

### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

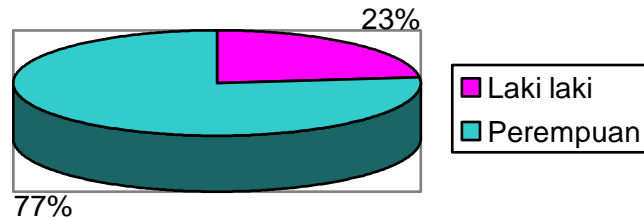
Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Imogiri II dari tanggal 28 Februari sampai 28 April 2009. Puskesmas Imogiri II merupakan salah satu dari dua puskesmas di wilayah Kecamatan Imogiri yang terletak di Dusun Mojohuro, Sriharjo, Kecamatan Imogiri, Kabupaten Bantul, 10 km sebelah Timur kota Bantul. Luas wilayah kerja Puskesmas Imogiri II adalah 33,82 km<sup>2</sup> dan membawahi empat desa yaitu Desa Kebonagung (5 dusun), Desa Karangtengah ( 6 dusun) , Desa Sriharjo (13 dusun) dan Desa Selopamiro (18 dusun). Jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Imogiri II adalah 31.857 Jiwa dengan proporsi laki – laki 15.420 (48,40%) dan proporsi perempuan 16,437 jiwa(51,60%).

Sebagian besar wilayah kerja Puskesmas Imogiri II merupakan pegunungan, selain area pertanian dan peternakan. Batas wilayah kerja puskesmas Imogiri II :

- a. Utara : Berbatasan dengan Desa Karangtalun Kecamatan Imogiri
- b.Selatan : Berbatasan dengan Kecamatan Panggang Kabupaten Gunungkidul
- c. Timur : Berbatasan dengan Desa Mangunan Kecamatan Dlingo dan Desa Girisuko Kecamatan Panggang.
- d. Barat : Berbatasan dengan Desa Canden Kecamatan Jetis.

### **B. Karakteristik Subyek Penelitian**

1. Jenis Kelamin Subyek Penelitian



Gambar 3. distribusi subyek penelitian berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan gambar 3 di atas terlihat bahwa karakteristik subyek penelitian berdasarkan jenis kelamin terdiri dari sebagian besar berjenis kelamin perempuan 23 (77%) dan sebagian kecil berjenis kelamin laki – laki 7 (23%).

Hal ini sesuai dengan penelitian Anton Kristijono(2000) bahwa penderita KEP yang dirawat inap di RSUD Dr Pirngadi Medan lebih banyak ditemukan balita penderita KEP berjenis kelamin perempuan dari pada laki–laki (60,2% vs.39,80%), hasil ini sesuai penelitian Agustina Lubis dkk.(1997) bahwa prevalensi laki – laki : perempuan adalah 1 : 4. Hal ini disebabkan karena perbedaan nilai anak, anak laki – laki dianggap lebih berharga daripada anak perempuan sehingga anak laki – laki akan mendapatkan perawatan kesehatan dan pemberian makanan yang lebih baik.

## 2. Usia

Dari 30 subyek penelitian angka kejadian kurang energi protein (KEP) terjadi pada usia terendah 11 bulan dan tertinggi 53 bulan, usia rata–rata pada usia 30,67 bulan. Sedangkan berdasarkan kelompok umur angka kejadian KEP tertinggi terjadi pada usia 25 sampai 48 bulan sebanyak 20 (67%).

Balita pada usia ini baru memasuki tahapan baru dalam proses tumbuh kembangnya, di antaranya tahapan untuk mulai beralih dari ketergantungan besar pada ASI atau susu formula ke

makanan semi padat. Sebagian balita mengalami masa ini tanpa kesulitan, namun sebagian lagi menderita kesulitan makan yang berat. Akibat kesulitan makan ini menyebabkan masukan makanan yang kurang sehingga anak jatuh pada keadaan gizi kurang hingga gizi buruk (Anton Kristijono.2000).

