : adalah berak cair ≥ 3 kali dalam sehari.
7. Durasi adalah jumlah hari balita KEP yang menderita penyakit diare dan atau ISPA. Skala Data rasio.

8. Status Gizi adalah suatu keadaan keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi yang dinilai berdasarkan ukuran antropometri yaitu rasio berat badan menurut umur (BB/U) terhadap nilai Z skor. Data diolah dengan menggunakan Child Growth Standard WHO 2005. Skala data : rasio.

F. Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan meliputi.

1. Kuesioner terstruktur berisi pertanyaan terbuka dan tertutup yang disusun menurut variabel yang diteliti. Kuesioner sebelum dipergunakan dilakukan uji coba kuesioner di lapangan pada responden dengan karakteristik yang hampir sama dengan lokasi penelitian. Untuk mengetahui apakah bahasanya cukup dimengerti oleh enumerator.
2. Ukuran Rumah Tangga (URT) setempat.
3. Formulir kuesioner hari sakit yang terdiri dari formulir durasi dan status kesehatan anak tiap 2 minggu terakhir.
4. Formulir recall 24 jam untuk mengetahui asupan balita diukur dengan metode recall 2x 24 jam tidak berturutan selama tiga bulan.
5. Timbangan berat badan *Salter*.
6. formulir informed consent.

G. Prosedur Pengambilan Data

1. Persiapan

- a. Mengurus surat izin penelitian di Kantor Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan, yang dilanjutkan di Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar untuk selanjutnya diteruskan di Kantor Kecamatan Mangarabombang dan Puskesmas Mangarabombang.
- b. Melakukan koordinasi dengan pengumpul data (petugas lapangan) untuk menyamakan persepsi tentang cara pengukuran variabel penelitian. Pengumpul data (enumerator) adalah lulusan D III Gizi, Poltekes Makassar yang direkrut dan yang dilatih untuk penelitian ini.
- c. Penyamaan persepsi antara peneliti dan enumerator meliputi penyampaian maksud dan tujuan penelitian kepada responden, teknik wawancara, pemahaman kuesioner, penjelasan jenis data yang diperlukan, cara memperolehnya dan cara pengisian data secara lengkap dan tepat. Selain itu, pemahaman adat istiadat dan bahasa pengantar sehari-hari pada masyarakat yang diteliti.

2. Pelaksanaan Pengumpulan data

- a. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur untuk mengetahui Karakteristik

Keluarga, pengetahuan gizi ibu, pola asuh, dan kejadian penyakit infeksi. Dilakukan pengukuran awal (O_0) sebelum kegiatan pendampingan gizi, kemudian pengukuran dilanjutkan setelah kegiatan pendampingan gizi (O_1), kemudian pengukuran dilanjutkan satu bulan setelah kegiatan pendampingan gizi (O_2) dan pengukuran akhir dilakukan dua bulan setelah kegiatan pendampingan gizi (O_3).

- b. Demikian pula dengan data berat badan (BB) Dilakukan pengukuran awal (O_0) sebelum kegiatan pendampingan gizi, kemudian pengukuran dilanjutkan setelah kegiatan pendampingan gizi (O_1), selanjutnya pengukuran satu bulan setelah kegiatan pendampingan gizi (O_2) dan pengukuran akhir dilakukan dua bulan setelah kegiatan pendampingan gizi (O_3). Untuk menentukan status gizi dengan menggunakan metode antropometri dengan indeks berat badan menurut umur (BB/U). Berat badan ditimbang menggunakan salter dengan ketelitian 0,1 kg dengan prosedur sebagai berikut; salter digantung ditempat yang aman/kuat, sarung timbang dipasang kemudian diseimbangkan salter sehingga jarumnya menunjukkan angka 0; subyek dengan pakaian minim dinaikkan dalam sarung timbang secara perlahan-lahan, dibaca hasilnya sesuai angka yang ditunjukkan pada jarum salter, dicatat dan subyek diturunkan.

- c. Menghitung umur dan menentukan Z skor BB/U.
- d. Data tingkat konsumsi dikumpulkan dengan metode recall 24 jam sebanyak 2 kali dalam sebulan, selama 3 bulan.

H. Pengolahan dan Analisis data

1. Pengolahan data

Data yang telah terkumpul diteliti kelengkapannya, jika ada data yang kurang lengkap dapat segera dilengkapi. Kemudian mengklasifikasikan jawaban dengan cara memberikan simbol-simbol atau kode angka dengan fasilitas komputer. Data yang tersedia adalah data kategori, maka agar dapat dianalisis, data harus diberi nilai (skor) dari masing-masing kategori dengan menggunakan fasilitas *recode* pada program *SPSS for windows*. Ada beberapa variabel penelitian merupakan variabel data komposit, sehingga perlu dilakukan penjumlahan skor, dengan menggunakan komputer pada program SPSS.

Pengolahan data menggunakan program *SPSS for windows*, *Nutrisurvey* dan program *Child Growth Standard WHO Antro 2005*. *Nutri Survey* merupakan piranti lunak yang dibuat oleh Jwergen Ernhard, dkk digunakan untuk mengolah data hasil recall sehingga dapat diketahui asupan berbagai zat gizi setiap sampel. *Child Growth Standard WHO*

Antro 2005 digunakan untuk mengolah data hasil pengukuran antropometri sehingga dapat ketahui status gizi setiap anak.

2. Analisis data

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis nilai rerata, standar deviasi, minimum, maximum dan distribusi frekwensi. Proporsi (%) digunakan untuk menganalisis data yang berskala nominal dan ordinal yaitu jenis kelamin anak, tingkat pendidikan orang tua. Mean (nilai rerata) digunakan untuk menganalisis data yang berskala rasio dan interval seperti umur orang tua, nilai Z-skor status gizi anak dan asupan zat gizi anak. Sebelum dianalisis bivariat, data dengan skala rasio dan interval diuji kenormalan distribusinya dengan menggunakan uji *kolmogorov Smirnov*. Hasil uji *kolmogorov Smirnov* menunjukkan data Tingkat Kecukupan Energi (TKE) dan Tingkat Kecukupan Protein (TKP) berdistribusi normal ($p > 0,05$) sehingga untuk melihat perbedaan sebelum dan setelah pendampingan diuji menggunakan *paired t-test* sedangkan data pengetahuan, pola asuh, durasi penyakit dan skor-Z BB/U berdistribusi tidak normal ($p < 0,05$) sehingga diuji menggunakan *wilcoxon signed rank test*. Selanjutnya data ISPA, Diare, dan kategori status gizi diuji dengan menggunakan *Chi Square Test*. Kesimpulan atas hasil uji hipotesis ditetapkan dengan cara membandingkan nilai p (*probability*) dengan nilai α pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Hipotesisi Nul

(Ho) ditolak atau Hipotesisi alternatif (Ha) diterima jika nilai p lebih kecil dari nilai α ($p < 0,05$).

I. Etika Penelitian

Penelitian dilakukan setelah mendapat *community agreement* dari tokoh masyarakat dalam hal ini kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar serta kesediaan untuk menjadi sampel penelitian dari ibu balita (*informed consent*).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Program Pendampingan Gizi

Program Pendampingan Gizi merupakan salah satu program unggulan dalam Program Perbaikan Gizi di Sulawesi selatan. Program ini bertujuan untuk mempercepat penurunan angka gizi kurang dan gizi buruk di daerah ini. Sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008) dan mengacu pada Rencana Aksi Nasional program pencegahan dan penanggulangan gizi buruk tahun 2005-2009 (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005) maka sasaran dampak program gizi di Sulawesi Selatan adalah menurunkan prevalensi gizi kurang menjadi setinggi-tinggi 20% dan prevalensi gizi buruk menurun menjadi setinggi-tingginya 5% pada tahun 2009.

Laporan pelaksanaan program pendampingan gizi di Kabupaten Takalar tahun 2007 (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008) menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang turun menjadi 15,6% dan gizi buruk menjadi 4,7%. Pada tahun 2006 prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di Kecamatan Mangara Bombang Kabupaten Takalar adalah gizi kurang 21,7% dan gizi buruk 7,6%. Artinya, setelah pelaksanaan program

pendampingan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di wilayah tersebut berkurang sebanyak 6,1% dan gizi buruk menurun sebanyak 2,9%.

Tingginya angka penurunan prevalensi kekurangan gizi tersebut disebabkan oleh beberapa hal yaitu (1) screening, surveilans dan sistem monitoring gizi selama program pendampingan gizi berjalan dengan baik, sehingga setiap ada kasus gizi kurang dan gizi buruk dapat diketahui dengan cepat dan tepat; (2) setiap ada kasus gizi kurang dan gizi buruk langsung ditindaklanjuti dengan upaya pemberian paket gizi berupa pemberian makanan tambahan dan dirujuk ke puskesmas bagi balita gizi buruk tingkat berat (marasmus dan kwashiorkor); (3) program pendampingan dilaksanakan secara terpadu dengan program-program intervensi gizi lainnya seperti; pemberian PMT dan paket MP-ASI, pemberian suplemen vitalita (multivitamin untuk meningkatkan selera makan anak), pemberian kapsul vitamin A, promosi keluarga sadar gizi, pelayanan gizi dan kesehatan, maupun program kesehatan lain seperti imunisasi, penyediaan air bersih, pelayanan KB, penanggulangan diare, dan pelayanan kesehatan dasar lainnya.

Pendampingan Gizi dilaksanakan dengan pendekatan asuhan gizi individu dan kelompok. Pendekatan individu dilakukan terhadap sasaran yang tergolong gizi buruk atau sasaran yang tinggal berjauhan. Bagi sasaran yang tinggal berdekatan dan sasaran yang menderita gizi kurang, pendampingan dilakukan menggunakan model asuhan gizi kelompok.

Pendampingan dilakukan oleh tenaga gizi pendamping (TGP) selama satu (1) minggu (fase intensif). Pada fase ini dimulai pada hari pertama sampai hari ke tujuh, TGP mengajarkan kepada ibu atau pengasuh balita KEP tentang cara pengolahan makanan anak, perawatan kebersihan dan higiene anak, pengobatan sederhana bagi anak yang sakit, dengan metode konsultasi. Bagi sasaran yang gizi buruk terutama gizi tingkat berat (disertai tanda-tanda klinis marasmus dan kwashiorkor), TGP berperan sebagai perujuk atau mengantar langsung sasaran tersebut ke Puskesmas.

Fase penguatan dilaksanakan selama satu minggu dimulai pada hari kedelapan sampai hari keempat belas (minggu kedua). Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi setiap hari, namun hanya dua kali seminggu. Tujuannya adalah untuk memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu atau pengasuh anak, sesuai dengan rekomendasi dan yang dianjurkan oleh tenaga pendamping. Dan pada hari ke 15 sampai ke 24 adalah fase mandiri di mana ibu atau pengasuh balita diberi kesempatan untuk mempratekkan secara mandiri apa yang sudah diajarkan dan sasaran tidak lagi dikunjungi. Pada hari ke-29 TGP akan melakukan penilaian terhadap output pendampingan. Output yang akan dinilai pada akhir sesi ini adalah perubahan pertumbuhan (kenaikkan berat badan anak) dan kemampuan ibu atau pengasuh anak dalam melaksanakan asuhan gizi balita.

B. Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Kecamatan Mangarabombang merupakan salah-satu dari sepuluh (10) kecamatan yang ada di Kabupaten Takalar, memiliki luas wilayah sekitar 104 km² yang terbagi menjadi 12 desa. Secara geografis, kecamatan Mangarabombang memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut; 1) sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Polongbangkeng Selatan, 2) sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Bangkala Barat Kabupaten Jeneponto, 3) sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Mappakasunggu, dan 4) sebelah selatan berbatasan dengan Selat Makassar.

Kecamatan Mangarabombang merupakan salah satu kecamatan Gerbang Taskin (Gerakan Pembangunan dan Pengentasan Kemiskinan) di Sulawesi Selatan, memiliki jumlah penduduk sebanyak 32,872 jiwa, terdiri atas penduduk perempuan sebanyak 56,54% dan laki-laki 43,46%. Jumlah rumah tangga sebanyak 7.303. Sebagian besar penduduk Mangarabombang berasal dari suku Makassar, dan 95% diantaranya menganut agama Islam.

Di wilayah kecamatan ini terdapat dua Puskesmas, yaitu Puskesmas Mangarabombang sebagai puskesmas induk, Puskesmas Pattoppakang dan puskesmas pembantu (pustu) sebanyak 7 unit. Jumlah posyandu yang ada sebanyak 56 buah.

C. Karakteristik keluarga sampel

Jumlah keluarga yang terlibat secara penuh (empat kali pengukuran) dalam penelitian sebanyak 102 keluarga yang memiliki balita KEP (gizi kurang dan gizi buruk). Setiap keluarga dipilih salah seorang anggota keluarga yaitu ibu atau pengasuh balita sebagai responden. Gambaran keadaan keluarga responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini di sajikan pada tabel 3.

Tabel 3
Jumlah anggota keluarga

Karakteristik	n=102 anak	Persentase (%)
Jumlah anggota keluarga		
≤ 4 orang	37	36,3
> 4 orang	65	63,7
Jumlah anak balita		
≤ 2	91	89,2
> 2	11	10,8

Data Tabel 3 menunjukkan jumlah keluarga yang mempunyai anggota keluarga > 4 orang sebanyak 63,7%. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah anggota keluarga sampel termasuk keluarga besar, di mana jumlah anggota keluarga inti (ayah, ibu dan 2 orang anak) melebihi dari empat orang.

Meskipun sebagian besar keluarga memiliki anggota keluarga yang tergolong besar, namun jumlah anak balita pada setiap keluarga umumnya hanya ≤ 2 anak balita sebanyak 89,2%.

Data tabel 4 menunjukkan Keluarga sampel yang terlibat dalam penelitian ini sebagian besar berumur tergolong produktif (umur 21-40 tahun), untuk ayah sebanyak 92,1 % dan ibu sebanyak 96,1 %. Secara umum terlihat bahwa umur ibu lebih muda dari umur ayah.

Tabel 4
Umur, Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan Orang Tua

Karakteristik	Ayah		Ibu	
	N=102	%	n=102	%
Umur				
< 20 tahun	1	1,0	4	3,9
21– 40 tahun	94	92,1	98	96,1
> 40 tahun	7	6,9	0	0
Tingkat pendidikan				
Tidak pernah sekolah	7	6,9	6	5,9
Tidak tamat SD	26	25,5	26	25,5
SD	31	30,4	42	41,2
SMP	15	14,7	18	17,6
SMU	21	20,6	9	8,8
PT	2	2,0	1	1,0
Pekerjaan				
Tidak bekerja	1	1,0	0	0
Petani	34	33,3	1	1,0
Buruh	26	25,5	1	1,0
Sopir	4	3,9	0	0
Pedagang/wiraswasta	34	33,3	3	2,9
Karyawan/(i)	3	2,9	0	0
Urusan rumah tangga(URT)	-	-	97	95,1

Tingkat pendidikan orang tua sampel penelitian ini paling banyak adalah tamat SD, baik untuk ayah (30,4%) maupun ibu (41,2%). Hal ini menunjukkan masih rendahnya tingkat pendidikan orang tua.

Sebagian besar ayah sampel penelitian ini bekerja sebagai petani/nelayan (33,3%), pedagang/wiraswasta (33,3%) dan buruh (25,5%). Ibu balita umumnya sebagai ibu rumah tangga (URT) sebanyak 95,1%.

D. Karakteristik Sampel Penelitian

Karakteristik anak yang diukur meliputi jenis kelamin, dan urutan kelahiran dalam keluarga (anak ke). Tabel 5 menunjukkan bahwa proporsi balita penderita Kurang Energi Protein (KEP) yang menjadi sampel penelitian ini lebih banyak yang berjenis kelamin perempuan. Kebanyakan diantara mereka merupakan anak pertama.

Tabel 5.
Karakteristik Anak Balita

Karakteristik	n=102 anak	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	35	34,3
Perempuan	67	65,7
Anak ke		
satu	36	35,3
dua	28	27,5
tiga	16	15,7
empat	16	15,7
lima	3	2,9
enam	3	2,9

Rerata umur sampel adalah 28 bulan \pm 13,39 bulan, sampel paling kecil berumur 6 bulan dan yang paling besar berumur 56 bulan. Jumlah anak yang mempunyai catatan berat badan lahir 64%. Hal ini disebabkan karena

proses persalinan dilakukan bukan pada tenaga kesehatan atau unit pelayanan kesehatan, sehingga informasi berat badan lahir anak tidak terdokumentasi dan tidak diketahui dengan jelas. Rerata berat badan anak sebelum pendampingan adalah $8,9 \text{ kg} \pm 1,85$

Tabel 6
Pola Pemberian ASI dan MP-ASI

Karakteristik	n=102	%
Masih mendapat ASI		
Ya	39	38,2
Tidak	63	61,8
Mendapat makanan <i>prelactal</i>		
Ya	54	52,9
Tidak	48	47,1
Jenis makanan <i>prelactal</i>		
air putih	11	20,4
air eh/air gula	10	18,5
air tajin	13	24,1
madu	2	3,7
pisang	1	1,9
SKM/susu formula	17	31,5
Umur mulai diberi MPASI		
≤ 3 bulan	2	2,0
4-5 bulan	4	3,9
6 bulan	2	2,0
≥ 7 bulan	55	53,9

Tabel 6 menunjukkan waktu pemberian ASI (Air Susu Ibu) sudah cukup baik. Balita yang masih mendapat ASI sebanyak 38,2%, setara dengan jumlah kelompok sampel yang masih harus mendapat ASI yaitu umur Dibawah dua tahun.

Sebagian besar sampel pernah mendapatkan makanan prelaktal sebelum diberikan ASI pertama (Kolostrum). Seperti pemberian air madu menurut adat istiadat setempat mengandung unsur kekuatan sehingga bayi tidak mudah terkena penyakit. Pemberian air tajin dimaksudkan agar bayi sejak dini diperkenalkan dengan nasi sebagai makanan pokok. Artinya, sebagian besar diantara balita sampel penelitian ini tidak mendapatkan ASI eksklusif, karena telah diberikan makanan/minuman sebelum diberikan kolostrum.

E. Pengetahuan gizi ibu

Rerata skor pengetahuan gizi ibu sebelum intervensi pendampingan gizi (O_0) masih sangat rendah 47,8 poin. Salah satu penyebabnya adalah sebagian besar ibu responden hanya tamat SD. Setelah dilakukan pendampingan gizi selama satu bulan (O_1), skor pengetahuan gizi meningkat rata-rata 29,94 poin, yaitu meningkat 62,68% dari rerata skor pengetahuan ibu sebelum dilakukan pendampingan gizi

Tabel 7
Rerata Skor Pengetahuan Gizi Ibu

Waktu Pengukuran	$\bar{x} \pm SD$
Sebelum pendampingan (O_0)	47,76 ± 16,07
(O_1) 1 bulan setelah pendampingan	77,71 ± 16,44
(O_2) 2 bulan setelah pendampingan	74,91 ± 14,22
(O_3) 3 bulan setelah pendampingan	76,31 ± 13,08

Program pendampingan gizi hanya dilaksanakan selama satu bulan bagi setiap sasaran. Rerata skor pengetahuan gizi ibu pada keadaan Bulan ke-2 (O₂) mencapai 74,91 poin, meningkat sebanyak 27,15 poin dibandingkan keadaan sebelum pendampingan (O₀). Pada Bulan ke-3 (O₃), rerata skor pengetahuan gizi ibu mencapai 76,31, yaitu meningkat sebesar 28,55 poin dibandingkan keadaan sebelum pendampingan.

Data tabel 8 menunjukkan bahwa peningkatan skor pengetahuan gizi ibu pada bulan ke-1, Bulan ke-2 dan bulan ke-3 pasca pendampingan cukup tinggi. Untuk mengetahui tingkat kemaknaan perubahan pengetahuan gizi ibu antara sebelum dan sesudah pendampingan gizi dapat di lihat pada Tabel 8.

Tabel 8
Rerata Peningkatan Pengetahuan Gizi

Waktu pengukuran	$\bar{x} \pm SD$	Peningkatan	P
Sebelum pendampingan (O ₀) (O ₁) 1 bulan setelah pendampingan	47,76 ± 16,07 77,71 ± 16,44	29,94 ± 17,34	0,000
Sebelum pendampingan (O ₀) (O ₂) 2 bulan setelah pendampingan	47,76 ± 16,07 74,91 ± 14,22	27,15 ± 16,90	0,000
Sebelum pendampingan (O ₀) (O ₃) 3 bulan setelah pendampingan	47,76 ± 16,07 76,31 ± 13,08	28,55 ± 20,19	0,000

Wilcoxon Signed Ranks Test

Hasil uji Wilcoxon Signed Ranks Test menunjukkan ada perubahan skor pengetahuan gizi ibu antara keadaan awal sebelum pendampingan dengan keadaan bulan ke-3 ($p=0,001$) setelah pendampingan gizi.

Program pendampingan gizi dilaksanakan dengan metode penyuluhan dan konsultasi gizi dan kesehatan melalui pendekatan individu maupun kelompok. Penyuluhan dan konsultasi gizi dilakukan secara rutin dan berkesinambungan selama 10 kali kunjungan pada setiap sasaran baik perorangan maupun kelompok. Menurut Huda (2000) penyuluhan akan mengubah kesadaran dan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) manusia ke arah yang lebih baik dan dapat mencapai kehidupan yang lebih sejahtera.

Hasil penelitian Aswita 2008 membuktikan bahwa penyuluhan gizi yang dilaksanakan melalui program pendampingan gizi merupakan salah satu upaya pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga menghasilkan perubahan perilaku yang baik. Intervensi penyuluhan yang dilakukan oleh TGP berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan ibu pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol mengalami stabilisasi. Dengan adanya penyuluhan ibu balita KEP mengerti dan memahami serta mau dan mampu melaksanakan apa yang dinasehatkan sehingga mampu mengasuh dan merawat balita gizi kurang menjadi lebih baik.

