



**GAMBARAN KONSELING GIZI PADA BALITA BAWAH GARIS MERAH
(BGM) BERDASARKAN PEDOMAN KONSELING GIZI DEPKES RI
TAHUN 2008**

(Studi Kasus di Pojok Gizi Puskesmas Sumbersari Jember)

SKRIPSI

Oleh

**Meita Yuandari
NIM 072110101012**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2012**



**GAMBARAN KONSELING GIZI PADA BALITA BAWAH GARIS MERAH
(BGM) BERDASARKAN PEDOMAN KONSELING GIZI DEPKES RI
TAHUN 2008**

(Studi Kasus di Pojok Gizi Puskesmas Sumbersari Jember)

SKRIPSI

Diajukan guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Meita Yuandari
NIM 072110101012**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2012**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda ibunda ibunda Ari Eko Twendah serta Ayahanda Alm. Ahmad Anwar yang senantiasa memberikan dukungan, do'a dan kasih sayang serta pengorbanan luar biasa yang tiada henti-hentinya menuju kesuksesan untuk menjalani hidup ini;
2. Adikku Firda Diartika yang selalu memberikan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini;
3. Mas Prie yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat untuk tidak mudah putus asa dalam menghadapi ujian ini;
4. Para pengajar dari SD sampai Perguruan Tinggi yang telah memberikan ilmu;
5. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Dan bertolong-tolonglah kamu atas kebaikan dan taqwa, tetapi janganlah kamu bertolong-tolongan atas dosa dan permusuhan, maka berlomba-lombalah kamu kepada kebaikan.

(Terjemah Surat Al-Maidah 284)*)

Maka makanlah yang halal lagi baik yang telah diberikan Allah kepadamu, dan syukurilah nikmat Allah, jika kamu hanya menyembah kepada-Nya.

(terjemahan Surat *Al-An'am* ayat 132)**)

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari satu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain. Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap.

(Terjemah Surat Al-Insyiroh 6-8) ***)

*) Departemen Agama RI. 2004. *AlQur'an dan Terjemahannya*. Bandung: CV. Diponegoro.

***) Departemen Agama RI. 2005. *Musyaf Al-Quran Terjemahan*. Jakarta Pusat: Pena Pundi Aksara

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Meita Yuandari

NIM : 072110101012

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: “Gambaran Koseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Konseling Gizi Depkes RI Tahun 2008 (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember)” adalah benar-benar karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, Februari 2012

Yang menyatakan,

Meita Yuandari

NIM 072110101012

SKRIPSI

GAMBARAN KOSELING GIZI PADA BALITA BAWAH GARIS MERAH (BGM) BERDASARKAN KONSELING GIZI DEPKES RI TAHUN 2008 (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Sumpensari Kecamatan Sumpensari Kabupaten Jember)

Oleh:

Meita Yuandari

NIM. 072110101012

Pembimbing:

Dosen Pembimbing I : Leersi Yusi Ratnawati, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing II : Erdi Istiaji, S.Psi., M.Psi., Psikolog

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Gambaran Koseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Konseling Gizi Depkes RI Tahun 2008 (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember)” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

hari : Senin
tanggal : 20 Februari 2012
tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes
NIP.19801217 200501 2 002

Erdi Istiaji., S.Psi., M.Psi., Psikolog
NIP.19801009 200501 2 002

Anggota I,

Anggota II,

Leersia Yusi R., S.KM.,M.Kes
NIP.19800314 200501 2 003

Widi Maria., SST
NIP.19760320 199803 2 004

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

Description of Nutrition Counselling on Under Nutrition Children Under Five (BGM) Based on Nutrition Counselling Guideline of Depkes RI year 2008 (Study at Nutrition Corner of Public Health Center of Summersari)

Meita Yuandari

Departement of Public Health Nutrition, Public Health Faculty, Jember University

ABSTRACT

The children under five years old are the golden age. If the golden age of children neglected, it will be a problem for the child. The problems that often occur in children under five are Protein Energy Deficiency (KEP), in which macro nutrient requirements are not fulfilled by the body that cause children to be on the under nutrition (BGM). The research goal is to find an overview of nutrition counselling of children under five under nutrition (BGM) on the Nutrition corner of Summersari Health Center based on nutrition counselling guideline of Depkes RI year 2008. The research was descriptive by cross-sectional approach. Samples used in this study were all children under five BGM in the working area of Summersari health centers that get government assistance that is equal to 29 children under five. Variables in this study include the characteristics of children under five BGM, children under five BGM family characteristics, nutritiol counselling, and improving of nutrition status. This research results showed that most children under five BGM is in the range 25-36 months of age and female sex. Most of the mother of children under five year old BGM has a low education level and has sufficient nutrition knowledge, the number of children under five BGM family members belonging to the large family, and the children under five BGM family income belonging to a low income. Implementation of nutrition counselling performed by nutrition officers belonging to the adequate level. And there are some children under five BGM who are at increased nutrition status wiewed by the index of weight/age or weight/height. The need for in-depth training to all staff on the implementation of nutrition counselling for need to do the nutrition counsellin based on the guideline of Depkes RI year 2008.

Keywords: *Under Five Year Old Under Nutrition, Nutrition Counselling, Nutrition Status.*

RINGKASAN

Gambaran Koseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Konseling Gizi Depkes RI Tahun 2008 (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember) Meita Yuandari; 072110101012; 2012: 78 halamam; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Masa balita adalah masa lima tahun pertama dalam setiap kehidupan anak manusia. Suatu masa *golden age* yang sangat penting, terutama untuk pertumbuhan fisik dimana 90 persen sel-sel otak individu tumbuh dan berkembang. Bila pada masa golden age anak-anak terabaikan, maka akan menjadi permasalahan bagi balita tersebut. Kurang Energi Protein merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. KEP disebabkan karena defisiensi macro nutrient (zat gizi makro) (Budirahardjo, 2011). Jika kebutuhan zat gizi makro tidak tercukupi oleh tubuh makan balita dapat mengaami masalah pertumbuhan sehingga balita tersebut berada pada Bawah Garis Merah (BGM). Prevalensi balita BGM di Kabupaten Jember pada tahun 2009 sebesar 15,71% dan pada kelurahan Sumbersari terdapat balita Bawah Garis Merah (BGM) yaitu sebesar 3,2% (Dinkes Jember, 2011).

Salah satu upaya kuratif dalam penanggulangan balita BGM yaitu melalui pelayanan tingkat puskesmas. Melalui puskesmas balita BGM mendapatkan pengobatan, perawatan, serta diet KEP. Pendidikan non formal berupa konseling gizi pada Pojok Gizi (POZI) Puskesmas pada ibu balita BGM juga sangat diperlukan guna perawantan dan penyiapan makanan bagi pasien BGM rawat jalan. Pengetahuan ibu mempengaruhi pola asuh gizi yang baik dalam pemberian asupan makan pada anaknya (Moehji, 2002). Menurut WHO mekanisme konseling yang baik perlu adanya komunikasi yang baik antara petugas gizi dengan ibu. Perlu adanya empati, kepercayaan serta dukungan yang besar kepada ibu. Konseling yang diberikan berdasarkan penyebab kurang gizi serta berdasarkan kelompok umur anak (Depkes RI, 2008).

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji gambaran konseling gizi pada balita BGM di Pojok Gizi Puskesmas Sumbersari berdasarkan pada konseling gizi Depkes RI tahun 2008. Variabel dalam penelitian ini adalah karakteristik keluarga balita BGM, konseling gizi, dan peningkatan status gizi balita BGM. Jenis penelitian deskriptif dan menurut waktu pelaksanaannya, penelitian ini termasuk penelitian *cross sectional*. Jumlah sampel sebanyak 29 balita. Pengambilan sampel menggunakan total populasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar balita BGM pada rentang umur 25-36 bulan dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan. Tingkat pendidikan ibu balita BGM sebagian besar memiliki tingkat pendidikan rendah, pengetahuan gizi ibu balita BGM sebagian besar dalam kategori cukup, jumlah anggota keluarga balita BGM sebagian besar tergolong dalam keluarga besar (> 4), dan pendapatan keluarga balita BGM sebagian besar tergolong dalam pendapatan rendah. Pelaksanaan konseling gizi yang dilakukan petugas gizi tergolong dalam tingkatan cukup, baik dilihat dari teknik konseling dan tahap pelaksanaan konseling. Serta ada sebagian balita BGM yang mengalami peningkatan status gizi yang dilihat berdasarkan indeks BB/U maupun BB/TB. Dari hasil penelitian erlu adanya penyelenggaraan pelatihan mendalam yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan kepada seluruh petugas gizi tentang penanganan gizi buruk tingkat puskesmas yaitu konseling gizi yang dapat diberikan secara menyeluruh dan lengkap. Pelatihan dimaksudkan untuk memberikan informasi yang luas mulai dari teknik konseling hingga isi konseling berdasarkan pedoman konseling gizi Depkes RI tahun 2008 yang akan diberikan kepada ibu balita gizi buruk.

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah peneliti panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Koseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Konseling Gizi Depkes RI Tahun 2008” sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan program pendidikan strata satu (S1) Kesehatan Masyarakat.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak terutama Dosen Pembimbing, oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih kepada Ibu Leersia Yusi Ratnawati, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Utama dan Bapak Erdi Istiaji, S.Psi., M.Psi., Psikolog selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan waktu, pikiran dan perhatian untuk kesempurnaan skripsi ini. Penulis juga ingin menyampaikan ucapan rasa terima kasih kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat;
2. Novia Luthviatin, S.KM., M.Kes. selaku ketua penguji;
3. Widi Maria., SST. selaku anggota penguji II;
4. Segenap dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu dan pengalamannya dengan tulus dan ikhlas;
5. Segenap karyawan dan staf di Puskesmas Summersari yang telah membantu dalam penyusunan skripni ini;
6. Kedua orang tuaku tercinta Alm. Bapak Ahmad Anwar dan Ibu Ari Eko Twendah yang senantiasa memberikan dukungan, do'a dan kasih sayang serta pengorbanan luar biasa yang tiada henti-hentinya dalam setiap langkahku untuk menjalani hidup ini;

7. Adeku Firda Diartika yang selalu memberi dukungan untuk tidak putus asa serta mengajarkanku sebuah tanggung jawab;
8. Sahabat seperjuanganku, Widya Febri Wirasti dan Ratih Nugraheni yang selalu memberikan dukungan dan semangat hingga selesainya skripsi ini;
9. Sahabat-sahabatku KFC, Friska Tantyas S.KM, Endah Wahyu S.KM, Annisa Reykaningrum S.KM, Rosa Kumala S.KM, Yopi Dwi Cahya S.KM, Kurnia Cahyo S.KM, Yunash Eka S.KM yang telah memberi masukan dan semangat;
10. Teman-teman di peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat (Hindri, Yuli, Yeni, Leli, Yopi, Dian, Widya, Agni dan Nenci);
11. Pihak-pihak yang telah membantu kelancaran proses penyusunan skripsi ini terutama pihak Puskesmas Sumber Sari dan masyarakat Desa Suco yang telah bersedia menjadi responden;
12. Teman-teman angkatan 2007 FKM Universitas Jember dan semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Februari 2012

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR ISTILAH DAN ARTI LAMBANG.....	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.1 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	6

2.1	Konseling Gizi	6
2.1.1	Definisi Konseling	6
2.1.2	Konseling Gizi di Dalam Pojok Gizi (POZI).....	7
2.1.3	Hal-hal yang Diperhatikan dalam Konseling Gizi.....	8
2.1.4	Konseling Gizi Balita Bawah Garis Merah (BGM) atau KEP Berdasarkan Depkes RI 2008.....	8
2.2	Pojok Gizi (POZI) Puskesmas	15
2.2.1	Pengertian Pojok Gizi (POZI).....	15
2.2.2	Tujuan Pojok Gizi (POZI)	16
2.2.3	Mekanisme Kerja POZI Puskesmas	16
2.3	Balita Bawah Garis Merah (BGM).....	20
2.3.1	Definisi Anak Balita	20
2.3.2	Definisi Anak Balita Bawah Garis Merah	20
2.3.3	Klasifikasi dan Gejala Klinis Balita BGM/ KEP.....	22
2.4	Mekanisme Pelayanan Gizi Balita BGM.....	23
2.3.1	Tingkat Rumah Tangga	23
2.3.2	Tingkat Posyandu	24
2.3.3	Pusat Pemulihan Gizi (PPG).....	25
2.3.3	Puskesmas	26
2.5	Status Gizi Anak Balita	27
2.5.1	Pengertian Status Gizi.....	27
2.5.2	Penilaian Status Gizi.....	29
2.5.3	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Anak.....	31
2.6	Kerangka Konseptual.....	37
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	38
3.1	Jenis Penelitian	38
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	38
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	39

3.3.1 Populasi Penelitian.....	39
3.3.2 Sampel Penelitian	39
3.3.3 Besar Sampel	39
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	40
3.4.1 Variabel Penelitian.....	40
3.4.2 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Kategori Penilaian	41
3.5 Data dan Sumber Data	48
3.5.3 Data Primer	48
3.5.4 Data Sekunder	48
3.6 Teknik Pengumpulan Data, Instrumen Pengumpulan Data dan Uji Validitas dan Reliabilitas	48
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	48
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	51
3.6.3 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	51
3.7 Teknik Penyajian	52
3.8 Alur Penelitian	53
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	54
4.1 Hasil Penelitian	54
4.1.1 Karakteristik Balita Bawah Garis Merah (BGM)	54
4.1.2 Karakteristik Keluarga Balita Bawah Garis Merah (BGM)	55
4.1.3 Pelaksanaan Konseing Gizi Berdasarkan Depkes RI Tahun 2008	56
4.1.4 Peningkatan Status Gizi.....	61
4.2 Pembahasan.....	62
4.1.1 Karakteristik Balita Bawah Garis Merah (BGM)	63
4.1.2 Karakteristik Keluarga Balita Bawah Garis Merah	

(BGM).....	65
4.1.3 Pelaksanaan Konseing Gizi Berdasarkan Depkes RI	
Tahun 2008	70
4.1.4 Peningkatan Status Gi.....	75
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	79
5.1 Kesimpulan	79
5.2 Saran	79
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN.....	86

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Kategori Status Gizi dengan Baku WHO-NHCS (Z-Score).....	31
3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran dan Skala Data.....	40
4.1 Distribusi Karakteristik Garis Merah (BGM)	52
4.2 Distribusi Karakteristik Keluarga Balita Garis Merah (BGM).....	53
4.3 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Konseling Gizi Berdasarkan Depkes RI tahun 2008.....	56
4.4 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Teknik Konseling Gizi.....	57
4.5 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Langkah-langkah Konseling Gizi....	59
4.6 Distribusi Peningkatan Status Gizi Balita Bawah Garis Merah (BGM).....	61

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Faktor-faktor penyebab BGM.....	20
2.2 Kerangka Konseptual	36

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A Lembar Informed Consent.....	85
B Lembar Kuisisioner.....	86
C Lembar Observasi Teknik dan Pelaksanaan Konseling Gizi	91
D Hasil Rekapitulasi Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisisioner Pengetahuan Gizi Ibu	94
E Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisisioner Pengetahuan Gizi Ibu.....	96
F Surat Ijin Penelitian	97
G Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	99
H Rekapitulasi Karakteristik Keluarga Balita Bawah Garis Merah (BGM).....	102
I Rekapitulasi Peningkatan Status Gizi Balita Bawah Garis Merah (BGM).....	103
J Dokumentasi.....	104

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Arti Lambang

<	= kurang dari
>	= lebih dari
\geq	= lebih dari sama dengan
\leq	= kurang dari sama dengan
%	= persen
α	= alfa

Arti Singkatan

AKB	= Angka Kematian Bayi
AGB	= Anemia Gizi Besi
AKG	= Angka Kecukupan Gizi
ASI	= Air Susu Ibu
BAB	= Buang Air Besar
BB	= Berat Badan
BB/TB	= Berat Badan menurut Tinggi Badan
BB/U	= Berat Badan menurut Umur
BGM	= Bawah Garis Merah
BP	= Balai Pengobatan
Depkes RI	=Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DM	= Diabetes Militus
DKBM	= Daftar Komposisi Bahan Makanan
DKMM	= Daftar Konversi Masak Mentah
Gakin	= Keluarga Miskin
GAKY	= Gangguan Akibat Kekurangan Yodium

GPA	= Grafik Pertumbuhan Anak
Hb	= Hemoglobin
IMT	= Indeks Masa Tubuh
KB	= Keluarga Berencana
KEP	= Kekurangan Energi Protein
KIA	= Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	= Kartu Menuju Sehat
LGG	= Larutan Gula Garam
LILA	= Lingkar Lengan Atas
MA	= Madrasah Aliyah
MDGs	= Millenium Development Goals
MI	= Madrasah Ibtida'iyah
MP ASI	= Makanan Pendamping Air Susu Ibu
MTs	= Madrasah Tsanawiyah
PB	= Panjang Badan
PMT-P	= Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan
POZI	= Pojok Gizi
PPG	= Pusat Pemulihan Gizi
PROTAP	= Prosedur Tetap
PSG	= Pemantauan Status Gizi
PSG	= Penilaian Status Gizi
PUGS	= Pedoman Umum Gizi Seimbang
Puskesmas	= Pusat Kesehatan Masyarakat
RT	= Rukun Tetangga
RW	= Rukun Warga
SD	= Sekolah Dasar
SMA	= Sekolah Menengah Atas
SMP	= Sekolah Menengah Pertama

SMK	= Sekolah Menengah Kejuruan
T	= Tidak Naik
T3	= Tidak Naik Tiga Kali
TB	= Tinggi Badan
TB/U	= Tinggi Badan menurut Umur
UMR	= Upah Minimum Regional
URT	= Ukuran Rumah Tangga
WHO	= <i>World Health Organization</i>

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa balita adalah masa lima tahun pertama dalam setiap kehidupan anak manusia. Suatu masa *golden age* yang sangat penting, terutama untuk pertumbuhan fisik (Ahira, 2010). Balita adalah masa yang disebut masa *golden age* atau masa keemasan anak. Pada masa ini, 90 persen sel-sel otak individu tumbuh dan berkembang. Bila pada masa *golden age* anak-anak terabaikan, maka akan menjadi permasalahan bagi balita tersebut (Budirahardjo, 2011).

Kurang Energi Protein merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. KEP disebabkan karena defisiensi *macro nutrient* (zat gizi makro). KEP adalah salah satu masalah gizi kurang akibat konsumsi makanan yang tidak cukup mengandung energi protein serta karena gangguan kesehatan (Soekirman, 2000). Menurut Sulistiyani (2010), KEP merupakan suatu kondisi patologis yang muncul akibat kekurangan energi dan protein, dan biasanya dihubungkan dengan adanya infeksi. Manifestasi dari KEP dalam penderitanya ditentukan dengan mengukur status gizi.

Balita yang menderita Kekurangan Energi Protein (KEP) di Indonesia pada tahun 2008 sekitar 39,8%. Berdasarkan pemantauan status gizi (PSG) yang dilakukan oleh Direktorat Bina Masyarakat, persentase KEP pada tahun 2009 mengalami penurunan menjadi 26,8%. Posentase KEP pada tahun 2010 kembali mengalami penurunan yaitu menjadi 17,9% (Depkes, 2010). Persentase balita gizi kurang dan buruk di Provinsi Jawa Timur tahun 2010 adalah 15,3%, keadaan ini telah mencapai target perbaikan gizi nasional tahun 2015 yaitu kurang dari 20% dan menurut target *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015 harus kurang dari 18,5%. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinkes Jatim (2010), masih terdapat 7 kabupaten di Jawa Timur yang belum mencapai target nasional, yaitu Kabupaten Jember, Probolinggo, Nganjuk, Bangkalan, Sampang, Pamekasan dan Sumenep.

Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) di Kabupaten Jember pada tahun 2007 menunjukkan prevalensi KEP sebesar 15,75% tahun 2008 sebesar 14,71%, dan meningkat kembali pada tahun 2009 sebesar 15,71% (Seksi Gizi, 2009). Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2011a), pada tahun 2010 kematian bayi di Puskesmas Sumbersari tercatat 5 kasus kematian pada tahun 2010 dan masuk dalam urutan 11 terbawah dari seluruh puskesmas yang ada di Kabupaten Jember. Kasus kematian dari 5 bayi tersebut 3 kematian diakibatkan oleh gizi buruk. Wilayah kerja Puskesmas Sumbersari terdiri dari lima kelurahan yaitu Sumbersari, Tegalgede, Wirolegi, Karangrejo dan Antirogo. Berdasarkan data pelaporan Puskesmas Sumbersari, pada kelurahan sumbersari terdapat balita Bawah Garis Merah (BGM) yaitu sebesar 3,2% (Dinkes Jember, 2011).

Salah satu upaya kuratif dalam penanggulangan balita BGM yaitu melalui pelayanan tingkat puskesmas. Melalui puskesmas balita BGM mendapatkan pengobatan, perawatan, serta diet KEP. Pendidikan non formal pada ibu balita BGM juga sangat diperlukan guna perawantan dan penyiapan makanan bagi pasien BGM rawat jalan. Menurut Moehji (2002), pengetahuan ibu mempengaruhi pola asuh gizi yang baik dalam pemberian asupan makan pada anaknya dan hal tersebut merupakan salah satu faktor utama dalam peningkatan pertumbuhan anak.

Sejalan dengan hal tersebut, perlu diambil langkah-langkah terobosan dalam upaya peningkatan pelayanan gizi di Puskesmas, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan dasar di tingkat Puskesmas. Salah satu usaha yang ditempuh adalah pengembangan Pojok Gizi (POZI) di Puskesmas yang merupakan upaya untuk mengoptimalkan pelayanan gizi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Pengembangan POZI seiring dengan upaya jaminan mutu pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas (*quality assurance*). Untuk menghadapi kebutuhan masyarakat yang semakin kritis dan dinamis, perlu diupayakan pelayanan gizi dalam POZI senantiasa ditingkatkan sesuai dengan situasi dan kebutuhan masyarakat, demikian juga dengan materi konseling (Depkes RI, 2002).

Balita Bawah Garis Merah (BGM) yang dirujuk pada puskesmas akan mendapatkan perawatan salah satunya berupa konseling gizi. Menurut Lesmana (2005), menyebutkan bahwa konseling gizi merupakan sebuah cara untuk membantu seseorang dan merupakan sebuah intervensi untuk mengubah tingkah laku seseorang. Hal tersebut sejalan dengan Depkes RI (2008b), dengan adanya konseling gizi maka akan memberikan pendidikan nonformal bagi ibu dengan pendidikan rendah yang berujung dengan peningkatan pengetahuan seseorang. Hal tersebut dikarenakan dalam konseling gizi seseorang akan mendapatkan informasi atau nasehat gizi dan dietik yang erat kaitannya dengan kondisi gizi dan kesehatan seseorang, konseling gizi terlebih dahulu diawali dengan pengkajian gizi (Depkes RI, 2002). Menurut WHO adapun mekanisme konseling gizi yang perlu dilakukan agar keberhasilan konseling gizi dapat tercapai.

Sejalan dengan hal tersebut, kegiatan konseling tersebut juga telah dilaksanakan pada Pojok Gizi (POZI) Puskesmas Sumbersari bagi balita Bawah Garis Merah (BGM). Puskesmas Sumbersari merupakan puskesmas yang telah mendapatkan ISO 9001:2000 dikarenakan Puskesmas Sumbersari telah memiliki pelayanan kesehatan yang baik dan merupakan salah satu Puskesmas yang ada di Kabupaten Jember yang letaknya berada di pusat kota dan merupakan puskesmas percontohan bagi puskesmas-puskesmas yang berada di Kabupaten Jember. Pada puskesmas Sumbersari merupakan salah satu puskesmas yang memiliki petugas gizi dari beberapa puskesmas yang lain (POA Puskesmas Sumbersari, 2010).

Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji gambaran konseling gizi pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di Pojok Gizi Puskesmas Sumbersari berdasarkan pada konseling gizi Depkes RI tahun 2008.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut, penelitian ini memiliki rumusan masalah yaitu : ” Bagaimana gambaran konseling gizi pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) di Pojok Gizi Puskesmas Sumpalsari berdasarkan pada konseling gizi Depkes RI tahun 2008?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana gambaran konseling gizi pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) di Pojok Gizi Puskesmas Sumpalsari berdasarkan pada konseling gizi Depkes RI tahun 2008.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan karakteristik Balita Bawah Garis Merah (BGM) yaitu umur dan jenis kelamin.
2. Mendeskripsikan karakteristik keluarga Balita Bawah Garis Merah (BGM) yaitu meliputi tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu tentang gizi, pendapatan keluarga, dan jumlah anggota keluarga.
3. Mendeskripsikan pelaksanaan konseling gizi pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) di pojok gizi puskesmas.
4. Mendeskripsikan peningkatan status gizi Balita Bawah Garis Merah (BGM) setelah penanganan gizi buruk tingkat puskesmas (konseling gizi).

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sarana untuk menumbuhkembangkan pengetahuan, wawasan serta menambah khasanah ilmu pengetahuan di bidang gizi kesehatan masyarakat terutama mengenai pelaksanaan konseling gizi pada Balita Bawah Garis Merah (BGM).

1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk mengembangkan program dan intervensi yang tepat mengenai penanganan balita gizi buruk tingkat puskesmas. Serta sebagai bahan kajian atau diskusi serta pedoman awal bagi peneliti lain untuk meneliti peranan pojok gizi puskesmas terhadap perkembangan status gizi anak dari berbagai segi di masa yang akan datang terutama untuk anak Balita Bawah Garis Merah (BGM).

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konseling Gizi

2.1.1 Definisi Konseling

Istilah konseling berasal dari bahasa Inggris “*to counsel*” yang secara etimologis berarti “*to give advice*” atau memberi saran dan nasehat (Hallen, 2005). Konseling merupakan salah satu teknik dalam pelayanan bimbingan dimana proses pemberian bantuan itu berlangsung melalui wawancara dalam serangkaian pertemuan langsung dan tatap muka antara konselor dengan klien dengan tujuan agar klien mampu untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik terhadap dirinya, mampu memecahkan masalah yang dihadapinya dan mampu mengarahkan dirinya untuk mengembangkan potensi yang dimiliki ke arah perkembangan yang optimal, sehingga ia dapat mencapai kebahagiaan pribadi dan kemanfaatan sosial (Brammer, *et al.*, 1993).

Konseling gizi adalah kegiatan pemberian informasi atau nasehat gizi dan dietik yang erat kaitannya dengan kondisi gizi dan kesehatan seseorang, konseling gizi terlebih dahulu diawali dengan pengkajian gizi (Depkes RI, 2002). Konseling gizi merupakan suatu proses komunikasi dua arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah gizi (Depkes RI, 2010). Konseling kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Penyuluhan kesehatan bertujuan mengubah agar masyarakat memiliki perilaku hidup sehat (Anneahira, 2010).

2.1.2 Konseling Gizi di Dalam Pojok Gizi (POZI)

Konseling gizi yang dilakukan di Puskesmas yakni dilakukan pada Pojok Gizi (POZI). Dalam konseling pada POZI diharapkan dengan adanya penyampaian pesan-pesan gizi yang direncanakan untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap serta perilaku positif sasaran terutama ibu balita (Depkes RI, 2002). Berdasarkan kelompok sasaran maka konseling gizi yang diberikan adalah sebagai berikut.

- a. Konseling tentang bayi atau balita mengacu pada data KMS atau KIA atau GPA, meliputi:
 - 1) Jadwal pemberian imunisasi dan manfaatnya.
 - 2) Cara membina pertumbuhan anak yang baik.
 - 3) Pemberian ASI eksklusif (0-6 bulan).
 - 4) Pemberian MP ASI untuk bayi di atas 6 bulan – 2 tahun.
 - 5) Merawat kesehatan gigi dan mulut.
 - 6) Gizi dan pemberian vitamin A untuk balita.
 - 7) Perkembangan anak dan latihan yang perlu diberikan sesuai dengan usia anak.
 - 8) Pertolongan pertama pada anak diare dengan memberikan oralit atau LGG (Larutan Gula Garam).
 - b. Konseling tentang ibu hamil, ibu menyusui, ibu nifas, meliputi:
 - 1) Memelihara kesehatan ibu selama masa kehamilan.
 - 2) Gizi dan pemberian tablet tambah darah (Fe), Kalk, dan vitamin C.
 - 3) Persalinan yang aman di tenaga kesehatan.
 - 4) Keluarga Berencana (KB) setelah melahirkan.
 - c. Konseling lain-lain:
 13. Penggunaan garam yodium.
 14. Membiasakan cuci tangan sebelum dan sesudah Buang Air Besar (BAB).
- (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2007)

2.1.3 Hal-hal yang Diperhatikan dalam Konseling Gizi

- a. Informasi atau saran yang disampaikan sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan.
- b. Menggunakan bahasa sehari-hari.
- c. Bisa dilaksanakan oleh ibu-ibu.
- d. Menggunakan alat peraga.
- e. Bersikap ramah.
- f. Memberikan kesempatan untuk bertanya.

(Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2007)

2.1.4 Konseling Gizi Balita Bawah Garis Merah (BGM) atau KEP Berdasarkan Depkes RI 2008

a. Balita yang Mendapatkan Konseling Gizi

Balita yang kurang gizi penting untuk mendapatkan konseling gizi untuk mencari penyebab masalah sebelum memberi nasihat kepada ibu. Balita dengan salah satu kriteria yang berada dalam keadaan sebagai berikut :

- 1) Kurus (< -2 SD untuk BB/PB atau BB/TB atau IMT/U)
- 2) Berat badan kurang (< -2 SD untuk BB/U)
- 3) Pendek (< -2 SD untuk PB/U atau TB/U)
- 4) Anak yang mempunyai kecenderungan pertumbuhan ke arah salah satu masalah tersebut di atas (Dipkes RI, 2008a).

Apabila ada masalah dalam pertumbuhan balita dan kecenderungan yang mengarah pada suatu masalah, maka perlu mewawancarai ibu untuk mengidentifikasi penyebab masalah yang ada. Selama konseling, sangat penting untuk menyepakati tindakan untuk meningkatkan pertumbuhan anak yang dapat dilaksanakan oleh ibu atau pengasuh (Depkes RI, 2008a).

b. Teknik Konseling Gizi

Konseling gizi yang dilakukan di Pojok Gizi Puskesmas oleh petugas gizi tidak hanya dilakukan pada balita yang mempunyai masalah kurang gizi tetapi juga pada balita kelebihan gizi. Dalam konseling gizi penting dilakukannya dengan teknik konseling yang baik, yaitu :

- 1) Mendengarkan dan belajar dari ibu balita :
 - a) Mengajukan pertanyaan terbuka kepada ibu atau pengasuh.
 - b) Mendengarkan dan meyakinkan bahwa petugas memahami yang disampaikan oleh ibu atau pengasuh.
 - c) Menggunakan bahasa tubuh dan isyarat untuk menunjukkan minat.
 - d) Empati untuk menunjukkan pemahaman terhadap perasaan ibu atau pengasuh.
- 2) Membangun kepercayaan dan berikan dukungan :
 - a) Memberikan pujian kepada ibu jika ibu sudah berbuat baik.
 - b) Menghindarkan kata yang menyalahkan ibu.
 - c) Menerima apa yang dipikirkan dan dirasakan oleh ibu.
 - d) Memberikan informasi dalam bahasa yang sederhana sehingga mudah dimengerti oleh ibu.
 - e) Memberikan saran yang terbatas tetapi bukan sebuah perintah.
 - f) Menawarkan bantuan praktis kepada ibu (Depkes RI, 2008b).

Jika anak tumbuh dengan baik, maka memberikan pujian pada ibu serta kaji ulang pemberian makan anak sesuai kelompok umur anak yang terdapat pada buku GPA. Menjelaskan rekomendasi pemberian makan anak pada kelompok umur berikutnya sebelum kunjungan berikutnya. Rekomendasi pemberian makan yang diperlukan untuk pemberian bagi anak yang sakit dan sehat serta nasehat tentang masalah pemberian makan. Jika anak kurang gizi penting mencari penyebab masalah sebelum memberi nasihat pada ibu. Mencari penyebab dengan mewawancarai ibu (Depkes RI, 2008b).

c. Langkah-Langkah Pelaksanaan Konseling Gizi Pada Balita Kurang Gizi

Berdasarkan Depkes RI (2008b), langkah konseling yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut :

1) Membacakan buku Grafik Pertumbuhan Anak (GPA)

Memberikan penjelasan dengan jelas dan sederhana tentang hasil plotting dan garis pertumbuhan anak apakah anak tumbuh seperti yang diharapkan atau mengalami masalah pertumbuhan. Dalam hal ini perlu dihindarkan perkataan yang bersifat menuduh atau menyalahkan kepada ibu. Apabila anak mengalami pertumbuhan seperti yang diharapkan maka perlu adanya pujian yang diberikan oleh petugas gizi kepada ibu. Membangun kepercayaan kepada ibu dan adanya komunikasi yang dapat membantu anaknya (Depkes RI, 2008b).

2) Mewawancarai ibu untuk mencari penyebab kurang gizi

a) Menentukan anak sakit atau tidak pada saat kunjungan

Seorang anak yang kurang gizi dimungkinkan sedang menderita penyakit (seperti diare) atau penyakit kronis yang dapat memperberat kakurangan gizinya. Jika anak menderita penyakit maka hal yang perlu dilakukan adalah mengobati penyakit penyerta atau masalah yang ada apabila mampu, jika tidak mampu rujuk anak kurang gizi ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh pelayanan yang sesuai. Jika diketahui atau dicurigai seorang anak mempunyai penyakit kronis (seperti HIV/AIDS, TB), ibu atau pengasuh anak perlu diberikan konseling atau melakukan tes/uji kesehatan.

b) Menanyakan pola pemberian makan atau pola menyusui

Ketika memberikan konseling pada ibu tentang pemberian makan, perlu dilakukan dengan penjelasan yang jelas dan sederhana untuk setiap anjuran. Salah satu saran yang diberikan adalah menyarankan makanan lokal yang bergizi dan cara penyiapannya. Akan lebih bermanfaat jika ditunjukkan gambar atau poster makanan lokal serta mendemonstrasikan cara penyiapan makanan yang bergizi. Menanyakan kepada ibu apakah ibu mengerti dan tidak mempunyai masalah dalam menerapkan anjuran pemberian makan.

Setelah menjelaskan anjuran makan langkah selanjutnya mengajukan pertanyaan pemahaman (*Checking Question*) untuk memastikan bahwa ibu telah memahami informasi yang diberikan. Pertanyaan pemahaman dimaksudkan untuk mengetahui apa yang sudah dipelajari ibu, agar dapat diberikan informasi tambahan maupun klarifikasi yang telah disampaikan. Pertanyaan pemahaman lanjutan perlu dilakukan kembali guna memastikan bahwa benar-benar mengerti. Jika jawaban ibu tidak tepat atau ibu tidak ingat, jangan membuat ibu merasa tidak nyaman. Perjelas atau beri lebih banyak informasi, selanjutnya ajukan pertanyaan pemahaman kembali (Dipkes RI, 2008b).

c) Mencari penyebab lain seperti faktor sosial dan lingkungan

Ketika mewawancarai ibu, kemungkinan ditemukan beberapa penyebab kurang gizi. Sebagai contoh adalah masalah sanitasi yang menimbulkan penyakit, faktor sosial dan lingkungan yang dapat mempengaruhi pemberian makan serta pola asuh anak. Berikut merupakan beberapa contoh penyebab kurang gizi :

- (1) Jika dalam satu rumah tangga terdapat tiga atau lebih balita, anak akan berisiko kurang gizi dan terabaikan. Risiko bisa dikurangi jika ada dua atau lebih orang dewasa yang bertanggung jawab dalam pemberian makan dan pengasuhan anak.
- (2) Jika tidak ada ibu atau ayah (misalnya karena perceraian atau kematian), atau jika salah satu orang tua tidak dilibatkan dalam pengasuhan anak, risiko kurang gizi dan terabaikan akan meningkat.
- (3) Jika ibu atau ayah tidak sehat, risiko anak menjadi kurang gizi meningkat.
- (4) Adanya trauma yang baru terjadi pada anak sehingga mempengaruhi nafsu makan anak.

- (5) Jika ibu menyatakan bahwa tidak cukup tersedia makanan dalam keluarga, maka ibu akan menghadapi masalah yang serius dan membutuhkan bantuan maupun nasihat (Dinkes RI, 2008).
- d) Menanyakan penyakit yang sering diderita atau berulang
- Menanyakan kepada ibu balita penyakit yang sering diderita oleh anak kurang gizi, misalnya penyakit diare atau penyakit kronis seperti TB.
- e) Menentukan penyebab utama kurang gizi bersama ibu atau pengasuh
- Jika ada beberapa kemungkinan penyebab kurang gizi, fokuskan pada penyebab utama yang dapat diubah. Setelah melakukan wawancara, menanyakan pendapat ibu apa yang dianggap sebagai penyebab kurang gizi. Kemudian melakukan kesimpulan apa yang menjadi penyebab utama (Dinkes RI, 2008).
- 3) Memberikan nasihat sesuai penyebab kurang gizi
- a) Nasihat pemberian makan
- (1) Pemberian makan sesuai dengan kelompok umur anak, yaitu dengan pembagian umur sebagai berikut :
- (a) Umur 0 sampai 6 bulan
- Memberikan Air Susu Ibu (ASI) sesuai keinginan anak (minimal 8 kali sehari, pagi siang maupun malam) serta jangan diberikan makanan atau minuman selain ASI.
- (b) Umur 6 sampai 9 bulan
- Teruskan pemberian ASI, mulai memberikan makanan pendamping ASI (seperti bubur susu, pisang, pepaya lumat halus, air jeruk, air tomat saring), secara bertahap sesuai pertambahan umur berikan bubur tim lumat ditambah kuning telur/ ayam/ ikan/ tempe/ tahu/ daging sapi/ wortel/ bayam/ kacang hijau/ santan/ minyak. Setiap hari diberikan makan sebagai berikut :
- 6 bulan : 2 x 6 sdm peres

– 7 bulan : 2-3 x 7 sdm peres

– 8 bulan : 3 x 8 sdm peres

(c) Umur 9 sampai 12 bulan

Teruskan pemberian ASI, pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang lebih padat dan kasar (seperti bubur, nasi tim, nasi lembik), tambahkan telur/ ayam/ ikan/ tempe/ tahu/ daging sapi/ wortel/ bayam/ santan/ minyak. Setiap hari (pagi/ siang/ malam) diberikan sebagai berikut :

– 9 bulan : 3 x 9 sdm peres

– 10 bulan : 3 x 10 sdm peres

– 11 bulan : 3 x 11 sdm peres

Memberikan makanan selingan 2 kali sehari (buah, biskuit, kue) diantara waktu makan.

(d) Umur 12 sampai 24 bulan

Teruskan pemberian ASI serta mulai memberikan makanan keluarga secara bertahap sesuai kemampuan anak. Berikan 3x sehari sebanyak 1/3 porsi makan orang dewasa terdiri dari nasi, lauk pauk, sayur dan buah. Berikan makanan selingan 2 kali diantara waktu makan (biskuit, kue).

(e) Umur 24 bulan atau lebih

Memberikan makanan keluarga 3 x sehari, sebanyak 1/3 – 1/2 porsi makan orang dewasa yang terdiri dari nasi, lauk pauk, sayur dan buah. Berikan makanan selingan kaya gizi 2 x sehari diantara waktu makan.

- (2) Pemberian ASI eksklusif yaitu 8 kali dalam sehari, pemberian MP-ASI, pemberian makanan bergizi 3-4 kali dalam sehari, serta dua kali makanan selingan

- (3) Meningkatkan konsumsi makanan bersumber hewani mengandung mikronutrien tinggi dan sebagian besar mineral diabsorpsi lebih baik dari daging dibanding dari makanan bersumber nabati (dari tanaman)
 - (4) Pemberian makanan fortifikasi atau menyediakan suplemen mikronutrien pada populasi vegetarian atau pada keadaan dimana akses terhadap diet dengan kecukupan mikronutrien terbatas (Dinkes RI, 2008).
- b) Nasihat penyebab lain (sosial dan lingkungan)
- (1) Apabila keluarga tidak mempunyai kamar kecil atau WC, menganjurkan ibu untuk membangun WC bagi keluarga tetapi hal tersebut sulit untuk dilakukan. Maka dengan begitu petugas kesehatan sebaiknya menyarankan dimana ibu dapat memperoleh bantuan
 - (2) Nasihat tentang mencuci tangan, cara memasak air minum, menutup tempat penyimpanan air minum dan memastikan gayung hanya digunakan untuk mengambil air tidak untuk minum
 - (3) Nasihat tentang pola pengasuhan anak, meliputi jumlah balita dalam satu rumah, pengasuhan anak, adanya salah satu orang tua yang sakit, serta tidak tersedianya makanan dalam keluarga (Depkes RI, 2008b).
- 4) Menetapkan sasaran untuk meningkatkan pertumbuhan anak kurang gizi

Pada akhir diskusi dengan ibu atau pengasuh untuk menetapkan sasaran atau target peningkatan pertumbuhan balita. Target yang diharapkan dapat berupa penambahan berat badan dan perubahan perilaku. Target tersebut diwujudkan berdasarkan waktu dan capaian yang diharapkan.

Dalam tahap ini penting untuk menetapkan waktu untuk kunjungan ulang dan sasaran yang ingin dicapai untuk meningkatkan pertumbuhan, misalnya saja adanya kenaikan berat badan secara nyata pada saat kunjungan berikutnya. Untuk memperbaiki pertumbuhan diperlukan 2 atau 3 kegiatan

yang dapat dilakukan oleh ibu atau pengasuh anak untuk memperbaiki pertumbuhan anak.

Jika penyebab kurang gizi karena menderita sakit, maka sasaran yang harus dicapai adalah mengembalikan anak pada berat badan normal dalam suatu waktu tertentu. Jika ada penyebab lain anak kurang gizi, tujuan pertama harus menghentikan kecenderungan menurun ke arah kurang gizi sambil mengembalikan ke pertumbuhan normal (Depkes RI, 2008b).

2.2 Pojok Gizi (POZI) Puskesmas

2.2.1 Pengertian Pojok Gizi (POZI)

Pojok Gizi (POZI) adalah pelayanan gizi profesional yang di berikan di Puskesmas oleh tenaga gizi terdidik atau terlatih kepada setiap pengunjung Puskesmas yang membutuhkan dan bertujuan untuk pencegahan, penanggulangan, penyembuhan dan pemulihan penyakit yang berkaitan dengan gizi. Pelayanan gizi menyeluruh (profesional) adalah pelayanan gizi yang diberikan oleh tenaga gizi terdidik atau terlatih berupa konseling dan anjuran dietetik, pemberian intervensi gizi berdasarkan hasil pengkajian yang sesuai dengan kaidah ilmu gizi. Kaidah gizi meliputi kajian status gizi, kebiasaan makan, laboratorium dan klinis (Depkes RI, 2002).

a. Kriteria Pelayanan Gizi Menyeluruh

- 1) Ketepatan atau ketelitian dalam menghitung kebutuhan gizi individu atau pengunjung.
- 2) Nasehat atau informasi dan anjuran dietetik yang diberikan bersifat akurat sesuai dengan kebutuhan individu atau pengunjung (berdasarkan hasil pengkajian gizi) dan Prosedur Tetap (Protap). Protap adalah langkah-langkah pelayanan gizi yang harus dilaksanakan oleh tenaga gizi Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada pengunjung POZI.

- 3) Komunikasi bersifat dua arah dan menggunakan alat peraga atau media penyuluhan yang tepat.
- 4) Data jenis pelayanan gizi atau dietik dan hasil yang dicapai dicatat secara tertib pada kartu status POZI dan catatan harian POZI (Depkes RI, 2002).

b. Ruang Lingkup POZI

- 1) Pelayanan gizi di POZI mencakup upaya-upaya yang bersifat preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.
- 2) Pelayanan gizi diberikan oleh tenaga gizi terdidik atau terlatih berdasarkan suatu standar atau Prosedur Tetap (Protap).
- 3) Pelayanan gizi di POZI berlaku bagi setiap individu yang membutuhkan, baik yang datang secara spontan maupun yang datang atas rujukan dari unit pelayanan kesehatan lainnya yang ada di Puskesmas, Pustu, Polindes, Posyandu atau rujukan dari Kepala Desa/Lurah/masyarakat.
- 4) Pedoman pelaksanaan POZI berlaku secara nasional, dan merupakan pegangan bagi petugas gizi Puskesmas, yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan gizi di Puskesmas Perawatan maupun Puskesmas Non Perawatan (Depkes RI, 2002).

c. Konsep Strategi POZI

Apabila pengunjung Puskesmas datang dan memperoleh layanan gizi yang profesional di POZI, maka pengunjung tersebut memiliki kemampuan untuk mencegah dan mengatasi penyakit-penyakit yang berkaitan dengan gizi secara lebih efektif (Depkes RI, 2002).

2.2.2 Tujuan POZI Puskesmas

a. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan gizi di Puskesmas dalam rangka upaya perbaikan gizi masyarakat, sebagai bagian dari “*quality assurance*” pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas.

b. Tujuan Khusus

- 1) Pengunjung POZI di Puskesmas memperoleh informasi yang akurat tentang status gizinya.
- 2) Pengunjung POZI di Puskesmas memperoleh layanan konseling dan anjuran dietetik yang sesuai dengan gizi yang dihadapi.
- 3) Pengunjung POZI di Puskesmas memperoleh tindakan gizi yang sesuai dengan masalah gizi yang dihadapi.
- 4) Pengunjung POZI di Puskesmas memperoleh layanan gizi profesional.
- 5) Terselenggaranya tertib pencatatan dan pelaporan POZI.

2.2.3 Mekanisme Kerja POZI Puskesmas

a. Alur Kunjungan POZI

Pengunjung Puskesmas pada umumnya datang secara langsung ke Puskesmas atau berdasarkan rujukan dari Pustu, Polindes, Posyandu, Kelurahan atau Desa, RW dan RT. Sebelum memperoleh layanan gizi, pengunjung Puskesmas mendaftar di loket dan selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan di BKIA, Balai Pengobatan (BP), dan lain-lain. Pengunjung Puskesmas datang ke POZI berdasarkan rujukan dari unit-unit tersebut, dari dokter ataupun datang langsung ke POZI untuk kunjungan ulang sesuai jadwal yang telah ditentukan. Dengan demikian pengunjung POZI dapat :

- 1) Dirujuk dari Balai Pengobatan (BP) oleh pimpinan Puskesmas atau perawat.
- 2) Dirujuk dari layanan lain di Puskesmas (BPKIA dan lain-lain).
- 3) Datang langsung ke POZI untuk kunjungan ulang.

b. Rujukan

Rujukan POZI mengikuti standar yang berlaku. Pengunjung POZI ke rumah sakit apabila memerlukan pelayanan kesehatan yang belum mampu diberikan oleh puskesmas yang bersangkutan. Pengunjung tersebut dapat pula rujuk kembali ke Pustu, Polindes ataupun posyandu apabila permasalahan sudah dapat diatasi di

puskesmas dan tindak lanjutnya dapat dilayani oleh unit-unit pelayanan kesehatan tersebut.

c. Komponen Layanan POZI

1) Pengkajian Gizi

- a) Pengkajian status gizi adalah kegiatan mengkaji hasil pengukuran anthropometri yaitu mengkaji hasil pengukuran tinggi badan (TB), berat badan (BB) dan lingkaran lengan atas terhadap setiap pengunjung POZI di Puskesmas berdasarkan standar yang telah ditentukan (KMS, IMT, LILA, dll).
- b) Pengkajian klinis adalah kegiatan mengkaji dan mengamati tanda-tanda klinis atau kelainan secara fisik yang dapat dilihat dari pengunjung (pucat, lesu, bercak pada mata, rambut kusam, kulit kasar, pembengkakan atau oedema, dll).
- c) Pengkajian laboratorium adalah kegiatan mengkaji hasil pemeriksaan kadar gula darah, kadar hemoglobin darah (Hb), urine, cacing, sputum, dll.
- d) Pengkajian kebiasaan makan adalah pemberian informasi tentang kebiasaan makan, pola makan dan asupan makanan dalam sehari (anamnesis).

