



**PENATALAKSANAAN ASUHAN GIZI PADA BALITA KURANG
ENERGI PROTEIN (KEP) DI RUMAH PEMULIHAN GIZI
KABUPATEN SITUBONDO**

SKRIPSI

Oleh

**Riski Dwi Nur Maghfiroh
NIM. 112110101041**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**PENATALAKSANAAN ASUHAN GIZI PADA BALITA KURANG
ENERGI PROTEIN (KEP) DI RUMAH PEMULIHAN GIZI
KABUPATEN SITUBONDO**

SKRIPSI

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

Oleh

**Riski Dwi Nur Maghfiroh
NIM. 112110101041**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT, atas berkat limpahan kasih sayang-Nya saya bisa menyelesaikan skripsi ini.
2. Kedua orang tua saya Ibu Nunik Nuryaningsih, S. Pd. I dan Bapak Sarjono.
3. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

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

(terjemahan Q.S Al-An'am ayat 132)^{*)}

^{*)} Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Riski Dwi Nur Maghfiroh

NIM : 112110101041

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi saya yang berjudul : *Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 23 September 2015

Yang Menyatakan,

Riski Dwi Nur Maghfiroh

112110101041

SKRIPSI

**PENATALAKSANAAN ASUHAN GIZI PADA BALITA KURANG
ENERGI PROTEIN (KEP) DI RUMAH PEMULIHAN GIZI
KABUPATEN SITUBONDO**

Oleh

Riski Dwi Nur Maghfiroh
NIM. 112110101041

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Sulistiyani, S. KM, M. Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM, M. Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 23 September 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua

Sekretaris

Dr. Farida Wahyu N, S.KM., M. Kes.
NIP. 19801009 200501 2 002

Yennike Tri H., S.KM., M.Kes.
NIP. 19781016 200912 2 001

Anggota

Rina Widharnarini, S.KM., M.Kes.
NIP. 19701019 199403 2 001

Mengesahkan

Dekan

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

RINGKASAN

Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo; Riski Dwi Nur Maghfiroh; 112110101041; 2015; 109 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Gizi buruk dan gizi kurang merupakan sebuah masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Gizi buruk adalah bentuk terparah dari keadaan Kurang Energi dan Protein (KEP). Faktor risiko terjadinya gizi buruk adalah pada usia 1-5 tahun atau pada bayi dan balita. Prevalensi gizi buruk-kurang di Kabupaten Situbondo pada tahun 2014 adalah 18,4% yang terdiri dari 2,6% gizi buruk dan 15,8% gizi kurang. Banyak faktor yang menyebabkan masalah gizi kurang yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi, sedangkan penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, kesehatan lingkungan, dan pelayanan kesehatan. Salah satu cara untuk menanggulangi masalah gizi kurang dan gizi buruk adalah dengan menjadikan tatalaksana gizi buruk sebagai upaya menangani setiap kasus yang ditemukan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo. Variabel dalam penelitian ini adalah karakteristik balita, karakteristik keluarga, tingkat konsumsi balita, dan penatalaksanaan asuhan gizi. Jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan diskriptif dan menggunakan disain *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo pada bulan Maret-Agustus 2015 dan besar sampel adalah 5 balita.

Hasil penelitian diketahui bahwa dalam kegiatan penatalaksanaan asuhan gizi pada balita KEP di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, semua balita melakukan pengukuran antropometri, pemeriksaan medis, intervensi (konseling, pemberian makan, pemberian obat), dan melakukan kontrol perkembangan berat badan. Berdasarkan hasil kontrol perkembangan berat badan,

dari 5 balita yang dirawat terdapat 2 balita yang berat badannya naik dengan status gizi naik, 2 balita yang berat badannya naik dengan status gizi tetap, dan 1 balita yang berat badan turun dengan status gizi tetap. Saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah diharapkan dalam kegiatan konseling juga diberikan informasi mengenai manfaat obat atau jamu tradisional yang dapat meningkatkan nafsu makan anak dan cara pembuatan F-100 kepada ibu balita sehingga ibu balita dapat menerapkan pemberian F-100 di rumah.



SUMMARY

Management of Nutritional Care for Toddler with Protein Energy Malnutrition (PEM) in Nutritional Rehabilitation Home of Situbondo District; Riski Dwi Nur Maghfiroh; 112110101041; 2015; 109 pages; Department of Public Health Nutrition, Faculty of Public Health, University of Jember.

Malnutrition is a major public health problem in Indonesia. Malnutrition is the worst form of the state of Protein Energy Malnutrition (PEM). The risk factor of malnutrition is at the age of 1-5 years or in infants and toddlers. The prevalence of malnutrition in Situbondo District in 2014 was 18.4%. Many factors cause the problem of malnutrition, that is, direct causes and indirect factors. Direct factors are the child's food and infection, while indirect causes are food security in the family, parenting, environmental health, and health services. One way to overcome the problem of malnutrition is by setting the treatment of malnutrition as an effort to handle each case found.

This study aimed to identify the management of nutritional care for toddlers with Protein Energy Malnutrition (PEM) in the Nutritional Rehabilitation Home of Situbondo District. The variables in the study were the characteristics of toddlers, family characteristics, the intake of toddlers, and management of nutritional care. The study used descriptive research type using cross sectional design. The research was conducted at the Nutritional Rehabilitation Home of Situbondo District in March-August, 2015 and the samples were 5 toddlers.

Results showed that in the management of nutritional care for toddlers with PEM in Nutritional Rehabilitation Home of Situbondo District, all toddlers were given anthropometric measurement, medical examination, intervention (counseling, feeding, medication), and control of the development of body weight. Based on the results of body weight control, of the 5 toddlers treated, two toddlers gained weight and their nutritional status rose, two toddlers gained weight and their nutritional status remained, and one toddler lost weight and their nutritional status remained. It is suggested, that in counseling activities, information about

the benefits of traditional medicine or herbs and also the manufacture of F-100 are given to the mothers in order that mothers can increase the toddlers' appetite and apply that at home.



PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Penatalaksanaan Asuhan Gizi Pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Dr. Farida Wahyu N, S.KM., M. Kes selaku Ketua Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan penguji skripsi;
3. Sulistiyani, S. KM., M. Kes., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Christyana Sandra, S.KM, M. Kes, selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran, dan perhatian untuk memberikan bimbingan dan pengarahan demi terselesainya skripsi ini;
4. Yennike Tri H., S.KM., M.Kes dan Rina Widharnarini, S.KM., M.Kes yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran sebagai penguji skripsi;
5. Iken Nafikadini, S. KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik;
6. Drs. Abu Bakar Abdi, Apt., M.Si., selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo yang telah memberikan ijin penelitian;
7. Fitha Eka Kresna S. KM., Irma Lonita S. KM., Nurul Saniazizah, Amd. Gz., Resky Dina Utari, S.Psi., Maya Juwita Sari, Amd.Kep., Mirahati Safira, Amd.Akp., selaku petugas kesehatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo yang telah banyak membantu selama proses pelaksanaan penelitian;

8. Mas Wiji Santuso Pranoto Gomo dan Mbak Shinta Sari Fridayanti Safi'I S. KM., tercinta yang selalu mendoakan dan mendukung kepada penulis;
9. Fengky Ginardi yang selalu setia mendengar keluh kesah, memberikan semangat, serta canda dan tawa dalam kesedihan dan kebahagiaan penulis;
10. Sahabat-sahabat terbaik Indah, Nery, Linda, Annisa, Jeani, Ikrimah, Unis, Uul, Lisa, Madinatul, Yeni, Rina, Chusnul, Pi'ah, dan BJ yang selalu memberikan kebahagiaan dan semangat dalam proses pembuatan skripsi;
11. Teman-teman seperjuangan peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat 2011 dan angkatan 2011 FKM UJ serta seluruh pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, terima kasih telah memberikan semangat kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran membangun dari semua pihak yang membaca demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 23 September 2015

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
RINGKASAN	viii
<i>SUMMARY</i>	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Balita dengan Kurang Energi Protein.....	7
2.1.1 Pengertian Balita.....	7
2.1.2 Pengertian Kurang Energi Protein (KEP).....	8

2.1.3 Indikator Kurang Energi Protein (KEP)	9
2.1.3.1 Indikator Antropometri	9
2.1.3.2 Indikator Klinis	10
2.1.3.3 Indikator Biokimia	11
2.2 Status Gizi	12
2.2.1 Pengertian Status Gizi.....	12
2.2.2 Faktor Determinan Status Gizi	12
2.3 Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein	19
2.3.1 Strategi Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP).....	19
2.3.2 Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo	21
2.3.2.1 Standar Prosedur Operasional Pelayanan Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo	21
2.3.2.2 Standar Prosedur Operasional Skrining Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo	22
2.3.2.3 Standar Prosedur Operasional Asesmen Gizi pada Pasien Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo	24
2.4 Rumah Pemulihan Gizi	26
2.5 Kerangka Teori	29
2.6 Kerangka Konsep	30
BAB 3. METODE PENELITIAN	31
3.1 Jenis Penelitian	32
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.	32
3.2.1 Tempat Penelitian.....	32
3.2.2 Waktu Penelitian	32
3.3 Penentuan Populasi dan Sampel Penelitian.....	33
3.3.1 Populasi Penelitian	33
3.3.2 Sampel Penelitian.....	33
3.3.3 Besar Sampel.....	33
3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel.....	34
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	34

3.4.1 Variabel Penelitian	34
3.4.2 Definisi Operasional.....	34
3.5 Data dan Sumber Data	40
3.5.1 Data Primer	40
3.5.2 Data Sekunder	40
3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data	41
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	41
3.6.2 Alat Perolehan Data.....	42
3.7 Teknik Pengolahan dan Penyajian.	42
3.7.1 Teknik Pengolahan Data	42
3.7.2 Teknik Penyajian Data	43
3.8 Kerangka Alur Penelitian	44
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	45
4.1 Hasil Penelitian	45
4.1.1 Karakteristik Balita	45
4.1.2 Karakteristik Keluarga	46
4.1.3 Tingkat Konsumsi Balita.....	47
4.1.4 Penatalaksanaan Asuhan Gizi	48
4.2 Pembahasan	50
4.2.1 Karakteristik balita	50
4.2.2 Karakteristik Keluarga	56
4.2.3 Tingkat Konsumsi Balita.....	62
4.2.4 Penatalaksanaan Asuhan Gizi	68
BAB 5. PENUTUP.....	82
5.1 Kesimpulan	82
5.2 Saran	83
5.2.1 Bagi Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo untuk Upaya Kesehatan Perorangan	83
5.2.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo untuk Upaya Kesehatan Masyarakat	84
5.2.3 Bagi Orang Tua	84

5.2.3 Bagi Peneliti Lain.....	85
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks	9
2.2 Nilai Prealbumin dalam Kaitannya dengan Status Gizi.....	11
2.3 Batasan dan Interpretasi Kadar Serum Protein dan Serum Albumin.....	11
3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	35
3.2 Data Sekunder dan Sumber Data	40
4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita KEP Di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.....	45
4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga, Pendapatan Keluarga, Umur Ibu, Tingkat Pendidikan ibu, dan Status Pekerjaan Ibu Balita KEP di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.....	46
4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Konsumsi Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat Balita KEP di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo	47
4.4 Distribusi Frekuensi Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) Berdasarkan Pengukuran Antropometri, Pemeriksaan Medis, dan Intervensi di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.....	49
4.5 Distribusi Frekuensi Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) Berdasarkan Perkembangan Berat Badan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo	50

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Penyebab Kurang Gizi UNICEF 1990.....	13
2.2 Alur Pemanggilan Balita dari Wilayah untuk di Skrining di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.....	22
2.3 Alur Skrining di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo	24
2.4 Pelayanan Gizi di Kabupaten Situbondo	27
2.5 Kerangka Teori	29
2.6 Kerangka Konsep.....	30
3.1 Alur Penelitian	44

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. <i>Informed Consent</i>	92
B. Panduan Wawancara.....	93
C. Lembar Obsevasi Intervensi	96
D. Kuisisioner Recall.....	97
E. Lembaran Rekapitulasi Hasil Recall 2x24 Jam	98
F. Lembaran Rekapitulasi Hasil Recall Pemberian Makan Di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.....	99
G. Lembaran Rekapitulasi Hasil Perkembangan Berat Badan	100
H. Dokumentasi Penelitian	101
I. Surat Rekomendasi Penelitian	108

DAFTAR SINGKATAN

Daftar Arti Lambang

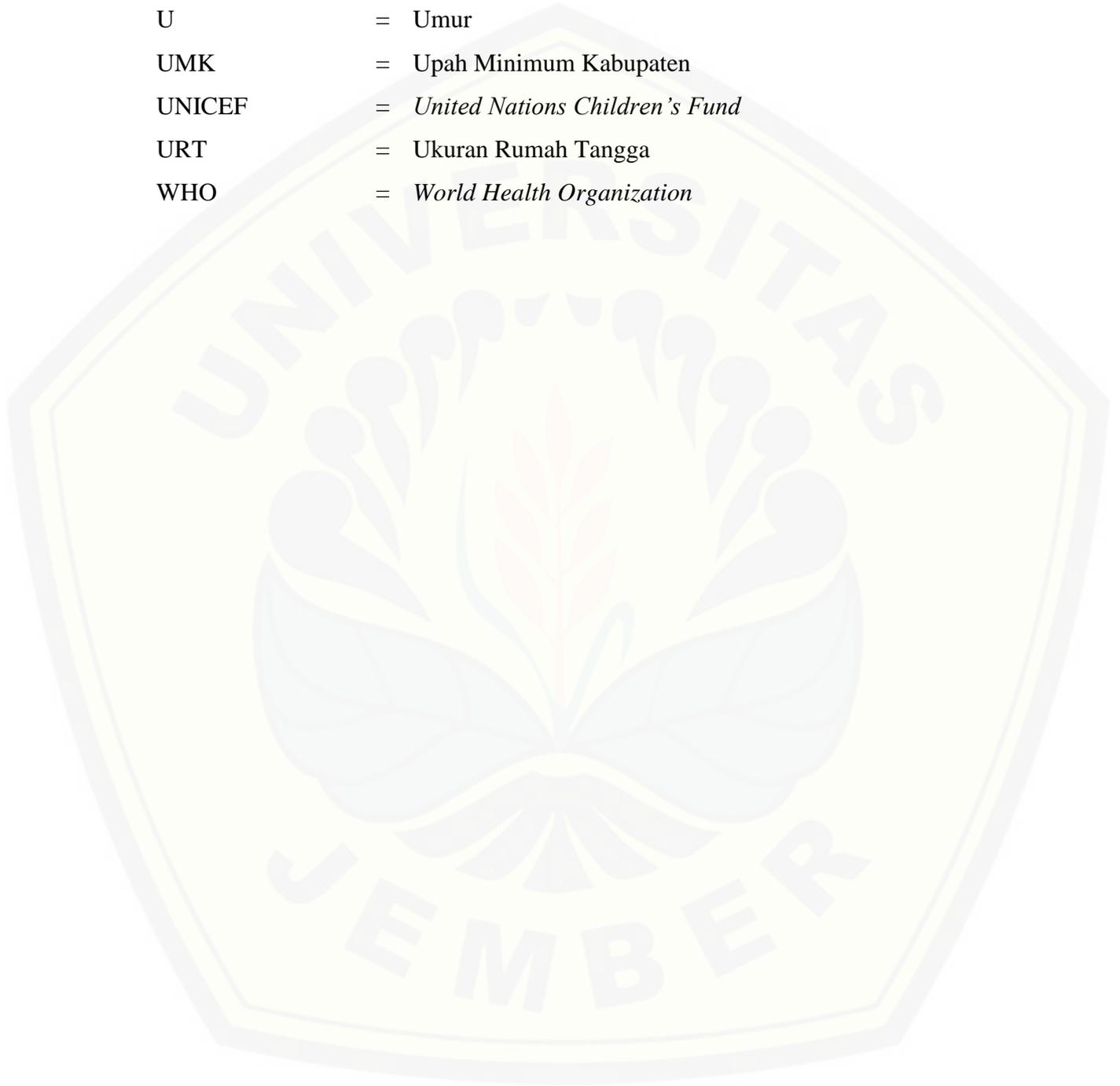
Lambang	Arti
%	= Persentase
>	= Lebih Besar Dari
<	= Lebih Kecil Dari
\geq	= Lebih Besar dan Sama Dengan
\leq	= Lebih Kecil dan Sama Dengan
α	= <i>Alpha</i>
P	= <i>p-value</i>
-	= Sampai

Daftar Singkatan

AKG	= Angka Kecukupan Gizi
ASI	= Air Susu Ibu
BB	= Berat Badan
BB/TB	= Berat Badan Berdasarkan Tinggi Badan
BB/U	= Berat Badan Berdasarkan Umur
BBLR	= Berat Bayi Lahir Rendah
BCG	= <i>Bacillus Calmette-Guerin</i>
BPS	= Badan Pusat Statistik
DDTK	= Deteksi Dini Tumbuh Kembang
DKBM	= Daftar Komposisi Bahan Makanan
DKGA	= Daftar Kecukupan Gizi yang Dianjurkan
DPT	= <i>Difteri Pertusis Tetanus</i>
F-100	= Formula 100
g	= Gram
GAKI	= Gangguan Akibat Kurang Iodium
Hb	= Hemoglobin

HIV	=	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMD	=	Inisiasi Menyusui Dini
ISPA	=	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
KADARZI	=	Keluarga Sadar Gizi
KEP	=	Kurang Energi dan Protein
KIA	=	Kartu Ibu dan Anak
KMS	=	Kartu Menuju Sehat
KP-ASI	=	Kelompok Pendukung Air Susu Ibu
LILA	=	Lingkar Lengan Atas
MI	=	Mililiter
MP-ASI	=	Makanan Pendamping ASI
NCHS	=	<i>National Center for Health Statistics</i>
IMT	=	Indeks Massa Tubuh
IQ	=	<i>Intelligence Quotient</i>
OAT	=	Obat Anti <i>Tuberculosis</i>
PB	=	Panjang Badan
PGBM	=	Pemulihan Gizi Berbasis Masyarakat
PIN	=	Pekan Imunisasi Nasional
PJB	=	Penyakit Jantung Bawaan
PMT	=	Pemberian Makanan Tambahan
RPG	=	Rumah Pemulihan Gizi
RR	=	Risiko Relative
SD	=	Standar Deviasi
SD	=	Sekolah Dasar
SDM	=	Sumber Daya Manusia
SKPG	=	Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi
SMA	=	Sekolah Menengah Akhir
SMK	=	Sekolah Menengah Kejuruan
SMP	=	Sekolah Menengah Pertama
TB	=	Tinggi Badan
TBC	=	<i>Tuberculosis</i>

TFC	=	<i>Theurapeutic Feeding Center</i>
TPG	=	Taman Pemulihan Gizi
TSH	=	<i>Thyroid Stimulating Hormone</i>
U	=	Umur
UMK	=	Upah Minimum Kabupaten
UNICEF	=	<i>United Nations Children's Fund</i>
URT	=	Ukuran Rumah Tangga
WHO	=	<i>World Health Organization</i>



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tujuan nasional bangsa Indonesia sebagaimana yang tercantum dalam pembukaan Undang Undang Dasar 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dalam seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakan program pembangunan nasional secara menyeluruh dan berkesinambungan (Alamsyah, 2013:1). Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah (Kemenkes RI, 2010:1).

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM). Sumber daya manusia yang berkualitas yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas. Bukti empiris menunjukkan bahwa hal ini sangat ditentukan oleh status gizi yang baik. Status gizi yang baik ditentukan oleh jumlah asupan pangan yang dikonsumsi. Apabila gizi kurang dan gizi buruk terus terjadi dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007:1).

Gizi buruk dan gizi kurang merupakan sebuah masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia (UNICEF, 2012:12). Gizi buruk adalah bentuk terparah dari keadaan Kurang Energi dan Protein (KEP). Faktor risiko terjadinya gizi buruk adalah pada usia 1-5 tahun atau pada bayi dan balita. Pada kelompok tersebut mengalami siklus pertumbuhan dan perkembangan yang membutuhkan zat-zat gizi yang lebih besar dari kelompok umur yang lain

sehingga balita paling mudah menderita kelainan gizi. Kejadian gizi buruk seperti fenomena gunung es dimana kejadian gizi buruk dapat menyebabkan kematian (Alamsyah, 2013:133).

Secara nasional prevalensi gizi buruk-kurang pada tahun 2013 adalah 19,6%, terdiri dari 5,7% gizi buruk dan 13,9% gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%) terlihat meningkat. Perubahan yang terjadi pada prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4% tahun 2007, 4,9% pada tahun 2010, dan 5,7% tahun 2013. Sedangkan prevalensi gizi kurang naik sebesar 0,9% dari 2007 dan 2013. Untuk mencapai sasaran MDG's tahun 2015 yaitu 15,5% maka prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4,1% dalam periode tahun 2013–2015 (Risksdas, 2013:251). Prevalensi gizi buruk-kurang di Kabupaten Situbondo pada tahun 2014 sebesar 18,4% yang terdiri dari 2,6% gizi buruk dan 15,8% gizi kurang (Dinas Provinsi Jawa Timur, 2014).

Faktor yang menyebabkan masalah gizi kurang yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi, sedangkan penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, kesehatan lingkungan, dan pelayanan kesehatan (UNICEF, 2012:1). Berdasarkan hasil pemantauan status gizi Kabupaten Situbondo pada tahun 2012-2013, disebutkan bahwa 42,85% gizi buruk di Kabupaten Situbondo diakibatkan oleh kemiskinan, 52,85% gizi buruk diakibatkan oleh pengetahuan yang rendah, 24,28% karena sakit, dan 2,85% karena BBLR (Dinkes Kabupaten Situbondo, 2014:8).

Anak bergizi buruk mempunyai risiko kehilangan IQ 10-15 point (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007:5). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2005 (dalam Sulistiyani, 2010:7), diperkirakan bahwa Indonesia kehilangan 220 juta IQ poin akibat kekurangan gizi. Dampak yang diakibatkan lebih jauh lagi adalah meningkatnya kejadian kesakitan bahkan kematian.

Menurut WHO lebih dari 50% kematian bayi dan anak terkait dengan gizi kurang dan gizi buruk. Kondisi ini secara langsung menurunkan tingkat

kesejahteraan masyarakat di suatu negara, oleh karena itu masalah gizi perlu ditangani secara cepat dan tepat (Kementerian Kesehatan, 2011:1). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2005 (dalam Sulistiyani, 2010:15), upaya perbaikan gizi merupakan bagian dari investasi sumber daya manusia untuk pembangunan suatu bangsa. Dengan meningkatnya kualitas sumber daya manusia (SDM) akan meningkatkan produktivitas kerja yang selanjutnya akan meningkatkan ekonomi. Adanya perbaikan ekonomi akan mengurangi kemiskinan dan selanjutnya akan meningkatkan kualitas SDM, meningkatkan produktivitas, dan seterusnya (Sulistiyani, 2010:15-16).

Salah satu cara untuk menanggulangi masalah gizi kurang dan gizi buruk adalah dengan menjadikan tatalaksana gizi buruk sebagai upaya menangani setiap kasus yang ditemukan. Untuk menekan kematian bayi atau balita, dan menurunkan prevalensi gizi kurang dan buruk pemerintah menetapkan target bahwa semua balita gizi buruk dirawat. Pada saat ini seiring dengan perkembangan ilmu dan teknologi tatalaksana gizi buruk menunjukkan bahwa kasus ini dapat ditangani dengan dua pendekatan yaitu secara rawat inap dan rawat jalan (Kementerian Kesehatan, 2011:1).

Ruang lingkup penanggulangan balita gizi buruk dari tingkat kabupaten, kecamatan sampai tingkat rumah tangga meliputi prosedur penjangkaran kasus balita gizi buruk, prosedur pelayanan balita gizi buruk puskesmas, prosedur pelacakan balita gizi buruk dengan cara investigasi, prosedur pelayanan balita gizi buruk di rumah tangga, dan prosedur koordinasi lintas sektoral dalam upaya penanggulangan gizi buruk. Selama ini pemulihan balita gizi buruk dilakukan dengan rawat inap di fasilitas kesehatan, tanpa pemisahan penderita yang disertai komplikasi ataupun yang tidak disertai komplikasi. Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaannya antara lain cakupan balita yang ditemukan dan dirujuk masih rendah, serta lamanya masa perawatan yang mengakibatkan perawatan tidak tuntas karena umumnya pulang paksa. Untuk mengatasi kendala tersebut, penderita gizi buruk tanpa komplikasi dapat dirawat di rumah secara rawat jalan. Penanganan rawat jalan dilakukan berupa Pemulihan Gizi Berbasis Masyarakat (PGBM) di rumah tangga yang dikembangkan berdasarkan prinsip bahwa

penemuan penderita gizi buruk secara dini dan ditangani secara tepat maka tingkat keberhasilan penatalaksanaannya akan tinggi (Kementerian Kesehatan, 2011:1).

