



**HUBUNGAN ANTARA KEAKTIFAN KUNJUNGAN IBU
KE POSYANDU DENGAN PERKEMBANGAN
STATUS GIZI ANAK USIA 6 – 23 BULAN
(Studi di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

Oleh

**Devy Mustika Tunjungsari
NIM 062110101057**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2010**



**HUBUNGAN ANTARA KEAKTIFAN KUNJUNGAN IBU
KE POSYANDU DENGAN PERKEMBANGAN
STATUS GIZI ANAK USIA 6 – 23 BULAN
(Studi di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Strata Satu (S1) Fakultas Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Devy Mustika Tunjungsari
NIM 062110101057**

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2010**



RINGKASAN

Hubungan antara Keaktifan Kunjungan Ibu ke Posyandu dengan Perkembangan Status Gizi Anak Usia 6 – 23 Bulan (Studi di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember); Devy Mustika Tunjungsari; 062110101057; 2010; 128 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Kelompok umur yang biasa digunakan sebagai indikator adanya masalah kurang gizi di masyarakat adalah anak balita. Kekurangan gizi sering terjadi pada balita karena pada umur tersebut anak mengalami pertumbuhan yang pesat dan masa dimana anak mulai disapih serta mulai mengikuti pola makan orang dewasa. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) di Kabupaten Jember tahun 2007 prevalensi KEP pada balita sebesar 15,75%, tahun 2008 sebesar 14,71%, dan meningkat kembali pada tahun 2009 sebesar 15,71%.

Pemerintah berupaya untuk mengatasinya dengan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK). UPGK yang dilakukan selama ini dititikberatkan pada penggunaan pesan-pesan gizi sederhana melalui kegiatan yang dapat dilakukan masyarakat sendiri. Kegiatan tersebut dipusatkan di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Keaktifan ibu pada setiap kegiatan posyandu tentu akan berpengaruh pada keadaan status gizi anaknya karena salah satu tujuan posyandu adalah memantau peningkatan status gizi masyarakat terutama balita dan ibu hamil. Namun, menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2009 balita yang datang dan ditimbang ke Posyandu (D/S) masih di bawah target yaitu 76,45%. Kecamatan Arjasa merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Jember dengan D/S dibawah target yaitu 71%. Selain itu, Kecamatan Arjasa pada tahun 2008 dan 2009 memiliki kasus balita Bawah Garis Merah (BGM) terbesar yaitu 8,18% dan 10,87%. Desa Kamal merupakan desa di Kecamatan Arjasa yang memiliki total balita BGM tertinggi dari lima desa yang ada yaitu sebesar 5%.

Tujuan penelitian adalah menganalisis hubungan antara keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6 – 23 bulan di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. Dengan penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan sebagai bahan evaluasi untuk mengembangkan program dan intervensi yang tepat dalam rangka peningkatan upaya pelayanan kesehatan anak. Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dan menurut waktunya termasuk penelitian *cross sectional*. Besar sampel sebanyak 88 anak usia 6 – 23 bulan, yang tersebar di 5 posyandu. Sampel dipilih secara *proportional random sampling*. Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner serta *food recall 2x24 hours* dan *food frequency* untuk melihat konsumsi makan anak usia 6 – 23 bulan. Selain wawancara juga dilakukan observasi KMS untuk melihat perkembangan status gizi anak serta kelengkapan imunisasi dan vitamin A. Untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas terhadap variabel terikat digunakan uji Lambda statistik L_B , karena data keaktifan kunjungan ibu ke posyandu berskala nominal dan perkembangan status gizi anak usia 6 – 23 bulan berskala ordinal.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang aktif ke Posyandu memiliki anak dengan perkembangan status gizi tetap sebesar 21,6% dan membaik sebesar 14,8%. Sedangkan ibu yang tidak aktif ke posyandu memiliki anak dengan perkembangan status gizi memburuk sebesar 32,9%. Hasil analisis dengan menggunakan uji Lambda statistik L_B menunjukkan bahwa terdapat ada hubungan antara keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6 – 23 bulan di Desa Kamal Kecamatan Arjasa ($p=0,024$). Oleh karena itu, perlu melakukan penyuluhan tentang gizi, konsumsi makanan serta pentingnya memantau perkembangan status gizi anak sehingga ibu yang datang ke Posyandu tidak hanya mengetahui berat badan anak saja, melainkan juga dapat memperoleh informasi gizi lainnya.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
ABSTRACT	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN DAN ARTI LAMBANG	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8

2.1 Status Gizi Anak Balita	8
2.1.1 Pengertian Status Gizi	8
2.1.2 Penilaian Status Gizi	10
2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Anak Balita	11
2.2 Konsumsi Makanan	16
2.2.1 Tingkat Konsumsi	17
2.2.2 Pola Konsumsi	19
2.2.3 Kecukupan Gizi pada Anak	20
2.2.4 Komposisi ASI dan Volume ASI	22
2.3 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)	22
2.3.1 Pengertian Posyandu	22
2.3.2 Tujuan Posyandu	23
2.3.3 Manfaat Posyandu	23
2.3.4 Sistem Mekanisme Posyandu	24
2.3.5 Kegiatan Posyandu	24
2.3.6 Kunjungan ke Posyandu dalam Meningkatkan Status Gizi Anak	26
2.3.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keaktifan Ibu ke Posyandu.	27
2.4 Grafik Pertumbuhan dalam Kartu Menuju Sehat	29
2.4.1 Pengertian Kartu Menuju Sehat (KMS)	29
2.4.2 Pencatatan Hasil Penimbangan pada KMS	30
2.4.3 Manfaat Grafik Pertumbuhan pada KMS	31
2.4.4 Status Gizi dalam Pemantauan Pertumbuhan Anak.....	32
2.5 Hubungan antara Keaktifan Kunjungan Ibu ke Posyandu dengan Status Gizi Anak	34
2.6 Kerangka Konseptual	36
2.7 Hipotesis Penelitian	38
BAB 3. METODE PENELITIAN	39
3.1 Jenis Penelitian	39
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	39

3.2.1 Tempat Penelitian	39
3.2.2 Waktu Penelitian	40
3.3 Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel	40
3.3.1 Populasi Penelitian	40
3.3.2 Sampel Penelitian	40
3.3.3 Besar Sampel Penelitian	40
3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel	41
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	42
3.4.1 Variabel Penelitian	42
3.4.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian, Skala Data dan Kategori Penelitian	42
3.5 Data dan Sumber Data	46
3.5.1 Data Primer	46
3.5.2 Data Sekunder	47
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	47
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	47
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	48
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	48
3.7.1 Teknik Penyajian Data	49
3.7.2 Teknik Analisis Data	49
3.8 Kerangka Operasional	52
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	53
4.1..... Hasil	
Penelitian	53
4.1.1..... Karekt	
eristik Anak Usia 6 – 23 Bulan	53
4.1.2..... Karekt	
eristik Ibu	53

4.1.3.....	Konsu
msi Makanan Anak Usia 6 – 23 Bulan	55
4.1.4.....	Keakti
fan Kunjungan Ibu ke Posyandu	59
4.1.5.....	Perke
mbangan Status Gizi Anak Usia 6 – 23 Bulan	60
4.1.6.....	Hubun
gan antara Keaktifan Kunjungan Ibu ke Posyandu dengan Perkembnagan Status Gizi Anak Usia 6 – 23 Bulan	60
4.2.....	Pemba
hasan	62
4.2.1.....	Karakt
eriktik Anak Usia 6 – 23 Bulan	62
4.2.2.....	Karakt
eristik Ibu Anak Usia 6 – 23 Bulan.....	63
4.2.3.....	Konsu
msi Makanan Anak Usia 6 – 23 Bulan	67
4.2.4.....	Keakti
fan Kunjungan Ibu ke Posyandu	74
4.2.5.....	Perke
mbangan Status Gizi Anak Usia 6 – 23 Bulan	76

4.2.6.....	Hubun
gan antara Keaktifan Kunjungan Ibu ke Posyandu dengan	
Perkembangan	77
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	79
5.1.....	Kesim
pulan	79
5.2.....	Saran
.....	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	87

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu upaya penting dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia adalah peningkatan status gizi masyarakat. Status gizi masyarakat merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas hidup dan produktifitas kerja. Kelompok umur yang biasa digunakan sebagai indikator adanya masalah kurang gizi di masyarakat adalah balita. Kekurangan gizi sering terjadi pada balita karena pada umur tersebut anak mengalami pertumbuhan yang pesat dan masa dimana anak mulai disapih serta mulai mengikuti pola makan orang dewasa (Adisasmito, 2007).

Pada tahun 2006 sekitar 36,4% balita di Indonesia menderita Kekurangan Energi Protein (KEP). Pada tahun 2007, berdasarkan pemantauan status gizi (PSG) yang dilakukan oleh Direktorat Bina Masyarakat, prevalensi KEP ini turun menjadi 26,1%. Dan pada tahun 2008, prevalensi KEP meningkat kembali menjadi 39,8% (Depkes, 2009). Meningkatnya prevalensi KEP pada kelompok usia balita serta munculnya kasus baru KEP berat dengan gejala klinis berupa marasmus, kwashiorkor maupun marasmus-kwashiorkor merupakan dampak dari krisis ekonomi yang berkepanjangan sejak pertengahan tahun 1997 (Proyek Perbaikan Gizi Masyarakat, 2001). Di Provinsi Jawa Timur tahun 2007, prevalensi balita gizi kurang dan buruk adalah 17,4%, keadaan ini telah mencapai target perbaikan gizi nasional tahun 2015 yaitu kurang dari 20% dan menurut target *Millenium Development Goals* (MDGs) 2015 harus kurang dari 18,5%. Namun, dari 38 kabupaten di Jawa Timur masih terdapat 7 kabupaten yang belum mencapai target nasional, yaitu Kabupaten Jember, Probolinggo, Nganjuk, Bangkalan, Sampang, Pamekasan dan Sumenep (Dinkes Jatim, 2007).

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten yang belum mencapai target nasional. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Jawa Timur tahun 2007, Kabupaten Jember mempunyai prevalensi balita gizi buruk dan gizi kurang sebesar 30,4%, prevalensi balita pendek dan sangat pendek sebesar 42,8%, dan prevalensi balita kurus dan sangat kurus sebesar 20,7% (Dinkes Jatim, 2007). Berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) di Kabupaten Jember pada tahun 2007 prevalensi KEP sebesar 15,75%, tahun 2008 sebesar 14,71%, dan meningkat kembali pada tahun 2009 sebesar 15,71% (Seksi Gizi, 2009). Masalah gizi yang terjadi disebabkan oleh faktor yang saling terkait. Secara langsung keadaan gizi dipengaruhi oleh kecukupan asupan makanan dan keadaan kesehatan individu. Kedua faktor tersebut selain dipengaruhi oleh masalah ekonomi dan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh pola asuh anak yang tidak memadai (Depkes RI, 2002).

Melihat besarnya masalah gizi tersebut, pemerintah berupaya untuk mengatasinya dengan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK). UPGK yang dilakukan selama ini dititikberatkan pada penggunaan pesan-pesan gizi sederhana melalui kegiatan yang dapat dilakukan masyarakat sendiri. Kegiatan tersebut merupakan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dipusatkan di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) (Depkes RI, 2006a). Posyandu memiliki lima program prioritas yaitu : KB, KIA, Gizi, Imunisasi, dan penanggulangan diare dengan sasaran bayi, balita, pasangan usia subur dan ibu hamil. Selain itu, kegiatan penyuluhan kesehatan, pemberian makanan tambahan, kapsul vitamin A dosis tinggi, dan pemberian oralit yang dilakukan di Posyandu terbukti mempunyai daya ungkit besar terhadap angka kematian bayi (Supriasa *et al.*, 2001).