2) Konseling Gizi

Konseling gizi adalah kegiatan pemberian informasi atau nasehat tentang gizi dan dietik yang erat kaitannya dengan kondisi gizi dan kesehatan seseorang. Konseling gizi diawali dengan pengkajian gizi.

3) Dietetik

Dietik yaitu anjuran pemberian makanan khusus atau diet yang sesuai dengan penyakit seseorang (KEP, obesitas, hipertensi, diabetes melitus) termasuk pemberian suplementasi gizi (Depkes RI, 2002)

d. Perlengkapan Standar Pelayanan Gizi Puskesmas

Perlengkapan standar pelayanan gizi di Puskesmas terdiri dari tiga golongan, yaitu :

6. Bahan konseling gizi terdiri dari :
 - a) Prosedur tetap (PROTAP)
 - b) Brosur atau *LeafLet* diet (DM, KEP, Rendah Garam, Rendah Energi)
 - c) Pedoman Pemanfaatan Air Susu Ibu (ASI)
 - d) Pedoman Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)
 - e) Pedoman Makanan Ibu Hamil dan Menyusui
 - f) Pedoman Makanan Usia Lanjut
 - g) Kartu Menuju Sehat (KMS) balita, anak sekolah, ibu hamil dan usila
 - h) Poster Grafik Indeks Masa Tubuh (IMT) dan Buku Pedoman IMT
 - i) Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS)
 - j) Pedoman Penanggulangan Kelainan Gizi (Vitamin A, Anemia, GAKY, KEP)
 - k) Angka Kecukupan Gizi (AKG)
 - l) Daftar Bahan Makanan Penukar
 - m) Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM)
 - n) *Food Model*
 - o) Formulir Kajian Kebiasaan Makan dan Asupan Makanan Sehari-hari
 - p) Kartu Status, Formulir Rekapitulasi dan Grafik Pertumbuhan Anak (GPA) (Depkes RI, 2002).
7. Bahan paket pertolongan gizi
 - a) Kapsul yodium untuk Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY)
 - b) Kapsul vitamin A untuk Kekurangan Vitamin A (KVA)
 - c) Tablet atau sirup besi untuk Anemia Gizi Besi (AGB)
 - d) Obat cacing
 - e) Oralit untuk pencegahan diare
 - f) Layanan dietetik (makanan khusus) untuk pasien rawat inap (Depkes RI, 2002).
8. Alat-alat

- a) Hb meter atau Hb digital
- b) Tensi meter
- c) Timbangan
- d) Alat pengukur tinggi badan (*Microtoise*)
- e) Pita Lingkar Lengan Atas (LILA)
- f) Alat atau *reagen* reduksi urine
- g) Alat tes *reagen* gula darah
- h) *Microscope*
- i) *Filling Cabinet*

2.3 Balita Bawah Garis Merah (BGM)

2.3.1 Definisi Anak Balita

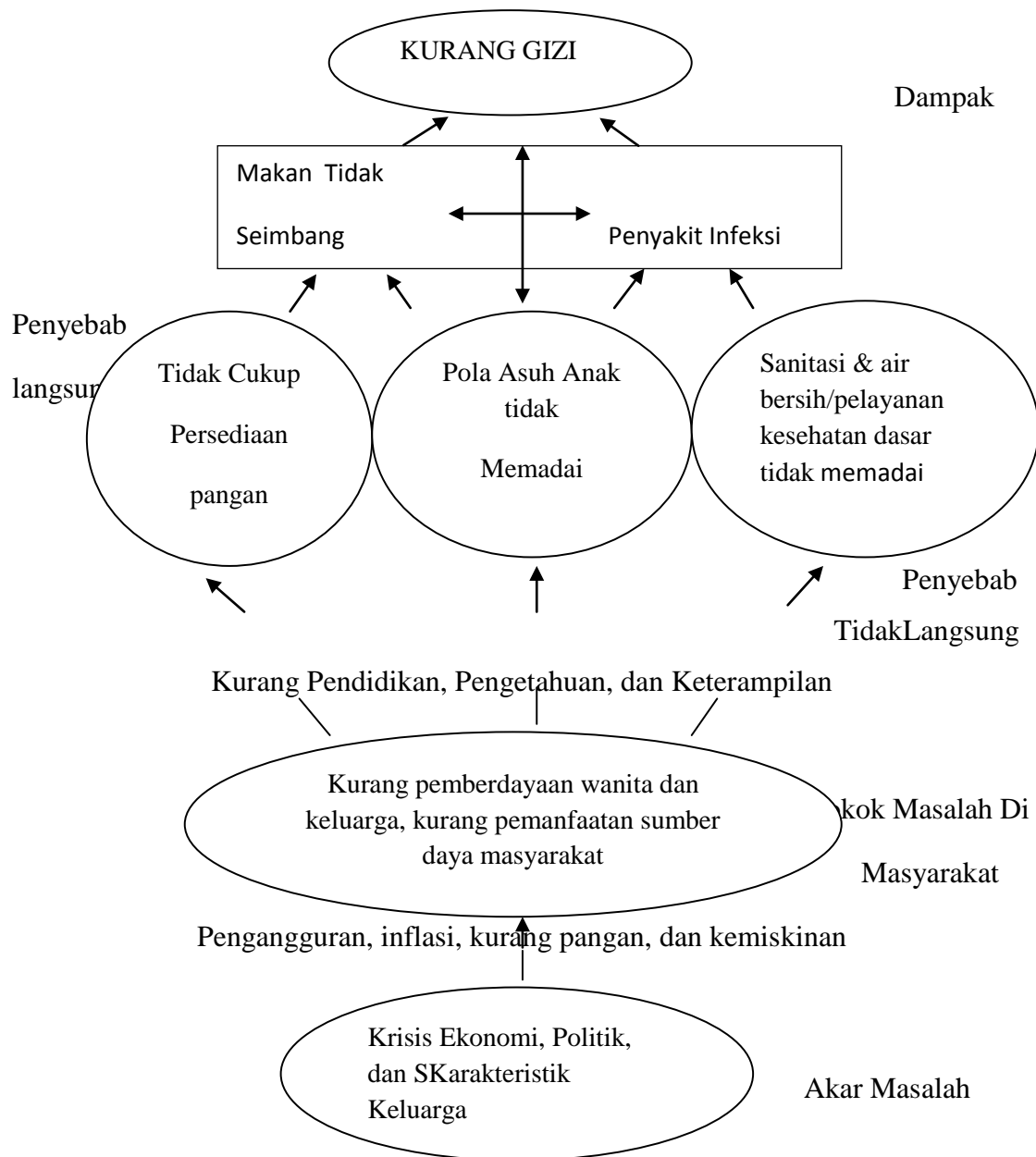
Balita adalah anak yang berusia di bawah lima tahun. Masa balita merupakan usia penting dalam tumbuh kembang anak secara fisik. Pada usia tersebut, pertumbuhan seorang anak sangatlah pesat sehingga memerlukan asupan zat gizi yang sesuai dengan kebutuhannya. Kondisi kecukupan gizi tersebut sangatlah berpengaruh dengan kondisi kesehatannya secara berkesinambungan pada masa mendatang (Muaris,2006).

2.3.2 Definisi Anak Balita Bawah Garis Merah

Balita Bawah Garis Merah adalah balita yang ditimbang berat badannya berada pada garis merah atau dibawah garis merah pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Balita Bawah Garis Merah (BGM) dapat ditemukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Kondisi ini berarti balita tersebut mengalami gangguan pertumbuhan dan perlu perhatian khusus.

Bawah Garis Merah (BGM) merupakan gambaran status gizi balita yang mengalami Kurang Energi Protein (KEP) sedang atau berat. Menurut Supariasa

(2002), Kurang Energi Protein adalah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makana sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu. Kurang Energi Protein pada balita adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk usia dibawah lima tahun. Faktor yang dapat menyebabkan BGM, yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung, akar masalah, dan pokok masalah dapat dilihat secara rinci pada bagan pada lembar berikutnya (Supariasa, 2002).



Bagan 2.1 Faktor-faktor penyebab BGM

2.3.3 Klasifikasi dan Gejala Klinis Balita BGM/ KEP

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2011), klasifikasi balita BGM yang mendapatkan bantuan berupa PMT-P sebagai berikut:

- a. Balita sangat kurus, yaitu balita dengan $BB/TB < -3SD$.
- b. Balita dengan tanda-tanda klinis marasmic kwashiorkor.
- c. Balita kurus, yaitu balita dengan $BB/TB > -3SD - - < -2SD$.
- d. Balita terancam gizi buruk, yaitu balita BGM gakin dengan BB/TB normal tetapi BB/U sangat kurus dengan 2T atau penyakit penyerta.

Adapun klasifikasi status gizi menurut WHO-NCHS 2005 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Kategori Status Gizi dengan Baku WHO-NHCS (*Z-Score*)

BB/U	PB/U	BB/PB
Gizi Lebih ($> +2,0$ SD)	Jangkung ($> +2,0$ SD)	Gemuk ($> +2,0$ SD)
Gizi Baik ($- 2,0$ SD s/d $+ 2,0$ SD)	Normal ($- 2,0$ SD s/d $+ 2,0$ SD)	Normal ($-2,0$ SD s/d $-2,0$ SD)
Gizi Kurang ($< -2,0$ SD)	Pendek ($- 3,0$ SD s/d $- 2,0$ SD)	Kurus ($-3,0$ SD s/d $-2,0$ SD)
Gizi Buruk ($< 3,0$ SD)	Sangat pendek ($< 3,0$ SD)	Sangat Kurus ($< -3,0$ SD)

Sumber : Soegianto, 2003

Gejala Klinis KEP sebagai berikut :

- a. KEP Ringan atau Sedang

Untuk tingkat KEP ini tidak terdapat ciri spesifik pada tubuhnya. Gejala klinis penderita KEP tingkat ini mempunyai badan yang tampak kurus (Depkes RI, 2000).

- b. KEP Berat pada tingkat ini dibagi 3 klasifikasi:

- 1) Marasmus

- (a) Anak tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit.
- (b) Wajah seperti orang tua.
- (c) Cengeng, rewel.
- (d) Kulit keriput, jaringan lemak sub kutis sangat sedikit, bahkan sampai tidak ada.

- (e) Sering disertai diare kronik atau konstipasi/susah buang air, serta penyakit kronik.
- (f) Tekanan darah, detak jantung, dan pernafasan berkurang.

2) Kwashiorkor

- (a) Oedema umumnya diseluruh tubuh dan terutama pada kaki (dorsum pedis).
- (b) Wajah membulat dan sembab.
- (c) Otot-otot mengecil, lebih nyata apabila diperiksa pada posisi berdiri dan duduk, anak nerbaring terus-menerus.
- (d) Perubahan status mental : cengeng, rewel, kadang apatis.
- (e) Anak sering menolak segala jenis makanan (anoreksia).
- (f) Pembesaran hati.
- (g) Sering disertai infeksi, anemia, dan diare/mencret. Rambut berwarna kusam dan mudah dicabut.
- (h) Gangguan kulit berupa bercak merah yang meluas dan berubah menjadi hitam terkelupas (*crazy pavement dermatosis*).
- (i) Pandangan mata anak tampak sayu.

3) Marasmus-Kwashiorkor

Tanda-tanda marasmus-kwashiorkor adalah gabungan dari tanda-tanda yang ada pada marasmus dan kwashiorkor (Supariasa, 2002).

2.4 Mekanisme Pelayanan Gizi Balita BGM

2.4.1 Tingkat Rumah Tangga

- 1) Ibu membawa anak untuk ditimbang di posyandu secara teratur setiap bulan untuk mengetahui pertumbuhan berat badannya.
- 2) Ibu memberikan hanya ASI kepada bayi usia 0-6 bulan.
- 3) Ibu tetap memberikan ASI kepada anak sampai usia 2 tahun.

- 4) Ibu memberikan MP-ASI sesuai usia dan kondisi kesehatan anak sesuai anjuran pemberian makanan.
- 5) Ibu memberikan makanan beraneka ragam bagi anggota keluarga lainnya.
- 6) Ibu segera memberitahukan pada petugas kesehatan/kader bila balita mengalami sakit atau gangguan pertumbuhan.
- 7) Ibu menerapkan nasehat yang dianjurkan petugas.

2.4.2 Tingkat Posyandu

- 1) Kader melakukan penimbangan balita setiap bulan di posyandu serta mencatat hasil penimbangan pada KMS.
- 2) Kader memberikan nasehat pada orang tua balita untuk memberikan hanya ASI pada bayi usia 0-6 bulan dan tetap memberikan ASI sampai usia 2 tahun.
- 3) Kader memberikan penyuluhan pemberian MP-ASI sesuai dengan usia anak dan kondisi anak sesuai kartu nasehat ibu.
- 4) Kader menganjurkan makanan beraneka ragam untuk anggota keluarga lainnya.
- 5) Bagi balita dengan berat badan tidak naik (“T”) diberikan penyuluhan gizi seimbang dan PMT penyuluhan.
- 6) Kader memberikan PMT-Pemulihan bagi balita dengan berat badan tidak naik 3 kali (“3T”) dan berat badan di bawah garis merah (BGM).
- 7) Kader merujuk balita ke Puskesmas bila ditemukan gizi buruk dan penyakit penyerta lain.
- 8) Kader melakukan kunjungan rumah untuk memantau perkembangan kesehatan balita.

2.4.3 Pusat Pemulihan Gizi (PPG)

Pusat Pemulihan Gizi (PPG) merupakan suatu tempat pelayanan gizi kepada masyarakat yang ada di desa dan dapat dikembangkan dari posyandu.

Pelayanan gizi di PPG difokuskan pada pemberian makanan tambahan pemulihan bagi balita KEP. Penanganan PPG dilakukan oleh kelompok orang tua balita (5-9 balita) yang dibantu oleh kader untuk menyelenggarakan PMT Pemulihan anak balita.

Layanan yang dapat diberikan adalah :

- 1) Balita KEP yang tidak menderita penyakit penyerta lain dapat dilayani di PPG.
- 2) Kader memberikan penyuluhan gizi/kesehatan serta melakukan demonstrasi cara menyiapkan makanan untuk anak KEP.
- 3) Kader menimbang berat badan anak setiap minggu untuk memantau perubahan berat badan dan mencatat keadaan kesehatannya.
 - a) Bila anak berat badannya tidak naik atau tetap maka berikan penyuluhan gizi seimbang untuk dilaksanakan dirumah.
 - b) Bila anak sakit dianjurkan untuk memeriksakan anaknya ke Puskesmas.
- 4) Apabila berat badan anak berada di pita warna kuning atau di bawah garis merah (BGM) pada KMS, kader memberikan PMT Pemulihan.
 - a) Makanan tambahan diberikan dalam bentuk makanan jadi dan diberikan setiap hari.
 - b) Bila makanan tidak memungkinkan untuk dimakan bersama, makanan tersebut diberikan satu hari dalam bentuk matang selebihnya diberikan dalam bentuk bahan makanan mentah.
 - c) Apabila berat badan anak berada di bawah pita warna kuning pada KMS teruskan pemberian PMT Pemulihan sampai 90 hari
 - d) Apabila setelah 90 hari, berat badan anak belum berada di pita warna hijau pada KMS kader merujuk anak ke Puskesmas untuk mencari kemungkinan penyebab lain.
- 5) Apabila berat badan anak berada pada pita warna hijau pada KMS, kader menganjurkan pada ibu untuk mengikuti pelayanan di posyandu setiap

bulan dan tetap melaksanakan anjuran gizi dan kesehatan yang telah diberikan.

- 6) Ibu memperoleh penyuluhan gizi/kesehatan serta demonstrasi cara menyiapkan makanan untuk anak KEP.
- 7) Kader menganjurkan pada ibu untuk tetap melaksanakan nasehat yang diberikan tentang gizi dan kesehatan.
- 8) Kader melakukan kunjungan rumah untuk memantau perkembangan kesehatan dan gizi anak.

2.4.4 Puskesmas

- 1) Puskesmas menerima rujukan KEP dari posyandu dalam wilayah kerjanya serta pasien pulang dari rawat inap di rumah sakit.
- 2) Menyeleksi kasus dengan cara menimbang ulang dan dicek dengan tabel BB/U baku median WHO-NCHS.
 - a) Apabila ternyata berat badan anak berada di bawah garis merah (BGM) dianjurkan kembali ke PPG/posyandu untuk mendapatkan PMT pemulihan.
 - b) Apabila anak dengan KEP (BB <60% Tabel BB/U Baku Median WHO-NCHS) tanpa disertai komplikasi, anak dapat dirawat jalan di puskesmas sampai berat badannya mulai naik 0,5 kg selama 2 minggu dan mendapat PMT-P dari PPG.
 - c) Apabila setelah 2 minggu berat badannya tidak naik, lakukan pemeriksaan untuk evaluasi mengenai asupan makanan dan kemungkinan penyakit penyerta, rujuk ke rumah sakit untuk mencari penyebab lain.
- 3) Anak KEP dengan komplikasi serta ada tanda-tanda kegawatdaruratan segera dirujuk ke rumah sakit umum.

- 4) Tindakan yang dapat dilakukan di puskesmas pada anak KEP tanpa komplikasi,
 - a) Memberikan penyuluhan gizi dan konseling diet KEP (dilakukan di pojok gizi).
 - b) Melakukan pemeriksaan fisik dan pengobatan minimal 1 kali per minggu.
 - c) Melakukan evaluasi pertumbuhan berat badan balita gizi buruk setiap 2 minggu sekali.
 - d) Melakukan peragaan cara menyiapkan makanan untuk KEP .
 - e) Melakukan pencatatan dan pelaporan tentang perkembangan berat badan dan kemajuan asupan makanan.
 - f) Untuk keperluan data pemantauan gizi buruk di lapangan, posyandu dan puskesmas diperlukan laporan segera jumlah balita KEP ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota dalam 24 jam.
- 5) Apabila berat badan anak mulai naik, anak dapat dipulangkan dan dirujuk ke posyandu/PPG serta dianjurkan untuk pemantauan kesehatan setiap bulan sekali.
- 6) Petugas kesehatan memberikan bimbingan terhadap kader untuk melakukan pemantauan keadaan balita pada saat kunjungan rumah.

2.5 Status Gizi Anak Balita

2.5.1 Pengertian Status Gizi

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. Sedangkan status gizi didefinisikan sebagai ekspresi dari keadaan

keseimbangan dari variabel tertentu atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, *et al.*, 2001). Menurut Almatsier (2002), status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi, dibedakan antara status gizi buruk, kurang baik dan lebih. Status gizi merupakan gambaran atau keadaan umum tubuh sebagai hasil interaksi antara faktor genitika dan faktor lingkungan. Faktor lingkungan yang mempengaruhi antara lain : gizi (makanan), fisik, ekonomi, sosial, budaya, psikososial, higiene dan sanitasi lingkungan serta geografis (Sediaoetama, 2000).

Persatuan Ahli Gizi Indonesia (persagi) menyebutkan bahwa terdapat dua penyebab utama terjadinya gizi kurang yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung berasal dari asupan makanan yang di konsumsi setiap individu dan penyakit infeksi yang menyebabkan gangguan metabolisme dalam tubuh. Penyebab tidak langsung dapat disebabkan faktor persediaan makan di rumah, perawatan anak dan ibu hamil serta pelayanan kesehatan (Supariasa, *et al.*, 2001).

Anak usia 6-23 bulan merupakan salah satu kelompok umur yang sangat rawan terhadap masalah gangguan status gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu. KEP adalah suatu bentuk masalah gizi yang disebabkan oleh berbagai faktor utama makanan yang tidak memenuhi kebutuhan anak akan energi dan protein serta infeksi, yang berdampak pada penurunan status gizi anak dari gizi baik menjadi gizi kurang atau buruk (Soekirman, 2000). Kelompok umur balita (0-5 Tahun) biasanya digunakan sebagai indikator adanya masalah KEP di masyarakat dan untuk menentukan berapa proporsi anak KEP di suatu masyarakat diperlukan baku rujukan yang digunakan sebagai patokan.

2.5.2 Penilaian Status Gizi

Penilaian Status Gizi salah satunya dapat menggunakan penilaian antropometri gizi. Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia.

Antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan.

a. Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, dimana keadaan sehat baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan yang abnormal, terdapat 2 kemungkinan perkembangan berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (*current nutritional status*).

b. Tinggi badan Menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan pertambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Berdasarkan karakteristik tersebut, maka indeks ini menggambarkan status gizi masa lalu yang lebih erat kaitannya dengan status sosial ekonomi.

c. Berat Badan Menurut Tinggi Badan

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/TB adalah merupakan indeks yang independen terhadap umur (Supariasa, *et al.*, 2001).

Penilaian Status Gizi secara tidak langsung salah satunya adalah menggunakan survei konsumsi makanan. Survei konsumsi makanan merupakan metode penilaian status gizi dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi. Berdasarkan data yang diperoleh, pengukuran konsumsi makanan menghasilkan dua jenis data konsumsi, yaitu bersifat kualitatif dan kuantitatif. Metode yang bersifat kualitatif biasanya untuk mengetahui frekuensi makan, frekuensi konsumsi menurut jenis bahan makanan dan menggali informasi tentang kebiasaan makan (*food habits*) serta cara-cara memperoleh bahan makanan tersebut. Metode-metode pengukuran konsumsi makanan bersifat kualitatif antara lain: frekuensi makanan (*food frequency*), *dietary history*, telepon, pendaftaran makanan (*food list*). Metode yang bersifat kuantitatif dimaksudkan untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dapat dihitung konsumsi zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Makanan (DKBM) atau Daftar Ukuran Rumah Tangga (URT), Daftar Konversi Mentah-Masak (DKMM) dan Daftar Penyerapan Minyak. Metode-metode untuk pengukuran konsumsi secara kuantitatif antara lain: metode *recall* 24 jam, perkiraan makanan (*estimated food records*), penimbangan makanan (*food weighing*), metode *food account*, metode inventaris (*inventory method*), dan pencatatan (*houshold food records*) (Supariasa, *et al.*, 2001). Berdasarkan penggolongan status gizi menurut indeks antropometri adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Kategori Status Gizi dengan Baku WHO-NHCS (*Z-Score*)

BB/U	PB/U	BB/PB
Gizi Lebih (> +2,0 SD)	Jangkung (> +2,0 SD)	Gemuk (> +2,0 SD)
Gizi Baik (- 2,0 SD s/d + 2,0 SD)	Normal (- 2,0 SD s/d + 2,0 SD)	Normal (-2,0 SD s/d -2,0 SD)

Gizi Kurang (< -2,0 SD)	Pendek (- 3,0 SD s/d – 2,0 SD)	Kurus (-3,0 SD s/d -2,0 SD)
Gizi Buruk (< 3,0 SD)	Sangat pendek (< 3,0 SD)	Sangat Kurus (< -3,0 SD)

Sumber : Soegianto, 2003

2.5.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Anak

a. Faktor penyebab langsung

1) Konsumsi Makanan

Konsumsi makan merupakan banyaknya atau jumlah pangan, secara tunggal maupun beragam yang dikonsumsi seseorang atau sekelompok orang yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan fisiologis, psikologis dan sosiologis (Sediaoetama, 2000). Defisiensi gizi yang paling berat dan meluas terutama dikalangan anak-anak ialah akibat kekurangan zat gizi energi dan protein sebagai akibat kekurangan konsumsi makan dan hambatan mengabsorpsi zat gizi. Menurut Soekirman (1999) dalam Made *et al.*(2004) menyatakan bahwa penyebab dari tingginya prevalensi gizi kurang secara langsung adalah asupan gizi yang tidak sesuai antara yang dikonsumsi dengan kebutuhan tubuh, dimana asupan gizi secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola pengasuhan terhadap anak yang diberikan oleh ibu. Hal tersebut sama dengan apa yang di ungkapkan oleh Irawan (2004) yang menyebutkan bahwa gizi kurang dan gizi buruk adalah manifestasi karena kurangnya asupan dari protein dan energi dalam makanan sehari-hari sehingga tidak mencukupi AKG dan biasanya juga terdapat kekurangan dari beberapa nutrisi lainnya. Konsumsi makanan yang tidak adekuat ini erat pula kaitannya dengan keadaan infeksi pada anak. Anak yang tidak cukup mendapatkan makanan maka daya tahan tubuhnya akan melemah sehingga mudah diserang infeksi yang akan mengurangi nafsu makan sehingga mudah diserang infeksi yang akan mengurangi nafsu makan sehingga pada akhirnya dapat menderita gizi kurang (Proyek Perbaikan Gizi Masyarakat). Faktor yang berhubungan dengan konsumsi makan yaitu:

a). Umur Ibu

Hurlock (1998) menggambarkan bahwa umur ibu yang memiliki anak dikelompokkan dalam 3 kategori, yaitu usia muda (< 20 tahun), dewasa dini (20-29 tahun), dan dewasa madya (30-40 tahun).

b). Pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan

Bagian penting dari pengelolaan gizi adalah pengetahuan, kurangnya daya beli merupakan suatu kendala, tetapi defisiensi gizi akan banyak berkurang bila orang mengetahui bagaimana menggunakan daya beli yang ada. Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi seseorang dalam memilih makanan. Untuk masyarakat yang berpendidikan dan cukup pengetahuan tentang gizi, pertimbangan fisiologis lebih menonjol dibandingkan dengan kebutuhan kepuasan psikis. Tetapi umumnya akan terjadi kompromi antara keduanya, sehingga akan menyediakan makanan yang lezat dan bergizi seimbang (Sediaoetama, 2000).

