

SKRIPSI

PENGARUH PEMBERIAN MODISCO TERHADAP PENINGKATAN BERAT BADAN PADA BALITA GIZI KURANG

PENELITIAN *PRA-EXPERIMEN* JENIS *ONE GROUP*
PRE TEST-POST TEST DESIGN

DI RW VI KELURAHAN KLAMPIS NGASEM KECAMATAN SUKOLILO SURABAYA

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Sains Terapan (SST)
Keperawatan Komunitas

Pada Program Studi D-IV Perawat Pendidik
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya



Oleh :

THERESIA STEFANIA

NIM. 010310371 - R

PROGRAM STUDI D-IV PERAWAT PENDIDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2004

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 30 Juli 2004

Yang menyatakan



THERESIA STEFANIA
NIM. 010310371 R

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 30 JULI 2004

Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. F. Sustini, dr. MS
NIP. 130 394 631

Pembimbing



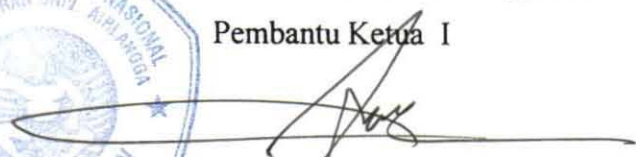
Esty Yunitasari, S.Kp
NIP. 132 306 153

Mengetahui

a.n Ketua PSIK dan D IV Perawat Pendidik

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Pembantu Ketua I



Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI INI TELAH DIUJI

Pada tanggal, 5 Agustus 2004

PANITIA PENGUJI

Ketua : Syamilatul Khariroh, S.Kp. M.Kes.



.....

Anggota : 1. Dr. F. Sustini, dr. MS



.....

2. Esty Yunitasari, S.Kp



.....

Mengetahui

.....
a.n Ketua PSIK dan D IV Perawat Pendidik
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya



Nursalam, M.Nurs (Hons)

NIP. 140 238 226

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmat-Nya sehingga skripsi yang berjudul “PENGARUH PEMBERIAN MODISCO TERHADAP PENINGKATAN BERAT BADAN PADA BALITA GIZI KURANG DI RW VI KELURAHAN KLAMPIS NGASEM KECAMATAN SUKOLILO SURABAYA” dapat terselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sains Terapan (SST) pada Program Studi D IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr. Sp.THT., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi D IV Perawat Pendidik.
2. Prof. Dr. Eddy Soewandoyo, dr. Sp.PD-KTI, selaku Ketua Program Studi D IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi D IV Perawat Pendidik.
3. dr. Ina Aniati, selaku Kepala Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Klampis Ngasem.

4. Ibu Dr. F. Sustini, dr. MS, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bantuan, petunjuk, koreksi dan saran dalam pembuatan skripsi ini.
5. Ibu Esty Yunitasari, S.Kp., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bantuan, petunjuk, koreksi dan saran dalam pembuatan skripsi ini.
6. Ibu Kepala SPK St. Elisabeth Lela, Ketua Yayasan St. Lukas Keuskupan Agung Ende, dan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NTT yang telah memberikan kesempatan dan dukungan pada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi D IV Perawat Pendidik.
7. Bapak dan Ibunda tercinta yang senantiasa memberikan dukungan dan do'a selama penulis menyelesaikan pendidikan di Program Studi D IV Perawat Pendidik.
8. Suamiku tercinta yang dengan ketulusan dan kesetiiaannya memberi dukungan dan do'a selama penulis menyelesaikan pendidikan di Program Studi D IV Perawat Pendidik.
9. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi D IV Perawat Pendidik yang telah membantu kelancaran pembuatan skripsi ini.
10. Para responden serta semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Dalam pembuatan skripsi ini penulis menyadari masih banyak terdapat kekurangan, oleh karena itu penulis berharap adanya kritik dan saran yang membangun guna memperbaiki dan kesempurnaan hasil penelitian ini.