Rumah Pemulihan Gizi di Kabupaten Situbondo merupakan Rumah Pemulihan Gizi satu-satunya yang ada di Jawa Timur. Rumah Pemulihan Gizi di Kabupaten Situbondo didirikan pada tanggal 13 Februari 2014 dan sampai dengan bulan Maret 2015 sudah menangani 412 kasus. Pendirian Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo didasarkan atas hukum perbaikan gizi yaitu, Perpres No. 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang menyatakan bahwa upaya penggalangan partisipasi dan kepedulian pemangku kepentingan secara terencana dan terkoordinir untuk percepatan perbaikan gizi pada 1000 hari pertama kehidupan (Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo, 2014:13). Oleh karena itu, pendirian Rumah Pemulihan Gizi di Kabupaten Situbondo bersinergi dengan program 1000 hari pendampingan balita sejak di dalam kandungan karena bertujuan untuk menurunkan jumlah balita dengan status gizi buruk-kurang serta tersedianya tempat khusus penanganan masalah gizi, konsultasi, dan penyuluhan yang dapat dijadikan sebagai tempat pemulihan gizi bagi masyarakat. Sampai saat ini, belum ada penelitian mengenai penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka perlu dilakukan penelitian terhadap penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut: “Bagaimana penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik balita yaitu umur, jenis kelamin, berat lahir, status imunisasi, pemberian ASI, dan pemberian suplemen vitamin A.
- b. Mengidentifikasi karakteristik keluarga yaitu jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, umur ibu, tingkat pendidikan ibu, dan status pekerjaan ibu.
- c. Mengidentifikasi tingkat konsumsi energi, protein, lemak, dan karbohidrat pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.
- d. Mengidentifikasi penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo meliputi pengukuran antropometri, pemeriksaan medis, intervensi, dan kontrol perkembangan berat badan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang Gizi Kesehatan Masyarakat khususnya mengenai penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo sehingga menjadi salah satu sumber bantuan telaah untuk studi gizi dan kesehatan masyarakat.

1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo selaku pengelola Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo dalam penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang

Energi Protein (KEP) sehingga dapat dilakukan upaya penanggulangan balita Kurang Energi Protein (KEP) secara efektif dan efisien. Selain itu, sebagai bahan masukan bagi instansi pendidikan dalam upaya penyebaran informasi mengenai penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Balita dengan Kurang Energi Protein

2.1.1 Pengertian Balita

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia diatas 1 tahun atau anak di bawah lima tahun. Pada usia balita pertumbuhan seorang anak sangat pesat sehingga memerlukan asupan zat gizi sesuai dengan kebutuhannya (Muaris, 2006). Menurut Sutomo dan Anggraeni (2010:1), balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik, namun kemampuan lain masih terbatas.

Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan di masa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut *golden age* atau masa keemasan (Sutomo dan Anggraeni, 2010:1). Menurut Sediaoetama (2006:239), terdapat beberapa kondisi yang dapat menyebabkan balita rawan gizi dan kesehatan antara lain:

- a. Anak balita baru berada dalam masa transisi dari makanan bayi ke makanan dewasa.
- b. Anak balita mempunyai ibu yang bekerja sehingga perhatian ibu sudah berkurang.
- c. Anak balita sudah mulai main di tanah, lingkungan yang kotor sehingga memungkinkan untuk terjadi infeksi.
- d. Anak balita belum bisa memilih makanannya, dibutuhkan peran perilaku orang tua yang didasari dengan pengetahuan.

2.1.2 Pengertian Kurang Energi Protein (KEP)

Kurang Energi Protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). Kurang gizi dapat dilihat dari gambaran klinis yang nampak dimana anak BB rendah atau kurus, dengan indikator berat badan yang kurang menurut umur terhadap berat badan normal yang seharusnya. Status kurang gizi dapat berlanjut menjadi status gizi buruk dimana jika berat badan jauh dibawah normal dan klinis terdapat gejala atau tanda dari gizi buruk (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Pedesaan, 2010:1-2). Menurut Mahan dan Stump (1996) (dalam Sulistiyani, 2010:28), Kurang Energi Protein (KEP) merupakan suatu bentuk gangguan klinis yang diakibatkan oleh berbagai tingkat dan variasi dari kurang energi protein dan biasanya disertai dengan kondisi fisiologis dan lingkungan yang buruk serta stres.

Golongan penduduk yang rawan terhadap Kurang Energi Protein (KEP) yaitu bayi, balita, ibu hamil, dan ibu menyusui. Menurut Almatsier (2009:143), 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. Hal tersebut juga dapat terjadi lebih banyak pada perempuan. Tingkat aktivitas 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.

Masalah Kurang Energi Protein (KEP) merupakan defisiensi gizi (energi dan protein) yang paling berat dan meluas terutama terjadi pada anak balita. Anak disebut KEP apabila berat badannya kurang dari 80% indeks berat badan menurut umur (BB/U) baku WHO-NCHS (Supriasa *et al.*, 2012:18). Pada anak-anak, gejala penyakit Kurang Energi Protein (KEP) merupakan campuran gambaran klinis defisiensi energi dan protein. Defisiensi yang menonjol dikenal dengan marasmus. Bila gejala defisiensi protein yang dominan disebut kwashiorkor. Gambaran umum yang sering terjadi merupakan gejala campuran disebut marasmus-kwashiorkor (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2007).

2.1.3 Indikator Kurang Energi Protein (KEP)

Ada beberapa cara mengukur status gizi anak, yaitu dengan pengukuran antropometrik, klinik, dan laboratorium. Diantara ketiga cara tersebut, pengukuran antropometrik adalah cara yang relatif paling sederhana dan banyak dilakukan.

2.1.3.1 Indikator Antropometri

Antropometri dapat dilakukan dengan beberapa macam pengukuran, yaitu pengukuran terhadap berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, dan tebal lemak. Pengukuran berat badan (BB), tinggi badan (TB), dan panjang badan (PB) merupakan pengukuran yang paling banyak dilakukan untuk keperluan perorangan dan keluarga (Sulistiyani, 2010:30).

Status gizi tidak hanya diketahui dengan mengukur BB atau TB sesuai dengan umur (U) secara sendiri-sendiri, tetapi juga dalam bentuk indikator yang merupakan kombinasi antara ketiganya. Masing-masing indikator memiliki makna tersendiri. Terdapat beberapa kombinasi indikator, yaitu BB/U, TB/U, dan BB/TB. Indikator BB/U merupakan indeks untuk menggambarkan status gizi saat ini, sedangkan TB/U menggambarkan status gizi masa lalu (Almatsier *et, al.*, 2011:142)

Dalam menilai status gizi anak diperlukan standar antropometri yang mengacu pada Standar *World Health Organization* 2005 (WHO 2005). Kategori dan ambang batas status gizi anak adalah sebagaimana terdapat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Ambang Batas (Z-Score)	Indeks		
	BB/U	PB/U atau TB/U	BB/PB atau BB/TB
Di bawah -3 SD	Gizi Buruk	Sangat Pendek	Sangat Kurus
Di bawah -2 SD	Gizi Kurang	Pendek	Kurus
Di bawah -1 SD	Gizi Baik	Normal	Normal
0 atau angka median	Gizi Baik	Normal	Normal
Di atas 1 SD	Gizi Baik	Normal	Normal
Di atas 2 SD	Gizi Lebih	Tinggi	Gemuk
Di atas 3 SD	Gizi Lebih	Tinggi	Gemuk

Sumber : Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak (Kemenkes RI, 2011:4).

2.1.3.2 Indikator Klinis

Menurut Supriasa *et al.* (2012:131), orang yang mengidap gejala klinis KEP ringan dan sedang secara garis besar dapat dibedakan menjadi tiga yaitu marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor. Pada pemeriksaan klinis, penderita KEP akan memperlihatkan tanda-tanda, yaitu :

a. Marasmus (Kurang Energi)

- 1) Anak tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit
- 2) Wajah seperti orang tua
- 3) Cengeng, rewel
- 4) Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit, bahkan sampai tidak ada
- 5) Sering disertai diare kronik atau susah buang air (konstipasi), serta penyakit kronik
- 6) Tekanan darah, detak jantung, dan pernapasan berkurang.

b. Kwashiorkor (Kurang Protein)

- 1) Oedem umumnya di seluruh tubuh terutama pada kaki (*dorsum pedis*)
- 2) Wajah membulat dan sembab
- 3) Otot-otot mengecil, lebih nyata apabila diperiksa pada posisi berdiri dan duduk, anak berbaring terus-menerus
- 4) Perubahan status mental, yaitu cengeng, rewel, dan kadang apatis
- 5) Anak sering menolak segala jenis makanan (anoreksia)
- 6) Pembesaran hati
- 7) Sering disertai infeksi, anemia, dan diare atau mencret
- 8) Rambut berwarna kusam dan mudah dicabut
- 9) Gangguan kulit berupa bercak merah yang meluas dan berubah menjadi hitam terkelupas (*crazy pavement dermatosis*)
- 10) Pandangan mata anak tampak sayu.

c. Marasmus-Kwashiorkor (Kurang Energi Protein)

Penyakit marasmus-kwashiorkor memperlihatkan gejala campuran antara penyakit marasmus dan kwashiorkor. Makanan sehari-harinya tidak cukup mengandung protein dan energi untuk pertumbuhan yang normal. Pada penderita

demikian, disamping menurunnya berat badan di bawah 60% dari normal memperlihatkan tanda-tanda kwashiorkor, seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit, sedangkan kelainan biokimiawi juga terlihat (Supariasa *et al.*, (2012:131-132).

2.1.3.3 Indikator Biokimia

Menurut Supariasa *et al.* (2012:167), analisis biokimia KEP yang banyak diperhatikan adalah yang menyangkut nilai protein tertentu dalam darah atau hasil metabolit dari protein yang beredar dalam darah dan dikeluarkan bersama-sama urin. Jenis protein yang nilainya menggambarkan status gizi seseorang mengalami perkembangan dari waktu ke waktu. Nilai prealbumin dalam kaitannya dengan status gizi, yaitu :

Tabel 2.2 Nilai Prealbumin dalam Kaitannya dengan Status Gizi

Status Gizi	Nilai Prealbumin $\mu\text{g/dl}$
Baik ^{*)}	23,8 +/-0,9
Gizi sedang ^{*)}	16,5 +/-0,8
Gizi kurang ^{*)} Marasmus ^{**)}	12,4 +/-1,0
Gizi buruk ^{*)} Marasmus-kwashiorkor ^{*)}	7,6 +/-0,6
Marasmus-kwashiorkor ^{**)}	3,3 +/-0,2
Kwashiorkor ^{**)}	3,2 +/-0,4

Keterangan : ^{*)} menurut klasifikasi Waterlow

^{**)} menurut klasifikasi Welcome

Sumber : Supariasa *et al.*, (2012:168)

Tabel 2.3 Batasan dan Interpretasi Kadar Serum Protein dan Serum Albumin

Senyawa dan Satuan	Umur (tahun)	Kriteria		
		Kurang	Margin	Cukup
Serum albumin (g/100 ml)	<1	-	<2,5	2,5+
	1-5	-	<3,0	3,0+
	6-16	-	<3,5	3,5+
	16+	<2,8	2,8-3,4	3,5+
	Bumil	<3,0	3,0-3,4	3,5+
Serum protein (g/100 ml)	<1	-	<5,0	5,0+
	1-5	-	<5,5	5,5+
	6-16	-	<6,0	6,0+
	16+	6,0	6,0-6,4	6,5+
	Bumil	5,5	5,5-5,9	6,0+

Sumber : Supariasa *et al.*, (2012:168)

2.2 Status Gizi

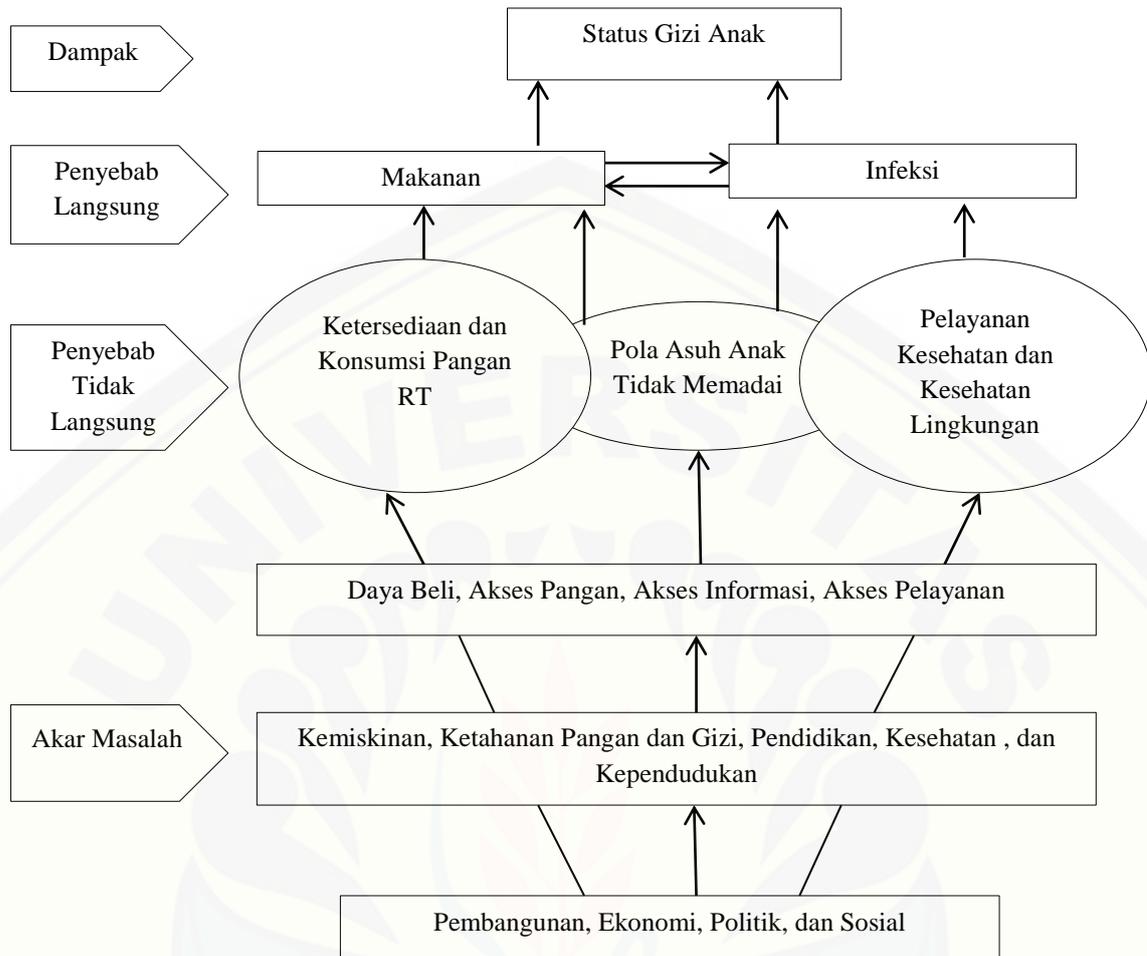
2.2.1 Pengertian Status Gizi

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 (Alamsyah, 2013:116). Menurut Almatsier (2009:3), kata gizi dapat dihubungkan dengan kesehatan tubuh, yaitu untuk menyediakan energi, membangun, dan memelihara jaringan tubuh, serta mengatur proses-proses kehidupan dalam tubuh. Selain itu, gizi juga dikaitkan dengan potensi ekonomi seseorang karena gizi berkaitan dengan perkembangan otak, kemampuan belajar, dan produktivitas kerja.

Status gizi didefinisikan sebagai ekspresi dari keadaan keseimbangan dari variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, *et al.*, 2012:18). Menurut Almatsier (2009:3), status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi, dibedakan antara status gizi buruk, kurang baik, dan lebih. Jumlah asupan zat gizi sesuai dengan yang dibutuhkan maka keadaan ini disebut dengan gizi baik, sedangkan apabila jumlah asupan zat gizi kurang dari yang dibutuhkan maka keadaan ini disebut dengan gizi kurang. Status gizi merupakan hal yang penting karena merupakan salah satu faktor risiko untuk terjadinya kesakitan dan kematian. Status gizi yang baik pada seseorang akan berkontribusi terhadap kesehatan dan kemampuan dalam proses pemulihan (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2007).

2.2.2 Faktor Determinan Status Gizi

Masalah gizi kurang dipandang sebagai suatu permasalahan ekologi, sebab merupakan hasil akhir dari berbagai pengaruh faktor-faktor yang saling berinteraksi di dalam lingkungan fisik, biologi, dan budaya masyarakat. Menurut UNICEF (1990) (dalam Sulistiyani, 2010:8), masalah gizi disebabkan oleh banyak faktor yang saling terkait baik secara langsung maupun tidak langsung.



Gambar 2.1 Penyebab Kurang Gizi UNICEF 1990, disesuaikan dengan kondisi Indonesia (Sulistiyani, 2010:9).

Penyebab langsung dari Kurang Energi Protein (KEP) adalah rendahnya *intake* energi dan protein atau adanya penyakit infeksi. Sedangkan penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan. Ketiga faktor ini saling berhubungan dan berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan. Makin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan, maka kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak, dan makin banyak keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada (Sulistiyani, 2010:8-9).

a. Faktor Penyebab Langsung

1) Konsumsi Makanan

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat gizi esensial. Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat gizi dalam jumlah berlebihan, sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan (Almatsier, 2009:9). Faktor yang berhubungan dengan konsumsi makan, yaitu:

a) Umur Ibu

Umur memiliki pengaruh terhadap terbentuknya kemampuan yang dimiliki dan dapat diperoleh melalui pengalaman sehari-hari di luar faktor pendidikan. Kemampuan pemilihan makanan ibu rumah tangga yang muda akan berbeda dengan kemampuan pemilihan bahan makanan pada ibu rumah tangga yang lebih tua dan pola pembelian makanan ibu rumah tangga muda cenderung berpengaruh kepada orang tuanya (Sediaoetama, 2006:51).

b) Pendidikan Orang tua

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak. Karena dengan pendidikan yang baik, maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik. Tingkat pendidikan dapat menentukan seseorang dalam menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh sehingga pendidikan diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi di dalam keluarga (Soetjiningsih, 2007:10).

c) Pekerjaan Orang Tua

Pekerjaan dalam arti luas adalah aktivitas utama yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan uang bagi seseorang. Dalam pembicaraan sehari-hari istilah ini sering dianggap sinonim dengan profesi (Suryani, 2013:16). Pekerjaan

yang berhubungan dengan pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan terhadap kuantitas dan kualitas makanan. Rendahnya pendapatan dan lemahnya daya beli tidak memungkinkan untuk mengatasi kebiasaan makan dan cara-cara tertentu yang menghalangi perbaikan gizi yang efektif, terutama untuk anak-anak (Syukriawati, 2011:40).

d) Pendapatan Keluarga

Semakin tinggi pendapatan, maka semakin bertambah peningkatan pengeluaran untuk pangan termasuk buah-buahan, sayuran, dan jenis makanan lainnya. Pendapatan suatu keluarga akan mempengaruhi konsumsi zat gizi bagi keluarga, rendahnya pengeluaran keluarga akan menurunkan daya beli. Keluarga yang mempunyai pengeluaran rendah, kemungkinan balita yang dimilikinya akan mengalami gangguan gizi karena ketidakmampuan keluarga untuk membeli zat-zat gizi yang dibutuhkan. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik kebutuhan primer maupun kebutuhan sekunder (Soetjningsih, 2007:10).

e) Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anak yang banyak pada keluarga yang keadaan sosial ekonominya cukup akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak terutama jika 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 (Soetjningsih, 2007:10).

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. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita KEP. Sebaliknya, anak yang makan tidak cukup baik, daya tahan tubuhnya (imunitas) dapat melemah. Dalam keadaan

demikian mudah diserang infeksi, kurang nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita Kurang Energi Protein (KEP). Penyakit infeksi dapat menurunkan status gizi anak, bahkan dapat berakibat fatal dengan terjadinya kematian (Aritonang dan Priharsiwi, 2006:48)

b. Faktor Penyebab Tidak Langsung

1) Ketahanan Pangan Keluarga

Ketahanan pangan di keluarga adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik 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 (Yuandari, 2012:35).

2) Berat Lahir Bayi

Menurut Sediaoetama (2006:33), berat badan bayi lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu 1 jam pertama setelah lahir. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arnisam (2007) di Kecamatan Ulee Kareng menyebutkan bahwa risiko balita yang lahir dengan BBLR untuk mengalami status gizi kurang meningkat sebesar 3,34 kali dibandingkan dengan balita yang lahir dengan berat badan normal (≥ 2500 gram). Hasil uji statistik menunjukkan ada pengaruh faktor risiko BBLR terhadap status gizi balita ($p=0,04$; CI 95%=1,12-9,99).

3) Pola Asuh Anak

Pola pengasuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola asuh anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberi makan, merawat kebersihan, dan memberi kasih sayang (Sulistiyani, 2010:11). Pola asuh yang kurang baik juga berhubungan dengan pola pemberian suplemen gizi yang tidak sesuai anjuran, pemberian ASI dan MP-ASI yang kurang baik serta prioritas gizi yang salah dalam keluarga.

a) Memberikan Suplemen Gizi Sesuai Anjuran

Suplementasi gizi adalah salah satu program intervensi gizi di negara berkembang. Suplementasi merupakan upaya pencegahan dan penanggulangan kurang gizi dengan basis bukan makanan atau *non food-based intervention*. Suplementasi zat gizi diperlukan karena kebutuhan zat gizi pada kelompok bayi, balita, ibu hamil, dan ibu menyusui meningkat dan seringkali tidak bisa dipenuhi dari makanan sehari-hari terutama vitamin A untuk balita, zat besi untuk ibu dan iodium untuk di daerah endemik gondok. Suplementasi yang telah dilaksanakan di Indonesia adalah suplementasi vitamin A balita dan ibu nifas dalam bentuk pil atau kapsul vitamin A, suplementasi zat besi pada ibu hamil dan menyusui, serta suplementasi zat iodium di daerah gondok endemik. Suplemen gizi yang berkaitan dengan keluarga balita adalah memberikan kapsul vitamin A biru pada bayi usia 6-11 bulan pada bulan Februari atau Agustus dan memberikan kapsul vitamin A merah pada balita usia 12-59 bulan pada bulan Februari dan Agustus (Depkes RI, 2009:3). Penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa pemberian suplementasi kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun pada balita merupakan salah satu intervensi kesehatan yang berdaya ungkit tinggi bagi pencegahan kekurangan vitamin A dan kebutaan serta penurunan kejadian kesakitan dan kematian pada balita (Depkes RI, 2009:i).

b) Pemberian ASI Eksklusif

Air Susu Ibu Eksklusif yang selanjutnya disebut ASI Eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain, selanjutnya pemberian ASI diteruskan hingga anak berusia 2 tahun dengan menambahkan makanan lunak atau makanan padat yang disebut makanan pendamping ASI (MP-ASI) (Depkes RI, 2012:2). Adapun manfaat memberikan ASI eksklusif dapat diuraikan sebagai berikut :

- (1) ASI merupakan makanan bayi yang paling sempurna, sehat, bersih, murah, dan mudah memberikannya pada bayi.
- (2) ASI saja dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi untuk tumbuh kembang dengan normal pada bayi sampai umur 6 bulan.

- (3) ASI yang pertama keluar disebut kolostrum berwarna kekuningan mengandung zat kekebalan untuk mencegah timbulnya penyakit.
- (4) Keluarga tidak perlu mengeluarkan biaya untuk makanan bayi 0-6 bulan.
- (5) Dapat mempererat ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi.

c) Pola Pemberian MP-ASI yang Kurang Baik

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.

d) 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).

4) Pelayanan Kesehatan

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, dan sarana kesehatan seperti posyandu, puskesmas, praktik bidan atau dokter, rumah sakit, dan ketersediaan air bersih.

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 pada status gizi anak (Sulistiyani, 2010:12).

Salah satu bentuk pelayanan kesehatan adalah imunisasi dasar. Imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal pada bayi yang baru lahir sampai usia satu tahun untuk mencapai kadar kekebalan di atas ambang perlindungan (Depkes RI, 2005). Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, imunisasi dasar yang dapat diberikan kepada anak meliputi BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B. Imunisasi ialah pemberian vaksin kepada seseorang untuk melindunginya dari beberapa penyakit tertentu. Antibodi daripada ibu akan memberi perlindungan sementara selama lebih kurang enam bulan, maka bayi perlu diberi imunisasi supaya terlindung daripada penyakit (Marimbi, 2010:109).

2.3 Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP)

2.3.1 Strategi Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP)

Menurut World Bank tahun 2006 (dalam Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007:5), masalah gizi kurang dan gizi buruk tidak dapat ditangani hanya dengan kebijakan dan program jangka pendek sektoral yang tidak terintegrasi. Untuk itu, diperlukan adanya kebijakan pembangunan bidang ekonomi, pangan dan gizi, kesehatan, pendidikan, dan keluarga berencana yang saling terkait dan terintegrasi untuk meningkatkan status gizi masyarakat.

Menurut Departemen Kesehatan tahun 2005 (dalam Sulistiyani, 2010:21-22), dalam rencana aksi nasional pencegahan dan penanggulangan gizi buruk menetapkan beberapa strategi penanggulangan KEP di Indonesia, yaitu:

- a. Revitalisasi posyandu
- b. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) atau Pemberian Makanan Tambahan (PMT)
- c. Penanggulangan penyakit menular
- d. Pemberdayaan masyarakat melalui Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)

- e. Kerjasama lintas sektor untuk meningkatkan daya beli keluarga
- f. Revitalisasi Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)
- g. Peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi melalui tata laksana gizi buruk di pelayanan kesehatan.