### 3. Jenis pekerjaan orang tua

Jenis pekerjaan orangtua (Kepala Keluarga) subyek penelitian dapat terlihat pada gambar 3 berikut :



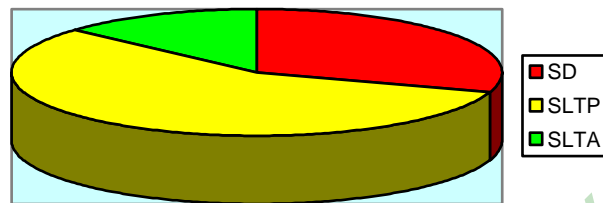
Gambar 4. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Pekerjaan KK

Berdasarkan gambar 4 dapat dilihat bahwa mata pencaharian sebagian besar orangtua (kepala keluarga) dari subyek penelitian adalah buruh sebanyak 19 orang (63,3%), dan sebagian kecil adalah petani sebanyak 5 orang (16,7%), dan swasta sebanyak 6 orang (20%).

Jenis pekerjaan kepala keluarga sangat menentukan pendapatan keluarga yang berakibat pada kemampuan menyediakan bahan makanan yang bergizi. Pendapatan yang rendah merupakan halangan utama dalam perbaikan status gizi. Rumiasih (2003) menyimpulkan bahwa selain konsumsi energi, konsumsi protein serta penyakit infeksi yang mempunyai peranan kuat terjadinya KEP pada anak balita faktor pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, pengetahuan ibu

serta pendidikan ibu mempunyai peranan yang tidak kalah penting terhadap terjadinya KEP pada anak balita.

#### 4. Tingkat Pendidikan orang tua Subyek Penelitian

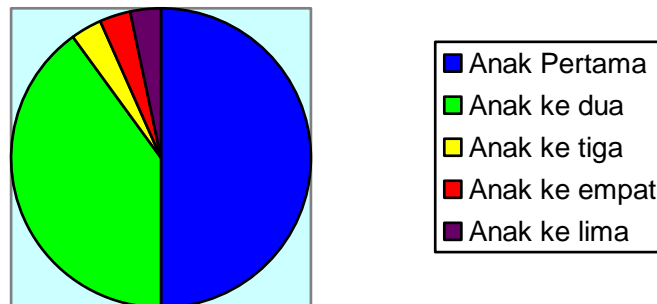


Gambar 5. Distribusi Tingkat pendidikan orang tua(ibu) balita KEP di wilayah Kerja Puskesmas Imogiri II tahun 2009

Berdasarkan gambar 5 dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan sebagian besar orang tua subyek penelitian (ibu) adalah SLTP sebanyak 17 orang (56,7%), dan sebagian kecil adalah SD sebanyak 9 orang (30%) dan SLTA sebanyak 4 orang (13,3%).

Hasil analisa data Susenas(1986) dalam Kristijono (2000) menunjukkan bahwa pendidikan orangtua ternyata berhubungan negatif dengan prevalensi kurang gizi. Jadi mungkin ada faktor lain yang menyebabkan anak dari orangtua dengan tingkat pendidikan SLTA menderita KEP bahkan sampai tingkat berat. Faktor tersebut mungkin tingkat pengetahuan gizi orangtua penderita terutama ibu. Beberapa pakar pendidikan gizi berpendapat bahwa di samping tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan ibu sangat berpengaruh terhadap praktik gizi ibu dalam rumah tangga. Sebab sekalipun kurangnya daya beli merupakan halangan utama, sebagian kekurangan gizi akan bisa diatasi jika orang tahu bagaimana seharusnya memanfaatkan segala sumber yang dimiliki.

#### 5. Urutan anak dalam keluarga



Gambar 6. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Urutan Anak Dalam Keluarga

Berdasarkan gambar 6 di atas terlihat bahwa sebagian besar subyek penelitian adalah anak pertama 15 anak (50%) dan anak kedua 12 anak (40%) dan lainnya adalah anak ketiga, keempat, dan kelima masing – masing 1 anak (3,3%). Hal ini menunjukkan bahwa proporsi anak pertama maupun bukan adalah sama. Meskipun anak pertama akan mendapat perlakuan yang terbaik dari orangtua tetapi bila tidak tersedia sumber dana dan pengetahuan maka anak juga dapat mengalami KEP.