Pengetahuan ibu merupakan faktor penting, karena mempengaruhi kemampuan ibu dalam mengelola sumber daya yang ada untuk mendapatkan kecukupan bahan makanan. Pengetahuan tentang kandungan zat gizi dalam berbagai bahan makanan, kegunaan makanan bagi kesehatan keluarga dapat membantu ibu memilih bahan makanan, kegunaan makanan bagi kesehatan keluarga dapat membantu ibu memilih bahan makanan yang berharga tidak begitu mahal akan tetapi nilai gizinya tinggi (Moehji, 2003). Dalam penelitian Wonatorey *et al.* (2006) disebutkan bahwa peningkatan status gizi anak gizi buruk kemungkinan dipengaruhi oleh meningkatnya pengetahuan gizi ibu dalam pengolahan dan perawatan anak gizi buruk melalui konseling gizi.

c) Pendidikan ibu

Tingkat pendidikan formal membentuk nilai-nilai progresif bagi seseorang terutama dalam menerima hal-hal baru. Tingkat pendidikan formal merupakan faktor yang ikut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan menekuni pengetahuan yang diperoleh. Peranan orang tua, khususnya ibu, dalam menyediakan dan menyajikan makanan yang bergizi bagi keluarga, khususnya anak menjadi

penting. Masukan gizi anak sangat tergantung pada sumber-sumber yang ada di lingkungan sosialnya, salah satu yang sangat menentukan adalah ibu. Kualitas pelayanan ibu dalam keluarga ditentukan oleh penguasaan informasi dan faktor ketersediaan waktu yang memadai. Kedua faktor tersebut antara lain faktor determinan yang dapat ditentukan dengan tingkat pendidikan, interaksi sosial dan pekerjaan (Soekirman, 2000).

d) Pendapatan keluarga

Masalah kekurangan gizi, keamanan pangan dan kemiskinan selalu berkaitan dan sukar ditunjukkan apa penyebabnya. Meskipun tersedia bahan makanan yang cukup, jika keluarga miskin kelaparan masalah gizi kemungkinan masih akan timbul. Jika tingkat pendapatan naik maka jumlah makanan yang dikonsumsi cenderung untuk membaik juga, secara tidak langsung zat gizi yang diperlukan tubuh akan terpenuhi dan akan meningkatkan status gizi. Tingkat pendapatan akan menentukan makanan apa yang akan dibeli oleh keluarga. Orang miskin biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatannya untuk makanan. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan lain yang menyebabkan orang-orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan. Ada pula keluarga yang sebenarnya mempunyai penghasilan cukup namun sebagian anaknya berstatus kurang gizi (Sayogya, 1996).

e) Jumlah anggota dalam keluarga

Jumlah keluarga dan jarak kelahiran antar anak akan berpengaruh dalam acara makan bersama, sering kali anak yang lebih kecil mendapat jumlah makanan yang kurang mencukupi karena anggota keluarga lain makan dalam jumlah yang lebih banyak. Hubungan antara laju kelahiran yang tinggi dan kurang gizi sangat nyata pada masing-masing keluarga. Sumber pangan keluarga, terutama mereka yang sangat miskin, akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makannya jika yang harus diberikan makan dalam jumlah keluarga yang sedikit (Moehji, 2003). Menurut Sediaoetama (2000), menyatakan bahwa distribusi pangan yang dikonsumsi suatu

keluarga sering tidak merata, yaitu jumlah makanan yang tidak sesuai dengan tingkat kebutuhannya menurut umur dan keadaan fisik serta jenis kelaminnya.

2) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi dapat bertindak sebagai pemula terjadinya kurang gizi sebagai akibat menurunnya nafsu makan, adanya gangguan penyerapan dalam saluran gizi pencernaan atau peningkatan kebutuhan zat gizi oleh adanya penyakit. Status gizi yang rendah akan menurunkan resistensi tubuh terhadap infeksi penyakit sehingga banyak menyebabkan kematian, terutama pada anak, keadaan ini akan mempengaruhi angka mortalitas (Baliwati *et al.*, 2004). Menurut Scrimshaw *et al.* (1959) dalam Supriasa *et al.* (2001) menyatakan bahwa ada hubungan yang sangat erat antara infeksi (bakteri, virus, dan parasit) dengan malnutrisi dengan penyakit infeksi dan juga infeksi akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat malnutrisi.

b. Faktor Penyebab Tidak Langsung

1) Ketahanan Pangan Keluarga

Ketahanan pangan keluarga adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik dalam jumlah maupun mutu gizinya. 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.

2) Pola Asuh Anak

Penelitian yang dilakukan Made *et al.* (2004) menunjukkan adanya hasil uji statistik yang bermakna antara pola asuh dengan status gizi yang artinya semakin baik pola asuh semakin baik status gizi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bibi (2001) dalam Made *et al.* (2004) bahwa dengan adanya pola asuh yang baik utamanya asuhan gizi maka status gizi akan semakin baik. Pola asuh yang kurang baik berhubungan dengan pola pemberian

ASI dan MP-ASI yang kurang baik serta prioritas gizi yang salah dalam keluarga.

Dalam penelitian Suryono dan Supardi (2004) disebutkan bahwa jika tidak diberi ASI eksklusif akan terjadi 2,86 kali kemungkinan balita mengalami KEP dan hal tersebut bermakna secara statistik. Menurut Azwar (2000), masih banyak ibu yang tidak memberikan kolostrum pada bayinya. Selain itu, pemberian ASI terhenti karena ibu kembali bekerja. Di daerah kota dan semi perkotaan ada kecenderungan rendahnya frekuensi menyusui dan ASI dihentikan terlalu dini pada ibu-ibu yang bekerja (Soekirman, 2001 dalam Rasni, 2009). Disebutkan pula adanya mitos ataupun kepercayaan/adat-istiadat masyarakat tertentu yang tidak benar dalam pemberian makanan sebelum ASI, yaitu pemberian air kelapa, air tajin, air teh, madu dan pisang. Makanan yang diberikan pada bayi baru lahir sebelum ASI keluar sangat berbahaya bagi kesehatan bayi dan mengganggu keberhasilan menyusui (Azwar, 2000).

a) Pola pemberian MP-ASI yang kurang baik

Azwar (2000) mengungkapkan pemberian MP-ASI yang kurang baik meliputi:

- (1) Pemberian MP-ASI yang terlalu dini atau terlambat, dimana pemberian MP-ASI sebelum bayi berumur 4 bulan dapat menurunkan konsumsi ASI dan gangguan pencernaan/diare dan jika pemberian MP-ASI terlambat (bayi sudah lewat usia 6 bulan) dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan anak;
- (2) Pemberian MP-ASI pada periode umur 4-24 bulan sering tidak tepat dan tidak cukup baik kualitas maupun kuantitasnya. Frekuensi pemberian MP-ASI dalam sehari yang kurang akan berakibat kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi;
- (3) Pemberian MP-ASI sebelum ASI pada usia 4-6 bulan, dimana pada periode ini zat-zat yang diperlukan bayi terutama diperoleh dari ASI.

Memberikan MP-ASI terlebih dahulu berarti kemampuan bayi untuk mengonsumsi ASI berkurang yang berakibat menurunnya produksi ASI, hal ini dapat berakibat anak menderita kurang gizi.

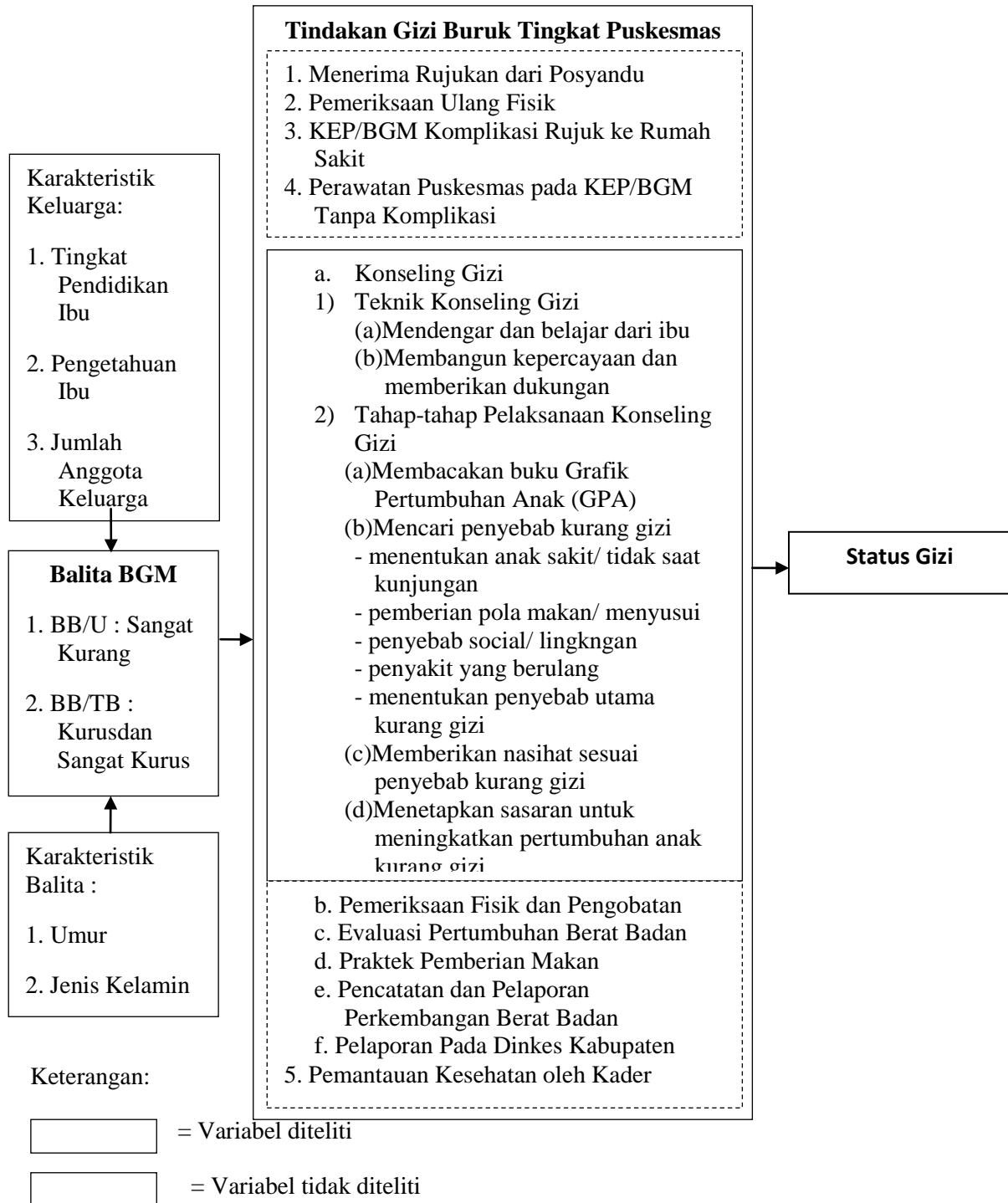
b) Prioritas gizi yang salah dalam keluarga

Prioritas gizi yang salah pada keluarga, dimana banyak keluarga yang memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih besar (seperti ayah atau kakak tertua) dibandingkan anak (terutama yang berusia di bawah dua tahun) sehingga apabila makan bersama-sama maka anak yang berusia balita akan kalah (Rasni, 2009).

3) Pelayanan Kesehatan

Ketidakterjangkauan 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. 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 posyantu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit dan persediaan air bersih. Menurut penelitian Husaini (1996) dalam Made *et al.* (2004) yang mengemukakan bahwa dalam upaya memperbaiki status gizi anak, dilakukan upaya pencegahan penyakit menyangkut perawatan dasar terhadap anak yaitu dengan pemberian imunisasi secara lengkap, pemberian vitamin A secara berkala (mengikuti bulan pemberian vitamin A) dan upaya perbaikan sanitasi terhadap anak, ibu dan lingkungan.

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan ini merupakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk membuat deskriptif, gambaran, atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta serta hubungan antara fenomena yang diselidiki (Nazir, 2005). Atau karena mencoba menggali bagaimana dan mengapa suatu masalah kesehatan terjadi (Notoatmojo, 2005). Menurut waktu pelaksanaannya, penelitian ini termasuk penelitian *cross sectional*, karena variabel bebas dan variabel tergantung pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan pada waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2005). Pada penelitian ini, peneliti ingin mendeskripsikan tentang konseling gizi pada balita bawah garis merah (BGM) di Pojok Gizi Puskesmas Sumber Sari berdasarkan konseling Depkes RI tahun 2008.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Pojok Gizi Puskesmas Sumber Sari Kecamatan Sumber Sari Jember. Hal tersebut dikarenakan pada Puskesmas Sumber Sari merupakan Puskesmas berstandar ISO 9001:2000 sehingga pelayanan yang dilaksanakan memiliki kualitas lebih baik dari puskesmas yang lain. Penelitian dilaksanakan pada bulan Desember sampai bulan Januari tahun 2012.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.1.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah balita Bawah Garis Merah (BGM) di seluruh wilayah kerja Puskesmas Sumbersari yang mendapatkan bantuan dari pemerintah yaitu sebesar 29 balita Bawah Garis Merah (BGM) pada tahun 2012.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Sampel penelitian adalah sebagian dari populasi yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Arikunto, 2004).

3.3.3 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini yaitu mengambil total responden dari semua balita bawah garis merah dari keluarga miskin yang mendapatkan bantuan dari pemerintah (Dinas Kesehatan Jember) yaitu 29 responden yang mempunyai balita dengan kriteria sampel sebagai berikut :

1. Balita Bawah Garis Merah (BGM) dari keluarga miskin (gakin) di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Jember
2. Balita Bawah Garis Merah (BGM) dengan klasifikasi BB/U sangat kurus dengan verifikasi BB/TB kurus dan sangat kurus berdasarkan penilaian WHO-
3. NCHS di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Jember Balita Bawah Garis Merah (BGM) yang mendapatkan bantuan dari pemerintah di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Jember.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain. Definisi lain mengatakan bahwa variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu, misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2005).

Variabel dalam penelitian ini adalah

- e) Karakteristik Balita:
 - d) Umur
 - e) Jenis kelamin
- f) Karakteristik Keluarga:
 - q) Tingkat pendidikan ibu
 - r) Pengetahuan gizi ibu
 - s) Jumlah anggota keluarga
 - t) Pendapatan keluarga
- g) Konseling gizi, meliputi:
 - (j) Teknik konseling
 - (k) Langkah-langkah konseling
- h) Peningkatan Status Gizi Balita Bawah Garis Merah

3.4.2 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Kategori Penilaian

Tabel 3.2 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Kategori Penilaian

No.	Variabel	Definisi Operasioal	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Pengukuran
-----	----------	---------------------	-----------------------	---------------------

1.	Karakteristik Balita BGM	Latar belakang responden meliputi umur dan jenis kelamin.		
	a Umur	Lama waktu hidup anak atau sejak anak dilahirkan sampai ulang tahun terakhir saat dilakukakan wawancara, batasan umur yang digunakan adalah bulan usia penuh (<i>Completed Month</i>) yang dikelompokkan berdasarkan umur pemberian makan.	Wawancara menggunakan kuesioner	Mengelompokkan umur anak dilakukan dengan bertanya kepada ibunya. (g) 12-24 bulan (h) 25-36 bulan (i) 37-48 bulan (j) 49-59 bulan (Badan Pusat Statistik, 2000)
	b.Jenis kelamin	Pengelompokan anak berdasarkan ciri genital (laki-laki atau perempuan).	Wawancara menggunakan kuesioner	Mengelompokkan jenis kelamin anak dilakukan dengan bertanya kepada ibunya. Klasifikasi jenis kelamin: a.Laki-laki b. Perempuan
2.	Karakteristik Keluarga Balita BGM			
	a.Pendidikan ibu	Pendidikan formal terakhir yang ditempuh ibu.	Wawancara menggunakan kuesioner	Pengukuran dilakukan dengan kategori: 1. Pendidikan rendah, jika pendidikan terakhir adalah tidak sekolah, tidak tamat SD/MI/SMP/MTs, tamat SD/MI/SMP/MTs 2. Pendidikan menengah, jika pendidikan terakhir SMA/MA/SMK/MAK 3. Pendidikan tinggi, jika pendidikan terakhir, Diploma/Sarjana/Magister/S pesialis (Depdiknas RI, 2003)
No.	Variabel	Definisi Operasioal	Cara Pengumpul an Data	Kriteria Pengukuran
	b.Pengetahuan ibu tentang gizi	Tingkat pemahaman ibu terhadap masalah gizi yaitu pemahaman terhadap kolostrum, ASI	Wawancara menggunakan kuesioner	Benar = 1 Salah = 0 Nilai/skor tiap jawaban dijumlahkan. Pengategorian tingkat

		eksklusif, pola makan, pola menyusui, dan hygiene sanitasi perorangan dan peralatan		pengetahuan gizi adalah: 2.3.4 Baik, jika > 80% jawaban benar. 2.3.5 Cukup, jika 60-80% jawaban benar. 2.3.6 Kurang, jika $\leq 60\%$ jawaban benar. (Baliwati,2004)
	c.Jumlah anggota keluarga	Jumlah orang yang tinggal dalam satu rumah termasuk anak dan saudara.	Wawancara menggunakan kuesioner	Penentuan jumlah anggota keluarga dilakukan dengan bertanya kepada responden, Pengklasifikasiannya antara lain: 3 Keluarga kecil ≤ 4 orang 4 Keluarga besar > 4 orang (Depkes RI, 2003)
	d.Pendapatan keluarga	Pemasukan yang diperoleh keluarga, baik pemasukan inti maupun tambahan ataupun pengeluaran untuk kebutuhan pangan.	Wawancara menggunakan kuesioner	Wawancara dengan menggunakan kuesioner. a. Tinggi : > Rp. 875.000,- b. Rendah : \leq Rp. 875.000,- (Depnaker, 2011)
3.	Pelaksanaan konseling gizi berdasarkan Depkes RI 2008			
	a.Teknik konseling gizi	Cara pelaksanaan konseling oleh petugas gizi kepada ibu balita. 5) Klasifikasinya adalah Mendengar dan belajar dari ibu: a.Mengajukan pertanyaan terbuka b.Mendengarkan dan meyakinkan ibu c.Menggunakan bahasa tubuh dan isyarat untuk menunjukkan minat	Observasi dengan lembar observasi	Terdiri dari 10 poin. Pemberian skor diberikan pada masing-masing poin, dengan kriteria penilaian: 1. Ya = 1 2. Tidak = 0 Jumlah skor: Maksimal = 10 Minimal = 0 Rentang = maksimal-minimal = 10-0 = 10 Banyak kelas = 3 Panjang kelas = Rentang/Banyak kelas $= 10/3 = 3,3 \approx 3$ (Sudjana, 2005)
No.	Variabel	Definisi Operasioal	Cara Pengumpul an Data	Kriteria Pengukuran
		d.Adanya Empati 2.Membangun kepercayaan dan memberikan dukungan:		Kategori untuk teknik konseling gizi: Baik = $8 \leq x \leq 10$ Cukup = $4 \leq x \leq 7$

		<p>a. Memberikan pujian jika sudah berbuat baik</p> <p>b. Menghindarkan kata yang menyalahkan</p> <p>c. Dapat menerima dan merasakan yang dirasakan oleh ibu</p> <p>d. Memberikan informasi sederhana</p> <p>e. Memberikan saran bukan perintah</p> <p>f. Menawarkan bantuan</p>	<p>Kurang = $0 \leq x \leq 3$</p>	
	b. Tahap pelaksanaan konseling gizi	<p>Praktik nyata yang dilakukan oleh petugas gizi berupa konseling gizi pada pojok gizi puskesmas.</p>	<p>Observasi dengan lembar observasi</p> <p>Terdiri dari 12 poin pelaksanaan. Pemberian skor diberikan pada masing-masing poin, dengan kriteria penilaian:</p> <p>1. Ya = 1</p> <p>2. Tidak = 0</p> <p>Jumlah skor: Maksimal = 12 Minimal = 0</p> <p>Rentang = maksimal-minimal = 12-0 = 12</p> <p>Banyak kelas = 3</p> <p>Panjang kelas = Rentang/Banyak kelas = $12/3 = 4$</p> <p>(Sudjana, 2005)</p> <p>Kategori untuk teknik konseling gizi:</p> <p>Baik = $9 \leq x \leq 12$</p> <p>Cukup = $5 \leq x \leq 8$</p> <p>Kurang = $0 \leq x \leq 4$</p> <p>Kriteria penilaian :</p> <p>1. Ya</p> <p>2. Tidak</p>	
		<p>1. Membacakan Grafik Pertumbuhan Anak (GPA)</p> <p>a. Jelas, yaitu memberikan informasi observasi dengan lembar observasi</p>		
No.	Variabel	Definisi Operasioal	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Pengukuran
		<p>berdasarkan hasil plotting dan garis pertumbuhan anak dengan jelas sehingga</p>		

		ibu benar-benar mengerti pertumbuhan anak seperti yang diharapkan atau mengalami masalah pertumbuhan.		
		b. Sederhana, yaitu memberikan informasi kepada ibu menggunakan bahasa sehari bukan menggunakan bahasa medis.	Observasi dengan lembar observasi	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
		7) Mencari penyebab kurang gizi		
		a. Menentukan anak sakit atau tidak pada saat kunjungan, yaitu petugas gizi menanyakan pada ibu balita apakah sakit atau tidak saat kunjungan, jika sakit menghentikan wawancara dan merujuk anak untuk perawatan dan pengobatan serta memberikan nasihat anjuran pemberian makan saat balita sakit. Jika tidak sakit wawancara dilanjutkan dengan mencari penyebab lain kurang gizi.	Observasi dengan lembar observasi	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
		b. Mengkaji penyebab pola makan atau pola	Observasi dengan lembar	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
No.	Variabel	Definisi Operasioal	Cara Pengumpul an Data	Kriteria Pengukuran
		menyusui, yaitu pemberian pola makan atau pola menyusi sesuai	observasi	

		dengan umur anak baik dari segi jenis makanan maupun frekuensi pemberian.		
		c.Mengkaji kemungkinan penyebab gizi lainnya (sosial dan lingkungan), yaitu petugas gizi menanyakan kepada ibu berhubungan dengan pola pengasuhan balita, trauma yang terjadi pada balita, sanitasi yang dapat menimbulkan penyakit pada balita.	Observasi dengan lembar observasi	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
		d.Menanyakan penyakit yang sering diderita atau berulang, yaitu petugas gizi menanyakan kepada ibu balita mengenai penyakit yang sering diderita oleh balitanya (diare atau penyakit kronis).	Observasi dengan lembar observasi	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
		e.Menentukan penyebab utama kurang gizi bersama ibu, yaitu petugas gizi menanyakan pendapat ibu mengenai penyebab utama kurang gizi	Observasi dengan lembar observasi	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
No.	Variabel	Definisi Operasioal	Cara Pengumpul an Data	Kriteria Pengukuran
		pada balitanya kemudian disimpulkan bersama.		