Prosedur tatalaksana gizi buruk menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2011b:10) terdapat sepuluh langkah tindakan pelayanan, yaitu:

- a. Mencegah dan mengatasi hipoglikemia
- b. Mencegah dan mengatasi hipotermia
- c. Mencegah dan mengatasi dehidrasi
- d. Memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit
- e. Mengobati infeksi
- f. Memperbaiki kekurangan gizi mikro
- g. Memberikan makanan untuk stabilisasi dan transisi
- h. Memberikan makanan untuk tumbuh kejar
- i. Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang
- j. Mempersiapkan untuk tindak lanjut di rumah

Penanganan dan pemulihan balita gizi buruk melalui tata laksana gizi buruk dapat dilakukan secara rawat inap dan rawat jalan. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2011a:26-29), penatalaksanaan gizi buruk secara rawat inap dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu :

- a. Pelayanan medis, keperawatan, dan konseling gizi sesuai dengan penyakit penyerta atau penyulit
- b. Pemberian formula dan makanan sesuai dengan fase stabilisasi, transisi, rehabilitasi, dan tindak lanjut
- c. Stimulasi pertumbuhan dan perkembangan
- d. Rujukan kasus
- e. Pencatatan dan pelaporan
- f. Pendidikan kesehatan dan gizi bagi keluarga anak gizi buruk
- g. Pembiayaan

Penatalaksanaan gizi buruk secara rawat jalan menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2011a:12-16) terdiri dari beberapa tahap, yaitu:

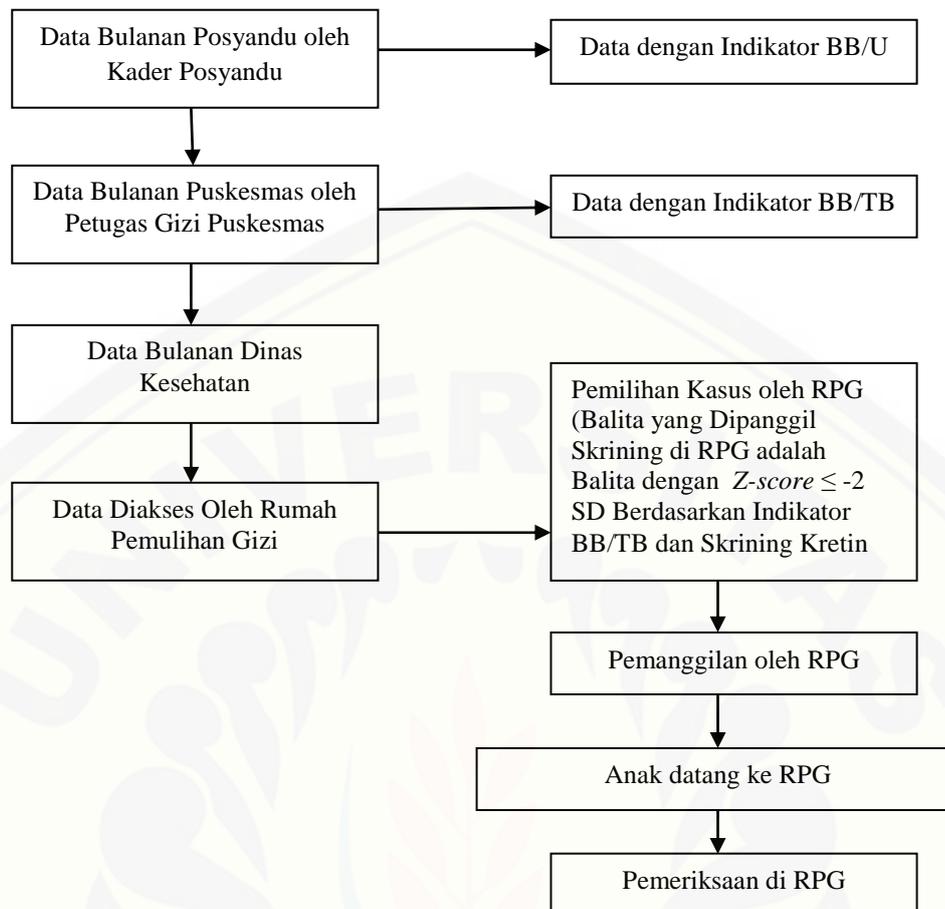
- a. Pendaftaran
- b. Pengukuran antropometri yang dilakukan setiap minggu dan setiap bulan
- c. Pemeriksaan klinis oleh dokter untuk melakukan anamnesa untuk mencari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan mendiagnosa penyakit, serta menentukan ada atau tidak penyakit penyerta, tanda klinis atau komplikasi
- d. Pemberian konseling
- e. Pemberian paket obat dan makanan untuk pemulihan gizi
- f. Kunjungan rumah
- g. Rujukan jika anak dengan komplikasi medis, timbul *edema* baru atau sampai kunjungan ketiga berat badan anak tidak naik.

2.3.2 Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo

2.3.2.1 Standar Prosedur Operasional Pelayanan Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo

Standar prosedur operasional pelayanan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, yaitu :

- a. Kader posyandu mengirim data bulanan status gizi BB/U ke bidan atau petugas kesehatan di desa.
- b. Dari desa dikirim ke puskesmas dan oleh petugas gizi diakses status gizi BB/TB sebagai laporan bulanan ke Dinas Kesehatan.
- c. Data diakses RPG pasien berdasarkan indikator BB/TB < -3 SD, tanda klinis, gangguan tumbuh kembang atau memiliki 2 dari 3 tanda kretin (gangguan neuromuscular, gangguan pertumbuhan, retradasi mental).
- d. Pemanggilan ke Rumah Pemulihan Gizi (RPG).
- e. Pasien datang ke Rumah Pemulihan Gizi untuk diperiksa dan memperoleh terapi atau fasilitasi.
- f. Pasien baru biasa datang sendiri tanpa melalui pemanggilan dan selanjutnya di *feedback* ke puskesmas tempat asal pasien.



Gambar 2.2 Alur Pemanggilan Balita dari Wilayah untuk di Skringing di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo (Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo, 2014:21).

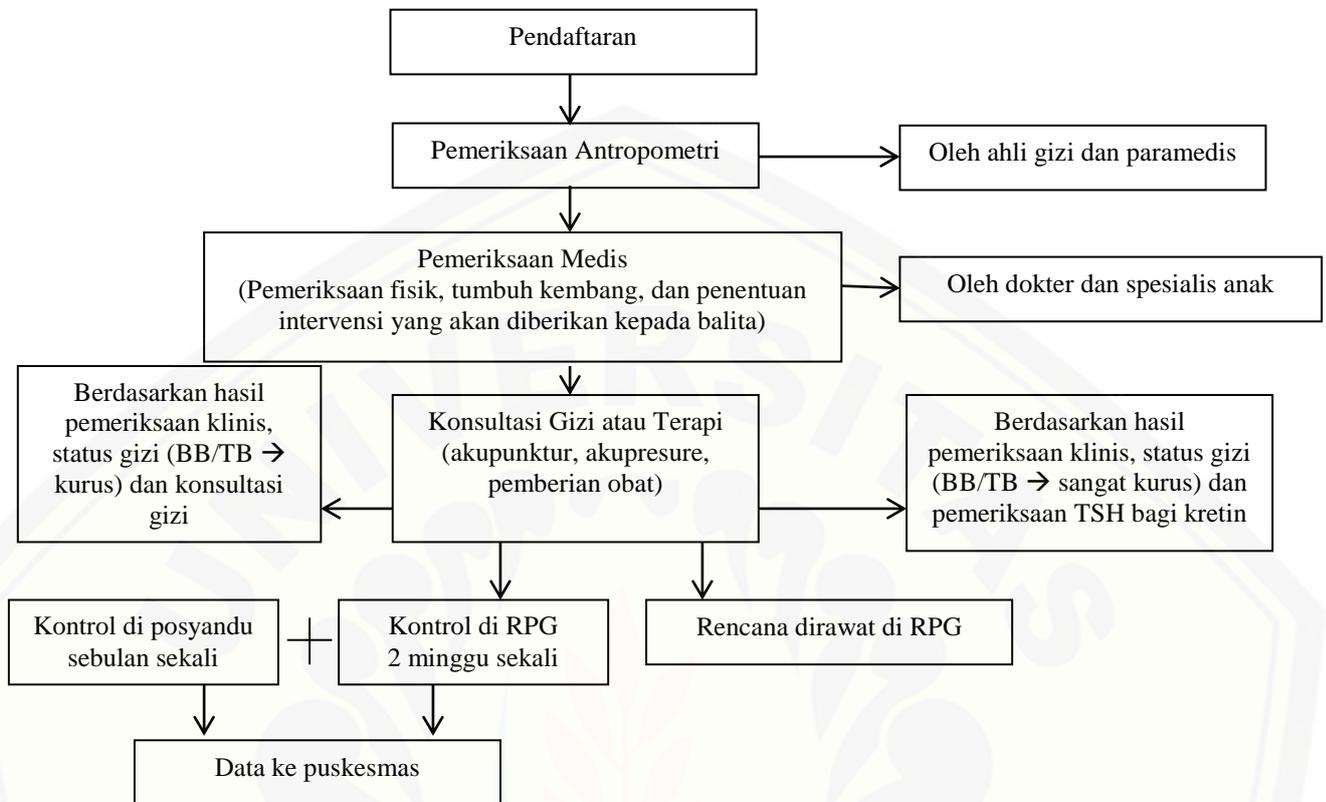
2.3.2.2 Standar Prosedur Operasional Skringing Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo

Skringing gizi adalah proses identifikasi adanya risiko malnutrisi atau gangguan akibat kurang iodium (GAKI) atau anemia akibat penyakit pada pasien baru secara cepat dan tepat. Tujuan skringing gizi adalah untuk mengetahui tingkat risiko malnutrisi atau GAKI atau anemia pasien baru sedini mungkin, sehingga pasien yang berisiko malnutrisi atau GAKI atau anemia dapat segera dikaji masalah gizinya dan mendapat intervensi gizi yang tepat sehingga status gizi pasien selama di rawat dapat diperbaiki dan tidak semakin memburuk.

Prosedur skrining Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, yaitu :

- a. Semua pasien baru diterima di pendaftaran dan dilakukan *inform concent*. Ditanyakan KMS atau buku KIA atau kartu monitoring deteksi dini tumbuh kembang.
- b. Semua pasien baru dilakukan antropometri diukur tinggi badan dan berat badan dilakukan oleh perawat dan tenaga gizi.
- c. Data BB dan TB pasien ditulis di form pengkajian kartu status pasien.
- d. Selanjutnya pasien diperiksa dokter umum dengan didampingi perawat untuk menentukan risiko malnutrisi atau GAKI atau anemia atau pertumbuhan dan perkembangan anak.
- e. Selanjutnya pasien dilakukan deteksi dini tumbuh kembang jika hasil DDTK terakhir tidak dibawa oleh bidan atau petugas DDTK.
- f. Dokter umum dibantu perawat melakukan anamneses, selanjutnya pasien dikirim kepada petugas kesehatan yang membidangi sesuai kondisi anak (spesialis anak, ahli gizi, psikolog, fisioterapis, akupresur atau akupunktur, pemeriksaan laboratorium, penyuluhan atau konseling).
- g. Selanjutnya dari masing-masing petugas yang membidangi akan melakukan asesmen atau pengkajian pada pasien dengan kriteria risiko dan melakukan perencanaan atau terapi selanjutnya.

Alur skrining Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, yaitu :



Gambar 2.3 Alur Skrining di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo (Dinas Kesehatan kabupaten Situbondo, 2014:21).

2.3.2.3 Standar Prosedur Operasional Asesmen Gizi pada Pasien Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo

Asesmen gizi adalah kegiatan mengumpulkan dan mengkaji data terkait gizi yang relevan untuk mengidentifikasi masalah gizi pada pasien dan penyebabnya.

Data yang dikumpulkan meliputi :

- Data antropometri untuk menentukan status gizi : BB, TB, bila pasien tidak dapat ditimbang diukur dengan LILA dan tinggi lutut. Kemudian penentuan status gizi berdasarkan IMT atau LILA.
- Data riwayat gizi: pola makan, asupan zat gizi tertentu, kecukupan gizi dibandingkan kebutuhan.
- Data laboratorium: albumin, Hb, gula darah, ureum, kreatinin, dan lain-lain.
- Data klinis atau fisik yang berhubungan dengan defisiensi gizi: kondisi kulit, mata, rambut, kehilangan masa otot, kehilangan lemak, dan lain-lain.

- e. Riwayat personal : diagnosis medis, tingkat sosial ekonomi, aktifitas fisik, kebiasaan minum obat atau jamu, suplemen gizi, dan lain-lain.

Tujuan asesmen gizi adalah untuk mengetahui masalah gizi pasien dan penyebabnya, berdasarkan hal tersebut selanjutnya Dietisien atau ahli gizi membuat perencanaan intervensi atau pemberian suplemen makanan yang sesuai dengan kebutuhan gizi pasien dan deskripsi dokter. Prosedur asesmen gizi yaitu :

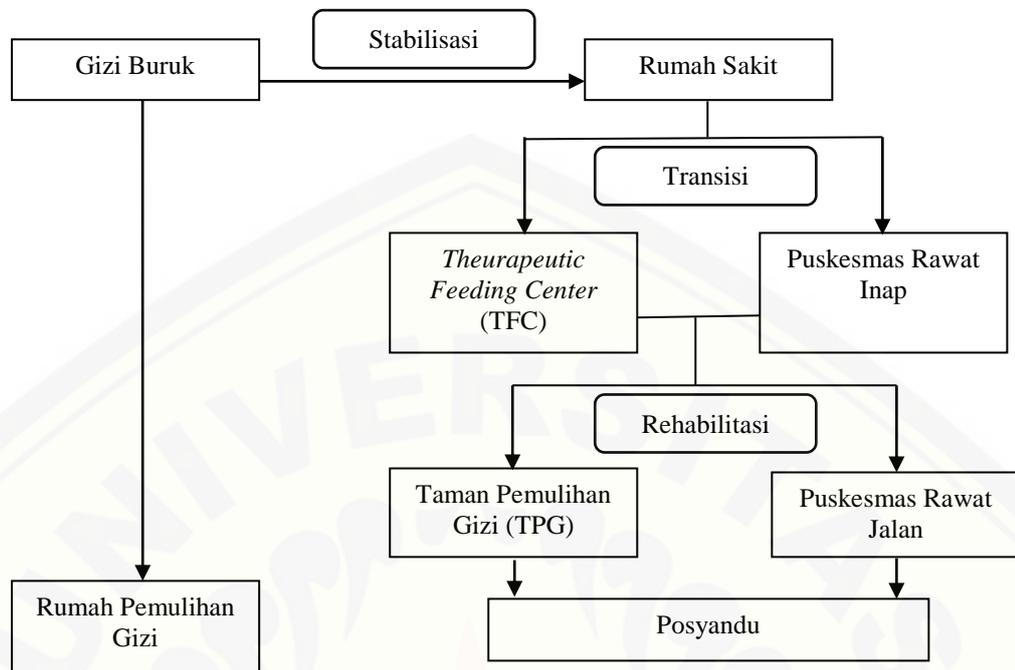
- a. Dietisien atau ahli gizi mendapat informasi mengenai adanya pasien baru dengan risiko malnutrisi.
- b. Dietisien atau ahli gizi mengunjungi semua pasien baru dan melakukan anamneses terkait gizi pada pasien berisiko malnutrisi, data yang dikumpulkan meliputi antropometri, biokimia, klinis, riwayat gizi, serta riwayat personal dan mengkaji data-data tersebut untuk menentukan diagnosa gizi atau masalah gizi.
- c. Selanjutnya Dietisien atau ahli gizi membuat rencana intervensi gizi atau pemberian suplemen makanan sesuai dengan kondisi pasien dan preskripsi diet dokter.
- d. Hasil asesmen gizi ditulis dalam form pemantauan asuhan gizi
- e. Berdasarkan hasil berat ringannya malnutrisi pasien, Dietisien atau ahli gizi akan melakukan asesmen ulang untuk mengevaluasi efektivitas intervensi gizi.
- f. Asesmen ulang dilakukan pada :
 - 1) Pasien dengan risiko malnutrisi berat: asesmen gizi lanjutan dilakukan setiap hari.
 - 2) Pasien dengan risiko malnutrisi sedang: asesmen gizi lanjutan dilakukan setiap 3 hari, apabila asupan cukup, asesmen dilakukan selang 7 hari.
 - 3) Pasien dengan risiko malnutrisi ringan: asesmen gizi lanjutan dilakukan setiap 7 hari.

2.4 Rumah Pemulihan Gizi

Rumah Pemulihan Gizi adalah pusat rehabilitasi gizi dengan pelayanan gizi secara komperhensif terhadap balita gizi buruk maupun gizi kurang, gangguan kekurangan iodium serta permasalahan gizi berdasarkan kondisi individual anak, keluarga, dan masyarakat dalam rangka meningkatkan status gizi masyarakat (Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo, 2014:18). Rumah Pemulihan Gizi di Kabupaten Situbondo didirikan pada tanggal 13 Februari 2014. Pada saat awal didirikan, Rumah Pemulihan Gizi di Kabupaten Situbondo diberi nama Rumah Pemulihan Gizi Balita Kabupaten Situbondo. Namun, saat ini Rumah Pemulihan Gizi Balita Kabupaten Situbondo berubah nama menjadi Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo. Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo merupakan Rumah Pemulihan Gizi pertama yang ada di Jawa Timur.

Tujuan Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, yaitu :

- a. Memberikan tempat penanganan secara komperhensif bagi balita gizi buruk, gizi kurang, maupun gangguan akibat kekurangan iodium di Kabupaten Situbondo dalam rangka peningkatan status gizi.
- b. Memberikan pendidikan gizi kesehatan dan pengasuhan bagi orang tua balita untuk perawatan anaknya.
- c. Memberikan konseling permasalahan gizi balita maupun tumbuh kembang bagi masyarakat Kabupaten Situbondo.
- d. Memberikan wadah untuk optimalisasi peran lintas sektor dalam penanggulangan gizi buruk.
- e. Sebagai tempat penelitian berbasis pelayanan, guna intervensi lebih lanjut dalam peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang selanjutnya dapat meningkatkan umur harapan hidup.



Gambar 2.4 Pelayanan Gizi di Kabupaten Situbondo (Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo, 2014:18)

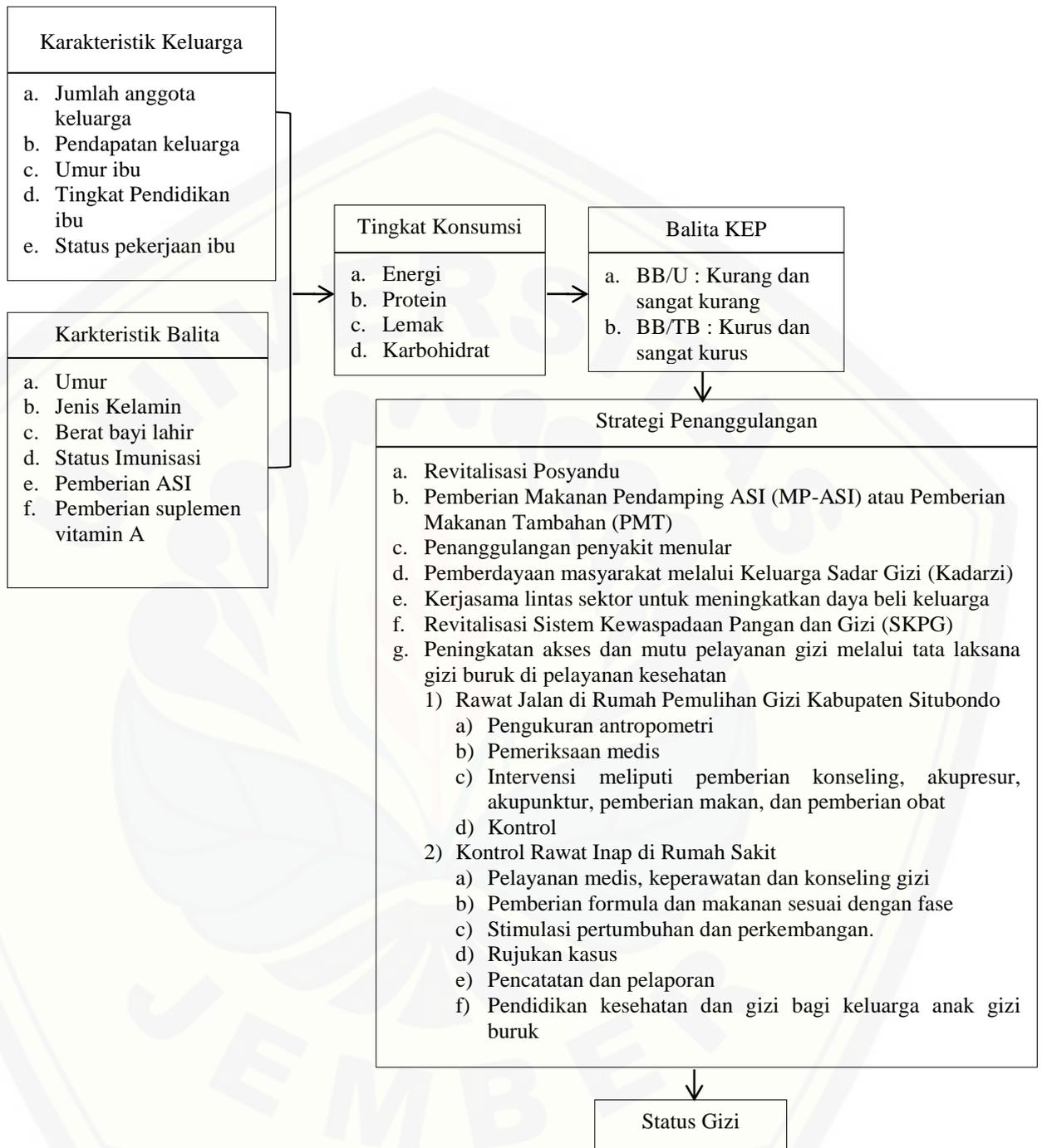
Sasaran Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo terdiri dari sasaran jangka pendek dan sasaran jangka panjang, yaitu

- a. Sasaran jangka pendek
 - 1) Semua balita gizi buruk dan gizi kurang
 - 2) Semua balita dengan permasalahan gizi
 - 3) Semua kretin
 - 4) Orang tua balita
 - 5) Semua balita dengan permasalahan tumbuh kembang
 - 6) Ibu hamil dan menyusui untuk mendapatkan konseling
 - 7) Kader dalam rangka meningkatkan pengetahuan kader tentang tumbuh kembang balita
- b. Sasaran jangka panjang
 - 1) Pelayanan kretin dari semua kelompok umur
 - 2) Pelayanan obesitas bagi balita
 - 3) Semua penduduk dengan masalah gizi pada berbagai golongan umur

Fasilitas kesehatan pendukung di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, antara lain, yaitu :

- a. Ruang perawatan balita gizi buruk dengan peralatan medis memadai dilengkapi alat permainan edukatif
- b. Dapur dan ruang makan bersama
- c. Ruang konsultasi dan periksa dokter umum dan dokter spesialis anak
- d. Ruang konsultasi psikologi
- e. Ruang laktasi bagi bayi dan ibu menyusui dan ruang fisioterapi
- f. Ruang belajar dan bermain balita dengan sarana permainan edukatif dalam ruangan, luar ruangan masih dalam proses (tumbuh kembang)
- g. Ruang pijat bayi dan akupunktur
- h. Laboratorium gizi untuk pembuatan formula dan laboratorium kesehatan sederhana
- i. Ruang konsultasi gizi
- j. Ruang rapat (*minihall*)
- k. Perpustakaan gizi untuk orang tua balita dan ruang tunggu.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori : Modifikasi Teori Alamsyah (2013), Kemenkes (2011), Sulistiyani (2010).

2.6 Kerangka Konsep



Keterangan : Variabel yang tidak diteliti
 Variabel yang diteliti

Gambar 2.6 Kerangka Konsep

Banyak faktor yang berhubungan dengan status gizi balita Kurang Energi Protein (KEP). Berdasarkan kerangka teori yang telah disebutkan di atas, ada beberapa variabel yang digunakan dalam penelitian ini. Variabel dalam penelitian ini adalah karakteristik balita, karakteristik keluarga, karakteristik orang tua, tingkat konsumsi energi dan zat gizi, dan penatalaksanaan gizi. Karakteristik balita yang akan diteliti meliputi umur, jenis kelamin, berat bayi lahir, status imunisasi, pemberian ASI, dan pemberian suplemen vitamin A. Karakteristik keluarga menjadi variabel yang diteliti dalam penelitian ini karena keluarga memiliki peran yang dominan dalam memenuhi kecukupan gizi balita. Karakteristik keluarga yang akan diteliti meliputi pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, umur ibu, pendidikan ibu, dan pekerjaan ibu. Penatalaksanaan gizi yang akan diteliti yaitu penatalaksanaan asuhan gizi rawat jalan yang meliputi pengukuran antropometri, pemeriksaan medis, intervensi, dan kontrol. Penatalaksanaan asuhan gizi rawat jalan menjadi variabel yang diteliti dalam penelitian ini karena Rumah Pemulihan Gizi kabupaten Situbondo merupakan pelayanan kesehatan rawat jalan.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan observasional diskriptif. Penelitian diskriptif yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan untuk membuat deskripsi atau gambaran secara sistematis, faktual, akurat, mengenai sifat-sifat serta hubungan antara fenomena yang diteliti (Nazir, 2005:54). Metode penelitian diskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Notoatmodjo, 2010:26).