Posyandu yang merupakan pusat kegiatan masyarakat, dimana masyarakat dapat memperoleh pelayanan keluarga berencana dan kesehatan. Selain itu, Posyandu dapat dimanfaatkan sebagai sarana untuk tukar pendapat dan pengalaman serta bermusyawarah untuk memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat (Depkes RI, 2006a). Posyandu diasumsikan sebagai salah satu pendekatan yang tepat untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan balita serta dapat meningkatkan status

gizi balita (Adisasmito, 2007). Pada tahun 1989-2000 intervensi gizi dari pemerintah memang lebih cepat dilakukan saat petugas Posyandu menemukan kasus gizi kurang maupun gizi buruk pada anak.

Posyandu merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang memudahkan masyarakat untuk mengetahui atau memeriksakan kesehatan terutama untuk ibu hamil dan anak. Keaktifan ibu pada setiap kegiatan posyandu tentu akan berpengaruh pada keadaan status gizi anaknya karena salah satu tujuan posyandu adalah memantau peningkatan status gizi masyarakat terutama balita dan ibu hamil (Adisasmito, 2007). Posyandu merupakan penyelenggara pelayanan program gizi yang paling dekat dengan masyarakat sehingga apabila fungsi dan kinerjanya baik kemudian dimanfaatkan oleh masyarakat, secara tidak langsung mampu mengatasi masalah gizi yang terjadi selama ini. Pelaksanaan program gizi diharapkan dapat mengurangi penyakit akibat zat gizi.

Kasus gizi buruk dapat dicegah dan diminimalkan apabila ibu membawa anaknya ke Posyandu setiap bulan sekali. Kedatangan ibu dan anak ke posyandu sangat penting dalam rangka pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS). Pemantauan pertumbuhan bertujuan untuk mendeteksi adanya gangguan keseimbangan gizi pada seorang anak sehingga dapat diketahui secara dini. Dengan demikian, tindakan penanggulangannya dapat dilakukan dengan segera sehingga keadaan gizi yang memburuk dapat dicegah (Depkes RI, 2002). Menurut Arisman (2004), KMS berfungsi sebagai alat bantu pemantauan gerak pertumbuhan, bukan hanya menilai status gizi. KMS digunakan untuk memprediksi status gizi anak berdasarkan kurva KMS. Kurva tersebut diperoleh dari plot yang menghubungkan umur dengan berat badan.

Perubahan berat badan merupakan indikator yang sangat sensitif untuk memantau pertumbuhan anak. Apabila kenaikan berat badan anak lebih rendah dari yang seharusnya, pertumbuhan anak terganggu dan anak berisiko akan mengalami kekurangan gizi. Sebaliknya bila kenaikan berat badan lebih besar dari yang seharusnya merupakan indikasi risiko kelebihan gizi (Menkes RI, 2010). Ibu yang

tidak menimbang balitanya ke Posyandu dapat menyebabkan tidak terpantaunya pertumbuhan dan perkembangan balita. Balita yang tidak ditimbang berturut-turut beresiko keadaan gizinya memburuk sehingga mengalami gangguan pertumbuhan (Depkes RI, 2006b). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Puslitbang Gizi Bogor (2007) bahwa penimbangan balita secara rutin dan diimbangi dengan penyuluhan serta pemberian makanan tambahan pada setiap bulan penimbangan di posyandu dalam kurun waktu 3 bulan dapat menurunkan angka kasus gizi buruk dan gizi kurang. Dan menurut penelitian Octaviani *et al.*(2008) menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara keaktifan keluarga dalam kegiatan posyandu dengan status gizi balitanya.

Pemantauan status gizi balita melalui Posyandu di Kabupaten Jember mengalami kendala terkait dengan rendahnya kunjungan balita ke posyandu. Berdasarkan data Seksi Gizi Dinas Kesehatan tahun 2009 didapatkan jumlah balita sebesar 190.094. Namun, balita yang datang dan ditimbang di Posyandu sebanyak 145.324 balita (76,45%) sedangkan sisanya sebanyak 44.770 balita (23,55%) tidak datang dan tidak ditimbang di Posyandu. Padahal target partisipasi masyarakat (D/S) adalah 80%. Kecamatan Arjasa merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Jember dengan D/S dibawah target yaitu 71% (Sikda Jember, 2009). Selain itu, Kecamatan Arjasa pada tahun 2008 dan 2009 memiliki kasus balita Bawah Garis Merah (BGM) terbesar yaitu 8,18% dan 10,87% (Seksi Gizi, 2009). Desa Kamal merupakan salah satu desa yang termasuk dalam wilayah Kecamatan Arjasa. Berdasarkan hasil rekapitulasi penimbangan kegiatan posyandu Kabupaten Jember antara bulan Oktober-Desember tahun 2009, Desa Kamal memiliki total balita BGM tertinggi dari lima desa yang ada di Kecamatan Arjasa yaitu sebesar 5%. (Sikda Jember, 2009). Hal tersebut yang mendasari peneliti untuk menjadikan Desa Kamal sebagai daerah penelitian.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Juni 2010 diperoleh hasil bahwa bayi 0-11 bulan yang datang ke posyandu 4-6 kali selama bulan Januari-Juni 2010 sebesar 75,8%, anak usia 12-23 bulan sebesar 72,4%, dan

anak usia 24-59 bulan sebesar 55,9% (SIP Desa Kamal, 2010). Data tersebut menunjukkan bahwa seiring dengan bertambahnya umur anak, kunjungan ibu ke posyandu semakin menurun. Anak usia dibawah dua tahun merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, sehingga sering disebut periode emas sekaligus periode kritis yang apabila terjadi kekurangan gizi akan menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini bayi dan anak memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal. Sebaliknya apabila bayi dan anak pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya, maka periode emas akan berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu tumbuh kembang bayi dan anak, baik pada saat ini maupun masa selanjutnya (Depkes RI, 2006c). Gangguan gizi pada anak dibawah usia dua tahun pada umumnya secara kuantitas tidak pernah berkurang bahkan cenderung naik tingkat kerawannya akibat krisis ekonomi tahun 1997 yang dikhawatirkan dapat mengancam kualitas SDM generasi penerus (Depdagri dan Otda, 2001). Atas dasar permasalahan tersebut, peneliti tertarik mengadakan penelitian untuk mengetahui apakah ada hubungan antara keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6 – 23 bulan di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan antara keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6-23 bulan di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember ?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6 – 23 bulan di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik ibu meliputi: umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat pengetahuan dan pendapatan keluarga serta karakteristik anak meliputi: umur dan jenis kelamin;
- b. Mengkaji konsumsi makanan anak usia 6 – 23 bulan;
- c. Mengkaji keaktifan kunjungan ibu ke posyandu;
- d. Mengkaji perkembangan status gizi anak usia 6 – 23 bulan;
- e. Menganalisis hubungan antara keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6 – 23 bulan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sarana untuk menumbuhkembangkan pengetahuan, wawasan serta menambah khasanah ilmu pengetahuan di bidang gizi kesehatan masyarakat terutama mengenai hubungan keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi usia 6 – 23 bulan.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Sebagai bahan masukan bagi instansi kesehatan (Dinas Kesehatan) dan Puskesmas Arjasa dalam rangka meningkatkan status gizi anak. Serta sebagai bahan evaluasi untuk mengembangkan program dan intervensi yang tepat dalam rangka peningkatan upaya pelayanan kesehatan bagi anak.

- b. Sebagai bahan kajian atau diskusi serta pedoman awal bagi peneliti lain untuk meneliti peranan posyandu terhadap perkembangan status gizi anak dari berbagai segi di masa yang akan datang.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi Anak Balita

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

Terkait dengan pengertian status gizi maka status gizi anak dapat didefinisikan sebagai keadaan tubuh anak yang merupakan akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh anak tersebut. Anak merupakan salah satu kelompok umur yang sangat rawan terhadap masalah gangguan status gizi atau malnutrisi utamanya masalah KEP (Kurang Energi Protein). KEP adalah kondisi seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu. KEP adalah suatu bentuk masalah gizi yang disebabkan oleh berbagai faktor terutama makanan yang tidak memenuhi kebutuhan anak akan energi dan protein serta infeksi, yang berdampak pada penurunan status gizi anak dari gizi baik menjadi gizi kurang atau

buruk (Soekirman, 2000). Kelompok umur balita (0-5 tahun) biasanya digunakan sebagai indikator adanya masalah KEP di masyarakat dan untuk menentukan berapa proporsi anak KEP di suatu masyarakat diperlukan baku rujukan yang digunakan sebagai patokan.

Indikator yang digunakan untuk menentukan adanya masalah KEP, antara lain (Supariasa, *et al.*, 2001):

a. Indikator klinis

Orang yang mengidap gejala klinis KEP ringan dan sedang pada pemeriksaan hanya nampak kurus. Namun gejala klinis KEP berat dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu marasmus, kwashiorkor dan atau marasmus-kwashiorkor.

b. Indikator antropometri

Dengan melakukan pengukuran dimensi tubuh seperti berat badan, panjang atau tinggi badan, lingkar lengan atas dan lingkar kepala.

c. Indikator biokimia

Dengan melihat kadar albumin serum.

Terkait dengan gejala klinis KEP, maka anak yang mengidap gejala klinis KEP ringan dan sedang pada pemeriksaan hanya nampak kurus. Sedangkan gejala klinis pada balita dengan KEP berat dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu marasmus, kwashiorkor dan/atau marasmus-kwashiorkor (Supariasa, *et al.*, 2001).

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

2.1.2 Penilaian Status Gizi

Status gizi dapat dinilai dengan cara langsung dan tidak langsung, penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Sedangkan penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi menjadi tiga yaitu: survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi (Supariasa, *et al.*, 2001). Masing-masing penilaian tersebut akan dibahas secara umum sebagai berikut :

a. Penilaian Status Gizi Secara Langsung

1) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

2) Klinis

Metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral. Metode ini digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit.

3) Biokimia

Biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot. Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi.

4) Biofisik

Metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fisik fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Umumnya digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik dilakukan dengan tes adaptasi gelap.

b. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

1) Survei Konsumsi Makanan

Metode penilaian status gizi dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

2) Statistik vital

Dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi.

3) Faktor ekologi

Faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi (Supariasa, *et al.*, 2001).

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Anak

a. Faktor penyebab langsung

1) Konsumsi Makanan

Defisiensi gizi yang paling berat dan meluas terutama dikalangan anak-anak ialah akibat kekurangan zat gizi energi dan protein sebagai akibat kekurangan konsumsi makan dan hambatan mengabsorpsi zat gizi. Menurut Sediaoetama (2000) konsumsi makan merupakan banyaknya atau jumlah pangan, secara tunggal maupun beragam, yang dikonsumsi seseorang atau sekelompok orang yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan fisiologis, psikologis dan sosiologis. Menurut Soekirman (1999) dalam Made *et al.* (2004) menyatakan bahwa penyebab dari tingginya prevalensi gizi kurang secara langsung adalah adanya asupan gizi yang tidak sesuai

antara yang dikonsumsi dengan kebutuhan tubuh, dimana asupan gizi secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola pengasuhan terhadap anak yang diberikan oleh ibu. Hal ini senada dengan pernyataan Irawan (2004) yang menyebutkan bahwa gizi kurang dan gizi buruk adalah manifestasi karena kurangnya asupan dari protein dan energi dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi AKG dan biasanya juga terdapat kekurangan dari beberapa nutrisi lainnya. Konsumsi makanan yang tidak adekuat ini erat pula kaitannya dengan keadaan infeksi pada anak. Anak yang tidak cukup mendapatkan makanan maka daya tahannya akan melemah sehingga mudah diserang infeksi yang akan mengurangi nafsu makan sehingga pada akhirnya dapat menderita gizi kurang (Proyek Perbaikan Gizi Masyarakat, 2001).

Faktor yang berhubungan dengan konsumsi makan yaitu:

a) Pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan.

