

***THE EFFECT OF SUPPLEMENT FEEDING'S TO NUTRITIONAL  
STATUS OF CHILDREN 6 – 59 MONTHS IN WORKING AREA OF  
ANDOOLO UTAMA PUBLIC HEALTH CENTRES BUKE SUBDISTRICT  
SOUTH OF KONAWE REGENCY NOVEMBER – DECEMBER 2014***

**PENGARUH PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN TERHADAP  
STATUS GIZI PADA BALITA 6 – 59 BULAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ANDOOLO UTAMA KECAMATAN BUKE KABUPATEN  
KONAWE SELATAN NOVEMBER – DESEMBER 2014**



**Disusun oleh :  
PUTRI AMALIA ALYANI SUHRI  
10542031911**

**PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR  
2014**

*Lampiran Pengesahan*

PANITIA SIDANG UJIAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
MAKASSAR

Skripsi dengan judul “**GAMBARAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN SANITASI LINGKUNGAN DI DESA KACCIA KELURAHAN BAROMBONG KECAMATAN TAMALATE**” telah diperiksa, disetujui, serta dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar pada:

Hari/Tanggal : Sabtu, 07 Maret 2015

Waktu : 09.00 WITA

Tempat :

Ketua Tim Penguji :

**(dr. Muh. Rum Rahim M.Sc)**

Anggota Tim Penguji :

Anggota I

Anggota II

**(dr. Ami Febriza M.Kes)**

**(Dr. Drs. H. Darwis Muhdina M.Ag)**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAAR  
SKRIPSI, MARET 2015**

**PUTRI AMALIA ALYANI SUHRI**

**MUHAMMAD RUM RAHIM**

**“PENGARUH PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN TERHADAP STATUS GIZI PADA BALITA 6 – 59 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDOOLU UTAMA KECAMATAN BUKE KABUPATEN KONAWE SELATAN NOVEMBER – DESEMBER 2014”.**

**Latar belakang** : Unsur gizi merupakan salah satu faktor penting dalam pembentukan sumber daya manusia yang berkualitas yaitu manusia yang sehat, cerdas, dan produktif. Gizi kurang pada balita tidak hanya menimbulkan gangguan pertumbuhan fisik, tetapi juga mempengaruhi kecerdasan dan produktivitas ketika dewasa. Kementerian Kesehatan melakukan beberapa upaya dalam menangani permasalahan gizi, yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT).

**Tujuan** : Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh PMT terhadap status gizi pada balita 6 – 59 bulan.

**Metode** : Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas Andoolo utama Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara menggunakan design *cross sectional study*. Sampel penelitian ini adalah balita yang berusia 6 – 59 bulan, 100 diantaranya dijadikan sebagai sampel penelitian. Instrumen penelitian untuk mengumpulkan data adalah melalui wawancara, kuisisioner dan Kartu Menuju Sehat (KMS). Tehnik analisis data yang digunakan yaitu statistik deskriptif yang menggunakan uji *chi square* dengan tabel 2 x 2.

**Hasil** : Penelitian pada uji statistik ini menunjukkan bahwa ada pengaruh PMT terhadap Status gizi pada balita 6 – 59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Andoolo Utama yaitu balita dengan gizi kurang sebanyak 19 orang (19 %) dan status gizi baik sebanyak 81 orang (81 %). Dari analisis PMT terdapat PMT rutin sebanyak 78 orang (78%), sedangkan balita yang mendapatkan PMT tidak rutin sebanyak 22 orang (22%) dengan nilai  $P = < 0,000$  ( $p < 0,05$ ), berarti  $H_0$  di tolak dan  $H_a$  diterima.

**Kesimpulan** : Secara statistik dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh PMT terhadap status gizi pada balita dengan sebagian besar balita yang mengikuti PMT rutin memiliki status gizi baik.

**Kata kunci** : Pemberian makanan tambahan (PMT), Status gizi.

**FACULTY OF MEDICINE  
MUHAMMADIYAH UNIVERSITY OF MAKASSAR  
THESIS, MARCH 2015**

**SUHRI, PUTRI AMALIA ALYANI**

**RAHIM, MUHAMMAD RUM**

**“THE EFFECT OF SUPPLEMENT FEEDING’S TO NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN 6 – 59 MONTHS IN WORKING AREA OF ANDOOLU UTAMA PUBLIC HEALTH CENTRES BUKE SUBDISTRICT SOUTH OF KONAWE REGENCY NOVEMBER – DECEMBER 2014”.**

**Background** : Nutrients is one of the important factor in the establishment of qualified human resources that is healthy human, intelligent, and productive. Malnutrition among children not only cause physical growth retardation, but also affect the intelligence and productivity as adults. The Ministry of Health made some efforts in addressing nutrition, namely Supplement Feeding’s (PMT).

**Purpose** : This study aims to determine the effect of PMT on nutritional status of children 6 – 59 months.

**Method** : The research was carried out in the working area of Andoolu Utama Public Health Centres Buke Subdistrict South of Konawe Regency Southeast of Sulawesi Province using cross sectional design. Samples were children aged 6 – 59 months, 100 are used as samples. The research instrument for collecting data is through interviews, questionnaires and National Growth Card (KMS). Data analysis techniques used are descriptive statistics using chi square test with 2 x 2 table.

**Results** : Research on this statistical test showed that there was an effect of PMT on nutritional status in children 6 – 59 months in Andoolu Utama Public health centres that children with malnutrition as many as 19 people (19%) and good nutritional status as many as 81 people (81%). From the analysis of the PMT, routine PMT as many as 78 people (78%), while children who get PMT is not routinely as many as 22 people (22%) with a value of  $P = <0.000$  ( $p <0.05$ ), then  $H_0$  is rejected and  $H_a$  accepted.

**Conclusion** : Statistically, it can be concluded that there are effectt of PMT on nutritional status of children with most of children who followed the routine PMT has a good nutritional status

**Key word** : Supplement feeding’s, Nutritional status

## KATA PENGANTAR



Puji Syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan berkahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul **“PENGARUH PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN TERHADAP STATUS GIZI PADA BALITA 6 – 59 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDOOLO UTAMA KECAMATAN BUKE KABUPATEN KONAWE SELATAN NOVEMBER – DESEMBER 2014”**.

Penulisan skripsi ini merupakan salah satu persyaratan akademis untuk menyelesaikan pendidikan pada Program S1 Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Pada kesempatan ini penulisan mengucapkan banyak terima kasih kepada kedua orang tuaku yang tercinta, ayahanda Ir. Suhri Badawi M.Sc ,dan Ibunda Setia Ningsih Mangidi S.Tp yang tidak pernah berhenti memberikan do’a, semangat, dan bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan tulisan ini.

Saudara-saudaraku : Ahmad Rifqi Syahputra Suhri, Rifda Febri Andari Suhri, dan Andini Efinar Dewi Suhri yang selalu membantu, mendukung serta mendoakan penulis sehingga tulisan ini selesai.

Terima kasih yang tak terhingga kepada Ibunda dr. M. Rum Rahim, M.Kes Selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, memberikan pengarahan dan koreksi kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.

Selanjutnya penulis juga ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Ayahanda Rektor (DR. Irwan Akib, M.Pd) dan segenap birokrasi institusi Universitas Muhammadiyah Makassar yang telah menyediakan fasilitas dan kemudahan berupa instrumen-instrumen di mana penulis menimba ilmu.
2. dr. Mahmud Gaznawie, Ph.D. Sp. PA (K) selaku Ketua Program Studi kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.
3. Segenap dosen Program Pendidikan Dokter Universitas Muhammadiyah Makassar atas ilmu dan doa yang telah diberikan kepada penulis.
4. Segenap jajaran pimpinan dan staf Puskesmas Andoolo Kecamatan Buke, Kabupaten Konawe Selatan, Provinsi Sulawesi Tenggara Kecamatan Tamalate Kota Makassar atas kerjasama dan bimbingannya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Seluruh Keluargaku yang telah membantu dalam penelitian ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.
6. Sahabat – sahabatku (Vania, Jeany, Vera, Tina, Ocha, Westi, I'in, Fira dan Ilham) terima kasih atas dukungan dan semangatnya.
7. Teman – teman Kelompok Belajar “Wanita Soleha” (Atha, Hajar, Dina, Raodah dan Vira) terima kasih atas dukungan dan doanya.
8. Teman – teman serumah dan yang selalu berkunjung (Dwi, Ninis, Wanda dan Lulu) Terimakasih atas batuan, doa dan dukungannya selama ini.

9. Teman – teman kelompok Penelitian (Vira, Aldi dan Ainul) terima kasih atas dukungan dan bantuannya.
10. Semua Keluarga Besar angkatan 2011 “ASTROCYTE”, Yang tidak dapat disebutkan satu persatu, teman seperjuangan yang selalu mendukung dan memberikan semangat selama proses penyusunan skripsi ini.
11. Semua kakak-kakak Angkatan 2008 “CEREBRUM”, 2009 “NEUROGLIA, dan 2010 HIPOTHALAMUS yang tidak bisa di sebutkan satu per satu, terimakasih atas bantuan dukungan dan doanya.
12. Semua adik-adik Angkatan 012 “Trigeminuss”, 013 “Riboflavin” yang memberikan dorongan dan semangat semoga kalian nantinya dapat menjalani penyusunan skripsi seperti ini dengan baik.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna oleh karena itu penulis senantiasa mengharapkan saran dan masukan guna perbaikan skripsi ini, sehingga dapat berguna dan bermanfaat bagi semua pihak yang membacanya, Amin.

Makassar, Februari 2015

Penulis

(Putri Amalia Alyani Suhri)

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Judul</b> .....	i
<b>Lembar Pengesahan</b> .....	ii
<b>Abstrak</b> .....	iii
<b>Abstract</b> .....	iv
<b>Kata Pengantar</b> .....	v
<b>Daftar Isi</b> .....	viii
<b>Daftar Tabel</b> .....	xi
<b>Daftar Gambar</b> .....	xiii
<b>Daftar Lampiran</b> .....	xiv
<b>Bab I Pendahuluan</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Identifikasi Masalah .....	3
C. Batasan Masalah .....	4
D. Batasan Penelitian .....	4
E. Rumusan Masalah .....	4
F. Tujuan Penelitian .....	5
G. Manfaat Penelitian .....	5
<b>Bab II Tinjauan Pustaka</b> .....	7
A. Status Gizi .....	7
B. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi .....	17
C. Pemberian Makanan Tambahan .....	19
D. Kerangka Teori.....	24



<b>Bab III Kerangka Konsep Dan Definisi Operasional</b> .....	25
A. Kerangka Konsep .....	25
B. Variabel Penelitian .....	26
C. Definisi Operasional .....	26
D. Hipotesis .....	29
<b>Bab IV Metodologi Penelitian</b> .....	30
A. Jenis Penelitian .....	30
B. Lokasi & Waktu Penelitian .....	30
C. Populasi Dan Sampel .....	30
D. Teknik Pengambilan Sampel .....	32
E. Jenis Data.....	32
F. Teknik Pengumpulan Data.....	32
G. Teknik Analisis Data .....	33
H. Etika Penelitian .....	33
<b>Bab V Hasil Penelitian</b> .....	34
A. Deskripsi lokasi penelitian.....	34
B. Analisis Univariat.....	37
C. Analisis Bivariat.....	49
<b>Bab VI Pembahasan</b> .....	55
A. Karakteristik Individu.....	55
B. Pemberian Makanan Tambahan.....	57
C. Status Gizi.....	58
D. Analisis Bivariat PMT dengan status gizi .....	63

E. Keterbatasan Penelitian .....	65
<b>Bab VII Tinjauan Keislaman .....</b>	<b>66</b>
<b>Bab VIII Kesimpulan dan Saran.....</b>	<b>72</b>
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>74</b>
<b>Lampiran .....</b>	<b>78</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
2.1	Penilaian Status Gizi berdasarkan Indeks BB/U, TB/U, BB/TB Standart Baku Antropometri WHO-NCHS	17
5.1	Data kependudukan Kecamatan Buke	36
5.2	Jenis kelamin sampel	37
5.3	Umur sampel	38
5.4	Umur Ibu	39
5.5	Pendidikan Ibu	40
5.6	Pekerjaan Ayah	41
5.7	Pekerjaan Ibu	41
5.8	Distribusi pemberian makanan tambahan (PMT) balita	42
5.9	Tanggapan masyarakat mengenai PMT yang diberikan oleh pemerintah	43
5.10	Distribusi status gizi balita berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U)	44
5.11	Peningkatan status gizi berdasarkan KMS	44
5.12	Distribusi asupan makanan sehari-hari	46
5.13	Distribusi berdasarkan riwayat ASI eksklusif	47
5.14	Distribusi berdasarkan riwayat BBLR	47

5.15	Distribusi berdasarkan riwayat imunisasi dasar	48
5.16	Tabulasi silang ASI eksklusif dengan status gizi	49
5.17	Tabulasi silang BBLR dengan status gizi	50
5.18	Tabulasi silang Imunisasi dengan status gizi	51
5.19	19 Langkah-langkah penentuan uji hipotesis.	52
5.20	Pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi	53
5.21	Ringkasan hasil analisis bivariat tentang pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi pada balita	54

## DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
1	Kerangka Teori	24
2	Kerangka Konsep Penelitian	25

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Permohonan sebagai responden penelitian
- Lampiran 2 Persetujuan menjadi responden penelitian
- Lampiran 3 Formulir wawancara dan Kuisisioner pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi pada balita 6 – 59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Andoolo Utama Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan November – Desember 2014
- Lampiran 4 Surat izin penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar
- Lampiran 5 Surat izin Penelitian dari Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Konawe Selatan
- Lampiran 7 Data induk
- Lampiran 8 Output pengolahan dan Analisa data penelitian dengan SPSS versi 21.0
- Lampiran 9 Riwayat hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar belakang**

Unsur gizi merupakan salah satu faktor penting dalam pembentukan sumber daya manusia yang berkualitas yaitu manusia yang sehat, cerdas, dan produktif. Gangguan gizi pada awal kehidupan akan mempengaruhi kualitas kehidupan berikutnya. Gizi kurang pada balita tidak hanya menimbulkan gangguan pertumbuhan fisik, tetapi juga mempengaruhi kecerdasan dan produktivitas ketika dewasa.<sup>1</sup>

Secara langsung gizi kurang tidak mengakibatkan balita-balita meninggal tetapi jelas meningkatkan masalah kesehatan yang dihadapi anak seperti mudah terserang penyakit, tertunda pertumbuhannya, badan cacat yang dimasa mendatang dapat menyebabkan beban bagi pembangunan negara Indonesia. Penderita dengan gizi kurang tersebut sering disebutkan sebagai “*lost generation*”.<sup>2</sup>

Masalah gizi di Indonesia yang terbanyak meliputi gizi kurang atau yang mencakup susunan hidangan yang tidak seimbang maupun konsumsi keseluruhan yang tidak mencukupi kebutuhan badan. Anak balita merupakan kelompok umur yang paling sering menderita kekurangan gizi. Di negara berkembang anak-anak umur 0 - 5 tahun merupakan golongan yang paling rawan terhadap gizi, khususnya pada periode umur 1 - 3 tahun.<sup>3</sup>

Menurut World Health Organisation proporsi anak dibawah umur yang menderita gizi buruk dan gizi kurang (berdasarkan standar WHO)

mengalami penurunan dari 27% di tahun 1990 menjadi 20% di tahun 2005. Lebih dari 50% kematian bayi dan anak terkait dengan gizi kurang dan gizi buruk, oleh karena itu masalah gizi perlu ditangani secara cepat dan tepat.<sup>4</sup> Awal tahun 2007, Departemen Kesehatan melaporkan ada 1,7 juta balita yang berstatus gizi buruk tersebar di seluruh Indonesia. Data menunjukkan prevalensi gizi buruk terus mengalami penurunan dari 9,7% di tahun 2005 menjadi 4,9% di tahun 2010 dan diharapkan di tahun 2015, prevalensi gizi buruk dapat turun menjadi 3,6%. Prevalensi anak balita gizi kurang dan buruk turun 0,5 % dari 18,4% pada 2007 menjadi 17,9% pada 2010.

Kementerian Kesehatan melakukan beberapa upaya dalam menangani permasalahan gizi, seperti: pemberian vitamin A bagi setiap anak, Penyuluhan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), promosi pemberian ASI eksklusif dan penggunaan garam beryodium, pemberian Makanan Pengganti Air Susu Ibu (MP-ASI) dan PMT pemulihan pada anak Balita gizi kurang dan perawatan pada anak Balita gizi buruk.<sup>5</sup>

Pemberian makanan tambahan pada bayi merupakan salah satu upaya pemenuhan kebutuhan gizi bayi sehingga bayi dapat mencapai tumbuh kembang yang optimal.<sup>6</sup> Pemberian makanan tambahan pada bayi adalah pemberian makanan atau minuman yang mengandung zat gizi pada bayi atau anak usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi setelah pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif.<sup>7</sup>

Hasil penelitian tentang pemberian makanan tambahan (PMT) lokal di Puskesmas DTP Ciawi Kabupaten Tasikmalaya oleh Esther pada tahun 2012,



bahwa ada perbedaan status gizi anak balita gizi kurang berdasarkan skor-z indeks BB/TB sebelum dan setelah pemberian makanan tambahan lokal selama 1 bulan, dengan Hasil uji statistik didapatkan nilai rata-rata perbedaan antara status gizi (BB/TB Skor-Z) sebelum dan sesudah pemberian PMT lokal sebesar 0,44 SD dan nilai *p value* sebesar 0,000. Sampel adalah balita dengan status gizi kurus (BB/TB Skor-Z) sebanyak 27 balita yang diambil di 6 desa.<sup>8</sup>

Berdasarkan laporan program gizi puskesmas kabupaten Konawe Selatan tahun 2013, jumlah gizi buruk yaitu 23 kasus, gizi kurang yaitu 981 kasus. Sedangkan tahun 2014, Januari hingga Agustus kasus gizi buruk yaitu 13 kasus, gizi kurang 1003 kasus. Untuk Kecamatan Buke, laporan FIII gizi puskesmas Andoolo utama September 2014, terdaftar 1076 balita usia 6 – 59 bulan, dengan gizi kurang 5 balita dan gizi buruk 1 balita berdasarkan BB/TB.<sup>9</sup>

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk meneliti dampak pemberian makanan tambahan (PMT) terhadap status gizi balita.

## **B. Identifikasi masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas dapat diidentifikasi permasalahan pada penelitian ini yaitu pentingnya unsur gizi dalam pembentukan SDM yang berkualitas, yaitu manusia yang sehat, cerdas dan produktif. Sehingga gangguan gizi pada awal kehidupan akan mempengaruhi kecerdasan dan produktivitas ketika dewasa.

Salah satu upaya kementerian kesehatan untuk menangani permasalahan gizi yaitu pemberian makanan tambahan (PMT).

### **C. Batasan masalah**

Agar penulisan skripsi ini tidak menyimpang dan mengambang dari tujuan yang semula direncanakan sehingga mempermudah mendapatkan data dan informasi yang diperlukan, maka penulis menetapkan batasan-batasan sebagai berikut:

1. Penulis hanya melakukan penelitian pada balita yang hadir pada saat penelitian di Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara.
2. Penulis melihat peningkatan status gizi pada balita 6 – 59 bulan yang mendapatkan PMT melalui KMS.

### **D. Batasan penelitian**

Aspek waktu : Bulan November – Desember 2014

Tempat : Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara

Data : Wawancara dan KMS

Objek : Balita usia 6 – 59 bulan yang hadir pada saat penelitian di daerah Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara

### **E. Rumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang di dapatkan perumusan masalah “apakah pemberian makanan tambahan mempengaruhi status gizi pada balita?”.

## **F. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh Pemberian Makanan Tambahan (PMT) terhadap status gizi pada balita.

### 2. Tujuan Khusus

- a) Mendeskripsikan status gizi pada balita yang mendapatkan pemberian makanan tambahan (PMT).
- b) Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi pada balita dengan pemberian makanan tambahan (PMT).

## **G. Manfaat penelitian**

Hasil penelitian diharapkan dapat memberi manfaat untuk :

### a) Institusi

Analisis data yang disajikan dapat memberikan gambaran tentang keberhasilan program Pemberian makanan tambahan (PMT).

### b) Masyarakat

Sebagai sumber informasi dan pertimbangan dalam membantu menyukseskan program pemberian makanan tambahan (PMT).