8) Memberikan nasihat sesuai penyebab kurang gizi

a. Pemberian nasihat sesuai dengan penyebab kurang gizi, meliputi : Observasi dengan lembar observasi

Kriteria penilaian :

1. Ya
2. Tidak

Pemberian nasihat disesuaikan dengan penyebab anak kurang gizi, misalnya mengenai pola makan (MP-ASI, makanan bergizi 3-4 kali/hari, 2 kali makanan selingan, serta makanan fortifikasi atau suplemen mikronutrieb jika diperlukan) dan menyusui yang baik (ASI eksklusif 8 kali/hari) atau sosial (jumlah balita dalam satu rumah, pengasuhan anak, orang tua terjangkit penyakit serta tidak tersedianya makanan keluarga) dan sanitasi lingkungan yang baik (mencuci tangan, cara memasak air minum, serta hygiene penyimpanan dan tempat air minum) untuk pertumbuhan

No.	Variabel	Definisi Operasioal	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Pengukuran
		balitanya sesuai dengan penyebab utama kurang gizi.		
		b.Pertanyaan	Observasi	Kriteria penilaian :

		pemahaman, pertanyaan yang diberikan kepada ibu untuk memastikan ibu telah memahami informasi yang telah diberikan.	dengan lembar observasi	1. Ya 2. Tidak
		4. Menetapkan sasaran	Observasi dengan lembar observasi	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
		a. Menetapkan waktu kunjungan ulang berikutnya.	Observasi dengan lembar observasi	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
		b. Menetapkan target, adanya capaian dalam jangka pendek yaitu penambahan panjang dan berat badan sesuai dengan umur dan adanya capaian jangka panjang yaitu adanya peningkatan pertumbuhan.	Observasi dengan lembar observasi	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
		c. Mencatat pada buku GPA, petugas gizi mencatat penyebab kurang gizi, sasaran capaian dan memploting status gizi anak pada buku GPA.	Observasi dengan lembar observasi	Kriteria penilaian : 1. Ya 2. Tidak
6.	Peningkatan Status Gizi	Adanya peningkatan status pita pada grafik pertumbuhan anak, baik dengan indeks BB/U atau BB/TB.	Pengukuran antropometri	Diklasifikasikan menjadi : 1. Ada peningkatan, jika terdapat peningkatan grafik pertumbuhan anak, baik dengan indeks BB/U dan BB/TB. 2. Tidak ada peningkatan, jika tidak terdapat peningkatan grafik pertumbuhan anak, baik dengan indeks BB/U atau BB/TB atau hanya salah satu saja.

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah data yang pengumpulannya dilakukan secara langsung oleh peneliti terhadap sasaran (Budiarto, 2003). Sumber data primer dalam penelitian ini adalah karakteristik balita BGM (umur balita BGM, jenis kelamin balita BGM), karakteristik keluarga (tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga, dan jumlah anggota keluarga), dan status balita BGM. Data primer diperoleh dari hasil wawancara menggunakan kuesioner dan observasi menggunakan lembar observasi kepada sampel penelitian yaitu dan langkah-langkah pelaksanaan konseling gizi.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel atau diagram-diagram (Sugiarto, 2003). Data sekunder dalam penelitian ini didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Sumbersai yaitu data AKB, KEP, BGM, Pojok gizi, dan balita bawah garis merah (BGM).

3.6 Teknik Pengumpulan Data, Instrumen Pengambilan Data dan Validitas dan Reliabilitas Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai setting, berbagai sumber, dan berbagai cara (Sugiyono, 2009).

a. Wawancara (interview)

Wawancara (interview) adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara bertanya langsung kepada responden (Ibnu, dkk., 2003). Jenis wawancara yang digunakan adalah wawancara terstruktur, yaitu pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya telah disiapkan (Sugiyono, 2009).

Wawancara dalam penelitian ini adalah karakteristik balita BGM dan karakteristik keluarga balita BGM.

b. Observasi

Observasi adalah mengamati kondisi dengan panca indra yang kemudian dapat dideskripsikan (Nazir, 2003). Bentuk pengamatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi partisipasi pasif, dalam hal ini peneliti datang di tempat kegiatan orang yang diamati tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut (Sugiyono, 2007). Objek observasi pada penelitian ini adalah konseling gizi yang terdiri dari teknik konseling dan langkah-langkah konseling gizi.

c. Tes Pengetahuan

Tes sebagai instrumen pengumpulan data adalah serangkaian pertanyaan atau latihan yang digunakan untuk mengukur keterampilan, pengetahuan, intelegensi, kemampuan, atau bakat yang dimiliki individu atau kelompok (Riduwan, 2005). Tes dilakukan dalam penelitian ini, untuk mengetahui tingkat pengetahuan gizi ibu balita BGM.

d. Pengukuran Antropometri

Pengukuran yang dilakukan dalam hal ini adalah pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan anak untuk mengetahui status gizi anak. Pengukuran yang dilakukan meliputi:

4) Pengukuran Berat Badan

b. *Baby scale* untuk anak usia < 2 tahun

Langkah-langkah pengukuran yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- e) Pakaian dibuat seminim mungkin, sepatu, baju/pakaian yang cukup tebal harus ditinggalkan.
- f) Bayi ditidurkan dalam kain sarung/masukkan dalam celana timbang.
- g) Lihatlah angka pada skala batang yang menunjukkan berat badan bayi.

- c. *Health smic* untuk anak usia > 2 tahun
 - b) Pastikan jarum menunjuk pada angka nol.
 - c) Pakaian yang dikenakan seminim mungkin, baju/pakaian yang cukup tebal harus ditinggalkan.
 - d) Lihatlah dari depan (berhadapan dengan anak) angka pada jarum yang menunjukkan berat badan anak.

5) Pengukuran tinggi badan

- 1) Infantometer untuk anak usia < 2 tahun
Langkah-langkah pengukuran yang dilakukan adalah sebagai berikut:
 - 5) Letakkan alat di tempat yang datar atau diatas meja. Sebelah
 - 6) Posisi anak adalah kepala tegak lurus keatas, bahu menempel pada alas, tumut tegak pada pembatas.
 - 7) Pakaian yang dikenakan seminim mungkin, tidak menggunakan baju, topi, dan sepatu.
 - 8) Bagian alat pengukur sebelah bawah kaki digeser sehingga tepat menyinggung telapak kaki bayi, dan skala pada sisi alat pengukur dapat dibaca (Ningtiyas, 2010).
- 2) Microtoise untuk anak usia > 2 tahun
Langkah-langkah pengukuran yang dilakukan adalah sebagai berikut:
 - 9. Tempelkan dengan paku mikrotoa/microtoise tersebut ada dinding yang lurus datar setinggi tefat 2 meter. Angka nol pada dinding lantai yang rata.
 - 10. Lepaskan sepatu atau sandal. Anak harus berdiri tegak seperti sikap siap sempurna dalam berbaris, kaki lurus, tumit, pantat, punggung, dan kepala bagian belakang menempel pada dinding dan muka menghada lurus dengan pandangan ke depan.
 - 11. Turunkan mikrotoa sampai rapat ada kepala bagian atas, siku-siku harus menempel ada dinding. Baca angka pada skala yang nampak

pada lubang dalam gulungan mikrotoa. Angka tersebut menunjukkan tinggi badan angka yang diukur (Ningtiyas, 2010).

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Alat perolehan data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

- 2) Kuisisioner untuk memperoleh informasi tentang karakteristik anak balita BGM dan karakteristik keluarga balita BGM.
- 3) Lembar observasi untuk memperoleh informasi tentang teknik konseling gizi dan langkah-langkah konseling gizi.
- 4) Tes pengetahuan untuk memperoleh informasi tentang tingkat pengetahuan ibu balita BGM tentang gizi.
- 5) *Baby scale*, *health smic*, infantometer, dan *microtoise* untuk mengukur berat badan dan tinggi badan anak balita BGM.

3.6.3 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas menunjukkan sejauh mana skor atau nilai atau ukuran yang diperoleh benar-benar menyatakan hasil pengukuran atau pengamatan yang ingin diukur (Machfoedz, 2007). Pengukuran tingkat validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor butir pertanyaan dengan total skor variabel. Bila harga korelasi di bawah 0,3, maka dapat disimpulkan bahwa butir instrumen tersebut tidak valid, sehingga harus diperbaiki atau dibuang (Sugiyono, 2009). Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Pengujian reliabilitas digunakan rumus reliabilitas α dengan uji Alpha Cronbach, yaitu untuk mengukur homogenitas item-item pertanyaan. Suatu alat ukur dapat dinyatakan reliabel apabila nilai α adalah 0,70-0,95 (Moleong, 2006).

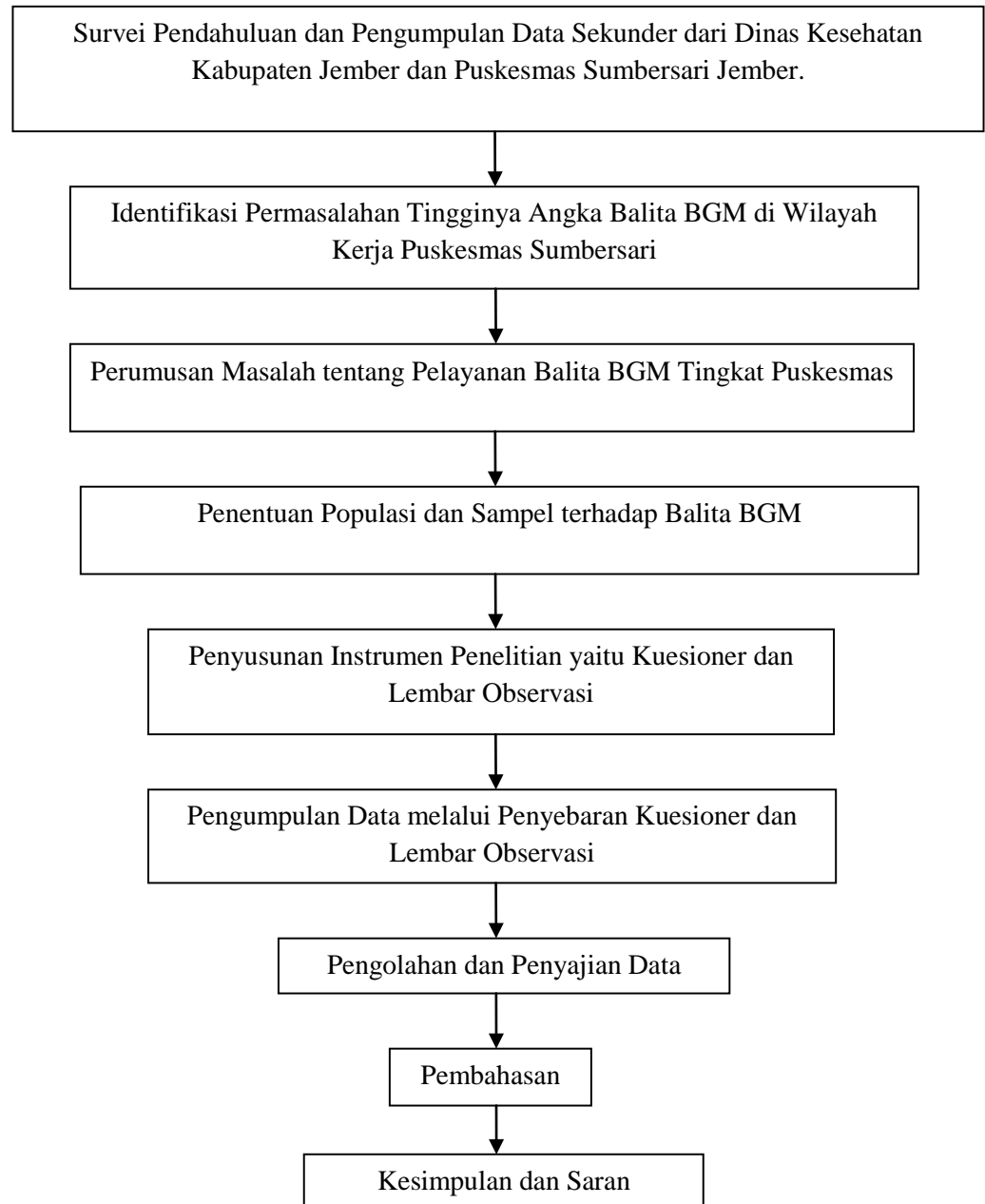
Uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian ini dilakukan pada 30 responden, yaitu ibu berbalita di wilayah kerja Puskesmas Gladakpakem Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember. Pemilihan tempat pengujian validitas dan reliabilitas instrumen didasarkan atas pertimbangan keadaan demografis wilayah yang tidak jauh berbeda dengan lokasi penelitian serta karakteristik masyarakat yang hampir sama antara objek penelitian dengan objek uji validitas dan reliabilitas instrumen.

Suatu alat ukur harus mempunyai kriteria validitas dan reliabilitas (Notoatmodjo, 2005). Berdasarkan hal tersebut, hasil uji validitas dan reliabilitas pada kuesioner penelitian ini yang termasuk kriteria valid dan reliabel adalah 22 pertanyaan. Sedangkan 3 pertanyaan lainnya termasuk kategori tidak valid dan reliabel. Ketiga pertanyaan tersebut kemudian dihilangkan karena tidak memenuhi kriteria.

3.7 Teknik Penyajian

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005). Data yang telah terkumpul diperiksa terlebih dahulu untuk mengetahui kebenaran data serta menyempurnakan data yang mungkin belum lengkap. Selanjutnya data tersebut diolah dan ditampilkan dalam bentuk tabulasi silang serta dianalisis secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi.

3.8 Alur Penelitian



BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Balita Bawah Garis Merah (BGM)

Karakteristik anak balita meliputi umur dan jenis kelamin anak balita. Umur anak balita merupakan lama hidup anak saat menjadi responden penelitian yang terhitung mulai saat lahir sampai dengan ulang tahun terakhir. Sedangkan jenis kelamin anak balita merupakan keadaan fisiologis dan biologis yang membedakan antara laki-laki dan perempuan. Distribusi karakteristik balita Garis Merah (BGM) bulan di wilayah kerja Puskesmas Sumpalsari dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Garis Merah (BGM) di Wilayah Kerja Puskesmas Sumpalsari Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	
	n	%
j) Umur		
g) 12-24 bulan	7	24,1
h) 25-36 bulan	12	41,4
i) 37-48 bulan	6	20,6
j) 49-59 bulan	4	13,9
Total	29	100
k) Jenis Kelamin		
(k) Laki-laki	9	31,1
(l) Perempuan	20	68,9
Total	29	100

Sumber : Data Primer Terolah, Januari 2012

Karakteristik balita berdasarkan umur balita diperoleh hasil bahwa umur balita mayoritas berada pada kelompok umur 25-36 bulan yaitu 12 anak (41,4%). Sedangkan untuk karakteristik anak berdasarkan jenis kelamin paling mayoritas perempuan yaitu 20 anak (68,9%).

4.1.2 Karakteristik Keluarga Balita Bawah Garis Merah (BGM)

Karakteristik keluarga meliputi tingkat pendidikan ibu, pengetahuan gizi ibu, jumlah anggota keluarga, dan pendapatan keluarga. Tingkat pendidikan ibu merupakan jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh oleh ibu yang dikategorikan menjadi yaitu rendah, menengah, tinggi. Tingkat pengetahuan ibu tentang gizi adalah tingkat pemahaman ibu terhadap masalah gizi yaitu pemahaman terhadap kolostrum, ASI eksklusif, pola makan, pola menyusui, dan hygiene sanitasi perorangan dan peralatan. Pengetahuan ibu dikategorikan menjadi baik, cukup, dan kurang.

Jumlah anggota keluarga merupakan jumlah orang yang tinggal satu rumah termasuk anak dan saudara. Jumlah anggota keluarga dikategorikan menjadi keluarga kecil (≤ 4) dan keluarga besar (> 4). Pendapatan keluarga merupakan pemasukan yang diperoleh keluarga, baik pemasukan inti maupun tambahan ataupun pengeluaran untuk kebutuhan pangan. Pendapatan keluarga dikategorikan menjadi tinggi dan rendah. Distribusi karakteristik keluarga Balita Garis Merah (BGM) di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut ini:

Tabel 4.2 Distribusi Karakteristik Keluarga Balita Garis Merah (BGM) di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Tahun 2012

Variabel		Frekuensi	
		n	%
12. Tingkat Pendidikan ibu			
2.3.7	Rendah	18	62,1
2.3.8	Menengah	11	37,9
2.3.9	Tinggi	-	-
13. Pengetahuan Gizi Ibu			
2.3.10	Kurang	8	27,6
2.3.11	Cukup	21	72,4
2.3.12	Tinggi	-	-
c. Jumlah Anggota Keluarga			
2.3.13	Keluarga kecil (≤ 4)	13	44,8
2.3.14	Keluarga besar (> 4)	22	55,2
d. Pendapatan Keluarga			
2.3.15	Tinggi	9	31

2.3.16	Rendah	20	69
Total		29	100

Sumber : Data Primer Terolah, Januari 2012

Karakteristik ibu anak balita berdasarkan tingkat pendidikan ibu balita mayoritas dalam kategori pendidikan rendah sebanyak 18 responden (62,1%), tingkat pengetahuan gizi ibu diperoleh hasil bahwa tingkat pengetahuan ibu balita lebih banyak dalam kategori cukup yaitu sebanyak 21 responden (72,4%), jumlah anggota keluarga balita BGM mayoritas dalam kategori keluarga besar (> 4) yaitu sebesar 22 responden (55,2%), dan pendapatan keluarga balita BGM mayoritas memiliki pendapatan rendah sebesar 20 responden (69%).

4.1.3 Pelaksanaan Konseling Gizi Berdasarkan Depkes RI Tahun 2008

Teknik konseling gizi merupakan cara-cara dalam pelaksanaan konseling gizi oleh petugas gizi kepada ibu balita. Penilaian teknik konseling yang dilakukan oleh petugas gizi dilihat berdasarkan 10 item yang ada. Kategori untuk teknik konseling ini dibagi menjadi 3 yaitu baik, cukup dan kurang. Apabila petugas gizi melakukan paling sedikit 8 item maka dinyatakan tindakan yang baik. Teknik konseling dinyatakan kurang apabila petugas gizi memenuhi 4 sampai 7 item yang ada, dan dinyatakan kurang apabila petugas gizi memenuhi paling banyak 3 item yang ada. Sedangkan pelaksanaan konseling gizi merupakan praktik nyata yang dilakukan oleh petugas gizi berupa konseling gizi pada pojok gizi puskesmas. Penilaian pelaksanaan petugas gizi dalam konseling gizi dilihat berdasarkan 12 item yang ada. Kategori untuk pelaksanaan konseling gizi ini dibagi menjadi 3 yaitu baik, cukup dan kurang. Apabila petugas gizi melakukan paling sedikit 9 item maka dinyatakan pelaksanaan yang baik. Pelaksanaan petugas gizi dinyatakan kurang apabila petugas gizi memenuhi 5 sampai 8 item yang ada, dan dinyatakan kurang apabila petugas gizi memenuhi paling banyak 4 item yang ada. Distribusi frekuensi pelaksanaan konseling

gizi berdasarkan Depkes RI tahun 2008 di wilayah kerja Puskesmas Sumpalsari dapat dilihat pada tabel 4.3. berikut ini:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Konseling Gizi Berdasarkan Depkes RI tahun 2008 di wilayah kerja Puskesmas Sumpalsari Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	
	n	%
1. Teknik Konseling Gizi		
2.3.17 Baik	13	44,8
2.3.18 Cukup	16	55,2
- Kurang	-	-
Total	29	100
2. Pelaksanaan Konseling Gizi		
- Baik	14	48,3
- Cukup	15	51,7
- Kurang	-	-
Total	29	100

Sumber : Data Primer Terolah, Januari 2012

Berdasarkan Tabel 4.3 didapatkan bahwa sebagian besar petugas gizi memiliki teknik konseling gizi termasuk dalam kategori cukup yaitu sebanyak 16 kali (55,2%) dan sebanyak 13 kali (44,8%) memiliki tindakan penyuluhan dalam kategori yang baik. Berdasarkan pelaksanaan konseling gizi petugas gizi juga memiliki pelaksanaan konseling gizi termasuk dalam kategori cukup yaitu sebanyak 15 kali (51,7%) dan sebanyak 14 kali (48,3%) memiliki pelaksanaan konseling gizi termasuk dalam kategori yang baik. Pada dasarnya petugas gizi tersebut tidak melakukan sepenuhnya teknik serta tahap pelaksanaan konseling gizi yang dianjurkan oleh Depkes RI tahun 2008.

Di dalam pelaksanaan konseling gizi terdapat juga teknik-teknik yang seharusnya dilaksanakan petugas gizi berdasarkan pelaksanaan konseling gizi yang dianjurkan oleh Depkes RI tahun 2008. Distribusi frekuensi pelaksanaan teknik-teknik konseling gizi berdasarkan Depkes RI tahun 2008 di wilayah kerja Puskesmas Sumpalsari dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut ini:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Teknik Konseling Gizi Yang Dilaksanakan Petugas Gizi Berdasarkan Depkes RI tahun 2008 Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumpalsari Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	
	n	%
15. Mendengar dan belajar dari ibu		
u) Mengajukan pertanyaan terbuka		
2.3.19 Ya	10	34,5
2.3.20 Tidak	19	65,5
v) Mendengar dan meyakinkan ibu		
2.3.21 Ya	27	93,1
2.3.22 Tidak	2	6,9
c. Menggunakan bahasa tubuh dan isyarat untuk menunjukkan minat		
2.3.23 Ya	29	100
2.3.24 Tidak	-	-
d. Adanya empati		
2.3.25 Ya	29	100
2.3.26 Tidak	-	-
Total		29
		100
2. Membangun Kepercayaan dan Memberikan Dukungan		
a. Memberikan pujian jika sudah berbuat baik		
2.3.27 Ya	29	100
2.3.28 Tidak	-	-
b. Menghindarkan kata yang menyalahkan		
2.3.29 Ya	20	68,9
2.3.30 Tidak	9	31,1
c. Dapat menerima dan merasakan yang dirasakan ibu		
2.3.31 Ya	28	96,5
2.3.32 Tidak	1	3,5
d. Memberikan informasi sederhana		
2.3.33 Ya	29	100
2.3.34 Tidak	-	-
e. Memberikan saran bukan perintah		
2.3.35 Ya	19	65,5
2.3.36 Tidak	10	34,5
f. Menawarkan bantuan		
2.3.37 Ya	5	82,7
2.3.38 Tidak	24	17,3
Total		29
		100

Sumber : Data Primer Terolah, Januari 2012

Berdasarkan Tabel 4.4. didapatkan bahwa petugas gizi melakukan teknik konseling gizi berupa mengajukan pertanyaan terbuka yang dilakukan oleh petugas gizi sebanyak 19 kali (65,5%), mendengar dan meyakinkan ibu yang dilakukan oleh petugas gizi sebanyak 27 kali (93,1%), petugas gizi selalu menggunakan bahasa tubuh dan isyarat untuk menunjukkan minat pada ibu, adanya empati setiap petugas gizi melakukan konseling gizi, memberikan pujian jika ibu sudah berbuat baik setiap petugas gizi memberikan konseling gizi, menghindari kata yang menyalahkan sebanyak 20 kali (68,9%), dapat menerima dan merasakan yang dirasakan oleh ibu sebanyak 28 kali (96,5%), petugas gizi selalu memberikan informasi sederhana kepada ibu saat konseling, memberikan saran bukan perintah sebanyak 19 kali (65,5%), dan berdasarkan hasil dilapangan bahwa mayoritas petugas gizi tidak menawarkan bantuan kepada ibu yaitu sebanyak 24 kali (82,7%).