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

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

b) Pendidikan ibu

Tingkat pendidikan formal membentuk nilai-nilai progresif bagi seseorang terutama dalam menerima hal-hal baru. Tingkat pendidikan formal merupakan faktor yang ikut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan menekuni pengetahuan yang diperoleh. Peranan orang tua, khususnya ibu, dalam menyediakan dan menyajikan makanan yang bergizi bagi keluarga, khususnya anak menjadi penting. Masukan gizi anak sangat tergantung pada sumber-sumber yang ada di lingkungan sosialnya, salah satu yang sangat menentukan adalah ibu. Kualitas pelayanan ibu dalam keluarga ditentukan oleh penguasaan informasi dan faktor ketersediaan waktu yang memadai. Kedua faktor tersebut antara lain faktor determinan yang dapat ditentukan dengan tingkat pendidikan, interaksi sosial dan pekerjaan (Soekirman, 2000).

c) Pendapatan keluarga

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

d) Jumlah Anggota dalam Keluarga

Jumlah keluarga dan jarak kelahiran antar anak akan berpengaruh dalam acara makan bersama, sering sekali anak yang lebih kecil mendapat jumlah makanan yang kurang mencukupi karena anggota keluarga lain makan dalam jumlah yang lebih

banyak. Hubungan antara laju kelahiran yang tinggi dan kurang gizi sangat nyata pada masing-masing keluarga. Sumber pangan keluarga, terutama mereka yang sangat miskin, akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makannya jika yang harus diberikan makan dalam jumlah keluarga yang sedikit (Moehji, 2003). Menurut Sediaoetama (2000), menyatakan bahwa distribusi pangan yang dikonsumsi suatu keluarga sering tidak merata, yaitu jumlah makanan yang tidak sesuai dengan tingkat kebutuhannya menurut umur dan keadaan fisik serta jenis kelaminnya.

2) Penyakit Infeksi

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

b. Faktor Penyebab Tidak Langsung

1) Ketahanan Pangan Keluarga

Ketahanan pangan keluarga adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik dalam jumlah maupun mutu gizinya. Ketahanan pangan keluarga terkait dengan ketersediaan pangan (baik dari hasil produksi sendiri maupun dari pasar atau sumber lain), harga pangan dan daya beli keluarga serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan.

2) Pola Asuh Anak

Penelitian yang dilakukan Made *et al*. (2004) menunjukkan adanya hasil uji statistik yang bermakna antara pola asuh dengan status gizi yang artinya semakin baik pola asuh semakin baik status gizi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan

oleh Bibi (2001) dalam Made *et al.* (2004) bahwa dengan adanya pola asuh yang baik utamanya asuhan gizi maka status gizi akan semakin baik. Pola asuh yang kurang baik berhubungan dengan pola pemberian ASI dan MP-ASI yang kurang baik serta prioritas gizi yang salah dalam keluarga.

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

a) Pola pemberian MP-ASI yang kurang baik

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

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

b) Prioritas gizi yang salah dalam keluarga

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

3) Pelayanan Kesehatan

Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan (karena jauh dan atau tidak mampu membayar), kurangnya pendidikan dan pengetahuan merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia. Hal ini dapat berdampak juga pada status gizi anak. Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi, serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit dan persediaan air bersih. Menurut penelitian Husaini (1996) dalam Made *et al.* (2004) yang mengemukakan bahwa dalam upaya memperbaiki status gizi anak, dilakukan upaya pencegahan penyakit menyangkut perawatan dasar terhadap anak yaitu dengan pemberian imunisasi secara lengkap, pemberian vitamin A secara berkala (mengikuti bulan pemberian vitamin A) dan upaya perbaikan sanitasi terhadap anak, ibu dan lingkungan.

2.2 Konsumsi Makanan

Supariasa *et al.* (2001), menyatakan bahwa berdasarkan jenis data yang diperoleh, maka pengukuran konsumsi makanan yang menghasilkan dua jenis data konsumsi, yaitu bersifat kualitatif dan kuantitatif. Salah satu metode survei konsumsi makanan yang bersifat kualitatif adalah *food frequency* sedangkan yang bersifat kuantitatif adalah *food record* dan *food recall* 24 jam. Metode pengukuran konsumsi

makanan berdasarkan sasaran pengamatannya ada survei tingkat nasional, rumah tangga dan individu. Beberapa metode survei konsumsi makanan di tingkat individu atau perorangan antara lain *food record*, *food recall* 24 jam dan *food frequency*.

2.2.1 Tingkat Konsumsi

Tingkat konsumsi adalah berkaitan dengan jumlah atau besar masukan makanan diambil dengan cara wawancara, penimbangan makanan langsung ataupun gabungan kedua cara tersebut dan diukur dalam skala waktu yang tepat menunjukkan ketepatan jumlah terhadap suatu kebiasaan makan individu atau kelompok. Tingkat konsumsi diperoleh dengan metode *Food Recall* 24 jam. Metode *food recall* 24 jam dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu (Supariasa, *et al.*, 2001).

Kelebihan metode ini adalah mudah melaksanakannya serta tidak membebani responden; biaya murah; cepat, mencakup banyak responden; dapat digunakan untuk responden yang buta huruf; dapat memberikan gambaran yang nyata yang benar-benar dikonsumsi individu sehingga dapat dihitung intake zat gizi sehari. Kekurangan metode ini adalah tidak menggambarkan asupan makanan sehari-hari, bila hanya dilakukan *recall* sehari; ketepatan tergantung pada daya ingat responden; *the flat slope syndrome* yaitu kecenderungan bagi responden yang kurus untuk melaporkan konsumsi yang lebih banyak dan bagi responden yang gemuk cenderung melaporkan lebih sedikit; butuh petugas terlatih dan terampil dalam menggunakan alat-alat bantu ukuran rumah tangga (URT) dan ketepatan alat bantu yang dipakai menurut kebiasaan masyarakat; responden diberi motivasi dan penjelasan tentang tujuan dari penelitian; untuk mendapatkan gambaran konsumsi makanan sehari-hari *recall* jangan dilakukan saat panen, hari pasar, hari akhir panen, pada saat melakukan upacara-upacara keagamaan, selamatan dan lain-lain (Supariasa, *et al.*, 2001).

Keberhasilan metode *recall* 24 jam ini sangat ditentukan oleh daya ingat responden dan kesungguhan serta kesabaran dari pewawancara, maka untuk dapat meningkatkan mutu data *recall* 24 jam dilakukan selama beberapa kali pada hari yang berbeda (tidak berturut-turut), tergantung dari variasi menu keluarga dari hari ke hari.

Teknik pelaksanaan *recall* 24 jam dalam Supariasa *et al.* (2001) adalah sebagai berikut:

- a. Pewawancara menyiapkan kuesioner yang telah diurutkan berdasarkan waktu makan (pagi, siang, malam, snack dan jajanan) dan mengelompokkan bahan makanan (makanan pokok, sumber protein nabati, sumber protein hewani, sayuran, buah-buahan dan lain-lain).
- b. Petugas atau pewawancara menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam ukuran rumah tangga (URT) selama kurun waktu 24 jam yang lalu dengan menggunakan kuesioner. Dalam membantu responden mengingat apa yang dimakan, perlu diberi penjelasan waktu kegiatannya seperti waktu baru bangun, setelah sembahyang, pulang dari sekolah, sesudah tidur siang dan sebagainya. Selain dari makanan utama, makanan kecil atau jajan juga dicatat. Termasuk makanan yang dimakan di luar rumah seperti di restoran, di kantor, di rumah teman atau saudara
- c. Petugas melakukan konversi dari URT ke dalam ukuran berat (gram). Dalam menaksir/memperkirakan ke dalam ukuran berat (gram) pewawancara menggunakan berbagai alat bantu seperti contoh ukuran rumah tangga (piring, gelas, sendok dan lain-lain) atau model dari makanan (*food model*). Makanan yang dikonsumsi dapat dihitung dengan alat bantu ini atau dengan menimbang langsung contoh makanan yang akan dimakan berikut informasi tentang komposisi makanan jadi.
- d. Menganalisis bahan makanan ke dalam zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM).
- e. Membandingkan dengan Daftar Kecukupan Gizi yang dianjurkan (DKGA) atau Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Indonesia.

Berdasarkan *Buku Pedoman Petugas Gizi Puskesmas*, Depkes RI (1990), klasifikasi tingkat konsumsi dibagi menjadi empat dengan *cut of point* masing-masing sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Tingkat Konsumsi

Tingkat Konsumsi	<i>Cut of point</i> (% AKG)
Baik	$\geq 100\%$
Sedang	80% - 99%
Kurang	70% - 80%
Defisit	$< 70\%$

Sumber: Supriasa *et al.*, 2001

2.2.2 Pola Konsumsi

Pola konsumsi merupakan gambaran tentang kebiasaan makan suatu masyarakat tertentu yang meliputi kualitas dan jenis makanan utama atau camilan atau jajanan menurut kelompok zat gizi atau dalam frekuensi makan sehari-hari, mingguan dan bulanan atau makanan yang diistimewakan atau ditabukan atau dilarang. Keadaan pola konsumsi ini dipengaruhi sosio budaya dan sosio ekonomi suatu masyarakat. Pada mereka yang mempunyai tingkat sosial ekonomi tinggi mempunyai pola konsumsi yang berbeda dengan kelas sosio ekonomi rendah.

Pola konsumsi diperoleh dengan metode *food frequency*. Metode *food frequency* adalah untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan atau tahun. Selain itu, dengan metode frekuensi makanan dapat memperoleh gambaran pola konsumsi bahan makanan secara kualitatif, tapi karena periode pengamatannya lebih lama dan dapat membedakan individu berdasarkan ranking tingkat konsumsi zat gizi, maka cara ini paling sering digunakan dalam penelitian epidemiologi gizi. Kuesioner frekuensi makanan memuat tentang daftar bahan makanan atau makanan dan frekuensi penggunaan makanan tersebut pada periode tertentu. Bahan makanan yang ada dalam daftar kuesioner tersebut adalah yang dikonsumsi dalam frekuensi yang cukup sering oleh responden.

Kelebihan metode ini adalah relatif mudah dan sederhana; dapat dilakukan sendiri oleh responden; tidak membutuhkan latihan khusus; serta mampu menjelaskan hubungan antara penyakit dan kebiasaan makan. Keuntungan metode ini adalah tidak memberikan informasi kuantitatif, serta responden harus jujur dan mempunyai motivasi tinggi (Supariasa, *et al.*, 2001).

Teknik pelaksanaan metode *food frequency* dalam Supariasa *et al.*, (2001) adalah sebagai berikut:

- a. Responden diminta untuk memberi tanda pada daftar makanan yang tersedia pada kuesioner mengenai frekuensi penggunaannya dan ukuran porsi.
- b. Lakukan rekapitulasi tentang frekuensi penggunaan jenis-jenis bahan makanan terutama bahan makanan yang merupakan sumber-sumber zat gizi tertentu selama periode tertentu pula.

Klasifikasi frekuensi konsumsi dibagi sebagai berikut:

Tabel 2.2 Klasifikasi Frekuensi Konsumsi

Klasifikasi frekuensi konsumsi	Kategori
1. >1x/hari	a. Sering: poin 1-3
2. 1x/hari	b. Jarang: poin 4-5
3. 4-6x/minggu	c. Tidak Pernah: poin 6
4. 1-3x/minggu	
5. 2x/bulan	
6. Tidak pernah	

Sumber: Gibson, 2005

2.2.3 Kecukupan Gizi pada Anak

Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan (AKG) atau *Recommended Dietary Allowances* (RDA) adalah taraf konsumsi zat-zat gizi esensial, yang berdasarkan pengetahuan ilmiah dinilai cukup untuk memenuhi kebutuhan hampir semua orang sehat. Angka kecukupan gizi berbeda dengan angka kebutuhan gizi (*dietary requirements*). Angka kebutuhan gizi adalah banyaknya zat-zat gizi minimal yang dibutuhkan seseorang untuk mempertahankan status gizi adekuat (Almatsier, 2002). Tercapainya status gizi baik pada anak dikarenakan adanya kecukupan gizi pada anak. AKG pada anak di Indonesia dihitung berdasarkan rujukan yang dianjurkan

oleh badan internasional WHO/FAO. Penghitungan AKG lebih ditujukan untuk perencanaan kebutuhan pangan rata-rata setiap hari bagi orang Indonesia yang dapat menjamin terpenuhinya kecukupan gizi. Hasil penghitungan AKG dapat mengarahkan perilaku konsumsi makanan penduduk untuk terwujudnya pola makanan yang menjamin keseimbangan gizi setiap orang. Oleh karena itu, pencapaian kecukupan gizi pada anak tergantung pada pemberian asupan makanan atau nutrisi pada anak. Jenis dan jumlah makanan serta frekuensi makan merupakan penentu tercapainya kecukupan gizi pada anak (Moehji, 2003).