### c) Pasien

Mengetahui status gizi balita setelah pemberian makanan tambahan, maka dapat ditentukan tindakan lebih lanjut untuk mempertahankan atau meningkatkan status gizi menjadi lebih baik.

d) Peneliti

Diharapkan penelitian ini dapat menambah pengetahuan serta mempelajari mengenai pemberian makanan tambahan terhadap status gizi pada balita.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Status gizi**

##### **1. Definisi**

Istilah gizi berasal dari bahasa arab “giza” yang berarti zat makanan, dalam bahasa inggris dikenal dengan istilah nutrition yang berarti bahan makanan atau zat gizi atau sering diartikan sebagai ilmu gizi. Lebih luas diartikan sebagai suatu proses organisme menggunakan makanan yang di konsumsi secara normal melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat gizi untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal organ tubuh serta untuk menghasilkan tenaga.<sup>10</sup>

Keadaan gizi merupakan keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat tersedianya zat gizi dalam sumber tubuh.<sup>11</sup>

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari mitriture dalam bentuk variabel tertentu. Sebagai contoh : gizi kurang merupakan keadaan tidak seimbang nya konsumsi makanan dalam tubuh seseorang. Status gizi yaitu keadaan kesehatan individu-individu atau kelompok yang di tentukan derajat kebutuhan fisik akan energi dan zat-zat gizi lain yang di peroleh dari pangan dan makanan yang dampak fisiknya diukur secara antropometri.<sup>12</sup>

Menurut Hammond (2004) dalam Duma (2009), Status gizi berarti penggolongan suatu hasil pengukuran ke dalam tingkat kebutuhan gizi fisiologis seseorang. Sedangkan pengertian lain menyebutkan, status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari status tubuh yang berhubungan dengan gizi dalam bentuk variabel tertentu.<sup>11</sup> Jadi, status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi. Dibedakan atas status gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih.<sup>13</sup> Jadi, ada suatu variabel yang di ukur seperti tinggi badan dan berat badan, nantinya akan di kelompokkan ke dalam kategori gizi misalnya gizi buruk, kurang, baik, dan lebih. Status gizi anak dipengaruhi oleh banyak faktor. Tiga faktor utama yang mempengaruhi status gizi anak yaitu aspek konsumsi, kesehatan anak, dan pengasuhan psikososial.<sup>14</sup>

## **2. Penilaian status gizi**

Penilaian status gizi adalah interpretasi dari data yang di dapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang beresiko atau dengan status gizi buruk.<sup>15</sup>

Tujuan penilaian status gizi menurut Hammond (2004) adalah untuk :

- a. Mengidentifikasi individu yang membutuhkan dukungan nutrisi yang cukup.
- b. Mempertahankan status gizi seseorang.
- c. Mengidentifikasi penatalaksanaan medis yang sesuai.
- d. Memonitor efektivitas intervensi yang telah dilakukan tersebut.<sup>22</sup>

Status gizi seseorang atau sekelompok orang dapat diukur dan dinilai. Menilai status gizi pasien dapat memengaruhi respon tubuh terhadap penyakit dan pengobatan. Tanpa memperhatikan kondisi pasien secara keseluruhan, evaluasi kesehatan gizi pasien merupakan hal penting pada pemeriksaan. Pemeriksaan status gizi pasien termasuk penentuan faktor risiko dari segi nutrisi dan kebutuhan individu. Status gizi dapat berupa gizi baik atau gizi buruk.<sup>11</sup>

Gizi baik, atau nutrisi yang optimal, penting dalam meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan memulihkan kesehatan setelah trauma sakit. Untuk mendapatkan nutrisi optimal, seseorang harus memakan berbagai makanan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, air, dan serat dalam jumlah yang cukup. Gizi buruk, atau malnutrisi, adalah keadaan asupan gizi yang inadekuat atau berlebihan. Keadaan ini paling sering terjadi diantara orang-orang yang hidup dengan kemiskinan, terutama mereka yang lebih membutuhkan nutrisi lebih banyak, seperti pasien manula, ibu hamil, anak-anak, dan bayi.<sup>11</sup>

Status gizi seseorang dapat dinilai secara langsung maupun secara tidak langsung. Secara langsung status gizi dapat dinilai melalui antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Sedangkan penilaian status gizi secara tidak langsung, dapat dinilai dari survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi.<sup>11</sup>

Pada prinsipnya, penilaian status gizi anak serupa dengan penilaian pada periode kehidupan lain. Komponen penilaian status gizi meliputi :

- a. survei asupan makanan,
- b. pemeriksaan biokimia,
- c. pemeriksaan klinis, serta
- d. pemeriksaan antropometris.<sup>16</sup>

Di Indonesia cara yang paling umum dan sering digunakan adalah penilaian status gizi secara antropometri, karena lebih praktis dan mudah dilakukan.<sup>17</sup>

### **3. Antropometri**

Antropometri berasal dari kata *anthropos* dan *metros*. *Anthropos* artinya tubuh dan *metros* artinya ukuran.

Antropometri adalah pengukuran terhadap dimensi dan komposisi tubuh.<sup>15</sup> Antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan gizi.<sup>18</sup>

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal lemak dibawah kulit. Berikut parameter tersebut :



a. Umur

Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Kesalahan penentuan umur akan menyebabkan interpretasi status gizi menjadi salah. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat.<sup>11</sup>

Menurut puslitbang gizi bogor (1980), batasan umur digunakan adalah tahun umur penuh (completed year) dan untuk anak umur 0-2 tahun digunakan bulan usia penuh (completed month).<sup>11</sup>

b. Berat badan

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir (neonatus). Berat badan digunakan untuk mendiagnosis bayi normal atau BBLR. Apabila berat bayi lahir dibawah 2500 gram atau dibawah 2,5 kg.<sup>11</sup>

Berat badan merupakan pilihan utama karena berbagai pertimbangan, antara lain :

- 1) Parameter yang paling baik, mudah terlihat perubahan dalam waktu singkat karena perubahan-perubahan konsumsi makanan dan kesehatan.
- 2) Memberikan gambaran status gizi sekarang dan kalau dilakukan secara periodik memberikan gambaran yang baik tentang pertumbuhan.

- 3) Merupakan ukuran antropometri yang sudah dipakai secara umum dan luas di Indonesia sehingga tidak merupakan hal baru yang memerlukan penjelasan secara meluas.
- 4) Ketelitian pengukuran tidak banyak ditentukan oleh keterampilan pengukur.
- 5) KMS (kartu menuju sehat) yang digunakan sebagai alat yang baik untuk pendidikan dan memonitor kesehatan anak menggunakan juga berat badan sebagai dasar pengisiannya.
- 6) Karena masalah umur merupakan faktor penting untuk penilaian status gizi, berat badan terhadap tinggi badan sudah dibuktikan di mana-mana sebagai indeks yang tidak tergantung pada umur.
- 7) Alat pengukur dapat diperoleh di daerah pedesaan dengan ketelitian yang tinggi dengan menggunakan dacin yang juga sudah dikenal oleh masyarakat.<sup>11</sup>

c. Tinggi badan

Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang, jika umur tidak diketahui dengan tepat. Disamping itu tinggi badan merupakan ukuran kedua yang penting, karena dapat menghubungkan berat badan terhadap tinggi badan (quack stick), faktor umum dapat di kesampingkan.<sup>11</sup>

Pengukuran tinggi badan untuk anak balita yang sudah dapat berdiri dapat dilakukan dengan alat pengukur tinggi “mikrotoa” (microtoise) yang mempunyai ketelitian 0,1 cm.<sup>11</sup>

#### 4. Lingkar lengan atas

Lingkar lengan atass (LLA) dewasa ini merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi, karena mudah dilakukan dan tidak memerlukan alat-alat yang sulit diperoleh dengan harga yang lebih murah. Akan tetapi ada beberapa hal yang perlu mendapat perhatian, terutama jika digunakan sebagai pilihan tunggal indeks status gizi.<sup>11</sup>

#### 5. Lingkar kepala

Lingkar kepala adalah standar dalam ilmu kedokteran anak secara praktis, yang biasanya untuk memeriksa keadaan pathologi dari besarnya kepala atau peningkatan ukuran kepala. Contoh yang sering digunakan adalah kepala besar (hidrosefalus) dan kepala kecil (mikrosefalus).<sup>11</sup>

#### 6. Lingkar dada

Biasanya dilakukan pada anak berumur 2-3 tahun. Karena rasio lingkar kepala dan lingkar dada sama pada umur 6 bulan. setelah umur ini tulang tengkorak tumbuh secara lambat dan pertumbuhan dada lebih cepat.<sup>11</sup>

Menurut WHO (1990) indeks status gizi adalah gabungan dua parameter antropometri yang digunakan untuk menilai status gizi. Sehingga dari parameter yang valid tersebut dapat dinilai empat indeks; Berat Badan

menurut Umur (BB/U), Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Lingkaran Lengan Atas menurut Umur (LLA/U).

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. Indikator antropometri yang umum digunakan untuk menilai status gizi balita adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), lingkaran lengan atas menurut umur (LLA/U).<sup>17</sup> Beberapa indeks antropometri, yaitu:

1. Berat badan terhadap umur (BB/U)

- a) Kelebihan

Lebih mudah dan cepat dimengerti oleh masyarakat, baik untuk mengukur status gizi akut dan kronis, indikator status gizi kurang saat sekarang, sensitive terhadap perubahan kecil, growth monitoring. Pengukuran yang berulang dapat mendeteksi growth failure karena infeksi atau KEP (kekurangan energi protein), dapat mendeteksi kegemukan.<sup>19</sup>

- b) Kekurangan

Kadang umur secara akurat sulit didapat, dapat menimbulkan interpretasi keliru bila terdapat edema maupun asites.<sup>19</sup>

2. Tinggi badan terhadap umur (TB/U)

a) Kelebihan

Baik untuk menilai status gizi masa lampau, alat dapat dibuat sendiri, murah, dan mudah dibawa, indicator kesejahteraan dan kemakmuran suatu bangsa.<sup>19</sup>

b) Kekurangan

TB tidak cepat naik, diperlukan 2 orang untuk melakukan pengukuran, ketepatan umur sulit didapat.<sup>19</sup>

3. Berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB)

a) Kelebihan

Tidak memerlukan data umur, dapat membedakan proporsi badan, dapat menjadi indicator status gizi saat ini.<sup>19</sup>

b) Kekurangan

Karena factor umur tidak dipertimbangkan maka tidak dapat memberikan gambaran apakah anak pendekatan cukup TB atau kelebihan menurut umur, pengukuran relatif lama, sering terjadi kesalahan dalam pembacaan hasil pengukuran.<sup>19</sup>

Dalam pengukuran antropometri yang sering digunakan adalah BB/U karena mempunyai kelebihan yaitu lebih mudah dan lebih cepat di mengerti oleh masyarakat umum baik untuk mengatur status gizi akut dan kronis, berat badan dapat berfluktuasi, sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan kecil, dan dapat mendeteksi kegemukan (overweight).<sup>17</sup>

#### **4. Klasifikasi status gizi**

Klasifikasi status gizi berdasarkan antropometri memerlukan batas ambang (cut-off points) berdasarkan baku rujukan tertentu. Berdasarkan baku WHO-NCHS, ada tiga cara penyajian klasifikasi status gizi, yaitu persen median, skor simpangan baku Z-score, dan persentil. Penyajian publikasi hasil-hasil penelitian pada jurnal internasional lebih banyak menggunakan Z-score. Kemudian diikuti persentil dan persen median dimana persen median jarang di gunakan.<sup>20</sup>

Penentuan klasifikasi status gizi menggunakan Z-score atau standar deviasi unit (SD) sebagai batas ambang kategori digunakan untuk meneliti dan memantau pertumbuhan serta mengetahui klasifikasi status gizi.<sup>12</sup>

Menurut Gibson (2005) dalam rizkya (2008) Klasifikasi status gizi berdasarkan Z-score merupakan suatu metode untuk mengukur deviasi hasil pengukuran antropometri terhadap nilai median baku rujukan. Sistem Z-score ternyata dapat mengidentifikasi lebih jauh batas-batas dari data rujukan yang sesungguhnya. Dengan demikian, sistem Z-score mampu mengklasifikasikan status gizi secara akurat dibanding persen median dan persentil. Selain itu, meskipun menggunakan indeks antropometri yang berbeda, limit yang digunakan, limit yang digunakan klasifikasi status gizi tetap konsisten.<sup>20</sup>

Tabel 1 Penilaian Status Gizi berdasarkan Indeks BB/U, TB/U, BB/TB  
Standart Baku Antropometri WHO-NCHS

No	Indeks yang dipakai	Batas Pengelompokan	Sebutan Status Gizi
1	BB/U	$< -3 \text{ SD}$ $- 3 \text{ s/d } < -2 \text{ SD}$ $- 2 \text{ s/d } +2 \text{ SD}$ $> +2 \text{ SD}$	Gizi buruk Gizi kurang Gizi baik Gizi lebih
2	TB/U	$< -3 \text{ SD}$ $- 3 \text{ s/d } < -2 \text{ SD}$ $- 2 \text{ s/d } +2 \text{ SD}$ $> +2 \text{ SD}$	Sangat Pendek Pendek Normal Tinggi
3	BB/TB	$< -3 \text{ SD}$ $- 3 \text{ s/d } < -2 \text{ SD}$ $- 2 \text{ s/d } +2 \text{ SD}$ $> +2 \text{ SD}$	Sangat Kurus Kurus Normal Gemuk

Sumber : Depkes RI 2004.

### B. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi

Menurut United Nations International Children fund (UNICEF) (1998), gizi kurang pada anak balita disebabkan oleh beberapa faktor yang kemudian diklasifikasikan sebagai penyebab langsung, penyebab tidak langsung, pokok masalah dan akar masalah.

Gizi kurang secara langsung disebabkan oleh kurangnya konsumsi makanan dan adanya penyakit infeksi. Makin bertambah usia anak maka makin bertambah pula kebutuhannya. Konsumsi makanan dalam keluarga dipengaruhi jumlah dan jenis pangan yang dibeli, pemasakan, distribusi dalam keluarga dan kebiasaan makan secara perorangan. Konsumsi juga tergantung pada pendapatan, agama, adat istiadat, dan pendidikan keluarga yang bersangkutan.<sup>13</sup>

Timbulnya gizi kurang bukan saja karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita gizi kurang. Sebaliknya anak yang makan tidak cukup baik maka daya tahan tubuhnya (imunitas) dapat melemah, sehingga mudah diserang penyakit infeksi, kurang nafsu makan dan akhirnya mudah terkena gizi kurang.<sup>21</sup> Sehingga disini terlihat interaksi antara konsumsi makanan yang kurang dan infeksi merupakan dua hal yang saling mempengaruhi.

Menurut Schaible & Kauffman (2007) hubungan antara kurang gizi dengan penyakit infeksi tergantung dari besarnya dampak yang ditimbulkan oleh sejumlah infeksi terhadap status gizi itu sendiri. Beberapa contoh bagaimana infeksi bisa berkontribusi terhadap kurang gizi seperti infeksi pencernaan dapat menyebabkan diare, HIV/AIDS, tuberculosi, dan beberapa penyakit infeksi kronis lainnya bisa menyebabkan anemia dan parasit pada usus dapat menyebabkan anemia. Penyakit Infeksi disebabkan oleh



kurangnya sanitasi dan bersih, pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai, dan pola asuh anak yang tidak memadai.<sup>21</sup>

Menurut UNICEF, Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Rendahnya ketahanan pangan rumah tangga, pola asuh anak yang tidak memadai, kurangnya sanitasi lingkungan serta pelayanan kesehatan yang tidak memadai merupakan tiga faktor yang saling berhubungan. Makin tersedia air bersih yang cukup untuk keluarga serta makin dekat jangkauan keluarga terhadap pelayanan dan sarana kesehatan, ditambah dengan pemahaman ibu tentang kesehatan, makin kecil resiko anak terkena penyakit dan kekurangan gizi. Sedangkan penyebab mendasar atau akar masalah gizi di atas adalah terjadinya krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk bencana alam, yang mempengaruhi ketidak-seimbangan antara asupan makanan dan adanya penyakit infeksi, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita.

21

Menurut WHO 1999 dalam Arisman 2007, Riwayat Imunisasi, riwayat bayi berat lahir rendah (BBLR), riwayat ASI eksklusif, dan diet yang lazim dapat mempengaruhi keadaan gizi kurang.<sup>16</sup>

### **C. Pemberian makanan tambahan (PMT)**

#### **1. Tujuan PMT**

Pemberian makanan tambahan pada balita bertujuan diantaranya untuk melengkapi zat-zat gizi yang kurang karena kebutuhan zat gizi akan semakin meningkat sejalan dengan bertambahnya usia bayi atau anak,

mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai bentuk, tekstur dan rasa, melakukan adaptasi terhadap makanan yang mengandung kadar energi yang tinggi, serta mengembangkan kemampuan mengunyah dan menelan bayi (Depkes, 1992). Selain itu, tujuan dari program PMT adalah mempertahankan dan meningkatkan status gizi balita keluarga miskin.<sup>22</sup>

## **2. Sasaran PMT balita**

Menurut Departemen Kesehatan (1999), sasaran PMT balita adalah balita berusia 12-59 bulan dengan BB/U di bawah garis merah (BGM) pada KMS dan berasal dari keluarga miskin (GAKIN).

## **3. Proses PMT balita**

Proses PMT terdiri dari 3 tahap yaitu perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan, yang harus di sesuaikan dengan petunjuk teknis Program Jaring Pengamanan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) bagi puskesmas.<sup>1</sup>

### **1) Perencanaan**

Pada tahap perencanaan dilakukan penentuan balita sasaran PMT dan penentuan jadwal pendistribusian program PMT balita.

### **2) Pelaksanaan**

Menurut depkes RI tahun 2002, kegiatan pelaksanaan meliputi penentuan jenis makanan, pembelian bahan makanan dan pemberian paket PMT kepada sasaran. Salah satu bentuk PMT balita adalah MP-ASI.

### 3) Pengawasan, pengendalian, dan penilaian.

Pada proses ini, dilakukan pencatatan dan pelaporan dengan mengisi register yang telah ditetapkan oleh departemen kesehatan Republik Indonesia.

Untuk melaksanakan proses diatas diperlukan juga unsur lain yaitu :

#### 1) Tenaga

Menurut departemen kesehatan (1999), tenaga adalah orang yang bertanggung jawab dan mengkoordinir program PMT balita sasaran di wilayah kerja puskesmas. Tenaga berupa Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) di puskesmas dan bidan desa, yang bertugas melaksanakan pembinaan teknis di lapangan.

#### 2) Dana

Menurut Hasibuan (2003), besarnya biaya untuk pengadaan paket PMT balita tergantung dari jumlah sasaran penerima program. Sumber dana didapatkan dari Pemerintah Daerah atau dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD).<sup>1</sup>

#### 3) Sarana

Kartu pencatatan dan formulir pelaporan merupakan sarana pemantauan yang sangat penting . Selain itu diperlukan juga KMS dan timbangan.<sup>1</sup>

#### 4) Bahan

Menurut Departemen Kesehatan (1999), bahan paket berisi kacang hijau, biskuit, gula, susu, telur, dan multivitamin. Isi paket harus

berkualitas baik. Bahan paket makanan yang bisa dibawa pulang adalah beras, telur, gula, dan kacang-kacangan.

#### 5) Metode

Metode berarti cara penyelenggaraan pemberian paket PMT balita kepada sasaran program. <sup>1</sup>

### **4. Jenis PMT balita di kecamatan Buke kabupaten Konawe selatan**

Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Konawe Selatan, PMT balita terbagi atas 2 yaitu, PMT-penyuluhan yang dilakukan di posyandu untuk semua balita dan PMT-pemulihan khusus untuk balita dengan gizi buruk.

#### a. PMT penyuluhan

1) Jenis makanan yang diberikan : Bubur kacang hijau yang dihabiskan di posyandu untuk semua balita, ditambah 5 sachet vitamin Taburia dan 1 dos biskuit untuk dibawa pulang oleh balita gizi baik. Sedangkan untuk balita gizi kurang yaitu 15 sachet vitamin Taburia dan 5 dos biskuit untuk dibawa pulang.

2) Jadwal kegiatan : setiap 1 bulan sekali.

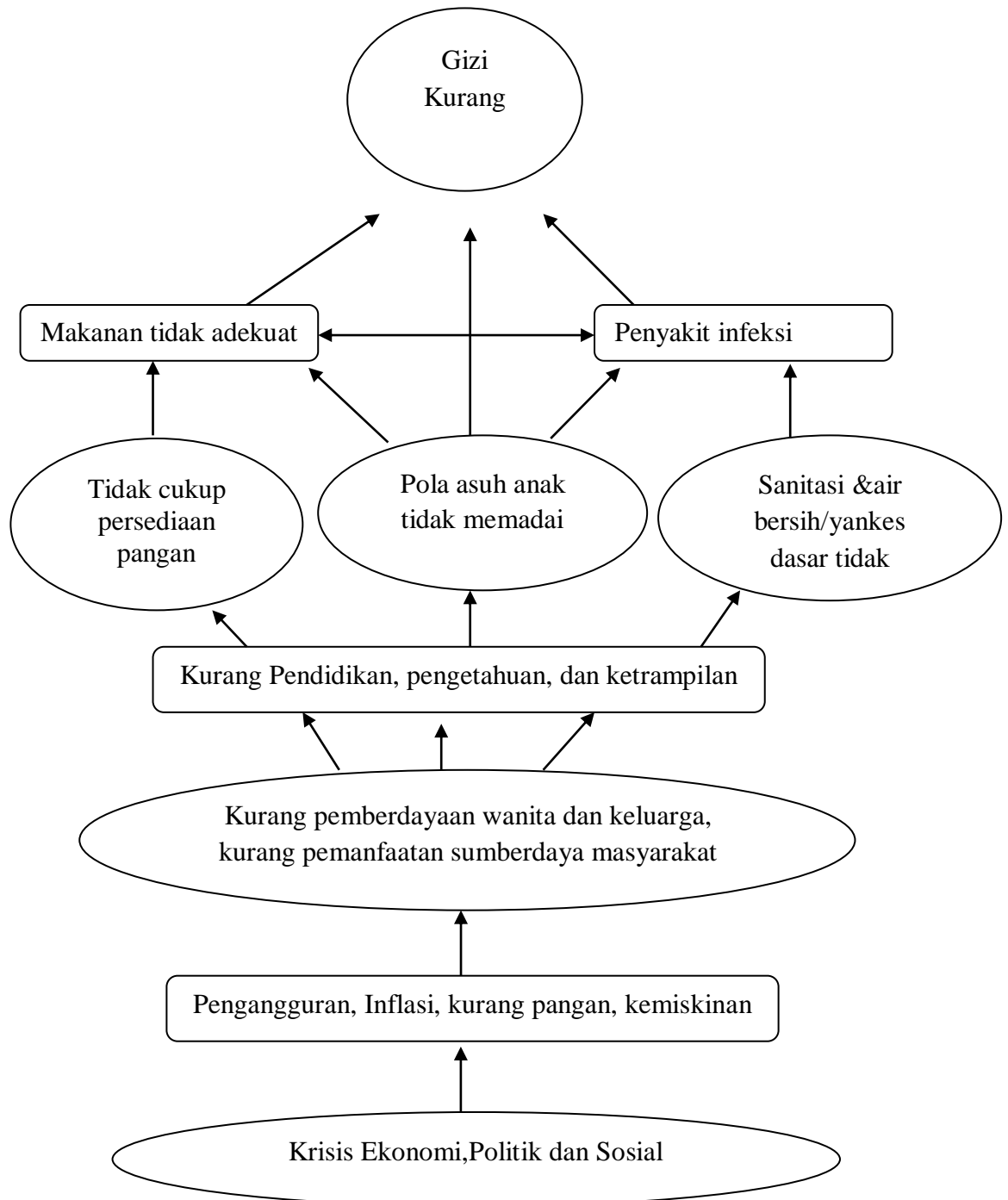
#### b. PMT pemulihan

1) Jenis makanan yang diberikan :

a) Dapat berupa kudapan (makanan kecil) yang dibuat dari bahan makanan setempat (lokal).