Pelaksanaan konseling gizi yang dilakukan oleh petugas gizi terdapat juga langkah-langkah yang seharusnya dilaksanakan petugas gizi berdasarkan pelaksanaan konseling gizi yang dianjurkan oleh Depkes RI tahun 2008. Hal tersebut dimaksudkan agar penyebab terjadinya kurang gizi dapat diketahui oleh petugas gizi sehingga dapat memberikan saran dengan tepat sesuai penyebab kurang gizi pada balita Bawah Garis Merah (BGM). Maka dengan pemberian nasihat yang sesuai dapat meningkatkan status gizi balita BGM sehingga balita tidak lagi berada pada bawah garis merah. Tetapi pada kenyataan dilapangan petugas gizi masih belum melaksanakan langkah konseling gizi berdasarkan pedoman konseling gizi Depkes RI tahun 2008. Distribusi frekuensi pelaksanaan langkah-langkah konseling gizi yang dilakukan oleh petugas gizi berdasarkan Depkes RI tahun 2008 di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari dapat dilihat pada tabel 4.5 berikut ini:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Langkah-langkah Konseling Gizi Yang Di Laksanakan Petugas Gizi Berdasarkan Depkes RI tahun 2008 di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	
	n	%
1. Membacakan buku Grafik Pertumbuhan Anak (GPA)		
a. Jelas		
2.3.39	Ya	-
2.3.40	Tidak	29
b. Sederhana		
2.3.41	Ya	-
2.3.42	Tidak	29
2. Mencari penyebab kurang gizi		
a. Menentukan anak sakit atau tidak pada saat kunjungan		
2.3.43	Ya	3
2.3.44	Tidak	26
b. Mengkaji kemungkinan penyebab pola makan atau pola menyusui		
2.3.45	Ya	29
2.3.46	Tidak	-
c. Mengkaji kemungkinan penyebab kurang gizi lainnya (sosial dan lingkungan)		
2.3.47	Ya	18
2.3.48	Tidak	11
d. Menanyakan penyakit yang sering diderita atau berulang		
2.3.49	Ya	16
2.3.50	Tidak	13
e. Menentukan penyebab utama kurang gizi bersama ibu		
2.3.51	Ya	-
2.3.52	Tidak	29
3. Memberikan nasihat sesuai penyebab kurang gizi		
a. Pemberian nasihat sesuai penyebab kurang gizi		
2.3.53	Ya	29
2.3.54	Tidak	-
b. Pertanyaan pemahaman		
2.3.55	Ya	5
2.3.56	Tidak	24
4. Menentukan sasaran		
a. Menetapkan waktu kunjungan		
2.3.57	Ya	29
2.3.58	Tidak	-
b. Menetapkan target		
2.3.59	Ya	29
2.3.60	Tidak	-
c. Mencatat pada buku GPA		
2.3.61	Ya	-
2.3.62	Tidak	29
Total		29
		100

Sumber : Data Primer Terolah, Januari 2012

Berdasarkan Tabel 4.5 didapatkan bahwa petugas gizi melakukan konseling gizi diawali membacakan buku GPA dengan jelas dan sederhana yaitu tidak dilakukan sama sekali pada ibu balita BGM. Mencari penyebab kurang gizi dengan menentukan anak sakit atau tidak pada saat kunjungan dilakukan oleh petugas gizi yaitu sebanyak 26 kali (89,6%), pemberian pola makan atau pola menyusui selalu ditanyakan oleh petugas gizi kepada ibu balita BGM, menanyakan penyebab penyebab lain (sosial dan lingkungan) oleh petugas gizi dilakukan sebanyak 18 kali (62,1%), menanyakan penyakit yang sering berulang oleh petugas gizi dilakukan sebanyak 16 kali (55,2%), dan petugas gizi tidak pernah menentukan penyebab utama kurang gizi bersama ibu. Petugas gizi selalu memberikan nasihat kepada ibu sesuai dengan penyebab kurang gizi dan mayoritas petugas gizi tidak memberikan pertanyaan pemahaman kepada ibu balita BGM yaitu sebanyak 24 kali (82,7%). Pada tahap terakhir petugas gizi selalu menetapkan sasaran berupa menetapkan waktu kunjungan berikutnya, meningkatkan pertumbuhan, dan petugas gizi tidak mencatat sama sekali penyebab kurang gizi dan sasaran capaian pada buku GPA sebanyak dikarenakan 29 balita BGM belum mendapatkan buku GPA tetapi masih menggunakan buku Kartu Menuju Sehat (KMS).

4.1.4 Peningkatan Status Gizi

Peningkatan status gizi adalah adanya peningkatan status pada grafik pertumbuhan anak, baik dilihat dengan indeks BB/U atau BB/TB. Peningkatan berat badan atau tinggi badan saja maka termasuk dalam kategori tidak adanya peningkatan status gizi balita bawah garis merah (BGM). Dengan adanya peningkatan antara berat badan dan tinggi badan berdasarkan umur maka pada balita tersebut dapat dikatakan mengalami pertumbuhan yang sesuai. Distribusi peningkatan status gizi balita BGM di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari dapat dilihat pada tabel 4.6 berikut ini:

Tabel 4.6 Distribusi Peningkatan Status Gizi Balita Bawah Garis Merah (BGM) di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	
	n	%
a. BB/U		
2.3.63 Ada peningkatan	16	55,2
2.3.64 Tidak ada peningkatan	13	44,8
Total	29	100
b. BB/TB		
2.3.65 Ada peningkatan	19	65,5
2.3.66 Tidak ada peningkatan	10	34,5
Total	29	100
c. BB/U dan BB/TB		
2.3.67 Ada peningkatan	11	37,9
2.3.68 Tidak ada peningkatan	18	62,1
Total	29	100

Sumber : Data Primer Terolah, Januari 2012

Berdasarkan tabel 4.6 dapat diketahui bahwa responden yang mengalami peningkatan status gizi menurut BB/U sebanyak 16 responden (55,2%), responden yang mengalami peningkatan status gizi menurut BB/TB sebanyak 19 responden (65,5%) dan responden yang mengalami peningkatan status gizi baik dengan indeks BB/U dan BB/TB sebanyak 11 responden (62,1%).

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Balita Bawah Garis Merah (BGM)

a. Umur balita

Usia balita terutama usia 1-3 tahun merupakan masa pertumbuhan yang cepat (*growth spurt*), baik fisik maupun otak sehingga memerlukan kebutuhan gizi yang paling banyak dibandingkan masa-masa berikutnya dan apabila asupan gizi tersebut tidak tercukupi maka akan terjadi permasalahan gizi. Sebagaimana diketahui, masalah gizi dan tumbuh kembang anak terjadi di setiap siklus kehidupan, sejak

dalam kandungan, bayi, anak, dewasa dan lanjut usia. Terutama pada masa periode dua tahun pertama kehidupan yang merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, artinya tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi.

Berdasarkan penelitian di lapangan persebaran anak balita paling banyak pada rentang umur 25-36 bulan yaitu sebesar 12 responden. Menurut Muaris (2006), bahwa pertumbuhan seorang anak pada usia balita sangat pesat sehingga memerlukan asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhannya. Apabila asupan gizi pada masa balita tidak tercukupi maka akan mengarah pada kondisi kenaikan berat badan yang tidak memadai sehingga anak balita menjadi anak balita BGM. Selain itu, usia balita terutama usia 1-3 tahun ini balita mulai banyak beraktivitas seperti berjalan atau belajar berjalan, bermain di dalam dan di luar rumah, makan-makanan yang lebih beragam, dan lain-lain. Disini ada sedikit penyesuaian dengan hal-hal baru yang mulai dikenalnya pada umur tersebut, misalnya penyesuaian terhadap lingkungan.

Pada usia ini makanan yang mereka konsumsi pun mengalami peralihan seiring dengan penambahan umur, sehingga ada beberapa balita yang rewel atau tidak suka terhadap makanan tertentu sebagai menu makanannya sehari-hari, sehingga anak juga sering mengalami kesulitan makan. Apabila kebutuhan nutrisi balita tidak ditangani dengan baik maka akan mengalami tumbuh kembang yang kurang dan mudah terjadi kurang energi protein yang mengarah pada kondisi gizi buruk atau kurang (Muaris 2006). Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Kristijono (2001) mengungkapkan bahwa, sebagian besar penderita KEP adalah anak usia 25-36 bulan. Hal ini dikarenakan pada usia tersebut mengalami masa peralihan jenis makan, yaitu pemberhentian ASI beralih ke pemberian makan orang dewasa atau makanan keluarga. Pada usia 25-36 bulan anak masih sangat tergantung dengan ibunya. Balita masih perlu bantuan dari orang tua untuk melakukan tugas pribadinya dan mereka akan belajar dari hal-hal yang dilakukan oleh orang-orang di sekitarnya.

Mereka juga masih sangat tergantung dalam hal pemenuhan kebutuhan gizi yang diperoleh dari makanan.

Menurut Zigler dan Stevenson dalam Desmita (2008), menyebutkan setelah lahir hingga usia 2 tahun, sel-sel otak yang belum matang dan jaringan urat saraf yang masih lemah terus tumbuh dengan cepatnya hingga mencapai kematangan seiring pertumbuhan fisiknya. Periode ini disebut sebagai periode kritis pertumbuhan yaitu suatu periode dimana pertumbuhan menjadi hal yang sangat sensitif atau rentan berlangsung ketika anak masih berada dalam kandungan hingga 2 tahun pertama kehidupan. Periode ini merupakan periode yang sangat penting yang akan berdampak pada perkembangan berikutnya.

b. Jenis kelamin

Faktor jenis kelamin pada anak balita dapat berpengaruh terhadap status gizi. Menurut Almatsier (2005), tingkat kebutuhan pada anak laki-laki lebih banyak jika dibandingkan dengan perempuan. Begitu juga dengan kebutuhan energi sehingga anak laki-laki mempunyai peluang untuk menderita KEP yang lebih tinggi daripada perempuan apabila kebutuhan akan protein dan energinya tidak terpenuhi dengan baik. Kebutuhan yang tinggi disebabkan aktivitas anak laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan anak perempuan sehingga membutuhkan gizi yang tinggi. Hal tersebut juga dapat terjadi lebih banyak pada perempuan. Tingkat aktifitas pada anak perempuan lebih sedikit dibandingkan anak laki-laki, sehingga energi yang digunakan untuk beraktivitas juga kecil, hal ini berpengaruh terhadap asupan makan sehari-hari yang relatif lebih sedikit daripada anak laki-laki

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan paling banyak yaitu 20 anak. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryono dan Supardi (2004), yang menyatakan bahwa jumlah anak balita yang mengalami KEP maupun Non-KEP mayoritas perempuan (58,5%). Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2008), menunjukkan bahwa sebanyak

61,6% anak balita perempuan memiliki nafsu makan yang kurang sehingga mempengaruhi pola konsumsi dan tingkat konsumsi yang akan berpengaruh terhadap status gizi anak yang pada akhirnya dapat berisiko terhadap terjadinya Kurang Energi Protein pada anak balita.

4.2.2 Karakteristik Keluarga Balita Bawah Garis Merah (BGM)

a. Tingkat Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan ibu merupakan salah satu faktor yang penting. Tinggi rendahnya tingkat pendidikan ibu erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan terhadap perawatan kesehatan, hygiene pemeriksaan kehamilan dan pasca persalinan, serta kesadaran terhadap kesehatan dan gizi anak-anak dan keluarganya. Pendidikan berpengaruh pula pada faktor sosial ekonomi lainnya seperti pendapatan, pekerjaan, kebiasaan hidup, makanan, perumahan dan tempat tinggal. Menurut Khomsan dan Kusharto (2004), tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan peran ibu dalam keluarga khususnya dalam rangka pemenuhan asupan nutrisi pada anak balita. Jika ibu memiliki pendidikan yang baik, maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anaknya, pendidikannya, dan sebagainya (Soetjiningsih, 1999).

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa lebih banyak ibu anak balita BGM memiliki pendidikan yang rendah yaitu sebesar 18 responden, yang akan menjadi hambatan dalam pemulihan balita BGM pada keadaan yang normal baik dari berat badan, tinggi badan, dan status gizinya. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Mahlia (2008), yang menunjukkan bahwa pertumbuhan anak balita tidak normal lebih banyak pada ibu yang pendidikannya rendah yaitu 77,8%. Hasil penelitian mengenai pendidikan ibu yang rendah juga sesuai dengan pendapat Swelen dalam Mahlia (2008), bahwa pendidikan orang tua yang rendah akan berpengaruh pada pola pengasuhan dan tumbuh kembang anak. Beberapa penelitian juga

berkesimpulan bahwa status pendidikan ibu yang tinggi, dalam mengasuh anak tentunya akan berbeda dengan ibu yang berpendidikan rendah. Semakin tinggi pendidikan ibu, maka pola pengasuhannya akan semakin baik.

Menurut pendapat Suharjo dalam Dhaniar (2010), bahwa semakin tinggi pendidikan ibu semakin baik pula kemampuan ibu untuk menyerap pengetahuan praktis dan pendidikan non formal terutama melalui televisi, surat kabar, radio dan lain-lain. Dalam hal ini pendidikan nonformal juga bisa didapatkan oleh ibu saat membawa balita berkunjung ke pojok gizi puskesmas untuk memantau pertumbuhan balita terutama balita BGM. Hal tersebut dikarenakan di pojok gizi puskesmas ibu akan mendapatkan pendidikan berupa konseling gizi sesuai dengan kondisi balita berdasarkan buku GPA sehingga target dan capaian pada balita BGM dapat tercapai sehingga anak tidak lagi berada pada bawah garis merah (BGM).

b. Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu

Pengetahuan ibu merupakan faktor penyebab tidak langsung timbulnya masalah gizi kurang, dikarenakan mempengaruhi dalam pola asuh gizi. Ibu yang memiliki pengetahuan baik tentang kadar zat gizi dalam berbagai makanan dan kegunaan makanan bagi kesehatan keluarga akan membantu ibu dalam memilih bahan makanan dan dalam pemberian asupan bagi anak yang baik. Dengan demikian kebutuhan tubuh anak akan tercukupi akan zat gizinya (Moehji, 2002). Pengetahuan gizi dipengaruhi oleh beberapa faktor, disamping pendidikan yang pernah dijalani, faktor lingkungan sosial dan frekuensi kontak dengan media massa juga mempengaruhi pengetahuan gizi ibu. Pengetahuan gizi ibu adalah tingkat pemahaman ibu tentang pertumbuhan anak balita, perawatan dan pemberian makan anak balita gizi buruk dan pemilihan serta pengolahan makanan anak balita gizi kurang.

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa pengetahuan ibu tentang gizi anak balita lebih banyak memiliki tingkat pengetahuan cukup yaitu sebesar 21 responden dan 8 responden yang masih mempunyai pengetahuan kurang, ini akan menjadi

kendala dalam pertumbuhan anak balita terkait pemberian pola asuh gizi sehingga dapat menghambat capaian balita BGM. Hasil penelitian mengenai pengetahuan pola asuh gizi yang rendah ini sesuai dengan pendapat Kerlinger dalam Mahlia (2008), menyatakan bahwa pengetahuan ibu yang rendah dalam waktu singkat sulit mengalami perubahan kearah yang lebih baik dalam hal pengetahuan mengenai pengasuhan terhadap balita. Banyak faktor yang menjadi alasan rendahnya pengetahuan tentang pola asuh gizi ibu diantaranya karena masyarakat kesulitan memperoleh informasi yang lebih banyak tentang sesuatu hal sehingga tidak menambah wawasan dan pengetahuannya. Tingkat pengetahuan gizi ibu yang baik dan dilakukan secara terus menerus dapat mengatasi kesalahpahaman yang terjadi tentang pantangan konsumsi makanan tertentu menurut adat atau kebiasaan yang merupakan tradisi turun-temurun dapat mempengaruhi terjadinya KEP (Pudjiadi, 2001).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Zeitlin, *et al* dalam Husin (2008), bahwa anak yang pertumbuhannya tidak normal lebih banyak ditemukan pada ibu yang memiliki pengetahuan kurang (61,2%) dibandingkan dengan ibu yang memiliki pengetahuan baik (35,8%). Penelitian tersebut sesuai dengan pendapat Krisnatuti (2006), menyatakan masa pertumbuhan bayi tidak hanya cukup dari ASI saja, bayi harus mendapat makanan pendamping selain ASI (MP-ASI) oleh karena itu apabila pengetahuan masyarakat rendah dalam masalah pertumbuhan dan perkembangan bayi dan berlangsung lama akan mengakibatkan tumbuh kembang anak balita dalam keadaan tidak baik.

Pengetahuan ibu tentang gizi tidak hanya diperoleh ibu dari pendidikan formal saja tetapi juga bisa didapatkan melalui pendidikan nonformal yaitu salah satu dengan konseling gizi di pojok gizi puskesmas. Melalui konseling gizi ibu akan mendapatkan informasi-informasi tentang gizi yang akan berpengaruh terhadap perubahan pola asuh. Maka hal inilah yang mengakibatkan adanya peningkatan status

gizi balita BGM setelah mendapatkan pelayanan gizi buruk tingkat puskesmas yaitu berupa konseling gizi.

c. Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga dapat diketahui dari jumlah seluruh anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah berdasarkan data pada kartu keluarga. Apabila dalam satu keluarga terdapat banyak jumlah anggota keluarga maka hal ini dapat mempengaruhi konsumsi pangan anggota keluarga tersebut. Menurut Suhardjo dalam Wahid (2007), menyatakan bahwa terdapat hubungan yang sangat nyata antara besar keluarga dan kurang gizi pada masing-masing keluarga. Jumlah anggota keluarga yang semakin besar tanpa diimbangi dengan meningkatnya pendapatan akan menyebabkan pendistribusian konsumsi makan akan semakin tidak merata.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar jumlah anggota keluarga anak balita memiliki keluarga besar (> 4) orang yaitu sebesar 22 responden. Berdasarkan data di lapangan menunjukkan bahwa mayoritas responden tinggal bersama bapak, ibu, adik, kakak, nenek, kakek dan bahkan sebagian dari mereka juga tinggal bersama-sama dengan paman dan bibinya. Menurut pendapat Subaidah (2009), banyaknya anggota keluarga yang berada dalam satu rumah dapat berdampak pada pembagian pangan dalam keluarga tersebut. Semakin banyak anggota keluarga maka semakin banyak pembagian pangan dalam keluarga, ini bermakna bahwa semakin sedikit pangan yang diterima oleh masing-masing anggota keluarga terutama anak balita dalam keluarga tersebut. Selain itu karena dalam budaya masyarakat di tempat penelitian yang memiliki kebiasaan, dimana bapak, ibu dan anggota keluarga yang sudah dewasa mendapatkan jatah makan yang lebih banyak dari anggota keluarga yang lain sedangkan anak balitanya hanya mendapat jatah makan sedikit. Hal ini terjadi karena masyarakat menganggap bahwa anak kecil hanya membutuhkan makan dalam porsi yang sedikit.

Jumlah anak yang banyak pada keluarga yang keadaan sosial ekonominya cukup akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak terutama kalau jarak kelahiran anak terlalu dekat. Hal tersebut akan menjadi lebih parah pada keluarga dengan keadaan sosial ekonomi yang kurang, jumlah anak yang banyak akan mengakibatkan selain kurangnya kasih sayang dan perhatian pada anak juga kebutuhan primer seperti makanan, sandang dan perumahan pun tidak terpenuhi (Soetjiningsih, 2007). Keadaan yang seperti inilah yang menyebabkan asupan gizi yang diterima oleh anak balita kurang sehingga balita dapat tetap berada pada bawah garis merah (BGM) meskipun sudah mendapatkan pelayanan gizi buruk berupa konseling gizi di pojok gizi puskesmas.

d. Pendapatan Keluarga

Jumlah pendapatan keluarga akan berpengaruh pada daya beli seseorang terhadap bahan makanan yang dikonsumsi. Apabila daya beli rendah, maka kuantitas dan kualitas bahan makanan juga rendah. Sebaliknya, apabila seseorang memiliki daya beli yang tinggi, maka kuantitas dan kualitas bahan pangan yang dikonsumsi akan terpenuhi. Pendapatan dalam keluarga merupakan salah satu indikator yang penting, karena pendapatan yang diperoleh akan digunakan oleh keluarga tersebut untuk memenuhi kebutuhan dan belanja terhadap pangan keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa tingkat pendapatan keluarga mayoritas berpenghasilan rendah yaitu sebesar 20 responden, yang akan mempengaruhi daya beli seseorang terhadap pangan. Pendapatan yang rendah akan menyebabkan kurangnya pemenuhan kebutuhan bahan makanan yang bergizi, sehingga pola konsumsi dan tingkat konsumsi juga berkurang, dan hal ini akan menyebabkan status gizi balita yang berkaitan dengan tumbuh kembang pada balita rendah. Penelitian ini sesuai dengan teori Berg dalam Mahlia (2008), menerangkan bahwa pendapatan seseorang yang rendah akan mempengaruhi daya

beli keluarga pada bahan makanan yang bergizi karena dapat menentukan jenis pangan yang akan dibeli.

Sesuai dengan hasil penelitian Muryani (2007) yang mengungkapkan bahwa tingkat sosial ekonomi keluarga anak memiliki hubungan yang signifikan terhadap perkembangan anak. Hal ini dikarenakan tingkat ekonomi keluarga akan mempengaruhi kualitas dan kuantitas konsumsi makanan anak yang akan menunjang kesehatan dan status gizi anak. Penelitian lain yang mendukung yaitu penelitian yang dilakukan oleh Santi (2011) yang mengemukakan bahwa pendapatan keluarga mempengaruhi status gizi balita karena pada tingkat pendapatan yang rendah, makanan sumber karbohidrat sebagai sumber energi utama. Apabila pendapatan meningkat, maka makanan karbohidrat menurun dan masukan lemak, daging, susu, serta makanan sumber protein hewani meningkat.

Menurut Soejiningsih (1999), menyatakan bahwa jika pendapatan naik, maka jumlah dan jenis makanan cenderung membaik pula akan tetapi mutu makanan tidak selalu membaik. Hal ini disebabkan oleh karena peningkatan pendapatan yang diperoleh tidak digunakan untuk membeli pangan atau bahan makanan yang bergizi tinggi, tetapi digunakan untuk memenuhi kebutuhan lainnya. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang pertumbuhan anak gizi kurang karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik yang primer maupun yang sekunder. Dengan begitu maka dalam pemenuhan gizi seimbang tidak dapat dilakukan sehingga anak tetap berada pada garis merah meskipun mendapatkan pelayanan gizi buruk berupa konseling gizi di pojok gizi puskesmas.

4.2.3 Pelaksanaan Konseling Gizi Berdasarkan Depkes RI Tahun 2008

Konseling termasuk sebuah cara untuk membantu seseorang dan merupakan suatu teknik untuk sebuah intervensi, untuk perubahan tingkah laku. Seorang konselor dalam melaksanakan konseling gizi harus memiliki teknik-teknik yang

efektif untuk memperoleh informasi dari klien sehingga dapat memecahkan masalah yang dihadapi. Menurut Gladding dalam Lesmana (2005), pada umumnya konselor mempunyai orientasi bersikap aktif dalam sesi-sesi konseling. Klien belajar, menghilangkan atau belajar kembali bertingkah laku tertentu. Dalam proses ini, konselor berfungsi sebagai konsultan, guru, penasihat, pemberi dukungan dan fasilitator. Seorang konselor juga harus bisa memberi instruksi atau mensupervisi orang-orang pendukung yang ada di lingkungan klien yang membantu dalam proses perubahan tersebut. Konsep yang efektif beroperasi dengan perspektif yang luas dan terlibat dengan klien dalam setiap fase konseling.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar penggunaan teknik konseling dalam kategori cukup yaitu sebanyak 16 kali dalam pemberian konseling pada 29 ibu balita BGM. Dengan pelaksanaan teknik yang tidak diterapkan semua berdasarkan Depkes RI tahun 2008 maka dapat mempengaruhi pelaksanaan konseling yaitu dalam memperoleh informasi-informasi dari klien. Teknik konseling gizi yang dianjurkan oleh Depkes RI tahun 2008 terdapat 10 teknik, tetapi berdasarkan penelitian di lapangan teknik tersebut tidak dilakukan secara penuh pada ibu balita. Begitu pula dengan tahap pelaksanaan konseling gizi sebagian besar dalam kategori cukup yaitu sebanyak 15 kali. Pelaksanaan konseling gizi yang dianjurkan oleh Depkes RI tahun 2008 terdapat 12 tahap.