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, 2010:37-38). Pada penelitian ini, peneliti ingin mendeskripsikan tentang penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo yaitu di jalan PB Sudirman nomor 14 Kabupaten Situbondo. Hal tersebut dikarenakan Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo merupakan Rumah Pemulihan Gizi satu-satunya yang ada di Provinsi Jawa Timur.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret-Agustus 2015. Kegiatan ini dimulai dengan penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, sampai penyusunan pembahasan dan kesimpulan.

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut (Notoatmodjo, 2010:86). Populasi dalam penelitian ini adalah balita Kurang Energi Protein yang mendapatkan perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2010:87). Sampel dalam penelitian ini adalah balita Kurang Energi Protein yang mendapatkan perawatan di Rumah Pemulihan Gizi pada bulan Maret 2015.

3.3.3 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini yaitu mengambil total populasi dari semua balita yang dirujuk oleh puskesmas melalui proses skrining dan mendapatkan perawatan di Rumah Pemulihan Gizi pada bulan Maret 2015. Pengambilan subjek penelitian harus sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti, diantaranya sebagai berikut :

a. **Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:130). Penentuan kriteria inklusi pada penelitian ini adalah anak yang di rujuk oleh puskesmas melalui proses skrining.

b. **Kriteria Eksklusi**

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota kelompok yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:130). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Balita yang datang secara mandiri ke Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.

- 2) Balita yang tidak mengikuti semua kegiatan perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo selama lima hari berturut-turut dan kontrol perkembangan berat badan pasca lima hari perawatan.
- 3) Responden yang tidak bersedia menjadi sampel dalam penelitian.

Balita yang mendapatkan perawatan di Rumah Pemulihan Gizi pada bulan Maret 2015 yaitu sebanyak 8 balita. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan sampel sebesar 5 balita yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Accidental Sampling* yaitu pengambilan sampel dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoadmodjo, 2010:125).

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang sesuatu konsep penelitian tertentu (Notoadmodjo, 2010:103). Variabel dalam penelitian ini adalah karakteristik balita meliputi umur, jenis kelamin, berat lahir, status imunisasi, pemberian ASI, dan pemberian suplemen vitamin A. Karakteristik keluarga meliputi jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, umur ibu, pendidikan ibu, dan status pekerjaan ibu. Tingkat konsumsi balita meliputi konsumsi energi, protein, lemak, dan karbohidrat. Penatalaksanaan asuhan gizi meliputi pengukuran antropometri, pemeriksaan medis, intervensi, dan kontrol perkembangan berat badan.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoadmodjo, 2010:111).

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori
1.	Karakteristik Balita			
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 dengan menggunakan panduan wawancara	1. 0-12 bulan 2. 12-24 bulan 3. 25-36 bulan 4. 37-48 bulan 5. 49-59 bulan (Badan Pusat Statistik, 2005)
b.	Jenis Kelamin	Pengelompokan balita berdasarkan ciri genital	Observasi	1. Laki-laki 2. Perempuan
c.	Berat lahir	Berat badan bayi yang tercantum dalam KMS atau kartu anak	Pengumpulan data dengan melihat catatan pada KMS atau kartu anak	1. Rendah : Jika < 2500 gram 2. Normal : Jika 2500 – 4000 gram 3. Lebih : ≥ 4000 gram (Sediaoetama, 2006:33)
d.	Status Imunisasi	Vaksinasi yang diberikan pada bayi sesuai dengan usia bayi dan jadwal imunisasi, meliputi : HB 0 usia 0-7 hari, BCG usia 0-2 bulan, DPT1/HB1 usia 2 bulan, DPT2/HB2 usia 3 bulan, DPT3/HB3 usia 4 bulan, polio1 usia 0-2 bulan, polio 2 usia 2 bulan, polio 3 usia 3 bulan, polio 4 usia 4 bulan, campak usia 9 bulan	Wawancara kepada responden dan melihat KMS/ catatan posyandu/ buku KIA	1. Imunisasi tidak lengkap : Jika satu atau lebih imunisasi tidak diberikan sesuai umur balita 2. Imunisasi lengkap : Jika semua imunisasi diberikan sesuai umur balita (Marimbi, 2010:109)
e.	Pemberian ASI	Bayi diberi ASI selama 2 tahun dan bayi diberi ASI saja , tidak diberi makanan dan minuman lain sejak bayi lahir sampai umur 6 bulan : usia 0 bulan, 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, 5 bulan, 6 bulan, selama 24 jam diberikan ASI saja.	Wawancara dan melihat catatan status ASI eksklusif pada KMS dan kohort (catatan pemberian ASI pada bayi) jika ada	1. Baik : Bila hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain (ASI eksklusif 0 bulan, 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, 5 bulan, dan 6 bulan) dan tetap diberikan ASI sampai dengan umur 2 tahun 2. Kurang baik : Bila sudah diberi makanan dan minuman lain selain ASI saat usia 0-6 bulan dan tetap diberikan ASI sampai dengan umur 2 tahun dan/atau hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain (ASI eksklusif 0 bulan, 1 bulan,

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori
				2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, 5 bulan, dan 6 bulan) dan tidak diberikan ASI sampai usia 2 tahun 3. Tidak baik : Bila sudah diberi makanan dan minuman lain selain ASI saat usia 0-6 bulan dan tidak berikan ASI sampai usia 2 tahun (Depkes RI, 2007)
f.	Pemberian suplemen vitamin A	a. Bayi 6-11 bulan mendapat kapsul vitamin A biru pada bulan Februari atau Agustus b. Anak balita 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A merah setiap bulan Februari dan Agustus	Wawancara dan melihat catatan pada kartu anak atau catatan posyandu atau buku KIA	1. Baik : Bila mendapat kapsul biru pada bulan Februari atau Agustus (6-11 bulan) pada satu tahun terakhir atau bila mendapatkan kapsul merah setiap bulan Februari atau Agustus (12-59 bulan) pada satu tahun terakhir 2. Tidak baik : Bila tidak mendapat kapsul biru atau merah pada satu tahun terakhir (Depkes RI, 2007)
2. Karakteristik Keluarga				
a.	Jumlah anggota keluarga	Banyaknya orang yang tinggal satu rumah dengan ibu balita dan menjadi tanggungan kepala keluarga	Wawancara dengan menggunakan panduan wawancara	1. Keluarga kecil ≤ 4 orang 2. Keluarga besar > 4 orang (Depkes RI, 2003)
b.	Pendapatan keluarga	Jumlah total penghasilan yang didapat oleh sebuah keluarga sebagai hasil dari seluruh usaha anggota keluarganya setiap bulan baik dari pekerjaan utama maupun pekerjaan sampingan yang dilakukan di dalam rumah maupun di luar rumah	Wawancara dengan menggunakan panduan wawancara	1. Di bawah UMK : $< \text{Rp } 1.231.650,00$ 2. Di atas UMK : $\geq \text{Rp } 1.231.650,00$ (UMK Kab. Situbondo tahun 2015)
c.	Umur Ibu	Lama waktu hidup ibu saat dilakukan wawancara, terhitung ulang tahun terakhir	Wawancara dengan menggunakan panduan wawancara	1. < 21 tahun 2. $21 - 25$ tahun 3. $26 - 30$ tahun 4. $30 - 35$ tahun 5. > 35 tahun
d.	Tingkat Pendidikan Ibu	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang telah dicapai oleh ibu	Wawancara dengan menggunakan panduan wawancara	1. Rendah : Jika pendidikan terakhir tidak sekolah, tamat SD, SMP atau sederajat 2. Menengah : Jika pendidikan terakhir

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori
				tamat SMA, SMK sederajat 3. Tinggi : Jika pendidikan terakhir tamat perguruan tinggi (UU No. 20 tahun 2003)
e.	Status Pekerjaan Ibu	Kegiatan rutin yang dilakukan ibu dalam upaya mendapatkan penghasilan (uang) untuk memenuhi kebutuhan keluarga	Wawancara dengan menggunakan panduan wawancara	1. Bekerja di luar rumah 2. Bekerja di dalam rumah 3. Tidak bekerja
3.	Tingkat konsumsi balita			
a.	Energi	Persentase perbandingan rata-rata konsumsi energi harian yang didapat dari hasil konversi semua makanan yang dikonsumsi per hari dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG), yang diukur dengan menggunakan metode <i>food recall</i> 2x24 jam	Wawancara dengan menggunakan form <i>Food Recall</i>	1. Di atas AKG : > 120% 2. Normal : 90% - 120% 3. Defisit tingkat ringan : 80% - 89% 4. Defisit tingkat sedang : 70% - 79% 5. Defisit tingkat berat : < 70% (Supariasa <i>et al.</i> , 2014)
b.	Protein	Persentase perbandingan rata-rata konsumsi protein harian yang didapat dari hasil konversi semua makanan yang dikonsumsi per hari dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG), yang diukur dengan menggunakan metode <i>food recall</i> 2x24 jam	Wawancara dengan menggunakan form <i>Food Recall</i>	1. Di atas AKG : > 120% 2. Normal : 90% - 120% 3. Defisit tingkat ringan : 80% - 89% 4. Defisit tingkat sedang : 70% - 79% 5. Defisit tingkat berat : < 70% (Supariasa <i>et al.</i> , 2014)
c.	Lemak	Persentase perbandingan rata-rata konsumsi lemak harian yang didapat dari hasil konversi semua makanan yang dikonsumsi per hari dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG), yang diukur dengan menggunakan metode <i>food recall</i> 2x24 jam	Wawancara dengan menggunakan form <i>Food Recall</i>	1. Di atas AKG : > 120% 2. Normal : 90% - 120% 3. Defisit tingkat ringan : 80% - 89% 4. Defisit tingkat sedang : 70% - 79% 5. Defisit tingkat berat : < 70% (Supariasa <i>et al.</i> , 2014)
d.	Karbohidrat	Persentase perbandingan rata-rata konsumsi karbohidrat harian yang didapat dari hasil konversi semua makanan yang dikonsumsi per hari dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG), yang diukur dengan menggunakan metode <i>food recall</i> 2x24 jam	Wawancara dengan menggunakan form <i>Food Recall</i>	1. Di atas AKG : > 120% 2. Normal : 90% - 120% 3. Defisit tingkat ringan : 80% - 89% 4. Defisit tingkat sedang : 70% - 79% 5. Defisit tingkat berat : < 70% (Supariasa <i>et al.</i> , 2014)
4.	Penatalaksanaan Asuhan Gizi			
a.	Pengukuran antropometri	Ada tidaknya pengukuran dimensi tubuh balita meliputi pengukuran berat badan dan	Observasi dan melihat catatan pada	1. Ada : Jika dilakukan pengukuran antropometri meliputi

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori
		tinggi badan.	kartu anak	berat badan dan tinggi badan pada balita sebelum dan sesudah perawatan 2. Tidak ada : Jika tidak dilakukan pengukuran antropometri meliputi berat badan dan tinggi badan pada balita sebelum dan sesudah perawatan
b.	Pemeriksaan medis	Adanya penyakit penyerta berdasarkan tanda dan gejala yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan penentuan intervensi yang akan didapatkan oleh pasien	Observasi dan melihat catatan pada kartu anak	1. Ada : jika balita mendapatkan pemeriksaan medis 2. Tidak ada : jika balita tidak mendapatkan pemeriksaan medis
c.	Intervensi			
1)	Konseling	Adanya kegiatan pemberian bimbingan dan pengarahan oleh petugas kesehatan kepada ibu balita	Observasi dan melihat catatan pada kartu anak	1. Ya : Jika balita mendapatkan layanan konseling 2. Tidak : Jika balita tidak mendapatkan layanan konseling
2)	Akupresur	Adanya pemberian terapi pemijatan pada titik-titik tertentu di permukaan tubuh pada balita yang menderita <i>Develop delay, Down Syndrom, Microcephaly, PJB, ISPA, TBC, Hipotiroid, Hipertiroid, Cerebral Palsy</i> atau mengalami keluhan tidak mau makan, susah tidur, susah BAB, dan sesak nafas	Observasi dan melihat catatan pada kartu anak	1. Ya : Jika balita mendapatkan layanan akupresur 2. Tidak : Jika balita tidak mendapatkan layanan akupresur
3)	Akupunktur	Adanya pemberian terapi menggunakan teknik penusukan jarum-jarum halus pada titik tertentu di tubuh balita jika balita menderita <i>Develop delay, Down Syndrom, Microcephaly, PJB, ISPA, TBC, Hipotiroid, Hipertiroid, Cerebral palsy</i> atau mengalami keluhan tidak mau makan, susah tidur, susah BAB, dan sesak nafas	Observasi dan melihat catatan pada kartu anak	1. Ya : Jika balita mendapatkan layanan akupunktur 2. Tidak : Jika balita tidak mendapatkan layanan akupunktur
4)	Pemberian makanan	Adanya pemberian makanan untuk meningkatkan status gizi balita	Observasi dan melihat catatan pada kartu anak	1. Ya : jika balita mendapatkan F-100, makan siang, dan biskuit MP-ASI 2. Tidak : jika balita tidak mendapatkan F-100,

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengumpulan Data	Kategori
				makan siang, dan biskuit MP-ASI
5)	Pemberian obat	Adanya pengobatan untuk mencegah atau memulihkan kesehatan balita	Observasi dan melihat catatan pada kartu anak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya : Jika balita mendapatkan <i>Euthrox (Down Sindrom)</i>, <i>Samconal</i> (panas, demam, nyeri), <i>Amoxiillin</i> (anti biotik), <i>Cintrimoxazole</i> (antibiotic untuk penyakit infeksi), <i>Oralit</i> (diare), <i>Prolacta</i> (vitamin otak untuk balita yang mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan), <i>Zamel</i> (suplemen makan), <i>OAT</i> (TBC anak) 2. Tidak : Jika balita tidak mendapatkan <i>Euthrox (Down Sindrom)</i>, <i>Samconal</i> (panas, demam, nyeri), <i>Amoxiillin</i> (anti biotik), <i>Cintrimoxazole</i> (antibiotic untuk penyakit infeksi), <i>Oralit</i> (diare), <i>Prolacta</i> (vitamin otak untuk balita yang mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan), <i>Zamel</i> (suplemen makan), <i>OAT</i> (TBC anak)
d.	Perkembangan berat badan	Kenaikan berat badan antara sebelum penatalaksanaan asuhan gizi dengan sesudah adanya penalaksanaan asuhan gizi	Melihat catatan pada kartu anak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan naik, status gizi naik 2. Berat badan naik, status gizi tetap 3. Berat badan tetap, status gizi tetap 4. Berat badan turun, status gizi tetap 5. Berat badan turun, status gizi turun

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat secara langsung dari sumber pertama, baik individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasa dilakukan oleh peneliti (Suyanto, 2005:55). Data primer dalam penelitian ini, yaitu :

- a. Data karakteristik balita meliputi umur, jenis kelamin, dan pemberian ASI.
- b. Data karakteristik keluarga meliputi jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, umur ibu, tingkat pendidikan ibu, dan status pekerjaan ibu.
- c. Data tingkat konsumsi balita

Sumber data adalah segala sesuatu yang dapat memberikan informasi mengenai data. Sumber data primer di atas yaitu ibu balita yang melakukan perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data primer 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 (Suyanto, 2005:55). Berikut merupakan data sekunder dan sumber data pada penelitian ini :

Tabel 3.2 Data Sekunder dan Sumber Data

No.	Data Sekunder	Sumber Data
1.	Data status imunisasi balita	KMS/ catatan posyandu/ buku KIA/kartu anak
2.	Data pemberian suplemen vitamin A	KMS/ catatan posyandu/ buku KIA/kartu anak
3.	Data penatalaksanaan asuhan gizi meliputi pengukuran antropometri, pemeriksaan medis, intervensi, dan kontrol perkembangan berat badan	Kartu anak

3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data

3.6.1 Teknik Perolehan Data

a. Wawancara

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri dengan wawancara secara langsung kepada responden. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010:139). Jenis wawancara yang digunakan adalah wawancara terstruktur yaitu pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya telah disiapkan (Sugiyono, 2009:137). Teknik ini dilakukan untuk pengumpulan data primer berupa karakteristik balita, karakteristik keluarga, dan tingkat konsumsi balita.

b. Observasi

Observasi adalah mengamati kondisi dengan panca indra yang kemudian dapat dideskripsikan (Nazir, 2005:175). 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, 2009:145). Objek observasi pada penelitian ini adalah penatalaksanaan asuhan gizi yang meliputi pengukuran antropometri, intervensi (pemberian konseling, akupresur, dan akupunktur), dan kontrol perkembangan berat badan.

c. Pengukuran Tingkat Konsumsi Balita (*Recall* 24 jam)

Pengukuran tingkat konsumsi balita dilakukan dengan metode *food recall* 2x24 jam. Langkah-langkah pengukuran tingkat konsumsi dengan metode *food recall* 2x24 jam, yaitu :

- 1) Menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam ukuran rumah tangga (URT) selama kurun waktu 24 jam yang lalu. Kemudian dikonversikan dalam bentuk (satuan) gram.

- 2) Menganalisis bahan makanan ke dalam zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM) dan hasil analisis tersebut diambil rata-rata.
- 3) Membandingkan dengan Daftar Kecukupan Gizi yang Dianjurkan (DKGA) atau Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Indonesia (Supariasa, 2012).

3.6.2 Alat Perolehan Data

Instrumen pengumpulan data yaitu pada waktu peneliti menggunakan metode atau teknik pengumpulan data (Arikunto, 2006:265). Alat perolehan data yang akan digunakan pada penelitian ini adalah :

- a. Panduan wawancara

Alat perolehan data yang akan digunakan pada penelitian ini adalah panduan wawancara. Panduan wawancara digunakan untuk mendapatkan data mengenai karakteristik balita, karakteristik keluarga, dan tingkat konsumsi balita.

- b. Lembar observasi

Lembar observasi berguna untuk merekap data penatalaksanaan asuhan gizi yang diberikan oleh Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo berupa tahap intervensi meliputi pemberian konseling, akupresur, dan akupunktur.

3.7 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti mengumpulkan data di lapangan. *Editing* dilakukan terhadap data yang telah diperoleh dari hasil wawancara. Hal ini dilakukan untuk meneliti dan memperbaiki data yang telah dikumpulkan. Maksud dilakukannya *Editing* dalam penelitian ini untuk meneliti data-data yang telah dikumpulkan, apabila terdapat data yang kurang lengkap maka peneliti akan menanyakan lagi kepada responden dengan harapan data-data yang ada benar-benar lengkap.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisa data menggunakan komputer. Biasanya dalam memberikan kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel. Pemberian kode pada setiap responden dan atribut pertanyaan dari variabel yang diteliti untuk mempermudah waktu mengadakan tabulasi dan analisis.

c. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu di cek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi. Proses ini disebut pembersihan data (*data cleaning*).

d. Tabulasi (*Tabulating*)

Tabulasi data merupakan proses penyusunan data dalam bentuk tabel sehingga akan lebih mudah dibaca dan dimengerti, dengan menggunakan tabulasi data diperoleh nilai dari variabel yang selanjutnya data siap untuk dianalisis atau dikaji.

3.7.2 Teknik Penyajian Data

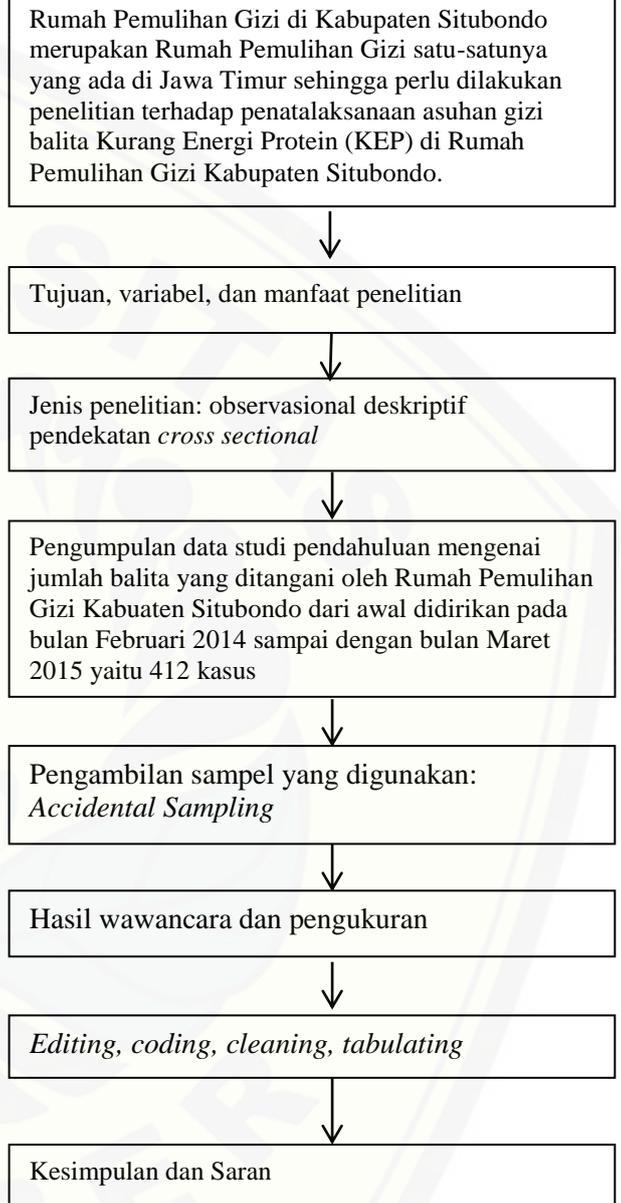
Teknik penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar data dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, sehingga data yang disajikan harus sederhana dan jelas agar mudah dibaca dan dipahami. Cara penyajian data penelitian dikelompokkan menjadi tiga yaitu dalam bentuk teks, tabel, dan grafik (Notoatmodjo, 2010:188). Hasil wawancara dan pengukuran pada penelitian ini disajikan dalam bentuk frekuensi dan tabulasi yang kemudian dijelaskan dalam bentuk teks.

3.8 Kerangka Alur Penelitian

Langkah:



Hasil:



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Balita

Karakteristik balita meliputi umur balita, jenis kelamin, berat lahir, status imunisasi, pemberian ASI, dan pemberian suplemen vitamin A. Distribusi frekuensi tersaji pada tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Balita KEP Di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo

No.	Karakteristik Balita	Jumlah (n)	%
1.	Umur balita		
	0-12 bulan	0	0
	12-24 bulan	1	20
	25-36 bulan	3	60
	37-48 bulan	1	20
	49-59 bulan	0	0
	Total	5	100
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	3	60
	Perempuan	2	40
	Total	5	100
3.	Berat Lahir		
	Rendah	1	20
	Normal	4	80
	Lebih	0	0
	Total	5	100
4.	Status Imunisasi		
	Imunisasi Tidak Lengkap	0	0
	Imunisasi Lengkap	5	100
	Total	5	100
5.	Pemberian ASI		
	Baik	0	0
	Kurang Baik	4	80
	Tidak Baik	1	20
	Total	5	100
6.	Pemberian ASI Eksklusif		
	ASI Eksklusif	0	0
	Tidak ASI Eksklusif	5	100
	Total	5	100
7.	Pemberian Suplemen Vitamin A		
	Baik	5	100
	Tidak Baik	0	0
	Total	5	100

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui dari 5 balita yang diteliti, sebagian besar umur balita berada pada kelompok umur 25-36 bulan dengan persentase 60%. Karakteristik anak berdasarkan jenis kelamin mayoritas laki-laki yaitu sebesar 60%. Sedangkan berat lahir bayi rata-rata berada pada kategori normal dengan persentase 80%. Semua balita yang diteliti memiliki imunisasi lengkap. Pemberian ASI kepada balita kurang baik yaitu memiliki persentase 80%. Semua balita yang diteliti tidak diberikan ASI eksklusif. Semua balita mendapatkan suplemen vitamin A.

4.1.2 Karakteristik Keluarga

Karakteristik keluarga terbagi menjadi jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, umur ibu, tingkat pendidikan ibu, dan status pekerjaan ibu. Berikut merupakan distribusi frekuensi karakteristik keluarga:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga, Pendapatan Keluarga, Umur Ibu, Tingkat Pendidikan ibu, dan Status Pekerjaan Ibu Balita KEP di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo

No.	Karakteristik Keluarga	Jumlah (n)	%
1.	Jumlah Anggota Keluarga		
	Keluarga Kecil	4	80
	Keluarga Besar	1	20
	Total	5	100
2.	Pendapatan Keluarga		
	Di bawah UMK	4	80
	Di atas UMK	1	20
	Total	5	100
3.	Umur Ibu		
	< 21 tahun	0	0
	21 – 25 tahun	2	40
	26 – 30 tahun	1	20
	30 – 35 tahun	2	40
	>35 tahun	0	0
	Total	5	100
4.	Tingkat Pendidikan Ibu		
	Rendah	4	80
	Menengah	1	20
	Tinggi	0	0
	Total	5	100
5.	Status Pekerjaan Ibu		
	Bekerja di Luar Rumah	1	20
	Bekerja di Dalam Rumah	0	0
	Tidak Bekerja	4	80
	Total	5	100

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui dari 5 responden yang diteliti, sebagian besar keluarga balita dalam kategori keluarga kecil dengan persentase 80% dan pendapatan keluarga balita rata-rata berada pada kategori di bawah UMK dengan persentase 80%. Sebagian besar umur ibu balita berada pada kelompok umur 21-25 tahun dan 30-35 tahun dengan persentase masing-masing 40%. Tingkat pendidikan ibu balita rata-rata berada pada kategori rendah dengan persentase 80% dan rata-rata ibu balita berada pada kategori tidak bekerja yaitu sebesar 80%.