Mudah-mudahan segala amal baik serta bantuan yang telah diberikan akan mendapat balasan dari Tuhan Yang Maha Esa dan hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Surabaya, Juli 2004

Penulis

ABSTRACT

THE INFLUENCE OF MODISCO ADMINISTRATION ON BODY WEIGHT INCREASE IN UNDERFIVES WITH UNDERNUTRITION

A Study Using Pre- Post-Test Design at RW VI, Klampis Ngasem, Sukolilo, Surabaya

Theresia Stefania

Underfives is an age group with a susceptibility towards nutritional problems, either due to less dietary intake or the administration of undernourished supplementary food. As one of some alternatives of supplementary food for restoring nutritional status, Modisco can be given to underfives due to its high calorie and protein content. This study was aimed to find the influence of Modisco administration on body weight increase in underfives with undernutrition at RW VI, Klampis Ngasem, Sukolilo, Surabaya.

This study used pre-experimental one-group pre- and post-test design. The population was all underfives with undernutrition at RW VI, Klampis Ngasem, Sukolilo, Surabaya. Total sample was 27 respondents, recruited using purposive sampling. The independent variable was Modisco administration, and the dependent variable was body weight increase. Data were collected using interview, questionnaire, observation, body weight scaling, and Modisco administration to the respondents. Data were analyzed using ANOVA (Analysis of Variance) with significance level of $p = 0.0001$ using SPSS computer program version 11.00 for MS Windows. Results showed that Modisco administration significantly increased body weight of underfives with undernutrition ($p = 0.0001$).

Keywords: *Modisco, body weight increase, underfives, undernutrition*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat gelar.....	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terima Kasih.....	v
Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Relevansi.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar KEP.....	7
2.2 Konsep Dasar PMT Pemulihan.....	21
2.3 Modisco Sebagai Alternatif PMT Pemulihan.....	25
2.4 Konsep Dasar Keluarga.....	29
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	34
3.2 Hipotesis Penelitian.....	35
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	36
4.2 Kerangka Operasional.....	37
4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling.....	37
4.4 Identifikasi Variabel.....	38

4.5 Definisi Operasional.....	39
4.6 Instrumen Penelitian.....	39
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	39
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	40
4.9 Pengolahan dan Analisis Data.....	40
4.10 Etik Penelitian.....	41
4.11 Keterbatasan.....	42
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian.....	43
5.2 Pembahasan.....	54
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	58
6.2 Saran.....	58
Daftar Pustaka.....	59
Lampiran 1.....	61
Lampiran 2.....	62
Lampiran 3.....	63
Lampiran 4.....	64
Lampiran 5.....	65
Lampiran 6.....	68
Lampiran 7.....	70
Lampiran 8.....	72
Lampiran 9.....	73
Lampiran 10.....	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
3.1 Kerangka Konsep Pengaruh Pemberian Modisco Terhadap Peningkatan Berat Badan Balita Gizi Kurang.....	34
4.1 Kerangka Operasional.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Derajat KEP	12
2.2 Kebutuhan Energi Protein.....	13
4.1 Rancangan Pre-Post Test Dalam Sekelompok.....	36
4.2 Definisi Operasional	39
5.1 Distribusi Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur Dan Jenis Kelamin	44
5.2 Distribusi Pendidikan Penduduk.....	44
5.3 Distribusi Pekerjaan Penduduk.....	45
5.4 Distribusi Penduduk Berdasarkan Agama	45
5.5 Hasil Penimbangan Balita.....	47
5.6 Distribusi Balita Menurut Umur.....	48
5.7 Distribusi Balita Menurut Jenis Kelamin.....	48
5.8 Distribusi Balita Menurut Urutan Anak.....	49
5.9 Distribusi Pendidikan Ayah Balita	49
5.10 Distribusi Umur Ayah Balita	49
5.11 Distribusi Pekerjaan Ayah Balita.....	50
5.12 Distribusi Pendidikan Ibu Balita.....	50
5.13 Distribusi Umur Ibu Balita	50
5.14 Distribusi Pekerjaan Ibu Balita.....	51
5.15 Distribusi Balita Berdasarkan Pola Asuh Anak.....	51
5.16 Distribusi Penghasilan Orang Tua Balita.....	51
5.17 Distribusi Balita Berdasarkan Tingkat KEP	52
5.18 Selisih Peningkatan Berat Badan Sesudah Pemberian Modisco	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat Permohonan Bantuan Fasilitas.....	61
2. Surat Ijin Penelitian.....	62
3. Lembar Permintaan Menjadi Responden.....	63
4. Lembar Persetujuan Sebagai Responden.....	64
5. Lembar Pengumpulan Data Penelitian.....	65
6. Tabel Berat Badan Menurut Umur Anak Laki-laki.....	68
7. Tabel Berat Badan Menurut Umur Anak Perempuan.....	70
8. Data Hasil Penelitian.....	72
9. Hasil Analisis SPSS Versi 11.00.....	73
10. Dokumentasi.....	79