Menurut Erledis Simanjuntak Dalam Kristijono (2000) bahwa faktor resiko yang paling dominan terhadap terjadinya KEP di Kota Medan adalah penyakit infeksi, pekerjaan ayah dengan tingkat sosial ekonomi rendah, jumlah anak dalam keluarga lebih dari 2 dan tidak diberikan ASI eksklusif.

#### 6. Jenis Penyakit yang diderita selama 3 bulan

Dari 30 subyek penelitian setelah diobservasi selama tiga bulan terdapat 10 anak (33,3%) menderita penyakit infeksi diantaranya infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), diare dan primer kompleks tuberculosis, dan penyakit non infeksi 3 (10%) anak yaitu penderita penyakit jantung bawaan 1 anak(3,3%) , dan 2 anak (6,7%) penderita penyakit asma. Sedangkan 17 anak (56,7%) sehat.

Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Timbulnya gizi kurang tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang.

### C. Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

#### 1. Sistem Pemberian PMT

PMT yang diterima subyek penelitian merupakan salah satu bentuk program perbaikan gizi khususnya pada balita. PMT diberikan setiap hari selama 3 bulan. Proses pemberian PMT dari puskesmas adalah dalam bentuk makanan mentah diberikan setiap 2 minggu sekali, selanjutnya ibu balita diajari cara mengolah makanan dan dianjurkan untuk memberikan makanan tambahan tersebut setiap hari serta apabila anak menderita sakit diberikan pengobatan. Selanjutnya setiap bulan dilakukan pengukuran berat badan dan status gizi subyek penelitian.

#### 2. Jenis PMT yang diberikan.

Bentuk makanan tambahan yang diberikan kepada subyek penelitian adalah berupa bahan makanan. Adapun jenis dan nilai gizi energi dan protein dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 7. Jenis bahan makanan PMT balita KEP di wilayah kerja Puskesmas Imogiri II tahun 2009

No	Jenis bahan makanan	jumlah	Nilai Gizi	
			Energi	Protein
1	Telur ayam	60 gr	97,2	7,68
2	Susu	30 gr	152,7	7,38
3	Gula jawa	50 gr	193	1,5
4	Kacang hijau	50 gr	172,5	11,1
	jumlah		615,4	27.66

Dari tabel di atas tampak bahwa jenis PMT yang diberikan setiap hari adalah bahan mentah dari bahan – bahan lokal dan

memberikan tambahan asupan makanan dengan nilai gizi energi 615,4 kalori dan protein 27,66 gram. Nilai gizi ini cukup tinggi dan bahkan melampaui standart pedoman pemberian makanan tambahan nasional (Energi 300 - 400 kkal dan 5 – 6 gr Protein). jika proses pelaksanaan dilakukan dengan baik, sampai sasaran dapat diterima dengan tepat oleh balita, akan meningkatkan tingkat asupan energi dan protein sehari-hari, sehingga mampu meningkatkan status gizinya.

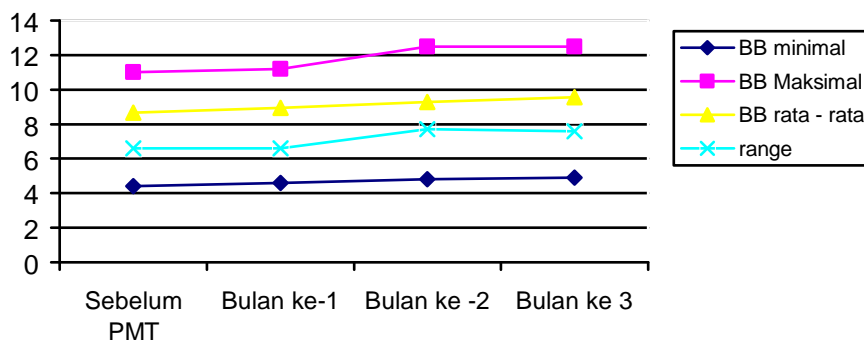
#### **D. Perubahan Berat Badan**

##### **1. Berat badan sebelum program PMT**

Pada penelitian didapatkan hasil bahwa rata – rata berat badan Subyek penelitian sebelum diberikan makanan tambahan adalah 8,673 kg dengan berat badan terendah 4,4 kg dan berat badan tertinggi 11,0 kg, dengan range 6,6 kg.