Tabel 2.3 Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang Dianjurkan untuk Anak per-Hari

Golongan Umur		0 – 6 bln	7 – 11 bln	1 – 3 thn	4 – 6 thn
Berat Badan (kg)		6.0	8.5	12	17
Tinggi Badan (cm)		60	71	90	110
Energi	Kkal	550	650	1000	1550
Protein	g	10	16	25	39
Vitamin A	RE	375	400	400	450
Vitamin D	µg	5	5	5	5
Vitamin E	mg	4	5	6	7
Vitamin K	µg	5	10	15	20
Tiamin	mg	0,3	0,4	0,5	0,6
Riboflavin	mg	0,3	0,4	0,5	0,6
Niasin	mg	2	4	6	8
Asam Folat	µg	65	80	150	200
Piridoksin	mg	0,1	0,3	0,5	0,6
Vitamin B ₁₂	µg	0,4	0,5	0,9	1,2
Asam Folat	µg	65	80	150	200
Piridoksin	mg	0,1	0,3	0,5	0,6
Vitamin C	mg	40	40	40	45
Kalsium	mg	200	400	500	500
Fosfor	mg	100	225	400	400
Magnesium	mg	25	55	60	80
Besi	mg	0,5	7	8	9
Iodium	µg	50	70	70	100
Seng	mg	1,	5	10	10
Selenium	µg	10	15	20	20
Mangan	mg	0,003	0,6	1,2	1,5

Sumber: Kepmenkes RI, 2005

2.2.4 Komposisi ASI dan Volume ASI

ASI yang pertama kali diisap oleh bayi (menit pertama) dibandingkan ASI pada menit terakhir adalah berbeda. ASI menit pertama lebih cepat encer, kemudian akan lebih kental. Bila bayi tersebut menyusu selama 15 menit maka komposisi ASI dapat dilihat pada tabul 2.4 sebagai berikut :

Tabel 2.4 Komposisi ASI Berdasarkan Lama Menyusui

Lama menyusui	Komposisi ASI
5 menit pertama	60% total volume ASI 60% total protein ASI 60% total karbohidrat ASI 40% total lemak ASI 50% total energi ASI
5 menit kedua	25% total volume ASI 25% total protein ASI 25% total karbohidrat ASI 33% total lemak ASI 25% total energi ASI
5 menit terakhir	Sisanya

Sumber : Soetjiningsih, 1997

Sedangkan volume ASI akan menurun sesuai dengan waktu, dapat dilihat pada tabel 2.5 sebagai berikut :

Tabel 2.5 Volume ASI Berdasarkan Waktu

Keterangan	Volume ASI
Tahun pertama	400-700 ml/24 jam
Tahun kedua	200-400 ml/24 jam
Sesudah itu	Sekitar 200 ml/24 jam

Sumber : Soetjiningsih, 1997

2.3 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

2.3.1 Pengertian Posyandu

Posyandu adalah suatu forum komunikasi, alih teknologi dan pelayanan kesehatan dari, oleh dan untuk masyarakat yang mempunyai nilai strategis dalam mengembangkan sumber daya manusia sejak dini. Secara riil posyandu merupakan pusat kegiatan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan dan keluarga berencana dimana posyandu ini dikelola dan diselenggarakan untuk dan oleh masyarakat dengan

dukungan teknis dari petugas kesehatan dalam rangka pencapaian Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) (Effendy, 1998).

Menurut Peraturan Menteri dalam Negeri Nomor 54 tahun 2007, Pos Pelayanan Terpadu yang selanjutnya disebut Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.

2.3.2 Tujuan Posyandu

Menurut Effendy (1998) tujuan pokok dari pelayanan posyandu adalah sebagai berikut :

- a. Mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak;
- a. Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu untuk menurunkan IMR (*Infant Mortality Rate*);
- b. Mempercepat penerimaan NKKBS;
- c. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang peningkatan kemampuan hidup sehat;
- d. Pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada penduduk berdasarkan letak geografi;
- e. Meningkatkan dan pembinaan untuk swakekola usaha-usaha kesehatan masyarakat.

2.3.3 Manfaat Posyandu

Menurut Effendy (1998) manfaat dari kegiatan posyandu, antara lain :

- a. Meningkatkan Peran Serta Masyarakat (PSM) dalam memelihara kesehatannya sendiri;

- b. Memudahkan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan;
- c. Sebagai sarana komunikasi dan pembinaan kesehatan bagi warga atau masyarakat;
- d. Mendidik kemandirian masyarakat dengan diadakannya sistem dana sehat di posyandu.

2.3.4 Sistem Mekanisme Posyandu

Kegiatan-kegiatan dalam paket pelayanan minimal tersebut, diwujudkan dalam suatu sistem alur kegiatan yang dikenal sebagai sistem 5 meja dalam Posyandu, yaitu:

- a. Meja 1 : meja pendaftaran bayi, balita serta ibu hamil
- b. Meja 2 : penimbangan berat badan balita
- c. Meja 3 : meja pencatatan hasil penimbangan berat badan balita pada KMS, serta dilakukan penilaian terhadap tumbuh kembang balita dengan kategori Naik (N), Tetap atau Turun (T)
- d. Meja 4 : meja penyuluhan berdasarkan hasil penimbangan balita
- e. Meja 5 : meja pelayanan kesehatan dan KB, dimana pada meja 5 ini balita dan ibu hamil mendapatkan imunisasi, pengobatan, pemberian Vitamin A dan obat-obat lainnya serta pelayanan KB bagi Wanita Usia Subur (WUS) (Depkes RI, 2006b).

2.3.5 Kegiatan Posyandu

Kegiatan posyandu merupakan kegiatan nyata yang melibatkan partisipasi masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan dari masyarakat, oleh masyarakat, dan untuk masyarakat yang dilaksanakan oleh kader-kader kesehatan yang telah mendapatkan pendidikan dan pelatihan dari Puskesmas mengenai pelayanan kesehatan dasar. Secara garis besar kegiatan posyandu dibagi menjadi 2 yaitu Panca Krida Posyandu dan Sapta Krida Posyandu. Panca Krida Posyandu meliputi Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, imunisasi, peningkatan gizi, dan penanggulangan diare. Sapta Krida Posyandu kegiatannya sama dengan Panca Krida

Posyandu hanya ditambah dengan program sanitasi dasar dan penyediaan obat esensial (Effendy, 1998).

Jenis pelayanan minimal yang perlu diberikan anak (balita dan baduta), adalah (Depdagri dan Otda, 2001) adalah :

- a. Penimbangan untuk memantau pertumbuhan anak, perhatian harus diberikan secara khusus terhadap anak yang selama 3 kali penimbangan pertumbuhannya tidak cukup naik sesuai umurnya (lebih rendah dari 200 gram/bulan) atau anak yang pertumbuhannya berada di bawah garis merah KMS.
- b. Pemberian Makanan Pendamping ASI dan Vitamin A dua kali setahun.

Pemberian Kapsul Vitamin A adalah sebagai berikut :

- 1) Bayi umur 6-11 bulan
Satu kapsul vitamin A 100.000 IU (warna biru) diberikan satu kali secara serentak pada bulan Februari atau Agustus.
- 2) Anak Balita umur 1-5 tahun
Satu kapsul vitamin A 200.000 IU (warna merah) tiap 6 bulan, diberikan secara serentak pada bulan Februari dan Agustus (Depkes RI, 2000).
- c. Pemberian PMT untuk anak yang tidak cukup pertumbuhannya (kurang dari 200 gram/bulan) dan anak yang berat badannya berada dibawah garis merah pada KMS.
- d. Memantau atau melakukan pelayanan imunisasi dan tanda-tanda lumpuh layuh.

Lima imunisasi dasar lengkap untuk bayi usia di bawah 1 tahun :

- 1) Usia 0 bulan
Diberikan imunisasi Hepatitis B (HB) 0 untuk mencegah penularan hepatitis B dan kerusakan hati.
- 2) Usia 1 bulan
Diberikan imunisasi BCG untuk mencegah penularan TBC (Tuberkulosis yang berat) dan Polio 1 untuk mencegah penularan polio yang dapat menyebabkan lumpuh layuh pada tungkai atau lengan.

3) Usia 2 bulan

Diberikan imunisasi DPT untuk mencegah difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan nafas, batuk rejan, dan tetanus serta imunisasi HB 1 dan polio 2.

4) Usia 3 bulan

Diberikan imunisasi DPT, HB 2, dan polio 3.

5) Usia 4 bulan

Diberikan imunisasi DPT, HB 3, dan Polio 4.

6) Usia 9 bulan

Diberikan imunisasi campak untuk mencegah penularan campak yang mengakibatkan komplikasi radang paru, radang otak dan kebutaan (Ditjen PP dan PL, 2010)

e. Memantau kejadian ISPA dan diare, serta melakukan rujukan bila diperlukan.

2.3.6 Kunjungan ke Posyandu dalam Meningkatkan Status Gizi Anak

Menurut Soegianto (2000) dalam Djupuri (2001), setiap orang mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan perlu dibentuk suatu institusi oleh masyarakat, dari masyarakat dan untuk masyarakat berupa posyandu agar mencapai keluarga sehat, bahagia dan sejahtera. Keuntungan pelayanan kesehatan melalui posyandu adalah murah karena dilakukan secara terpadu. Kunjungan ke posyandu sangat erat kaitannya dengan kondisi kesehatan anak, dimana umumnya ibu datang ke posyandu lebih banyak untuk kepentingan anaknya.

Program gizi yang dilaksanakan di Posyandu bertujuan untuk menurunkan prevalensi kurang gizi yaitu KEP, anemia gizi besi, kekurangan yodium dan kekurangan vitamin A. Kegiatan program gizi selain melakukan pelayanan berupa pemantauan berat badan balita, pemberian paket pertolongan gizi (tablet tambah darah, kapsul vitamin A dosis tinggi dan garam yodium untuk daerah endemik goiter) juga melakukan usaha penyuluhan agar masyarakat berperilaku makan baik.

2.3.7 Faktor Faktor yang mempengaruhi Keaktifan Kunjungan Ibu ke Posyandu

a. Umur Ibu

Hurlock (1998) menggambarkan bahwa umur ibu yang memiliki anak dikelompokkan dalam 3 kategori, yaitu usia muda (< 20 tahun), dewasa dini (20 – 29 tahun), dan dewasa madya (30 – 40 tahun). Berdasarkan penelitian Yamin (2003), peluang pemanfaatan posyandu 2,23 kali pada usia ibu > 30 tahun dibandingkan usia ≤ 30 tahun. Dengan kata lain, semakin dewasa usia seseorang maka tingkat kematangan berfikir dan bertindak semakin baik. Hal tersebut dikarenakan bertambahnya pengalaman dan wawasan.

b. Pendidikan

Sistem Pendidikan Nasional tahun 2003 mendefinisikan bahwa pendidikan adalah suatu proses berjalan berkesinambungan mulai dari usia anak samapai dewasa, karena itu memerlukan berbagai cara dan sumber. Sistem pendidikan dibedakan menjadi pendidikan formal, informal dan non formal. Pendidikan formal adalah pendidikan yang berstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Pendidikan informal adalah pendidikan yang diperoleh lewat berbagai jalan atau program yang dikenal dengan istilah penyuluhan, sedangkan pendidikan non formal adalah jalur pendidikan diluar jalur pendidikan formal yang dapat dilaksanakan dengan terstruktur dan berjenjang.