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Balita (Bawah Lima Tahun) merupakan kelompok yang rentan gizi dan penyakit karena makanan tambahan yang diberikan kurang bergizi atau kurang asupan makanan. Pada masa ini pertumbuhan lambat namun merupakan masa perkembangan sosial, kognitif maupun emosional sehingga memerlukan nutrisi yang cukup untuk pertumbuhan dan perkembangannya (IDAI, 2002; 34). Sejalan dengan anak bertambah usia, bertambah ukuran badan dan bertambah aktif maka kebutuhan nutrien pun meningkat. Bila kecukupan nutrien tidak terpenuhi akibat defisiensi asupan makanan dalam waktu relatif lama maka terjadi Kekurangan Energi Protein (KEP) (Annis AC, 2001). Untuk mempertahankan kesehatan anak selama periode ini pemberian suplemen makanan harus bergizi, bersih, aman dan dalam jumlah yang adekuat. Makanan tersebut dapat berupa makanan yang disiapkan secara khusus atau makanan keluarga yang dimodifikasi. (WHO, 2004). Namun kenyataannya keluarga belum memberikan suplemen makanan secara optimal karena banyak jenis bahan makanan yang tidak dimanfaatkan untuk konsumsi anak/mencukupi gizi anak (Suhardjo, 2003).

Masalah gizi di negara-negara berkembang pada umumnya didominasi oleh masalah kekurangan Energi Protein. Di Indonesia kelompok balita menunjukkan prevalensi cukup tinggi. Pada tahun 1995 sekitar 35,4% balita menderita KEP (Persen median berat menurut umur < 80%). Pada tahun 1997 berdasarkan Pemantauan Status Gizi (PSG) yang dilakukan oleh Direktorat Bina Gizi

Masyarakat, prevalensi KEP menurun menjadi 23,1%. Keadaan ini tidak dapat bertahan lama karena bangsa Indonesia mengalami krisis moneter yang berakibat pada krisis ekonomi yang berkepanjangan. Pada tahun 1998 prevalensi KEP meningkat menjadi 39,8%. (Supariasa, 2002). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya tahun 2002 terdapat balita gizi buruk 1,9% dan gizi kurang 15,2%. Untuk Kecamatan Sukolilo ditemukan gizi kurang 12,89% dan gizi buruk 1,84% sedangkan di Puskesmas Klampis Ngasem terdapat balita gizi kurang sebanyak 263 balita dari 2.560 balita. Di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tercatat 338 balita. Pada bulan April 2004 balita yang datang ditimbang sebanyak 67 balita dan yang menderita gizi kurang sebanyak 27 balita (Puskesmas Klampis Ngasem, 2004).

Terjadinya KEP dipengaruhi oleh banyak faktor baik faktor intrinsik maupun ekstrinsik. Faktor intrinsik meliputi anak sulit makan, sering bosan dengan makanan, banyak aktifitas, penyakit, faktor kejiwaan seperti makan sering dipaksa, deprivasi maternal atau ada adik yang baru lahir (IDAI, 2002). Sedangkan faktor ekstrinsik meliputi sosial ekonomi rendah, lingkungan, higiene dan sanitasi jelek, pengetahuan yang minim, budaya masyarakat, paritas ibu, pengaturan diet yang keliru (Sediaoetama DA, 1999). Keadaan tersebut mengakibatkan asupan makanan tidak mencukupi sehingga terjadi defisiensi nutrien maka cadangan dalam jaringan digunakan untuk mencukupi kebutuhan. Apabila berlangsung lama maka terjadi kemerosotan jaringan dengan ditandai penurunan berat badan dan pertumbuhan terhambat. Dengan meningkatnya defisiensi nutrien, timbul perubahan biokimia dan rendahnya nutrien dalam darah berupa penurunan haemoglobin, serum vitamin A dan karoten. Dapat pula terjadi

peningkatan hasil metabolisme seperti asam laktat. Bila tidak diatasi, mengakibatkan perubahan fungsi tubuh seperti lemah, pusing, lelah dan nafas pendek. (Supariasa , 2002; 8).