Temuan dalam penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Salimar (2008) tentang peranan penyuluhan dengan menggunakan alat bantu leaflet terhadap perubahan pengetahuan dan sikap ibu balita gizi kurang, dimana setelah mengikuti paket penyuluhan selama 3 bulan

menunjukkan ada peningkatan pengetahuan ibu yang bermakna pada kelompok Perlakuan sebelum dengan sesudah dilakukan penyuluhan selama 3 bulan ($p < 0,05$). Ada tiga faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong seperti sikap petugas kesehatan (Green LW, 1991) Teori Ebbinghaus dan Boreas dalam Prasetyaningsih (2005) yang mengatakan bahwa kekuatan mengingat manusia itu makin lama makin berkurang yang pada akhirnya manusia akan mengalami kelupaan. Intensitas kunjungan rumah dan penyuluhan oleh tenaga pendamping setelah pendampingan berkurang, sehingga respon ibu terhadap materi-materi yang pernah diberikan pada saat pendampingan juga berangsur menurun. Fenomena ini menunjukkan bahwa proses penyuluhan/konsultasi gizi dan kesehatan pasca pendampingan gizi khususnya kepada keluarga sasaran pendampingan, harus tetap dilaksanakan secara kontinyu oleh petugas gizi puskesmas atau kader posyandu setempat.

F. Pola Pengasuhan Balita

Skor pola asuh dalam penelitian ini merupakan komposit dari skor praktik Pemberian Makan Anak (PMA), praktik Pengobatan Penyakit Anak (PPA) dan Praktik Kebersihan Anak (PKA).

PMA meliputi frekuensi pemberian makan ≥ 3 kali sehari, pola hidangan makanan, mendampingi anak waktu makan, selalu memberikan lauk setiap

anak makan, selalu memberikan sayur setiap anak makan, membujuk anak agar mau makan, tidak memberi jajanan seperti kerupuk, permen, minuman berwarna. Dari pertanyaan tersebut skor yang mengalami peningkatan hanya sedikit baik sebelum maupun sesudah pendampingan adalah pada pertanyaan tidak memberikan jajanan dan selalu memberikan sayur setiap kali makan. Artinya pentingnya penyuluhan melalui posyandu secara berkala tentang makanan sehat dan aman dikonsumsi.

PPA meliputi memberikan LGG (larutan gula garam) pada saat anak diare, memberikan oralit pada saat anak diare, memberikan banyak minum saat anak diare, mengompres pada saat anak demam, memberikan obat penurun panas saat anak demam, membawa anak petugas kesehatan/PKM saat diare atau demam semakin berat. Skor Setiap pertanyaan pada PPA mengalami peningkatan sebelum dan sesudah pendampingan. Hal ini berarti praktik pengobatan yang diajarkan oleh TGP dapat mengerti dan dipraktikkan.

PKA meliputi anak dimandikan minimal 2 kali sehari, selalu menggunakan sabun pada saat mandi, menggunakan sampoh minimal 1 kali seminggu, mengganti pakaian anak minimal 1 kali sehari, selalu cuci tangan sebelum makanan, memotong kuku minimal sekali seminggu, menjemur bantal dan kasur sekali seminggu, menggunakan sabun setiap kali selesai BAB. Rerata skor PKA menunjukkan peningkatan baik sebelum dan maupun setelah kegiatan pendampingan gizi. Pertanyaan menjemur kasur dan bantal

minimal 1 kali seminggu tidak menunjukkan adanya peningkatan. Pentingnya penyuluhan tentang sanitasi dan higiene diposyandu secara kontinyu.

Tabel 9
Rerata Skor PMA, PPA dan PKA

Waktu pengukuran	PMA	PPA	PKA	Pola Asuh
Sebelum pendampingan(O ₀)	21,10 ± 7,08	21,74 ± 5,10	26,26 ± 7,52	69,42 ± 13,45
Bulan ke-1(O ₁)	27,00 ± 7,18	23,64 ± 3,49	31,32 ± 3,84	82,19 ± 9,65
Bulan ke-2(O ₂)	24,41 ± 8,09	24,41 ± 3,36	29,18 ± 5,21	78,26 ± 12,59
Bulan ke-3(O ₃)	26,31 ± 7,57	25,38 ± 2,86	29,30 ± 5,53	81,05 ± 11,70

Data Tabel 9 menunjukkan bahwa setiap unsur pola asuh mengalami peningkatan pada pengukuran bulan ke-1, bulan ke-2 dan bulan ke-3 dibandingkan pada pengukuran sebelum pendampingan. Perubahan yang lebih besar terlihat pada praktik PMA dan PKA. Skor PPA mengalami peningkatan yang bersifat linear dan konsisten pada setiap pengukuran.

Rerata skor pola asuh balita merupakan komposit dari PMA, PKA, dan PPA dimana ketiga unsur ini menyumbang nilai yang sama pada skor pola asuh. Rerata skor pola asuh sebelum dilakukan pendampingan gizi hanya mencapai 69,42 poin dan terjadi peningkatan skor pola asuh pada pengukuran O₃ atau 3 bulan setelah pendampingan gizi sebesar 11,63 poin, yaitu mengalami perubahan sebanyak 16,75% dibandingkan keadaan sebelum dilakukan pendampingan gizi.

Tabel 10
Peningkatan Pola Asuh

Waktu pengukuran	Mean \pm SD	Peningkatan	p
Sebelum pendampingan (O_0)	69,42 \pm 13,45		
(O_1) 1 bulan setelah pendampingan	82,19 \pm 9,65	12,76 \pm 16,54	0,000
Sebelum pendampingan(O_0)	69,42 \pm 13,45		
(O_2) 2 bulan setelah pendampingan	78,26 \pm 12,59	8,84 \pm 13,47	0,000
Sebelum pendampingan(O_0)	69,42 \pm 13,45		
(O_3) 3 bulan setelah pendampingan	81,05 \pm 11,70	11,63 \pm 14,77	0,000

Wilcoxon Signed Ranks Test

Hasil uji Wilcoxon Signed Ranks Test menunjukkan ada peningkatan yang bermakna skor pola asuh antara keadaan sebelum kegiatan pendampingan gizi dengan keadaan 3 bulan setelah kegiatan pendampingan gizi ($p=0,001$).

Perbaikan praktik pengasuhan anak terutama pada akhir pendampingan gizi berkaitan erat dengan peningkatan pengetahuan ibu yang memegang peranan yang dominan dalam pengasuhan anak. Artinya, pesan-pesan gizi dan kesehatan yang berkaitan dengan pengasuhan anak dapat dilaksanakan oleh ibu sebagai pengasuh anak. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Mulyati (2004) bahwa pendidikan gizi pada ibu dapat mengubah pengetahuan gizi dan sikap ibu, yang akhirnya dapat merubah perilaku makan ke arah yang lebih baik dan dapat meningkatkan status gizi.

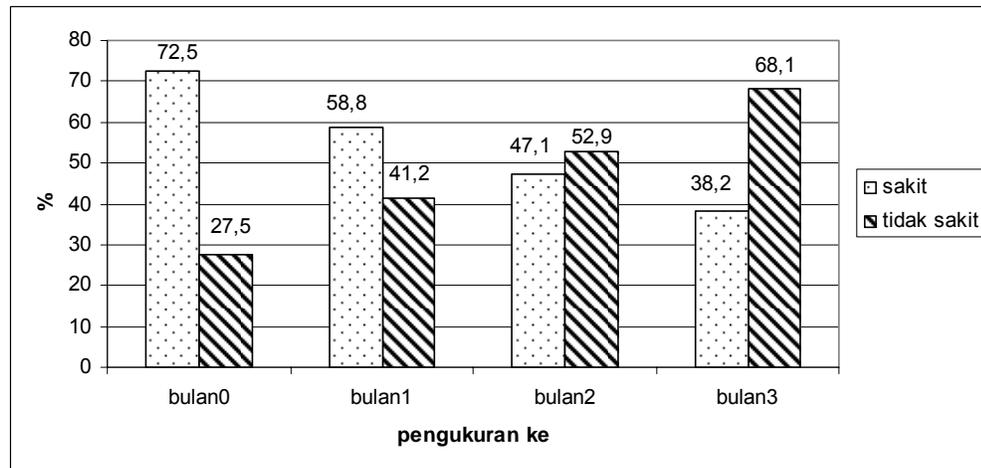
Pengasuhan anak pada penelitian ini adalah aktivitas terhadap anak, terkait praktik pemberian makan pada anak (PMA), praktik kebersihan anak (PKA) dan praktik pengobatan anak (PPA). Menurut Bahar (2002),

Pengasuhan anak membutuhkan pengetahuan untuk melaksanakannya. Dalam transfer pengetahuan pengasuhan anak, ada subjek yang diberi tanggungjawab menerima dan menjalankannya, serta substansi pengetahuan yang dipolakan. Tanggung jawab pengasuhan anak bagi keluarga suku Makassar lebih dominan diperankan oleh ibu. Artinya, jika pengetahuan gizi dan kesehatan ibu dapat ditingkatkan maka dapat memperbaiki dan meningkatkan praktik pengasuhan anak kearah yang lebih baik, baik dalam hal praktik pemberian makanan anak, praktik perawatan atau pengobatan anak, maupun praktik kebersihan anak.

G. Keadaan Penyakit Infeksi

Jumlah balita KEP yang sakit sebelum program pendampingan gizi menunjukkan angka yang tinggi (72,5%). Setelah dilakukan program pendampingan gizi selama satu bulan, jumlah balita KEP yang menderita sakit menunjukkan penurunan dan pada pengukuran 3 bulan setelah pendampingan gizi jumlah balita KEP yang sakit (38,2%). Sebaliknya terjadi peningkatan persentase balita KEP yang tidak sakit menjadi (68,1%) pada keadaan 3 bulan setelah pendampingan. Gambar 5

Data tabel 11 menunjukkan Hasil uji Chi Square ada perbedaan perubahan angka kesakitan pada balita sebelum kegiatan pendampingan gizi dan pada keadaan 3 bulan setelah pendampingan gizi ($P=0,001$).