Berdasarkan penelitian Sambas (2002) yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara pendidikan ibu dengan kunjungan ibu anak balita ke Posyandu, dimana ibu anak balita yang berpendidikan SMA ke atas mempunyai peluang kunjungan baik 1,979 kali bila dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan SMP ke bawah.

c. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakam seseorang (Notoatmodjo, 2007). Neisser dalam

Notoatmodjo (2007) mengungkapkan bahwa pengetahuan berasal dari proses belajar, sedangkan belajar adalah transformasi dari masukan (input), kemudian masukan tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali dan dimanfaatkan secara aktif melalui proses seleksi untuk dimasukkan dalam ingatan. Menurut penelitian Yamin (2003), secara persentase ibu dengan tingkat pengetahuan baik memiliki pemanfaatan posyandu lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok ibu yang memiliki tingkat pengetahuan rendah. Namun, dari penelitian tersebut menyatakan tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara ibu yang memiliki tingkat pengetahuan baik dibandingkan dengan ibu yang memiliki pengetahuan kurang dalam pemanfaatan Posyandu.

d. Pekerjaan

Ibu yang bekerja di luar rumah dapat dikatakan tidak dapat pergi ke posyandu karena kegiatan di posyandu dilakukan pada hari dan jam kerja, akan tetapi ada kemungkinan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan lain atau menitipkan pada orang lain untuk membawa anaknya ke posyandu. Berdasarkan penelitian Sambas (2002) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan kunjungan ibu anak balita ke Posyandu, tetapi ibu anak balita yang tidak bekerja berpeluang kunjungan baik 0,532 kali bila dibandingkan dengan ibu anak balita yang bekerja. Senada dengan penelitian Yamin (2003) yang menyatakan bahwa secara persentase ibu yang tidak bekerja memiliki tingkat pemanfaatan Posyandu yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok ibu yang bekerja. Namun, secara uji statistik tidak terdapat perbedaan antara ibu yang tidak bekerja dibandingkan dengan ibu yang bekerja dalam pemanfaatan Posyandu.

e. Akses terhadap pelayanan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007) pada prinsipnya ada dua kategori pelayanan kesehatan yaitu kategori yang berorientasi publik (masyarakat) dan kategori yang berorientasi pada perorangan (individu). Pelayanan kesehatan masyarakat lebih diarahkan langsung ke arah publik daripada arah individu-individu yang khusus.

Sedangkan pelayanan kesehatan perorangan langsung diarahkan ke individu itu sendiri.

f. Dukungan keluarga

Keluarga adalah organisasi atau kelompok kecil yang penting dalam masyarakat dan merupakan kelompok acuan primer yang paling berpengaruh. Keluarga merupakan pertimbangan yang paling penting dalam menentukan pilihan untuk mendapat pelayanan kesehatan.

g. Dukungan kader posyandu

Menurut Depkes (2006a) kader kesehatan mempunyai peranan khusus pada tahap persiapan pelayanan yaitu memberi motivasi kepada masyarakat untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dan mensukseskannya, serta bersama masyarakat merencanakan kegiatan pelayanan kesehatan di tingkat desa.

h. Dukungan tokoh masyarakat

Tokoh masyarakat adalah orang-orang terkemuka karena mempunyai kelebihan-kelebihan tertentu. Kelebihan dalam memberikan bimbingan, maka menjadikan sikap dan perbuatannya diterima dan dipatuhi serta ditakuti. Mereka tempat bertanya dan anggota masyarakat sering meminta pendapat mengenai urusan-urusan tertentu (Notoatmodjo, 2007).

2.4 Grafik Pertumbuhan dalam Kartu Menuju Sehat (KMS)

2.4.1 Pengertian Kartu Menuju Sehat (KMS)

Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah kartu yang memuat kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur. Dengan KMS gangguan pertumbuhan atau risiko kelebihan gizi dapat diketahui lebih dini, sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan secara lebih cepat dan tepat sebelum masalahnya lebih berat (Kepmenkes, 2010)

2.4.2 Pencatatan Hasil Penimbangan pada KMS

Berikut adalah prosedur pengisian KMS dan penilaian hasil penimbangan pada KMS yang benar (Depkes RI, 2006b):

- a. Untuk penimbangan pertama (balita baru pertama kali ditimbang), mengisi nama, nomor pendaftaran dan identitas balita pada KMS;
- b. Mengisi kolom bulan lahir (kolom nol) dengan mencantumkan tanggal, bulan dan tahun lahir anak;
- c. Mencantumkan bulan penimbangan sesuai dengan umur setiap kali balita ditimbang;
- d. Meletakkan titik hasil penimbangan berat badan pada KMS dengan cara menghubungkan garis tegak berat badan dan garis mendatar umur pada grafik KMS;
- e. Setelah meletakkan titik hasil penimbangan berat badan maka selanjutnya adalah menghubungkan titik berat badan hasil penimbangan bulan lalu dan bulan ini;
- f. Menentukan NAIK atau TIDAK NAIK, kemudian dicatat ke dalam buku register. Apabila bulan lalu balita tidak ditimbang (O) atau bulan ini baru pertama kali ditimbang (B) maka tidak dapat dinilai naik atau tidak naik.

Cara menentukan berat badan (BB) naik atau tidak adalah sebagai berikut:

1) Naik Bila:

- (a) N1 (berat badan naik dan garis pertumbuhannya pindah ke pita warna di atasnya);
- (b) N2 (berat badan naik tetapi pita warna pada KMS tetap atau garis pertumbuhannya mengikuti salah satu pita warna).

2) Tidak Naik Bila:

- (a) T1 (berat badan naik tetapi pita warna pada KMS turun atau garis pertumbuhannya naik tetapi pindah ke pita warna dibawahnya);
- (b) T2 (berat badan tetap dan pita warna pada KMS juga tetap atau garis pertumbuhannya mendatar);

- (c) T3 (berat badan turun dan pita warna pada KMS juga turun atau garis pertumbuhannya menurun).

2.4.3 Manfaat Grafik Pertumbuhan pada KMS

Manfaat grafik pertumbuhan pada KMS adalah :

- a. Sebagai media untuk mencatat dan memantau riwayat kesehatan balita secara lengkap, meliputi: pertumbuhan, perkembangan, pelaksanaan imunisasi, penanggulangan diare, pemberian ASI eksklusif, dan Makanan Pendamping ASI;
- b. Sebagai media edukasi bagi orang tua balita tentang kesehatan anak;
- c. Sebagai sarana komunikasi yang dapat digunakan oleh petugas untuk menentukan penyuluhan dan tindakan pelayanan kesehatan dan gizi.

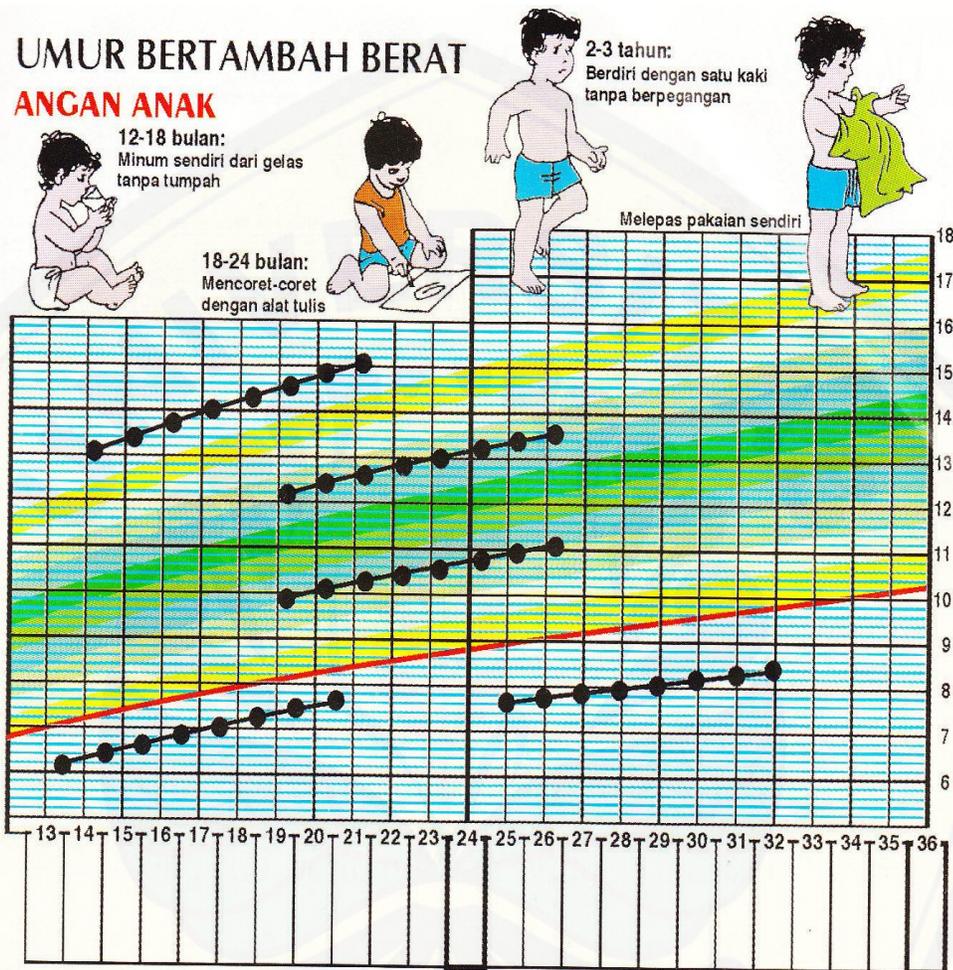
Namun, penggunaan grafik pertumbuhan pada KMS akan tepat apabila mempertahankan hal-hal sebagai berikut :

- a. Penimbangan dan deteksi tumbuh kembang balita dilakukan setiap bulan;
- b. Semua kolom isian diisi dengan benar;
- c. Orang tua selalu memperhatikan catatan dalam KMS;
- d. Kader dan petugas kesehatan selalu memperhatikan hasil penimbangan;
- e. Setiap ada gangguan pertumbuhan anak, dicari penyebab dan dilakukan tindakan yang sesuai;
- f. Penyuluhan gizi dalam bentuk konseling dilakukan setiap kali anak selesai ditimbang dan hasil penimbangannya dicatat dalam KMS;
- g. KMS disimpan oleh ibu balita dan selalu dibawa setiap mengunjungi Posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2006b).

2.4.4 Status Gizi dalam Pemantauan Pertumbuhan Anak

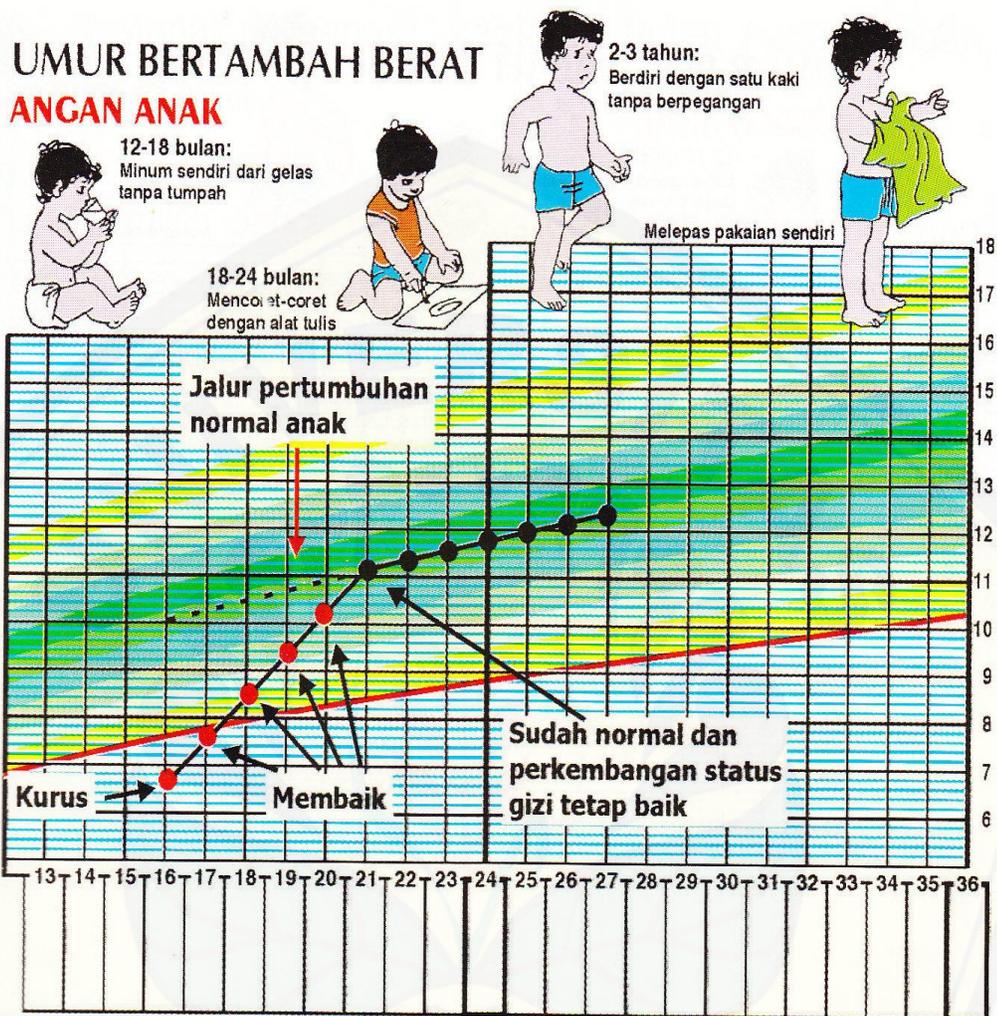
Status gizi dalam kaitannya dengan pemantauan pertumbuhan lebih ditujukan untuk menilai perkembangan status gizi anak. Perkembangan status gizi dalam pemantauan pertumbuhan memiliki pengertian yang relatif (tidak kaku). Pengertian perkembangan status gizi (Depkes RI, 2002) tersebut adalah:

- a. Tetap : bila berat badan anak hasil penimbangan berturut-turut berada pada jalur pertumbuhan normalnya (lihat gambar 2.1);



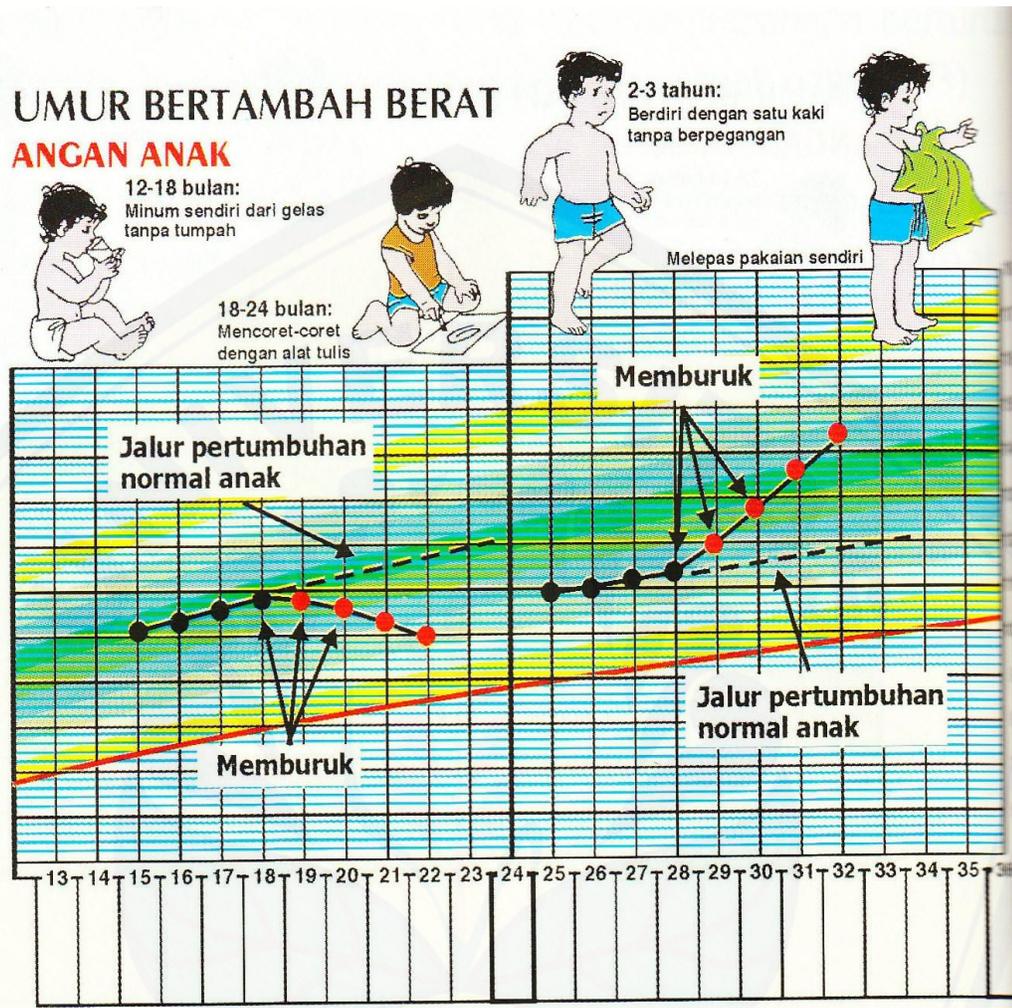
Gambar 2.1 Perkembangan Status Gizi Anak yang Tetap

- b. Membaik : bila berat badan anak hasil penimbangan berturut-turut menunjukkan adanya pengejaran terhadap jalur pertumbuhan normalnya (lihat gambar 2.2);



Gambar 2.2 Perkembangan Status Gizi Anak yang Membaik

- c. Memburuk : bila berat badan anak hasil penimbangan berturut-turut menunjukkan adanya penyimpangan dari jalur pertumbuhan normalnya (lihat gambar 2.3). Pengertian memburuk tidak selalu berarti penyimpangan negatif (anak menjadi kurus), tetapi juga bila terjadi penyimpangan positif (anak menjadi gemuk).



Gambar 2.3 Perkembangan Status Gizi Anak yang Memburuk

2.5 Hubungan antara Keaktifan Kunjungan Ibu ke Posyandu dengan Status Gizi Anak

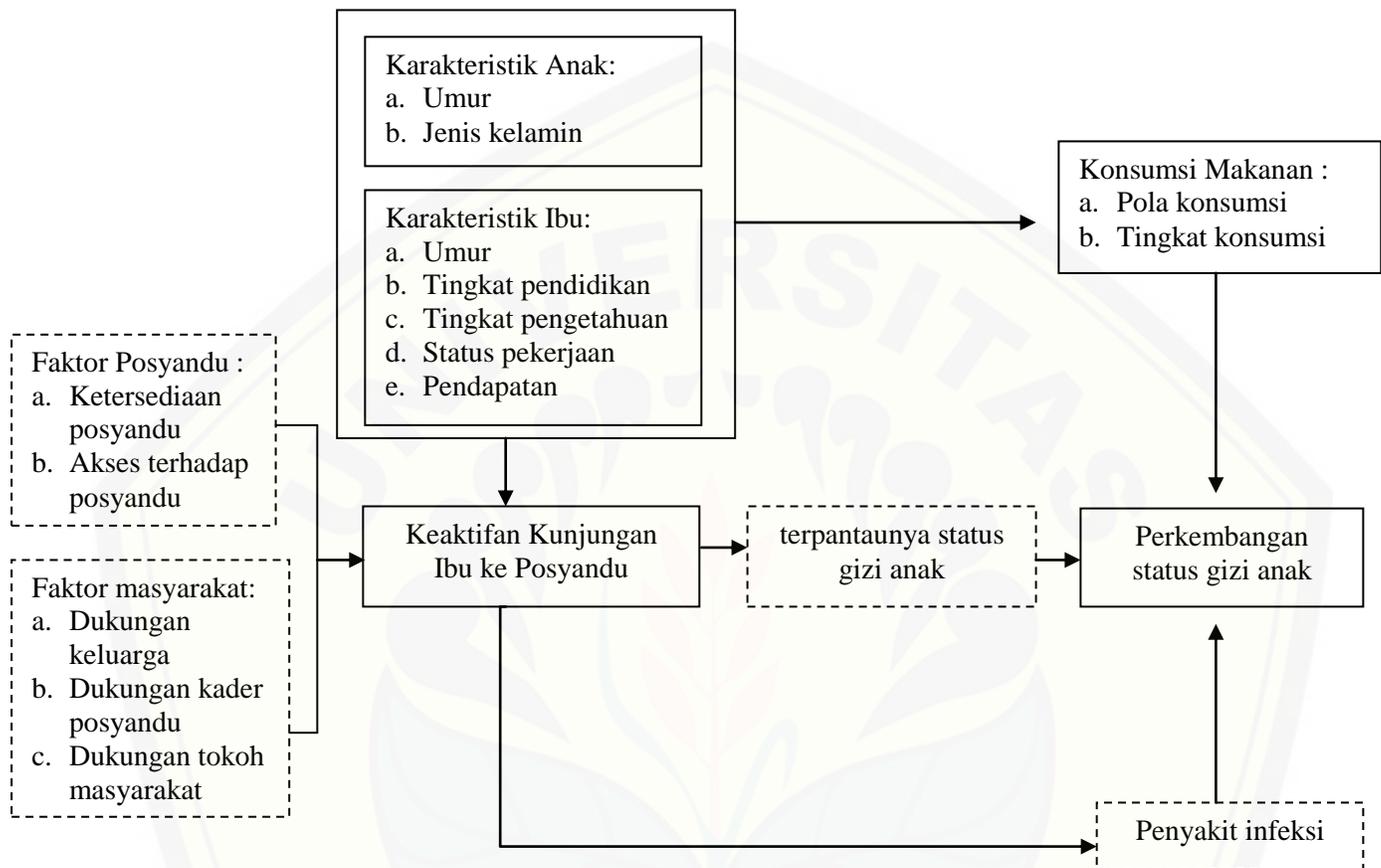
Program gizi yang dilaksanakan di posyandu untuk menurunkan prevalensi KEP, anemia gizi besi, kekurangan yodium dan kekurangan vitamin A. Kegiatan program gizi selain melakukan pelayanan berupa pemantauan berat badan anak, pemberian tablet tambah darah, kapsul vitamin A dosis tinggi dan kapsul yodium

untuk daerah endemik goiter juga melakukan usaha penyuluhan agar masyarakat berperilaku makan baik.

Pemantauan pertumbuhan anak dengan menggunakan KMS/buku KIA sudah digunakan secara luas. Manfaat pemantauan ini adalah untuk keperluan pencegahan terhadap gangguan kesehatan anak, ditandai dengan perubahan pada berat badan. Indikasi perubahan berat badan anak merupakan indikasi dini yang dapat digunakan untuk memberikan intervensi (Depkes RI, 2002).

Menurut penelitian Octaviani *et al.*(2008) menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara variabel keaktifan keluarga dalam kegiatan posyandu dengan status gizi balitanya. Keluarga yang tidak aktif dalam kegiatan posyandu mempunyai risiko 6,857 kali lebih besar terkena status gizi KEP dibandingkan dengan keluarga yang aktif ke posyandu. Dan dalam penelitian Suryono dan Supardi (2004) disebutkan bahwa penimbangan anak secara teratur setiap bulan memiliki OR 3.1, artinya walaupun secara statistik tidak bermakna, secara realita dengan adanya penimbangan maka akan terdapat kontrol terhadap kondisi anaknya. Faktanya secara statistik, terdapat kemungkinan 3.1 kali lebih banyak terjadinya KEP pada anak yang jarang ditimbang dibandingkan anak yang rutin ditimbang setiap bulan di Posyandu.

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.4 Kerangka Konseptual

Keterangan :

————— : Variabel diteliti

- - - - - : Variabel tidak diteliti

Berdasarkan gambar 2.4 penelitian dapat diketahui bahwa status gizi anak secara langsung dapat dipengaruhi oleh konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Konsumsi makanan dipengaruhi oleh karakteristik ibu. Terkait dengan konsumsi makanan, anak akan memperoleh asupan gizi dari makanan sehari-hari yang dimakan.