##### **2. Berat badan sesudah program PMT**

Setelah dilakukan pengukuran berat badan awal selanjutnya subyek penelitian mendapat perlakuan dengan adanya program pemberian PMT pada bulan Januari sampai Maret 2009. Untuk mengetahui ada atau tidak perbedaan berat badan setelah adanya program pemberian makanan tambahan maka setiap bulan dilakukan pemantauan berat badan pada awal bulan Februari, Maret dan April . Dan hasil pengukuran berat sesudah program PMT tampak pada gambar berikut :



Gambar 7. Perubahan berat badan balita KEP di wilayah kerja Puskesmas Imogiri II Tahun 2009

Berdasarkan gambar 7 di atas terlihat adanya perubahan berat badan pada bulan pertama setelah subyek penelitian mendapat PMT. Berat badan terendah meningkat dari 4,4 kg menjadi 4,6 kg, berat badan tertinggi juga meningkat dari 11 kg menjadi 11,2 kg dan rata-rata berat badan 8,953 kg.

Pada bulan ke-dua program pemberian makanan tambahan berat badan terendah meningkat dari 4,6 kg menjadi 4,8 kg, berat badan tertinggi juga meningkat dari 11,2 kg menjadi 12,5 kg dan rata-rata berat badan 9,293 kg. Dan pada bulan ke-tiga perubahan berat badan terjadi pada berat badan terendah meningkat dari 4,8 kg menjadi 4,9 kg, berat badan tertinggi tetap 12,5 kg dan rata-rata berat badan 9,550 kg.

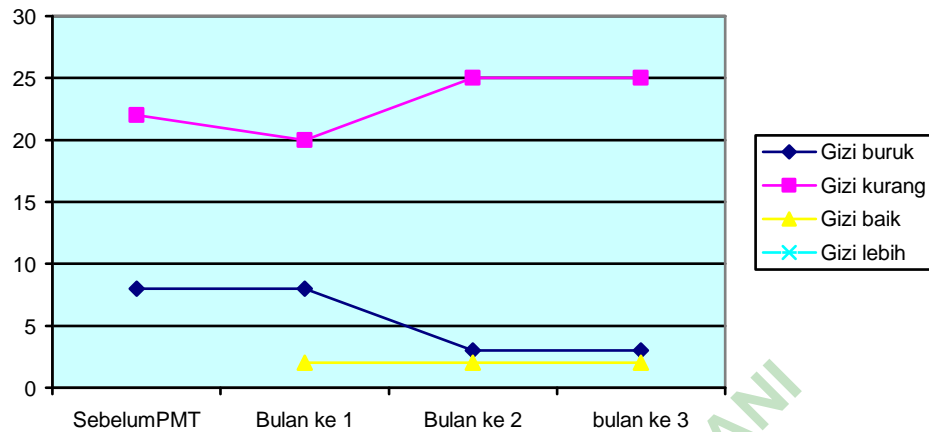
Perubahan berat badan ini juga disertai dengan perubahan status gizi subyek penelitian.

## E. Perubahan Status Gizi

### 1. Status Gizi Awal Penelitian

Dari hasil penelitian status gizi Subyek penelitian sebelum diberikan makanan tambahan adalah gizi buruk sejumlah 8 anak (26,7%) dan gizi kurang 22 anak (73,3%).

## 2. Perubahan Status Gizi subyek penelitian setelah mendapat PMT



Gambar 8. Perubahan status gizi balita KEP di wilayah kerja Puskesmas Imogiri II Tahun 2009

Peningkatan status gizi pada subyek penelitian setelah diberi PMT selama satu bulan terjadi pada status gizi kurang menjadi gizi baik sejumlah 2 anak (6,7%), jumlah subyek dengan status gizi kurang menurun dari 22 (73,3) menjadi 20 (66,7) dan jumlah subyek dengan status gizi buruk tetap berjumlah 8 (26,7%).

Pada bulan ke-dua setelah program pemberian makanan tambahan peningkatan status gizi terjadi pada subyek dengan status gizi kurang bertambah dari 20 (66,7%) menjadi 25 (83,3%) dan jumlah subyek dengan status gizi buruk berkurang dari 8 (26,7%) menjadi 3 (10%). proporsi status gizi baik tetap 2 anak (6,7%). Kondisi status gizi tersebut tetap pada bulan ke-tiga pelaksanaan program PMT.