- b) Bahan makanan mentah seperti beras, telur, gula, susu, sayur, dll.
  - c) Obat-obatan seperti vitamin Taburia.
  - d) Contoh bahan paket makanan tambahan yang dibawa pulang.
- 2) Jadwal kegiatan : sesuai dengan APBD selama 90 hari atau 3 bulan, diberikan setiap hari atau satu minggu satu kali untuk 7 hari.

#### D. Kerangka Teori



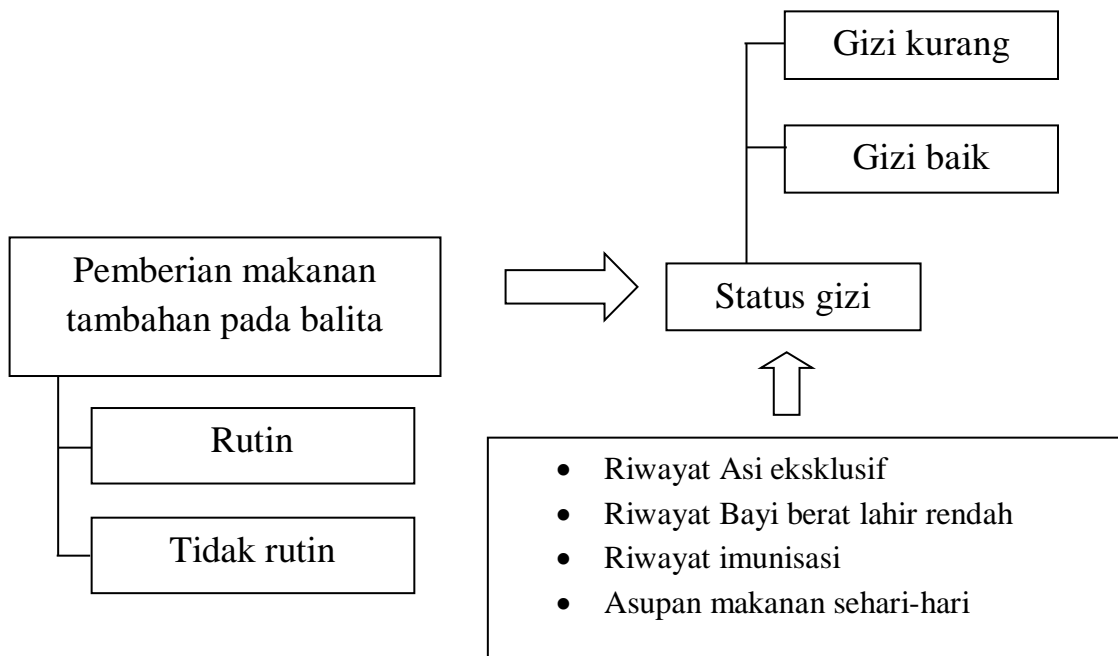
Sumber : UNICEF 1998 dalam sukirman 2000

### BAB III

#### KERANGKA KONSEP

##### A. Kerangka konsep

Berdasarkan tujuan penelitian diatas maka di dapatkan gambaran kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar : Kerangka konsep penelitian

## **B. Variabel penelitian**

Dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu :

1. Variabel idependen : Pemberian makanan tambahan.
2. Variabel dependen : Status gizi.

## **C. Definisi operasional**

### 1. Status gizi

- a. Definisi : Status gizi adalah perubahan keadaan tubuh yang merupakan akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi dan dampak fisiknya akan dilakukan penggolongan yang di ukur secara antropometri.
- b. Skala ukur : Kategorik ordinal
- c. Alat ukur : Timbangan berat badan, Kurva KMS, dan tinta warna (spidol).
- d. Cara pengukuran : KMS record.
- e. Hasil ukur :
  - 1) Gizi Buruk
  - 2) Gizi Kurang
  - 3) Gizi baik
  - 4) Gizi Lebih

### 2. Anak balita

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006), anak balita adalah anak berusia dibawah lima tahun (0-59 bulan). Balita adalah istilah umum



bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Hal ini dapat diketahui dengan melihat tanggal lahir pada data KMS.

3. Pemberian makanan tambahan

- a. Definisi : PMT-penyuluhan yang dilakukan di posyandu untuk semua balita atau PMT-pemulihan khusus untuk balita dengan gizi buruk.
- b. Cara ukur : KMS record/ wawancara.
- c. Hasil ukur :
  - 1) Rutin
  - 2) Tidak rutin
- d. Skala Ukur : Kategorik ordinal

4. Asi eksklusif

- a. Definisi : Asi eksklusif Adalah pemberian air susu ibu saja pada balita sampai mencapai usia 6 bulan, tanpa disertai bahan makanan lain. Informasi yang di dapatkan melalui wawancara kepada ibu balita.
- b. Cara ukur : KMS record / wawancara
- c. Hasil ukur
  - Ya : Jika mendapatkan ASI eksklusif.
  - Tidak : Jika tidak mendapatkan ASI eksklusif.
- d. Skala ukur : Kategorik ordinal

5. Bayi berat lahir rendah (BBLR)

- a. Definisi : Bayi berat lahir rendah adalah bayi dengan berat kurang dari 2500 mg dan diatas 1500 mg. Informasi yang di dapatkan melalui wawancara kepada ibu balita.
- b. Cara ukur : KMS record/ wawancara.
- c. Hasil ukur:
  - Ya : Jika BBLR.
  - Tidak : Jika tidak BBLR.
- d. Skala ukur : Kategorik ordinal

6. Imunisasi

- a. Definisi : adalah stimulasi sistem imun untuk membentuk pertahanan secara aktif. Pemerintah melalui Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) mewajibkan lima jenis vaksin bagi anak-anak Indonesia yaitu, hepatitis B, polio, BCG, DTP, dan campak.
- b. Cara ukur :Wawancara/ KMS record
- c. Hasil ukur :
  - Ya : Jika mendapatkan lima jenis vaksin lengkap.
  - Tidak : Jika tidak mendapatkan lima jenis vaksin lengkap.
- d. Skala ukur : Kategorik ordinal

7. Asupan makanan sehari-hari

- a. Definisi : Adalah makanan yang biasa dikonsumsi sehari-hari. Bahan makanan yang mengandung tenaga, zat pembangun dan

zat pengatur. Informasi didapatkan dengan wawancara kepada ibu balita.

b. Cara ukur : KMS record / Wawancara

c. Hasil ukur : Deskripsi jawaban responden.

#### **D. Hipotesis**

##### 1. Hipotesis nul

Tidak terdapat pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap peningkatan status gizi pada balita.

##### 2. Hipotesis alternatif

Terdapat pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap peningkatan status gizi pada balita.

## **BAB IV**

### **METODELOGI PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian yang dilakukan bersifat *Observational-Analitik* dengan desain *cross sectional study* yang bertujuan untuk melihat pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi pada balita di Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara November – Desember 2014

#### **B. Lokasi dan waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas Andoolo utama Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara. Pada kecamatan Buke terdapat 16 desa dengan masing-masing 1 posyandu, jadi terdapat 16 posyandu.

Waktu penelitian dilakukan pada November - Desember 2014.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah semua Balita usia 6 – 59 bulan yang mendapatkan Pemberian makanan tambahan (PMT) di wilayah kerja puskesmas Andoolo Utama Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara.

## 2. Kriteria inklusi dan eksklusi

### a. Kriteria inklusi

- 1) Bersedia berpartisipasi dalam penelitian
- 2) Berusia dibawah 5 tahun (6-59 bulan).
- 3) Semua balita yang mendapatkan PMT baik PMT penyuluhan atau PMT pemulihan

### b. Kriteria eksklusi

- 1) Tidak bersedia mengikuti penelitian.
- 2) Balita yang mempunyai penyakit penyerta lainnya

## 3. Sampel

Berdasarkan data bulan september 2014, terdapat 1076 balita usia 6 – 59 bulan di wilayah kerja puskesmas Andoolo utama di Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi tenggara. Penarikan sampel dilakukan dengan menggunakan rumus slovin, yaitu :

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

Dimana, n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

d = galat pendugaan

$$n = \frac{1076}{1 + 1076 \cdot 0,1^2}$$

$$n = 91,49 = 92 \text{ Balita}$$

#### **D. Teknik pengambilan sampel**

Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu *simple random sampling*.

#### **E. Jenis Data**

Jenis data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data primer yaitu dengan teknik wawancara langsung terhadap ibu balita yang hadir pada saat penelitian, sedangkan data sekunder yaitu menggunakan Kartu menuju sehat (KMS) balita di wilayah kerja puskesmas Andoolo utama Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan provinsi Sulawesi Tenggara.

#### **F. Teknik Pengumpulan Data**

##### 1. Data Primer

Data primer adalah data yang langsung diperoleh dari sumber data pertama di lokasi penelitian atau objek penelitian. Untuk penelitian ini, data primer diperoleh melalui kuisisioner dan wawancara yang ditanyakan langsung kepada ibu balita yang mendapatkan PMT wilayah kerja puskesmas Andoolo utama Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan provinsi Sulawesi Tenggara november – desember 2014.

##### 2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder dari data yang kita butuhkan. Sumber data sekunder diharapkan dapat berperan membantu mengungkap data yang diharapkan. Untuk penelitian ini, data sekunder yang digunakan yaitu kartu menuju sehat (KMS) dimana terdapat status gizi berdasarkan

pengukuran BB/U yang telah di ukur oleh kader puskesmas Andoolo utama.

#### **G. Teknik Analisis Data**

Data yang telah dikumpulkan akan dianalisis dengan menggunakan SPSS versi 21.

#### **H. Etika penelitian**

1. Sebelum memberikan persetujuan tertulis, peneliti akan memberikan penjelasan lisan.
2. Setiap subjek akan dijamin kerahasiaan atas informasi yang diberikan.
3. Sebelum melakukan penelitian, maka peneliti akan meminta izin kepada institusi yang terkait.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Deskripsi Lokasi penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Andoolo Utama Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan, Provinsi Sulawesi Tenggara.

##### 1. Keadaan Geografi

Puskesmas Andoolo Utama terletak di Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan dengan keadaan geografis sebagai berikut :

##### a) Letak dan batas wilayah

Kecamatan Buke merupakan salah satu bagian wilayah dari Kabupaten Konawe Selatan yang terletak di sebelah barat Andoolo yang merupakan ibukota kabupaten Konawe Selatan. Dari segi geografis kecamatan Buke terdiri dari dataran dengan batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Landono.
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Baito dan Palangga.
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Andoolo.
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Benua.



b) Luas wilayah

Kecamatan Buke merupakan wilayah dataran yang memiliki wilayah seluas 185,59 Km<sup>2</sup> atau 4,11 % dari luas wilayah dataran Kabupaten Konawe Selatan. Kecamatan Buke mempunyai 16 wilayah desa.

c) Topografi

Kecamatan Buke terdiri dari desa bukan Pesisir pantai secara keseluruhan, dengan topografi hamparan. Keadaan ini sangat potensial bagi masyarakat untuk pengembangan sektor pertanian serta perkebunan.

2. Keadaan demografi

Wilayah kerja Puskesmas Andoolo utama melingkupi 16 desa yang berada di Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan dengan data kependudukan sebagai berikut :

Tabel 5.1 Data kependudukan Kecamatan Buke

No.	Nama Desa	Luas wilayah Km <sup>2</sup>	Laki-laki	Perempuan	Jumlah Jiwa	Jumlah Kepala Keluarga
1.	Adaka Jaya	392	475	434	909	279
2.	Adayu Indah	76,37	304	221	525	133
3.	Andoolo Utama	658	992	967	1959	535
4.	Anggokoti	477	531	395	926	312
5.	Asembu Mulya	11,51	413	387	800	285
6.	Awalo	466	523	461	984	265
7.	Buke	17,10	574	566	1139	294
8.	Pelandia	600	446	436	882	210
9.	Puduria Jaya	851	275	271	546	148
10.	Rahamenda	10,11	402	365	767	212
11.	Ranooha Lestari	579	356	377	733	189
12.	Silea Jaya	786	745	722	1467	417
13.	Tetenggo Lasa	287	421	442	863	227
14.	Tirta Martani	393	370	353	723	228
15.	Wulele Jaya	828	379	302	681	221
16.	Wonua Maroa	788	300	421	721	181
Total		185,33	7.506	7.120	14.626	4.136

*Sumber : Buke dalam angka*

## B. Analisis univariat

Beberapa Karakteristik yang dapat diamati adalah jenis kelamin, umur balita, umur ibu, pekerjaan orang tua, berat badan, kerutinan pemberian makanan tambahan yang dilaksanakan, tanggapan masyarakat mengenai pemberian makanan tambahan dalam hal ini penampilan, porsi, penyajian dan variasi, status gizi berdasarkan berat dan umur, peningkatan berat badan berdasarkan KMS, makanan yang dikonsumsi sehari-hari, riwayat pemberian ASI eksklusif, riwayat BBLR, dan riwayat imunisasi.

### 1. Jenis kelamin sampel

Dari hasil penelitian didapatkan 56 orang (56 %) sampel penelitian berjenis kelamin perempuan, sedangkan 44 orang (44 %) berjenis kelamin laki-laki. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut ini :

Tabel 5.2 Jenis kelamin sampel

Jenis kelamin	N	%
Laki-laki	44	44
Perempuan	56	56
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.2, jumlah sampel terbanyak adalah perempuan yaitu 56 %, sedangkan laki-laki yaitu 44 %.

### 2. Umur sampel

Dari hasil penelitian didapatkan 15 orang (15 %) berumur 6 - 12 tahun, 47 orang (47 %) berumur 13 – 24 bulan, 22 orang (22 %) berumur

25 - 36 bulan, 9 orang (9 %) berumur 37 – 48 bulan, 7 orang (7 %) berumur 49 – 59. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini :

Tabel 5.3 Umur sampel

Umur (bulan)	N	%
6 – 12	15	15
13 – 24	47	47
25 – 36	22	22
37 – 48	9	9
49 – 59	7	7
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.3, sebagian besar sampel berumur 13 – 24 bulan yaitu sebanyak 47 %. Yang selanjutnya di urutkan dari yang terbanyak ke yang terkecil yaitu berumur 25 - 36 bulan sebanyak 22 %, berumur 6 - 12 tahun sebanyak 15 %, berumur 37 – 48 bulan sebanyak 9 %, dan berumur 49 – 59 sebanyak 7 %.

### 3. Umur ibu

Dari hasil penelitian didapatkan 5 orang (5 %) berumur dibawah 20 tahun, 83 orang (83 %) berumur 20 – 35 tahun, 12 orang (12 %) berumur diatas 35 tahun. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut ini :

Tabel 5.4 Umur ibu

Umur (tahun)	N	%
< 20	5	5
20 – 35	83	83
> 35	12	12
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.4, sebagian besar ibu sampel berusia 20 – 35 tahun yaitu sebesar 83 %.

#### 4. Pendidikan ibu

Dari hasil penelitian didapatkan 10 orang (10 %) berpendidikan terakhir SD (Sekolah Dasar), 12 orang (12 %) berpendidikan terakhir SMP (Sekolah Menengah Pertama), 70 orang (70 %) berpendidikan terakhir SMA/SMK (Sekolah Menengah Atas/Sekolah Menengah kejuruan), dan 8 orang (8 %) berpendidikan terakhir Perguruan Tinggi. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut ini :

Tabel 5.5 Pendidikan Ibu

Pendidikan	N	%
SD	10	10
SMP	12	12
SMA	70	70
Perguruan Tinggi	8	8
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.5 , sebagian besar ibu sampel berpendidikan terakhir SMA/SMK yaitu sebesar 70 %.

#### 5. Pekerjaan Ayah

Dari hasil penelitian didapatkan 2 orang (2 %) bekerja sebagai PNS, 64 orang (64 %) bekerja sebagai petani, 31 orang (31 %) bekerja sebagai wiraswasta, 1 orang (1 %) bekerja sebagai pedagang, 2 orang (2 %) bekerja sebagai tukang bangunan. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut ini :

Tabel 5.6 Pekerjaan Ayah

Pekerjaan	N	%
PNS	2	2
Petani	64	64
Wiraswasta	31	31
Pedagang	1	1
Tukang bangunan	2	2
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.6, sebagian besar ayah sampel bekerja sebagai petani yaitu sebesar 64 %.

#### 6. Pekerjaan Ibu

Dari hasil penelitian didapatkan 65 orang (65 %) merupakan ibu rumah tangga (IRT), 3 orang (3 %) bekerja sebagai wiraswasta, 32 orang (32 %) bekerja sebagai petani. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini :

Tabel 5.7 Pekerjaan Ibu

Pekerjaan	N	%
IRT	65	65
Wiraswasta	3	3
Petani	32	32
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.7, sebagian besar ibu sampel merupakan ibu rumah tangga (IRT) yaitu sebesar 65 %.

#### 7. Pemberian makanan tambahan (PMT)

Pemberian makanan tambahan dalam penelitian ini adalah program pemberian makanan tambahan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Konawe selatan berupa PMT penyuluhan yang di berikan kepada semua balita. Dalam hal ini adalah tentang rutin atau tidak rutinnya balita tersebut dalam mengikuti atau mendapatkan PMT ini.

Distribusi balita berdasarkan PMT yang menjadi objek penelitian yaitu, sebanyak 100 balita. Balita yang mendapatkan PMT rutin sebanyak 78 orang (78%), sedangkan balita yang mendapatkan PMT tidak rutin sebanyak 22 orang (22%). Hasil dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut ini :

Tabel 5.8 Distribusi pemberian makanan tambahan (PMT) balita.

PMT	N	%
Rutin	78	78
Tidak rutin	22	22
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.8, sebagian besar sampel mengikuti program pemberian makanan tambahan secara rutin yaitu sebesar 78 %.

Dalam penelitian ini, peneliti juga menilai tanggapan masyarakat dalam hal ini orang tua balita mengenai PMT yang diberikan oleh pemerintah berdasarkan penampilan, porsi, penyajian, dan variasi PMT



tersebut. Didapatkan hasil 2 orang (2 %) beranggapan sedang dan 98 orang (98 %) beranggapan baik. Hasil dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut ini :

Tabel 5.9 Tanggapan masyarakat mengenai PMT yang diberikan oleh pemerintah.

PMT	N	%
Sedang	2	2
Baik	98	98
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.9, sebagian besar masyarakat memberikan tanggapan bahwa pemberian makanan tambahan yang dilaksanakan pemerintah termasuk kategori baik yaitu sebesar 98 %.

#### 8. Status gizi

Status gizi dalam penelitian ini yaitu berdasarkan berat badan menurut umur yang didapatkan melalui KMS (kartu menuju sehat).

Distribusi status gizi berdasarkan berat badan menurut umur dari 100 balita sebagai sampel penelitian yaitu didapatkan status gizi kurang sebanyak 19 orang (19 %), status gizi baik sebanyak 81 orang (81 %). Hasil dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut ini :

Tabel 5.10 Distribusi status gizi balita berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U).

Status gizi (BB/U)	N	%
Gizi Kurang	19	19
Gizi Baik	81	81
Total	100	100

*Sumber : Data Kartu menuju sehat (KMS)*

Berdasarkan tabel 5.10, sebagian besar sampel memiliki status gizi baik yaitu sebesar 81 %.

Sedangkan peningkatan berat badan berdasarkan KMS didapatkan 21 orang (21 %) garisnya menurun yang artinya berkurang, 6 orang (6 %) garisnya mendatar yang artinya tetap, 73 orang (73 %) garisnya menanjak yang artinya meningkat. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini :

Tabel 5.11 Peningkatan status gizi berdasarkan KMS

KMS	N	%
Berkurang	21	21
Tetap	6	6
Meningkat	73	73
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.11, sebagian besar sampel mengalami peningkatan berat badann dari bulan sebelumnya yaitu sebesar 73 %.

#### 9. Asupan makanan sehari-hari

Distribusi asupan makanan sehari-hari yaitu didapatkan 51 orang (51 %) mengkonsumsi nasi, ikan dan sayur, 19 orang (19 %) mengkonsumsi nasi, ikan, sayur dan buah, 8 orang (8 %) mengkonsumsi nasi dan sayur, 5 orang (5 %) mengkonsumsi bubur kacang hijau, biskuit dan buah, 4 orang (4 %) mengkonsumsi Bubur (nasi) dan biskuit, 4 orang (4 %) mengkonsumsi nasi, ikan, sayur dan biskuit, 3 orang (3 %) mengkonsumsi nasi, sayur dan buah, 3 orang (3 %) mengkonsumsi nasi, sayur dan biskuit, 2 orang (2 %) mengkonsumsi nasi dan ikan, 1 orang (1 %) mengkonsumsi nasi, sayur, biskuit dan buah. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.12 berikut ini :

Tabel 5.12 Distribusi asupan makanan sehari-hari.

Asupan sehari-hari	N	%
Nasi, ikan, sayur	51	51
Nasi, ikan, sayur, buah	19	19
Nasi, sayur	8	8
Bubur kacang hijau, biskuit, buah	5	5
Nasi, ikan, sayur, biskuit	4	4
Bubur (nasi), biskuit	4	4
Nasi, sayur, buah	3	3
Nasi, sayur, biskuit	3	3
Nasi, ikan	2	2
Nasi, sayur, biskuit, buah	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.12, sebagian besar sampel mengkonsumsi nasi, ikan dan sayur yaitu sebesar 51 %.

#### 10. Riwayat ASI eksklusif

Distribusi berdasarkan riwayat ASI eksklusif yaitu didapatkan 16 orang (16 %) memiliki riwayat tidak mendapatkan ASI eksklusif dan 84 orang (84 %) memiliki riwayat mendapatkan ASI eksklusif. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut ini :

Tabel 5.13 Distribusi berdasarkan riwayat ASI eksklusif.