Karakteristik ibu yang meliputi tingkat pendidikan ibu, tingkat pengetahuan ibu, status pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga dapat mempengaruhi konsumsi makanan anak dan keaktifan kunjungan ibu ke posyandu. Tingkat pendidikan ibu yang tinggi dapat mempengaruhi konsumsi makanan dan keaktifan ibu pada kunjungan posyandu karena ibu yang berpendidikan tinggi akan dapat merencanakan menu makanan yang sehat bagi anaknya serta mengetahui pentingnya berkunjung ke Posyandu setiap bulan sebagai upaya pemantauan status gizi anak. Tingkat pengetahuan ibu akan mempengaruhi pemilihan pangan yang baik untuk anak guna pemenuhan kebutuhan dan kecukupan gizinya serta ibu terus melakukan pemantauan terhadap status gizi anaknya dengan cara rutin datang ke posyandu. Status pekerjaan ibu dapat mempengaruhi konsumsi makanan dan keaktifan ibu pada kunjungan posyandu karena ibu yang bekerja cenderung akan mengurangi intensitasnya untuk memperhatikan kondisi anak terutama terkait jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi anak serta tidak memiliki waktu untuk datang ke posyandu. Tingkat pendapatan keluarga akan menentukan makanan apa yang akan dibeli oleh keluarga. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan lain yang menyebabkan orang-orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan.

Keaktifan kunjungan ibu ke posyandu juga dipengaruhi oleh faktor posyandu yaitu ketersediaan dan akses terhadap pelayanan posyandu. Apabila ibu dan balitanya mudah mengakses pelayanan posyandu maka kemungkinan ibu untuk datang ke posyandu lebih tinggi. Selain itu, keaktifan ibu dipengaruhi oleh faktor masyarakat yaitu dukungan dari kader posyandu, keluarga dan tokoh masyarakat. Dukungan dari ketiga pihak tersebut dapat memberikan motivasi bagi ibu untuk membawa anaknya ke posyandu secara rutin setiap bulan. Dengan ibu membawa anaknya ke posyandu secara rutin setiap bulannya, maka ibu dapat memantau perkembangan status gizi anaknya dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS). Selain itu, anak akan mendapat pelayanan gizi dan kesehatan dasar yang dibutuhkan sehingga apabila ada gangguan gizi atau kesehatan dapat dilakukan tindakan penanggulangan.

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah ada hubungan antara keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6-23 bulan di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik observasional, dimana rancangan penelitian tersebut bertujuan untuk melihat hubungan antara kedua variabel penelitian dengan cara observasi, yaitu peneliti tidak memberikan perlakuan atau intervensi terhadap subjek penelitian, peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian. Selanjutnya, data yang diperoleh akan dikumpulkan, diolah, disajikan, diinterpretasikan sesuai dengan tujuan penelitian (Azwar, 1999). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6 – 23 bulan.

Berdasarkan waktunya, penelitian ini bersifat *cross sectional* karena variabel bebas dan variabel tergantung pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2005). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dan variabel tergantung adalah perkembangan status gizi anak usia 6-23 bulan.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. Alasan pengambilan lokasi ini adalah dikarenakan Kecamatan Arjasa memiliki prevalensi KEP tertinggi pada balita tahun 2009 sebesar 31,36%. Berdasarkan hasil rekapitulasi penimbangan posyandu Bulan Oktober – Desember 2009, Desa Kamal

memiliki prevalensi BGM tertinggi diantara 5 desa lainnya di Kecamatan Arjasa yaitu sebesar 5%.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Bulan Agustus sampai Bulan Oktober tahun 2010 yang mencakup tahap persiapan sampai dengan pelaporan.

3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi adalah setiap subjek (dapat berupa manusia, binatang percobaan, data laboratorium dan lain-lain) yang memenuhi karakteristik yang ditentukan (Sastroasmoro, 1995). Populasi dalam penelitian ini adalah anak usia 6-23 bulan di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. Jumlah populasi adalah 112 anak.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Sampel dalam penelitian ini adalah anak usia 6-23 bulan yang tercatat berada di wilayah Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. Sampel yang akan dimasukkan dalam penelitian apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

- 1) Anak berumur 6-23 bulan pada saat dilakukan wawancara;
- 2) Anak memiliki KMS/Buku KIA.

3.3.3 Besar Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini kurang dari 10.000, maka rumus yang digunakan (Notoadmojo, 2005) sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{112}{1 + 112(0,05^2)}$$

$$n = 87,5$$

$$n = 88$$

Keterangan:

N : besar populasi

n : besar sampel

d : tingkat kepercayaan atau ketepatan yang diinginkan

3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *proportional random sampling*, sehingga masing-masing anggota atau unit dari populasi mempunyai peluang yang sama untuk menjadi sampel penelitian (Notoatmodjo, 2005). Perhitungan *proportional* menggunakan rumus sebagai berikut (Sugiarto, *et al.*, 2003) :

$$nh = \frac{Nh}{N} \cdot n$$

Keterangan :

n : Ukuran total sampel

N : Ukuran total populasi

Nh : Ukuran setiap strata populasi

nh : Ukuran setiap strata sampel

Tabel 3.1 Proporsi Sampel di Masing-masing Posyandu di Desa Kamal Kecamatan Arjasa

No.	Nama Posyandu	Nh	N	n	$nh = \frac{Nh}{N} \cdot n$
1.	Manggis 37	20	112	88	16
2.	Manggis 38	29	112	88	23
3.	Manggis 39	23	112	88	18
4.	Manggis 40	14	112	88	11
5.	Manggis 41	26	112	88	20

Total

88

Berdasarkan tabel 3.1 besarnya sampel penelitian adalah 88 anak usia 6-23 bulan.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda-beda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2005). Dalam penelitian ini, variabel yang digunakan adalah sebagai berikut:

a. Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau sebab dari variabel terikat (Notoatmodjo, 2005). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah keaktifan kunjungan ibu ke posyandu.

b. Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel terikat adalah variabel yang tergantung atas variabel lain (Nazir, 2003). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perkembangan status gizi anak usia 6- 23 bulan.

3.4.2 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Skala Data, dan Kategori Penilaian.

Tabel 3.2 Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Skala Data dan Kategori Penilaian

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Skala Data	Kategori
1.	Karakteristik Anak			
	a. Umur	Lama waktu hidup anak atau sejak anak dilahirkan sampai ulang tahun terakhir saat dilakukan wawancara , batasan umur yang digunakan adalah bulan usia penuh (<i>Completed Month</i>)	Interval	1. 6-11 bulan 2. 12-23 bulan
	b. Jenis kelamin	Pengelompokan anak berdasarkan ciri genital (laki-laki atau perempuan).	Nominal	1. Laki-laki 2. Perempuan
2.	Karakteristik Ibu			

a. Umur	Lama waktu hidup ibu yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir saat dilakukan wawancara, batasan umur yang digunakan adalah	Interval	1. < 20 tahun 2. 20 – 29 tahun 3. 30 – 40 tahun (Hurlock, 1998)
---------	--	----------	--

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Skala Data	Kategori
		tahun umur penuh (Completed Year)		
b.	Pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan tertinggi yang ditempuh ibu	Ordinal	Kategori : 1. Pendidikan Dasar: Tidak Sekolah – Tamat SD/MI/SMP/MTS 2. Pendidikan Menengah: Tidak Tamat – Tamat SMA/MA/SMK/MAK 3. Pendidikan Tinggi: tidak lulus/lulus Perguruan Tinggi (Diploma 1, Diploma 2, Diploma 3, S1, S2 dan S3 atau lebih. (Depdiknas RI, 2003)
c.	Tingkat pengetahuan ibu	Segala sesuatu yang diketahui ibu tentang posyandu, gizi, dan KMS	Nominal	Berdasarkan jawaban dari tes tingkat pengetahuan responden yang diukur melalui 30 pertanyaan, dengan skor tiap item: Skor Kuesioner : - Benar : 1 - Salah : 0 Kategori : a. Kurang : <60% jawaban benar b. Cukup : 60-80% jawaban benar c. Baik : >80% jawaban benar (Baliwati <i>et al.</i> , 2004) Telah dilakukan uji validitas kuesioner penelitian dan diperoleh hasil terdapat 4 pertanyaan yang termasuk dalam kategori tidak valid dan keempat pertanyaan tersebut tidak dimasukkan dalam penelitian, sehingga dalam penelitian selanjutnya akan digunakan 26 pertanyaan.

d. Status pekerjaan	Aktivitas sehari-hari ibu yang berada di dalam ataupun di luar rumah yang terkait jam kerja dan menghasilkan uang.	Nominal	1. Bekerja 2. Tidak bekerja
No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Skala Data Kategori
e. Pendapatan keluarga	Seluruh penghasilan keluarga dalam rupiah dalam satu bulan, baik dari pekerjaan utama atau pekerjaan sampingan	Nominal	1. < UMK 2. \geq UMK UMK Jember = Rp. 830.000,- (Setiawan, 2009)
3.	Keaktifan Kunjungan Ibu ke posyandu	Kegiatan atau program posyandu yang diikuti oleh ibu	Nominal Kriteria penilaian : 1. Aktif, jika keseluruhan item (a-c) yang diukur mempunyai total skor 2-3 (item a harus terpenuhi). 2. Tidak aktif, jika keseluruhan item (a-c) yang diukur mempunyai total skor 0-1 atau 2-3 (item a tidak terpenuhi). (Sudjana, 2005)
a. Penimbangan	Frekuensi ibu datang ke posyandu untuk menimbang berat badan anaknya selama 6 bulan terakhir	Nominal	Dikategorikan menjadi : 1. Aktif = 1, jika ibu menimbang anaknya 4-6 kali berturut-turut selama 6 bulan terakhir 2. Tidak aktif= 0, jika ibu menimbang anaknya <4 kali berturut-turut selama 6 bulan terakhir (Kepmenkes RI,2007)
b. Imunisasi	Kelengkapan imunisasi dasar yang diperoleh anak	Nominal	Imunisasi dasar lengkap meliputi: a. Usia 0-7 hari :HB 0 b. Usia 1 bulan : BCG, polio 1 c. Usia 2 bulan : DPT/HB1, polio 2 d. Usia 3 bulan : DPT/HB2, polio 3 e. Usia 4 bulan : DPT/HB3, polio 4 f. Usia 9 bulan : campak Kategori : 1. Lengkap = 1, jika anak memperoleh imunisasi dasar lengkap

2. Tidak lengkap = 0, jika anak tidak memperoleh imunisasi dasar lengkap (Ditjen PP dan PL, 2010)

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Skala Data	Kategori
	c. Suplementasi Vitamin A	Frekuensi anak memperoleh kapsul vitamin selama satu tahun terakhir	Nominal	Kategori : 1. Lengkap = 1, jika anak memperoleh kapsul vitamin A biru (anak usia 6-11 bulan) dan vitamin A merah 2x (anak usia 12-23) dalam 1 tahun 2. Tidak lengkap= 0, jika anak tidak memperoleh kapsul vitamin A biru (anak usia 6-11 bulan) dan vitamin A merah <2x (anak usia 12-23) dalam 1 tahun
4.	Konsumsi makanan			
	a. Pola konsumsi makanan sumber karbohidrat, protein, lemak, sayuran, dan buah-buahan	Gambaran tentang jenis dan frekuensi konsumsi pangan sumber karbohidrat, protein, lemak, sayuran, dan buah-buahan yang dikonsumsi anak dalam periode harian, mingguan, dan bulanan yang diukur menggunakan metode <i>food frequency</i>	Ordinal	1. >1x/hari 2. 1x/hari 3. 4-6x/minggu 4. 1-3x/minggu 5. 2x/bulan 6. Tidak pernah Kategori: a. Sering: poin 1-3 b. Jarang: poin 4-5 c. Tidak Pernah: poin 6 (Gibson, 2005)
	b. Tingkat konsumsi energi, karbohidrat, protein, dan lemak	Jumlah kandungan energi dan zat gizi (protein, lemak, karbohidrat) makanan yang dihitung dari hasil konversi semua makanan yang dikonsumsi per hari, yang diukur dengan menggunakan metode <i>food recall</i> 2x24 jam kemudian dibandingkan dengan nilai % AKG	Ordinal	Kategori: Lebih : ≥ 120 % AKG Baik : 100- 119 % AKG Sedang: 80-99 % AKG Kurang : 70-79 %AKG Defisit : <70 %AKG (Depkes RI dalam Supariasa <i>et al.</i> , 2001 dengan modifikasi)
5.	Perkembangan status gizi	Hasil pemantauan status gizi anak berdasarkan hasil penimbangan berat badan anak yang tercatat pada grafik KMS selama 6 bulan	Nominal	a. Tetap : bila berat badan anak hasil penimbangan berada pada jalur pertumbuhan normal (pita warna pada KMS tetap

	terakhir, kemudian dilihat berdasarkan jalur pertumbuhannya atau pita warna pada KMS.	atau mengikuti salah satu pita warna) b. Membaik : bila berat badan anak hasil penimbangan menunjukkan adanya		
No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Skala Data	Kategori
				pengejaran terhadap jalur pertumbuhan normalnya (pita warna pada KMS pindah ke pita warna di atasnya) c. Memburuk : bila berat badan anak hasil penimbangan menunjukkan adanya penyimpangan dari jalur pertumbuhan normalnya (pita warna pada KMS turun ke arah BGM atau naik ke arah gizi lebih) . (Depkes RI, 2002)