Gambar 5
angka kejadian penyakit pada balita KEP

Tabel 11
Perubahan Angka Kejadian Penyakit ISPA dan Diare pada Balita KEP
Antara Sebelum dan Sesudah Pendampingan Gizi

Waktu pengukuran	Keadaan penyakit		\bar{x}	p
	Sakit	Tidak sakit		
Sebelum pendampingan (O_0)	74(72,5%)	28 (27,5%)		
(O_1) 1 bulan setelah pendampingan	60(58,8%)	42 (41,2%)	34,192	0,000
Sebelum pendampingan(O_0)	74 (72,5%)	28 (27,5%)		
(O_2) 2 bulan setelah pendampingan	48 (47,1%)	54 (52,9%)	22,523	0,000
Sebelum pendampingan(O_0)	74 (72,5%)	28 (27,5%)		
(O_3) 3 bulan setelah pendampingan	39 (38,2%)	63 (61,8%)	14,034	0,000

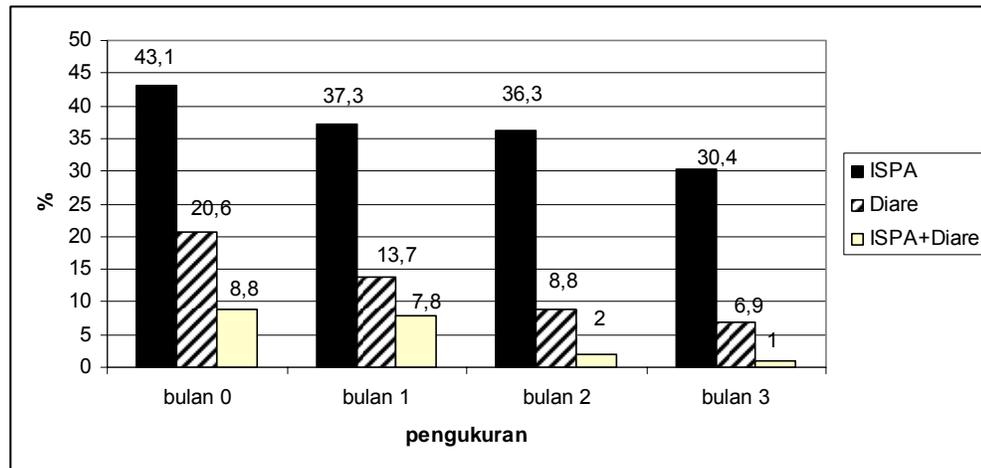
Chi Square Test

Gambar 6 menunjukkan bahwa angka kejadian penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas) lebih tinggi dari pada diare, pada setiap pengukuran. Hal ini sesuai dengan Data tabel 12 menunjukkan kasus ISPA lebih tinggi dibanding kasus diare pada bulan November 2007 sampai dengan bulan Maret 2008 di wilayah puskesmas Mangarabombang (laporan bulanan PKM Mangarabombang, 2008). Data Profil Kesehatan Provinsi Sulsel tahun 2006, menunjukkan hal yang sama dimana ISPA menempati urutan kedua (2) dari 10 penyakit anak terbanyak di Sulsel (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2007).

Tabel 12
Jumlah Kunjungan Kasus ISPA dan Diare pada Balita di PKM
Mangarabombang

Bulan	ISPA (anak)	Diare (anak)
November 2007	282	68
Desember 2007	264	78
Januari 2008	308	91
Februari 2008	250	74
Maret 2008	310	76

Sumber : PKM Mangarabombang, 2008



Gambar 6
Jenis penyakit balita KEP

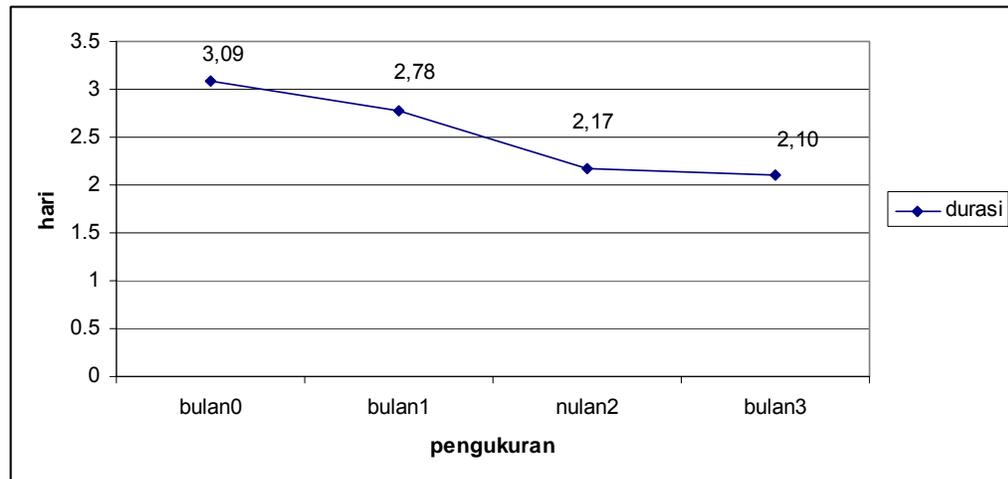
Sebelum pendampingan gizi kejadian ISPA mencapai 43,1% sedangkan angka kejadian diare hanya mencapai 20,6%. Setelah dilakukan pendampingan gizi, penurunan angka penyakit diare lebih nyata dibandingkan dengan ISPA. Data menunjukkan 3 bulan setelah pendampingan gizi kejadian ISPA menjadi 30,4% dan diare menjadi 6,9%. Sebaliknya balita KEP yang tidak sakit semakin meningkat.

Hal ini berkaitan dengan meningkatnya praktik pengasuhan anak, khususnya praktik pemeliharaan kesehatan/kebersihan anak sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit terutama penyakit infeksi seperti diare dan ISPA pada balita. Adanya perbaikan dalam praktik pemberian makan anak juga ikut memberi kontribusi dalam penurunan angka kejadian penyakit pada balita pasca pendampingan. Praktik pemberian makan secara langsung akan

mempengaruhi kuantitas dan kualitas makanan, pada gilirannya akan meningkatkan asupan energi, protein dan zat gizi lain pada balita, sehingga penyediaan zat-zat gizi untuk pembentukan zat kekebalan pada anak. Menurut Thaha (1995), defisiensi energi dan protein secara progresif menyebabkan kerusakan mukosa, menurunnya resisten terhadap kolonisasi dan invasi kuman patogen. Menurunnya imunitas dan kerusakan mukosa memegang peranan utama dalam mekanisme pertahanan tubuh, sehingga pada akhirnya akan mempengaruhi insiden penyakit.

Meskipun program pendampingan gizi hanya dilaksanakan satu bulan, namun dampaknya terhadap perbaikan keadaan kesehatan balita tetap berlangsung sampai satu bulan maupun dua bulan pasca pendampingan. Penurunan angka kejadian penyakit disebabkan karena keberhasilan dari program pendampingan gizi maupun adanya program intervensi lainnya seperti pemberian suplemen vitamin dan pemberian Kapsul Vitamin A serta pelayanan kesehatan yang semakin membaik.

Program pendampingan tidak hanya menurunkan angka kejadian penyakit namun dapat juga mengurangi durasi penyakit. Durasi penyakit pada balita mengalami penurunan antara sebelum dan sesudah pendampingan.



Gambar 7
durasi penyakit ISPA dan Diare pada balita KEP

Tabel 13
Perubahan Durasi Penyakit ISPA dan Diare pada Balita KEP
antara Sebelum dan Sesudah Pendampingan

Waktu pengukuran	$\bar{x} \pm SD$	Penurunan	p
Sebelum pendampingan(O_0) (O_1) 1 bulan setelah pendampingan	$3,1 \pm 1,95$ $2,8 \pm 2,52$	$0,4 \pm 2,58$	0,020
Sebelum pendampingan(O_0) (O_2) 2 bulan setelah pendampingan	$3,1 \pm 1,95$ $2,2 \pm 1,50$	$1,0 \pm 2,24$	0,002
Sebelum pendampingan(O_0) (O_3) 3 bulan setelah pendampingan	$3,1 \pm 1,95$ $2,1 \pm 1,41$	$1,0 \pm 2,08$	0,008

Wilcoxon Signed Ranks Test

Hasil uji Wilcoxon Signed Ranks Test menunjukkan ada perubahan durasi penyakit pada balita antara sebelum pendampingan dengan keadaan pada Bulan ke-3 pendampingan gizi ($p=0,008$). Hal ini disebabkan karena selama pendampingan keluarga sasaran diberikan penyuluhan dan latihan tentang cara mengatasi anak yang sakit (khususnya sakit diare dan ISPA).

Ketrampilan penanganan pada anak yang sakit yang diukur pada penelitian ini terbatas tindakan menghadapi anak yang diare yaitu (1) memberikan banyak minum, (2) memberi oralit, dan (3) membuatkan larutan gula garam; serta tindakan menghadapi anak yang ISPA, yaitu (1) mengkompres dan (2) memberi obat penurun panas. Artinya, jika perilaku-perilaku tersebut dapat diterapkan pada kondisi anak yang sakit maka paling tidak dapat mengurangi hari sakit (durasi penyakit) pada anak.

H. Tingkat Kecukupan Energi dan Protein

Tingkat Kecukupan Energi (TKE) balita sebelum program pendampingan rata-rata hanya mencapai 73,4%, dan Tingkat Kecukupan Protein (TKP) rata-rata mencapai 87,2%. Hasil ini sejalan dengan hasil SUSENAS yang menyebutkan bahwa kekurangan energi pada balita di Indonesia sekitar 70%, maupun hasil penelitian Gizi Mikro Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan (2006) yang melaporkan bahwa rerata tingkat asupan energi balita yang hanya mencapai 50,1% dan protein yang hanya mencapai 62,9%. Rerata tingkat kecukupan energi dan protein sebelum dan sesudah pendampingan gizi mengalami peningkatan lebih jelasnya pada tabel 14.

Tabel 14
 Rerata Tingkat Kecukupan Energi dan Protein (% AKG)
 Sebelum dan Sesudah Pendampingan Gizi

Waktu pengukuran	n	$\bar{x} \pm SD$
Energi (%)		
Sebelum pendampingan (O ₀)	102	73,4 ± 30,7
(O ₁) 1 bulan setelah pendampingan	102	93,8 ± 31,0
(O ₂) 2 bulan setelah pendampingan	102	115,4 ± 45,1
(O ₃) 3 bulansetelah pendampingan	102	110,5 ± 33,6
Protein (%)		
Sebelum pendampingan(O ₀)	102	87,2 ± 38,5
(O ₁) 1 bulan setelah pendampingan	102	115,6 ± 45,2
(O ₂) 2 bulan setelah pendampingan	102	128,7 ± 42,4
(O ₃) 3 bulan setelah pendampingan	102	125,3 ± 54,6

Tabel 15
 Perubahan Tingkat Kecukupan Energi Sebelum dan Setelah
 Pendampingan Gizi

Waktu pengukuran	$\bar{x} \pm SD$	Peningkatan	<i>p</i>
Sebelum pendampingan (O ₀)	73,4 ± 30,7	20,4 ± 39,48	0,000
(O ₁) 1 bulansetelahpendampingan	93,8 ± 31,0		
Sebelum pendampingan (O ₀)	73,4 ± 30,7	42,0 ± 50,37	0,000
(O ₂) 2 bulan setelah pendampingan	115,4 ± 45,1		
Sebelum pendampingan (O ₀)	73,4 ± 30,7	37,0 ± 44,88	0,000
(O ₃) 3 bulan setelah pendampingan	110,5 ± 3,6		

Data tabel 15 menunjukkan Hasil uji *paired t-test* menunjukkan ada perbedaan TKE balita KEP sebelum pendampingan gizi, maupun pada 3 bulan setelah pendampingan gizi ($p=0,001$). Artinya, program pendampingan gizi dapat meningkatkan TKE balita KEP.

Hasil penelitian ini sedikit berbeda dengan hasil penelitian Sirajuddin (2006) pada program pendampingan gizi melalui metode Tungku (*Positive*

Deviance) di Kabupaten Selayar, dimana asupan energi antara sebelum dan Bulan ke-1 tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Menurut Sirajuddin (2005), peningkatan asupan energi baru terlihat nyata pada pengukuran bulan kedua. Tetapi, asupan protein menunjukkan peningkatan yang signifikan antara sebelum dengan bulan pertama ($p=0,0067$) maupun bulan kedua ($p=0,0017$).

Data tabel 16 menunjukkan Hasil uji *paired t-test* ada perbedaan TKP balita sebelum pendampingan gizi dengan 3 bulan setelah pendampingan gizi ($p=0,001$). Artinya, program pendampingan gizi dapat meningkatkan TKP balita KEP.