ASI eksklusif	N	%
Tidak	16	16
Ya	84	84
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.13, sebagian besar sampel memiliki riwayat mendapatkan ASI eksklusif yaitu sebesar 84 %.

#### 11. Riwayat bayi berat lahir rendah (BBLR)

Distribusi berdasarkan riwayat BBLR yaitu didapatkan 88 orang (88 %) memiliki riwayat tidak BBLR dan 12 orang (12 %) memiliki riwayat BBLR. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.14 berikut ini :

Tabel 5.14 Distribusi berdasarkan riwayat BBLR.

BBLR	N	%
Tidak BBLR	88	88
BBLR	12	12
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.14, sebagian besar sampel memiliki riwayat tidak BBLR yaitu sebesar 88 %

#### 12. Riwayat imunisasi dasar

Distribusi berdasarkan riwayat imunisasi dasar yaitu didapatkan 7 orang (7 %) memiliki riwayat imunisasi dasar tidak lengkap dan 93 orang

(93 %) memiliki riwayat imunisasi dasar lengkap. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.15 berikut ini :

Tabel 5.15 Distribusi berdasarkan riwayat imunisasi dasar

Imunisasi	N	%
Tidak lengkap	7	7
Lengkap	93	93
Total	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.15, sebagian besar sampel memiliki riwayat imunisasi dasar lengkap yaitu sebesar 93 %.

### C. Hasil Analisis Bivariat

#### 1. Tabulasi silang

##### a. ASI eksklusif dengan status gizi

Adapun hasil yang didapatkan berdasarkan tabulasi silang yaitu dari 84 orang yang mendapatkan ASI eksklusif, 77 orang (91,7 %) memiliki status gizi baik sedangkan 7 orang (8,3 %) memiliki status gizi kurang. Dari 16 orang yang tidak mendapatkan ASI eksklusif, 12 orang (75 %) memiliki status gizi kurang sedangkan 4 orang (25 %) memiliki status gizi baik. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.16 berikut ini :

Tabel 5.16 Tabulasi silang ASI eksklusif dengan status gizi

ASI eksklusif	Status gizi				Total	
	Kurang		Baik		N	%
	N	%	N	%		
Tidak	12	75	4	25	16	100
Ya	7	8,3	77	91,7	84	100
Total	19	19	81	81	100	100

*Sumber : Data primer*

Berdasarkan tabel 5.6, proporsi status gizi baik pada balita yang memiliki riwayat ASI eksklusif lebih besar yaitu 91,7 % daripada status gizi baik pada balita yang memiliki riwayat tidak mendapatkan ASI eksklusif yaitu 25 %.

b. BBLR dengan status gizi

Adapun hasil yang didapatkan berdasarkan tabulasi silang yaitu dari 88 orang yang tidak BBLR, 71 orang (80,7 %) memiliki status gizi baik sedangkan 17 orang (19,3 %) memiliki status gizi kurang. Dari 12 orang yang BBLR, 2 orang (16,7 %) memiliki status gizi kurang sedangkan 10 orang (83,3 %) memiliki status gizi baik. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.17 berikut ini :

Tabel 5.17 Tabulasi silang BBLR dengan status gizi

Riwayat BBLR	Status gizi				Total	
	Kurang		Baik		N	%
	N	%	N	%		
BBLR	2	16,7	10	83,3	12	100
Tidak BBLR	17	19,3	71	80,7	88	100
Total	19	19	81	81	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan tabel 5.17, proporsi status gizi baik pada balita yang memiliki riwayat BBLR lebih besar yaitu 83,3 % dibandingkan dengan yang memiliki riwayat tidak BBLR yaitu 80,7 %.

c. Imunisasi dengan status gizi

Adapun hasil yang didapatkan berdasarkan tabulasi silang yaitu dari 93 orang yang memiliki riwayat imunisasi lengkap, 80 orang (86 %) memiliki status gizi baik sedangkan 13 orang (14 %)



memiliki status gizi kurang. Dari 7 orang yang memiliki riwayat imunisasi tidak lengkap, 6 orang (85,7 %) memiliki status gizi kurang sedangkan 1 orang (14,3 %) memiliki status gizi baik. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.18 berikut ini :

Tabel 5.18 Tabulasi silang Imunisasi dengan status gizi

Imunisasi	Status gizi				Total	
	Kurang		Baik		N	%
	N	%	N	%		
Tidak lengkap	6	85,7	1	14,3	7	100
Lengkap	13	14	80	86	93	100
Total	19	19	81	81	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan tabel 5.18, proporsi status gizi baik pada balita yang memiliki riwayat imunisasi dasar lengkap lebih besar yaitu 86 % daripada status gizi baik pada balita yang memiliki riwayat immunisasi dasar tidak lengkap yaitu 14,3 %.

## 2. Pemberian makanan tambahan dengan status gizi

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi. Pengujian hipotesis penelitian ini menggunakan uji *Chi Square*. Pengujian data penelitian menggunakan bantuan program SPSS versi 21.00 for Windows berikut langkah-langkah penentuan uji hipotesis.

Tabel 5.19 Langkah-langkah penentuan uji hipotesis.

	Langkah	Jawaban
1	Menentukan variabel yang dihubungkan	Variabel yang dihubungkan adalah: - Pemberian makanan tambahan dan status gizi
2	Menentukan jenis hipotesis	Komparatif
3	Menentukan masalah skala variable	Kategorik
4	Menentukan pasangan/tidak pasangan	Tidak berpasangan
5	Menentukan jenis tabel B x K	2 x 2

Kesimpulan:

Uji yang digunakan adalah uji *Chi-Square* bila memenuhi syarat. Bila tidak memenuhi syarat uji *Chi-Square* digunakan uji alternatifnya yaitu uji Fisher.

*Sumber: Statistik Kedokteran dan Kesehatan*

Adapun hasil penelitian dari pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi adalah sebagai berikut :

Tabel 5.20 Pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi.

PMT	Status gizi						P	OR	95% CI	
	kurang		Baik		Total				Lower	Upper
	N	%	N	%	N	%				
Tidak rutin	13	59,1	9	40,9	22	100	0.000	17,333	5,274	56,972
Rutin	6	7,7	72	92,3	78	100				
Total	19	19	81	81	100	100				

Berdasarkan tabel 5.20, dapat diketahui bahwa Balita dengan PMT tidak rutin yang memiliki status gizi kurang sebanyak 13 orang (59,1%) dan status gizi baik sebanyak 9 orang (40,9 %). Sedangkan Balita yang mendapatkan PMT rutin yang memiliki status gizi kurang sebanyak 6 orang (7,7%) dan status gizi baik sebanyak 72 orang (92,3 %).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai  $P = < 0,000$  ( $p < 0,05$ ), berarti  $H_0$  di tolak dan  $H_a$  diterima. Hal ini berarti terdapat pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi pada balita. Selain itu di dapatkan bahwa prevalens odd ratio (POR) adalah 17,333 dengan batas bawah (lower) dan batas atas (upper) nilai confidence interval 95% (CI 95%) adalah 5,274 dan 56, 972, yang berarti bahwa balita yang diberikan PMT secara rutin 17,333 kali lebih besar kemungkinannya memiliki status gizi baik dibandingkan dengan bayi yang mengikuti PMT secara tidak rutin.

Tabel 5.21 Ringkasan hasil analisis bivariat tentang pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi pada balita.

Pengaruh		p-value	OR	95 % confidence interval		Kesimpulan
				Lower	Upper	
Pemberian makan tambahan dengan status gizi pada balita		0.000	17,333	5,274	56,972	Ho Di tolak

Berdasarkan tabel 5.21, dapat disimpulkan Ho ditolak dan Ha di terima. Dengan demikian terdapat pengaruh pemberian makanan tambahan dengan status gizi.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Penelitian dilakukan untuk mengetahui apakah pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap status gizi balita yang dilaksanakan di wilayah Kerja Puskesmas Andoolo utama, Kecamatan Buke Kabupaten Konawe selatan. Jumlah subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sehingga dijadikan sampel penelitian, yaitu sebanyak 100 balita. Hasil penelitian yang diperoleh akan dibahas sebagai berikut.

#### **A. Karakteristik individu**

##### **1. Umur balita dan jenis kelamin**

Sampel penelitian terdiri dari 100 balita dengan laki-laki berjumlah 44 orang dan perempuan berjumlah 56 orang. Sedangkan umur sampel terdiri dari 15 orang berumur 6 - 12 tahun, 47 orang berumur 13 – 24 bulan, 22 orang berumur 25 - 36 bulan, 9 orang berumur 37 – 48 bulan, 7 orang berumur 49 – 56. Umur sampel yang terbanyak adalah umur 13 – 24 bulan yaitu berjumlah 47 orang.

Menurut Istiono dkk, Usia dan jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap status gizi.<sup>23</sup> Sebuah studi dari India, menemukan bahwa semua jenis kelamin memiliki kemungkinan yang sama untuk menjadi kurus dan pendek.<sup>24</sup>

Semua balita dengan jenis kelamin laki-laki ataupun perempuan memiliki peluang untuk memiliki Status gizi kurang ataupun baik. Hal ini tidak terlepas

dari faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi seperti asupan nutrisi, ASI eksklusif, dan Imunisasi.

## **2. Usia ibu**

Menurut WHO, kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Menurut Manuaba (1998) untuk mendorong kesehatan reproduksi yang optimal ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu salah satunya Jangan hamil sebelum berumur 20 tahun atau setelah 35 tahun.<sup>25</sup>

Pada sampel penelitian Umur ibu yang terbanyak adalah 20 – 35 tahun yaitu sebanyak 83 orang dimana ini merupakan usia kesehatan reproduksi.

## **3. Pendidikan ibu**

Pendidikan ibu memegang peranan penting dalam menentukan status gizi anak, karena ada hubungannya dengan kualitas perawatan kesehatan dan makanan. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu cenderung mempunyai anak dengan status gizi baik.<sup>26</sup>

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan 70 % ibu berpendidikan terakhir SMA/SMK dan 8 % berpendidikan terakhir Perguruan tinggi, artinya 78 % ibu sampel memiliki pendidikan yang menengah dan tinggi.

## **4. Pekerjaan orang tua**

Keadaan ekonomi merupakan faktor penting dalam menentukan jumlah dan macam barang atau bahan makanan yang tersedia di rumah tangga, akan tetapi itu merupakan faktor tidak langsung dan faktor penentu utama baik atau

buruknya keadaan gizi seseorang atau kelompok.<sup>26</sup> Salah satu penyebab gizi kurang secara langsung adalah kurangnya konsumsi makanan, yang dimana konsumsi juga tergantung pada pendapatan.<sup>13</sup>

Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar ayah dari balita tersebut bekerja sebagai petani yaitu sebanyak 64 orang. Sedangkan untuk ibu dari balita sebagian besar merupakan ibu rumah tangga yaitu sebanyak 65 orang, dimana dapat di katakan bahwa sebagian besar keluarga sampel termasuk keluarga dengan berpendapatan rendah. Namun dengan sebagian besar ibu yang merupakan IRT akan memiliki lebih banyak waktu untuk pelayanan anaknya.

## **B. Pemberian makanan tambahan**

Pemberian makanan tambahan yang merupakan salah satu program dinas kesehatan Kabupaten Konawe Selatan memiliki tujuan salah satunya yaitu melengkapi zat-zat gizi yang kurang karena kebutuhan zat gizi akan semakin meningkat sejalan dengan bertambahnya usia bayi atau anak .

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa balita yang mendapatkan PMT rutin sebanyak 78 orang (78%), sedangkan balita yang mendapatkan PMT tidak rutin sebanyak 22 orang (22%). Hal ini menunjukkan bahwa 78 dari 100 balita mengikuti program pemberian makanan tambahan secara rutin maksudnya secara teratur setiap bulannya sedangkan 22 dari 100 balita tidak mengikuti pemberian makanan tambahan tersebut secara rutin.

Tanggapan masyarakat dalam hal ini orang tua balita mengenai pemberian makanan tambahan yang diberikan oleh pemerintah Kabupaten Konawe Selatan

melalui Puskesmas Andoolo utama didapatkan hasil 2 orang (2 %) beranggapan sedang dan 98 orang (98 %) beranggapan baik. Hal ini menunjukkan 98 dari 100 orang menyatakan bahwa pemberian makanan tambahan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Andoolo termasuk kategori baik dari tiga kategori yaitu kurang, sedang dan baik berdasarkan penampilan, porsi, penyajian, dan variasi PMT tersebut.

Makanan yang diberikan yaitu bubur kacang hijau yang dimakan di tempat, 5 bungkus vitamin sachet yang dibawa pulang, dan 1 dos biskuit untuk balita dengan status gizi baik, sedangkan balita dengan status gizi kurang, bubur kacang hijau dimakan di tempat, 15 sachet vitamin sachet dan 5 dos biskuit untuk balita dengan status gizi baik. Namun, terdapat keluhan mengenai variasi makanan tambahan yang diberikan pemerintah, yang diharapkan kedepannya akan lebih di tingkatkan lagi.

### **C. Status gizi**

Status gizi berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U) Dari 100 balita, didapatkan status gizi kurang sebanyak 19 orang (19 %), status gizi baik sebanyak 81 orang (81 %). Pada penelitian ini didapatkan juga Peningkatan gizi menurut KMS dengan membandingkan bulan November dan Desember yaitu 21 orang (21 %) garisnya menurun yang artinya berat badan berkurang, 6 orang (6 %) garisnya mendatar yang artinya berat badan tetap, 73 orang (73 %) garisnya menaik yang artinya berat badan meningkat.

Adapun faktor-faktor yang mempertahankan dan membantu dalam peningkatan status gizi adalah sebagai berikut:



## **1. Asupan makanan sehari-hari**

Asupan makanan harian merupakan salah satu faktor yang mempertahankan dan membantu dalam peningkatan status gizi setelah PMT. Nutrisi yang cukup dibutuhkan untuk pertumbuhan, perbaikan dan perawatan aktivitas-aktivitas dalam tubuh.<sup>27</sup>

Gizi seimbang bagi bayi dan balita terdiri atas golongan sumber tenaga, golongan zat sumber pembangun, golongan sumber zat pengatur. Golongan sumber tenaga terdiri dari karbohidrat (nasi, roti, mi, tepung-tepungan, singkong, kentang, gula dan hasilnya) dan lemak (margarin, minyak, santan,dll). Golongan zat sumber pembangun seperti daging, ikan, susu, ayam, tahu, tempe dan kacang-kacangan. Golongan sumber zat pengatur terdiri dari vitamin dan mineral yang terdapat didalam sayuran dan buah-buahan. Namun, untuk mendapatkan menu sehat seimbang perlu menerapkan slogan "Empat Sehat Lima Sempurna", yaitu susunan menu yang terdiri dari makanan pokok, lauk hewani dan nabati, sayur, buah dan susu.<sup>28</sup>

Berdasarkan hasil penelitian 51 orang mengkonsumsi nasi, ikan dan sayur, 19 orang mengkonsumsi nasi, ikan, sayur dan buah 4 orang mengkonsumsi nasi, ikan, sayur dan biskuit. Artinya 74 % memenuhi asupan nutrisi gizi seimbang bagi balita, namun tidak satupun yang memenuhi "empat sehat lima sempurna", hal ini dapat disebabkan karena status ekonomi yang kurang memadai, dimana sebagian besar ayah sampel bekerja sebagai petani.

Berdasarkan tabel 5.10 status gizi menurut BB/U terdapat 81 % memiliki status gizi baik, dan dari 74 % Balita yang memenuhi asupan nutrisi seimbang dan sehat umumnya memiliki status gizi baik. Sehingga dapat dikatakan bahwa asupan makanan sehari-hari merupakan salah satu faktor penting dalam menunjang status gizi balita.

## **2. Riwayat ASI eksklusif**

Menurut WHO 2006, definisi ASI eksklusif adalah bahwa bayi hanya menerima ASI dari ibu, atau pengasuh yang diminta memberikan ASI dari ibu, tanpa penambahan cairan atau makanan padat lain, kecuali sirup yang berisi vitamin, suplemen mineral atau obat.

Menurut Depkes RI 2004, ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur nol sampai enam bulan. Bahkan air putih tidak diberikan dalam tahap ASI eksklusif ini.

Berdasarkan hasil penelitian, distribusi riwayat ASI eksklusif yaitu didapatkan 16 orang memiliki riwayat tidak mendapatkan ASI eksklusif dan 84 orang memiliki riwayat mendapatkan ASI eksklusif. Kemudian dari 84 orang yang memiliki riwayat ASI eksklusif terdapat 77 orang yang memiliki status gizi baik dan 7 orang yang memiliki status gizi kurang . Dan dari 16 orang yang memiliki riwayat tidak mendapatkan ASI eksklusif terdapat 4 orang yang memiliki status gizi baik dan 12 orang yang memiliki status gizi kurang. Hal ini menunjukkan, proporsi status gizi baik pada balita yang memiliki riwayat ASI eksklusif lebih besar yaitu 91,7 % daripada status gizi baik pada balita yang memiliki riwayat tidak mendapatkan ASI eksklusif

yaitu 25 %. Dengan demikian pada penelitian ini, secara proporsional terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat ASI eksklusif dan status gizi balita. Sehingga riwayat ASI eksklusif merupakan salah satu faktor penting dalam menunjang status gizi balita.

Dibandingkan dengan orang dewasa, kebutuhan bayi akan zat gizi boleh dibilang sangat kecil. Namun, jika diukur berdasarkan persentase berat badan, kebutuhan bayi akan zat gizi ternyata kebutuhan orang dewasa, hampir 2 kali lipat. Makanan pertama dan utama bayi tentu saja Air susu ibu. Air susu ibu sangat cocok untuk memenuhi kebutuhan bayi dalam segala hal : karbohidrat dalam ASI berupa laktosa, lemaknya banyak mengandung *polyunsaturated fatty acid* (asam lemak tak jenuh ganda), protein utamanya laktalbumin yang mudah dicerna, kandungan vitamin dan mineralnya banyak, rasio kalsium fosfat sebesar 2 : 1 yang merupakan kondisi yang ideal bagi penyerapan kalsium.<sup>28</sup>

### **3. Riwayat bayi berat lahir rendah**

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram).<sup>29</sup>

Distribusi berdasarkan riwayat BBLR yaitu didapatkan 88 orang memiliki riwayat tidak BBLR dan 12 orang memiliki riwayat BBLR. Kemudian dari 88 orang yang tidak BBLR, 71 orang memiliki status gizi baik dan 17 orang memiliki status gizi kurang. Dari 12 orang yang BBLR, hanya 2 orang memiliki status gizi kurang sedangkan 10 orang memiliki status gizi baik. Hal ini menunjukkan proporsi status gizi baik pada balita yang memiliki

riwayat BBLR lebih besar yaitu 83,3 % dibandingkan dengan yang memiliki riwayat tidak BBLR yaitu 80,7 %.

Hal ini berbeda dengan teori yang menyatakan bahwa anak yang dilahirkan dengan berat badan rendah berpotensi menjadi anak dengan gizi kurang, bahkan menjadi buruk.<sup>30</sup> Namun, pada penelitian Muqni dkk, mengenai Hubungan Berat Badan Lahir Dan Pelayanan KIA Terhadap Status Gizi Anak Balita Di Kelurahan Tamamaung Makassar tahun 2012 menyatakan tidak ada hubungan antara berat badan lahir dengan status gizi berdasarkan BB/TB.<sup>31</sup>

Ketidaksesuaian pada penelitian kali ini dapat disebabkan karena terpenuhinya Asupan nutrisi, baik itu mengikuti program pemberian makanan tambahan secara rutin ataupun asupan nutrisi sehari-hari yang memenuhi gizi seimbang dan adekuat, riwayat pemberian ASI eksklusif dan riwayat imunisasi yang lengkap pada bayi dengan berat lahir rendah tersebut.

#### **4. Riwayat Imunisasi**

Imunisasi adalah usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin kedalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu. Vaksin adalah bahan yang dipakai untuk merangsang pembentukan zat anti yang dimasukkan ke dalam tubuh melalui suntikan, seperti vaksin BCG, DPT, Campak dan melalui mulut, seperti vaksin polio.<sup>32</sup> Pemerintah melalui Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) mewajibkan lima jenis vaksin bagi anak-anak Indonesia yaitu, hepatitis B, polio, BCG, DTP, dan campak.

Distribusi berdasarkan riwayat imunisasi dasar yaitu didapatkan 7 orang memiliki riwayat imunisasi dasar tidak lengkap dan 93 orang memiliki riwayat imunisasi dasar lengkap. Adapun hasil yang didapatkan berdasarkan tabulasi silang yaitu dari 93 orang yang memiliki riwayat imunisasi lengkap, 80 orang memiliki status gizi baik sedangkan 13 orang memiliki status gizi kurang. Dari 7 orang yang memiliki riwayat imunisasi tidak lengkap, 6 orang memiliki status gizi kurang sedangkan 1 orang memiliki status gizi baik. Hal ini menunjukkan proporsi status gizi baik pada balita yang memiliki riwayat imunisasi dasar lengkap lebih besar yaitu 86 % daripada status gizi baik pada balita yang memiliki riwayat immunisasi dasar tidak lengkap yaitu 14,3 %. Dengan demikian pada penelitian ini, secara proporsional terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat imunisasi dasar lengkap dengan status gizi balita. Sehingga riwayat ASI eksklusif merupakan salah satu faktor penting dalam menunjang status gizi balita.