Upaya untuk mengatasi KEP diantaranya melalui program UPGK dengan strategi pemerataan jangkauan, peningkatan mutu pelayanan dan pemantapan upaya perbaikan gizi (Suhardjo, 2003; 52). Pemberian makanan tambahan penyuluhan maupun pemulihan dijalankan secara seimbang dan adekuat untuk pemulihan kesehatan (IDAI jatim dan RSUD Dr. Soetomo, 2003). Formula modisco yaitu suatu modifikasi dari “Disco 150” merupakan minuman tinggi kalori (100 kkal) dengan komposisi terdiri dari 7,85 gr susu skim, 4,73 gr gula, dan 5,93 gr minyak kelapa. Formula ini merupakan salah satu alternatif pemberian makanan tambahan yang padat kalori protein untuk memulihkan kesehatan dan menambah berat badan anak yang mengalami gangguan gizi (Annis AC,2001;7).

RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya merupakan daerah pantai dalam wilayah perkotaan tercatat masih cukup banyak balita yang mengalami kekurangan gizi. Menurut laporan lisan dari petugas kesehatan, upaya pemberian modisco belum dilakukan untuk memperbaiki KEP balita sehingga peneliti ingin mensosialisasikan modisco di masyarakat. Dari uraian diatas peneliti ingin mempelajari lebih lanjut dengan melakukan penelitian tentang pengaruh pemberian modisco terhadap peningkatan berat badan balita gizi kurang di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya.

1.2 Rumusan masalah

1.2.1 Pernyataan Masalah

Masalah kekurangan gizi di masyarakat masih cukup tinggi. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan dalam bentuk Modisco belum dikenal oleh keluarga ataupun masyarakat sebagai bentuk makanan penambah berat badan pada anak yang gizi kurang, sehingga keluarga belum memberikan pada anaknya.

1.2.2 Pertanyaan Penelitian

Apakah Pemberian Modisco dapat mempengaruhi peningkatan berat badan balita gizi kurang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari pengaruh pemberian modisco terhadap peningkatan berat badan pada balita gizi kurang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi berat badan balita gizi kurang sebelum pemberian modisco.
2. Mengidentifikasi perubahan berat badan pada balita gizi kurang sesudah pemberian modisco.
3. Mengidentifikasi pengaruh pemberian modisco terhadap peningkatan berat badan pada balita gizi kurang.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dalam mempersiapkan perilaku mahasiswa yang berkualitas dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan balita kurang gizi.

2. Bagi Peneliti

Meningkatkan pemahaman tentang riset keperawatan mengenai efektifitas pemberian modisco terhadap peningkatan berat badan pada balita gizi kurang.

3. Bagi keluarga / Responden

Meningkatkan pemahaman keluarga akan pentingnya PMT Pemulihan (Modisco) pada balita KEP untuk memperbaiki status gizi anak dan mempertahankan kesehatannya sehingga pertumbuhan dan perkembangan berlangsung optimal.

4. Bagi Pengembangan Riset Keperawatan

Sebagai gambaran/informasi untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan pelaksanaan PMT Pemulihan pada balita gizi kurang.

1.5 Relevansi

Modisco (Modified Disco) merupakan minuman tinggi kalori sebagai bentuk pemberian perawatan (nutrisi) pada anak yang kurang gizi, untuk meningkatkan berat badan secara cepat karena mudah di cerna (Annis AC,2001). Untuk mendeteksi status gizi balita, hendaknya semua balita ditimbang secara rutin tiap bulan dalam kegiatan Posyandu balita dan di beri KMS, sehingga keluarga dapat mengetahui kondisi kesehatan dan status

gizinya serta mampu mengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anak (Suhardjo,2003;56).

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan beberapa konsep yang mendasari penelitian yaitu : (1) Kekurangan Energi Protein, (2) Pemberian makanan tambahan Pemulihan, (3) Modisco sebagai alternatif PMT – Pemulihan, dan (4) konsep keluarga.

2.1 Konsep Dasar Kekurangan Energi Protein (KEP)

2.1.1 Pengertian

- 1) KEP adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). (Mansjoer A. ed.3, 2000)
- 2) KEP adalah penyakit gangguan gizi disebabkan oleh kekurangan energi maupun protein. (Pudjiadi S. 1994).
- 3) KEP adalah gangguan gizi yang disebabkan oleh kekurangan protein dan/atau kalori. (Harianto A. 1994).

2.1.2 Faktor penyebab

Faktor penyebab KEP dibedakan menjadi faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Faktor Intrinsik Meliputi : (1) Anak sulit makan, (2) Anak bosan dengan makanan, (3) Banyak aktivitas, (4) makan dipaksakan, dan (5) ada adiknya yang baru lahir. Semua ini menyebabkan asupan makanan kurang, maka kecenderungan terjadi KEP.

Sedangkan Faktor ekstrinsik terdiri dari :

1. Penyakit Anak

Penyakit dapat menurunkan nafsu makan dan asupan makanan. Penyakit akut walaupun berlangsung singkat dapat meningkatkan kebutuhan air, protein dan zat makanan lainnya. Sedangkan pada penyakit kronis seperti asma atau penyakit jantung bawaan sulit untuk menentukan kebutuhan zat makanan agar pertumbuhan anak optimal. Demikian pula dengan anak yang menderita diabetes mellitus memerlukan makanan khusus, pengaturan dan pembatasan makanan padahal anak masih dalam pertumbuhan (IDAI,2002;39-40).

2. Paritas Ibu

Studi lapangan yang dilakukan oleh Gopalan (1964) pada 1400 anak prasekolah menunjukkan bahwa 32% diantara anak-anak yang dilahirkan sebagai anak keempat dan berikutnya memperlihatkan tanda-tanda KEP yang jelas, sedangkan anak-anak yang dilahirkan terlebih dahulu hanya 17 % memperlihatkan gejala KEP. Ia berkesimpulan bahwa 62 % dari semua kasus kekurangan gizi pada anak prasekolah terdapat pada anak-anak keempat dan berikutnya. Ia menyarankan supaya tiap keluarga tidak mempunyai anak lebih dari tiga. Dengan demikian insidensi penyakit KEP dapat diturunkan sebanyak 60 %.

3. Lingkungan

Dengan bertambah luasnya kontak sosial anak dengan lingkungan maka tidak dapat dihindari pengaruh teman sebaya terhadap pilihan makanan.

Disamping itu juga lingkungan yang buruk akan berdampak pada kesehatan anak.

4. Pengaturan Diet

Menurut konsep klasik, diet yang mengandung cukup energi tetapi kurang protein akan menyebabkan anak menjadi penderita kwashiorkor, sedangkan diet kurang energi walaupun zat-zat gizi esensialnya seimbang akan menyebabkan anak menjadi penderita marasmus. Tetapi dalam penelitian yang dilakukan oleh Goplan dan Narasnya (1971) terlihat bahwa dengan diet yang kurang lebih sama, pada beberapa anak timbul gejala-gejala marasmus. Mereka membuat kesimpulan bahwa diet bukan merupakan faktor yang penting, tetapi ada faktor lain yang masih harus dicari untuk dapat menjelaskan timbulnya gejala tersebut (Pudjiadi S, 2003;104).

5. Sosial Ekonomi Keluarga

Dalam era pembangunan walaupun taraf pendapatan penduduk bertambah, namun ternyata konsumsi pangan penduduk tidak meningkat secara otomatis. Dengan dibangunnya prasarana dan sarana perhubungan memungkinkan berbagai jenis bahan makanan dapat didatangkan dari luar sehingga ketersediaan dapat dijamin. Umumnya jenis buah-buahan dan sayur-sayuran lebih banyak yang dikirim ke kota untuk dipasarkan daripada untuk dikonsumsi sendiri. Sejauh itu bagi golongan penduduk berpendapatan rendah. Berkaitan dengan

penghasilan yang rendah sehingga daya beli yang tak sanggup menyediakan bahan makanan untuk keluarga.