## F. Pengaruh PMT Terhadap Status Gizi

Tabel 10. Pengaruh pemberian makanan tambahan(PMT) terhadap peningkatan status gizi balita KEPdi wilayah kerja Puskesmas Imogiri II Tahun 2009

Kondisi	Status gizi				P Value	X <sup>2</sup>
	Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi buruk		
Sebelum PMT	0	0	22 (76,3%)	8 (23,7%)	0,000	33,80
Sesudah PMT	0	2 (6,7%)	25 (83,3)	3 (10%)		

Hasil uji statistik chi square diperoleh  $X^2 = 33,80$  dan nilai  $p = 0,000$  pada  $\alpha = 0,05$ , berarti ada perbedaan yang bermakna status gizi sebelum dan sesudah mendapat PMT. Hal ini menunjukkan ada pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap peningkatan status gizi balita Kurang energi protein (KEP) di wilayah kerja Puskesmas Imogiri II.

## G. Pembahasan

Pada awal sebelum pemberian makanan tambahan rata-rata berat badan anak adalah 8,673 kg dan rata-rata Berat badan anak setelah diberi PMT adalah 9,550 kg. Ada peningkatan rata-rata berat badan anak anak sebelum dan sesudah diberi PMT sebesar 0,9 kg . Peningkatan berat badan anak ini juga akan mempengaruhi peningkatan status gizi anak.

Status gizi anak sebelum pemberian makanan tambahan adalah dari 30 anak terdapat 8 (26,7 %) anak dengan status gizi buruk, dan 22 (73,3%) anak dengan status gizi kurang. Tiga bulan setelah pemberian makanan tambahan, dari 30 anak terdapat 3 (10%) anak dengan status gizi buruk, dan 25 (83,3%) anak dengan status gizi kurang, dan 2 (6,7%) dengan gizi baik. Ada penurunan

jumlah gizi buruk sebesar 16,7% (dari 8 anak menjadi 3 anak), dan ada peningkatan jumlah gizi kurang sebesar 10% (dari 22 anak menjadi 25 anak) serta adanya peningkatan jumlah gizi baik sebesar 6,7% (dari 0 menjadi 2 anak).

Hal ini menunjukkan bahwa adanya program PMT dapat meningkatkan status gizi anak. PMT adalah program pemberian makanan tambahan bagi balita yang menderita KEP, jika proses pelaksanaan dilakukan dengan baik, sampai sasaran dapat diterima dengan tepat oleh balita, akan meningkatkan tingkat asupan energi dan protein sehari-hari, sehingga mampu meningkatkan status gizinya.

Sebagaimana dijelaskan Depkes (2000) kasus balita KEP ini terkait dengan jumlah makanan yang dimakan anak setiap hari makanan yang dimakan anak sangat kurang baik kuantitas maupun kualitasnya. Kurang Energi Protein adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi (Depkes, 1999).

Makanan dan penyakit dapat secara langsung mempengaruhi status gizi. Timbulnya gizi kurang tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

Menurut Supariasa, dkk (2001) kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu. Anak disebut KEP apabila berat badan dibandingkan dengan panjang (tinggi) badan  $< -2$  SD standart baku WHO-NCHS. Kurang Energi Protein adalah suatu kondisi kekurangan bahan-bahan nutrisi esensial pada tingkat seluler

sebagai akibat dari faktor fisiologi, sosial, pendidikan, ekonomi, budaya dan politik.

Status gizi dipengaruhi secara langsung oleh konsumsi makanan dan ada atau tidaknya penyakit infeksi. Disamping kedua faktor tersebut secara tidak langsung status gizi dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: nilai gizi makanan yang dimakan, ada tidaknya pemberian makanan tambahan dari luar keluarga, pendapatan atau daya beli keluarga, pengetahuan atau kebiasaan ibu terhadap gizi dan kesehatan, jangkauan pelayanan kesehatan dan faktor lingkungan sosial (Supriasa, 2002 ).