Tabel 16
Perubahan Tingkat Kecukupan Protein Sebelum dan Setelah
Pendampingan Gizi

Waktu pengukuran	$\bar{x} \pm SD$	Peningkatan	<i>P</i>
Sebelum pendampingan (O_0)	87,2 ± 38,5		
(O_1) 1 bulan setelah pendampingan	115,6 ± 45,2	28,4 ± 53,0	0,000
Sebelum pendampingan (O_0)	87,2 ± 38,5		
(O_2) 2 bulan setelah pendampingan	128,7 ± 42,4	41,5 ± 59,3	0,000
Sebelum pendampingan (O_0)	87,2 ± 38,5		
(O_3) 3 bulan setelah pendampingan	125,3 ± 54,6	38,1 ± 70,7	0,000

Selama pendampingan keluarga sasaran diberikan pendidikan atau latihan secara kelompok atau perorangan melalui kunjungan rumah. Salah satu materi latihan adalah tentang makanan anak berbasis bahan makanan lokal atau yang tersedia di sekitar desa masing-masing. Seperti dijelaskan

sebelumnya, bahwa program pendampingan gizi berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan pola pengasuhan anak, khususnya tentang praktik pemberian makanan anak. Perbaikan pada praktik pemberian makanan anak akan mempengaruhi kualitas dan kuantitas makanan anak. Hal ini sesuai hasil penelitian Chotz dan Gibson (2004) menunjukkan bahwa ada pengaruh adopsi praktik pemberian makanan yang baru selama latihan terhadap intake energi dan zat gizi dari makanan pendamping air susu ibu sehingga dapat meningkatkan kualitas asupan gizi secara keseluruhan pada kelompok intervensi.

Peningkatan TKE dan TKP balita KEP sebelum dan setelah 3 bulan pendampingan gizi diduga berkaitan semakin membaiknya keadaan kesehatan anak, khususnya akibat penyakit infeksi seperti ISPA dan diare. Menurut Thaha (1995), penyakit yang terjadi menyebabkan kehilangan zat gizi sebagai akibat respon metabolik dan kehilangan melalui saluran cerna, dan pada saat yang sama terjadi penurunan nafsu makan yang pada gilirannya menyebabkan asupan zat gizi menurun. Peningkatan TKE dan TKP selain dampak dari pendampingan gizi ditunjang juga oleh program intervensi lainnya seperti pemberian makanan tambahan (PMT) dan paket MP-ASI, pemberian suplemen vitalita dan pemberian Kapsul Vitamin A.

I. Status gizi

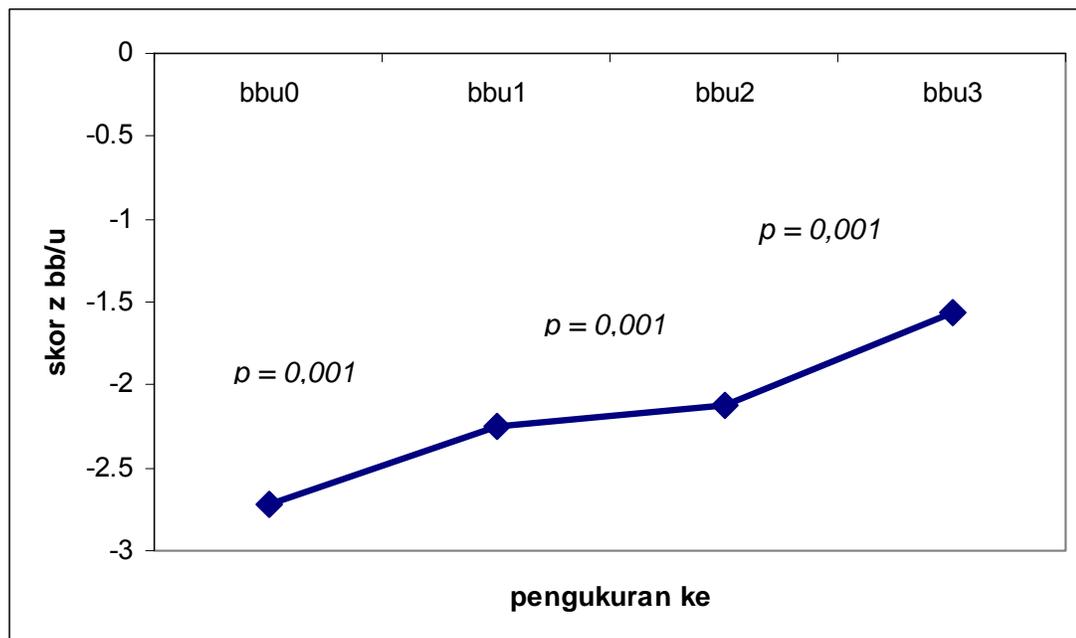
Perubahan Z-Skor BB/U mengalami peningkatan Data Tabel 17 menunjukkan peningkatan Z-skor BB/U sebesar 0,47 pada pengukuran bulan pertama, 0,61 pada pengukuran bulan kedua, dan 1,17 pada pengukuran bulan ketiga.

Tabel 17
Perubahan Z-skor BB/U

Waktu pengukuran	$\bar{x} \pm SD$	Peningkatan	p
Sebelum pendampingan(O_0) (O_1) 1 bulan setelah pendampingan	-2,72 ± 0,60 -2,25 ± 2,08	0,5 ± 2,01	0,000
Sebelum pendampingan (O_0) (O_2) 2 bulan setelah pendampingan	-2,72 ± 0,60 -2,18 ± 2,26	0,6 ± 2,19	0,000
Sebelum pendampingan(O_0) (O_3) 3 bulan setelah pendampingan	-2,72 ± 0,60 -1,56 ± 1,58	1,2 ± 1,59	0,000

Wilcoxon Signed Ranks Test

Hasil Uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* menunjukkan bahwa ada perubahan Z-skor BB/U balita KEP secara bermakna antara sebelum pendampingan dengan keadaan 3 bulan setelah pendampingan gizi ($p=0,001$). Perubahan Z-skor BB/U dapat di lihat pada gambar 8.



Gambar 8
Perubahan skor z BB/U selama tiga bulan pengamatan

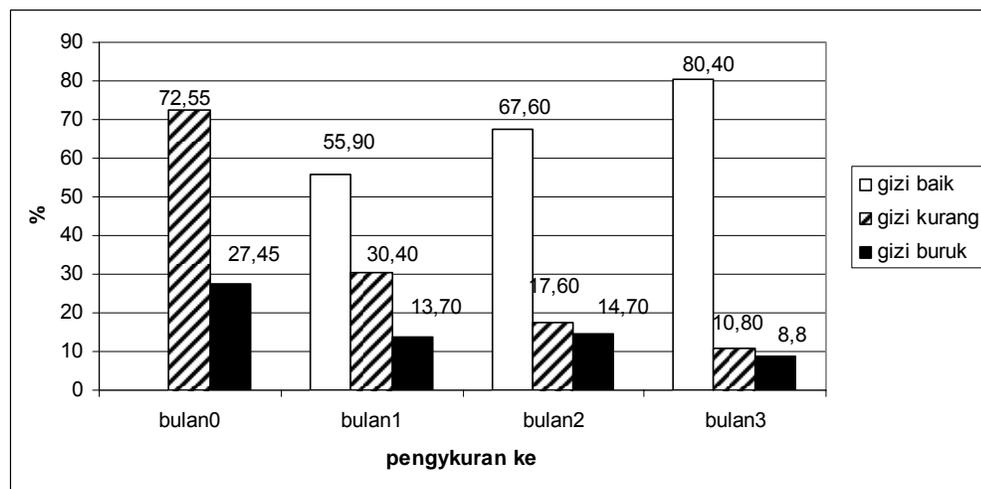
Hasil penelitian menunjukkan bahwa program pendampingan yang dilaksanakan di Kabupaten Takalar tahun 2007/2008 dapat meningkatkan status gizi balita KEP. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Sirajuddin (2007) dalam penelitiannya tentang penerapan model tungku dalam pendampingan gizi di Kabupaten Selayar Sulsel tahun 2006 yang melaporkan bahwa penerapan model tungku mampu meningkatkan status pertumbuhan kelompok intervensi sebesar 28,6%. Program pendampingan gizi di Kabupaten Selayar mampu meningkatkan asupan zat gizi balita sekaligus menggambarkan adanya perbaikan pola pengasuhan gizi pada kelompok intervensi setelah dilakukan pendampingan selama 3 bulan.

Tabel 18 menunjukkan bahwa diantara 102 balita yang menderita KEP (gizi kurang dan gizi buruk) mengalami peningkatan status gizi (menjadi gizi baik) sebanyak 55,9% setelah dilakukan pendampingan gizi selama satu bulan. Jumlah balita yang menjadi gizi baik terus meningkat baik pada keadaan satu bulan pasca pendampingan (66,7%) maupun pada keadaan dua bulan pasca pendampingan (80,4%).

Perubahan status gizi balita pasca pendampingan sangat tergantung pada status gizi atau tingkat kekurangan energi dan protein (KEP) sebelum pendampingan. Balita yang mengalami KEP ringan (gizi gizi) lebih banyak yang berubah menjadi gizi baik dibandingkan dengan balita yang sebelumnya mengalami gizi buruk (KEP berat), baik pada Bulan ke-1(O1), bulan ke-2 pasca pendampingan (O2) maupun bulan ke-3 pasca pendampingan (O3). Keadaan ini menunjukkan bahwa untuk memulihkan keadaan gizi buruk memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan waktu pemulihan gizi kurang. Terlihat pula bahwa proses pemulihan gizi buruk berlangsung secara bertahap, pada Bulan ke-1 umumnya hanya meningkat menjadi gizi kurang, selanjutnya menjadi gizi baik pada pengukuran bulan ke-2 dan bulan ke-3. perubahan status gizi balita ditunjukkan pada gambar 9.

Meskipun status gizi balita sasaran pendampingan cenderung meningkat pasca pendampingan, namun diantaranya ada juga yang mengalami penurunan status gizi (sebelumnya gizi kurang menjadi gizi buruk) dan tidak mengalami perubahan status gizi. Keadaan ini disebabkan masih

adanya balita yang mengalami penyakit infeksi dan konsumsi zat gizi yang belum memenuhi kebutuhan. Balita yang mengalami penurunan status gizi pada pengukuran bulan ke-1, bulan ke-2 dan bulan ke-3 umumnya mempunyai status kesehatan yang kurang baik (sakit) pada waktu pengukuran tersebut. Keadaan penyakit terutama penyakit infeksi yang dialami anak akan berpengaruh terhadap penurunan selera makan anak sehingga menyebabkan penurunan asupan zat gizi energi dan protein. Anak yang mengalami infeksi yang disertai konsumsi zat gizi yang rendah akan lebih mudah mengalami gizi kurang dan gizi buruk.



Gambar 9
perubahan status gizi balita sebelum dan setelah pendampingan gizi

Kesimpulan penelitian Santos *at.all* (2001) adalah konseling dan latihan gizi memiliki pengaruh nyata terhadap kenaikan berat badan anak. Hasil penelitian Chotz dan Gibson (2004) menunjukkan bahwa ada pengaruh

adopsi praktik pemberian makanan yang baru selama latihan mempengaruhi intake energi dan zat gizi dari makanan pendamping air susu ibu sehingga dapat meningkatkan kualitas asupan gizi secara keseluruhan pada kelompok intervensi.