4.1.3 Tingkat Konsumsi Balita

Tingkat konsumsi balita dalam penelitian ini terbagi menjadi tingkat konsumsi energi, protein, lemak, dan karbohidrat. Berikut merupakan distribusi frekuensi tingkat konsumsi balita:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Konsumsi Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat Balita KEP di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo

No.	Tingkat Konsumsi Balita	Jumlah (n)	%
1.	Energi		
	Di atas AKG	0	0
	Normal	1	20
	Defisit Tingkat Ringan	0	0
	Defisit Tingkat Sedang	2	40
	Defisit Tingkat Berat	2	40
	Total	5	100
2.	Protein		
	Di atas AKG	1	20
	Normal	3	60
	Defisit Tingkat Ringan	0	0
	Defisit Tingkat Sedang	1	20
	Defisit Tingkat Berat	0	0
	Total	5	100
3.	Lemak		
	Di atas AKG	2	40
	Normal	3	60
	Defisit Tingkat Ringan	0	0
	Defisit Tingkat Sedang	0	0
	Defisit Tingkat Berat	0	0
	Total	5	100
4	Karbohidrat		
	Di atas AKG	0	0
	Normal	0	0
	Defisit Tingkat Ringan	0	0
	Defisit Tingkat Sedang	0	0
	Defisit Tingkat Berat	5	100
	Total	5	100

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui dari 5 responden yang diteliti, sebagian besar tingkat konsumsi energi balita berada pada kategori defisit tingkat sedang dan defisit tingkat berat yaitu masing-masing sebesar 40%. Tingkat konsumsi protein balita rata-rata berada pada kategori normal yaitu sebesar 60%. Selain itu, mayoritas tingkat konsumsi lemak balita berada dalam kategori normal yaitu sebesar 60%. Namun, semua balita memiliki tingkat konsumsi karbohidrat dalam kategori defisit tingkat berat. Berdasarkan hasil recall 2x24 jam diperoleh bahwa pemberian makan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo rata-rata menyumbangkan 61,39% energi dari rata-rata konsumsi energi balita per hari, 50,89% protein dari rata-rata konsumsi protein balita per hari, 68,08% lemak dari rata-rata konsumsi lemak balita per hari, dan 50,08% karbohidrat dari rata-rata konsumsi karbohidrat balita per hari.

4.1.4 Penatalaksanaan Asuhan Gizi

Penatalaksanaan asuhan gizi pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo terbagi menjadi pengukuran antropometri, pemeriksaan medis, intervensi, dan perkembangan berat badan. Penatalaksanaan asuhan gizi yang meliputi tahap pengukuran antropometri, pemeriksaan medis, dan intervensi dilakukan pada saat perawatan yang dilakukan dalam waktu lima hari berturut-turut. Adapun gambaran distribusi frekuensi penatalaksanaan asuhan gizi pada saat perawatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) Berdasarkan Pengukuran Antropometri, Pemeriksaan Medis, dan Intervensi di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo

No.	Penatalaksanaan Asuhan Gizi	Jumlah (n)	%	
1.	Pengukuran Antropometri			
	Ada	5	100	
	Tidak Ada	0	0	
	Total	5	100	
2.	Pemeriksaan Medis			
	Ada	5	100	
	Tidak Ada	0	0	
	Total	5	100	
3.	Intervensi			
	a. Konseling			
	Ya	5	100	
	Tidak	0	0	
		Total	5	100
	b. Akupresur			
	Ya	5	100	
	Tidak	0	0	
		Total	5	100
	c. Akupunktur			
	Ya	0	0	
	Tidak	5	100	
		Total	5	100
	d. Pemberian Makan			
	Ya	5	100	
	Tidak	0	0	
		Total	5	100
	e. Pemberian obat			
Ya	5	100		
Tidak	0	0		
	Total	5	100	

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa dari 5 responden yang diteliti, semua balita dilakukan pengukuran antropometri pada saat sebelum dan sesudah dilakukan perawatan selama 5 hari berturut-turut. Semua balita melalukan pemeriksaan medis dan hasil pemeriksaan medis menunjukkan bahwa sebagian besar balita tidak memiliki penyakit penyerta. Intervensi yang dilakukan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo berupa konseling dilakukan kepada semua balita yang mengikuti perawatan. Intervensi berupa akupresur, pemberian makan, dan pemberian obat juga dilakukan kepada semua balita yang melakukan

perawatan di Rumah Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo. Namun pada saat perawatan, semua balita tidak mendapatkan intervensi berupa akupunktur.

Penatalaksanaan asuhan gizi pada tahap perkembangan berat badan dilakukan pada saat balita melakukan kontrol setelah satu bulan dilakukan perawatan. Adapun gambaran distribusi frekuensi penatalaksanaan asuhan gizi pada saat kontrol perkembangan berat badan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Penatalaksanaan Asuhan Gizi pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) Berdasarkan Perkembangan Berat Badan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo

Penatalaksanaan Asuhan Gizi	Jumlah (n)	%
Perkembangan Berat Badan (BB/TB)		
Berat Badan Naik, Status Gizi Naik	2	40
Berat Badan Naik, Status Gizi Tetap	2	40
Berat Badan Tetap, Status Gizi Tetap	0	0
Berat Badan Turun, Status Gizi Tetap	1	20
Berat Badan Turun, Status Gizi Turun	0	0
Total	5	100

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui dari 5 responden yang diteliti, sebagian besar perkembangan berat badan balita menurut BB/TB dalam kategori berat badan naik dan status gizi naik yaitu sebesar 40%. Selain itu, perkembangan berat badan balita menurut BB/TB sebagian besar balita juga dalam kategori berat badan naik dan status gizi tetap yaitu sebesar 40%.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Balita

Karakteristik balita meliputi umur, jenis kelamin, berat lahir, status imunisasi, pemberian ASI, dan pemberian suplemen vitamin A.

a. Umur balita

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia diatas 1 tahun atau anak di bawah lima tahun. Pada usia balita pertumbuhan seorang anak sangat pesat sehingga memerlukan asupan zat gizi sesuai dengan kebutuhannya (Muaris, 2006). Menurut Sutomo dan Anggraeni (2010:1), balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting

seperti mandi, buang air, dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik, namun kemampuan lain masih terbatas.

Berdasarkan penelitian di lapangan persebaran umur anak balita rata-rata terdapat pada rentang umur 25-36 bulan yaitu sebesar 3 responden. Pada usia 25-36 bulan aktivitas balita akan meningkat dan makanan yang mereka konsumsi juga mengalami peralihan seiring dengan penambahan umur. 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 zat gizi 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, 2006:9). Sejalan dengan yang diungkapkan Sumiati (2007:3) dalam penelitiannya, bahwa sebagian besar penderita KEP adalah anak usia 13-36 bulan. Hal ini dikarenakan usia 13-36 bulan rentan terhadap berbagai penyakit. Pada usia 1-3 tahun anak tidak lagi sebagai konsumen pasif tetapi sudah mulai menjadi konsumen aktif yang bisa memilih makanannya sendiri. Namun apabila tidak diarahkan maka anak-anak tersebut akan mengonsumsi makanan yang tidak sehat atau tidak bergizi. Anak di bawah umur lima tahun termasuk salah satu kelompok berisiko tinggi dalam hal perkembangan fisiknya apabila terjadi permasalahan gizi.

b. Jenis Kelamin

Faktor jenis kelamin pada anak balita dapat berpengaruh terhadap status gizi. Menurut Almatsier (2009:143), 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 anak 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 laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan yaitu sebanyak 3 balita. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Setyaningsih (2008:55), menyatakan bahwa mayoritas anak laki-laki menderita gizi buruk (54,84%).

c. Berat Lahir

Berat badan bayi lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu 1 jam pertama setelah lahir (Sediaoetama, 2006:33). BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonates pada bayi dan anak. Selain itu, BBLR dapat memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya dimasa depan. Anak saat lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), pertumbuhan dan perkembangannya lebih lambat. Keadaan ini lebih buruk lagi jika bayi BBLR kurang mendapat asupan energi dan zat gizi, pola asuh yang kurang baik, dan sering menderita penyakit infeksi. Pada akhirnya bayi BBLR cenderung mempunyai status gizi kurang dan buruk (Arnizam, 2007:19).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar balita yang dirawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo memiliki riwayat berat lahir normal. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Dwi (2012:112) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan berat badan lahir dengan status gizi balita dimasa yang akan datang. Artinya, balita yang lahir dengan berat badan lahir rendah maupun normal memiliki peluang yang sama untuk menjadi gemuk atau kurus. Status BB/TB balita menggambarkan kekurangan gizi akut yang terjadi dalam waktu yang singkat dan mempengaruhi keadaan status gizi seseorang. Jadi, jika balita terserang penyakit infeksi maka akan mempengaruhi status gizi anak tersebut. Hal ini juga dapat terjadi akibat balita kekurangan asupan makanan yang dipengaruhi oleh status ekonomi, pengetahuan ibu yang kurang, dan pola asuh yang keliru sehingga mengakibatkan balita BBLR maupun yang normal tumbuh menjadi balita yang kurus.

d. Status Imunisasi

Imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal pada bayi yang baru lahir sampai usia satu tahun untuk mencapai kadar kekebalan di atas ambang

perlindungan (Depkes RI, 2005:8). Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, imunisasi dasar yang dapat diberikan kepada anak meliputi BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B. Imunisasi ialah pemberian vaksin kepada seseorang untuk melindunginya dari beberapa penyakit tertentu. Antibodi daripada ibu akan memberi perlindungan sementara selama lebih kurang enam bulan, maka bayi perlu diberi imunisasi supaya terlindung daripada penyakit (Marimbi, 2010:122).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua anak memiliki status imunisasi dengan kategori lengkap. Program imunisasi di Kabupaten Situbondo telah digalakkan baik di posyandu, puskesmas, rumah sakit, bidan praktek swasta (BPS), dan juga dilakukan Pekan Imunisasi Nasional (PIN). Menurut Rasyid (2013:74) dalam penelitiannya menyatakan bahwa ada hubungan antara riwayat pemberian imunisasi dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Gambesi Kota Ternate. Hasil analisis diperoleh bahwa nilai $OR=3,294$ artinya balita yang memperoleh imunisasi lengkap mempunyai peluang gizi baik 18,83 kali. Balita yang telah mendapatkan imunisasi lengkap diharapkan terhindar dari penyakit infeksi sehingga status gizi anak dapat meningkat.

Namun, hasil penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian Erwin (2010) menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian imunisasi dengan status gizi balita (nilai $p>0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat faktor lain yang mempengaruhi status gizi balita. Imunisasi yang lengkap belum tentu dapat menjamin anak terhindar dari suatu penyakit. Lingkungan dan pola asuh ibu dalam menjaga kebersihan anak dan tempat tinggalnya serta asupan gizi, juga termasuk faktor yang dapat menyebabkan anak mudah terserang penyakit. Hal ini disebabkan karena imunisasi bukan penyebab langsung dari masalah gizi. Meskipun status imunisasi anak sudah lengkap, namun keadaan lingkungan yang tidak memadai, asupan makanan kurang serta pengetahuan gizi ibu yang kurang menyebabkan balita akan mudah terkena penyakit infeksi.

e. Pemberian ASI

Air Susu Ibu eksklusif yang selanjutnya disebut ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain, selanjutnya pemberian ASI diteruskan hingga anak berusia 2 tahun dengan menambahkan makanan lunak atau makanan padat yang disebut makanan pendamping ASI (MP-ASI) (Depkes RI, 2012:2). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pemberian ASI kepada balita dalam kategori kurang baik dan semua balita tidak mendapatkan ASI eksklusif.

Berdasarkan hasil wawancara, pemberian Air Susu Ibu (ASI) kepada balita rata-rata diberikan sampai usia 6 bulan bahkan terdapat balita yang diberikan ASI sampai umur 2 tahun. Namun, pemberian ASI ini tidak dapat dikatakan eksklusif karena selain ASI balita tersebut juga diberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Endang Widyastuti (2009) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pemberian ASI secara eksklusif pada bayi dapat mencegah bayi menderita gizi kurang dengan nilai signifikansi $p=0,003$ ($p<0,05$). ASI mengandung zat-zat gizi yang seimbang untuk kebutuhan bayi dalam bentuk yang mudah dicerna dan dengan ketersediaan biologis tinggi. Pemberian ASI berpengaruh baik terhadap status gizi bayi, perkembangan otak, mencegah kegemukan, mencegah infeksi, mengurangi risiko terhadap elergi, dan menurunkan morbiditas (Almatsier *et al*, 2011:226).

Berdasarkan hasil wawancara, faktor-faktor yang menyebabkan balita mendapatkan MP-ASI terlalu dini dikarenakan kegagalan untuk memproduksi ASI dalam jumlah yang cukup atau ASI tidak dapat keluar, sehingga ibu balita memberikan susu formula sebagai tambahan bahkan sebagai pengganti ASI. Menurut Almatsier *et al*, (2011:239), faktor-faktor yang menyebabkan ibu gagal dalam memproduksi ASI yang cukup yaitu asupan gizi yang kurang, adanya kekhawatiran, kurang istirahat, mengonsumsi obat kontrasepsi atau obat lain yang menghalangi proses menyusui, dan terganggunya *let-down reflex*. Menurut Almatsier *et al*, (2011:205), rangsangan menghisap (*sucking stimulus*) merupakan cara paling efektif untuk mempertahankan ASI dalam keadaan cukup.

Rangsangan menghisap *artifisial* berupa penekanan buah dada dengan tangan atau pompa dapat menambah produksi ASI. Pemberian ASI atas permintaan bayi dapat merangsang proses menyusui secara optimal.

Sebagian ibu dalam proses wawancara juga menyatakan bahwa penyebab bayinya tidak diberikan ASI eksklusif karena ibu balita tidak dapat langsung memberikan ASI saat bayi baru dilahirkan. Hal ini dikarenakan bayi dilahirkan melalui operasi *Caesar* dan pihak rumah sakit memberikan susu formula sebagai pengganti ASI. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif pasal 9 menyatakan bahwa tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) terhadap bayi yang baru lahir kepada ibunya paling singkat selama 1 (satu) jam. Inisiasi menyusui dini sebagaimana dimaksud dilakukan dengan cara meletakkan bayi secara tengkurap di dada atau perut ibu sehingga kulit bayi melekat pada kulit ibu. Menurut Linkages (2002) (dalam Almatsier *et al.*, 2011:230), salah satu cara untuk meningkatkan kesehatan dan kelangsungan hidup bayi baru lahir adalah dengan memberikan ASI segera setelah bayi dilahirkan yaitu dalam waktu setengah jam sampai satu jam setelah lahir. Bila kelahiran dilakukan melalui operasi *Caesar*, walaupun terpaksa diundurkan, menyusui sebaiknya dilakukan dalam waktu dua jam setelah operasi.

f. Pemberian Suplemen Vitamin A

Suplementasi gizi adalah salah satu program intervensi gizi di negara berkembang. Suplementasi merupakan upaya pencegahan dan penanggulangan kurang gizi dengan basis bukan makanan atau *non food-based intervention*. Vitamin A adalah salah satu zat gizi mikro yang diperlukan oleh tubuh yang berguna untuk meningkatkan daya tahan tubuh (imunitas) dan kesehatan mata. Tujuan pemberian vitamin A dosis tinggi kepada bayi dan anak balita adalah untuk menurunkan prevalensi dan mencegah kekurangan vitamin A pada anak balita dan bayi (Depkes RI, 2009:3).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua balita mendapatkan suplemen vitamin A pada satu tahun terakhir. Kapsul vitamin A yang digunakan dalam kegiatan suplementasi vitamin A adalah kapsul yang mengandung vitamin A dosis

tinggi. Suplemen gizi yang berkaitan dengan keluarga balita adalah memberikan kapsul vitamin A biru pada bayi usia 6-11 bulan pada bulan Februari atau Agustus dan memberikan kapsul vitamin A merah pada balita usia 12-59 bulan pada bulan Februari dan Agustus. Penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa pemberian suplementasi kapsul vitamin A sebanyak 2 kali setahun pada balita merupakan salah satu intervensi kesehatan yang berdaya ungkit tinggi bagi pencegahan kekurangan vitamin A dan kebutaan serta penurunan kejadian kesakitan dan kematian pada balita (Depkes RI, 2009:i). Namun, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nadimin (2010:6) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara konsumsi kapsul vitamin A dengan status gizi balita ($p=0,097$). Hal ini disebabkan karena pemberian vitamin A bukan penyebab langsung dari masalah gizi. Terdapat faktor lain yang dapat langsung mempengaruhi status gizi balita yaitu asupan makanan dan penyakit infeksi.

4.2.2 Karakteristik Keluarga

a. Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga akan mempengaruhi kesehatan seseorang atau keluarga dan juga mempengaruhi konsumsi zat gizi dalam suatu keluarga. 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, 2007:10).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga balita memiliki jumlah anggota keluarga yang termasuk kategori keluarga kecil (<4 orang). Berdasarkan hasil wawancara dalam penelitian ini, sebagian besar balita yang melakukan perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo merupakan anak pertama sehingga jumlah anggota keluarga dalam satu rumah hanya terdiri dari ayah, ibu, dan satu orang anak. 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 keluarga miskin akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makannya jika yang harus diberikan makan dalam jumlah keluarga kecil. Menurut Sediaoetama (2006:50), menyatakan bahwa distribusi pangan yang dikonsumsi suatu keluarga sering tidak merata, yaitu jumlah makanan yang tidak sesuai dengan tingkat kebutuhannya menurut umur, keadaan fisik, dan jenis kelaminnya.

Menurut Syukriawati (2011:123), dalam penelitiannya menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi kurang pada anak dengan nilai *p value* sebesar 0,568 ($>0,05$). Dalam penelitian ini, meskipun jumlah anggota keluarga di dalam suatu keluarga kecil namun apabila pendapatan keluarga tergolong rendah dan ibu tidak dapat mengkoordinir pemberian makan dalam pemenuhan konsumsi keluarganya berlaku tidak seimbang maka akan terjadi status gizi kurang.

b. Pendapatan Keluarga

Pendapatan erat kaitannya dengan gaji, upah, serta pendapatan lainnya yang diterima seseorang setelah orang itu melakukan pekerjaan dalam kurun waktu tertentu. Semakin tinggi pendapatan, maka semakin bertambah peningkatan pengeluaran untuk pangan termasuk buah-buahan, sayuran dan jenis makanan lainnya. Pendapatan suatu keluarga akan mempengaruhi konsumsi zat gizi bagi keluarga, rendahnya pengeluaran keluarga akan menurunkan daya beli. Keluarga yang mempunyai pengeluaran rendah, kemungkinan balita yang dimilikinya akan mengalami gangguan gizi karena ketidakmampuan keluarga untuk membeli zat-zat gizi yang dibutuhkan. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik yang primer maupun yang sekunder (Soetjiningsih, 2007:10).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga balita memiliki tingkat pendapatan dalam kategori di bawah UMK yaitu <Rp 1.231.650,00. Apabila daya beli rendah, maka kuantitas dan kualitas bahan makanan juga rendah. Pendapatan keluarga yang rendah menyebabkan keluarga balita hanya mampu membeli pangan yang relatif terjangkau. Berdasarkan

penelitian yang dilakukan oleh Lutviana (2010:142) mengatakan bahwa ada hubungan tingkat pendapatan dengan status gizi balita karena penyebab utama gizi kurang pada anak balita adalah rendahnya penghasilan keluarga dengan *p value* sebesar 0,004. Pada umumnya, 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. Sebaliknya, apabila seseorang memiliki daya beli yang tinggi, maka kuantitas dan kualitas bahan pangan yang dikonsumsi akan terpenuhi, secara tidak langsung zat gizi yang diperlukan tubuh juga dapat meningkatkan status gizi.

Namun, pada dasarnya untuk memperoleh jenis makan yang berkualitas baik tidak harus dengan harga yang mahal, sehingga membutuhkan biaya yang mahal untuk menikmatinya. Jika seorang ibu mempunyai pengetahuan dan keterampilan dalam memilih dan mengolah makanan, maka bahan makanan yang ada di sekitar rumah dengan harga yang murah dan terjangkau akan diperoleh, keuntungan yang lain maka setiap hari balita akan mendapatkan jenis makanan yang beraneka ragam. Untuk itu, mengkombinasikan menu makan keluarga setiap hari sangat penting. Meskipun mengkombinasikan menu makanan yang murah namun dengan kualitas yang baik dan kuantitas terpenuhi maka kebutuhan gizi keluarga akan terpenuhi. Namun, saat mengonsumsi makanan yang murah dengan kualitas yang tidak diperhatikan dan kurang, maka kebutuhan gizi keluarga akan defisit (Andini, 2010).

c. Umur Ibu

Umur adalah salah satu aspek sosial yang berpengaruh terhadap perilaku. Umur memiliki pengaruh terhadap terbentuknya kemampuan yang dimiliki dapat diperoleh melalui pengalaman sehari-hari di luar faktor pendidikan. Umur akan berpengaruh terhadap perilaku seseorang seiring dengan perkembangan fisik dan mental orang tersebut sehingga perilakunya akan semakin matang dengan bertambahnya umur (Sedioetama, 2006:51).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata persebaran umur ibu balita berada pada kelompok umur 21-25 tahun dan 30-35 tahun. Ibu yang berada pada

kelompok umur 21-25 tahun tergolong dalam kategori umur dewasa muda. Sedangkan ibu yang berada pada kelompok umur 30-35 tahun tergolong dalam kategori umur dewasa tua. Ibu merupakan orang yang paling dekat hubungannya dalam proses tumbuh kembang anak. Kemampuan pemilihan makanan ibu rumah tangga yang muda akan berbeda dengan kemampuan pemilihan bahan makanan pada ibu rumah tangga yang lebih tua. Pola pembelian makanan ibu rumah tangga muda cenderung berpengaruh kepada orang tuanya (Sediaoetama, 2006:51).

Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sihombing (2005) yang menyatakan bahwa semakin dewasa umur ibu maka pola pengasuhannya dalam pemberian makan dan praktik kesehatan akan semakin baik. Hal ini dapat dimengerti karena semakin tua umur ibu maka dia akan belajar untuk semakin bertanggung jawab terhadap anak dan keluarganya. Umur yang semakin tua juga akan menyebabkan semakin banyak pengalaman dan informasi mengenai kesehatan dan gizi keluarga. Ibu dengan usia dewasa muda lebih mudah menerima instruksi sedangkan ibu dengan usia dewasa tua lebih berpengalaman dalam pola pengasuhan balitanya.

d. Tingkat Pendidikan Ibu

Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak. Karena dengan pendidikan yang baik, maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik. Tingkat pendidikan dapat menentukan seseorang dalam menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh sehingga pendidikan diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi di dalam keluarga (Soetjiningsih, 2007:10).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata tingkat pendidikan ibu berada dalam kategori rendah. Menurut Riskesdas (2013:188) semakin tinggi pendidikan seseorang semakin rendah prevalensi gizi buruk pada balita. Hal ini dapat dijelaskan bahwa tingkat pendidikan formal akan mempengaruhi jenis pekerjaan dan status mereka dalam pekerjaan tersebut, yang akan berakibat terhadap tingkat penghasilan mereka.

Sejalan dengan yang diungkapkan Sulistiyawati (2011) dalam penelitiannya, bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pekerjaan, pendapatan, pengetahuan, dan perilaku orang tua dalam memenuhi kebutuhan gizi anak. 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. Jadi, semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka semakin mudah baginya untuk menerima hal-hal yang baru yang ada di sekitarnya serta semakin bagus pula pengetahuan yang ibu miliki.

e. Status Pekerjaan Ibu

Pekerjaan dalam arti luas adalah aktivitas utama yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan uang bagi seseorang. Dalam pembicaraan sehari-hari istilah ini sering dianggap sinonim dengan profesi (Suryani, 2013:16). Ibu yang bekerja menurut Badan Pusat Statistik (BPS) (dalam Utina *et al*, 2012:19) adalah melakukan pekerjaan dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan dan lamanya bekerja paling sedikit 1 jam secara terus menerus dalam seminggu, termasuk pekerja keluarga tanpa upah yang membantu dalam suatu usaha atau kegiatan ekonomi.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata status pekerjaan ibu balita dalam kategori tidak bekerja. Berdasarkan hasil wawancara, banyaknya ibu yang tidak bekerja disebabkan karena sebagian besar ibu balita memiliki tingkat pendidikan rendah sehingga tidak dapat memasuki lapangan kerja di sektor formal yang memiliki syarat pendidikan minimum yang telah ditetapkan oleh berbagai badan usaha sektor formal tersebut. Bekerja bagi ibu mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga. Ibu yang bekerja mempunyai batasan yaitu ibu yang melakukan aktivitas ekonomi untuk mencari penghasilan baik dari sektor formal atau informal yang dilakukan di luar rumah akan berpengaruh terhadap waktu yang dimiliki oleh ibu untuk memberikan pelayanan terhadap anaknya. Ibu yang tidak bekerja dapat lebih memahami bagaimana sifat dari anak-anaknya. Karena

sebagian besar waktu yang dimiliki ibu yang tidak bekerja dihabiskan di rumah sehingga bisa memantau kondisi perkembangan anak.