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah data yang pengumpulannya dilakukan secara langsung oleh peneliti terhadap sasaran (Budiarto, 2003). Sumber data primer dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 6-23 bulan yang menjadi sampel dalam penelitian. Dalam penelitian ini, data primer yang dikumpulkan adalah sebagai berikut:

Tabel 3.3 Data Primer dan Sumber Data Primer Penelitian

No	Data Primer	Sumber Data Primer
1.	Karakteristik anak usia 6-23 bulan, meliputi: umur dan jenis kelamin	Responden
2.	Karakteristik ibu anak usia 6 – 23 bulan, meliputi: umur, pendidikan, tingkat pengetahuan ibu, pendapatan keluarga, dan status pekerjaan	Responden
3.	Konsumsi makanan meliputi : pola konsumsi dan tingkat konsumsi makanan	Responden
4.	Keaktifan kunjungan ibu ke posyandu	Responden

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang pengumpulannya diperoleh dari orang lain atau tempat lain dan bukan dilakukan oleh peneliti sendiri (Budiarto, 2001). Dalam penelitian ini, data sekunder yang dikumpulkan adalah sebagai berikut:

Tabel 3.4 Data Sekunder dan Sumber Data Sekunder Penelitian

No	Data Sekunder	Sumber Data Sekunder
1.	Data prevalensi KEP per-Puskesmas di Kabupaten Jember tahun 2009	Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
2.	Data partisipasi masyarakat (D/S) per-Puskesmas di Kabupaten Jember tahun 2009	Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
3.	Data anak usia 6-23 bulan di Desa Kamal Kecamatan Arjasa	Polindes Desa Kamal
4.	Perkembangan status gizi anak usia 6-23 bulan	KMS dan buku register Posyandu

3.6 Teknik dan Instrumen Pengambilan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan (Nazir, 2003). Berikut adalah teknik dan alat pengumpulan serta prosedur pengumpulan data yang akan dilakukan dalam penelitian ini:

Tabel 3.5 Teknik dan Alat Pengumpulan Data serta Prosedur Penelitian

No	Variabel Penelitian	Jenis Data	Teknik dan Alat Pengumpulan Data	Prosedur Penelitian
1.	Karakteristik anak usia 6 – 23 bulan meliputi: umur dan jenis kelamin	Data primer	Wawancara menggunakan kuesioner	Peneliti mendatangi responden yang telah terpilih sebagai sampel dan melakukan wawancara.
2.	Karakteristik ibu anak usia 6 – 23 bulan meliputi: umur, pendidikan, tingkat pengetahuan ibu, status pekerjaan, dan pendapatan	Data primer	Wawancara menggunakan kuesioner	Peneliti mendatangi responden yang telah terpilih sebagai sampel dan melakukan wawancara.

3.	keluarga Konsumsi makanan	Data primer	Wawancara menggunakan <i>form food recall 2x24 jam</i> dan <i>food frequency</i>	Peneliti mendatangi responden yang telah terpilih sebagai sampel dan melakukan wawancara.
No	Variabel Penelitian	Jenis Data	Teknik dan Alat Pengumpulan Data	Prosedur Penelitian
4.	Keaktifan kunjungan ibu ke posyandu	Data primer	Wawancara menggunakan kuesioner, observasi KMS dan buku register posyandu	Peneliti mendatangi responden yang terpilih sebagai sampel dan melakukan wawancara.
5.	Perkembangan status gizi anak usia 6-23 bulan	Data sekunder	Observasi KMS dan buku register Posyandu	Peneliti melakukan observasi KMS dan buku register Posyandu

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada data primer dalam penelitian ini adalah kuesioner penelitian, *form food recall 2 X 24 hours*, dan *form food frequency*. Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang ia ketahui (Arikunto, 2006). Dalam penelitian ini, kuesioner ditanyakan melalui wawancara (proses interaksi atau komunikasi secara langsung antara pewawancara dengan responden).

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005). Adapun teknik penyajian data yang dilakukan dalam penelitian ini sebagai berikut:

a. Pemeriksaan data (Editing)

Editing dilakukan sebelum pengolahan data. Data yang telah dikumpulkan dari kuesioner perlu dibaca sekali lagi dan diperbaiki, apabila terdapat hal-hal yang salah atau masih meragukan. Misalnya, melihat lengkap tidaknya kuesioner yang akan

diisi, keterbacaan tulisan, kejelasan makna dan jawaban, dan kesesuaian antara pertanyaan yang satu dengan pertanyaan yang lain. Hal ini dilakukan untuk memperbaiki kualitas data serta menghilangkan keraguan data.

b. Pemeriksaan kode (Coding)

Pemberian kode pada setiap kategori dan variabel yang diteliti, untuk mempermudah melakukan tabulasi dan analisis.

c. Pemberian Skor (Scoring)

Kegiatan ini dilakukan untuk memberikan skor atau nilai dari jawaban dengan nilai tertinggi sampai nilai terendah dari kuesioner yang diajukan kepada para responden.

d. Tabulasi (Tabulating)

Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel sesuai dengan variabel yang diteliti.

3.7.2 Teknik Analisis Data

a. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Tingkat Pengetahuan Ibu

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoadmodjo, 2005). Penelitian ini uji validitas menggunakan teknik *Product Moment* yaitu dengan menghitung hasil korelasi antara masing-masing skor item yang diteliti dengan skor total item. Uji validitas dilakukan dengan bantuan program *Microsoft Excel*. Suatu pertanyaan dikatakan valid jika nilai korelasinya (r_{hitung}) adalah positif dan lebih besar atau sama dengan r_{tabel} . Nilai r_{tabel} untuk 20 responden adalah 0,444 (Juliandi, 2007). Berdasarkan hasil uji validitas 30 pertanyaan dengan menggunakan teknik *Product Moment* yang dilakukan pada 20 responden, menunjukkan bahwa 4 pertanyaan memiliki $r_{hitung} < r_{tabel}$ maka pertanyaan tersebut tidak valid. Jadi, pertanyaan yang dapat digunakan dalam kuesioner penelitian adalah pertanyaan yang valid yaitu 26 pertanyaan.

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoadmodjo, 2005). Nilai untuk pengujian

reabilitas berasal dari skor-skor item kuesioner yang telah diuji validitas dan dinyatakan valid. Item yang tidak valid tidak dilibatkan dalam pengujian reabilitas. Uji reliabilitas menggunakan metode bagi dua (*split half method*) yaitu dengan memisahkan item-item pertanyaan ke dalam ganjil dan genap atau dua bagian yang dipilih secara acak kemudian total skor kedua bagian item pertanyaan tersebut diuji dengan teknik korelasi *Product Moment*. Selanjutnya diuji kembali dengan rumus korelasi *Spearman-Brown* untuk mengetahui koefisien reliabilitas bahan-bahan kuesioner antara belahan-belahan pernyataan secara keseluruhan. Uji reabilitas dilakukan dengan menggunakan bantuan program *Microsoft Excel*. Adapun rumus *Spearman-Brown* adalah sebagai berikut :

$$R = \frac{2 \times r}{(1+r)}$$

$$R = \frac{2 \times 0,87}{(1+0,87)}$$

$$R = \frac{1,74}{1,87}$$

$$R = 0,93$$

Keterangan :

R : Reliabilitas kuesioner

: Hasil korelasi

Berdasarkan uji reliabilitas menggunakan rumus *Spearman-Brown*, didapatkan hasil bahwa $R (0,93) > r_{\text{tabel}} (0,444)$, maka dapat dikatakan bahwa keseluruhan pertanyaan dalam kuesioner tingkat pengetahuan ibu adalah reliabel. Jumlah pertanyaan yang valid dan reliabel adalah 26 pertanyaan (Juliandi, 2007).

b. Analisis Data

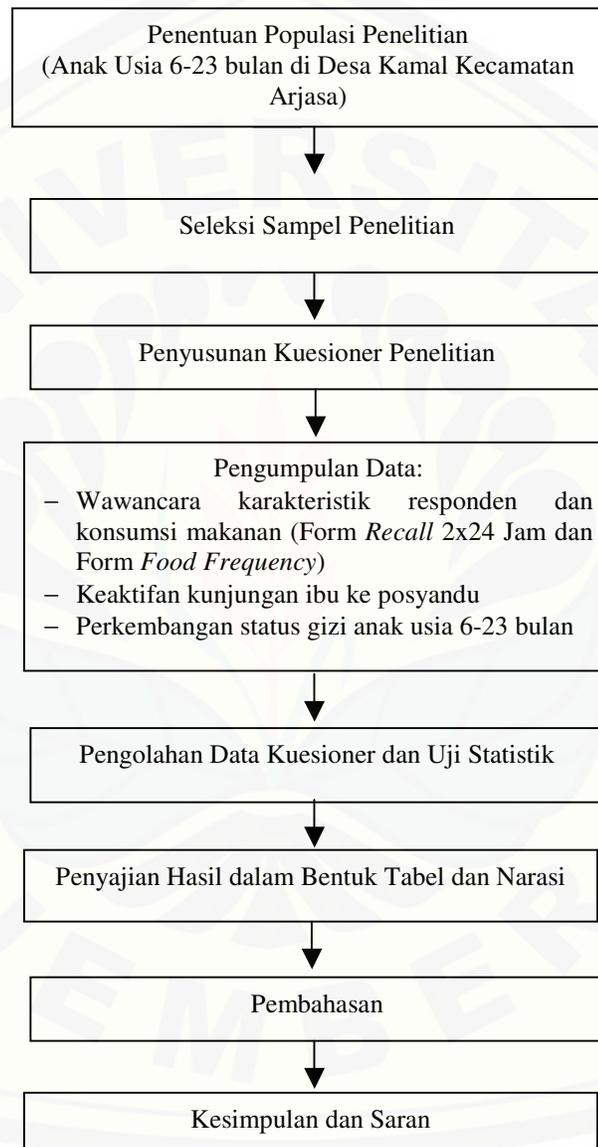
Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis dengan menggunakan uji statistik *Asimetri Lamda L_B* dengan $\alpha = 0,05$. Uji ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6-23 bulan dimana skala data nominal

dan ordinal. Analisis data secara statistik dilakukan dengan menggunakan bantuan *software* program *Statistical Package for the Social Science 11.5* (SPSS).

Pengambilan keputusan didasarkan pada uji signifikansi dengan tingkat kepercayaan 95%, yaitu:

- a. Dikatakan signifikan apabila *p-value* lebih kecil dari α (0,05), maka H_0 ditolak artinya terdapat hubungan keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6-23 bulan.
- b. Dikatakan tidak signifikan apabila *p-value* lebih besar dari α (0,05), maka H_0 diterima artinya tidak terdapat hubungan keaktifan kunjungan ibu ke posyandu dengan perkembangan status gizi anak usia 6-23 bulan.

3.8 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Operasional