Bahar (2002) melakukan penelitian longitudinal untuk menguji pengaruh kualitas pengasuhan yang diberikan ibu pada bayi terhadap pertumbuhan bayinya dan menguji pengaruh informasi pengasuhan yang dimiliki ibu terhadap kualitas pengasuhan bayi mereka, serta menjelaskan pola pengasuhan yang dimiliki ibu. Pengamatan dilakukan pada keluarga dengan 2 masa pengasuhan yaitu fase pengasuhan 6 bulan pertama kehidupan anak (usia 0 sampai 4-6 bulan), dan fase 6 bulan kedua kehidupan anak (usia 6-12 bulan) dengan jumlah sampel 38 anak. Hasil penelitian Bahar (2002) menunjukkan bahwa kualitas pengasuhan makanan anak, pengasuhan perawatan, pengasuhan higiene perorangan anak dan kesehatan lingkungan, yang dimiliki ibu, berpengaruh terhadap pertumbuhan anak.

Perubahan status gizi balita KEP (gizi kurang dan gizi buruk) menjadi status gizi baik pasca pendampingan gizi sejalan dengan laporan pelaksanaan program pendampingan gizi di kabupaten Takalar tahun 2007 (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008) menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang turun menjadi 15.6% dan gizi buruk menjadi 4.7%. Pada tahun 2006 prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di Kecamatan

Mangara Bombang Kabupaten Takalar adalah gizi kurang 21.7% dan gizi buruk 7.6%. Artinya, setelah pelaksanaan program pendampingan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di wilayah tersebut berkurang sebanyak 6.1% dan gizi buruk menurun sebanyak 2.9%. Hal ini disebabkan karena program pendampingan Gizi dilaksanakan secara terpadu dengan program-program intervensi lainnya.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Pengetahuan gizi ibu setelah kegiatan program pendampingan gizi mengalami peningkatan yang bermakna ($p=0,001$).
2. Pola asuh balita KEP setelah kegiatan program pendampingan gizi mengalami peningkatan yang bermakna ($p=0,001$).
3. Tingkat Kecukupan Energi (TKE) balita KEP setelah kegiatan program pendampingan gizi mengalami peningkatan yang bermakna ($p=0,001$).
4. Tingkat Kecukupan Protein (TKP) balita KEP setelah kegiatan program pendampingan gizi mengalami peningkatan yang bermakna ($p=0,001$).
5. Kejadian penyakit infeksi ISPA dan Diare pada Balita KEP setelah kegiatan program pendampingan gizi mengalami penurunan yang bermakna ($p=0,001$).
6. Status gizi pada Balita KEP setelah kegiatan program pendampingan gizi mengalami peningkatan yang bermakna ($p=0,001$).

B. Saran

Perlu ditingkatkan penyuluhan tentang makanan yang sehat dan aman untuk dikonsumsi serta memenuhi syarat gizi seimbang, pentingnya sanitasi dan higiene yang baik, dan cara memantau pertumbuhan anak secara berkala melalui posyandu.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier S, 2004. *Penuntun Diet*. PT. Gramedia Cipta, Jakarta.
- Atmarita S, 2004. *Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII; Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi daerah dan Globalisasi.
- Bahar B, 2002. *Pengaruh Pengasuhan terhadap Pertumbuhan Anak di Kabupaten Barru Propinsi Sulawesi Selatan*. Desertasi. Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya.
- Departemen Kesehatan RI. 1996. *Pedoman Program Pemberantasan Penyakit ISPA untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balita dalam Pelita VI*. Dirjen PPM dan PLP, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1999. *Buku Ajar Diare*. Departemen Kesehatan RI Dirjen PPM dan PLP, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2000. *Pedoman Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)*, Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Gizi, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2005. *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. *Gizi dalam Angka Propinsi SulSel*. Kanwil Depkes Prop. SulSel, Makassar.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. *Gizi dalam Angka Sampai Tahun 2003*. Direktorat Gizi Masyarakat Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. *Program Perbaikan Gizi Makro*, [http://www. Gizi net](http://www.Gizi.net). Kebijakan Gizi. Download 26 januari 2007.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Pendampingan Keluarga Menuju Kadarzi*. Direktorat BGM Dirjen Binkesmas Depkes, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Sulsel, 2000. *Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan*. Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan, Makassar.
- Dinas Kesehatan Sulsel, 2006. *Laporan Survei Gizi Mikro di Propinsi Sulawesi Selatan*. Makassar, Dinkes Sulsel.

- Dinas Kesehatan Sulsel, 2006. *Laporan Pengumpulan Data Dasar TGP. Makassar*, Dinkes Sulsel.
- Dinas Kesehatan Sulsel. 2007. *Buku Pedoman Pelaksanaan Pendampingan Gizi di Provinsi Sulawesi Selatan*. Dinkes Prop. SulSel, Makassar.
- Engel P, 1992. *Care and Child Nutrition*. Theme Paper for the International Conference (ICN). Unicef, New York.
- Gibson RS, 2005. *Principle of Nutritional Assessment*. Second Edition. Oxford University Press. New York.
- Gizi.Net. 2006. *Prevalensi KEP di Indonesia*. www. GiziNet.Com (diakses, 15 Mei 2006).
- Green LW, 1991. *Health Promotion Planning Education and Environment Approach*, Second Edition. Mayfield Publishing Company, USA; 23:30-5
- Hadju V, 1999. *Penilaian Status Gizi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Hamzah A., 2000. *Pola Asuh Anak pada Etnik Jawa Migran dan Etnik Mandar*. Disertasi. Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya.
- Hardiansyah dan Tambunan V. 2004. WNPG VIII. *Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi. Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak dan Serat Makanan*. Prosiding. Jakarta. p .325
- Huda N. 2002. *Penyuluhan Pembangunan Sebagai Sebuah Ilmu*. PPS Institut Pertanian Bogor, Bogor.
- Jahari AB, 2002. *Status Gizi Balita di Indonesia Sebelum dan Sesudah Krisis (Analisis Data Antropometri) Susenas 1998/1999*, Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII, LIPI, Jakarta.
- Jahari AB, 2002. *Penilaian Status Gizi dengan Antropometri (berat Badan dan Tinggi Badan)*; Prosiding Kongres Nasional PERSAGI dan Temu Ilmiah XII. PERSAGI, Jakarta.
- Jus'at I, dkk, 2000. *Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara dan di Pesedean Kab. Bogor-Jabar*. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII 2000. LIPI, Jakarta hlm 145-157.

- Khomsan A, dkk, 1999. *Studi Pola Pengasuhan Anak, Stimulasi Psikososial, Perkembangan Psikomotor dan Mental Anak Baduta* Media Gizi dan Keluarga, XXIII (2): 1-7.
- Krisnatuti dan Yenrina, 2000. *Menyiapkan Makanan Pendamping ASI*. Puspa,, Jakarta.
- Moehji S, 2003. *Ilmu Gizi 2 Penanggulangan Gizi Buruk*. Bharata Papas Sinar Sinanti, Jakarta.
- Mulyati T, Paryanto EP, Sudargo T. 2004. *Pengaruh Pendidikan Gizi Kepada Ibu Terhadap Konsumsi Makanan dan Status Gizi Anak Balita Penderita TBC Primer Rawat Jalan di RSUP Dr Kariadi Semarang*. Jurnal Gizi Klinik Indonesia; Volume 1 (2) tahun 2004. Yogyakarta. Hal 99.
- Noor NN, 1996. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Jurusan Epidemiologi FK-Unhas, Makassar. p. 19.
- Notoatmodjo S, 1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rieneka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo S, 2002. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rieneka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo S, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rieneka Cipta, Jakarta.
- Prasetyaningsih A, Sudargo T, Susilo J. 2005. *Pengetahuan, sikap dan ketrampilan penjamah makanan yang diberi pelatihan keamanan pangan di Instalasi Gizi RS Jantung harapan Kita*. Jurnal Gizi Klinik Indonesia; Volume 2 (2) tahun 2005. Yogyakarta. hal. 71.
- Rahayu S, 2001. *Psikologi Perkembangan*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Schroeder DG, 2001. *Malnutrition, Edited Samba R.D., and Bluem M.W.L., Nutrition and Health in Development countries*, Tatawa New Jersey Humania Press.
- Santos *et.all*, 2001. *Nutritional Counseling Increases Weight Gain Among Brazilian Children*. The American Society For Nutrition Sceinces Journal of Nutrition. 131; 2866-2873. November.

- Salimar. 2005. *Peranan Penyuluhan dengan Menggunakan Leaflet Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita Gizi Kurang*. Puslitbang Gizi dan Makanan Bogor.
- Sastroasmoro dan Ismae,. 2002. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, edisi ke-2. Sagung Seto, Jakarta.
- Sirajuddin. 2006. *Makalah Sosialisasi Tenaga Gizi Pendamping*, Makassar.
- Sirajuddin. 2007. *Pengaruh Model Tungku terhadap Status Gizi Anak Usia 12-59 Bulan di Kabupaten Selayar*. Tesis. Program Pasca Sarjana Unhas, Makassar.
- Soetjiningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Penerbit Buku Kedokteran,, Jakarta.
- Soekirman. 2000. *ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat* . Dirjen Dikti, Depdiknas, Jakarta.
- Suharjo. 1996. *Perencanaan dan Gizi* . Bumi Aksara, jakarta.
- Suharsih. 2001. *Hubungan Pola Asuh Ibu dan Penyakit Infeksi dengan Anak Balita Kurang Energi Protein di Kabupaten Demak Propinsi Jawa Tengah*.Tesis. Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta.
- Supariasa IDN, dkk. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Sulaeman, A., Muchtadi, D. 2003. *Mutu Gizi Produk Makanan dari bahan Dasar Tepung Singkong dan Tepung Pisang yang Diperkaya dengan Tepunf Ikan dan Tepung Tempe*. Media Gizi Indonesia dan Keluarga, Desember 2003, 27(2): 83.
- Susenas-BPS, 2005. *All-Prov-Sus 89 – 05. xls Analisis Antropometri Balita*. [http: // www. Gizi net](http://www.Gizi.net). Domnload 26 januari 2007.
- Tinuk Istiarti, 2000. *Menanti Buah Hati*. Media Pressindo, Yogyakarta.
- Thaha AR, 1995. *Pertumbuhan Anak Keluarga Nelayan*. Thesis Doctor. UI, Jakarta.
- Thaha AR, Hardiansyah, Ala A. 1999. *Pembangunan Gizi dan Pangan dari Perspektif Kemandirian Lokal*. DPP Pergizi Pangan Indonesia, Bogor.

Thamrin, Y. 2002. *Faktor Resiko Terjadinya KEP pada Balita di Kabupaten Maros*. Tesis. PPS Unhas, Makassar.