Sejalan dengan yang diungkapkan Syukriawati (2011:40) dalam penelitiannya, bahwa pada ibu yang bekerja waktu yang diberikan kepada anak balitanya akan berkurang dari pada ibu yang tidak bekerja, tetapi perhatian yang diperlukan oleh anak balita sama besarnya, dengan ibu yang bekerja di luar rumah setiap hari maka ibu tidak dapat mengawasi secara langsung terhadap pola makanan anaknya. Makanan anak balita diserahkan kepada pengasuh anak, pembantu rumah tangga, keluarga ataupun tempat penitipan anak dengan demikian mereka merupakan orang penting pada saat ibu bekerja di luar rumah. Ibu yang bekerja memiliki peran ganda dalam keluarga. Dengan peran ganda ini seorang wanita dituntut untuk dapat menyeimbangkan perannya sebagai seorang ibu ataupun peran-peran lain yang harus diembannya. Oleh karena itu, sebagian besar wanita lebih memilih untuk tidak bekerja dan hanya menjadi ibu rumah tangga untuk menghindari konflik peran ganda tersebut.

Hal tersebut juga didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Utina *et al.* (2012:20) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status gizi anak dengan nilai *p value* 0,037 ($p < 0,05$). Ibu yang berkerja memberikan efek yang kurang baik terhadap gizi anak terutama ibu yang berkerja 40 jam perminggu dan ditambah jarak antara rumah dan tempat kerja yang terlalu jauh. Namun disisi lain, ibu yang bekerja mempunyai peluang lebih besar untuk memenuhi kebutuhan anaknya dalam hal makanan, terutama kebutuhan anak umur 6 bulan ke atas. Sejalan dengan yang diungkapkan oleh Syukriawati (2011:114-115) dalam penelitiannya bahwa, dampak positif dari ibu yang bekerja adalah terjadi peningkatan pendapatan keluarga sehingga terjadi peningkatan ketersediaan kebutuhan dalam keluarga, seperti distribusi makanan. Dampak negatifnya, ibu lama berada diluar rumah, kurang waktu untuk memenuhi kebutuhan anak, memberi perhatian, kasih sayang, memberi stimulasi, dan kurangnya intervensi dini pada anak untuk mengoptimalkan status gizinya.

4.2.3 Tingkat Konsumsi Balita

a. Tingkat Konsumsi Energi

Manusia membutuhkan energi untuk mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan dan melakukan aktivitas fisik. Energi diperoleh dari karbohidrat, lemak, dan protein yang ada di dalam makanan. Kandungan karbohidrat, lemak, dan protein suatu bahan makanan menentukan energinya (Almatsier, 2009:132). Sumber energi berkonsentrasi tinggi adalah bahan makanan sumber lemak seperti lemak dan minyak, kacang-kacangan, dan biji-bijian. Selain itu bahan makanan sumber karbohidrat seperti padi-padian, umbi-umbian, dan gula murni. Kekurangan energi terjadi apabila konsumsi energi melalui makanan kurang dari energi yang dikeluarkan. Tubuh akan mengalami gangguan keseimbangan energi, akibatnya berat badan kurang dari berat badan seharusnya (ideal). Bila terjadi pada balita akan menghambat pertumbuhan (Almatsier, 2009:147-150)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat konsumsi energi balita rata-rata tergolong dalam kategori defisit tingkat sedang dan defisit tingkat berat. Menurut Almatsier *et al* (2011:48), konsumsi energi yang kurang dari kebutuhan secara berlanjut akan menyebabkan menurunnya berat badan kurang atau kurus. Hal ini dapat terjadi karena energi merupakan sumber tenaga. Jika terjadi penurunan asupan, maka cadangan energi yang terdapat di dalam tubuh yang disimpan dalam otot akan digunakan. Kekurangan asupan energi ini apabila berlangsung dalam jangka waktu yang cukup lama maka akan mengakibatkan menurunnya berat badan dan berpengaruh pada status gizi.

Berdasarkan hasil recall 2x24 jam diperoleh bahwa pemberian makan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo rata-rata menyumbangkan 61,39% energi dari rata-rata konsumsi energi balita per hari. F-100 merupakan bahan makanan yang menyumbangkan energi tertinggi dalam pemberian makan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo yaitu 218,62 kkal. F-100 adalah makanan cair yang terbuat dari susu, gula, minyak, dan mineral *mix*. Menurut Kemenkes (2011a:14), pemberian F-100 bertujuan untuk mengejar ketinggalan berat badan yang pernah dialami, mencapai berat badan normal sesuai dengan panjang badan serta agar tahap perkembangan kepandaian dan aktivitas

motoriknya (duduk, merangkak, berdiri, berjalan, dan berlari) sesuai dengan umurnya.

Bahan makanan tinggi energi yang juga diberikan dalam pemberian makan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo yaitu kelor. Dalam 100 gram daun kelor mengandung energi sebesar 92 kkal, protein sebesar 5,1 gram, lemak sebesar 1,6 gram, dan karbohidrat sebesar 14,3 gram (Mahmud *et al*, 2009:17). Tingginya kandungan energi dan protein pada daun kelor menjadikannya kandidat utama untuk digunakan dalam mengatasi masalah malnutrisi atau kekurangan gizi pada balita, ibu hamil atau ibu menyusui. Selain itu, daun kelor juga memiliki kandungan beta karoten yang tinggi. Beta karoten berfungsi sebagai antioksidan yang sangat dibutuhkan oleh balita KEP yang rentan mengalami infeksi sebagai imunitas terhadap radikal bebas seperti bakteri dan virus penyebab infeksi (Erawati, 2006).

Berdasarkan hasil *recall* 2x24 jam diketahui bahwa semua balita mengonsumsi nasi sebagai makanan pokok dan sumber energi dengan frekuensi 2-3 kali sehari. Hal ini disebabkan karena kebiasaan yang ada di masyarakat nasi merupakan makanan utama dan adanya pandangan di masyarakat jika belum makan nasi maka dianggap belum makan. Sedangkan makan jagung, ubi, dan mie dianggap sebagai makanan selingan bukan makanan pokok. Nasi, sagu, jagung, ubi, dan mie merupakan jenis bahan makanan pokok sumber karbohidrat kompleks yang sangat dibutuhkan oleh tubuh sebagai zat gizi penghasil energi.

Selain itu, berdasarkan hasil *recall* 2x24 jam juga diperoleh bahwa sebagian besar balita juga menyukai konsumsi mie instan. Menurut Kurniasih (2010:55), makanan siap saji seperti mie instan digemari sebagai makanan pengganti nasi. Pergeseran pola konsumsi ini dimungkinkan karena mie dapat diproses dengan mudah, disajikan dengan praktis dan dapat memenuhi selera sebagian besar masyarakat, baik orang dewasa maupun anak-anak. Mie instan belum dapat dianggap sebagai makanan penuh (*wholesome food*) karena belum mencukupi kebutuhan gizi yang seimbang bagi tubuh. Mie yang terbuat dari terigu mengandung karbohidrat dalam jumlah besar, tetapi kandungan protein, vitamin, dan mineralnya hanya sedikit. Pemenuhan gizi mie instan dapat diperoleh

jika ada penambahan sayuran dan sumber protein. Kebiasaan mengonsumsi mie siap saji tanpa tambahan sayur dan protein menjadi kurang tepat karena tidak semua kebutuhan zat gizi terpenuhi. Selain bahan tambahan yang ada di dalamnya, mie instan juga rendah serat. Serat dalam makanan juga diperlukan untuk menjaga kesehatan saluran cerna, wasir, maupun kanker usus dikemudian hari (Wandasari, 2014:387).

Dalam kerangka UNICEF (1998) mengenai penyebab terjadinya masalah gizi, faktor asupan makanan merupakan penyebab langsung terjadinya kurang gizi. Pada umumnya, balita membutuhkan asupan energi dan protein yang cukup untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Asupan makan yang beragam juga diperlukan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi penting yang lain. Namun yang sering terjadi pada rentang usia balita adalah asupan makan anak cenderung kurang karena anak menolak makan yang tidak disukai dan hanya mengonsumsi makanan favoritnya (Kurniasih, 2010:55). Sejalan dengan yang diungkapkan oleh Almatsier *et al.* (2011:28) bahwa pertumbuhan fisiologis anak bergantung pada ragam dan banyaknya zat gizi yang dikonsumsi, proses pencernaan, absorpsi, dan metabolisme. Oleh karena itu, makanan yang diberikan harus memenuhi kebutuhan gizi balita. Balita untuk tumbuh optimal membutuhkan asupan makanan yang baik yaitu jumlah yang cukup, bergizi, dan seimbang.

b. Tingkat Konsumsi Protein

Protein adalah bagian dari semua sel hidup dan merupakan bagian terbesar tubuh sesudah air, yaitu seperlima bagian dari tubuh adalah protein, setengahnya ada di dalam otot, seperlima di dalam tulang dan tulang rawan, sepersepuluh di dalam kulit, dan selebihnya di dalam jaringan lain dan cairan tubuh. Semua enzim, berbagai hormon, pengangkut zat-zat gizi dan darah, matriks intraseluler dan sebagainya adalah protein (Proverawati dan Wati, 2011:18). Bahan makanan hewani merupakan protein yang baik dalam jumlah maupun mutu misalnya daging, ikan, unggas, kerang, telur, susu, dan produk olahannya. Sumber protein nabati adalah kacang kedelai dan hasil olahannya seperti tempe, tahu, dan kacang-kacangan. Sebagian kecil protein terdapat dalam sayuran dan buah-buahan. Padi-

padian dan hasilnya relatif rendah dalam protein, tetapi karena dimakan dalam jumlah banyak memberi sumbangan besar terhadap konsumsi protein sehari (Almatsier, 2009:100).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat konsumsi protein balita tergolong dalam kategori normal. Selain itu, berdasarkan hasil recall 2x24 jam diperoleh bahwa pemberian makan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo rata-rata menyumbangkan 50,89% protein dari rata-rata konsumsi protein balita perhari. Protein dibutuhkan untuk membangun dan memelihara otot, darah, kulit, tulang, dan jaringan serta organ-organ tubuh lain. Protein juga dapat digunakan untuk menyediakan energi. Fungsi utama protein pada anak adalah untuk pertumbuhan. Kecukupan protein juga penting untuk membangun antibodi sebagai pelindung dari penyakit infeksi (Proverawati dan Wati, 2011:19-20).

Berdasarkan hasil *recall* 2x24 jam diperoleh bahwa sumber protein hewani yang dikonsumsi oleh balita bersumber dari ikan laut yang banyak terdapat pada daerah setempat seperti ikan tongkol dan ikan layang. Sedangkan konsumsi makanan sumber protein nabati yang sering dikonsumsi oleh balita yaitu jenis kacang-kacangan seperti tempe. Berdasarkan hasil *recall* diperoleh bahwa balita dalam penelitian ini jarang mengonsumsi sayur dan buah. Situbondo merupakan kabupaten yang sebagian besar wilayahnya merupakan daerah pesisir, oleh karena itu warga di Kabupaten Situbondo lebih mudah untuk mengakses ikan laut. Selain itu, berdasarkan hasil wawancara sebagian besar balita dalam penelitian ini tinggal di daerah pantai dengan rata-rata mata pencaharian ayah balita sebagai nelayan. Kebiasaan makan dalam keluarga sangat dipengaruhi oleh keadaan lingkungan fisik atau geografinya. Ketersediaan ikan di daerah pantai akan mempengaruhi tingkat konsumsi ikan pada keluarga nelayan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Saputra (2012:97), komunitas nelayan memiliki proporsi tingkat penderita gizi buruk dan gizi kurang yang relatif tinggi dibanding komunitas perkotaan dan komunitas pertanian. Pada masyarakat nelayan, rendahnya tingkat pendapatan keluarga, sangat berdampak terhadap rendahnya rata-rata tingkat pendidikan, yang pada gilirannya akan berimplikasi terhadap rendahnya tingkat pengetahuan dan perilaku (khususnya

pengetahuan dan perilaku gizi). Rendahnya pengetahuan gizi dapat mempengaruhi ketersediaan pangan dalam keluarga, yang selanjutnya mempengaruhi kuantitas dan kualitas konsumsi pangan. Rendahnya kualitas dan kuantitas konsumsi pangan, merupakan penyebab langsung dari kekurangan gizi pada anak balita.

c. Tingkat Konsumsi Lemak

Lemak (lipid) adalah suatu zat yang kaya akan energi, berfungsi sebagai sumber energi yang utama untuk proses metabolisme tubuh. Lemak yang beredar di dalam tubuh diperoleh dari dua sumber yaitu makanan dan hasil produksi organ hati yang bias disimpan di dalam sel-sel lemak sebagai cadangan energi (Proverawati dan Wati, 2011:14). Sumber utama lemak adalah minyak tumbuh-tumbuhan (minyak kelapa, kelapa sawit, kacang tanah, kacang kedelai, jagung, dan sebagainya), mentega, margarin, dan lemak hewan (lemak daging dan ayam). Sumber lemak lain adalah kacang-kacangan, biji-bijian, daging, ayam gemuk, krim, susu, keju, kuning telur, dan makanan yang dimasak dengan lemak atau minyak. Sayur dan buah (kecuali apukat) sangat sedikit mengandung lemak. Dalam proses pencernaan, bahan makanan yang mengandung lemak akan disederhanakan menjadi asam lemak dan gliserol. Apabila keperluan energi sudah tercukupi, lemak akan disimpan tubuh di bawah lapisan kulit dan sekitar organ-organ dalam (Almatsier, 2009:73).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat konsumsi lemak balita rata-rata tergolong dalam kategori normal. Berdasarkan hasil *recall* 2x24 jam diperoleh bahwa pemberian makan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo rata-rata menyumbangkan 68,08% lemak dari rata-rata konsumsi lemak balita per hari. Selain itu, berdasarkan hasil *recall* 2X24, didapatkan gambaran bahwa konsumsi sumber lemak pada balita sebagian besar berasal dari minyak (bahan makanan yang digoreng) dan juga berasal dari kacang-kacangan seperti tempe. Balita memerlukan asupan lemak untuk perkembangan otak dan sistem syaraf mereka sehingga asupan makanan dengan kadar tertentu mutlak harus ada di menu hariannya. Lemak dan minyak dalam makanan berguna untuk menghasilkan energi dalam tubuh, membantu penyerapan dan pengangkutan vitamin A, D, E, dan K, serta menambah lezatnya makan (Almatsier, 2009:60).

Menurut Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (2004) dalam Almatsier *et al.* (2011:7), sebaiknya sebagian besar lemak dan minyak berasal dari minyak nabati seperti minyak kelapa, kelapa sawit, kacang kedelai, kacang tanah, dan jagung karena banyak mengandung asam lemak tidak jenuh jamak dan trigliserida rantai menengah (*medium chain triglyceride*) yang berpengaruh baik bagi kesehatan.

d. Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Karbohidrat adalah senyawa organik yang mengandung unsur karbon, hidrogen, dan oksigen. Karbohidrat memiliki peranan penting dalam menentukan karakteristik bahan makanan, misalnya rasa, warna, tekstur, dan lain-lain (Proverawati dan Wati, 2011:7). Karbohidrat diklasifikasikan menjadi dua golongan yaitu karbohidrat kompleks dan karbohidrat sederhana. Bahan makanan sumber karbohidrat kompleks adalah padi-padian (beras, jagung, dan gandum), umbi-umbian (ubi, singkong, dan talas), dan sagu. Sedangkan sumber karbohidrat sederhana adalah berbagai jenis gula, seperti gula pasir, gula kelapa, dan gula palma (Almatsier *et al.*, 2011:3-4).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat konsumsi karbohidrat semua balita tergolong defisit tingkat berat. Berdasarkan hasil *recall* 2x24 jam, hal ini dikarenakan porsi makan balita terhadap bahan pangan sumber energi tergolong sedikit yaitu rata-rata balita hanya mengonsumsi satu centong nasi dalam satu porsi makan. Pemberian makan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo rata-rata menyumbangkan 50,08% karbohidrat dari rata-rata konsumsi karbohidrat balita per hari. Berdasarkan hasil *recall* didapatkan bahwa bahan pangan sumber karbohidrat yang dikonsumsi anak balita terutama adalah nasi, bubur, dan mie instan. Nasi dikonsumsi setiap hari oleh seluruh balita.

Martaliza (2010:38) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa konsumsi karbohidrat memiliki hubungan bermakna dengan status gizi seseorang. Kekurangan karbohidrat dapat menyebabkan suplai energi berkurang. Akibatnya, tubuh mencari alternatif zat gizi yang dapat menggantikan karbohidrat, yaitu lemak dan protein. Apabila peristiwa tersebut berlangsung terus tanpa suplai karbohidrat yang cukup, lemak tubuh akan terpakai dan protein yang seharusnya

digunakan untuk pertumbuhan jadi berkurang. Akibatnya, tubuh semakin kurus dan menderita Kurang Energi Protein (KEP).

Selain itu, dari hasil *recall* yang telah dilakukan diketahui bahwa konsumsi balita sebagian besar tidak seimbang antar zat gizi satu dengan yang lain. Ibu balita tidak memerhatikan apa yang terkandung dalam makanan yang dikonsumsi. Sebagai contoh adalah kategori tingkat konsumsi lemak yang berlebih. Bahan makanan yang dikonsumsi tinggi lemak namun menyumbang energi yang sedikit. Hal-hal seperti itu yang menyebabkan tidak banyak balita yang memiliki tingkat konsumsi dalam kategori normal. Secara keseluruhan tingkat konsumsi energi, protein, lemak dan karbohidrat balita belum seimbang. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya tingkat konsumsi balita seperti kebiasaan makan pada anak yang lebih suka makan sambil bermain, makan tidak pada jam makan yang seharusnya, kurangnya ketelatenan ibu dalam memberikan makan pada balitanya, dan kesukaan terhadap menu yang disajikan.

4.2.4 Penatalaksanaan Asuhan Gizi

a. Pengukuran Antropometri

Pengukuran antropometri adalah pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri 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 (Supriasa *et al.*, 2012:36). Antropometri dapat dilakukan dengan beberapa macam pengukuran, yaitu pengukuran terhadap berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, dan tebal lemak. Pengukuran berat badan (BB), tinggi badan (TB), dan panjang badan (PB) merupakan pengukuran yang paling banyak dilakukan untuk keperluan perorangan dan keluarga (Sulistiyani, 2010:30).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua balita dilakukan pengukuran antropometri meliputi pengukuran berat badan dan tinggi badan pada saat sebelum dan sesudah perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo. Berdasarkan hasil observasi pada saat penelitian, penimbangan berat badan

dilakukan setiap hari selama lima hari perawatan. Penimbangan berat badan dilakukan dua kali dalam sehari perawatan yaitu ketika balita datang ke Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo dan pada saat balita akan meninggalkan Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo. Hal tersebut sudah sesuai dengan standar prosedur operasional asesmen gizi pasien di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.

Penimbangan berat badan sesudah dan sebelum dilakukannya perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo bertujuan untuk mengetahui terjadinya perubahan berat badan pasca perawatan. Hal tersebut sejalan dengan yang diungkapkan oleh Almatsier *et al*, (2011:279) menyatakan bahwa kelebihan dan kekurangan asupan energi dan zat gizi anak akan terefleksi pada pola pertumbuhannya sehingga pertumbuhan anak hendaknya dipantau secara teratur. Hal ini juga diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Karolina *et al*, (2012:6) menyatakan bahwa, dengan menimbang berat badan secara teratur maka akan segera dapat diketahui apabila terjadi penyimpangan pola pertumbuhan untuk dilakukan perbaikan dan pencegahan ke arah yang lebih baik.

b. Pemeriksaan Medis

Pemeriksaan medis adalah suatu diagnosis yang menetapkan keadaan normal atau keadaan menyimpang yang disebabkan oleh suatu penyakit yang membutuhkan tindakan medis atau pengobatan (Ardhana, 2010:45). Pemeriksaan medis di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo dilakukan oleh dokter untuk mencari riwayat penyakit, mendiagnosa penyakit, menentukan ada atau tidak penyakit penyerta, tanda klinis, atau komplikasi, dan menentukan intervensi yang akan diberikan kepada balita. Pemeriksaan medis di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo dilakukan pada hari kedua perawatan.

Berdasarkan hasil penelitian, semua balita melakukan pemeriksaan medis dan hasil pemeriksaan medis menunjukkan bahwa terdapat dua balita yang didiagnosis memiliki penyakit penyerta. Dalam penelitian ini balita pertama memiliki penyakit penyerta *Tuberkulosis*. Sedangkan balita kedua memiliki penyakit penyerta *Down Syndrom* dan *Microcephaly*. Namun, balita yang menderita *Tuberkulosis* baru terdiagnosis oleh petugas di Rumah Pemulihan Gizi

Kabupaten Situbondo pada saat balita tersebut melakukan kontrol perkembangan berat badan yaitu setelah satu bulan pasca perawatan.

Down Syndrome adalah termasuk golongan penyakit genetik karena cacatnya terdapat pada bahan keturunan atau gen, tetapi penyakit ini pada dasarnya bukan penyakit keturunan. Tanda-tanda klinis penderita *Suspect Down Syndrome* ini meliputi bentuk kepala yang relatif kecil dari ukuran normal (*Microcephaly*) dengan bagian anteroposterior kepala mendatar. Pada bagian wajah biasanya tampak sela hidung yang datar, mulut yang mengecil, mata sipit, dan kulit keriput. Kecepatan pertumbuhan fisik anak dengan *Down Syndrome* lebih rendah jika dibandingkan anak yang normal (Fadhli, 2010:33).

Tuberkulosis pada anak merupakan salah satu penyakit infeksi saluran pernafasan yang sulit terdeteksi, namun dampaknya cukup mempengaruhi perkembangan anak dan status kesehatan anak bahkan dapat menimbulkan kematian. Oleh karena itu perlu dilakukan tindakan pencegahan dengan memahami faktor-faktor yang beresiko untuk terjadinya kejadian *Tuberkulosis* pada anak yaitu status gizi yang kurang, belum mendapatkan imunisasi BCG, dan adanya riwayat pernah kontak dengan orang dewasa yang dengan TB aktif (Prayitami, 2012:21). Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa ayah dari balita yang menderita *Tuberkulosis* merupakan penderita *Tuberkulosis* aktif.

Menurut Aritonang dan Priharsiwi (2006:48), 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. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita KEP. Sebaliknya, anak yang makan tidak cukup baik, daya tahan tubuhnya (imunitas) dapat melemah. Dalam keadaan demikian mudah diserang infeksi, kurang nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita Kurang Energi Protein (KEP). Penyakit infeksi dapat menurunkan status gizi anak, bahkan dapat berakibat fatal dengan terjadinya kematian.

c. Intervensi

1) Konseling

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. 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. Konseling gizi merupakan suatu proses komunikasi dua arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah gizi (Yuandari, 2012:6).

Berdasarkan hasil observasi dalam penelitian ini, semua balita yang dirawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo mendapatkan layanan konseling. Kegiatan konseling di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo dilakukan pada hari kedua setelah melakukan pemeriksaan medis. Hal tersebut sudah sesuai dengan standar prosedur operasional Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo yaitu psikolog dan ahli gizi akan melakukan asesmen atau pengkajian kepada ibu balita meliputi melakukan *recall* 24 jam, penyampaian informasi kepada ibu tentang hasil penilaian pertumbuhan anak, mewawancarai ibu untuk mencari penyebab kurang gizi, memberi nasihat sesuai penyebab kurang gizi, dan memberikan anjuran pemberian makan sesuai umur dan kondisi anak. Petugas kesehatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo menggunakan *food model* sebagai sarana konseling gizi. Dengan menggunakan *food model* kesamaan konsep tentang makanan dengan ukuran porsi tertentu akan dapat divisualisasikan dengan baik, yang akhirnya akan mudah dimengerti dan diadopsi oleh ibu balita.

Menurut Hestuningtyas (2013) dalam penelitiannya, konseling gizi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik gizi, serta dapat meningkatkan

status gizi pada anak. Konseling gizi sangat berperan penting dalam memperbaiki kepatuhan diet karena konseling gizi adalah suatu pendekatan personal yang digunakan untuk menolong individu memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai permasalahan gizi yang dihadapi dan memotivasi menuju perubahan perilaku. Selanjutnya, individu mampu mengambil langkah-langkah dalam mengatasi permasalahan gizi tersebut, termasuk perubahan praktik pemberian makan. Meningkatnya perilaku ibu mengenai pemberian makan pada anak, menjadikan asupan zat gizi anak juga meningkat.

2) Akupresur

Akupresur merupakan pemijatan atau penekanan yang dilakukan pada titik tertentu dipermukaan tubuh sesuai dengan titik-titik pada akupunktur (Koonsnadi dan Agustin, 2005:5). Berdasarkan hasil observasi dalam penelitian ini, semua balita yang dirawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo mendapatkan pelayanan akupresur. Pelayanan akupresur diberikan pada hari ketiga pada saat perawatan. Berdasarkan data rekam medis di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, didapatkan bahwa terdapat beberapa titik meridian yang dapat meningkatkan nafsu makan. Titik-Titik meridian tersebut yaitu:

- (a) SP-6 (*sanjinciao*, persimpangan tiga *yin*) merupakan titik yang berada pada lekukan sisi depan dalam tulang mata kaki bagian dalam (Koonsnadi dan Agustin, 2005:112).
- (b) KI-1 (*yongguan*, telaga buruh) merupakan titik yang berada di tengah-tengah telapak kaki. Berada 1/3 panjang kaki ke arah jari-jari kaki (Koonsnadi dan Agustin, 2005:133).
- (c) KI-3 (*taixi*, sungai besar) merupakan titik antara mata kaki bagian dalam dan tendon *achilus*, setinggi bagian tertinggi mata kaki bagian dalam (Koonsnadi dan Agustin, 2005:133).
- (d) ST-25 (*tianshu*, tiang pintu surga) merupakan titik yang berada pada garis sisi luar perut setinggi pusar (Koonsnadi dan Agustin, 2005:108).
- (e) ST-36 (*zusanli*, tiga mil) merupakan titik yang berada di bawah *patella*, sisi luar otot *tibialis anterior* (Koonsnadi dan Agustin, 2005:109).