Teknik yang paling sering tidak dilakukan adalah menawarkan bantuan kepada ibu setelah pemberian nasihat, memberikan pertanyaan terbuka kepada ibu, dan memberikan saran bukan perintah. Pelaksanaan konseling gizi tahapan yang sering tidak dilalui oleh petugas gizi adalah menentukan anak sakit atau tidak, pemberian pertanyaan pemahaman, menanyakan penyakit yang sering diderita, dan mengkaji kemungkinan penyebab gizi lainnya (sosial dan lingkungan).

Faktor utama petugas gizi tidak menawarkan bantuan kepada ibu balita BGM salah satunya adalah kurangnya pemanfaatan bantuan tersebut untuk dimanfaatkan oleh ibu balita BGM. Bantuan yang sudah diberikan dengan hasil yang nihil maka

membuat petugas gizi tidak menawarkan bantuan kembali kepada ibu balita BGM. Bantuan yang sering dilakukan oleh petugas gizi adalah berupa PMT bagi balita BGM, namun pada kenyataannya bantuan PMT tersebut tidak diberikan kepada balita BGM melainkan dikonsumsi oleh keluarga balita BGM.

Pemberian pertanyaan terbuka kepada ibu balita dapat dilakukan dengan “Bagaimana kabar ibu?, Terimakasih sudah membawa anak ibu kesini kembali, dapatkah ibu meluangkan waktu sebentar untuk berdiskusi?”. Pertanyaan terbuka diharapkan dapat mencairkan suasana sebelum melakukan konseling gizi sehingga dapat tercipta suasana yang hangat antara ibu dan petugas gizi. Dengan terciptanya suasana yang hangat maka dapat mempermudah petugas gizi dalam memperoleh informasi penyebab kurang gizi. Tetapi masih ada sebagian ibu yang tidak diberikan pertanyaan terbuka oleh petugas gizi, hal tersebut dikarenakan waktu yang tersedia untuk konseling kurang mencukupi. Berdasarkan Depkes RI (2008b), dalam melaksanakan konseling dibutuhkan waktu yang cukup agar setiap anjuran untuk meningkatkan status gizi balita dapat disampaikan dengan jelas.

Teknik konseling dalam memberikan nasihat tidak dianjurkan petugas gizi memberikan perintah melainkan saran. Tetapi yang terjadi pada lapangan frekuensi petugas gizi memberikan saran bukan perintah dalam frekuensi yang sedikit. Petugas gizi tidak melakukan hal tersebut dikarenakan petugas gizi merasa bosan dalam memberikan saran kepada ibu balita. Hal tersebut dikarenakan sebagian besar ibu balita BGM susah dalam menerapkan saran yang sudah diberikan sehingga petugas gizi bertindak tegas dengan memberikan perintah.

Berdasarkan tahap pelaksanaan konseling gizi petugas gizi sama sekali tidak menggunakan buku Grafik Pertumbuhan Anak (GPA), dikarenakan 29 balita BGM belum mendapatkan buku GPA karena pada seluruh puskesmas wilayah kerja puskesmas Sumbersari belum menerapkan buku GPA dan yang mendapatkannya balita yang baru mendaftarkan pada posyandu. Tetapi petugas tetap mencatat pertumbuhan balita BGM dari bulan ke bulan pada buku khusus untuk mengetahui perkembangan

status gizi balita BGM. Dalam hal pencatatan pencapaian sasaran petugas juga mencatat dalam buku tersebut. Untuk mengetahui pertumbuhan balita BGM berdasarkan BB/U dan BB/TB petugas gizi melihat berdasarkan standar baku WHO sehingga petugas gizi dapat mengetahui perkembangan status gizi balita BGM.

Menentukan anak sakit atau tidak pada saat kunjungan sebelum dilakukannya konseling sangat diperlukan, karena apabila anak sakit maka petugas gizi dianjurkan melakukan konseling gizi pemberian makan serta melakukan pengobatan terlebih dahulu. Hal tersebut tidak dilakukan petugas gizi dikarenakan keterbatasan waktu konseling gizi sehingga apabila balita BGM menampakkan dalam keadaan sehat maka petugas gizi langsung pada tahap selanjutnya.

Tahap pelaksanaan konseling gizi dengan pemberian pertanyaan pemahaman petugas gizi hanya melakukan sebanyak 4 kali, hal tersebut dikarenakan keterbatasan waktu konseling serta adanya kebosanan baik dari petugas gizi maupun ibu. Menurut Prawitasari, *et al* (2004), dalam memberikan pertanyaan pemahaman kepada ibu maka hal tersebut dapat menggambarkan bahwa klien dalam hal ini ibu balita BGM benar-benar mengerti apa yang harus dilakukan setelah mendapatkan konseling gizi untuk meningkatkan status gizi balitanya. Selain itu dengan adanya pertanyaan pemahaman dapat memastikan klien merasakan kepuasan dalam penyampaian informasi-informasi yang didapat dalam konseling gizi.

Berdasarkan tahap pelaksanaan konseling gizi berupa menanyakan penyakit yang sering diderita atau berulang oleh petugas gizi kepada ibu balita dalam frekuensi yang kurang. Hal ini dikarenakan petugas gizi sudah mengetahui karakteristik masing-masing balita BGM yang rutin mendapatkan konseling gizi selama perawatan gizi buruk. Begitu pula dengan mengkaji kemungkinan penyebab kurang gizi lainnya (sosial dan lingkungan) dilakukan petugas gizi dalam frekuensi yang kurang. Hal tersebut dikarenakan petugas gizi terfokuskan dengan pola pemberian makan atau menyusui saja. Berdasarkan Depkes RI (2008), menanyakan penyakit yang sering diderita atau berulang sangat dianjurkan karena dalam tahap tersebut petugas gizi

dapat memberikan saran yang dapat mengatasi permasalahan tersebut. Dalam pelaksanaan konseling antara konselor dan klien harus memiliki komunikasi yang baik agar konseling itu dapat memecahkan suatu permasalahan.

Menurut Depkes RI (2008b), dengan adanya teknik membangun kepercayaan dan memberikan dukungan maka akan terjalin komunikasi antara petugas gizi dengan ibu balita. Dengan adanya penyampaian informasi oleh petugas gizi diharapkan dapat merubah perilaku ibu balita BGM dalam pola pengasuhan sehingga keberhasilan konseling tersebut dapat tercapai, namun dengan pengetahuan yang cukup tidak merubah perilaku seseorang tanpa adanya motivasi.

Seberapa kuat motivasi yang dimiliki individu akan banyak menentukan terhadap kualitas perilaku yang ditampilkannya, baik dalam konteks belajar, bekerja maupun dalam kehidupan lainnya (Sudrajat, 2011). Menurut Makmun (2003), mengemukakan bahwa untuk memahami motivasi individu dapat dilihat dari durasi kegiatan, frekuensi kegiatan, persistensi pada kegiatan, ketabahan, keuletan dan kemampuan dalam menghadapi rintangan dan kesulitan. Bagi petugas gizi sebaiknya memiliki sikap tanggap dalam menyikapi ibu balita BGM yang pasif akibat kejenuhan serta adanya motivasi yang cukup untuk mengubah perilaku ibu balita BGM dalam pola pengasuhan berdasarkan nasihat-nasihat yang sudah disampaikan.

Menurut Maslow dalam Notoatmodjo (2007), mengatakan bahwa dalam teori motivasi kebutuhan adanya kebutuhan akan harga diri yang pada umumnya tercermin dalam berbagai symbol-simbol status serta adanya aktualisasi diri. Hal tersebut sesuai dengan apa yang dimiliki oleh petugas gizi berupa bekal pengetahuan gizi serta pengalaman dalam menghadapi ibu balita pada saat memberikan konseling dibandingkan dengan ibu balita BGM. Apabila petugas gizi memiliki kebutuhan akan hal tersebut maka motivasi tersebut akan timbul dengan sendirinya dalam diri petugas gizi karena dalam hal ini petugas gizi memiliki kemampuan yang tidak dimiliki oleh ibu balita BGM.

Apabila konselor dalam hal ini petugas gizi sudah memiliki motivasi yang baik maka perlu adanya kondisi konseling yang efektif. Lesmana (2005), mengatakan bahwa konseling yang efektif seorang konselor harus memiliki konsep yang efektif beroperasi dengan perspektif yang luas dan terlibat dengan klien dalam setiap fase konseling. Menurut Gladding dalam Lesmana (2005), mengatakan bahwa konselor yang berkualitas sangat mendukung berhasilnya konseling. Ada beberapa karakteristik yang harus dipenuhi oleh seorang konselor agar dapat membantu terjadinya perubahan dalam diri klien yang dihadapinya.

Karakteristik konselor yang harus dimiliki untuk dapat merubah perilaku. Menurut Okun dalam Lesmana (2005), menyebutkan bahwa karakteristik tersebut adalah sadar diri, kejujuran, kongruensi kemampuan untuk berkomunikasi dan pengetahuan karakteristik yang harus dipunya oleh seorang konselor. Strong dalam Lesmana (2005), juga menyebutkan kemahiran, menarik, dapat dipercaya merupakan sebuah syarat seorang konselor.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian kepada murid-murid SMA yang dilakukan oleh Lesmana (1995), bahwa salah satu kualitas seorang guru yang mereka inginkan adalah “menarik”. Sehingga tidak karakteristik menarik merupakan salah satu kualitas yang harus dipunyai oleh seorang konselor. Pada dasarnya seorang konselor harus bisa menempatkan diri pada saat memberikan konseling, begitu pula dengan petugas gizi di pojok gizi puskesmas Sumbersari harus memiliki penyesuaian diri dalam hal menghadapi ibu balita BGM yang susah untuk diberikan nasihat.

4.2.4 Peningkatan Status Gizi

Status gizi dalam Undang-undang RI No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan adalah tingkat kecukupan gizi seseorang yang sesuai dengan jenis kelamin dan usianya. Menurut Almatier (2003), status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi dan penggunaan zat-zat gizi dan dibedakan menjadi status gizi buruk,

kurang, baik, dan lebih. Menurut Daly dan Robertson dalam Supariasa *et al.* (2002) menyebutkan bahwa dalam status gizi pada balita dipengaruhi oleh dua hal pokok, yaitu konsumsi makanan dan kondisi kesehatan. Status gizi baik terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin.

Faktor langsung yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk adalah kurangnya asupan zat gizi dan penyakit infeksi. Menurut Soekirman (1999) dalam Made *et al.* (2004) menyatakan bahwa penyebab dari tingginya prevalensi gizi kurang secara langsung adalah asupan gizi yang tidak sesuai antara yang dikonsumsi dengan kebutuhan tubuh, dimana asupan gizi secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola pengasuhan terhadap anak yang diberikan oleh ibu. Berdasarkan pendapat Baliwati *et al.* (2004), penyakit infeksi dapat bertindak sebagai pemula terjadinya kurang gizi sebagai akibat menurunnya nafsu makan, adanya gangguan penyerapan dalam saluran gizi pencernaan atau peningkatan kebutuhan zat gizi oleh adanya penyakit. Status gizi yang rendah akan menurunkan resistensi tubuh terhadap infeksi penyakit sehingga banyak menyebabkan kematian, terutama pada anak, keadaan ini akan mempengaruhi angka mortalitas.

Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Nofianti (2011), dengan judul Hubungan Asupan Zat Gizi dengan Status Gizi Anak Balita Anak Usia 12-24 Bulan di Kabupaten Batang dengan hasil penelitian bahwa anak dengan asupan zat gizi makro maupun mikro mempengaruhi status gizi. Asupan energi dan zat mikro seperti protein yang tidak tercukupi baik jumlah mutunya akan mengganggu pertumbuhan, perkembangan, dan status gizi balita.

Berdasarkan keadaan dilapangan penyakit infeksi bertindak sebagai pemula terjadinya kurang gizi, sehingga mengakibatkan menurunnya nafsu makan, adanya gangguan penyerapan dalam saluran pencernaan atau peningkatan kebutuhan zat gizi oleh adanya penyakit. Menurut Supariasa (2002), kaitan penyakit infeksi dengan

keadaan gizi kurang merupakan hubungan timbal balik, yaitu hubungan sebab akibat. Penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi dan keadaan gizi yang jelek dapat mempermudah infeksi. Asupan makan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi dan atau unsur-unsur ikatan kimia yang dapat diubah menjadi zat gizi oleh, yang berguna bila dimasukkan ke dalam tubuh terutama bagi balita gizi kurang. Dengan asupan nutrisi yang baik maka balita gizi kurang dapat mencapai keadaan gizi yang normal atau baik dengan adanya penambahan berat badan dan tinggi badan yang sesuai dengan umur balita.

Hasil penelitian dilapangan peningkatan status gizi berdasarkan BB/TB lebih banyak dibandingkan dengan peningkatan status gizi berdasarkan BB/U. Hal tersebut dikarenakan pengukuran status gizi dengan menggunakan indeks BB/U digunakan untuk menggambarkan status gizi balita BGM secara akut atau kronis. Selain itu penggunaan pengukuran dengan BB/U lebih sensitif dalam melihat perubahan status gizi dalam jangka waktu pendek (Sulistiyani, 2010). Misalnya saja pada balita BGM yang sedang mengalami infeksi yaitu diare maka dapat dengan cepat mempengaruhi status gizinya saat ini dikarenakan berat badan balita dapat menurun secara drastis.

Peningkatana berat badan dan tinggi badan belum tentu meningkat pula status gizi seseorang. Berdasarkan indeks BB/U dan BB/TB terdapat 11 responden yang mengalami peningkatan status gizi dari balita BGM menjadi tidak BGM. Kekurangan gizi secara kronis disebabkan karena tidak mengkonsumsi makanan dalam jumlah yang cukup atau makanan yang baik dalam periode atau kurun waktu yang lama untuk mendapatkan kalori dan protein dalam jumlah yang cukup, atau juga disebabkan adanya infeksi. Berdasarkan data yang diperoleh mayoritas balita BGM mengalami infeksi yaitu diare sehingga dapat dengan mudah menurunkan berat badan karena tidak diimbangi dengan asupan yang cukup.

Dengan pemberian konseling gizi pada ibu balita BGM maka diharapkan dapat memberikan pengaruh yang signifikan dalam peningkatan berat badan dan

status gizi balita. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wonatorey *et al.*, (2006) yang menyebutkan bahwa peningkatan status gizi anak gizi buruk dipengaruhi oleh meningkatnya pengetahuan gizi ibu dalam pengolahan dan perawatan anak gizi buruk melalui konseling gizi.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai gambaran konseling gizi pada balita bawah garis merah (BGM) berdasarkan konseling gizi Depkes RI Tahun 2008 di Wilayah kerja Puskesmas Sumpalsari, dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar anak balita Bawah Garis Merah (BGM) berusia 25-36 bulan, dan berjenis kelamin perempuan.
2. Sebagian besar karakteristik keluarga balita Bawah Garis Merah (BGM) memiliki tingkat pendidikan rendah, pengetahuan cukup, memiliki jumlah anggota keluarga besar, dan pendapatan keluarga yang rendah.
3. Sebagian besar petugas gizi melaksanakan konseling gizi dalam kategori cukup.
4. Sebagian besar balita BGM tidak mengalami peningkatan status gizi yang dilihat berdasarkan indeks BB/U maupun BB/TB.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut.

1. Perlu adanya penyelenggaraan pelatihan mendalam yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan kepada seluruh petugas gizi tentang penanganan gizi buruk tingkat puskesmas yaitu konseling gizi yang dapat diberikan secara menyeluruh dan lengkap. Pelatihan dimaksudkan untuk memberikan informasi yang luas mulai dari teknik konseling hingga isi konseling berdasarkan pedoman konseling gizi Depkes RI tahun 2008 yang akan diberikan kepada ibu balita gizi buruk.
2. Perlu adanya kunjungan rumah dalam pemberian konseling gizi oleh petugas gizi kepada ibu balita BGM beserta dengan demonstrasi cara penyiapan makanan

yang bergizi dengan menggunakan bahan makanan lokal. Serta diharapkan bagi semua balita menggunakan buku Grafik Pertumbuhan Anak (GPA).

3. Perlu adanya peningkatan pengetahuan bagi seluruh petugas gizi berkaitan dengan materi-materi konseling gizi, serta diharapkan lebih aktif dalam memberikan pengertian akan pentingnya pola pengasuhan kepada ibu balita BGM.
4. Perlu adanya penelitian lebih mendalam tentang efektivitas konseling gizi berdasarkan Depkes RI tahun 2008 dalam peningkatan status gizi balita bawah garis merah (BGM).

DAFTAR PUSTAKA

- Ahira, D. 2010. *Pertumbuhan Fisi Balita*. [serial online]. <http://www.ahirapertumbuhanfisikbalita.htm> [2 November 2012]
- Almatsier, S. 2002. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Anneahira. 2010. *Penyuluhan Kesehatan bagi Masyarakat*. [serial online]. http://www.anneahira.com/artikel-kesehatan/penyuluhan_kesehatan.htm [14 Januari 2012].
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar. 2000. *Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)*. Jakarta: Dirjen Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Indonesia.
- Badan Pusat Statistik. 2005. *Indikator Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Baliwati, Y.F., Khomsan, A., dan Dwirianti, C.M. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Budirahardjo. 2011. *Pertumbuhan dan Perkembangan Balita*. [serial online]. <http://www.bookpedia.com/pertumbuhan-dan-perkembangan-balita> [2 november 2011]
- Budiarto, E. 2003. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Brammer. L. M., Abrego, P. J., & Shostrom, E. L. 1993. *Therapeutic Counseling and Psychotherapy*. Sixth Ed. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2003. *Pedoman Pelayanan Gizi Di Puskesmas Perawatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Departemen Kesehatan R.I. 2000. *Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Departemen Kesehatan R.I

- Departemen Kesehatan R.I. 2002. *Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Jakarta: Departemen Kesehatan republik Indonesia Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2007. *Buku Pegangan Kader Posyandu*.
- Departemen Kesehatan R.I. 2008a. *Petunjuk Teknis Bantuan Sosial Program Perbaikan Gizi Masyarakat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Departemen Kesehatan R.I. 2008b. *Modul Pelatihan Penilaian Pertumbuhan Anak: Konseling Pertumbuhan dan Pemberian Makan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2011. *LB3 KIA Seksi Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Jember*. Jember: Tidak Dipublikasikan.
- Handayani. 2005. *Karakteristik Balita*. [serial online] <http://www.promosikesehatan.com/?act=tips&id=139&pg=3> (21 Januari 2012)
- Hurlock, E. 1980. *Developmental Psychology (Psikologi Perkembangan)*. Alih bahasa: Istiwidayanti dan Soedjarwo. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Husin, C.R. 2008. *Hubungan Pola Asuh Anak Dengan Status Gizi Balita Umur 0-24 bulan di Wilayah Terkena Tsunami Kabupaten Pidien Propinsi Nangroe Aceh Darussalam*. [serial online]. <http://digilib.usu.ac.id/files/disk1/105/jtptunimus-5223-1-bab1.pdf>. [22 Januari 2012]
- Irawan, R. 2004. *Diagnosis Gizi Buruk*. Surabaya: RSUD dr. Soetomo.
- Khomsan, Setiawan, Kusharto, Pranadji, Karsin, Anwar, Riyadi, Hardiansyah, Roosita, Yuliati, Rimbawan, Retnaningsih, Mudajinah, Sibarani dan Baliwati. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Krisnatuti, D. 2002. *Menyiapkan Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Puspa Swara, Anggota IKAPI.
- Kristijono, A. 2001. Karakteristik Balita Kurang Energi Protein (KEP) yang Dirawat Inap di RSUD Dr Pirngadi. (*dalam Jurnal Sains Kesehatan*). Medan: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjan Universitas Sumatera Utara.

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/18608/5/Chapter%201.pdf>. [8 Februari 2012]

Lesmana, J. M. 2005. *Dasar-dasar Konseling*. Jakarta: Universitas Indonesia

Made, A.A., Sudargo, Toto dan Gunawan, I.M.A. 2004. Hubungan Pola Asuh dan Asupan Gizi Terhadap Status Gizi Anak Umur 6-24 Bulan di Kelurahan Mengampang, Kecamatan Barru, Kabupaten Barru (*dalam Jurnal Sains Kesehatan*). Yogyakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjan Universitas Gadjah Mada.

Mahlia, Y. 2008. *Pengaruh Karakteristik Ibu dan Pola Asuh Makanan Terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi di Kecamatan Pangkalan Susu Kabupaten Langkat Tahun 2008*. Skripsi S-1. Unuversitas Sumatra Utara. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/18608/5/Chapter%201.pdf>. [21 Januari 2012]

Manik. 2011. *Pemanfaatan Tablet Tambah Terhadap BBLR di Kabupaten Nangro Aceh Tahun 2010*. Skripsi S-1. Unuversitas Sumatra Utara. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/18608/5/Chapter%201.pdf>. [8 Februari 2012]

Moehji, S. 2002. *Ilmu Gizi: Pengetahuan Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Papas Sinar Sinanti.

Moehji. 2003. *Ilmu Gizi: Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta: Papas Sinar Sinanti.

Muaris, H. 2006. *Lauk Bergizi untuk Anak Balita*. [serial online]. <http://www.bookopedia.com/daftar-buku/pid-1638/resep-lauk-bergizi-untuk-anak-balita.html>. [11 Januari 2012]

Muryani, Sri. 2007. *Hubungan Sosial Ekonomi, Jenis Kelamin dan Urutan Kelahiran dengan Perkembangan Bicara dan Bahasa*. [serial online] <http://www.siakebmagetan@telkom.net/2009/07/15/new003636kp/>. (25 Januari 2012)

Nazir. 2005. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.

Ningtyias, F. W. 2010. *Penentuan Status Gizi Secara Langsung*. Jember: Jember University.