Program PMT adalah program pemberian makanan tambahan bagi balita yang menderita KEP, guna melengkapi makanan yang sudah diberikan sehari-hari, untuk mencukupi kebutuhan zat gizi balita agar meningkat status gizinya, sehingga mencapai status gizi yang baik. (Depkes RI, 1997)

Kandungan gizi pada PMT, terutama energi dan protein harus tersedia dan harus bisa menambah asupan energi dan protein yang diperoleh dari hidangan makan keluarga setiap hari. Jumlah kalori yang disediakan untuk PMT pemulihan dalam sehari harus mengandung energi 300 - 400 kal dan 5 – 6 gr protein atau setara dengan 1/3 kebutuhan kalori dan protein Balita per-hari. (Depkes RI, 1997). Sedangkan nilai gizi dari program PMT ini adalah energi 615,4 kalori dan protein 27,66 gram. Kondisi ini jauh melebihi standart yang ditetapkan dalam pedoman pelaksanaan program PMT.

Soekirman (2000) menjelaskan bahwa status gizi balita sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial terdekat. Disamping itu peran keluarga sangat besar dalam membentuk kepribadian anak. Pola pendidikan yang tepat yang diterapkan oleh orang tua akan sangat membantu anak dalam menghadapi kondisi lingkungan pada masa yang akan datang. Kenyataan membuktikan bahwa seorang anak belajar dari lingkungan yang paling dekat sehingga orang tua menjadi

orang yang paling dibutuhkan oleh anaknya. Orang tua merupakan tempat bergantung anak-anaknya dan harus memberikan kasih sayang dan perhatian sepenuhnya pada anak hingga remaja. Untuk memenuhi kebutuhan dan kasih sayang tersebut sangat tergantung pada kondisi keluarga.

Untuk memenuhi kebutuhan dasar bagi anak khususnya kebutuhan gizi, pengetahuan ibu tentang makanan anak memegang peranan yang sangat penting. Seseorang yang berpengetahuan baik dalam memberi makan anak akan mempengaruhi status gizi anak. Ibu akan selalu memperhatikan kecukupan makan anak sesuai dengan kebutuhan. Ibu akan memilih bahan makanan yang baik dan bergizi untuk anaknya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Khabib Muallim(2000) status gizi balita sebelum PMT-P program JPS-BK rata – rata adalah berstatus gizi buruk, sesudah PMT-P program JPS-BK rata – rata adalah berstatus gizi KEP sedang. Uji T-test for paired sample menunjukkan ada perbedaan status gizi balita sebelum dan sesudah PMT-P program JPS-BK dengan peningkatan status gizi 7,87%, ada perbedaan tingkat kecukupan energi sebelum dan sesudah PMT-P program JPS-BK dengan peningkatan 9% dan ada peningkatan tingkat kecukupan protein sebelum dan sesudah PMT-P program JPS-BK dengan peningkatan 10,4%.

Sejalan dengan penelitian Joko Arif Isnandar (2003) , bahwa status gizi anak sebelum dan sesudah pemberian makanan tambahan pemulihan pada balita KEP umur 12 sampai 36 bulan di wilayah Puskesmas Sambu II Kabupaten Boyolali berdasarkan indeks BB/U ada peningkatan rata – rata nilai Z skor sebesar 0.18, demikian juga pada indeks BB/PB ada peningkatan sebesar 0,47. Namun nilai rata – rata pada PB/U mengalami penurunan sebesar 0,52.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Nurqomariah (2006) bahwa ada perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah

perlakuan pada masing–masing kelompok, hal tersebut berarti pemberian PMT PAN ENTERAL maupun Biskuit MP-ASI dapat meningkatkan status gizi balita sampel yang mengalami gizi kurang

Hasil ini juga sejalan dengan pendapat Karjati (1985) dalam Soegeng Santoso (1999), bahwa penurunan angka prevalensi gizi salah pada anak balita dapat dicapai dengan peningkatan status gizi dan kesehatan anak. Gizi kurang pada anak disebabkan oleh tidak cukupnya makanan tambahan dan penyakit infeksi yang keduanya dapat berawal dari kemiskinan serta lingkungan yang tidak sehat dan sanitasi yang buruk. Sehingga untuk mempertahankan status gizi yang baik perlu intervensi gizi melalui pemberian makanan tambahan (PMT) khususnya kepada anak.

PERPUSTAKAAN  
JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA