

Intervensi Gizi Spesifik dengan Pendampingan Gizi terhadap Status Gizi Balita di Kabupaten Bandung Provinsi Jawa Barat

Hastuti, W*, Par'i¹, H.M, Utami, S¹

¹ Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung

* Alamat korespondensi, e-mail: widihas77@gmail.com

Abstrak

Dalam upaya untuk mengatasi masalah gizi kurus dan pendek yang tersebar baik di kota maupun desa, maka diperlukan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik menekankan pada mengurangi masalah gizi secara langsung terutama kelompok 1000 hari pertama kehidupan, sedangkan intervensi gizi sensitif adalah upaya mencegah dan mengurangi masalah gizi secara tidak langsung dalam bentuk berbagai kegiatan pembangunan non kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui informasi perbedaan status gizi balita sebelum dan setelah diberikan intervensi gizi spesifik dengan pendampingan gizi di Kabupaten Bandung Jawa Barat.

Desain penelitian menggunakan *quasy exsperiment pre-test post-test* untuk membandingkan status gizi balita sebelum dan setelah intervensi. Sampel yaitu balita kurus (Berat Badan/Tinggi Badan) dan beresiko kurus berjumlah 30. Penelitian dilaksanakan di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung Provinsi Jawa Barat, yang dilaksanakan pada bulan Maret sampai September 2016.

Hasil penelitian sebelum dan sesudah intervensi pendampingan gizi menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara status gizi (BB/TB) ($p 0,001$), pengetahuan gizi ibu ($p 0,001$), pengetahuan pemberian makan ($p 0,015$), dan pengetahuan kebersihan diri ($p 0,000$), sedangkan pengetahuan perawatan anak sakit tidak ada perbedaan ($p 0,594$). Variabel pengetahuan perawatan anak sakit diketahui sebagai *confounding* yang dapat mempengaruhi status gizi balita indeks (BB/TB). Kegiatan pendampingan gizi harus dilaksanakan secara teratur dan kesinambungan untuk mengawal upaya perbaikan gizi agar dapat mencapai tujuan yang ditetapkan.

Kata kunci: intervensi, gizi spesifik, pendampingan gizi, status gizi, balita

Abstract

Wasting and Stunting are the main problem spreaded in towns and villages. To address nutritional issues, especially wasting and stunting, it is required nutrition-specific interventions and nutrition-sensitive interventions. Nutrition-sensitive interventions focus on preventing and reducing nutritional problems, particularly in the first 1,000 days of life. Meanwhile, nutrition-sensitive interventions are the effort to disrupt and decrease the nutritional problems indirectly in the form of various activities out of health. The aim of this study is to compare the differences of nutritional status of children under 59-months before and after given specific nutritional interventions along with nutritional assistance in Bandung Regency of West Java.

The research design used the quasy exsperiment with pretest–posttest questionnaire to compare the nutritional status of infants before and after the intervention. The thirty Samples were underweight toddlers (Weight / Height) and wasting risk, and lived in Margaasih research in the District of Bandung regency, West Java province. The study was conducted from March to September 2016.

The results of the study showed that there is a significant difference in nutritional status (weight/height) ($p 0,001$), nutritional knowledge of mothers ($p 0,001$), knowledge of feeding

(p 0.015), and knowledge of personal hygiene (p 0.000), while knowledge of the care of sick children there is no difference in (p 0.594). the variables of the sick child care knowledge indicated as a confounding factor that will affect nutritional status (weight/ height). Nutritional assistance activities should be carried out regularly and sustainably to initiate efforts for nutritional improvement as the main goal.

Pendahuluan

Masalah gizi menyumbang 45% kematian anak balita. Investasi untuk meningkatkan intervensi gizi akan dapat menyelamatkan 900 ribu jiwa, mengurangi *stunting* sebesar 20% dan *wasting* sebesar 61%.¹ Status gizi yang baik merupakan modal dasar dalam pencapaian sasaran pembangunan. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, sasaran pokok upaya peningkatan status gizi masyarakat adalah: (1) menurunnya prevalensi gizi kurang (*underweight*) pada anak balita dari 19,6% menjadi 17,0%; (2) prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (di bawah 2 tahun) menurun dari 32,9% menjadi 28,0%; (3) prevalensi *wasting* (kurus) anak balita menurun dari 12% menjadi 9,5%.¹¹ Hasil tiga kali Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yaitu pada tahun 2007, 2010, dan 2013 menunjukkan tidak terjadi banyak perubahan pada prevalensi balita gizi kurang maupun balita pendek. Pada tahun 2007 prevalensi balita gizi kurang adalah 18,4%, menjadi 17,9% tahun 2010 dan meningkat menjadi 19,6% tahun 2013. Demikian pula dengan prevalensi balita pendek pada tahun 2007, 2010, dan 2013 berturut-turut sebesar 36,8%, 35,6% dan 37,2% (Kemenkes, 2013). Kabupaten Bandung merupakan wilayah dengan tingkat kategori masalah *underweight* berat yaitu 21,9% dan *stunting* 32,7%.⁶ Hal ini berarti pada tahun 2015 sasaran RPJMN bidang kesehatan 2010-2015 belum berhasil dicapai. Untuk mengatasi masalah gizi kurang dan pendek diperlukan dua kelompok intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi

sensitif adalah upaya untuk mencegah dan mengurangi masalah gizi secara langsung terutama kelompok 1000 hari pertama kehidupan. Kegiatan intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan berupa penyuluhan gizi, pemantauan pertumbuhan, pemberian makanan dan pengobatan penyakit. Intervensi gizi sensitif adalah upaya untuk mencegah dan mengurangi masalah gizi secara tidak langsung dalam bentuk berbagai kegiatan pembangunan non kesehatan. Dalam perbaikan gizi masyarakat, kontribusi intervensi gizi spesifik sebesar 30% sedangkan intervensi gizi sensitif sebesar 70 persen.¹¹ Kontribusi intervensi gizi sensitif dengan kegiatan pendampingan mampu meningkatkan status gizi balita.¹⁸ Pendampingan gizi merupakan kegiatan pemberian dukungan kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah dan penyuluhan yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok sasaran dalam wilayah yang telah ditentukan.⁴ Pendampingan diberikan selama 4 minggu dalam bentuk pemberian makanan tambahan dan penyuluhan. Materi penyuluhan yang diberikan yaitu materi intervensi gizi spesifik berupa pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan, pengetahuan perawatan anak sakit, pengetahuan kebersihan diri. Oleh karena itu, diperlukan penelitian intervensi gizi spesifik dengan pendampingan gizi terhadap status gizi balita di Kabupaten Bandung Provinsi Jawa Barat sebagai salah satu wilayah yang mempunyai masalah gizi kronis.

Metode Rancangan/Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *quasy experiment pre test – post test design*. Intervensi yang diberikan meliputi kegiatan pemberian dukungan yang dilakukan oleh tenaga gizi pendamping kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk penyuluhan/konseling berupa pendampingan pengetahuan gizi ibu, pendampingan pengetahuan pemberian makan, pendampingan pengetahuan perawatan anak sakit dan pendampingan pengetahuan kebersihan diri. Pendampingan diberikan selama 4 minggu dan mencakup 3 fase:

- 1) Fase intensif (sasaran dikunjungi setiap hari selama 1 minggu: hari ke-1 sampai hari ke-7)
- 2) Fase penguatan (sasaran dikunjungi dua kali perminggu selama 1 minggu: hari ke-8 sampai hari ke-14)
- 3) Fase mandiri (selama 2 minggu). Hari ke-15 sampai ke-29 sasaran tidak dikunjungi. Hari ke-30 TGP melakukan penilaian output pendampingan)

Terdapat tiga tahapan kegiatan dalam penelitian meliputi: tahap sebelum intervensi, tahap intervensi, dan tahap setelah intervensi.

1. Tahap sebelum intervensi bertujuan untuk mengetahui data awal sebelum dilakukan intervensi. Data yang dikumpulkan meliputi: data primer seperti (1) Data karakteristik sampel (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan ibu) diperoleh dengan wawancara menggunakan kuesioner. (2) Data status gizi indeks BB/TB. (3) Data pengetahuan gizi ibu. (4) Data pengetahuan pemberian makan. (5) Data pengetahuan perawatan anak sakit. (6) Data pengetahuan kebersihan diri. (7) Data asupan makan dengan metode SFFQ

2. Tahapan intervensi meliputi: penyuluhan, konseling dan pendampingan gizi. Materi penyuluhan konseling adalah: (1) pengetahuan gizi ibu. (2) pengetahuan pemberian makanan. (3) pengetahuan perawatan

anak sakit. (4) pengetahuan kebersihan diri. Pendampingan gizi diberikan dalam tiga fase yaitu: (1) Fase intensif (sasaran dikunjungi setiap hari selama 1 minggu: hari ke-1 sampai hari ke-7). (2) Fase penguatan (sasaran dikunjungi dua kali perminggu selama 1 minggu: hari ke-8 sampai hari ke-14). (3) Fase mandiri (selama 2 minggu. Hari ke-15 sampai ke-29 sasaran tidak dikunjungi. Hari ke-30 TGP melakukan penilaian output pendampingan)

3. Tahapan setelah intervensi meliputi pengambilan data: (1) status gizi indeks BB/TB, (2) pengetahuan gizi ibu, (3) pengetahuan pemberian makan, (4) pengetahuan perawatan anak sakit, (5) pengetahuan kebersihan diri, dan (6) data asupan makan dengan metode *Recall 2 x 24 jam (minggu ke 3 dan ke 4)*.

Analisis hasil menggunakan analisis regresi logistik ganda

Sasaran Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah balita kurus (BB/TB) dan balita normal yang berisiko kurus $< -1,01$ sampai $-3,00$ standar deviasi yang ada di wilayah Kabupaten Bandung Propinsi Jawa Barat. Sampel adalah balita kurus (BB/TB) dan balita normal yang berisiko kurus $< -1,01$ sampai $-3,00$ standar deviasi di Kecamatan Margaasih Kabupaten Bandung Propinsi Jawa Barat.

Jumlah sampel sebanyak 30 anak balita kurus dan beresiko kurus.

Hasil

Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Puskesmas Rahayu merupakan salah satu puskesmas yang ada di wilayah Kabupaten Bandung, mempunyai 60 posyandu dan 5.554 balita. Kegiatan gizi di Puskesmas Rahayu dibina oleh

seorang tenaga gizi dengan kualifikasi pendidikan Diploma III Gizi.

Gambaran Umum Pendampingan Gizi

Pendampingan dilakukan oleh Tenaga Gizi Pendamping (TGP) mencakup 3 fase. Fase pertama yaitu fase intensif (sasaran dikunjungi setiap hari selama 1 minggu: hari ke-1 sampai hari ke-7). Pada fase intensif TGP menyampaikan nasehat gizi kepada ibu atau pengasuh tentang pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan, pengetahuan perawatan anak sakit, pengetahuan kebersihan diri. Fase kedua yaitu fase penguatan (sasaran dikunjungi dua kali

perminggu selama 1 minggu (hari ke-8 sampai hari ke-9). Tujuannya adalah untuk memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu atau pengasuh anak, sesuai dengan rekomendasi yang dianjurkan oleh TGP. Fase ketiga yaitu fase mandiri (selama 2 minggu: hari ke-15 sampai hari ke-29 sasaran tidak dikunjungi, hari ke 30 TGP melakukan output pendampingan).

Gambaran Umum Karakteristik Sampel

Karakteristik sampel balita menurut jenis kelamin, umur, pendidikan ibu dan pekerjaan ibu disajikan pada tabel 1.1.

Tabel 1. Karakteristik sampel menurut jenis kelamin, umur, pendidikan ibu, dan pekerjaan ibu

Pada tabel 1	Variabel	n (30)	%
	Umur		
	7 - 11 bulan	2	6,7
	1 - 3 tahun	11	36,6
	4 - 6 tahun	17	56,7
	Pendidikan Ibu		
	SD	10	33,3
	SMP	11	36,7
	SMA	9	30,0
	Pekerjaan Ibu		
menunjukkan sebagian besar sampel berjenis kelamin perempuan (56,7%). Proporsi umur sampel sebagian besar yaitu umur 4 tahun (56,7%). Sebagian besar tingkat pendidikan ibu yaitu SMP (36,7%), sedangkan pekerjaan ibu sebagian besar sebagai ibu rumah tangga (96,7%).	Wiraswasta	1	3,3
	Mah Ibu Rumah Tangga	29	96,7

Analisis

Univariat

Pengambilan Data Sebelum Intervensi Pola Makan

Pola makan responden dibagi menjadi frekuensi makan utama dan jenis makanan yang sering dikonsumsi. Hasil pengambilan data dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Frekuensi Konsumsi Makan Responden

Variabel	n (30)	%
Frekuensi konsumsi makanan utama		
1 x	14	46,6
2 x	8	26,7
3 x	8	26,7

Jenis bahan makanan yang paling sering dikonsumsi	23	76,6
Bahan makanan sumber karbohidrat	7	23,4
Bahan makanan sumber protein		

Pola makan pada balita berbeda dengan pola makan anak usia sekolah dan orang dewasa. Frekuensi pemberian makan sama yaitu 3 x makanan utama (pagi, siang, malam) dan 2 x makanan selingan (diantara dua makanan utama).

Tabel 2 menunjukkan bahwa hanya sedikit sampel yang mengkonsumsi makanan utama dengan frekuensi 3 x

yaitu 26,7%. Jenis bahan makanan yang paling sering dikonsumsi sebagian besar sampel yaitu bahan makanan sumber karbohidrat sebesar 76,6%.

Asupan Makan

Data asupan makan responden dibagi menjadi asupan energi, asupan karbohidrat, protein dan lemak. Data asupan responden dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Pengukuran asupan makanan sampel sebelum intervensi

Asupan	n (30)	%
Energi		
Kurang	20	66,7
Cukup	10	33,3
Karbohidrat		
Kurang	24	80,0
Cukup	6	20,0
Protein		
Kurang	23	76,7
Cukup	7	23,3
Lemak		
Kurang	18	60,0
Cukup	12	40,0

Hasil pengukuran asupan makanan sampel sebelum intervensi sebagian besar masih kurang dari kecukupan (< 70% AKG) baik untuk energi (66,7%),

karbohidrat (80,0%), protein (76,7%) maupun lemak (60,0%), sedangkan asupan rerata responden disajikan dalam tabel 4.

Tabel 4. Pengukuran rerata asupan makanan sampel sebelum intervensi menurut kelompok umur balita

Asupan	7 – 11 bulan	1 – 3 tahun	4 – 6 tahun
Energi	505,1 kkal	760,9 kkal	1050,2 kkal
Karbohidrat	71,4 gram	115,2 gram	149,4 gram
Protein	11,5 gram	17,1 gram	21,5 gram
Lemak	19,2 gram	25,3 gram	40,4 gram

Rerata asupan makanan sampel sebelum intervensi dibawah kecukupan gizi untuk semua kelompok umur.

Pengukuran status gizi, pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan dan

pengetahuan kebersihan diri sebelum intervensi dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Pengukuran status gizi, pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan dan pengetahuan kebersihan diri sebelum intervensi

Variabel	n (30)	%
Status Gizi Indeks BB/TB		
Sangat Kurus	1	3,3
Kurus	8	26,7
Berisiko Kurus	21	70,0
Pengetahuan Gizi Ibu		
Kurang	30	100,0
Baik	0	0,0
Pengetahuan Pemberian Makan		
Kurang	30	100,0
Baik	0	0,0
Pengetahuan Perawatan Anak Sakit		
Kurang	30	100,0
Baik	0	0
Pengetahuan Kebersihan Diri		
Kurang	30	100,0
Baik	0	0,0

Pada tabel 8 disajikan hasil pengukuran status gizi indeks BB/TB sebanyak 70,0% sampel berisiko kurus (-1,00 sampai -1,99 standar deviasi), pengetahuan gizi ibu,

pengetahuan pemberian makan, pengetahuan perawatan anak sakit dan pengetahuan kebersihan diri sebanyak 100% kurang.

Tabel 6. Hasil pengukuran status gizi, pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan dan pengetahuan kebersihan diri sebelum intervensi

Variabel	Min	Max	Mean	SD
Status Gizi	-1,00	-3,10	-1,82	0,63
Pengetahuan Gizi Ibu	33,33	73,33	58,11	11,30
Pengetahuan Pemberian Makan	27,27	72,73	55,64	13,51
Pengetahuan Perawatan Anak Sakit	25,00	73,00	49,72	16,45
Pengetahuan Kebersihan Diri	60,00	76,50	68,63	5,51

Pada tabel 6 menunjukkan bahwa sebelum intervensi rerata nilai z score status gizi indeks BB/TB yaitu -1,82 dengan standar deviasi 0,63. Rerata skor pengetahuan gizi ibu (58,11) sebelum intervensi masih rendah, demikina juga

dengan skor pengetahuan pemberian makan (55,64), skor pengetahuan perawatan anak sakit (49,72) dan skor pengetahuan kebersihan diri (68,63) masih rendah.

Pengukuran Akhir Asupan Makan

Tabel 7. Pengukuran asupan makanan sampel setelah intervensi

Asupan	n (30)	%
Energi		
Kurang	12	40,0
Cukup	18	60,0
Karbohidrat		
Kurang	14	46,7
Cukup	16	53,3
Protein		
Kurang	13	43,3
Cukup	17	56,7
Lemak		
Kurang	12	40,0
Cukup	18	60,0

Berdasarkan hasil Recall asupan makanan sampel setelah intervensi mengalami kenaikan baik untuk energi dengan kategori cukup menjadi sebesar 60,0%, karbohidrat dengan kategori

cukup menjadi 53,3%, protein menjadi 56,7% dan lemak menjadi 60,0%. Hal ini berarti intervensi pendampingan gizi yang diberikan dapat meningkatkan asupan energi, karbohidrat, protein dan lemak pada sampel (tabel 7).

Tabel 8. Pengukuran rerata asupan makanan sampel setelah intervensi menurut kelompok umur

Asupan	7 – 11 bulan	1 – 3 tahun	4 – 6 tahun
Energi	575,5 kkal	819,3 kkal	1188,4 kkal
Karbohidrat	83,6 gram	118,6 gram	158,6 gram
Protein	12,1 gram	19,7 gram	24,5 gram
Lemak	21,3 gram	29,5 gram	50,4 gram

Hasil pengukuran rerata asupan makanan sampel setelah intervensi mengalami

kenaikan baik untuk energi, karbohidrat, protein maupun lemak (tabel 8).

Tabel 9. Hasil pengukuran status gizi, pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan dan pengetahuan kebersihan diri setelah intervensi

Variabel	n (30)	%
Status Gizi		
Sangat Kurus	0	0,0
Kurus	5	16,7
Berisiko Kurus	25	83,3
Pengetahuan Gizi Ibu		
Kurang	19	63,3
Baik	11	36,7
Pengetahuan Pemberian Makan		
Kurang	29	96,7
Baik	1	3,3
Pengetahuan Perawatan Anak Sakit		
Kurang	28	93,3
Baik	2	6,7

Pengetahuan Kebersihan Diri		8	26,7
Kurang	Baik	22	73,3

Hasil pengukuran status gizi setelah intervensi mengalami kenaikan. Sampel yang mempunyai status gizi sangat kurus mengalami kenaikan menjadi kurus. Demikian juga untuk pengetahuan gizi

ibu, pengetahuan pemberian makan dan pengetahuan kebersihan diri mengalami kenaikan. Namun untuk pengetahuan perawatan anak sakit tidak mengalami kenaikan (tabel 9).

Tabel 10. Hasil pengukuran akhir status gizi, pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan dan pengetahuan kebersihan diri setelah intervensi

Variabel	Min	Max	Mean	SD
Status Gizi	-2,38	0,91	-1,19	0,82
Pengetahuan Gizi Ibu	33,33	93,33	68,89	14,15
Pengetahuan Pemberian Makan	27,27	90,91	61,69	14,04
Pengetahuan Perawatan Anak Sakit	25,00	100,00	52,50	23,07
Pengetahuan Kebersihan Diri	62,50	100,00	89,58	11,41

Intervensi pendampingan gizi diberikan selama 4 minggu. Pada tabel 13 menunjukkan hasil rerata status gizi hasil

pengukuran akhir setelah intervensi mengalami kenaikan (-1,19).

Analisis Bivariat

Pengukuran awal dan akhir status gizi, pengetahuan gizi ibu, pengetahuan

pemberian makan dan pengetahuan kebersihan diri disajikan pada tabel 12.

Tabel 12. Pengukuran awal dan akhir status gizi, pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan dan pengetahuan kebersihan diri

Variabel	Sebelum	Sesudah	Delta	Nilai p
Status Gizi	-1,82	-1,19	0,64	0,001
Pengetahuan Gizi Ibu	58,11	68,89	10,78	0,001
Praktek Pemberian Makan	55,64	61,69	6,06	0,015
Praktek Perawatan Anak Sakit	49,72	52,50	2,78	0,594
Praktek Kebersihan Diri	68,63	89,58	20,95	0,000

Pada tabel 12 menunjukkan bahwa rerata nilai z score status gizi sebelum intervensi adalah -1,82. Pada pengukuran setelah intervensi diperoleh rerata status gizi adalah -1,19 dengan delta sebesar 0,64.

Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,001$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan yg signifikan antara status gizi sebelum dan setelah intervensi.

Dari empat variabel independen yang diuji statistik menggunakan uji t dependen

(pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan, pengetahuan perawatan anak sakit dan pengetahuan kebersihan diri) terdapat satu variabel yang tidak signifikan ($p=0,594$) yaitu variabel pengetahuan perawatan anak sakit dengan skor delta terkecil yaitu 2,78.

Hal ini berarti pengetahuan ibu tentang perawatan anak sakit masih kurang sehingga memerlukan pendampingan yang lebih intensif dalam perawatan anak sakit.

Analisis Multivariat

Tabel 13. Hasil seleksi analisis multivariat regresi logistik ganda antara pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan, pengetahuan perawatan anak sakit dan pengetahuan kebersihan diri dengan status gizi balita di Kab. Bandung (n=30)

Variabel	Betha	P value	OR	95% CI
Pengetahuan gizi ibu	-0,170	0,865	0,844	0,118 – 6,031
Pengetahuan pemberian makan	-23,035	0,052	0,000	0,000 – 0,000
Pengetahuan perawatan anak sakit	19,677	0,384	0,000	0,000 – 0,000
Pengetahuan kebersihan diri	0,747	0,475	2,111	0,283 – 15,770

Hasil analisis pada tabel 13 didapatkan ada satu variabel dengan nilai $p < 0,25$ yaitu pengetahuan pemberian makan. Namun karena dipandang secara

substansi penting maka variabel pengetahuan gizi ibu, pengetahuan perawatan anak sakit dan pengetahuan kebersihan diri tetap ikut dalam model..

Tabel 14. Regresi logistik ganda antara pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan, pengetahuan perawatan anak sakit dan pengetahuan kebersihan diri dengan status gizi balita di Kab. Bandung (n=30)

Variabel	Betha	P value	OR	95% CI
Pengetahuan gizi ibu	0,505	0,688	1,656	0,141 – 19,512
Pengetahuan pemberian makan	-23,659	1,000	0,000	0,000 – 0,000
Pengetahuan perawatan anak sakit	19,251	0,999	0,000	0,000 – 0,000
Pengetahuan kebersihan diri	0,967	0,389	2,630	0,292 – 23,708

Berdasarkan analisis pada tabel 14 tidak ada variabel dengan nilai p yang $< 0,05$, namun karena semua variabel

secara substansi penting maka satu persatu variabel dikeluarkan dimulai dari variabel dengan nilai p terbesar.

Tabel 15. Regresi logistik ganda antara pengetahuan gizi ibu, pengetahuan perawatan anak sakit dan pengetahuan kebersihan diri dengan status gizi balita di Kab. Bandung (n=30)

Variabel	Betha	P value	OR	95% CI

Pengetahuan gizi ibu	-0,163	0,875	0,850	0,111 – 6,501
Pengetahuan perawatan anak sakit	19,393	0,999	0,000	0,000 – 0,000
Pengetahuan kebersihan diri	0,670	0,525	1,954	0,248 – 15,386

Pada tabel 15 terlihat bahwa variabel pengetahuan perawatan anak sakit

mempunyai nilai p terbesar ($p=0,999$) sehingga dikeluarkan dari model.

Tabel 16. Regresi logistik ganda antara pengetahuan gizi ibu dan pengetahuan kebersihan diri dengan status gizi balita

Variabel	Betha	P value	OR	95% CI
Pengetahuan gizi ibu	-0,294	0,775	0,745	0,099 – 5,615
Pengetahuan kebersihan diri	0,798	0,445	2,220	0,286 – 17,214

OR variabel pengetahuan gizi berubah sebesar $0,745 – 0,850/0,850 = 12,3\%$. OR variabel pengetahuan kebersihan diri berubah sebesar $2,220 – 1,954/1,954 = 13,6\%$. Dengan hasil tersebut meskipun secara statistik tidak bermakna ($p=0,999$) namun secara substansi variabel perawatan anak sakit sebagai konfonding yang mempengaruhi status gizi BB/TB balita.

Pembahasan

Pola makan pada balita berbeda dengan pola makan anak usia sekolah dan orang dewasa. Tiap golongan mempunyai kebutuhan gizi berbeda sesuai dengan kecepatan tumbuh dan aktivitas yang dilakukan. Hasil pengukuran asupan makanan sampel sebelum intervensi sebagian besar masih kurang dari kecukupan ($< 70\%$ AKG) baik untuk energi (66,7%), karbohidrat (80,0%), protein (76,7%) maupun lemak (60,0%). Untuk menilai tingkat konsumsi makanan (energi dan zat gizi), diperlukan suatu standar kecukupan yang dianjurkan yaitu Angka Kecukupan Gizi (AKG) atau *Recommended Dietary Allowance (RDA)*. Klasifikasi tingkat konsumsi dibagi

menjadi empat dengan *cut off points* masing-masing sebagai berikut: dikatakan lebih bila $> 130\%$ AKG; cukup antara 100 -130 % AKG ; kurang antara 70 – 100 % AKG dan tergolong sangat kurang bila kurang dari 70 % AKG.

Kebutuhan energi untuk bayi 7 – 11 bulan adalah 725 kkal dengan karbohidrat 82 gram, protein 18 gram, lemak 36 gram. Anak umur 1 – 3 tahun kebutuhan energi adalah 1125 kkal dengan karbohidrat 155 gram, protein 26 gram, lemak 44 gram sedangkan kebutuhan energi anak umur 4 – 6 tahun adalah 1600 kkal dengan karbohidrat 220 gram, protein 35 gram, lemak 62 gram.¹⁰

Faktor pendidikan dan pengetahuan yang rendah dari sebagian ibu akan pentingnya pemberian makanan bergizi dan seimbang untuk anaknya dapat dikaitkan dengan masalah gizi kurus. Adanya balita kurus tidak bisa dipisahkan dari faktor perilaku yang ada di masyarakat. Faktor perilaku berkontribusi sangat besar terhadap timbulnya kasus balita kurus. Adanya anggapan bahwa banyak makan ikan menyebabkan kecacingan, atau tidak mau makan sayur karena sayuran dianggap makanan ternak, merupakan contoh kecil yang tidak

sedikit ditemukan di masyarakat. Pandangan yang salah terhadap jenis-jenis makanan tertentu menyebabkan mereka tidak mau mengkonsumsi atau tidak memberikan makanan tersebut kepada anaknya. Perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan praktik atau tindakan. Perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yaitu : aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejolak kejiwaan seperti pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya masyarakat.¹⁷

Perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian penting yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Kognitif dapat diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotor diukur melalui tindakan (praktek) yang dilakukan.¹⁷ Selain itu, perilaku dilatarbelakangi oleh tiga faktor pokok, yakni faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, tradisi, dan nilai. Faktor pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi dan jamban. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.⁸

Pengetahuan menjaga kebersihan diri berkaitan dengan pencegahan penyakit. Infeksi yang mempunyai efek terhadap status gizi untuk semua umur, tetapi lebih nyata pada kelompok anak-anak. Infeksi juga mempunyai kontribusi terhadap defisiensi energi, protein, dan gizi lain karena menurunnya nafsu makan

sehingga asupan makanan berkurang. Kebutuhan energi pada saat infeksi bisa mencapai dua kali kebutuhan normal karena meningkatnya metabolisme basal. Hal ini menyebabkan deplesi otot dan glikogen hati.

Penyakit infeksi yang menyerang anak menyebabkan gizi anak menjadi buruk. Memburuknya keadaan gizi anak akibat penyakit infeksi dapat menyebabkan turunnya nafsu makan, sehingga asupan zat gizi berkurang. Penyakit infeksi sering disertai dengan diare dan muntah yang menyebabkan penderita kehilangan cairan dan sejumlah zat gizi seperti mineral.

Intervensi pemberian makanan tambahan dengan pendampingan gizi dilaksanakan dengan metode penyuluhan dan konsultasi gizi melalui pendekatan individu maupun kelompok. Penyuluhan dan konsultasi gizi dilakukan secara rutin dan berkesinambungan selama 9 kali kunjungan pada setiap sasaran baik perorangan maupun kelompok.¹⁷ Penyuluhan akan mengubah kesadaran dan perilaku (pengetahuan, sikap, dan keterampilan) manusia ke arah yang lebih baik dan dapat mencapai kehidupan yang lebih sejahtera. Hasil penelitian membuktikan bahwa penyuluhan gizi yang dilaksanakan melalui program pendampingan gizi merupakan salah satu upaya pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga menghasilkan perubahan perilaku yang baik.¹⁹

Intervensi penyuluhan yang dilakukan oleh TGP berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan ibu pada kelompok intervensi. Dengan adanya penyuluhan ibu balita mengerti dan memahami serta mau dan mampu melaksanakan apa yang dinasihatkan sehingga mampu mengasuh dan merawat balita kurus menjadi lebih baik.

Ada tiga faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok yaitu faktor predisposisi, faktor

pendukung dan faktor pendorong seperti sikap petugas kesehatan⁸. Teori Ebbinghaus dan Boreas mengatakan bahwa kekuatan mengingat manusia itu makin lama makin berkurang yang pada akhirnya manusia akan mengalami kelupaan. Intensitas kunjungan rumah dan penyuluhan oleh tenaga pendamping setelah pendampingan berkurang, sehingga respon ibu terhadap materi-materi yang pernah diberikan pada saat pendampingan juga berangsur menurun. Fenomena ini menunjukkan bahwa proses penyuluhan/konsultasi gizi pasca pendampingan gizi khususnya kepada keluarga sasaran pendampingan, harus tetap dilaksanakan secara kontinyu oleh petugas gizi puskesmas atau kader posyandu setempat. Agar kegiatan pendampingan gizi berjalan dengan baik diperlukan upaya KIE gizi dan pemberdayaan masyarakat.

Kegiatan pendampingan gizi harus dilaksanakan secara teratur dan berkesinambungan untuk mengawal upaya perbaikan gizi agar dapat mencapai tujuan yg ditetapkan. Dalam pendampingan gizi perlu meningkatkan kegiatan surveilans sehingga setiap ada kasus masalah gizi (kurus, gizi kurang dan gizi buruk) dapat diketahui dengan cepat dan tepat. Kegiatan pendampingan gizi dapat melibatkan tenaga perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain.

Kesimpulan

Pengetahuan gizi ibu, pengetahuan pemberian makan, pengetahuan kebersihan diri, dan status gizi BB/TB setelah intervensi pendampingan gizi mengalami peningkatan yang bermakna, namun pengetahuan perawatan anak sakit setelah intervensi pendampingan gizi tidak mengalami peningkatan yang bermakna. Sebelum dan sesudah intervensi pendampingan gizi terjadi peningkatan skor pengetahuan gizi, pengetahuan pemberian makan, pengetahuan kebersihan diri, sedangkan

skor perawatan anak sakit tidak mengalami peningkatan, sehingga meskipun secara statistik tidak bermakna namun secara substansi variabel pengetahuan perawatan anak sakit diduga sebagai konfonding yang mempengaruhi status gizi balita indeks BB/TB.

Daftar Pustaka

1. Ariani, W, 2010. Pengaruh Pemberian PMT Lokal terhadap Status Gizi Balita di Kota Semarang.
2. Bhutta, Z., Ahmed, T., Black, R., Cousens, S., Dewey, K., Giugliani, E., Haider, B., et al. 2008. What works?Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*; 371:417-40
3. Bhutta, Z., Das, J., Rizvi, A., Gaffey, M., Walker, N., Horton, S., et al, 2013. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition : what can be done and at what cost?. *Lancet*;382:452-77.
4. Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2007. Pedoman Pendamping Keluarga Menuju Kadarzi.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Provinsi Jawa Barat, 2015. Laporan Bulanan Penimbangan
6. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2015. Laporan Hasil Pemantauan Status Gizi Tahun 2015.
7. Gibson Rosalind S, 2005. Principles of Nutritional Assesment. Second Edition. Oxford University Press. New York.
8. Green LW, 1991. Health Promotion Planning Education and Environment Approach, Second Edition. Mayfield Publishing Company, USA; 23:30-5.
9. Horton, S, & Steckel R.H, 2013. Global economic losses attributable to

- malnutrition 1990-2000 and projections to 2050. Cambridge University Press. Cambridge.
10. Kementerian Kesehatan R.I. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta.
11. Kementerian Kesehatan R.I. Direktorat Bina Kesehatan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, 2015. Teknis Pemantauan Status Gizi. Jakarta.
12. Kementerian Kesehatan R.I. Direktorat Bina Kesehatan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, 2015. Petunjuk Pelaksanaan Surveilans Gizi. Jakarta.
13. Kementerian Kesehatan R.I. Direktorat Bina Kesehatan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, 2014. Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Bagi Pelatih (TOT) Surveilans Gizi di Lingkungan Kementerian Kesehatan R.I. Jakarta.
14. Kementerian Kesehatan R.I. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1995 Tahun 2010, 2011. Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Jakarta.
15. Lameishow S, Hormer D, Klar J, 1990. Adequacy Sample Size in Health Studies. John Wiley & Sons. Chichester
16. Mulyati T, Paryanto EP, Sudargo T, 2004. Pengaruh Pendidikan Gizi Kepada Ibu Terhadap Konsumsi Makanan dan Status Gizi Anak Balita Penderita TBC Primer Rawat Jalan di RSUP Dr Kariadi Semarang. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, Volume 1 (2) tahun 2004. Yogyakarta. Hal 99.
17. Notoatmojo S, 2007. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta. Rineka Cipta.
18. Ruel, M & Harold Alderman. 2013. Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition. *Lancet*, 382 : 536-51.
19. Sri Dara Ayu, 2010. Pengaruh Program Pendampingan Gizi terhadap Pola Asuh, Kejadian Infeksi dan Status Gizi Balita Kurang Energi Protein. *E-Jurnal UNDIP*
20. Supariasa IDN, 2007. Pendidikan dan Konsultasi Gizi. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
21. Supariasa IDN, Bakri B, Fajar I., 2016. Penilaian Status Gizi. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
22. Suriani, F., Faramitha, 2012. Pengaruh Pemberian Taburia Terhadap Perubahan Status Gizi Anak Gizi Kurang Umur 12-24 Bulan Di Kecamatan Pangkajene Kabupaten Pangkep Tahun 2010. Media Gizi Pangan, Vol.Xiii, Edisi 1.
23. Sutanto, PH,. 2006. *Basic Data Analysis for Health Research*. Universitas Indonesia. Jakarta
24. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), 2013. Multi-sectoral Approaches to Nutrition: Nutrition-specific and nutrition sensitive intervention to accelerate progress. www.unicef.org/eu/devaid_nutrition.html.
25. World Health Organization. *WHO Child Growth Standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age Methods and development*. Departement of Nutrition for Health and Development. <http://who.int/childgrowth/en/>. Diakses tanggal 13 Januari 2013.