Zeitlin M, Ghassemi H, Mansour M, 1990. *Positive Deviance in Child Nutrition*. United Nation University: Tokyo

Lampiran 1

KUESIONER PENGUMPULAN DATA (PRE-TEST)

**DAMPAK PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP POLA ASUH,
KEJADIAN INFEKSI DAN STATUS GIZI BALITA KEP
DI KABUPATEN TAKALAR SULSEL
TAHUN 2007**

Tanggal Wawancara/pengukuran:

Kecamatan : _____ Desa : _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	Dusun : _____ Kode Sampel:	<input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	----------------------------------	--

DATA ANAK		
1	Nama anak _____	
2	Jenis kelamin	1=laki-laki 2=perempuan <input type="checkbox"/>
3	Tanggal lahir/Umur	<input type="text"/> Bulan
4	Anak ke	<input type="text"/>
5	Berat badan sekarang	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
6	Berat badan lahir	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
DATA ANGGOTA KELUARGA		
7	Umur bapak (dalam tahun)	_____ tahun
8	Umur ibu (dalam tahun)	_____ tahun
9	Jumlah anggota keluarga	_____ orang
10	Jumlah anak	_____ orang
11	Jumlah anak umur 1-5 tahun	_____ orang
12	Pendidikan bapak	0= tidak pernah sekolah; 1=tidak tamat SD; 2=tamat SD; 3=SMP; 4=SMA; 5=PT
13	Pendidikan ibu	
14	Pekerjaan bapak	0= tidak bekerja; 2=petani; 3=buruh; 4= sopir; 5=pedagang/wiraswasta; 6= karyawan/i; 7=PNS/Polri/TNI; 8=IRT

Lampiran 2

KUESIONER PENGUMPULAN DATA (POST-TEST)

**DAMPAK PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP POLA ASUH,
KEJADIAN INFEKSI DAN STATUS GIZI BALITA KEP
DI KABUPATEN TAKALAR SULSEL
TAHUN 2007**

Tanggal Wawancara/pengukuran:

Kecamatan : _____ Desa : _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Dusun : _____ Kode Sampel:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	----------------------------------	--

DATA ANAK		
1	Nama anak _____	
2	Jenis kelamin	1=laki-laki 2=perempuan <input type="checkbox"/>
3	Tanggal lahir/Umur	<input type="text"/> Bulan
4	Anak ke	<input type="text"/>
5	Berat badan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
POLA ASUH		
6	Frekwensi pemberian makan pada anak dalam sehari 4. satu kali 5. dua kali 6. tiga kali atau lebih	Kali <input type="checkbox"/>
7	Susunan hidangan makanan anak sehari-hari: 5. Nasi + lauk 6. Nasi + sayur 7. Nasi + lauk + sayur 8. Nasi + lauk + sayur + buah	<input type="checkbox"/>
8	Setiap anak makan apakah selalu ada lauknya? 1. ya 2. kadang-kadang 3. tidak	<input type="checkbox"/>

9	Setiap anak makan apakah selalu ada sayur? 1. ya 2. kadang-kadang 3. tidak	<input type="checkbox"/>
10	Apa yang ibu lakukan ketika anak tidak mau makan sayur: 3. dibujuk dan disuapi terus atau sayur dicampur makan kesukaannya 4. dibiarkan saja	<input type="checkbox"/>
11	Ketika anak makan, apakah ibu selalu mendampingi: 1. ya 2. kadang-kadang 3. tidak	<input type="checkbox"/>
12	Apa yang dilakukan ketika anak tidak mau makan 4. dibujuk terus, disuapi sedikit-sedikit sambil digendong atau sambil bermain 5. dipaksakan agar mau makan 6. dibiarkan saja	<input type="checkbox"/>
13	Garam yang digunakan untuk masakan di rumah: 1. garam iodium 2. garam non iodium	<input type="checkbox"/>
14	Apakah anak suka diberikan permen, krupuk, atau minuman yang menggunakan pewarna 1. ya 2. kadang-kadang 3. tidak	<input type="checkbox"/>
15	Dalam sebulan terakhir, apa anak ibu pernah sakit 1. ya 2. tidak	<input type="checkbox"/>
16	Jika ya, berapa kali	_____ kali
17	Gejala penyakit yang diderita anak sebulan terakhir a. Diare 1) ya 2) tidak b. Batuk 1) ya 2) tidak c. Beringus 1) ya 2) tidak d. Demam 1) ya 2) tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	Tindakan ibu pada saat anak diare: d. membuat larutan gula garam (LGG) 1) ya 2) tidak e. memberi oralit 1) ya 2) tidak f. memberikan banyak minum 1) ya 2) tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	Tindakan ibu saat anak demam:	

	c. mengkompres 2) tidak d. memberi obat penurun panas 2) tidak	1) ya 1) ya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	Apa yang ibu lakukan, ketika diare atau demam semakin berat, e. dibawa ke petugas kesehatan, pukeskesmas/RS f. diobati di dukun g. diobati sendiri h. dibiarkan saja		<input type="checkbox"/>
21	Berapa kali anak mandi dalam sehari		<u> </u> kali
22	Ketika anak mandi, apakah menggunakan sabun mandi 2. ya 2. kadang-kadang 3. tidak		<input type="checkbox"/>
23	Kepala anak salu disampo minimal satu kali seminggu 1. ya 2. kadang-kadang 3. tidak		<input type="checkbox"/>
24	Mengganti pakaian anak minimal 1 kali sehari 1. ya 2. kadang-kadang 3. tidak		<input type="checkbox"/>
25	Sebelum memberi makan anak, apakah ibu selalu mencuci tangan 2. ya 2. kadang-kadang 3. tidak		<input type="checkbox"/>
26	Membersihkan/memotong kuku anak minimal 1 kali sebulan 1. ya 2. kadang-kadang 3. tidak		<input type="checkbox"/>
27	Kasur dan bantal anak dibersihkan/dijemur secara rutin setiap seminggu 1. ya 2. kadang-kadang 3. tidak		<input type="checkbox"/>
28	Ketika anak BAB, apakah ibu selalu mencucinya dengan sabun 2. ya 2. kadang-kadang 3. tidak		<input type="checkbox"/>
PENGETAHUAN GIZI KELUARGA			
29	Menurut ibu, Kolostrum (ASI pertama keluar, berwarna kekuning-kuningan) harus diberikan kepada bayi 1. ya 2. tidak 3. tidak tahu		<input type="checkbox"/>
30	Sebelum kolostrum ASI pertama keluar, apakah bayi bias diberikan makanan/minuman lain (seperti air putih, madu, susu, dll) 1. ya 2. tidak 3. tidak tahu		<input type="checkbox"/>
31	Mulai umur berapa bulan bayi baru dapat diberikan		<u> </u> bulan

	makanan selain ASI	
32	Menurut ibu, pada usia berapa tahun anak baru dapat disapih (dihentikan menyusui); 6. < 1 tahun 7. 1 - < 2 tahun 8. 2 tahun 9. jika sudah dapat makan sendiri 10. tidak tahu	<input type="checkbox"/>
33	Bagaimana cara mengetahui pertumbuhan anak 4. ditimbang setiap bulan 5. diperiksa ke dokter 6. tidak tahu	<input type="checkbox"/>
34	Bagaimana cara mengatasi anak yang diare 5. memberikan larutan gula garam/oralit 6. memerikan minum sebanyak-banyaknya 7. dibawa ke dokter/petugas kesehatan/puskesmas 8. tidak tahu	<input type="checkbox"/>
35	Bagaimana cara mengatasi anak yang menderita demam 1. mengompres 2. memberi obat penurunan panas 3. dibawa ke petugas kesehatan/puskesmas 4. tidak tahu	<input type="checkbox"/>
36	Bagaimana cara menghadapi anak yang suka meminta dibelikan makanan jajanan (seperti permen, coklat, krupuk, dll); 5. diikuti maunya 6. kadang diikuti, kadang tidak 7. tidak diikuti 8. tidak tahu	<input type="checkbox"/>
37	Bagaimana cara mencegah agar anak tidak menderita kebutaan akibat kekurangan vitamin A 4. Membiasakan anak makan sayuran hijau 5. memberikan kapsul vitamin A dosis tinggi 6. tidak tahu	<input type="checkbox"/>
38	Pada bulan berapakah anak balita biasanya diberikan kapsul vitamin A 4. Pebruari dan Agustus 5. Maret dan September 6. tidak tahu	<input type="checkbox"/>
39	Cara yang dilakukan untuk mencegah anggota keluarga menderita gondok:	

	4. menggunakan garam iodium 5. menggunakan garam non iodium 6. tidak tahu	<input type="checkbox"/>
40	Berapa kali seharusnya anak diberi makan dalam sehari: 2. 1-2 kali 2. \geq 3 kali 3. tidak tahu	<input type="checkbox"/>
41	Berapa kali anak harus mandi dalam sehari: 2. cukup 1 kali 2. 2 -3 kali 3. tidak setiap hari 4. tidak tahu	<input type="checkbox"/>

Lampiran 5

CARA PENGUKURAN ANTROPOMERI**1. Berat Badan**

Pengukuran berat badan anak sekolah di lapangan biasanya menggunakan timbangan injak dengan skala 0.1 Kg. Hadju (1999) menyarankan menggunakan timbangan injak "*Seca 77000 weigh scale*" dengan skala mendekati 100 gram. Cara Pengukuran berat badan, menurut Hadju (1999) dilakukan dengan prosedur sebagai berikut:

- a. Subjek menggunakan pakaian biasa (menutup aurat). Isi kantong yang berat dikeluarkan. Subjek tidak menggunakan sepatu dan kaus kaki.
- b. Subjek berdiri di atas timbangan dengan beratnya tersebar merata pada kedua kaki dan posisi kepala *Franfort Horizontal Plane* (Bagian interior yang paling rendah dari sisi orbital kiri segaris dengan *tragion* kiri. *Tragion* adalah titik terendah dari *notch superior* dari *tragus auricle*. Garis pandang adalah horizontal (*look straight ahead*) dan *sagital plane* dari kepala adalah vertikal.
- c. Kedua lengan tergantung bebas di samping badan dan telapak tangan menghadap ke arah paha.
- d. Pengukur berdiri di belakang subjek dan mencatat hasil timbangan mendekati 100 gram, beserta dengan waktu pencatatan hasil penimbangan.

2. Perhitungan Umur

Umur dihitung menurut bulan penuh yaitu selisih antara tahun, bulan, tanggal penimbangan pertama dikurangi dengan tahun, bulan tanggal kelahiran. Kelebihan hari 15 dibulatkan menjadi penambahan 1 bulan dan kekurangan hari 15 dikurangi 1 bulan usia.

Lampiran 6**PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN****Penelitian Mengenai Dampak Program Pendampingan Gizi Terhadap Pola Asuh, Kejadian Infeksi dan Status Gizi Balita KEP**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : (L/P)
 Umur : tahun
 Tanggal Lahir :// 19...
 Alamat : Desa / Dusun.....
 RT..... RW

Orang Tua Anak :

Bersedia dan mau berpartisipasi menjadi responden yang akan di dilakukan oleh Sri Dara Ayu, dari Program Magister Gizi Masyarakat, Pascasarjana Universitas Diponegoro.

Demikian pernyataan ini kami buat untuk dapat digunakan seperlunya dan apabila dalam penelitian ini ada perubahan/keberatan menjadi responden dapat mengajukan pengunduran diri.

Maros, 2007

Mengetahui/menyetujui,

Orang tua/ Wali Anak

(.....)