#### **D. Analisis bivariat pemberian makanan tambahan dan status gizi**

Berdasarkan tabel 5.20 dapat diketahui bahwa Balita dengan PMT tidak rutin yang memiliki status gizi kurang sebanyak 13 orang (59,1%) dan status gizi baik sebanyak 9 orang (40,9 %). Sedangkan Balita yang mendapatkan PMT rutin yang memiliki status gizi kurang sebanyak 6 orang (7,7%) dan status gizi baik sebanyak 72 orang (92,3 %). Secara proporsi terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian makanan tambahan secara rutin dengan status gizi.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai  $P = < 0,000$  ( $p < 0,05$ ), berarti  $H_0$  di tolak dan  $H_a$  diterima. Hal ini berarti terdapat pengaruh pemberian makanan

tambahan terhadap status gizi pada balita. Selain itu di dapatkan bahwa prevalens odd ratio (POR) adalah 17,333 dengan batas bawah (lower) dan batas atas (upper) nilai confidence interval 95% (CI 95%) adalah 5,274 dan 56, 972, yang berarti bahwa balita yang diberikan PMT secara rutin 17,333 kali lebih besar kemungkinannya memiliki status gizi baik dibandingkan dengan bayi yang mengikuti PMT secara tidak rutin.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Esther rizal dkk, tentang pemberian makanan tambahan (PMT) lokal secara rutin selama 1 bulan di Puskesmas DTP Ciawi Kabupaten Tasikmalaya oleh Esther pada tahun 2012, bahwa ada perbedaan status gizi anak balita gizi kurang berdasarkan skor-z indeks BB/TB sebelum dan setelah pemberian makanan tambahan lokal selama 1 bulan, dengan Hasil uji statistik didapatkan nilai rata-rata perbedaan antara status gizi (BB/TB Skor-Z) sebelum dan sesudah pemberian PMT lokal sebesar 0,44 SD dan nilai *p value* sebesar 0,000. Sampel adalah balita dengan status gizi kurus (BB/TB Skor-Z) sebanyak 27 balita yang diambil di 6 desa.<sup>8</sup>

Menurut Sudjono Triwinarto dan Irawati N (1999) dalam Esther rizal (2012) mengatakan bahwa pemberian PMT yang berkualitas dan mencukupi kebutuhan gizi secara terus menerus dapat berpengaruh baik terhadap peningkatan derajat kesehatan anak.<sup>8</sup>

. Adapun balita dengan PMT tidak rutin namun memiliki status gizi baik, hal ini dapat disebabkan terpenuhinya Asupan nutrisi sehari-hari dengan gizi seimbang dan adekuat, riwayat ASI eksklusif dan riwayat imunisasi dasar yang

lengkap. PMT merupakan suatu wadah yang disediakan pemerintah bagi balita untuk mempertahankan dan meningkatkan status gizi menjadi lebih baik.

#### **E. Keterbatasan penelitian**

Kekurangan dalam penelitian ini yaitu desain penelitian yang digunakan adalah cross sectional yaitu seluruh variabel yang diteliti baik variabel dependen maupun variabel independen yang dikumpulkan dalam satu waktu, hal ini dikarenakan adanya keterbatasan waktu, dana dan sarana. Selain itu, penelitian ini menggunakan data sekunder yaitu KMS (Kartu Menuju Sehat) sehingga status gizi yang didapatkan hanya berdasarkan berat badan menurut umur.

## BAB VII

### TINJAUAN KEISLAMAMAN

Gizi berasal dari bahasa arab, dari kata *Ghidza* tapi dibaca dalam dialeg Mesir sebagai *Ghidzi* yang bararti makanan. Ilmu Gizi adalah ilmu yang mempelajari tentang bahan atau zat-zat yang terkandung dalam makanan, seperti protein, karbohidrat, vitamin dan lain-lain.<sup>33</sup>

Allah Swt mengeluarkan perintah makan melalui wahyunya berupa isyarat-isyarat dalam Alquran kepada manusia dengan tujuan agar kita dapat bertahan hidup, mempunyai kesehatan tubuh yang prima, baik fisik dan mental, sehingga dapat menjalankan tugas-tugas kekhalifaaan di muka bumi dengan sebaik-baiknya.<sup>33</sup>

Berikut beberapa perintah Al Qur'an yang berhubungan dengan gizi, yaitu :

#### A. Memakan makanan yang halal dan baik



" Dan makanlah makanan yang halal lagi baik dari apa yang Allah telah rezezikikan kepadamu, dan bertakwalah kepada Allah yang kamu beriman kepada-Nya." (QS. Al Maidah : 88)

Allah memerintahkan kita untuk memakan makanan yang bukan cuma halal, tapi juga baik (Halalan Thoyyiban) agar tidak membahayakan tubuh kita.



Bahkan perintah ini disejajarkan dengan bertaqwa kepada Allah, sebagai sebuah perintah yang sangat tegas dan jelas. Perintah ini juga ditegaskan dalam ayat yang lain, seperti yang terdapat pada Surat Al Baqarah 168 yang artinya:

يَأْتِيهَا النَّاسُ كُلُّوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوتِ  
الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُبِينٌ ﴿١٦٨﴾

*“Hai sekalian manusia, makanlah yang halal lagi baik dari apa yang terdapat di bumi, dan janganlah kamu mengikuti langkah-langkah syaitan; karena sesungguhnya syaitan itu adalah musuh yang nyata bagimu”*

Pertama kita ketahui, halal itu bukan sekedar halal makanannya, tapi juga dari sumber bagaimana mendapatkannya pun harus halal. Kalau sumbernya haram seperti korupsi, mencuri, merampok, menggusur tanah rakyat dengan harga yang rendah, maka makanan yang dimakan pun meski sebetulnya halal, tetap haram. Dan akan membuat si pemakannya disiksa di api neraka.<sup>34</sup> Nabi berkata:

*“Tiap tubuh yang tumbuh dari (makanan) yang haram maka api neraka lebih utama membakarnya.”* (HR. Ath-Thabrani)

Sesungguhnya Allah baik dan tidak menerima kecuali yang baik-baik. Allah menyuruh orang mukmin sebagaimana Dia menyuruh kepada para rasul, seperti firmanNya dalam surat Al Mukminun ayat 52: *“Hai rasul-rasul, makanlah dari makanan-makanan yang baik-baik dan kerjakanlah amal yang shaleh.”* Allah

juga berfirman dalam surat Al Baqarah 172: *“Hai orang-orang yang beriman makanlah di antara rezeki yang baik-baik.”* Kemudian Rasulullah menyebut seorang yang melakukan perjalanan jauh, rambutnya kusut dan wajahnya kotor penuh debu menadahkan tangannya ke langit seraya berseru: “Ya Robbku, Ya Robbku”, sedangkan makanannya haram, minumannya haram, pakaiannya haram dan dia diberi makan dari yang haram pula. Jika begitu bagaimana Allah akan mengabulkan doanya? (HR. Muslim).<sup>34</sup>

Semua yang berasal dari laut adalah halal untuk dimakan, sebagaimana ayat berikut ini:

*“Dihalalkan bagimu (ikan) yang ditangkap di laut dan makanan yang berasal dari laut” (QS Al Maidah : 94) .*

Selain halal, makanan juga harus baik. Meski halal tapi jika tidak baik, hendaknya tidak kita makan. Di antara kriteria makanan yang baik adalah:

1. Bergizi tinggi
2. Makanan lengkap dan berimbang. Waktu SD kita belajar makanan 4 sehat 5 sempurna seperti nasi/jagung, lauk/pauk, sayuran, buah-buahan, dan terakhir susu. Semua makanan tersebut mengandung karbohidrat, protein, vitamin, dan mineral yang dibutuhkan oleh tubuh kita. Ada baiknya ditambah dengan herbal seperti madu, pasak bumi, habbatus saudah, minyak zaitun, dan sebagainya agar tubuh kita sehat.
3. Tidak mengandung zat-zat yang membahayakan bagi kesehatan kita, misalnya kolesterol tinggi atau bisa memicu asam urat kita.

4. Alami. Tidak mengandung berbagai zat kimia seperti pupuk kimia, pestisida kimia, pengawet kimia (misalnya formalin), pewarna kimia, perasa kimia (misalnya biang gula/aspartame, MSG, dsb)
5. Masih segar. Tidak membusuk atau basi sehingga warna, bau, dan rasanya berubah
6. Tidak berlebihan. Makanan sebaik apa pun jika berlebihan, tidak baik.<sup>34</sup>

B. Perintah menyusui maksimal selama 2 tahun

وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ  
 الرِّضَاعَةَ وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ  
 إِلَّا وُسْعَهَا لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَالِدِهِ وَعَلَى  
 الْوَارِثِ مِثْلُ ذَلِكَ فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا عَنْ تَرَاضٍ مِنْهُمَا وَتَشَاوُرٍ فَلَا  
 جُنَاحَ عَلَيْهِمَا وَإِنْ أَرَدْتُمْ أَنْ تَسْرِعُوا بِوَالِدِكُمْ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْكُمْ إِذَا  
 سَلَّمْتُمْ مَا آتَيْتُم بِالْمَعْرُوفِ وَاتَّقُوا اللَّهَ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ بِمَا تَعْمَلُونَ  
 بَصِيرٌ

“Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah memberi makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara yang makruf. Seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan juga seorang ayah karena anaknya, dan waris pun berkewajiban demikian. Apabila keduanya ingin menyapih (sebelum dua tahun) dengan kerelaan keduanya dan permusyawaratan, maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin anakmu disusukan oleh orang

*lain, maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut yang patut. Bertakwalah kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha Melihat apa yang kamu kerjakan.”* (QS. Al Baqarah : 233)

Itulah pentingnya perhatian seorang ibu terhadap anaknya dalam hal pemberian ASI. Allah telah mewajibkan bagi seorang ibu untuk menyusui anaknya selama dua tahun karena diketahui bahwa masa-masa itu bayi benar-benar membutuhkan sentuhan kasih sayang murni dari seorang ibu.

Indonesia masih termasuk dalam lima besar Negara yang terparah mengalami kasus gizi buruk. Menurut data UNICEF bahwa pada tahun 2011 balita penyandang gizi buruk di Indonesia sebesar 40% yang tidak hanya terjadi di pedesaan tapi juga di perkotaan.<sup>35</sup>

Dalam islam gizi buruk merupakan tanggung jawab Negara karena tugas Negara adalah memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya. Hal ini tentu sesuai dengan hadis yang diriwayatkan oleh Bukhari dan Muslim *“Kamu semuanya adalah penanggung jawab atas gembalanya. Maka, Pemimpin adalah Penggembala dan dialah yang harus selalu bertanggung jawab terhadap gembalanya.”* (Hr. , Al-Bukhâri, Muslim, Abû Dâwûd dan At-Tirmîdzi dari Ibn Umar).

Ustadzah Ratna memaparkan dalam Seminar Hari Gizi, bahwa akar dari permasalahan gizi buruk adalah diterapkannya sistem kapitalis. Di dalam sistem ini kekayaan hanya tersebar di kalangan tertentu atau tidak terdistribusi secara merata dan terjadi monopoli bahan pangan. Ditambah lagi adanya perusahaan pemilik modal besar yang menguasai pangan dari hulu hingga hilir. Terkait hal ini

Khilafah sebagai model terbaik Negara yang menyejahterakan mempunyai cara khas dalam menyelesaikannya. Adapun langkah Islam dalam mengatasi gizi buruk adalah dengan memberikan jaminan pemenuhan kebutuhan pokok pangan, ketersediaan pangan dan keterjangkauannya bagi individu masyarakat, dan mewujudkan kemandirian pangan Negara.<sup>35</sup>

Dengan demikian sudah selayaknya dalam islam negara memberikan pelayanan sebaik baiknya kepada rakyat. Tentu salah satu diantaranya memberikan asupan gizi yang cukup bagi rakyatnya. Karena itu semua merupakan tanggung jawab negara. Dalam sirah pun di ceritakan bagaimana seorang khalifah Umar Bin Khatab setiap malam datang tidak pernah tidur nyeyak. Hal ini di khawatirkan karena masih terdapat masyarakatnya kelaparan. Maka tidak heran Khalifah Umar sering melakukan sidak ke rumah-rumah penduduknya untuk melihat bagaimana kondisi rakyatnya. Ketika ditemukan terdapat keluarga yang sedang memasak batu, maka Khalifah Umar langsung bergegas memangku sekarung gandum untuk keluarga miskin tersebut. Perbuatan Khalifah Umar dapat dijadikan contoh oleh para pemimpin negeri ini, demi terciptanya masyarakat bergizi baik dan sehat fisik maupun mental.

## **BAB VIII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Pemberian makanan tambahan secara rutin setiap bulannya pada balita usia 6 – 59 bulan dapat mempengaruhi status gizi balita tersebut menjadi lebih baik.
2. Balita yang mendapatkan PMT secara rutin sebagian besar memiliki status gizi baik, dibandingkan balita yang mendapatkan PMT secara tidak rutin. Oleh karena itu, Balita yang diberikan PMT secara rutin 17,333 kali lebih besar kemungkinannya memiliki status gizi baik dibandingkan dengan bayi yang mengikuti PMT secara tidak rutin.
3. Beberapa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi status gizi pada penelitian kali ini yaitu yaitu Asupan nutrisi sehari-hari, riwayat ASI eksklusif, dan riwayat imunisasi.

#### **B. Saran**

1. Diharapkan kegiatan pemberian makanan tambahan tetap diterapkan dan lebih ditingkatkan lagi sebagai metode atau cara untuk mendapatkan status gizi lebih baik.
2. Perlunya dilakukan penyuluhan lebih lanjut tentang pentingnya program pemberian makanan tambahan, asupan nutrisi sehari-hari sehat dan seimbang, ASI eksklusif, dan imunisasi.
3. Untuk masa kedepannya, diperlukan penelitian lebih lanjut tentang pemberian makanan tambahan yang dilaksanakan pemerintah kabupaten

Konawe Selatan dan mengidentifikasi faktor resiko terjadinya gizi kurang pada balita Kecamatan Buke.

## DAFTAR PUSTAKA

Handayani L, Surahma A M, Nani N. Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Anak Balita. Yogyakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan; 2008.

Adisasmito Wiku. Rancangan Undang-Undang Ri Tentang Pemberian Makanan Tambahan Dan Pemeriksaan Kesehatan Berkala Bagi Anak Usia 1 (Satu) Sampai Dengan 12 (Dua Belas) Tahun. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia; 2008.

Suhardjo. Perencanaan Pangan Dan Status Gizi. Jakarta: Bumi Aksara; 2003.

World Health Organization. World Health Statistic. France; 2009

Departemen Kesehatan Ri. Kesehatan Erat Kaitannya Dengan Asupan Gizi. Jakarta; 2014.

Sulastri. Gambaran Pola Pemberian Makanan Pendamping Asi Dan Tumbuh Kembang Anak Usia 0-24 Bulan Di Kelurahan Labuhan Deli Kecamatan Medan Marelan Tahun 2004. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara; 2004.

Departemen Kesehatan RI. Pedoman Umum Pemberian MP-ASI Lokal. Surabaya : Baku Husada; 2006.

Rizal Esther, Lilik Hidayanti. Dampak Pemberian Makanan Tambahan (Pmt) Lokal Terhadap Peningkatan Status Gizi (Bb/Tb Skor-Z) Pada Balita Gizi Kurus. Tasikmalaya; 2012.



Dinas Kesehatan Konawe Selatan. Laporan Pencapaian Indikator Kinerja Pembinaan Gizi Masyarakat Kabupaten Konawe Selatan. Konawe Selatan; 2014.

Irianto, Djoko P. Panduan Gizi Lengkap Keluarga Dan Olahragawan. Yogyakarta : Andi Yogyakarta; 2006.

Supariasa I D N, Bachyar B, Ibnu F. Penilaian Status Gizi. Jakarta : Egc; 2012.

Hermawan Arief. Jaringan Saraf Tiruan Teori Dan Aplikasi. Yogyakarta : Andi Yogyakarta; 2006.

Almatsier S. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama; 2005.

Martianto D, Riyadi H, Hastuti D, Alfiasari, Briawan D. Penilaian Situasi Pangan Dan Gizi Di Kabupaten Lembata, Provinsi Ntt. Departemen Gizi Dan Masyarakat: Institut Pertanian Bogor; 2006.

Hartiyanti Y, Triyanti. Penilaian Status Gizi. Jakarta : Rajagrafindo; 2007.

Arisman. Gizi Dalam Daur Kehidupan. Jakarta : Egc; 2007.

Anggraeni Reni, Aviarini Indrarti. Klasifikasi Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks Antropometri (Bb/U) Menggunakan Jaringan Saraf Tiruan. Universitas Gunadarma : Fakultas Ilmu Komputer Dan Teknologi Informasi; 2010.

Hasdianah, Sandu Siyoto, Yuly Peristyowati. Gizi, Pemanfaatan Gizi, Diet, Dan Obesitas. Yogyakarta : Nuha Medika; 2014.

Cynthia Anggraeni Adisty. Asuhan Gizi Nutritional Care Process. Yogyakarta; 2012.

Putri Rizkiya Nur Annisa. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta Berdasarkan IMT Menurut Umur Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancoran

Mas, Depok, Tahun 2008. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2008.

Soekirman. 2000. Ilmu Gizi dan Aplikasinya. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan Nasional.

Nasution Duma Ratna Sari. 2009. Gambaran Status Gizi Anak Balita Gizi Kurang Setelah Mendapatkan Pemberian Makanan Tambahan Di Puskesmas Mandala Medan Tahun 2009. Fakultas Kedokteran, Universitas Sumatera Utara, Medan.

Istiono dkk. 2009. Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita. Berita Kedokteran Masyarakat.

Samiran, Bisai dan Chanda Mallik. 2009. Pola Pertumbuhan dan Prevalensi Indikator Underweight, Wasting dan Stunting Bayi di Kolkata, West Bengal India. Journal Internet Antropologi Biologi.

Purba Julia Alistawaty. 2014. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pemenuhan Hak-Hak Reproduksi dalam ber-Keluarga Berencana pada Wanita Pasangan Usia Subur yang Bekerja di Rumah Sakit Umum Materna Tahun 2013. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara.

Widyastuti Endang. 2009. Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif Dengan Status Gizi Bayi 6 – 12 Bulan Di Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) tahun 2007. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Rospond layren M. 2008. Penilaian Status Nutrisi. <http://www.lyrawati.files.wordpress.com/>. diakses tanggal 13 januari 2015.

Saptaning Catur W. 2013. Gizi Bayi dan Balita. <http://catursaptaningwilujeng.lecture.ub.ac.id>. diakses tanggal 13 januari 2015.

Proverawati A. 2010. BBLR (Berat Badan Lahir Rendah). NuhaMedika. Yogyakarta.

Devi Mazarina. 2010. Analisis Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Balita Di Pedesaan. Fakultas Teknik. Universitas Negeri Malang.

Muqni Asry Dwi Dkk. 2012. Hubungan Berat Badan Lahir Dan Pelayanan KIA Terhadap Status Gizi Anak Balita Di Kelurahan Tamamaung Makassar. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Hasanuddin, Makassar.

Wafi Muslihatun Nur. 2010. Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita. Fitramaya : Yogyakarta.

Rachmaya Vina dkk. 2012. Mukjizat Al Qur'an dan Hadis dari Aspek Ilmu Gizi dan obat-obatan. Fakultas Ilmu Sosial. Universitas Negeri Surabaya.

Syiar Islam. 2012. Makanan yang Halal dan Baik (Halal Thoyyiban). <http://syiarislam.net>.

Muslimah Hizbut Tahrir Indonesia. 2013. Seminar Hari Gizi : Peran Khilafah dalam Mengentaskan Gizi Buruk. Padang. <http://hizbut-tahrir.or.id/> . Diakses tanggal 3 Maret 2015

# LAMPIRAN

## PERMOHONAN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Kepada

Yth : **Responden Penelitian**

Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : PUTRI AMALIA ALYANI SUHRI

NIM : 10542 0254 11

Status : Mahasiswa Program Sarjana (S1) Jurusan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar

Bermaksud mengadakan penelitian tentang “ Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Terhadap Status Gizi Pada Balita 6 – 59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Andoolo Utama Kecamatan Buke Kabupaten Konawe Selatan November – Desember 2014”.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi Saudara sebagai responden dengan berpartisipasi menjawab pertanyaan yang telah disediakan. Untuk itu, saya mengharap kesediaan Saudara secara sukarela untuk menjadi responden dalam penelitian saya.

Atas bantuan dan kesediaan Saudara menjadi responden, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Putri Amalia Alyani Suhr

## PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya secara sukarela bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Saya akan berpartisipasi dalam penelitian ini dari awal penelitian hingga penelitian ini selesai.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun.

Buke, Desember 2014

Responden

(.....)