- Nofianti, 2011. *Hubungan Asupan Zat Gizi dengan Status Gizi Balita Usia 24-32 Bulan*. [serial online]. <http://undip.ac.id> [21 Februari 2012]
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Permana, J. 2005. *Teknik Komunikasi dalam Pelatihan*. [serial online]. <http://file.upi.edu/Direktori/A%20%20FIP/JUR.%20ADMINISTRASI%20PENDIDIKAN/195908141985031%20%20JOHAR%20PERMANA/Semi%20Dialog%20Profesional.pdf> [13 Februari 2011].
- Prawitasari, Prabandari, Emilia. 2004. *Komunikasi Interpersonal*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Pudjiadi, S. 2001. *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak*. Jakarta: Gaya Baru Jakarta Balai Penerbit Fakultas Kedokteran UI.
- Puskesmas Sumbersari Jember. 2010. *Rencana Kerja (POA) Puskesmas Sumbersari Tahun 2010*.
- Puskesmas Sumbersari Jember. 2011. *Data Jumlah Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Jember Tahun 2010*.
- Rasni, H. 2009. *Konsep Keberdayaan Keluarga Miskin dalam Pemberian Asupan Nutrisi pada Balita (Dalam Jurnal Sains Kesehatan)*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Santi. 2011. *Faktor yang Berhubungan Kejadian Status Gizi pada Anak Balita di Desa Rajang Kecamatan Lembang Kabupaten Pirang*. [serial online]. <http://www.digilib.uns.ac.iduploaddokumen149041608201001281> (25 Januari 2012)
- Sediaoetama, A. 2004. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa dan Profesi*. Jakarta: PT. Dian Rakyat.
- Seyogy. 1996. *Menuju Gizi Baik yang Merata di Pedesaan dan di Kota*. Yogyakarta: UGM Press.
- Soetjiningsih. 2007. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Soedjiningsih. 2009. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Subaidah, S. 2009. Perbedaan Konsumsi, Status Gizi dan Tumbuh Kembang Anak TK Pedesaan dan Perkotaan. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Sudrajad, A. (2011). *Teori Motivasi*. <http://jurnalpendidikanislam.com/2011/12/teori-motivasi-menurut-para-ahli.html> [8 Februari 2008].
- Sugiarto, et al. 2003. *Teknik Sampling*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Sulistiyani. 2010. *Gizi Masyarakat 1*. Jember: Jember University Press.
- Supariasa, I.D.N., Bakri, B., Dan Fajar, I. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Supariasa, I Dewa Nyoman, Bakri Bahyar, Fajar Ibnu . 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Suryono dan Supardi, S. 2004 *Resiko penyakit ISPA dan Diare pada Balita Penderita Kekurangan Energi Protein (KEP) di Kabupaten Sukoharjo (Dalam Jurnal Sains Kesehatan)*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada.
- Viktor. 2009. *Makanan untuk Tumbuh Optimal*. [serial online] <http://www.dinkes-sumbar.org/images/upload/Image/index.php?file>. (23 Januari 2012)
- Wahid. 2007. *Konsep Ketahanan Pangan Rumah Tangga*. [serial online]. <http://www.damandiri.oe.id/file/wahidipbtinjauan.pd>. [22 Januari 2012]
- Wonatory, D., Julia M. dan Adiyanti, M.G. 2006. Pengaruh Konseling Gizi individu terhadap Pengetahuan Gizi Ibu dan Perbaikan Status Gizi Balita Gizi Buruk yang Mendapatkan PMT Pemulihan di Kota Sorong Irian Jaya Barat (*dalam Jurnal Sains Kesehatan*). Yogyakarta: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan I/98 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878, 332996
 Fax (0331) 322995 Jember 68121

Lampiran A. Lembar *Informed Consent*

INFORMED CONSENT

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Bersedia untuk dijadikan sebagai subjek penelitian skripsi yang dilakukan oleh :

Nama : Meita Yuandari
 Judul : Gambaran Konseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Pedoman Konseling Gizi Depkes RI Tahun 2008 di Pojok Gizi Puskesmas Sumbersari Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan memberi dampak dan risiko apapun pada saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini

Jember, Januari 2012

Responden,

(.....)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/98 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878, 332996
Fax (0331) 322995 Jember 68121

Lampiran B. Lembar Kuesioner Penelitian

Judul : Kuesioner Penelitian Gambaran Konseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Pedoman Konseling Gizi Depkes Ri Tahun 2008

A. Karakteristik Balita :

- 1) Nama balita :
- 2) Jenis Kelamin :
- 3) Umur balita :
 - a. < 6 bulan
 - b. 6 - 9 bulan
 - c. 9 - 12 bulan
 - d. 12 - 24 bulan

B. Karakteristik Keluarga:

- 1) Jumlah anggota keluarga
 - a. > 4 orang
 - b. \leq 4 orang
- 2) Tingkat pendidikan ibu/ ayah
 - a. Tidak Tamat SD
 - b. Tamat SD
 - c. Tidak Tamat SMP
 - d. Tamat SMP
 - e. Tidak Tamat SMA
 - f. Tamat SMA

- g. Tidak Tamat Perguruan Tinggi
 - h. Perguruan Tinggi
- 3) Pendapatan keluarga per bulan
- a. \leq Rp 875.000,00,-
 - b. $>$ Rp 875.000,00,-
- 4) Pengetahuan Gizi ibu (dinilai menurut hasil tes pengetahuan pada lampiran E)
- a. Baik ($>$ 80%)
 - b. Cukup (60-80%)
 - c. Kurang ($<$ 60%)

C. Data Antropometri Balita Awal

1. Tinggi Badan : cm
2. Berat Badan : kg

D. Data Antropometri Balita Setelah Pelayanan

1. Tinggi Badan : cm
2. Berat Badan : kg

E. Lembar Tes Pengetahuan Gizi Ibu

Petunjuk: Lingkari jawaban yang paling Anda anggap benar!

1. Apa yang dimaksud dengan kolostrum?
 - a. Cairan pertama yang keluar dari payudara dan berwarna kuning keemasan
 - b. Air susu yang pertama kali keluar dari payudara ibu dan berwarna putih
 - c. Air susu yang pertama kali keluar dari payudara ibu dan tidak berwarna
2. Apakah manfaat kolostrum untuk bayi baru lahir?
 - a. Memberikan kekebalan pada tubuh bayi dan melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi, terutama diare
 - b. Menggemukkan tubuh bayi
 - c. Membuat bayi lebih sehat

3. Bagaimana pendapat Anda tentang makanan pre lakteal (makanan yang diberikan saat bayi baru lahir sebelum ASI keluar)?
 - a. Boleh karena sudah tradisi
 - b. Boleh, supaya tubuh bayi gemuk
 - c. Tidak boleh, karena bayi baru lahir hanya boleh diberikan ASI saja
4. Apakah manfaat ASI untuk bayi?
 - a. Untuk kekebalan tubuh bayi dan kecerdasan anak
 - b. Agar bayi tidak sering menangis
 - c. Mudah dan murah diberikan kepada bayi
5. Apa yang dimaksud ASI eksklusif itu?
 - a. Pemberian ASI dengan selingan susu formula
 - b. Pemberian ASI saja tanpa tambahan makanan lainnya
 - c. Pemberian ASI dengan makanan tambahan
6. Mengapa bayi sampai umur 6 bulan harus diberikan ASI saja?
 - a. Karena pencernaan bayi belum kuat
 - b. Agar bayi tidak sering menangis
 - c. Bayi belum bisa menelan
7. Bagaimana prosedur yang benar dalam pemberian ASI pada bayi?
 - a. ASI diberikan setiap ibu ada waktu luang
 - b. Sesering mungkin kapan pun bayi meminta, paling sedikit 8 kali sehari
 - c. Diberikan bila bayi menangis saja
8. Sampai umur berapa ASI diberikan pada bayi?
 - a. 2 tahun
 - b. 1 tahun
 - c. 6 bulan
9. Umur berapa bayi Anda diberi makanan selain Air Susu Ibu (MP-ASI)?
 - a. Lebih dari 2 bulan
 - b. Lebih dari 4 bulan
 - c. Lebih dari 6 bulan
10. Berapa kali MP-ASI yang diberikan kepada bayi anda dalam sehari?
 - a. 2x dalam sehari

- b. 3x dalam sehari
 - c. Lebih dari 3x dalam sehari
11. Apa saja jenis atau ragam MP-ASI yang diberikan kepada anak anda?
- a. Makanan pokok + lauk pauk
 - b. Makanan pokok + lauk pauk + sayur
 - c. Makanan pokok + lauk pauk + sayur + buah
12. Pada umur 6 bulan jenis MP-ASI apa yang diberikan kepada anak?
- a. Sari buah/ bubur halus
 - b. Nasi tim
 - c. Makanan keluarga
13. Pada umur berapa seharusnya anak mulai diberikan makanan selingan (seperti biskuit)?
- a. 7 bulan
 - b. 8 bulan
 - c. 9 bulan
14. Berapa kali anak diberikan makanan selingan dalam sehari?
- a. 1 kali
 - b. 2 kali
 - c. 3 kali
15. Apa jenis pemberian makan yang tepat untuk anak usia 1-2 tahun?
- a. Nasi + sayur + lauk pauk + buah
 - b. ASI + nasi + sayur + lauk pauk + buah + makanan selingan
 - c. ASI + nasi + sayur + lauk pauk
16. Mulai umur berapa anak diberikan nasi tim/nasi lembik?
- a. 7 bulan
 - b. 8 bulan
 - c. 9 bulan
17. Pada umur berapa anak mulai diberikan sari buah?
- a. 6 bulan
 - b. 7 bulan
 - c. 8 bulan
18. Mulai umur berapa anak diberikan nasi?

- a. 6 bulan
 - b. 12 bulan
 - c. 24 bulan
19. Bagaimana cara mencuci tangan yang baik?
- a. Mencuci tangan dengan air
 - b. Mencuci tangan dengan air bersih dan mengalir
 - c. Mencuci tangan dengan sabun, air bersih dan mengalir
20. Bagaimana cara mengolah sayuran yang baik?
- a. Dicuci, dipotong, dimasak
 - b. Dipotong, dicuci, dimasak
 - c. Dipotong, dimasak
21. Bagaimanakah ciri-ciri air yang digunakan untuk diminum dan dimasak?
- a. Tidak bau, tidak berwarna, dan tidak berasa
 - b. Tidak bau, tidak berwarna
 - c. Tidak bau, tidak berasa
22. Bagaimanakah tempat penyimpanan air yang benar?
- a. Pada wadah yang bersih dan tertutup
 - b. Pada wadah yang bersih dan terbuka
 - c. Pada wadah yang bersih



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/98 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878, 332996

Fax (0331) 322995 Jember 68121

Lampiran C. Lembar Observasi Teknik dan Langkah Pelaksanaan

Konseling Gizi

Judul : Kuesioner Penelitian Gambaran Konseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Pedoman Konseling Gizi Depkes Ri Tahun 2008

A. Teknik Konseling Gizi

Beri tanda centang (✓) pada kolom sesuai dengan hasil pengamatan

No.	Teknik	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
1.	Mendengarkan dan belajar dari ibu :		
	a. Mengajukan pertanyaan terbuka		
	b. Mendengarkan dan meyakinkan ibu		
	c. Menggunakan bahasa tubuh dan isyarat untuk menunjukkan minat		
	d. Adanya empati petugas gizi kepada ibu		
2.	Membangun kepercayaan dan memberikan dukungan :		
	a. Memberikan pujian ibu kepada jika sudah berbuat baik		
	b. Menghindari kata-kata yang menyalahkan ibu		

	c. Dapat menerima apa yang ibu pikirkan dan rasakan		
	d. Memberikan informasi dengan bahasa sederhana		
	e. Memberikan saran bukan perintah		
	f. Menawarkan bantuan		

Catatan :

Jika tidak dilaksanakan maka faktor-faktor apa yang menyebabkan pelaksanaan tersebut tidak dilakukan/terpenuhi.

B. Langkah-langkah Pelaksanaan Konseling Gizi

Beri tanda centang (√) pada kolom sesuai dengan hasil pengamatan

No.	Langkah-Langkah	Pelaksanaan		Keterangan
		Ya	Tidak	
1.	Membacakan buku GPA			
	a. Jelas			
	b. Sederhana			
2.	Mewawancarai ibu mencari penyebab kurang gizi			
	a. Menentukan anak sakit atau tidak saat kunjungan			
	b. Pemberian pola makan atau pola menyusui			
	c. Penyebab sosial dan lingkungan			
	d. Penyakit yang sering diderita atau berulang			
	e. Menentukan penyebab utama bersama ibu atau pengasuh			
3.	Memberikan nasihat sesuai penyebab kurang gizi			

	a. Sesuai penyebab kurang gizi			
	b. Pertanyaan pemahaman			
4.	Menetapkan sasaran			
	a. Menetapkan waktu kunjungan			
	b. Meningkatkan pertumbuhan			
	c. Mencatat penyebab kurang gizi dan sasaran capaian pada buku GPA			

Catatan :

Jika tidak dilaksanakan maka faktor-faktor apa yang menyebabkan pelaksanaan tersebut tidak dilakukan/terpenuhi.

Responden	Pertanyaan																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
23	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
24	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0
27	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1
28	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
29	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0
30	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1

LAMPIRAN E. HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS PENGETAHUAN
GIZI IBU

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA
A)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	6,4333	20,1161	4,4851	25

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
X1	6,3000	19,4586	,1764	,7933
X2	6,0333	17,6885	,5200	,7758
X3	6,2000	18,1655	,4815	,7792
X4	6,2000	19,3379	,1568	,7953

X5	6,2000	18,5793	,3645	,7851
X6	6,2000	19,8207	,0288	,8013
X7	6,0667	17,7885	,5049	,7769
X8	6,2000	18,1655	,4815	,7792
X9	6,2667	19,0299	,2850	,7890
X10	6,1667	18,9713	,2406	,7914
X11	6,2000	19,8207	,0288	,8013
X12	6,0667	17,5126	,5761	,7727
X13	6,1667	18,2126	,4431	,7809
X14	6,2333	18,9437	,2843	,7890
X15	6,1667	18,9713	,2406	,7914
X16	6,2333	19,9782	-,0076	,8022
X17	6,0000	17,7241	,5038	,7767
X18	6,1333	18,8782	,2520	,7910
X19	6,2667	19,4437	,1582	,7944
X20	6,2000	18,5793	,3645	,7851
X21	6,2667	19,3057	,2001	,7926
X22	6,0333	17,6885	,5200	,7758
X23	6,2000	18,1655	,4815	,7792
X24	6,2333	18,9437	,2843	,7890
X25	6,1667	18,2816	,4244	,7819

Reliability Coefficients

N of Cases = 30,0

N of Items = 25

Alpha = ,7939

Lampiran F. Surat Ijin Penelitian

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
e-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 10 Januari 2012

Nomor : 440 / 540 / 414 / 2012
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Validitas Kuesioner

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Puskesmas Gladak Pakem
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/06/314/2012, Tanggal 03 Januari 2012, Perihal Ijin Validitas Kuesioner, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : MEITA YUANDARI
NIM : 072110101012
Fakultas : Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian Tentang " Uji Validitas Kuesioner Tentang Jumlah Balita, Karakteristik Ibu Balita, dan Jumlah Posyandu di Puskesmas Gladak Pakem Kabupaten Jember "
Waktu Pelaksanaan : 10 Januari 2012 s/d 10 Februari 2012

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan untuk kepentingan ilmiah dan tidak untuk publikasi masyarakat/umum, Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**

dr. H. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Tingkat I
NIP. : 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
 e-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 10 Januari 2012

Nomor : 440 / 540 / 414 / 2012
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
 Yth. Sdr. Kepala Puskesmas Sumpersari
 di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/06/314/2012, Tanggal 03 Januari 2012, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : MEITA YUANDARI
 NIM : 072110101012
 Fakultas : Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
 Keperluan : Mengadakan Penelitian Tentang " Gambaran Konseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Konseling Gizi Depkes RI 2008 (Studi Kasus di Pojok Gizi Puskesmas Sumpersari) "
 Waktu Pelaksanaan : 10 Januari 2012 s/d 10 Februari 2012

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan untuk kepentingan ilmiah dan tidak untuk publikasi masyarakat/umum, Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER

dr. H. BAMBANG SUWARTONO, MM
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan di Tempat

Lampiran G. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Puskesmas Sumpersari berdiri kurang lebih 46 tahun yang lalu tepatnya pada tahun 1963. Puskesmas Sumpersari ini merupakan salah satu Puskesmas yang ada di Kabupaten Jember yang letaknya berada dipusat kota sehingga Puskesmas ini mendapat julukan sebagai Puskesmas perkotaan. Awalnya bangunan Puskesmas Sumpersari merupakan rumah dinas Pemerintahan Kabupaten Jember yang kemudian dialihfungsikan sebagai pusat kesehatan masyarakat.

a. Keadaan Geografi

Puskesmas Sumpersari merupakan salah satu lembaga pemerintahan dari Dinas Kesehatan yang berlokasi di daerah Kecamatan Sumpersari Jember. Puskesmas Sumpersari beralamatkan di Jalan Letjen Panjaitan No.42 Jember dengan No. Telp. (0331) 337334. Luas wilayah kerja Puskesmas Sumpersari seluas 2574,743 hektar. Wilayah kerja Kecamatan Sumpersari terdiri dari 7 Kelurahan sedangkan wilayah kerja Puskesmas Sumpersari terdiri dari 5 Kelurahan yaitu:

- 1) Kelurahan Sumpersari
- 2) Kelurahan Karangrejo
- 3) Kelurahan Tegalgede
- 4) Kelurahan Antirogo
- 5) Kelurahan Wirolegi

Batas-batas wilayah kerja Puskesmas Sumpersari:

Sebelah Utara	: Kecamatan Patrang
Sebelah Selatan	: Kelurahan Kranjingan dan Kebonsari
Sebelah Timur	: Kecamatan Pakusari
Sebelah Barat	: Kecamatan Kaliwates

b. Keadaan Demografi

Jumlah penduduk tahun 2008 menurut POA Th. 2010 Puskesmas Sumpersari:

- 1) Jumlah penduduk tiap kelurahan:

- Kelurahan Sumpersari : 77.422 Jiwa
 - Kelurahan Tegalgede : 25.675 Jiwa
 - Kelurahan Wirolegi : 6.292 Jiwa
 - Kelurahan Karangrejo : 14.927 Jiwa
 - Kelurahan Antirogo : 18.596 Jiwa
- 2) Jumlah penduduk berdasarkan jenis kelamin dan umur
- Jumlah penduduk laki-laki : 37.764 Jiwa
 - Jumlah penduduk perempuan : 39.658 Jiwa
 - Jumlah bayi umur 0 – 1 tahun : 1.280 Jiwa
 - Jumlah balita umur 1 – 4 tahun : 6.172 Jiwa
 - Jumlah ibu hamil : 1.408 Jiwa
 - Jumlah ibu bersalin : 1.293 Jiwa
- 3) Data penduduk sasaran KB / Kesehatan
- Kecamatan Sumpersari
 - Jumlah Bayi 0 – 1 th : 1.280 Jiwa
 - Jumlah anak 1 – 4 th : 6.172 Jiwa
 - Jumlah Pus : 14.345 Jiwa
 - Jumlah Wus : 22.051 Jiwa
 - Jumlah Bumil : 1.408 Jiwa
 - Jumlah Bulin : 1.293 Jiwa
- 4) Data penduduk Usia Sekolah
- Kecamatan Sumpersari
 - Jumlah SD / MI : 7.507 Jiwa
 - Jumlah SLTP / MTs : 1.360 Jiwa
 - Jumlah Kls. I SLTA / MAN : 5.723 Jiwa
 - Jumlah Ponpes : 200 Jiwa
- c. Keadaan Sosial Ekonomi
- Tingkat pendidikan masyarakat 22,79 % tamat SLTP.

- Sebagian besar (75%) penduduk beragama Islam.
 - Pola budaya masyarakat terdiri dari dua budaya yaitu budaya Madura dan campuran.
- d. Sarana kesehatan
- a) 1 Puskesmas Induk dengan kondisi baik
 - b) 4 Puskesmas Pembantu dengan kondisi cukup
 - c) 1 Polindes dengan kondisi cukup
 - d) 1 Mobil Ambulance
 - e) 3 Kendaraan roda dua
- e. Ketenagaan
- a) Tenaga kesehatan yang ada
 - Dokter umum : 2 orang
 - Dokter Gigi : 2 orang
 - Bidan : 11 orang
 - Perawat : 7 orang
 - Petugas Gizi/D3 Gizi : 1 orang
 - Sanitasi : 1 orang
 - Laboratorium : 1 orang
 - SAA : 1 orang
 - Tenaga Administrasi : 6 orang
 - Pengemudi : 1 orang
 - Penjaga : 1 orang
 - Pekarya Halaman : 2 orang
 - b) Lain-lain : 1 orang
- f. Peran Serta Masyarakat
- Jumlah Dukun Bayi : 31 Jiwa
 - Jumlah Kader Kesehatan : 475 Jiwa
 - Jumlah Kader Saka Bhakti Husada : 20 Jiwa

- Jumlah Santri Husada : 20 Jiwa
- Jumlah Kader Usila : 36 Jiwa
- Jumlah Kelompok Usila : 9 Buah
- Jumlah Kelompok Batra : 5 Buah
- Jumlah Posyandu : 95 Buah

Lampiran H. Rekapitulasi Karakteristik Keluarga Balita Bawah Garis Merah (BGM)

No.	Pendidikan ibu	Pengetahuan ibu	Pendapatan	Jumlah Keluarga
1	tingkat menengah	Kurang	Rendah	keluarga kecil
2	tingkat menengah	Cukup	Tinggi	keluarga kecil
3	tingkat rendah	Kurang	rendah	keluarga besar
4	tingkat rendah	Kurang	rendah	keluarga besar
5	tingkat menengah	Cukup	rendah	keluarga besar
6	tingkat menengah	Kurang	tinggi	keluarga kecil
7	tingkat rendah	Cukup	rendah	Keluarga kecil
8	tingkat rendah	Cukup	rendah	keluarga besar
9	tingkat rendah	Cukup	rendah	keluarga besar
10	tingkat menengah	Cukup	tinggi	keluarga kecil
11	tingkat menengah	Cukup	rendah	Keluarga besar
12	tingkat rendah	Cukup	rendah	keluarga kecil
13	Tingkat rendah	Cukup	Rendah	keluarga besar
14	tingkat menengah	Cukup	Tinggi	keluarga kecil
15	tingkat menengah	Kurang	Tinggi	keluarga besar
16	tingkat menengah	Cukup	tinggi	keluarga besar
17	tingkat rendah	Cukup	rendah	keluarga kecil
18	tingkat rendah	kurang	rendah	keluarga besar
19	tingkat menengah	Cukup	tinggi	keluarga kecil
20	tingkat menengah	Cukup	tinggi	keluarga besar
21	tingkat rendah	Cukup	rendah	keluarga besar
22	tingkat rendah	Cukup	rendah	Keluarga kecil
23	tingkat rendah	Cukup	rendah	Keluarga kecil
24	tingkat rendah	Cukup	tinggi	Keluarga kecil
25	tingkat rendah	kurang	rendah	Keluarga kecil
26	tingkat rendah	Cukup	tinggi	Keluarga besar
27	tingkat rendah	Cukup	rendah	Keluarga besar
28	tingkat rendah	Cukup	rendah	Keluarga besar
29	tingkat rendah	kurang	rendah	Keluarga besar

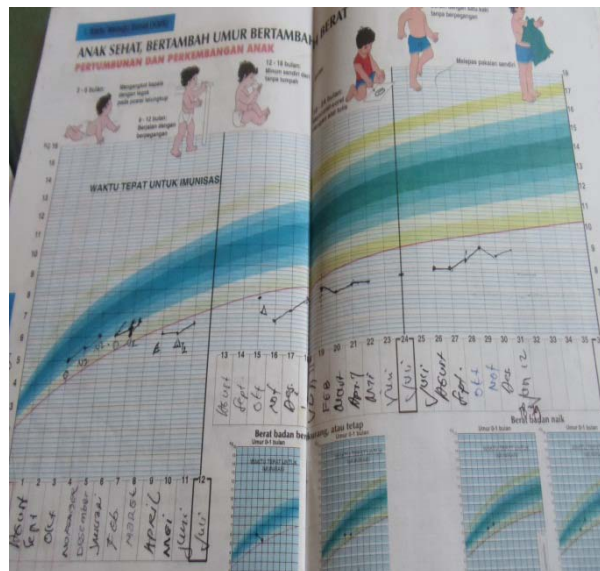
Lampiran I. Rekapitulasi Peningkatan Status Gizi Balita Bawah Garis Merah (BGM)

No.	Jenis Kelamin	Status Gizi Awal		Status Gizi Akhir	
		BB/U	BB/TB	BB/U	BB/TB
1	Laki-laki	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -2
2	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah 0
3	Laki-laki	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -1
4	perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -1
5	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -3
6	Laki-laki	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -3
7	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -2
8	Laki-laki	bawah -3	bawah -3	Bawah -1	Bawah 1
9	Laki-laki	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -3
10	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -1
11	Laki-laki	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Tepat -2
12	perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -1	Bawah -1
13	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -1
14	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -3
15	Laki-laki	bawah -3	bawah -3	Tepat -3	Bawah -1
16	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -1
17	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -3
18	Laki-laki	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -2
19	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	bawah -1
20	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -1
21	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -1
22	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Tepat -3	Tepat -2
23	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Tepat -1
24	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -2
25	Laki-laki	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -3
26	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -2
27	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -2
28	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -3	Bawah -2
29	Perempuan	bawah -3	bawah -3	Bawah -2	Bawah -2

Lampiran K. Dokumentasi



Gambar 1. Petugas Gizi Memberikan Nasihat pada Ibu



Gambar 2. Grafik Pertumbuhan Balita



Gambar 3. Balita Bawah Garis Merah (BGM)



Gambar 4. Wawancara dengan responden



Gambar 5. Pengukuran Berat Badan Balita BGM