- (f) LI-4 (*hegu*, kumpulan jurang) merupakan titik pertengahan sisi *radial* tulang *metacarpal* dan bagian atas manus (*dorsum manus*) (Koosnadi dan Agustin, 2005:101).
- (g) LI-11 (*quchi*, danau berbelok-belok) merupakan titik di sisi *lateral* lipatan siku (ujung kerutan lipatan siku) pada saat lengan ditekuk (Koosnadi dan Agustin, 2005:102).

Sedangkan balita yang memiliki penyakit penyerta *Down Syndrom* titik-titik meridian yang ditekan yaitu:

- (a) PC-6 (*inner gate*, gerbang dalam) merupakan titik di lipatan pergelangan tangan (Koosnadi dan Agustin, 2005:138).
- (b) HT-7 (*shenmen*, gerbang roh) merupakan titik di sisi *ulnar* lipatan pergelangan tangan (Koosnadi dan Agustin, 2005:116).
- (c) ST-36 (*zusanli*, tiga mil) merupakan titik yang berada di bawah *patella*, sisi luar otot *tibialis anterior* (Koosnadi dan Agustin, 2005:109).
- (d) SP-6 (*sanjinciao*, persimpangan tiga *yin*) merupakan titik yang berada pada lekukan sisi depan dalam tulang mata kaki bagian dalam (Koosnadi dan Agustin, 2005:112).
- (e) KI-1 (*yongguan*, telaga buruh) merupakan titik yang berada di tengah-tengah telapak kaki. Berada 1/3 panjang kaki ke arah jari-jari kaki (Koosnadi dan Agustin, 2005:133).

Menurut Hady (2014:114) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pemijatan pada bayi akan merangsang *nervus vagus*, dimana saraf ini akan meningkatkan peristaltik usus sehingga pengosongan lambung meningkat dengan demikian akan merangsang nafsu makan bayi untuk makan lebih lahap dalam jumlah yang cukup. Selain itu *nervus vagus* juga dapat memacu produksi enzim pencernaan sehingga penyerapan makanan maksimal. Pijat pada bayi juga dapat memperlancar peredaran darah dan meningkatkan metabolisme sel, dari rangkaian tersebut berat badan bayi akan meningkat

Hasil penelitian tersebut juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Triana (2012), menunjukkan bahwa terjadi peningkatan berat badan yang signifikan pada responden akibat diberikan pijat bayi dimana hasilnya melebihi rata-rata

peningkatan berat badan bayi normal yang tidak mendapatkan pijat bayi dengan nilai signifikansi $p=0,001$ ($p<0,05$). Menurut Guyton (2006) dan Prince (2005) dalam Triana (2012), secara teori dapat dijelaskan bahwa persyarafan pada saluran pencernaan adalah otonom. Melalui pijat bayi, dimana dengan memberikan sentuhan disertai dengan penekanan lembut pada bayi akan menyebabkan ujung-ujung saraf yang terdapat di permukaan kulit bereaksi terhadap sentuhan. Selanjutnya saraf tersebut mengirimkan pesan-pesan ke otak melalui jaringan saraf yang berada di medula spinalis. Proses tersebut dapat menyebabkan perangsangan pada reseptor saraf sensorik perifer terutama reseptor tekanan. Rangsangan ini mengaktifkan sistem saraf parasimpatis. Suplai saraf parasimpatis dihantarkan ke dan dari abdomen melalui saraf vagus.

Pemberian pijat bayi akan dapat merangsang saraf vagus yang merupakan saraf kepala kesepuluh yang mengatur fungsi organ tubuh termasuk di bagian dada dan perut. Rangsangan pada saraf vagus (saraf parasimpatis) akan merangsang lambung untuk mengeluarkan hormon gastrin. Hormon gastrin akan merangsang pengeluaran insulin, asam khidroklorida, pepsinogen, enzim pankreas, mukus, peningkatan aliran empedu hati dan merangsang motilitas lambung. Hormon gastrin juga mempermudah relaksasi reseptif lambung (relaksasi sementara) sehingga lambung dapat menambah volumenya dengan sangat mudah tanpa peningkatan tekanan. Pengeluaran insulin akan mempermudah untuk memetabolisme glukosa. Sekresi asam hidroklorida, pepsinogen, enzim pankreas, peningkatan aliran empedu hati akan mempermudah pencernaan makanan. Saat makanan sampai pada duodenum maka akan merangsang pengeluaran *cholecystokinin*, hal ini akan merangsang motilitas usus. Sehingga dengan adanya peningkatan motilitas lambung dan usus akan mempermudah pencampuran, pendorongan makanan, dan penyerapan zat gizi menjadi lebih baik (Triana, 2012).

3) Akupunktur

Akupunktur adalah cara pengobatan dengan cara menusuk jarum. Secara harfiah akupunktur berasal dari kata *Acus* yaitu jarum dan *Puncture* yang berarti tusuk dan dalam bahasa Cina disebut *Cen Jiu*. Akupunktur adalah suatu cara

pengobatan yang memanfaatkan rangsangan pada titik-titik akupunktur pada tubuh pasien. Tujuan pengobatan akupunktur adalah untuk mengembalikan keseimbangan energi dan mengoptimalkan terbentuknya antibodi pada tubuh pasien (Koosnadi dan Agustin, 2005:5).

Berdasarkan hasil observasi dalam penelitian ini, semua balita yang dirawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo tidak mendapatkan pelayanan akupunktur. Hal ini dikarenakan dengan pemberian layanan akupresur sudah dianggap cukup untuk meningkatkan nafsu makan balita. Balita yang mengalami *Down Syndrom* yang seharusnya menurut prosedur mendapatkan layanan akupunktur tetapi pada saat perawatan juga tidak mendapatkan akupunktur karena pada saat perawatan balita tersebut mengalami demam. Berdasarkan hasil wawancara dengan akupunkturis di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, menyatakan bahwa balita yang mengalami demam atau panas tinggi tidak diperbolehkan untuk diakupunktur. Hal ini dikarenakan penusukan jarum pada balita yang mengalami panas tinggi dapat membuat pembuluh darahnya menjadi pecah.

4) Pemberian Makan

Pemberian makan tambahan adalah program intervensi bagi balita yang menderita kurang gizi dimana tujuannya adalah untuk meningkatkan status gizi anak serta untuk mencukupi kebutuhan zat gizi anak agar tercapainya status gizi dan kondisi gizi yang baik sesuai dengan umur anak tersebut. Sedangkan pengertian makanan untuk pemulihan gizi adalah makanan padat energi yang diperkaya dengan vitamin dan mineral, diberikan kepada balita gizi buruk selama masa pemulihan (Kemenkes RI, 2011a:17).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua balita yang dirawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo mendapatkan makanan untuk pemulihan gizi berupa F-100, biskuit MP-ASI, dan makan siang. Formula 100 merupakan makanan cair yang terbuat dari susu, gula, minyak, dan mineral *mix* yang mengandung 100 kkal setiap 100 ml. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Sulistiyawati (2011:73), menyatakan bahwa pemberian diet formula 75 dan

100 berpengaruh dalam meningkatkan berat badan pada balita gizi buruk rawat jalan dengan $p \text{ value} = 0,000$ ($p < 0,05$).

Pemberian makan pada balita yang melakukan perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo dilakukan selama lima hari berturut-turut. Berdasarkan hasil observasi dalam penelitian ini, makan siang yang diberikan pada hari pertama yaitu nasi, kuah sop, dan tempe goreng. Hari kedua yaitu nasi, soto (terdiri dari ayam, toge, kentang, dan bihun), telur, dan kerupuk. Hari ketiga makan siang yang diberikan berupa nasi, lodeh, tempe mendol tepung, dan tongkol tepung. Hari keempat balita mendapatkan makan siang berupa nasi, sayur bening kelor, ampela ati goreng, dan bakwan wortel. Sedangkan hari kelima yaitu hari terakhir perawatan, balita mendapatkan makan siang berupa nasi goreng (terdiri dari wortel, toge, sawi hijau, dan telur orak-arik) telur puyuh selimut tahu, dan puding.

Berdasarkan hasil recall 2x24 jam, diperoleh bahwa pemberian makan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo rata-rata menyumbangkan 61,39% energi dari rata-rata konsumsi energi balita per hari, 50,89% protein dari rata-rata konsumsi protein balita per hari, 68,08% lemak dari rata-rata konsumsi lemak balita per hari, dan 50,08% karbohidrat dari rata-rata konsumsi karbohidrat balita per hari. Dalam penelitian ini, makanan yang diberikan kepada balita dalam porsi kecil dan tidak pedas. Sejalan dengan teori yang diungkapkan Almatsier *et al.* (2011:290), bahwa ada tiga karakteristik makanan yang mempengaruhi pengembangan rasa, penerimaan, dan keterampilan makan sendiri. Ketiga aspek tersebut adalah tekstur, aroma, dan besar porsi. Pada umumnya anak akan menolak makanan yang mempunyai aroma kuat seperti makanan pedas, terlalu asam, dan terlalu asin. Anak juga akan menolak makanan dalam porsi besar. Anak lebih menyukai makanan lunak yang mudah dikunyah dan makanan garing yang memberi kenikmatan pada anak waktu mendengarkan bunyi sewaktu mengunyah.

Hal tersebut juga sejalan dengan yang diungkapkan oleh Kemenkes (2012:101), menyatakan bahwa prinsip yang sangat penting dalam memberikan makanan tambahan untuk rehabilitasi anak dengan gangguan gizi kurang adalah memberikan makanan dengan konsep kepadatan energi yang tinggi tetapi

memiliki volume atau porsi yang kecil. Bahan makanan yang diberikan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo rata-rata banyak mengandung tepung terigu, minyak (makanan yang digoreng), dan santan. Tepung terigu, minyak, dan santan merupakan kelompok bahan makanan yang mengandung energi tinggi. Menurut Proverawati dan Wati (2011:79) lemak yang terdapat dalam minyak dan santan mengandung omega 3 dan omega 9 yang penting untuk pertumbuhan otak balita.

5) Pemberian Obat

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1109/MENKES/ PER/ IX/ 2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, pengobatan adalah pelayanan kesehatan kepada perorangan, meliputi segala tindakan atau perlakuan yang diberikan kepada pasien dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Permenkes RI, 2007:3). Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua balita mendapatkan obat pada saat melakukan perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo sesuai dengan keluhan atau penyakit yang diderita.

Berdasarkan hasil observasi, semua balita mendapatkan *Zamel* yang merupakan multivitamin dan mineral sebagai suplemen makanan. Takaran saji obat *Zamel* yaitu pada balita usia 1-3 tahun adalah setengah sendok takar (2,5 ml) dan usia 4-6 tahun adalah satu sendok takar (5 ml). Pemberian multivitamin di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo sejalan dengan yang diungkapkan oleh Kemenkes (2012:62), bahwa setiap anak gizi buruk umumnya mengalami kekurangan zat gizi mikro, sehingga perlu diberi vitamin dan mineral. Kekurangan vitamin dapat diberikan multivitamin. Hal tersebut juga sejalan dengan yang diungkapkan oleh Almatsier *et al.* (2011:306), menyatakan bahwa menurunkan prevalensi gizi kurang pada bayi dan balita dapat dilakukan dengan memberikan fortifikasi atau suplementasi vitamin. Vitamin dan mineral, merupakan zat-zat yang diperlukan oleh tubuh agar dapat tumbuh dan berfungsi secara normal. Berbagai proses biologis tubuh memerlukan vitamin agar dapat bekerja dengan baik, seperti pertumbuhan, proses pencernaan, perkembangan mental, dan ketahanan tubuh terhadap infeksi. Suplemen makanan dapat

membantu anak dalam masa pertumbuhan dan perkembangan serta masa penyembuhan.

Namun, menurut Nursiyah (2013:79) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa selain pemberian multivitamin, obat tradisional juga dapat meningkatkan nafsu makan anak. Pengobatan tradisional dan obat tradisional telah menyatu dengan masyarakat, digunakan dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan baik di desa maupun di kota-kota besar. Kemampuan masyarakat untuk mengobati sendiri, mengenai gejala penyakit dan memelihara kesehatan. Pelayanan kesehatan tradisional merupakan potensi besar karena dekat dengan masyarakat, mudah diperoleh, dan relatif lebih murah daripada obat modern. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan Marni (2015:103) dalam penelitiannya, bahwa meningkatkan nafsu makan anak dapat diatasi dengan ramuan jamu tradisional yang secara umum dapat meningkatkan metabolisme tubuh anak. Ramuan tersebut juga bermanfaat untuk menekan dan menghambat asam lambung, merangsang sekresi makanan, merangsang enzimatis sehingga perut terasa kosong dan akan mengirim sinyal ke otak yang akan menimbulkan rasa lapar sehingga muncul keinginan untuk makan.

Balita yang menderita *Down Syndrom* juga mendapatkan obat pengganti hormon tiroid yaitu *Euthyrox*. Sedangkan balita yang menderita *Tuberkulosis* mendapatkan pemberian obat berupa dosis Obat Anti *Tuberkulosis* (OAT) pada anak. Menurut Kemenkes (2011b:9), prinsip dasar pemberian obat *Tuberkulosis* minimal tiga macam obat yang diberikan dalam waktu enam bulan. OAT pada anak diberikan setiap hari baik pada tahap intensif maupun tahap lanjutan dengan dosis obat yang disesuaikan dengan berat badan anak. Asuhan gizi menjadi sangat penting pada penderita TBC, karena penyakit ini berpotensi sebagai hambatan pertumbuhan pada anak balita dan resiko tinggi menimbulkan masalah gizi.

d. Kontrol Perkembangan Berat Badan

Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, di mana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan yang abnormal, terdapat dua

kemungkinan perkembangan berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Berat badan harus selalu dimonitor agar memberikan informasi yang memungkinkan intervensi gizi yang preventif sedini mungkin guna mengatasi kecenderungan penurunan atau penambahan berat badan yang tidak dikehendaki. Berat badan harus selalu dievaluasi dalam konteks riwayat berat badan yang meliputi gaya hidup maupun status berat badan yang terakhir (Anggraeni, 2012:116).

Kontrol perkembangan berat badan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo dilakukan pada saat satu bulan pasca dilakukan lima hari perawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perkembangan berat badan dan status gizi balita berdasarkan BB/TB tergolong dalam kategori berat badan naik dengan status gizi naik dan berat badan naik dengan status gizi tetap. Berdasarkan hasil penimbangan berat badan menurut tinggi badan pada saat awal dirawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, diketahui bahwa sebagian besar balita memiliki status gizi sangat kurus ($z\text{-score} < -3\text{ SD}$). Berdasarkan hasil pengamatan selama balita dirawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, dari 5 balita yang dirawat terdapat 4 balita yang berat badannya naik. Namun dari 4 balita tersebut, terdapat 2 balita yang status gizinya juga naik. Kenaikan berat badan tersebut dipengaruhi oleh tingkat asupan makan, penyakit infeksi, dan rutusnya balita melakukan tindak lanjut ke Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo sebelum kontrol perkembangan berat badan.

Berdasarkan data rekam medik pada kartu anak, balita yang mengalami kenaikan berat badan dan status gizi, rutin datang ke Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo seminggu sekali untuk pemulihan lanjutan sehingga balita tersebut juga rutin mendapatkan layanan akupresur untuk meningkatkan berat badan dan status gizi balita. Sedangkan balita yang status gizinya tetap diakibatkan karena balita tersebut memiliki penyakit infeksi yaitu *Tuberculosis*. Berdasarkan hasil penelitian, pada saat kontrol perkembangan berat badan baru diketahui bahwa terdapat salah satu balita yang menderita *Tuberculosis*. Sehingga, penanganan balita tersebut baru diberikan pada saat tahap kontrol. Namun,

sebelumnya balita tersebut telah mendapatkan pemberian obat dosis OAT dari Puskesmas Panarukan yang merupakan puskesmas wilayah tempat balita tersebut tinggal.

Menurut Yulia (2007:8), dalam penelitiannya menyatakan bahwa balita merupakan kelompok rawan gizi. Penyakit yang sering diderita oleh balita adalah penyakit infeksi. Infeksi yang terjadi dalam tubuh balita dapat mempengaruhi status gizi anak balita. Status gizi kurang dan penyakit infeksi terdapat interaksi bolak-balik. Infeksi yang akut mengakibatkan kurangnya nafsu makan dan toleransi terhadap makanan. Penyakit infeksi akan menyebabkan balita tidak mempunyai nafsu makan dan mengakibatkan kekurangan gizi. Balita yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada balita yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan bahwa terdapat satu balita yang mengalami penurunan berat badan dengan status gizi tetap. Menurut Almatsier *et al*, (2011:141), gagal tumbuh adalah tanda yang paling sering terjadi pada anak yang mengalami gizi kurang. Berat badan dan tinggi badan gagal untuk bertambah dengan kecepatan yang diharapkan. Hal ini dapat terjadi karena satu atau kombinasi dari berbagai faktor, seperti asupan gizi tidak adekuat, absorpsi zat gizi terganggu, kegagalan penggunaan zat gizi, meningkatnya kehilangan zat gizi, meningkatnya kebutuhan zat gizi, dan infeksi parasit pada saluran cerna. Selain itu, menurut Almatsier (2009:24) keadaan gizi buruk juga dimungkinkan akibat gangguan saluran pencernaan yang dipengaruhi oleh gaya hidup seperti tidur, istirahat, aktivitas fisik, dan keadaan emosional. Aktivitas fisik akan mempengaruhi kekencangan otot. Aktifitas fisik merupakan faktor penting yang menentukan terhadap berat badan.

Berdasarkan hasil observasi selama penelitian, hal tersebut dimungkinkan karena balita tersebut memiliki aktivitas fisik yang cenderung tinggi sebab balita tersebut tergolong aktif untuk melakukan segala sesuatu. Balita yang aktif memiliki kebutuhan akan zat gizi yang juga meningkat. Berdasarkan hasil *recall*

diperoleh bahwa tingkat konsumsi energi dan zat gizi balita tersebut belum seimbang antar zat gizi satu dengan yang lain. Bahkan tingkat konsumsi energi balita tersebut tergolong defisit tingkat berat. Sejalan dengan yang diungkapkan Katahn tahun 1987 (dalam Amelia, 2008:23), semakin aktif seseorang melakukan aktivitas fisik, energi yang diperlukan semakin banyak. Asupan energi yang rendah disertai dengan aktivitas fisik yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya penurunan berat badan. Hal tersebut juga sejalan dengan yang diungkapkan Supariasa *et al*, (2012:8), akibat kekurangan zat gizi maka simpanan zat gizi pada tubuh digunakan untuk memenuhi kebutuhan. Apabila keadaan ini berlangsung lama, maka simpanan zat gizi akan habis dan akhirnya terjadi kemerosotan jaringan yang ditandai dengan penurunan berat badan.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Sebagian besar balita yang di rawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo berada pada kelompok umur 25-36 bulan, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, memiliki berat lahir normal, memiliki status imunisasi lengkap, pemberian ASI dengan kategori kurang baik, tidak ASI eksklusif, dan pemberian suplemen vitamin A dengan kategori baik. Rata-rata balita KEP di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo mendapatkan MP-ASI terlalu dini karena kegagalan dalam memproduksi ASI yang cukup atau ASI tidak dapat keluar.
- b. Sebagian besar keluarga balita yang di rawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo memiliki besar keluarga yang termasuk dalam kategori keluarga kecil (≤ 4 orang), pendapatan tergolong dalam kategori rendah, sebagian besar umur ibu balita berada pada kelompok umur 21-25 tahun dan 30-35 tahun, tingkat pendidikan ibu tergolong rendah, dan sebagian besar status pekerjaan ibu tidak bekerja (ibu rumah tangga).
- c. Sebagian besar tingkat konsumsi balita yang di rawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo memiliki tingkat konsumsi energi defisit tingkat sedang dan tingkat berat, memiliki tingkat konsumsi protein normal, memiliki tingkat konsumsi lemak normal, dan memiliki tingkat konsumsi karbohidrat defisit tingkat berat. Rata-rata tingkat konsumsi energi dan zat gizi balita tidak seimbang antar zat gizi satu dengan yang lainnya.
- d. Penatalaksanaan asuhan gizi balita KEP yang di rawat di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, sebagian besar melakukan pengukuran antropometri pada saat sebelum dan sesudah dilakukannya perawatan, melakukan pemeriksaan medis untuk mendiagnosis dan menentukan intervensi selanjutnya yang akan diberikan kepada balita, melakukan intervensi (berupa konseling, pemberian makan, dan pengobatan namun semua balita tidak mendapatkan layanan akupunktur), dan melakukan

kontrol perkembangan berat badan. Berdasarkan hasil kontrol perkembangan berat badan, dari 5 balita yang dirawat terdapat 2 balita yang berat badannya naik dengan status gizi naik, 2 balita yang berat badannya naik dengan status gizi tetap, dan 1 balita yang berat badan turun dengan status gizi tetap.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo untuk Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

- a. Diharapkan dalam upaya meningkatkan nafsu makan anak, sebaiknya tidak hanya dengan memberikan suplemen multivitamin (*Zamel*) namun dalam kegiatan konseling dapat juga diberikan informasi mengenai manfaat obat atau jamu tradisional yang dapat meningkatkan nafsu makan anak, karena obat dan jamu tradisional dapat dibuat sendiri oleh ibu balita, relatif lebih murah, dan mudah diperoleh.
- b. Diharapkan dalam kegiatan konseling dijelaskan mengenai cara pembuatan F-100 kepada ibu balita sehingga ibu balita dapat menerapkan pemberian F-100 di rumah.
- c. Diharapkan Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo lebih meningkatkan koordinasi dengan pihak puskesmas dalam menjalin kerjasama melalui komunikasi yang baik. Komunikasi ini berguna untuk mengetahui data lengkap dan riwayat penyakit balita yang dirujuk ke Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.
- d. Diharapkan petugas di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo juga melakukan kontrol secara langsung agar dapat mengetahui perkembangan balita sesudah dinyatakan lulus dari perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo. Kegiatan kontrol secara langsung dilakukan sebagai upaya tindak lanjut yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penurunan status gizi pada balita yang bisa berujung pada kembalinya mendapat perawatan. Kegiatan kontrol secara langsung ini dapat dilakukan dengan

kerja sama dari pihak posyandu yang ada di wilayah kerjanya masing-masing.

5.2.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

- a. Diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo menambah tenaga konselor ASI untuk meningkatkan kegiatan Kelompok Pendukung Air Susu Ibu (KP-ASI) pada setiap wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Situbondo. Kegiatan KP-ASI dapat bekerjasama dengan lintas sektor seperti perangkat desa atau kelurahan. KP-ASI dapat beranggotakan suami ibu balita atau dari pihak keluarga lainnya seperti nenek balita. Hal ini dilakukan untuk mendukung para ibu melakukan ASI eksklusif pada balitanya.
- b. Mengadakan pembinaan terhadap masyarakat tentang pemanfaatan lahan pekarangan untuk memelihara hewan ternak dan menanam sayur mayur yang nantinya dapat dikonsumsi balita sehingga balita dapat mengonsumsi makanan yang bergizi, berimbang, dan beragam. Hal ini dapat dilakukan dengan mengadakan kerja sama lintas sektoral dengan Dinas Peternakan, Dinas Pertanian, dan Dinas Perikanan.

5.2.3 Bagi Orang Tua

- a. Orang tua balita diharapkan lebih memperhatikan kebutuhan anaknya, karena pada dasarnya seorang anak sebaiknya diberikan makanan dan minuman yang bergizi, berimbang, dan beragam. Selain itu, orang tua diharapkan dapat meningkatkan hubungan yang baik seperti perhatian dengan menerapkan pola asuh yang baik kepada anak.
- b. Setelah mendapatkan ilmu dari Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo, diharapkan orang tua mampu menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari agar pola makan dan pola asuh kepada anak menjadi lebih baik serta bisa membagi ilmu yang diperolehnya kepada masyarakat di sekitar

tempat tinggalnya sebagai salah satu langkah untuk mencegah terjadinya gizi buruk dan gizi kurang.