FORMULIR WAWANCARA  
PENGARUH PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN TERHADAP STATUS  
GIZI PADA BALITA 6 – 59 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
ANDOOLO UTAMA KECAMATAN BUKE KABUPATEN KONAWE  
SELATAN NOVEMBER – DESEMBER 2014

---

Nama balita : \_\_\_\_\_ Tempat pemeriksaan : \_\_\_\_\_  
Jenis kelamin : laki-laki/perempuan \*) \_\_\_\_\_ Tanggal Pemeriksaan : \_\_\_\_\_

Tempat, tanggal lahir/Umur : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ hari

Alamat : \_\_\_\_\_

Nama orang tua : a. Ayah :

b. Ibu :

Pekerjaan orang tua : a. Ayah :

b. Ibu :

Pemberian makanan tambahan : Tidak rutin/Rutin

Riwayat ASI eksklusif : 0. Tidak 1. ya

Riwayat BBLR (<2500 gr) : 0. Tidak BBLR 1. BBLR

Riwayat Imunisasi : 0. Tidak lengkap 1. Lengkap

Makanan yang biasa dimakan : 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

---

\*) Dicoret yang tidak perlu      \*\*) Dilingkari salah satu

## **A. Pemberian makanan tambahan**

1. Bagaimana penampilan makanan yang diberikan ?
  - a. Menarik
  - b. Cukup menarik
  - c. Tidak menarik
2. Bagaimana jumlah porsi yang di berikan ?
  - a. Cukup
  - b. Besar
  - c. Kecil
3. Bagaimana makanan disajikan?
  - a. Hangat
  - b. Panas
  - c. Dingin
4. Bagaimana variasi menu yang disiapkan ?
  - a. Bervariasi
  - b. Cukup bervariasi
  - c. Tidak bervariasi



No	Nama	JK	ayah	ibu	tggl lahir	UB	Ket	UI	Ket.	PI	KA	KI	PMT	diet	ASIE	BBLR	Imunisasi	BB	SG BB/U 2	Status gizi menurut KMS
1	MH	1	J	WL	17.05.2014	7	1	34	2	1	2	1	2	1	0	0	1	6,6	2	2
2	DCR	2	H	CJ	06.12.2013	12	1	20	2	3	2	1	1	2	1	0	1	9,8	3	1
3	SK	2	S	J	17.12.2011	36	3	30	2	3	2	1	1	3	1	0	1	13	3	1
4	AFB	1	AUA	E	21.10.2013	14	2	25	2	3	3	2	2	4	1	0	1	8,1	3	3
5	SR	1	G	N	05.07.2013	17	2	32	2	3	3	1	2	5	1	0	1	9,7	3	1
6	ANK	2	R	AS	05.11.2013	13	2	25	2	3	2	1	1	6	1	0	1	9,1	3	3
7	KAA	1	KAW	MS	17.06.2013	18	2	30	2	3	2	3	2	7	0	0	1	10,2	3	2
8	HYP	1	SW	LM	14.10.2012	26	3	28	2	2	2	3	2	2	1	1	1	10,4	3	3
9	P	2	HM	G	29.11.2011	37	4	31	2	2	3	1	1	2	1	1	1	15,4	3	3
10	PP	2	NH	WL	14.04.2012	32	3	24	2	3	2	1	2	2	1	0	1	10,7	3	1
11	MRA	1	R	NA	05.05.2013	19	2	22	2	3	2	1	1	6	0	1	0	8,5	2	1
12	ADS	1	ES	N	18.02.2014	10	1	30	2	1	3	1	2	2	1	0	1	9,9	3	3
13	YK	1	K	E	07.08.2013	16	2	29	2	3	2	1	2	8	1	0	1	8,8	3	3
14	JAR	2	J	P	16.09.2012	27	3	27	2	3	2	3	1	6	1	0	1	11	3	3
15	HF	2	N	I	24.05.2013	19	2	24	2	3	2	1	2	8	1	0	1	9,9	3	3
16	MFG	1	PAS	SK	28.02.2013	22	2	25	2	3	2	1	1	8	0	0	1	8,5	2	3
17	AWA	2	B	S	28.01.2014	11	1	22	2	3	2	3	2	4	1	0	1	8,8	3	3
18	TDH	1	W	ES	06.10.2013	14	2	28	2	1	2	3	1	2	0	0	1	8	2	1
19	AA	2	A	WP	09.07.2013	17	2	20	2	3	4	1	2	2	1	0	1	10,1	3	3
20	FSF	1	S	DA	18.06.2013	18	2	35	2	3	3	1	2	2	1	0	1	8,8	3	2
21	AM	1	R	SBU	20.07.2013	17	2	23	2	2	5	1	1	2	0	0	1	7,8	2	3
22	PD	2	KA	NS	08.10.2010	50	5	24	2	3	2	1	2	2	1	0	1	19,6	3	3
23	AZA	1	I	WY	25.01.2012	35	3	33	2	4	2	1	2	9	1	1	1	11,7	3	3

24	AR	1	K	SDN	07.07.2012	29	3	32	2	4	1	1	2	8	1	0	1	11,8	3	3
25	N	2	A	H	13.10.2013	14	2	30	2	3	2	1	1	8	1	0	0	7,3	2	3
26	R	1	JD	H	09.10.2011	38	4	32	2	3	2	1	2	2	1	1	1	12,7	3	3
27	PS	1	NS	KA	07.02.2014	10	1	22	2	2	2	1	2	5	1	0	1	9	3	3
28	R	2	L	N	01.01.2012	35	3	30	2	3	2	3	1	8	1	0	1	12,4	3	3
29	RA	1	A	I	01.05.2013	19	2	42	3	3	3	1	1	8	1	1	1	9,9	3	3
30	SNM	2	RU	MS	21.01.2014	11	1	25	2	4	2	1	2	5	1	0	1	9,1	3	3
31	F	2	AM	RI	31.12.2012	24	2	35	2	3	2	1	1	8	0	0	1	8,8	2	1
32	DE	2	DA	HA	28.05.2013	19	2	25	2	4	3	1	2	8	1	0	1	11,2	3	3
33	RF	1	AB	AT	06.09.2013	15	2	24	2	2	3	1	2	8	1	0	1	9,4	3	3
34	NC	2	S	K	14.06.2013	18	2	31	2	4	3	1	2	8	1	0	1	12,3	3	3
35	B	1	B	RA	07.01.2011	47	4	37	3	3	2	1	1	8	1	0	1	18,5	3	3
36	N	1	EG	N	04.08.2013	16	2	26	2	3	2	1	2	3	1	0	1	9,7	3	2
37	AM	2	MB	R	14.03.2014	9	1	18	1	3	2	1	2	5	1	0	1	6,8	3	1
38	RI	2	R	H	02.03.2013	21	2	22	2	3	2	3	2	6	1	0	1	8,7	3	3
39	RA	1	SU	SE	11.11.2012	25	3	35	2	4	2	1	2	8	1	0	1	13,7	3	3
40	KD	2	ND	WS	09.05.2013	19	2	28	2	2	2	3	1	4	1	0	0	7,8	2	1
41	DO	2	RJ	B	02.10.2013	14	2	20	2	3	2	3	2	8	1	0	1	8,9	3	3
42	CR	2	HR	TY	10.11.2010	49	5	28	2	3	3	1	2	8	1	0	1	12,5	3	3
43	NN	2	K	T	05.04.2012	32	3	45	3	3	2	3	2	8	1	0	1	11	3	3
44	NAM	2	N	LI	19.05.2013	19	2	28	2	3	2	1	2	5	1	0	1	9,1	3	3
45	WP	1	MW	MU	20.02.2013	22	2	45	3	3	2	1	2	9	1	0	1	9,8	3	3
46	EK	2	DI	HA	03.05.2014	7	1	25	2	4	3	1	2	3	0	0	1	8,3	3	1
47	NL	2	S	RA	25.06.2012	30	3	25	2	3	2	3	2	8	1	0	1	10,4	3	3
48	AS	2	A	Y	04.03.2013	21	2	26	2	3	3	2	2	8	0	0	1	10	3	1
49	AFN	2	AS	AR	28.06.2011	42	4	25	2	3	3	3	2	8	1	0	1	11,9	3	3
50	MAR	1	D	G	27.03.2012	33	3	35	2	3	3	1	2	9	1	0	1	12,9	3	3

51	FR	2	AG	HA	20.08.2010	52	5	29	2	3	2	3	2	8	1	0	1	14,8	3	3
52	MF	1	T	R	17.12.2013	12	1	33	2	3	2	3	2	1	1	0	1	9	3	1
53	FPS	2	SY	FW	16.08.2013	16	2	20	2	3	3	1	2	8	1	0	1	9,4	3	3
54	MRS	1	ID	IR	01.05.2013	19	2	19	1	1	2	1	2	8	1	0	0	8,8	2	3
55	CPU	2	H	RO	07.03.2013	21	2	38	3	3	2	1	2	2	1	1	0	10,6	3	3
56	FA	1	SS	SA	09.02.2013	22	2	34	2	3	3	1	2	8	1	0	1	9,4	3	2
57	AA	1	RF	WA	09.09.2011	39	4	30	2	3	3	1	2	8	1	0	1	13	3	3
58	ARS	2	TW	SH	05.03.2014	9	1	41	3	3	3	1	2	8	1	0	1	8,9	3	1
59	MK	2	N	R	21.07.2013	17	2	28	2	2	2	3	2	2	1	0	1	8,9	3	3
60	IS	1	HL	SN	24.04.2014	8	1	20	2	2	2	3	2	2	1	1	1	7,6	3	3
61	MKM	1	PS	RD	03.09.2012	27	3	22	2	3	2	1	2	2	1	1	1	12	3	3
62	SAL	2	ELA	AR	05.09.2013	19	2	24	2	4	2	1	2	8	1	0	1	9,9	3	3
63	DKF	2	RK	B	13.02.2011	46	4	21	2	3	2	1	1	8	0	0	1	12	2	1
64	AL	1	M	DE	10.07.2012	29	3	22	2	3	2	3	2	8	1	0	1	11,6	3	3
65	SAL	2	D	ME	18.12.2011	36	3	42	3	3	2	1	2	8	1	0	1	16,5	3	3
66	A	1	H	E	06.04.2013	20	2	21	2	3	2	3	1	8	0	0	1	10,6	3	1
67	SS	2	F	EN	22.05.2014	7	1	32	2	3	2	1	2	1	1	0	1	8,4	3	3
68	AB	1	S	ER	09.10.2010	50	5	29	2	3	2	3	2	8	1	0	1	15,6	3	3
69	RC	2	R	FT	05.10.2012	26	3	21	2	2	2	1	1	8	0	0	1	9,3	2	1
70	MAA	1	Y	H	22.03.2013	21	2	29	2	3	2	3	2	10	1	0	1	9,8	3	1
71	ARL	2	H	HA	30.07.2013	17	2	20	2	3	3	1	2	8	1	0	1	9,5	3	3
72	WA	1	BA	HS	15.06.2012	30	3	29	2	3	1	1	2	8	1	0	1	16,1	3	3
73	NU	2	RE	HE	01.12.2011	36	3	23	2	3	2	3	2	8	1	0	1	12,6	3	3
74	MA	1	MA	MS	24.03.2014	9	1	18	1	3	3	1	2	8	1	0	1	8,6	3	1
75	NI	2	ER	N	19.06.2013	18	2	21	2	1	2	3	2	8	1	0	1	12,7	3	3
76	S	2	M	MU	28.09.2012	27	3	27	2	2	3	1	2	8	1	0	1	13,2	3	3
77	ED	1	B	N	29.06.2013	18	2	29	2	3	2	3	2	4	1	0	1	10	3	3

78	SR	2	SU	MA	04.08.2012	28	3	32	2	3	3	2	2	8	1	1	1	11,5	3	3
79	SRG	2	IB	J	05.02.2013	22	2	31	2	1	2	1	2	8	1	0	0	8,6	2	3
80	CAR	2	HH	TY	03.04.2012	32	3	28	2	3	3	1	2	6	1	0	1	10,6	3	3
81	AS	2	S	TI	23.07.2010	53	5	39	3	1	3	3	1	8	0	0	1	12,8	2	3
82	R	1	SI	SA	10.09.2013	15	2	40	3	3	2	3	2	2	1	1	1	9,7	3	3
83	MRA	1	MU	ST	03.06.2013	18	2	23	2	3	3	3	2	8	1	0	1	11,6	3	3
84	K	1	W	AR	21.04.2013	20	2	24	2	1	3	1	2	8	1	0	1	9	2	3
85	A	1	R	H	09.09.2010	51	5	37	3	3	2	1	2	8	1	0	1	14,1	3	3
86	D	2	J	S	06.08.2013	16	2	18	1	2	2	1	1	8	1	0	0	7,6	2	3
87	WSH	2	EWS	NA	24.05.2013	19	2	31	2	2	2	1	2	2	1	0	1	8,4	3	3
88	PR	1	S	L	28.01.2014	11	1	28	2	3	3	3	2	6	1	0	1	9	3	3
89	DR	2	H	WM	13.07.2013	17	2	27	2	3	5	1	2	2	1	0	1	8,2	3	3
90	IS	1	I	E	25.05.2011	43	4	19	1	1	2	1	1	8	0	0	1	11,8	2	2
91	AQ	1	A	EK	15.05.2013	19	2	25	2	3	2	1	2	6	1	0	1	10,5	3	1
92	SZP	2	S	H	04.04.2012	32	3	38	3	3	3	1	2	10	1	0	1	13,7	3	3
93	G	1	PB	A	01.07.2013	17	2	23	2	1	3	1	1	8	0	0	1	7,8	2	1
94	SA	2	D	R	24.01.2011	47	4	30	2	3	3	1	2	8	1	0	1	14,5	3	3
95	NKW	2	S	HA	27.07.2012	29	3	22	2	3	3	1	2	6	1	0	1	11,7	3	3
96	ASP	2	S	R	06.11.2013	13	2	32	2	3	2	3	2	8	0	0	1	7,1	2	3
97	SN	2	AS	Y	03.04.2014	8	1	28	2	3	2	3	2	1	1	0	1	8,5	3	3
98	SR	2	S	TA	20.05.2011	43	4	40	3	3	2	3	2	2	1	1	1	11,5	2	1
99	NZ	2	M	R	08.11.2010	49	5	26	2	3	2	3	2	8	1	0	1	15,4	3	3
100	SR	2	AN	ID	22.01.2013	23	2	22	2	3	2	3	2	8	1	0	1	12,7	3	3

Ingin tahu kesehatan anak Anda?

**TIMBANGLAH ANAK ANDA  
SETIAP BULAN!**

**ANAK SEHAT, BERTAMBAHUMUR BERTAMBAH BERAT  
PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK**

3 - 9 bulan :  
• Mengangkat kepala dengan lengan pada posisi terlentang  
• Duduk tanpa bantuan  
8 - 12 bulan :  
Berjalan dengan kerpegangan

12-18 bulan :  
Minum sendiri dari gelas tanpa kerpegangan  
18-24 bulan :  
Mencantat-cantat dengan alat tulis

2-3 tahun  
Berdiri dengan satu kaki tanpa kerpegangan

Melakukan pekerjaan sendiri

Revisi Pedoman Tingkat Diklat

Tanggal Pendaftaran

Nama Anak

Laki-laki	Anak yang	Uji Laki
	bu	

Pendidikan

Siswa Sekolah Dasar Lain

Orang

Nama Ayah

Pekerjaan

Nama Ibu

Pekerjaan

Alamat

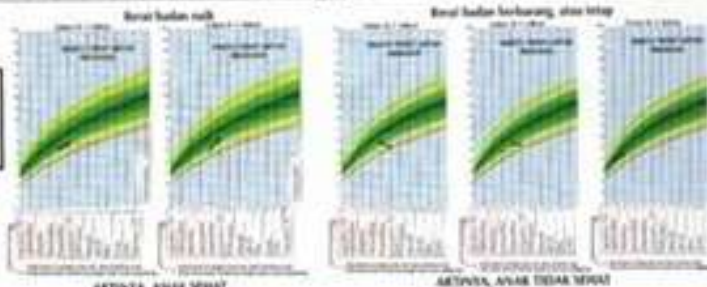
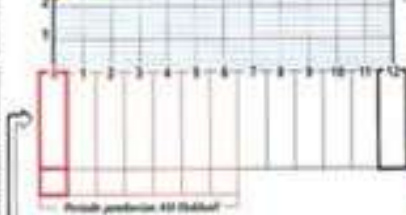
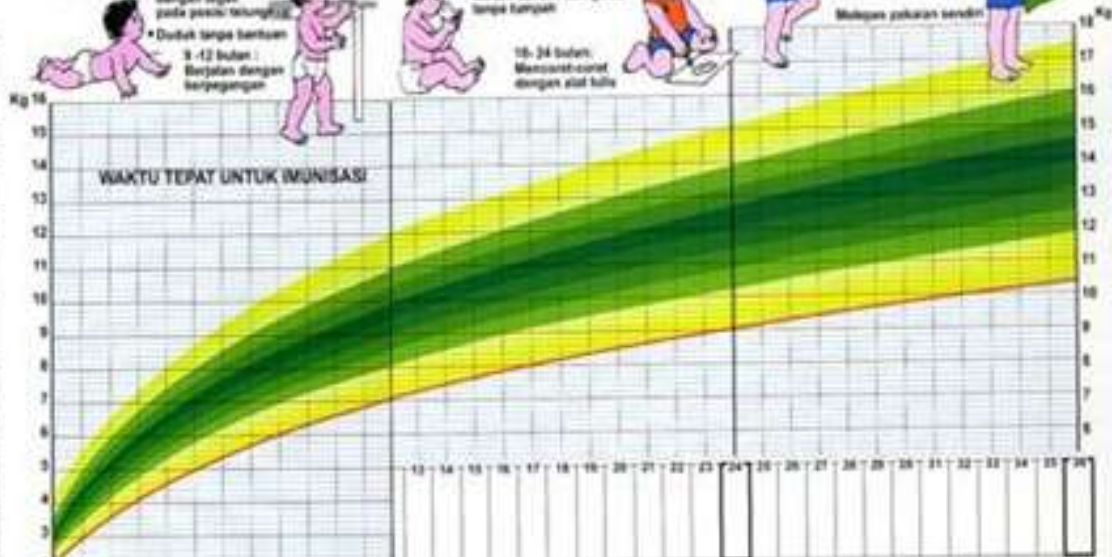
REKOR PEMBERIAN VAKSINASI DAN  
SARAF PUSKAS LAINNYA (SISWA 1 TAHUN)

Uraian / No	Jenis Vaksinasi	Uraian Keterangan
0	MMI	
1	BCG, Polio 1	
2	OPV (Polio 2)	
3	OPV (Polio 3)	
4	OPV (Polio 4)	
5	Campak	

KARTU VISITASI 4 JENIS TINGKAT

Kartu ini diberikan pada saat 4-7 bulan atau 10-13 bulan dan digunakan sebagai laporan perkembangan dan kesehatan anak. Kartu ini akan diganti setiap bulan kelahiran dan Agustus.

Uraian / No	Isian	Tanggal Pemeriksaan
1 - 12	1. Tanggal lahir di 10.10.10.10.10.10	
13 - 24		
25 - 36	2. Tanggal masuk setiap bulan kelahiran dan Agustus	
37 - 48		
49 - 60	3. Tanggal masuk setiap bulan kelahiran dan Agustus	
61 - 72		



Selalu lakukan uji dengan badan dan tulang belakang anak, setiap bulan lakukan kerpegangan dengan badan-badan selanjutnya.

ANAK SEHAT

ANAK TIDAK SEHAT

NO.	Tanggapan mengenai PMT				Jumlah	Ket.
	Penampilan	Porsi	Penyajian	Variasi		
1	3	1	3	2	9	3
2	3	3	1	3	10	3
3	2	3	3	2	10	3
4	2	3	3	1	9	3
5	2	3	3	2	10	3
6	3	3	3	1	10	3
7	3	3	3	3	12	3
8	3	3	3	3	12	3
9	3	3	3	3	12	3
10	3	3	3	3	12	3
11	3	1	1	3	8	2
12	2	3	3	3	11	3
13	3	3	1	3	10	3
14	2	1	3	3	9	3
15	3	3	3	3	12	3
16	2	3	3	3	11	3
17	3	3	1	3	10	3
18	2	3	3	2	10	3
19	3	3	3	3	12	3
20	3	3	3	3	12	3
21	2	3	3	2	10	3
22	3	2	3	3	11	3
23	3	3	3	1	10	3
24	3	3	3	2	11	3
25	3	3	1	2	9	3
26	2	3	3	2	10	3
27	3	3	3	3	12	3
28	3	3	3	3	12	3
29	3	3	3	3	12	3
30	3	3	3	2	11	3
31	3	3	3	2	11	3
32	3	3	3	2	11	3
33	3	3	3	3	12	3
34	3	3	3	3	12	3
35	3	3	3	2	11	3
36	3	3	3	3	12	3
37	2	3	3	2	10	3
38	3	3	3	2	11	3

39	2	3	3	3	11	3
40	3	3	3	3	12	3
41	2	1	1	1	5	2
42	3	3	3	3	12	3
43	2	3	3	3	11	3
44	2	3	3	3	11	3
45	3	3	3	3	12	3
46	2	3	3	3	11	3
47	3	3	3	2	11	3
48	3	2	3	3	11	3
49	3	3	3	2	11	3
50	3	3	3	3	12	3
51	3	3	3	3	12	3
52	3	3	3	3	12	3
53	3	3	3	3	12	3
54	3	3	3	3	12	3
55	3	3	3	3	12	3
56	3	3	3	3	12	3
57	2	3	3	2	10	3
58	3	3	3	3	12	3
59	2	3	3	3	11	3
60	3	3	3	3	12	3
61	3	3	3	3	12	3
62	2	3	3	3	11	3
63	3	3	3	3	12	3
64	3	3	3	3	12	3
65	3	3	3	3	12	3
66	3	3	3	3	12	3
67	2	3	3	3	11	3
68	3	3	3	2	11	3
69	3	3	3	3	12	3
70	3	3	3	1	10	3
71	3	3	3	3	12	3
72	3	3	3	3	12	3
73	3	3	3	2	11	3
74	3	3	3	3	12	3
75	3	3	3	3	12	3
76	3	3	3	3	12	3
77	3	3	1	3	10	3
78	3	3	3	2	11	3
79	2	3	3	3	11	3

80	3	3	3	3	12	3
81	3	3	3	3	12	3
82	3	3	3	3	12	3
83	3	3	3	3	12	3
84	3	3	3	3	12	3
85	3	3	3	3	12	3
86	3	3	3	2	11	3
87	3	3	3	3	12	3
88	3	3	1	2	9	3
89	2	3	3	3	11	3
90	3	3	3	2	11	3
91	3	3	3	3	12	3
92	3	3	3	3	12	3
93	3	3	3	2	11	3
94	2	3	3	3	11	3
95	2	3	3	3	11	3
96	3	3	3	3	12	3
97	3	3	3	1	10	3
98	1	3	3	2	9	3
99	2	3	3	3	11	3
100	2	1	3	3	9	3



## **Keterangan**

1. JK : jenis kelamin
  - 1 : Laki-laki
  - 2 : Perempuan
2. UB : Umur Balita dalam bulan

Ket :

- 1 : 6 – 12 bulan
- 2 : 13 – 24 bulan
- 3 : 25 – 36 bulan
- 4 : 37 – 48 bulan
- 5 : 49 – 59 bulan

3. UI : Umur ibu dalam tahun

Ket :

- 1 : < 20 tahun
- 2 : 20 – 35 tahun
- 3 : > 35 tahun

4. PI : Pendidikan Ibu

- 1 : SD
- 2 : SMP
- 3 : SMA/SMK
- 4 : Perguruan tinggi

5. KA : Pekerjaan Ayah

- 1 : PNS

- 2 : Petani
- 3 : Wiraswasta
- 4 : Pedagang
- 5 : Tukang bangunan

6. KI : Pekerjaan Ibu

- 1 : IRT
- 2 : Wiraswasta
- 3 : Petani

7. PMT : pemberian makanan tambahan

- 1 : Tidak rutin
- 2 : Rutin

8. DIET : Asupan makanan yang biasa dimakan sehari-hari

- 1 : Bubur (nasi), Biskuit
- 2 : Nasi, ikan, sayur, buah
- 3 : Nasi, sayur, buah
- 4 : Nasi, ikan, sayur, biskuit
- 5 : Bubur kacang hijau, buah, biskuit
- 6 : Nasi, sayur
- 7 : Nasi, sayur, buah, biskuit
- 8 : Nasi, ikan, sayur
- 9 : Nasi, sayur, biskuit
- 10 : Nasi, ikan.

9. ASIE : Riwayat ASI eksklusif

- 0 : Tidak
- 1 : Ya

10. Imunisasi : Riwayat Imunisasi dasar lengkap

- 0 : Tidak Lengkap
- 1 : Lengkap

11. BBLR : Riwayat bayi berat lahir rendah

- 0 : Tidak BBLR
- 1 : BBLR

12. BB : Berat badan

13. SG BB/U : Status gizi berdasarkan berat badan/umur

- 1 : Buruk ( $< -3$  SD)
- 2 : Kurang ( $-3$  SD s/d  $< -2$  SD)
- 3 : Baik ( $-2$  SD s/d  $+2$  SD)
- 4 : Lebih ( $> +2$  SD)

14. Status gizi menurut KMS

- 1 : Berkurang
- 2 : Tetap
- 3 : Meningkatkan

15. Tanggapan mengenai PMT

a. Penampilan :

- 1 : Tidak menarik
- 2 : Cukup menarik
- 3 : Menarik

b. Porsi :

- 1 : Kecil
- 2 : Besar
- 3 : Cukup

c. Penyajian :

- 1 : Panas
- 2 : Dingin
- 3 : Hangat

d. Variasi :

- 1 : Tidak bervariasi
- 2 : cukup bervariasi
- 3 : Bervariasi

e. Jumlah

- 0 – 4 : Buruk
- 5 – 8 : Sedang
- 9 – 12 : Baik

f. Ket : Keterangan

- 1 : Buruk
- 2 : Sedang
- 3 : Baik

## Lampiran SPSS

### 1. Umur balita

#### Statistics

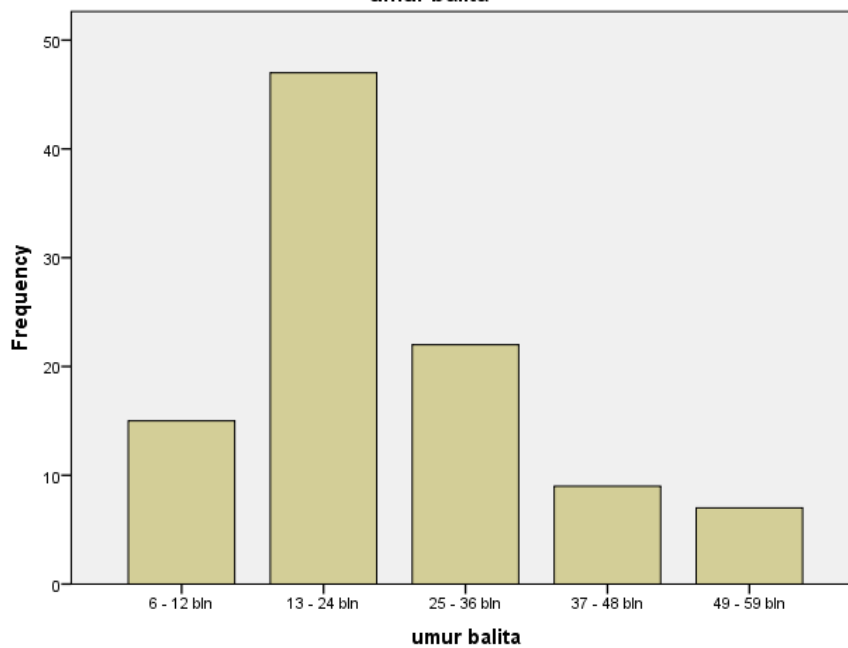
umur balita

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		2,46
Std. Error of Mean		,108
Median		2,00
Std. Deviation		1,077
Variance		1,160
Range		4
Minimum		1
Maximum		5
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	3,00

#### umur balita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6 - 12 bln	15	15,0	15,0
	13 - 24 bln	47	47,0	62,0
	25 - 36 bln	22	22,0	84,0
	37 - 48 bln	9	9,0	93,0
	49 - 59 bln	7	7,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

#### umur balita



## 2. Jenis kelamin balita

### Statistics

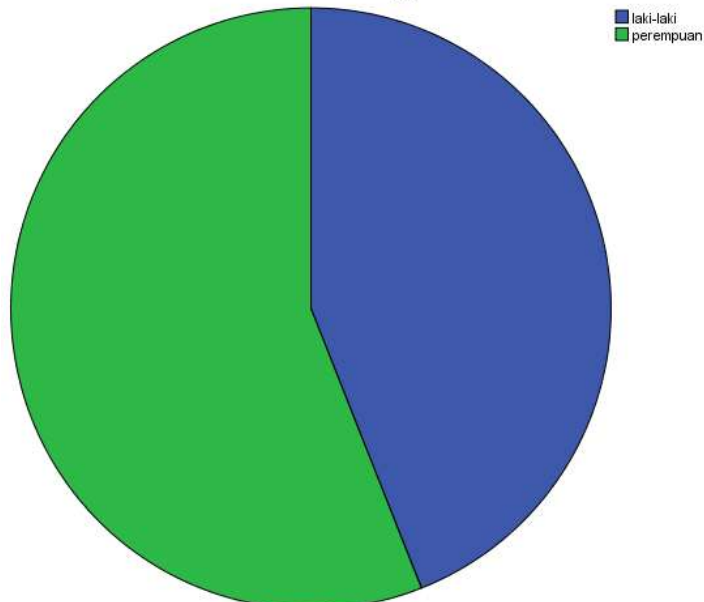
LP

N	Valid	100
	Missing	0
Mean		1,56
Std. Error of Mean		,050
Median		2,00
Std. Deviation		,499
Variance		,249
Range		1
Minimum		1
Maximum		2
Percentiles	25	1,00
	50	2,00
	75	2,00

LP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	44	44,0	44,0	44,0
	perempuan	56	56,0	56,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

LP



### 3. Umur ibu

#### Statistics

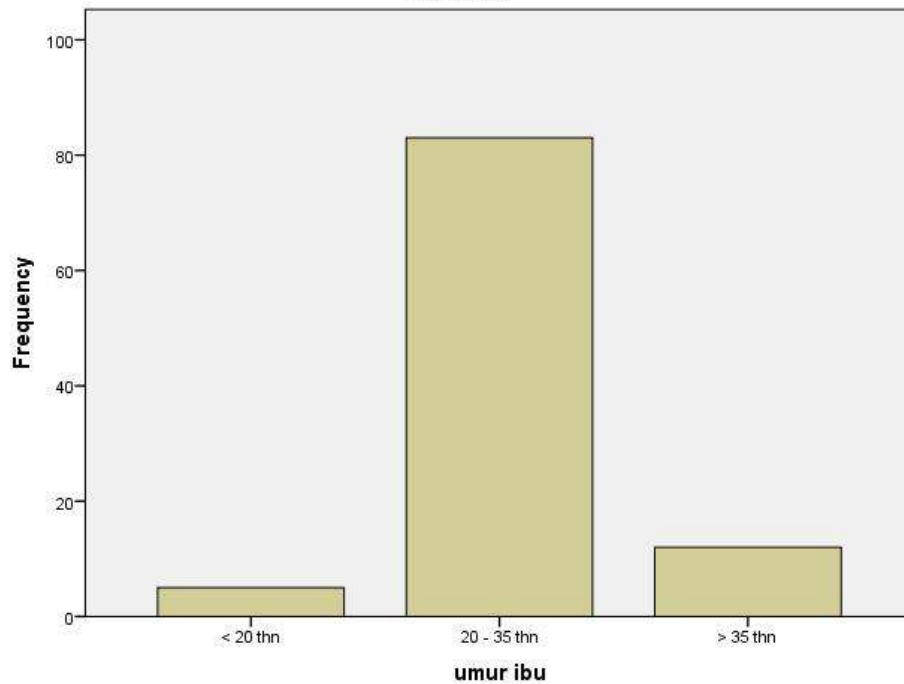
umur ibu

N	Valid	.100
	Missing	0
Mean		2,07
Std. Error of Mean		,041
Median		2,00
Std. Deviation		,408
Variance		,167
Range		2
Minimum		1
Maximum		3
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	2,00

umur ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 20 thn	5	5,0	5,0	5,0
	20 - 35 thn	83	83,0	83,0	88,0
	> 35 thn	12	12,0	12,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

umur ibu



#### 4. Pendidikan Ibu

##### Statistics

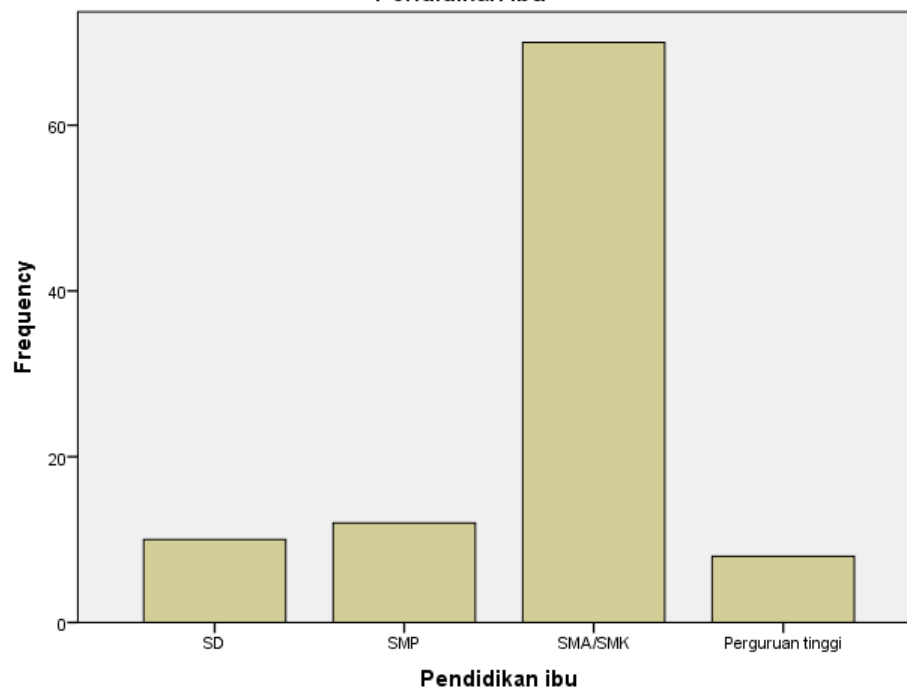
Pendidikan ibu

N	Valid	100
	Missing	0
Percentiles	25	3,00
	50	3,00
	75	3,00

##### Pendidikan ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	10	10,0	10,0	10,0
SMP	12	12,0	12,0	22,0
SMA/SMK	70	70,0	70,0	92,0
Perguruan tinggi	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

##### Pendidikan ibu





## 5. Pekerjaan Ayah

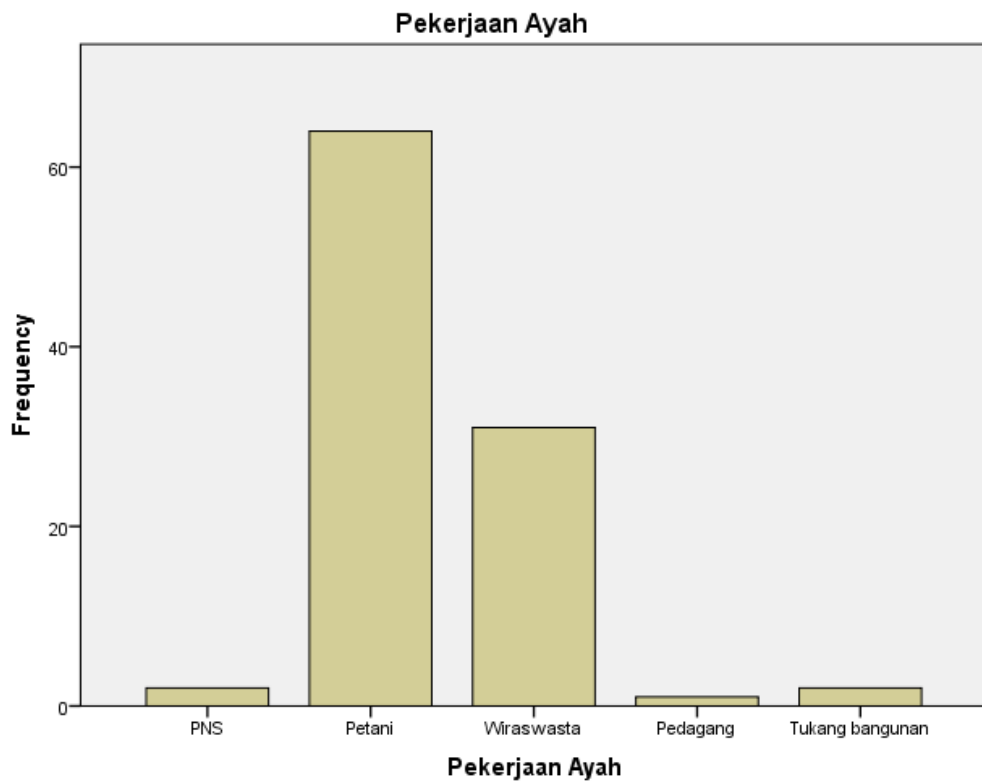
### Statistics

Pekerjaan Ayah

N	Valid	100
	Missing	0

Pekerjaan Ayah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	2	2,0	2,0	2,0
	Petani	64	64,0	64,0	66,0
	Wiraswasta	31	31,0	31,0	97,0
	Pedagang	1	1,0	1,0	98,0
	Tukang bangunan	2	2,0	2,0	100,0
	Total		100	100,0	100,0



## 6. Pekerjaan Ibu

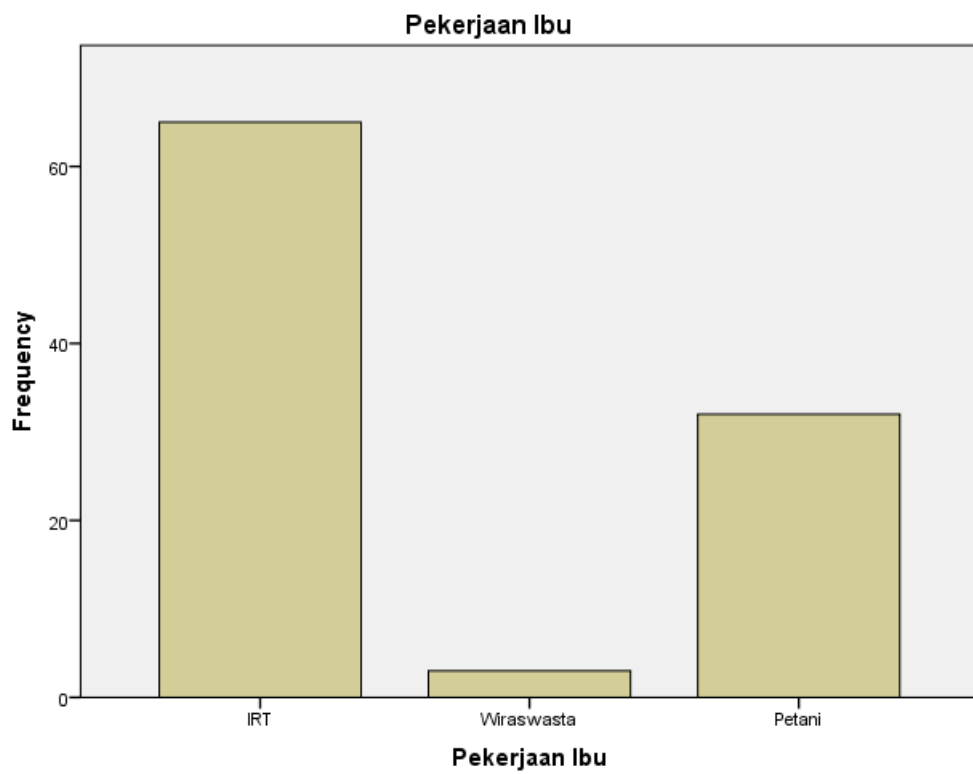
### Statistics

Pekerjaan Ibu

N	Valid	100
	Missing	0
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	3,00

### Pekerjaan Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid IRT	65	65,0	65,0	65,0
Wiraswasta	3	3,0	3,0	68,0
Petani	32	32,0	32,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	



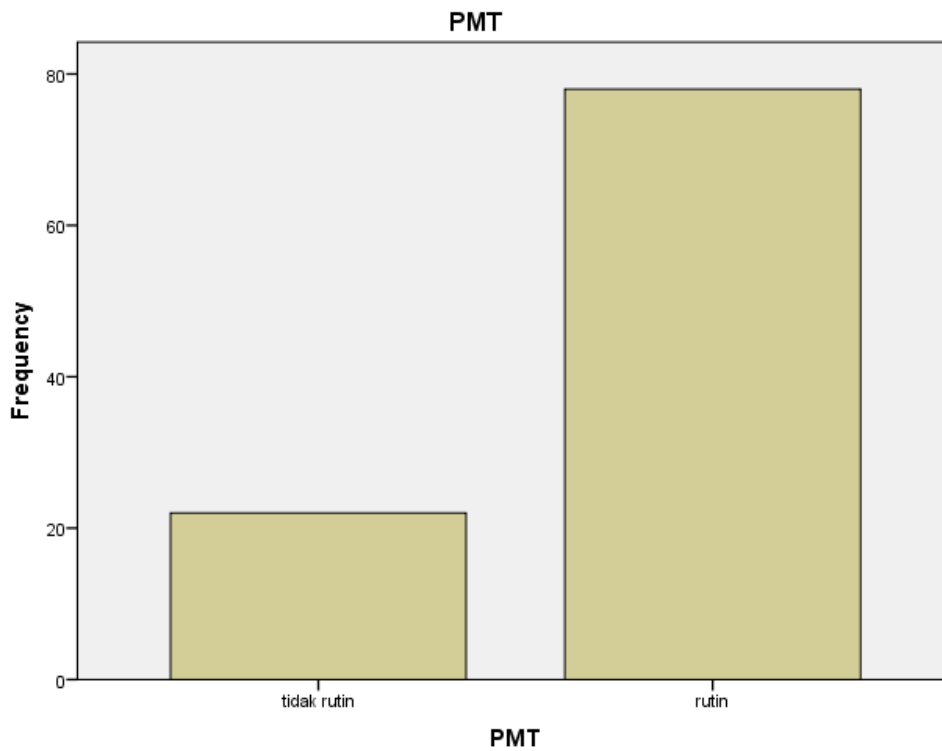
## 7. Distribusi pemberian makanan tambahan

Statistics

		PMT	SGBBU2	Statusgizimen urutKMS	ASIE	BBLR	Imunisasi
N	Valid	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,78	2,81	2,52	,84	,12	,93
Median		2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
Std. Deviation		,416	,394	,822	,368	,327	,256
Percentiles	25	2,00	3,00	2,00	1,00	,00	1,00
	50	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
	75	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00

PMT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak rutin	22	22,0	22,0	22,0
	rutin	78	78,0	78,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	



## 8. Tanggapan Masyarakat mengenai status gizi

### Statistics

		Penampilan	Porsi	Penyajian	Variasi	ket
N	Valid	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0
Percentiles	25	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00
	50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
	75	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

### Porsi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kecil	5	5,0	5,0	5,0
	Besar	2	2,0	2,0	7,0
	Cukup	93	93,0	93,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

### Penampilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak menarik	1	1,0	1,0	1,0
	Cukup menarik	25	25,0	25,0	26,0
	Menarik	74	74,0	74,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

### Penyajian

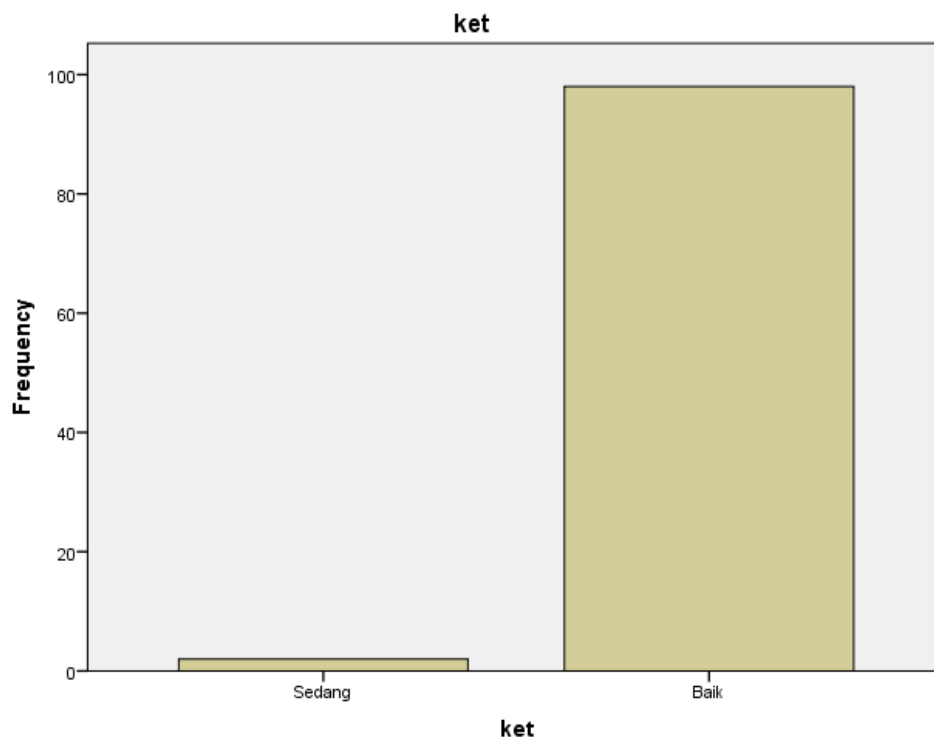
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dingin	8	8,0	8,0	8,0
	Hangat	92	92,0	92,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

### Variasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak bervariasi	6	6,0	6,0	6,0
	Cukup bervariasi	25	25,0	25,0	31,0
	Bervariasi	69	69,0	69,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

### ket

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sedang	2	2,0	2,0	2,0
	Baik	98	98,0	98,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	



## 9. Status gizi

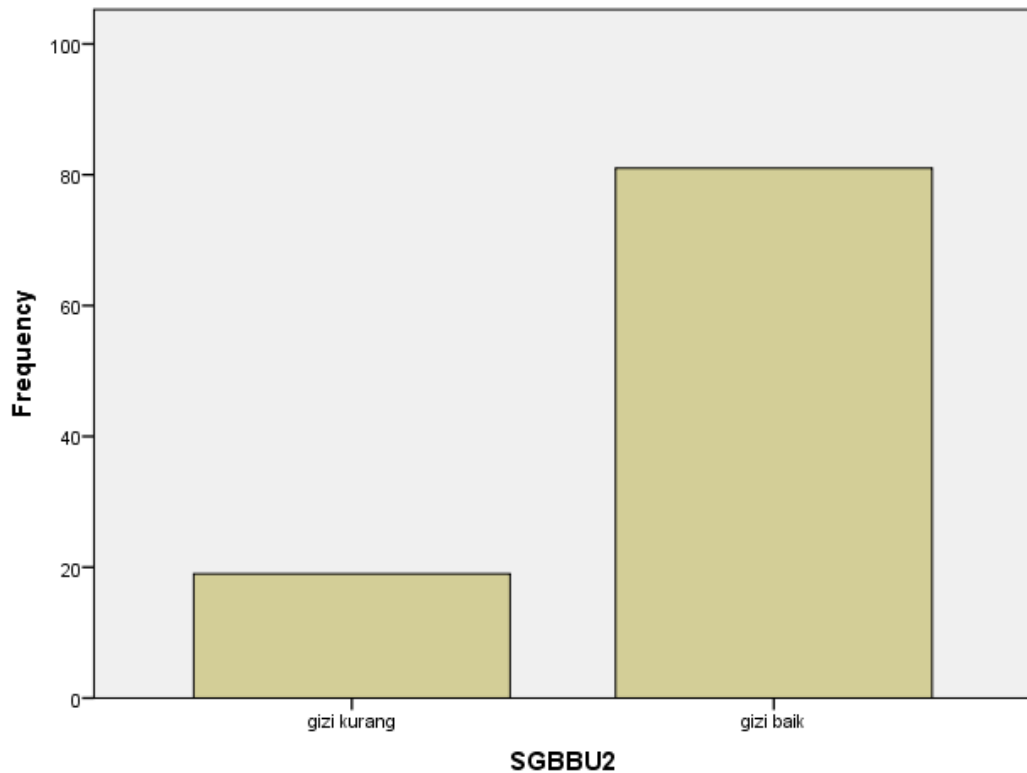
**Statistics**

		PMT	SGBBU2	Statusgizimen urutKMS	ASIE	BBLR	Imunisasi
N	Valid	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,78	2,81	2,52	,84	,12	,93
Median		2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
Std. Deviation		,416	,394	,822	,368	,327	,256
Percentiles	25	2,00	3,00	2,00	1,00	,00	1,00
	50	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
	75	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00

**SGBBU2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	gizi kurang	19	19,0	19,0	19,0
	gizi baik	81	81,0	81,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

**SGBBU2**



## 10. Status gizi menurut KMS

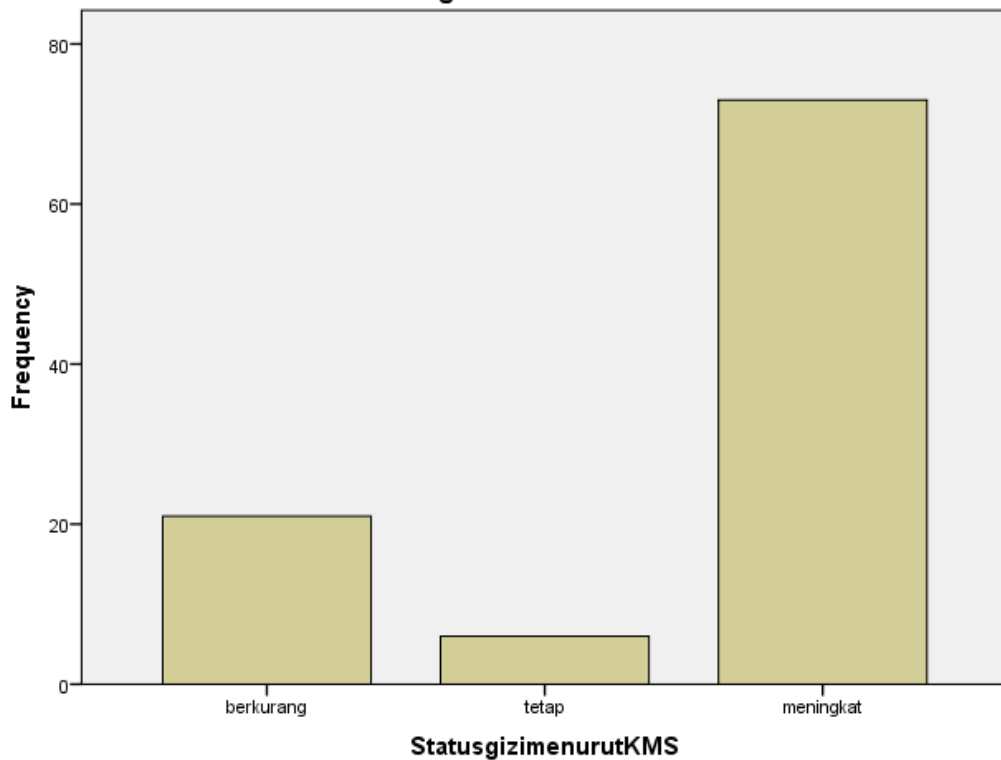
Statistics

		PMT	SGBBU2	StatusgizimenurutKMS	ASIE	BBLR	Imunisasi
N	Valid	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,78	2,81	2,52	,84	,12	,93
Median		2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
Std. Deviation		,416	,394	,822	,368	,327	,256
Percentiles	25	2,00	3,00	2,00	1,00	,00	1,00
	50	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
	75	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00

StatusgizimenurutKMS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	berkurang	21	21,0	21,0	21,0
	tetap	6	6,0	6,0	27,0
	meningkat	73	73,0	73,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

StatusgizimenurutKMS



## 11. Asupan makanan sehari-hari

### Statistics

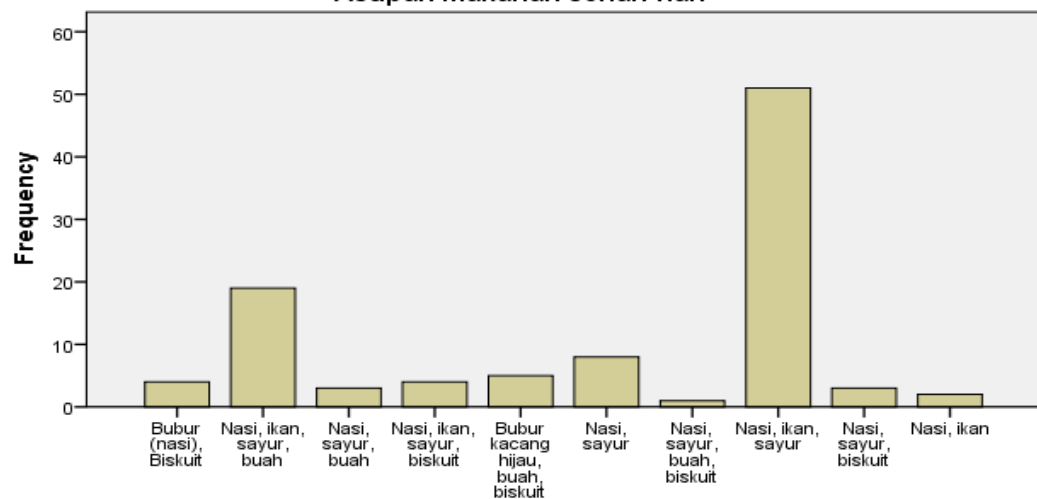
Asupan makanan sehari-hari

N	Valid	100
	Missing	0
Percentiles	25	3,00
	50	8,00
	75	8,00

### Asupan makanan sehari-hari

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bubur (nasi), Biskuit	4	4,0	4,0	4,0
Nasi, ikan, sayur, buah	19	19,0	19,0	23,0
Nasi, sayur, buah	3	3,0	3,0	26,0
Nasi, ikan, sayur, biskuit	4	4,0	4,0	30,0
Bubur kacang hijau, buah, biskuit	5	5,0	5,0	35,0
Nasi, sayur	8	8,0	8,0	43,0
Nasi, sayur, buah, biskuit	1	1,0	1,0	44,0
Nasi, ikan, sayur	51	51,0	51,0	95,0
Nasi, sayur, biskuit	3	3,0	3,0	98,0
Nasi, ikan	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

### Asupan makanan sehari-hari



### Asupan makanan sehari-hari



## 12. ASI eksklusif

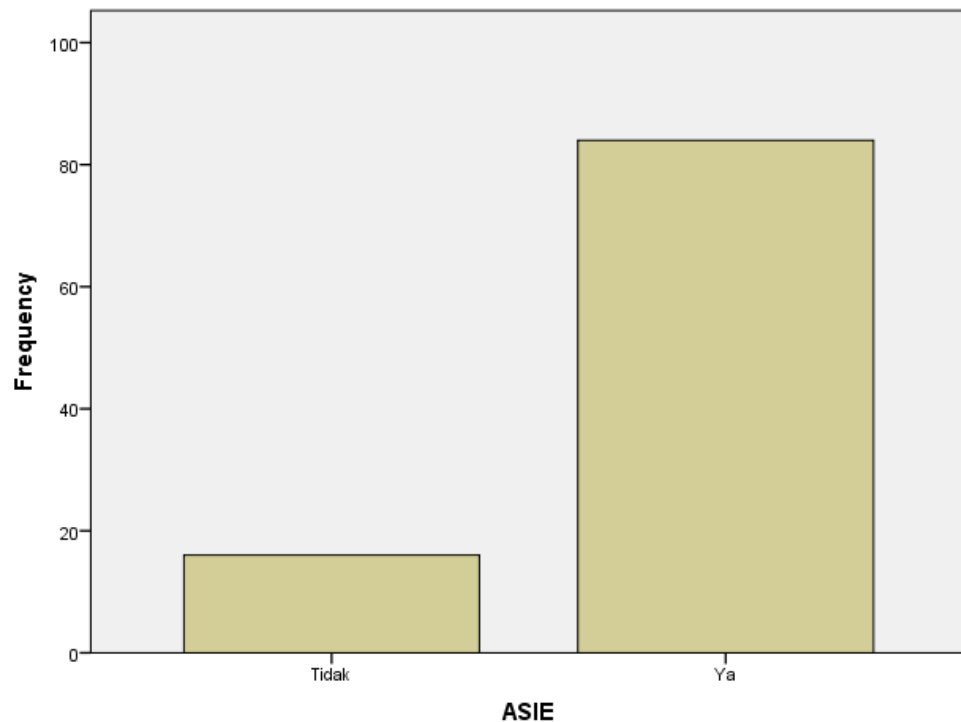
**Statistics**

		PMT	SGBBU2	Statusgizimen urutKMS	ASIE	BBLR	Imunisasi
N	Valid	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,78	2,81	2,52	,84	,12	,93
Median		2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
Std. Deviation		,416	,394	,822	,368	,327	,256
Percentiles	25	2,00	3,00	2,00	1,00	,00	1,00
	50	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
	75	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00

**ASIE**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	16	16,0	16,0	16,0
	Ya	84	84,0	84,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

**ASIE**



### 13. ASI eksklusif dengan status gizi

**ASI \* SGBBU2 Crosstabulation**

			SGBBU2		Total
			gizi kurang	gizi baik	
ASI	Tidak	Count	12	4	16
		Expected Count	3,0	13,0	16,0
		% within ASI	75,0%	25,0%	100,0%
		% within SGBBU2	63,2%	4,9%	16,0%
		% of Total	12,0%	4,0%	16,0%
	Ya	Count	7	77	84
		Expected Count	16,0	68,0	84,0
		% within ASI	8,3%	91,7%	100,0%
		% within SGBBU2	36,8%	95,1%	84,0%
		% of Total	7,0%	77,0%	84,0%
Total		Count	19	81	100
		Expected Count	19,0	81,0	100,0
		% within ASI	19,0%	81,0%	100,0%
		% within SGBBU2	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	19,0%	81,0%	100,0%

## 14. BBLR

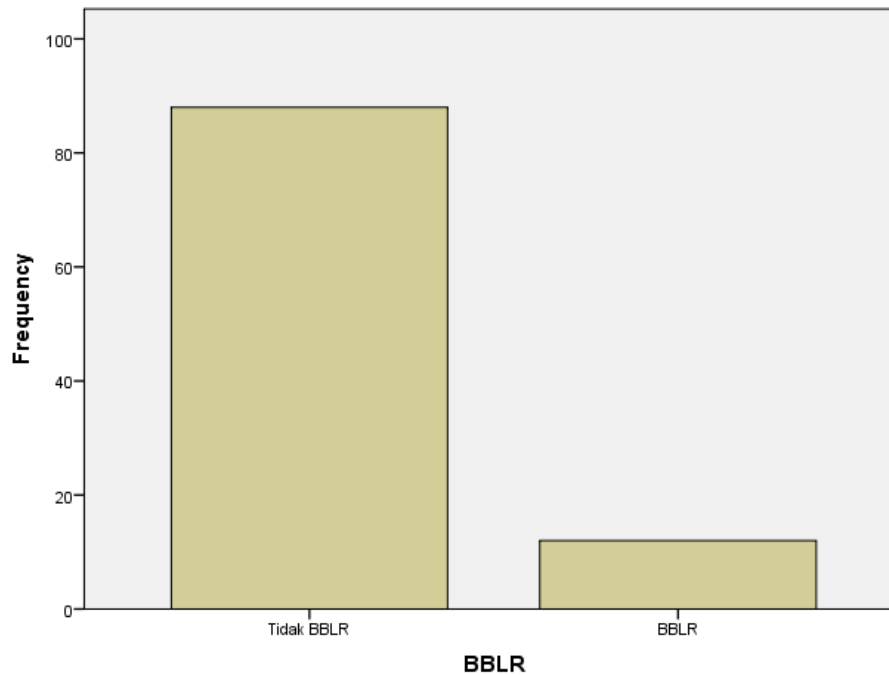
**Statistics**

		PMT	SGBBU2	Statusgizimen urutKMS	ASIE	BBLR	Imunisasi
N	Valid	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,78	2,81	2,52	,84	,12	,93
Median		2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
Std. Deviation		,416	,394	,822	,368	,327	,256
Percentiles	25	2,00	3,00	2,00	1,00	,00	1,00
	50	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
	75	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00

**BBLR**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak BBLR	88	88,0	88,0	88,0
	BBLR	12	12,0	12,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

**BBLR**



## 15. BBLR dengan Status gizi

**BBLR \* SGBBU2 Crosstabulation**

			SGBBU2		Total
			gizi kurang	gizi baik	
BBLR	Tidak BBLR	Count	17	71	88
		Expected Count	16,7	71,3	88,0
		% within BBLR	19,3%	80,7%	100,0%
		% within SGBBU2	89,5%	87,7%	88,0%
		% of Total	17,0%	71,0%	88,0%
BBLR	BBLR	Count	2	10	12
		Expected Count	2,3	9,7	12,0
		% within BBLR	16,7%	83,3%	100,0%
		% within SGBBU2	10,5%	12,3%	12,0%
		% of Total	2,0%	10,0%	12,0%
Total		Count	19	81	100
		Expected Count	19,0	81,0	100,0
		% within BBLR	19,0%	81,0%	100,0%
		% within SGBBU2	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	19,0%	81,0%	100,0%

## 16. Imunisasi

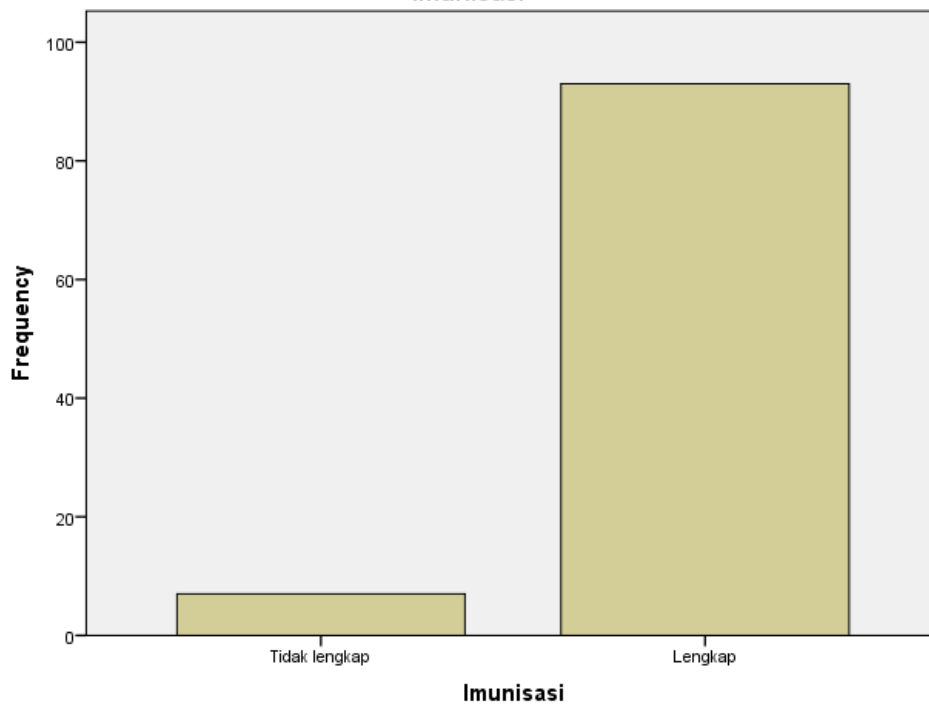
**Statistics**

		PMT	SGBBU2	Statusgizimen urutKMS	ASIE	BBLR	Imunisasi
N	Valid	100	100	100	100	100	100
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1,78	2,81	2,52	,84	,12	,93
Median		2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
Std. Deviation		,416	,394	,822	,368	,327	,256
Percentiles	25	2,00	3,00	2,00	1,00	,00	1,00
	50	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00
	75	2,00	3,00	3,00	1,00	,00	1,00

**Imunisasi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak lengkap	7	7,0	7,0	7,0
	Lengkap	93	93,0	93,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

**Imunisasi**



## 17. Imunisasi dengan status gizi

Imunisasi \* SGBBU2 Crosstabulation

			SGBBU2		Total
			gizi kurang	gizi baik	
Imunisasi	Tidak lengkap	Count	6	1	7
		Expected Count	1,3	5,7	7,0
		% within Imunisasi	85,7%	14,3%	100,0%
		% within SGBBU2	31,6%	1,2%	7,0%
		% of Total	6,0%	1,0%	7,0%
	Lengkap	Count	13	80	93
		Expected Count	17,7	75,3	93,0
		% within Imunisasi	14,0%	86,0%	100,0%
		% within SGBBU2	68,4%	98,8%	93,0%
		% of Total	13,0%	80,0%	93,0%
Total	Count	19	81	100	
	Expected Count	19,0	81,0	100,0	
	% within Imunisasi	19,0%	81,0%	100,0%	
	% within SGBBU2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	19,0%	81,0%	100,0%	

## 18. PMT dengan status gizi

**PMT ^ SGBBU2 Crosstabulation**

			SGBBU2		Total
			gizi kurang	gizi baik	
PMT	tidak rutin	Count	13	9	22
		Expected Count	4,2	17,8	22,0
		% within PMT	59,1%	40,9%	100,0%
		% within SGBBU2	68,4%	11,1%	22,0%
		% of Total	13,0%	9,0%	22,0%
	rutin	Count	6	72	78
		Expected Count	14,8	63,2	78,0
		% within PMT	7,7%	92,3%	100,0%
		% within SGBBU2	31,6%	88,9%	78,0%
		% of Total	6,0%	72,0%	78,0%
Total	Count	19	81	100	
	Expected Count	19,0	81,0	100,0	
	% within PMT	19,0%	81,0%	100,0%	
	% within SGBBU2	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	19,0%	81,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	29,457 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	26,211	1	,000		
Likelihood Ratio	25,172	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	29,162	1	,000		
N of Valid Cases	100				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,18.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PMT (tidak rutin / rutin)	17,333	5,274	56,972
For cohort SGBBU2 = gizi kurang	7,682	3,304	17,860
For cohort SGBBU2 = gizi baik	,443	,267	,735
N of Valid Cases	100		

## RIWAYAT HIDUP

- Nama : Putri Amalia Alyani Suhri
- NIM : 10542 0319 11
- Tempat / Tanggal Lahir : Makassar/ 14 Maret 1993
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Alamat : Jl. Malengkeri 1, Griya Pesona Adenium blok  
C/12
- Agama : Islam
- Orang Tua : - Ayah : Ir. Suhri Badawi M.Sc  
- Ibu : Setia Ningsih S.Tp
- Saudara : (1) Ahmad Rifqi Syahputra Suhri  
(2) Rifda Febri Andari Suhri  
(3) Andini Efinar Dewi Suhri
- Pendidikan :
1. TK Kuncup Pertiwi Kendari, tamat tahun 1998
  2. SDN 02 Baruga Kendari, tamat tahun 2004.
  3. SMPN 01 Kendari, tamat tahun 2007
  4. SMAN 04 Kendari , tamat tahun 2010.
  5. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar (2011 - sekarang).