LAMPIRAN HASIL ANALISIS STATISTIK

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran1	.160	102	.000	.934	102	.000
Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran2	.140	102	.000	.936	102	.000
Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran3	.186	102	.000	.949	102	.001
Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran4	.168	102	.000	.928	102	.000
Pola asuh pengukuran1	.226	102	.000	.888	102	.000
Pola asuh pengukuran2	.127	102	.000	.950	102	.001
Pola asuh pengukuran3	.130	102	.000	.950	102	.001
Pola asuh pengukuran4	.195	102	.000	.911	102	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran1	102	23	85	47.76	16.073
Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran2	102	23	100	77.71	16.441
Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran3	102	38	100	74.91	14.221
Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran4	102	38	100	76.31	13.078
Pola asuh pengukuran1	102	18	59	46.99	10.508
Pola asuh pengukuran2	102	41	100	78.99	12.128
Pola asuh pengukuran3	102	29	100	72.80	15.568
Pola asuh pengukuran4	102	29	100	75.22	15.851
Valid N (listwise)	102				

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^b

	Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran2 - Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran1	Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran3 - Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran1	Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran4 - Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran1	Pola asuh pengukuran2 - Pola asuh pengukuran1	Pola asuh pengukuran3 - Pola asuh pengukuran1	Pola asuh pengukuran4 - Pola asuh pengukuran1
Z	-8.536 ^a	-8.352 ^a	-8.157 ^a	-8.684 ^a	-8.366 ^a	-8.454 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^c

	Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran2 - Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran1	Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran3 - Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran2	Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran4 - Skor Pengetahu gizi ibu pada pengukuran3	Pola asuh pengukuran2 - Pola asuh pengukuran1	Pola asuh pengukuran3 - Pola asuh pengukuran2	Pola asuh pengukuran4 - Pola asuh pengukuran3
Z	-8.536 ^a	-1.673 ^b	-.640 ^a	-8.684 ^a	-4.933 ^b	-2.156 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.094	.522	.000	.000	.031

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tingkat konsumsi energi sebelum pendampingan	.058	102	.200*	.986	102	.354
Tingkat konsumsi energi akhir pendampingan	.066	102	.200*	.982	102	.177
Tingkat konsumsi energi 1 bulan pasca pendampingan	.139	102	.000	.671	102	.000
Tingkat konsumsi energi 2 bulan pasca pendampingan	.072	102	.200*	.984	102	.260
Tingkat konsumsi protein sebelum pendampingan	.056	102	.200*	.984	102	.235
Tingkat konsumsi protein akhir pendampingan	.078	102	.129	.885	102	.000
Tingkat konsumsi protein 1 bulan pasca pendampingan	.170	102	.000	.722	102	.000
Tingkat konsumsi protein 2 bulan pasca pendampingan	.121	102	.001	.825	102	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Tingkat konsumsi energi sebelum pendampingan	73.41	102	30.674	3.037
	Tingkat konsumsi energi akhir pendampingan	93.82	102	31.012	3.071
Pair 2	Tingkat konsumsi energi sebelum pendampingan	73.41	102	30.674	3.037
	Tingkat konsumsi energi 2 bulan pasca pendampingan	110.45	102	33.607	3.328
Pair 3	Tingkat konsumsi protein sebelum pendampingan	87.18	102	38.540	3.816
	Tingkat konsumsi protein akhir pendampingan	115.57	102	45.189	4.474

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Tingkat konsumsi energi sebelum pendampingan - Tingkat konsumsi energi akhir pendampingan	-20.41	39.484	3.909	-28.17	-12.66	-5.221	101	.000
Pair 2	Tingkat konsumsi energi sebelum pendampingan - Tingkat konsumsi energi 2 bulan pasca pendampingan	-37.04	44.879	4.444	-45.85	-28.22	-8.335	101	.000
Pair 3	Tingkat konsumsi protein sebelum pendampingan - Tingkat konsumsi protein akhir pendampingan	-28.39	52.956	5.243	-38.79	-17.99	-5.415	101	.000

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tingkat konsumsi energi sebelum pendampingan	102	8	180	73.41	30.674
Tingkat konsumsi energi akhir pendampingan	102	32	159	93.82	31.012
Tingkat konsumsi energi 1 bulan pasca pendampingan	102	32	460	115.42	45.094
Tingkat konsumsi energi 2 bulan pasca pendampingan	102	29	180	110.45	33.607
Tingkat konsumsi protein sebelum pendampingan	102	13	180	87.18	38.540
Tingkat konsumsi protein akhir pendampingan	102	34	370	115.57	45.189
Tingkat konsumsi protein 1 bulan pasca pendampingan	102	64	415	128.65	42.410
Tingkat konsumsi protein 2 bulan pasca pendampingan	102	42	445	125.28	54.641
Valid N (listwise)	102				

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^b

	Tingkat konsumsi energi 1 bulan pasca pendampingan - Tingkat konsumsi energi sebelum pendampingan	Tingkat konsumsi protein 1 bulan pasca pendampingan - Tingkat konsumsi protein sebelum pendampingan	Tingkat konsumsi protein 2 bulan pasca pendampingan - Tingkat konsumsi protein sebelum pendampingan
Z	-7.269 ^a	-6.615 ^a	-5.493 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^c

	Tingkat konsumsi energi 1 bulan pasca pendampingan - Tingkat konsumsi energi akhir pendampingan	Tingkat konsumsi energi 2 bulan pasca pendampingan - Tingkat konsumsi energi 1 bulan pasca pendampingan
Z	-4.001 ^a	-1.162 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.245

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^c

	Tingkat konsumsi protein 1 bulan pasca pendampingan - Tingkat konsumsi protein akhir pendampingan	Tingkat konsumsi protein 2 bulan pasca pendampingan - Tingkat konsumsi protein 1 bulan pasca pendampingan
Z	-3.127 ^a	-1.574 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.115

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Z_Skor BBU pengukuran1	.116	102	.002	.864	102	.000
Z_Skor BBU pengukuran2	.250	102	.000	.645	102	.000
Z_Skor BBU pengukuran3	.233	102	.000	.672	102	.000
Z_Skor BBU pengukuran4	.199	102	.000	.722	102	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Z_Skor BBU pengukuran1	102	-5.84	-2.01	-2.7252	.59647
Z_Skor BBU pengukuran2	102	-10.76	6.01	-2.2521	2.07856
Z_Skor BBU pengukuran3	102	-10.78	5.18	-2.1171	2.25909
Z_Skor BBU pengukuran4	102	-10.47	1.78	-1.5576	1.58298
Valid N (listwise)	102				

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^b

	Z_Skor BBU pengukuran2 - Z_Skor BBU pengukuran1	Z_Skor BBU pengukuran3 - Z_Skor BBU pengukuran1	Z_Skor BBU pengukuran4 - Z_Skor BBU pengukuran1
Z	-6.585 ^a	-6.431 ^a	-7.853 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics^b

	Z_Skor BBU pengukuran2 - Z_Skor BBU pengukuran1	Z_Skor BBU pengukuran3 - Z_Skor BBU pengukuran2	Z_Skor BBU pengukuran4 - Z_Skor BBU pengukuran3
Z	-6.585 ^a	-5.300 ^a	-7.066 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status gizi pengukuran2 * Status gizi pengukuran1	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Status gizi pengukuran3 * Status gizi pengukuran1	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%
Status gizi pengukuran4 * Status gizi pengukuran1	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%

Status gizi pengukuran2 * Status gizi pengukuran1

Crosstab

			Status gizi pengukuran1		Total
			buruk	kurang	
Status gizi pengukuran2	baik	Count % within Status gizi pengukuran1	5 17.9%	52 70.3%	57 55.9%
	buruk	Count % within Status gizi pengukuran1	9 32.1%	5 6.8%	14 13.7%
	kurang	Count % within Status gizi pengukuran1	14 50.0%	17 23.0%	31 30.4%
Total		Count % within Status gizi pengukuran1	28 100.0%	74 100.0%	102 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.406 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	25.072	2	.000
N of Valid Cases	102		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.84.

Status gizi pengukuran3 * Status gizi pengukuran1

Crosstab

			Status gizi pengukuran1		Total
			buruk	kurang	
Status gizi pengukuran3	baik	Count	10	59	69
		% within Status gizi pengukuran1	35.7%	79.7%	67.6%
	buruk	Count	8	7	15
		% within Status gizi pengukuran1	28.6%	9.5%	14.7%
	kurang	Count	10	8	18
		% within Status gizi pengukuran1	35.7%	10.8%	17.6%
Total		Count	28	74	102
		% within Status gizi pengukuran1	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.002 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	17.325	2	.000
N of Valid Cases	102		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.12.

Status gizi pengukuran4 * Status gizi pengukuran1

Crosstab

			Status gizi pengukuran1		Total
			buruk	kurang	
Status gizi pengukuran4	baik	Count	14	68	82
		% within Status gizi pengukuran1	50.0%	91.9%	80.4%
	buruk	Count	6	3	9
		% within Status gizi pengukuran1	21.4%	4.1%	8.8%
	kurang	Count	8	3	11
		% within Status gizi pengukuran1	28.6%	4.1%	10.8%
Total		Count	28	74	102
		% within Status gizi pengukuran1	100.0%	100.0%	100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
status penyakit2 * status penyakit1	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%

status penyakit2 * status penyakit1 Crosstabulation

			status penyakit1		Total
			pernah	Tidak pernah	
status penyakit2	pernah	Count	57	3	60
		% within status penyakit2	95.0%	5.0%	100.0%
		% within status penyakit1	77.0%	10.7%	58.8%
	Tidak pernah	Count	17	25	42
		% within status penyakit2	40.5%	59.5%	100.0%
		% within status penyakit1	23.0%	89.3%	41.2%
Total	Count	74	28	102	
	% within status penyakit2	72.5%	27.5%	100.0%	
	% within status penyakit1	100.0%	100.0%	100.0%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
status penyakit3 * status penyakit1	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%

status penyakit3 * status penyakit1 Crosstabulation

			status penyakit1		Total
			pernah	Tidak pernah	
status penyakit3	pernah	Count	46	2	48
		% within status penyakit3	95.8%	4.2%	100.0%
		% within status penyakit1	62.2%	7.1%	47.1%
	Tidak pernah	Count	28	26	54
		% within status penyakit3	51.9%	48.1%	100.0%
		% within status penyakit1	37.8%	92.9%	52.9%
Total	Count	74	28	102	
	% within status penyakit3	72.5%	27.5%	100.0%	
	% within status penyakit1	100.0%	100.0%	100.0%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
status penyakit4 * status penyakit1	102	100.0%	0	.0%	102	100.0%

status penyakit4 * status penyakit1 Crosstabulation

			status penyakit1		Total
			pernah	Tidak pernah	
status penyakit4	pernah	Count	37	2	39
		% within status penyakit4	94.9%	5.1%	100.0%
		% within status penyakit1	50.0%	7.1%	38.2%
	Tidak pernah	Count	37	26	63
		% within status penyakit4	58.7%	41.3%	100.0%
		% within status penyakit1	50.0%	92.9%	61.8%
Total	Count	74	28	102	
	% within status penyakit4	72.5%	27.5%	100.0%	
	% within status penyakit1	100.0%	100.0%	100.0%	

Wawancara Kepada Ibu Responden Sebelum Pendampingan Gizi



Kegiatan Pendampingan Gizi



Penimbangan Balita



Wawancara Kepada Ibu Responden Akhir Pendampingan Gizi