5.2.4 Bagi Peneliti Lain

- a. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lebih lanjut dengan responden yang lebih banyak dan lokasi penelitian yang berbeda agar hasil penelitian dapat lebih bermakna sehingga dapat memberikan masukan baik penderita Kurang Energi Protein (KEP) maupun untuk profesi ahli gizi.
- b. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian mengenai efektivitas penatalaksanaan asuhan gizi pada balita kurang energi protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.
- c. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi balita pasca perawatan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, D. 2013. *Pemberdayaan Gizi Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Almatsier, S. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi Cetakan ke VII*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Almatsier, Soetardjo, Soekarti. 2011. *Gizi Seimbang dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: PT Gramedia.
- Amelia, F. 2008. Konsumsi Pangan, Pengetahuan Gizi, Aktivitas Fisik, dan Status Gizi pada Remaja di Kota Sungai Penuh Kabupaten Kerinci Provinsi Jambi. *Skripsi*. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Andini, I.F.Y. 2010. Hubungan Antara Status Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan Status Gizi Anak Usia 6-23 Bulan di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Bagian Gizi Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Anggraeni, A. 2012. *Asuhan Gizi Nutritional Care Process*. Yogyakarta: Graha Ilmu. [Serial online] www.books.google.co.id [1 Juni 2015].
- Ardhana, W. 2010. *Ortodonsia II Diagnosis Ortodontik*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aritonang dan Priharsiwi. 2006. *Busung Lapar*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Arnizam. 2007. Hubungan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan. *Jurnal*. Yogyakarta: Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006–2010. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Badan Pusat Statistik. 2005. *Indikator Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat. 2007. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Pelayanan Imunisasi*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 747/Menkes/Sk/VI/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Peraturan Pemerintah RI Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo. 2014. *Profil Perbaikan Gizi Masyarakat*. Situbondo: Seksi Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.
- Dinas Provinsi Jawa Timur. 2014. *Data Hasil Kegiatan Penilaian Status Gizi dengan Indikator BB/TB di Jawa Timur tahun 2014*. Surabaya: Seksi Gizi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dwi, A. 2012. Hubungan Berat Badan Lahir dan Pelayanan KIA terhadap Status Gizi Anak Balita Di Kelurahan Tamamaung Makassar. *Jurnal*. Volume 1 Nomor 2. Makassar: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
- Erawati, C. 2006. Kendali Stabilitas Beta Karoten Selama Proses Produksi Tepung Ubi Jalar. *Jurnal*. Bogor: Institusi Pertanian Bogor.
- Erwin, Harmiadi. 2010. Hubungan Pemberian ASI dan Imunisasi dengan Status Gizi (BB/U dan BB/TB) Anak Umur 0-23 Bulan di Pulau Sulawesi (Analisa Data Sekunder Riskesdas 2010). *Jurnal*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Fadhli, A. 2010. *Buku Pintar Kesehatan Anak*. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Angrek. [Serial online] www.books.google.co.id [1 Juni 2015].
- Hady, A. 2014. Pengaruh Pemijatan pada Bayi Terhadap Peningkatan Berat Badan di Wilayah Kerja Puskesmas Weoe Kecamatan Wewiku Kabupaten Belu. *Jurnal Volume 4 Nomor 1*. Parepare: Politeknik Kesehatan Parepare.
- Hestuningtyas, T. 2013. Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Pengetahuan, Sikap, Praktik Ibu dalam Pemberian Makan Anak, dan Asupan Zat Gizi Anak Stunting Usia 1-2 Tahun di Kecamatan Semarang Timur. *Skripsi*. Semarang: Universitas Diponegoro Semarang.

- Karolina, A., Nasution, E., dan Aritonang, E.Y. 2012. Hubungan Perilaku Kadarzi dengan Status Gizi Balita Usia 12-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Blangkejeren Kecamatan Blangkejeren Kabupaten Gayo Lues Tahun 2012. *Jurnal*. Padang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Rencana Stategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Petunjuk Teknis Tatalaksana Anak Gizi Buruk Buku II*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Buku Saku Asuhan Gizi di Puskesmas Pedoman Pelayanan Gizi Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Koosnadi dan Agustin. 2005. *Akupunktur Indonesia Akupunktur Dasar*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Kurniasih, Dedeh. 2010. *Sehat dan Bugar Berkat Gizi Seimbang*. Jakarta : Gramedia.
- Lutviana, E. 2010. Prevalensi dan Determinan Kejadian Gizi Kurang pada Balita (Studi Kasus pada Keluarga Nelayan di Desa Bajomulyo Kecamatan Juwana Kabupaten Pati). *Jurnal Kesmas*. Volume 5 No 2 Januari-Juni 2010.
- Mahmud, Hermana, Zulfianto, Apriyantono, Ngadiarti, Hartati, Bernadus, dan Tinexcellly. 2009. *Tabel Komposisi Pangan Indonesia*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Marimbi, H. 2010. *Tumbuh Kembang, Status Gizi, dan Imunisasi Dasar pada Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Marni. 2015. Khasiat Jamu Cekok terhadap Peningkatan Berat Badan pada Anak. *Jurnal*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Martaliza. 2010. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Lebih pada Polisi di Kepolisian Resort Kota Bogor Tahun 2010. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1109/ MENKES/ PER/ IX/ 2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

- Muaris, H. 2006. *Lauk Bergizi untuk Anak Balita*. [serial online] <http://www.bookopedia.com> [5 Mei 2015].
- Nadimin. 2010. Hubungan Keluarga Sadar Gizi dengan Status Gizi Balita Di Kabupaten Takalar Sulawesi Selatan. *Jurnal Volume X Edisi 2*. Makassar: Poltekes Makassar.
- Nazir. 2005. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursiyah. 2013. Studi Deskriptif Tanaman Obat Tradisional yang Digunakan Orang tua Untuk Kesehatan Anak Usia Dini Di Gugus Melati Kecamatan Kalikajar Kabupaten Wonosobo. *Skripsi*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1109/ MENKES/ PER/ IX/ 2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- Prayitami, S. 2012. Hubungan Fase Pengobatan dan Status Gizi Tuberkulosis Anak Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal Periode Januari 2011-September 2011. *Jurnal*. Volume 1 Nomor 1. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Perdesaan. 2010. *Petunjuk Teknis Penatalaksanaan Gizi Buruk Di PNPM*. Jakarta: Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Perdesaan.
- Proverawati dan Wati. 2011. *Ilmu Gizi Keperawatan dan Gizi Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rasni, H. 2009. Konsep Keberdayaan Keluarga Miskin dalam Pemberian Asupan Nutrisi pada Balita. Tidak Diterbitkan. *Jurnal Sains Kesehatan*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Rasyid, R. 2013. Hubungan Karakteristik Balita, Penyakit Infeksi dengan Status Gizi pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Gambesi Kota Ternate. *Jurnal*. Ternate: Universitas Sam Ratulangi.
- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Saputra, W. 2012. Faktor Demografi dan Risiko Gizi Buruk dan Gizi Kurang. *Jurnal*. Jakarta: Makara Kesehatan.
- Sediaoetama, A. D. 2006. *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi Jilid II*. Jakarta: Dian Rakyat.

- Setyaningsih, P. 2008. Pengaruh Kompetensi Bidan Di Desa Dalam Manajemen Kasus Gizi Buruk Anak Balita Terhadap Pemulihan Kasus Di Kabupaten Pekalongan Tahun 2008. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro Semarang.
- Sihombing, S. 2005. Pola Pengasuhan dan Status Gizi Balita di Tinjau dari Karakteristik Ibu. *Skripsi*. Medan: Universitas Sumatra Utara.
- Soetjiningsih. 2007. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistiyani. 2010. *Gizi Masyarakat 1 Masalah Gizi Utama di Indonesia*. Jember: Jember University Press.
- Sulistiyawati. 2011. Pengaruh Pemberian Diet Formula 75 dan 100 terhadap Berat Badan Balita Gizi Buruk Rawat Jalan di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia.
- Sumiati, I. 2007. Evaluasi Penatalaksanaan Asuhan Gizi (Nutrition Care) pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di RSUD Ulin Banjarmasin. *Jurnal*. Malang: Program Studi Ilmu Gizi Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
- Supariasa, I.D.N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2012. *Penilaian Status Gizi Edisi Revisi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Supariasa, I.D.N., Clara. 2014. *Survei Konsumsi Gizi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Suryani. 2013. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ibu Terhadap Kunjungan dan Penimbangan Balita di Posyandu Desa Sua-Sua Kecamatan Teupah Tengah Kabupaten Simeulue. *Skripsi*. Banda Aceh : STIKes U'Budiyah.
- Sutomo, B dan Anggraini, D. 2010. *Menu Sehat Alami untuk Batita dan Balita*. Jakarta: Demedia
- Suyanto, B. 2005. *Metodologi Penelitian Sosial: Berbagai Alternative Pendekatan*. Jakarta: Prenada Media.
- Syukriawati, R. 2011. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Kurang pada Anak Usia 24-59 Bulan di Kelurahan Pamulang Barat Kota Tangerang Selatan Tahun 2011. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

Triana. 2012. Pengaruh Pijat Bayi terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Usia 3-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas II Denpasar Timur. *Jurnal*. Denpasar: Universitas Udayana.

Undang-undang No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.

UNICEF. 2012. *Indonesia Laporan Tahunan 2012*. UNICEF Indonesia.

Utina, Palami, Tamunu. 2012. Hubungan Antara Status Bekerja Ibu Dengan Pencapaian Tumbuh Kembang Anak Usia Batita Di Kelurahan Maasing Kecamatan Tuminting Kota Manado. *Jurnal*. Volume 1 Nomor 1. Manado: Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado.

Wandasari, N. 2014. Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Mie Instan dan Perilaku Konsumsi Mie Instan pada Balita Di RW. 04 Perumahan Villa Balaraja Kabupaten Tangerang. *Jurnal*. Volume 11 Nomor 3. Jakarta: Universitas Esa Unggul.

Widyastuti, E. 2009. Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Bayi 6-12 Bulan di Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) Tahun 2007. *Tesis*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Yuandari, M. 2012. Gambaran Konseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) Berdasarkan Pedoman Konseling Gizi Depkes RI Tahun 2008. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.

Yulia, C. 2007. Pola Asuh Makan dan Kesehatan Anak Balita pada Keluarga Wanita Pemetik Teh di PTPN VIII Pangalengan. *Jurnal*. Bogor: Institut Pertanian Bogor.

Lampiran A. *Informed Consent*

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331) 322995,
Fax. (0331) 322995 Jember

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
Usia :
No. Telepon :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subjek dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Riski Dwi Nur Maghfiroh
Judul : Penatalaksanaan Asuhan Gizi Pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Balita Kabupaten Situbondo

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun pada responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas 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 dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember, April 2015

Responden

(.....)

Lampiran B. Panduan Wawancara



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS JEMBER
 FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331) 322995,
 Fax. (0331) 322995 Jember

Judul : Penatalaksanaan Asuhan Gizi Pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Balita Kabupaten Situbondo

KETERANGAN PENGUMPUL DATA		
Nama :		Tanda Tangan Pengumpul Data
NIM :		
KARAKTERISTIK BALITA		
No. Responden :		
Nama :		
Alamat :		
Umur :		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan
2.	Berat Lahir	1. Rendah : Jika < 2500 gram 2. Normal : Jika 2500 – 4000 gram 3. Lebih : \geq 4000 gram
3.	Status Imunisasi	1. Imunisasi tidak lengkap : Jika satu atau lebih imunisasi tidak diberikan sesuai umur balita, meliputi : HB 0 usia 0-7 hari, BCG usia 0-2 bulan, DPT1/HB1 usia 2 bulan, DPT2/HB2 usia 3 bulan, DPT3/HB3 usia 4 bulan, polio1 usia 0-2 bulan, polio 2 usia 2 bulan, polio 3 usia 3 bulan, polio 4 usia 4 bulan, campak usia 9 bulan 2. Imunisasi lengkap : Jika semua imunisasi diberikan sesuai umur balita, meliputi : HB 0 usia 0-7 hari, BCG usia 0-2 bulan, DPT1/HB1 usia 2 bulan, DPT2/HB2 usia 3 bulan, DPT3/HB3 usia 4 bulan, polio1 usia 0-2 bulan, polio 2 usia 2 bulan, polio 3 usia 3 bulan, polio 4 usia 4 bulan, campak usia 9 bulan Jika imunisasi dalam kategori tidak lengkap, berikan alasan:
4.	Pemberian ASI	1. Baik : Bila hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain (ASI eksklusif 0 bulan, 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, 5 bulan, dan 6 bulan) dan

		<p>tetap diberikan ASI sampai dengan umur 2 tahun</p> <p>2. Belum baik : Bila sudah diberi makanan dan minuman lain selain ASI saat usia 0-6 bulan dan tetap diberikan ASI sampai dengan umur 2 tahun dan/atau hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain (ASI eksklusif 0 bulan, 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, 5 bulan, dan 6 bulan) dan tidak berikan ASI sampai usia 2 tahun</p> <p>3. Tidak baik : Bila sudah diberi makanan dan minuman lain selain ASI saatu usia 0-6 bulan dan tidak berikan ASI sampai usia 2 tahun</p> <p>Jika pemberian ASI dalam kategori belum baik atau tidak baik, berikan alasan:</p>
5.	Pemberian ASI Eksklusif	<p>1. ASI eksklusif : Bila hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain (ASI eksklusif 0 bln, 1 bln, 2 bln, 3 bln, 4 bln, 5 bln, dan 6 bln)</p> <p>2. Bukan ASI eksklusif : Bila sudah diberi makanan dan minuman lain selain ASI sebelum usia 6 bulan</p> <p>Jika pemberian ASI eksklusif dalam kategori bukan ASI eksklusif, berikan alasan:</p>
6.	Pemberian Suplemen Vitamin A	<p>1. Baik : Bila mendapat kapsul biru pada bulan Februari atau Agustus (6-11 bulan) atau bila mendapatkan kapsul merah setiap bulan Februari atau Agustus (12-59 bulan) dalam satu tahun terakhir</p> <p>2. Belum baik : Bila tidak mendapat kapsul biru atau merah dalam satu tahun terakhir</p> <p>Jika pemberian suplemen vitamin A dalam kategori belum baik, berikan alasan:</p>
Data Antropometri Balita Awal		
Tinggi Badan :		cm
Berat Badan :		kg
Status Gizi :		
Data Antropometri Balita Setelah Pelayanan		
Tinggi Badan :		cm
Berat Badan :		kg
Status Gizi :		
KARAKTERISTIK KELUARGA		
Umur Ibu :		
No.	Pertanyaan	Jawaban
8.	Besar Keluarga	<p>1. ≤ 4 orang</p> <p>2. > 4 orang</p> <p>Siapa saja yang tinggal dalam satu rumah balita?</p>

9.	Pendapatan Keluarga	1. Di bawah UMK : \leq Rp 1.231.650,00 2. Di atas UMK : $>$ Rp 1.231.650,00
10.	Tingkat Pendidikan Ibu	1. Rendah : tidak sekolah, tamat SD, SMP atau sederajat 2. Menengah : tamat SMA, SMK sederajat 3. Tinggi : tamat perguruan tinggi
11.	Status Pekerjaan Ibu	1. Bekerja di luar rumah 2. Bekerja di dalam rumah 3. Tidak bekerja Mengapa ibu bekerja atau tidak bekerja?



Lampiran C. Lembar Observasi Intervensi

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331) 322995,
 Fax. (0331) 322995 Jember

LEMBAR OBSERVASI INTERVENSI

Judul : Penatalaksanaan Asuhan Gizi Pada Balita Kurang Energi Protein (KEP) di
 Rumah Pemulihan Gizi Balita Kabupaten Situbondo

No. Responden :

Nama Balita :

Tanggal Lahir/Umur :

No.	Intervensi	Pelaksanaan	
		Ya	Tidak
1.	Pemberian layanan konseling oleh tenaga kesehatan		
2.	Pemberian layanan akupresur oleh tenaga kesehatan		
3.	Pemberian layanan akupuntur oleh tenaga kesehatan		
4.	Pemberian makan oleh tenaga kesehatan		
5.	Pengobatan		

Lampiran E. Lembaran Rekapitulasi Hasil Recall 2x24 Jam



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331) 322995,
 Fax. (0331) 322995 Jember

Balita	Zat Gizi	Σ Konsumsi Hari 1	Σ Konsumsi Hari 2	Jumlah	Rata-Rata	% AKG	Tingkat Konsumsi
1	Energi	723,420	749,814	1473,234	736,617	71,865	Defisit Tingkat Sedang
	Protein	24,711	21,963	46,674	23,337	98,514	Normal
	Lemak	44,826	37,816	82,642	41,321	103,073	Normal
	Karbohidrat	55,700	78,155	133,855	66,928	47,393	Defisit Tingkat Berat
2	Energi	864,360	825,632	1689,992	844,966	76,815	Defisit Tingkat Sedang
	Protein	31,911	27,173	59,084	29,542	116,216	Normal
	Lemak	56,958	48,283	105,241	52,621	122,318	Diatas AKG
	Karbohidrat	58,680	71,485	130,165	65,083	42,943	Defisit Tingkat Berat
3	Energi	808,560	621,828	1430,388	715,194	64,387	Defisit Tingkat Berat
	Protein	34,797	18,363	53,160	26,580	103,384	Normal
	Lemak	61,993	36,650	98,643	49,322	113,358	Normal
	Karbohidrat	62,370	54,220	116,59	58,292	38,030	Defisit Tingkat Berat
4	Energi	1191,760	1110,132	2301,892	1150,946	97,953	Normal
	Protein	39,141	35,438	74,579	37,290	137,318	Diatas AKG
	Lemak	65,103	64,626	129,729	64,865	141.146	Diatas AKG
	Karbohidrat	112,78	96,175	208,955	104,478	64,537	Defisit Tingkat Berat
5	Energi	427,152	559,535	986,687	493,344	62,647	Defisit Tingkat Berat
	Protein	7,902	17,773	25,675	12,838	70,538	Defisit Tingkat Sedang
	Lemak	21,645	36,38	58,025	29,013	94,198	Normal
	Karbohidrat	49,311	55,076	104,387	52,194	48,105	Defisit Tingkat Berat

Lampiran F. Lembaran Rekapitulasi Hasil Recall Pemberian Makan di Rumah Pemulihan Gizi Kabupaten Situbondo



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331) 322995,
 Fax. (0331) 322995 Jember

Zat Gizi	Balita	Σ Konsumsi Zat Gizi Hari 1 di RPG	Σ Konsumsi Zat Gizi Hari 2 di RPG	Rata-Rata	Rata-Rata Konsumsi Zat Gizi per hari	%
Energi	1	513,160	448,064	480,612	736,617	65,246
	2	513,160	448,064	480,612	844,966	56,878
	3	513,160	448,064	480,612	715,194	67,200
	4	513,160	448,064	480,612	1150,946	41,758
	5	300,510	448,064	374,287	493,344	75,867
Rata-Rata						61,390
Protein	1	16,401	10,673	13,537	23,337	58,007
	2	16,401	10,673	13,537	29,542	45,823
	3	16,401	10,673	13,537	26,580	50,929
	4	16,401	10,673	13,537	37,290	36,302
	5	5,605	10,637	8,139	12,838	63,398
Rata-Rata						50,892
Lemak	1	36,513	29,176	32,845	41,321	79,480
	2	36,513	29,176	32,845	52,621	62,418
	3	36,513	29,176	32,845	49,322	66,593
	4	36,513	29,176	32,845	64,865	50,636
	5	17,991	29,176	23,584	29,013	81,288
Rata-Rata						68,083
Karbohidrat	1	31,100	35,235	33,168	66,928	49,558
	2	31,100	35,235	33,168	65,083	50,963
	3	31,100	35,235	33,168	58,292	56,900
	4	31,100	35,235	33,168	104,478	31,746
	5	28,680	35,235	31,958	52,194	61,229
Rata-Rata						50,079

Lampiran G. Lembaran Rekapitulasi Hasil Perkembangan Berat Badan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS JEMBER
 FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jalan Kalimantan 1/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331) 322995,
 Fax. (0331) 322995 Jember

Balita	Berat Badan (kg)		Status Gizi (BB/TB)		Interpretasi
	Sebelum Penatalaksanaan	Sesudah Penatalaksanaan	Sebelum Penatalaksanaan	Sesudah Penatalaksanaan	
1	8,2	7,6	Di bawah -3 SD (Sangat Kurus)	Di bawah -3 SD (Sangat Kurus)	Berat Badan Turun, Status Gizi Tetap
2	8,8	9,1	Di bawah -3 SD (Sangat Kurus)	Di bawah -3 SD (Sangat Kurus)	Berat Badan Naik, Status Gizi Tetap
3	8,9	9,3	Di bawah -3 SD (Sangat Kurus)	Di bawah -2 SD (Kurus)	Berat Badan Naik, Status Gizi Naik
4	9,4	9,6	Angka Median (Normal)	Angka Median (Normal)	Berat Badan Naik, Status Gizi Tetap
5	6,3	6,8	Di bawah -3 SD (Sangat Kurus)	Di bawah -2 SD (Kurus)	Berat Badan Naik, Status gizi Naik

Lampiran H. Dokumentasi Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS JEMBER
 FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331) 322995,
 Fax. (0331) 322995 Jember



Gambar 1. Pengisian Kuisisioner Penelitian

PENCATATAN PEMBERIAN IMUNISASI DASAR LENGKAP

Tanggal Lahir: Nama Anak: Viorenza Nama Orang Tua Anak:

Umur (Bulan)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	** 12
Vaksin													
HB 0 (0-7 hari)													
BCG		12/2/14											
*Polio 1		12/2/14											
*DPT/HB 1			12/9/14										
*Polio 2			12/11/14										
*DPT/HB 2				14/5/14									
*Polio 3				14/5/14									
*DPT/HB 3					11/6/14								
*Polio 4					11/6/14								
Campak											15/12/14		

* Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT/HB minimal 4 minggu (1 bulan). * Jarak antara pemberian vaksin POLIO minimal 4 minggu (1 bulan)
 ** Anak di atas 1 tahun (12 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap.
 Sakit ringan seperti batuk pilek, diare dan sakit kulit bukan halangan untuk imunisasi

Gambar 2. Observasi KMS Balita oleh Peneliti



Gambar 5. Foto Penimbangan Berat Badan



Gambar 6. Foto Pengukuran Tinggi Badan



Gambar 7. Foto Pemeriksaan Medis



Gambar 8. Foto Kegiatan Konseling



Gambar 9. Foto Kegiatan PHBS oleh balita



Gambar 10. Foto Kegiatan Pemberian Makan



Gambar 11. Foto Pemberian F-100 kepada Balita



Gambar 12. Foto Menu Makanan yang Disajikan di RPG Kabupaten Situbondo



Gambar 13. Foto Pemberian Obat Nafsu Makan dan MP-ASI



Gambar 14. Foto Kegiatan Layanan Akupresur di RPG Kabupaten Situbondo

Lampiran I. Surat Rekomendasi Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jalan Kalimantan I/93 Kampus Tegalboto Telp. (0331) 322995,
 Fax. (0331) 322995 Jember

PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 JL. A. YANI NOMOR 68 TELP. (0338) 671 927
 SITUBONDO 68311

Situbondo, 26 Maret 2015

Nomor : 070/347/431.302.2 /2015
 Sifat : Penting
 Lampiran : 1 (satu) lembar
 Perihal : **REKOMENDASI**

Kepada :
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan
 Kabupaten Situbondo.
 di - **SITUBONDO**

Menunjuk surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 11 Maret 2015 Nomor : 828/UN25.1.12/SP/2015 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, bersama ini terlampir disampaikan dengan hormat Rekomendasi Penelitian/Survey/Kegiatan dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Situbondo tanggal 26 Maret 2015 Nomor: 070/347/431.302.2/2015 atas nama **Riski Dwi Nur Maghfiroh**, dengan judul proposal “Efektivitas Penatalaksanaan Asuhan Gizi Pada balita Kurang Energi Protein (KEP) Di Rumah Pemulihan Gizi Balita Kabupaten Situbondo”, untuk mendapatkan tindak lanjut dari instansi tujuan.

Demikian untuk menjadikan maklum dan terima kasih.

An. KEPALA
 BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN SITUBONDO
 SEKRETARIS
 ub.
 Kepala Bidang HAL


Drs. H. AHMAD MUNIR, MM
 Pembina Tk. I
 NIP. 19590314 198503 1 014

PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 JL. A. YANI NOMOR 68 TELP. (0338) 671 927
 SITUBONDO 68311

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY/KEGIATAN
 Nomor : 070/347/431.302.2/2015

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Situbondo Nomor 35 Tahun 2011 tentang Struktur Organisasi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Situbondo.

Menimbang : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 11 Maret 2015 Nomor : 828/UN25.1.12/SP/2015 Perihal Permohonan Ijin Penelitian atas nama **Riski Dwi Nur Maghfiroh**.

Bupati Situbondo, memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama : **Riski Dwi Nur Maghfiroh**
 b. Alamat : Perum Panji Permai Blok MM 19 Panji Situbondo HP. 089 831 362 20
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organsasi : Universitas Jember
 e. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian / survey / kegiatan dengan :

a. Judul Proposal : Efektivitas Penatalaksanaan Asuhan Gizi Pada balita Kurang Energi Protein (KEP) di Rumah Pemulihan Gizi Balita Kabupaten Situbondo
 b. Tujuan : Penelitian
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan Masyarakat
 d. Penanggung Jawab : Sulistiyani, SKM., M.Kes
 e. Anggota/Peserta : -
 f. Waktu Penelitian : 26 Maret s/d 26 Juli 2015
 g. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.

Dengan ketentuan

1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat / lokasi penelitian/survey/kegiatan;
2. Pelaksanaan penelitian agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah setempat;
3. Melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Bupati Situbondo melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Situbondo dalam kesempatan pertama.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

An. KEPALA
 BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN SITUBONDO
 SEKRETARIS
 ub.
 Kepala Bidang HAL


Drs. H. AHMAD MUNIR, MM
 Pembina Tk. I
 NIP. 19590314 198503 1 014