6. Pengetahuan Ibu

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan adalah umum dijumpai di setiap negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Sebab yang penting dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari. Kebutuhan pangan istimewa anak-anak dan wanita hamil atau menyusui sering tidak dimengerti. Sop, bubur encer atau kuah daging kadang-kadang dianggap sebagai suatu susunan makanan yang baik untuk anak-anak kecil pada masa usia sapih. Penduduk dimanapun akan beruntung dengan bertambahnya pengetahuan mengenai gizi dan cara menerapkan informasi tersebut untuk orang yang berbeda tingkat usianya dan keadaan fisiologisnya (Suhardjo,2003;25).

7. Budaya Masyarakat

Kegiatan budaya suatu keluarga, kelompok masyarakat, negara atau bangsa mempunyai pengaruh yang kuat dan lestari terhadap apa, kapan dan bagaimana penduduk makan. Kebanyakan tidak hanya menentukan jenis pangan apa, tetapi untuk siapa dan dalam keadaan bagaimana pangan tersebut dimakan. Pola kebudayaan yang berkenaan dengan

suatu masyarakat dan kebiasaan pangan yang mengikutinya, berkembang sekitar arti pangan dan penggunaannya cocok. Pola kebudayaan ini mempengaruhi orang dalam memilih pangan. Hal itu juga mempengaruhi jenis pangan apa yang harus diproduksi, bagaimana diolah, disalurkan, disiapkan dan disajikan. Setiap masyarakat mengembangkan cara yang turun temurun untuk mencari, memilih, menangani, menyiapkan, menyajikan dan cara-cara makan. Adat dan tradisi merupakan dasar perilaku tersebut, yang biasanya sekurang-kurangnya dalam beberapa hal berbeda diantara kelompok yang satu dengan yang lain. Nilai-nilai, sikap dan kepercayaan yang ditentukan budaya, merupakan kerangka kerja dimana cara makan dan daya terima terhadap makanan terbentuk, yang dijaga dengan seksama dan diajarkan dengan tekun kepada setiap generasi berikutnya (Suhardjo,2003:20-21).

2.1.3 Klasifikasi KEP

Untuk menentukan prevalensi KEP maka diperlukan klasifikasi menurut derajat beratnya sehingga dapat menentukan prioritas tindakan.

Klasifikasi yang sering dipakai adalah :

1. Klasifikasi menurut Gomez (1956)

Didasarkan atas berat badan individu dibandingkan dengan berat badan pada anak sehat seumur. Sebagai baku patokan dipakai persentil 50 baku Harvard (Stuart dan Stevenson, 1954). Gomez mengelompokkan KEP dalam derajat ringan, sedang dan berat seperti dalam tabel berikut ini :

Derajat KEP	Berat Badan % dari Baku
0 = Normal	= / > 90 %
1 = Ringan	89 – 75 %
2 = Sedang	74 – 60 %
3 = Berat	< 60 %

- Persentil 50Baku = pers Havard
- Sumber : Ilmu Gizi Klinis Pada Anak, 2003.

2. Modifikasi oleh Departemen Kesehatan RI Tahun 1975

Mengklasifikasikan status gizi dalam gizi lebih, gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk, seperti terlihat pada tabel dibawah ini :

Derajat KEP	Berat Badan % dari Baku
0 = Normal	= / > 80 %
1 = Gizi Kurang	60 – 79 %
2 = Gizi Buruk	< 60 %

Sumber : Ilmu Gizi Klinis Pada Anak, 2003

3. Klasifikasi menurut Wellcome Trust

Dengan melihat ada/tidaknya edema dengan berat badan sebagai berikut:

Berat badan % dari Baku	Edema	
	Tidak Ada	Ada
➤ > 60 %	Gizi Kurang	Kwashiorkor
➤ < 60 %	Marasmus	Kwashiorkor-marasmus

Sumber : Ilmu Gizi Klinis Pada Anak, 2003

4. Untuk tingkat Puskesmas penentuan KEP dengan menimbang Berat

Badan anak dibandingkan dengan umur (lihat lampiran 1 dan 2)

dan menggunakan KMS, sebagai berikut :

- KEP ringan bila hasil penimbangan berat badan pada KMS terletak dipita/garis warna kuning.
- KEP sedang bila hasil penimbangan berat badan pada KMS terletak di Bawah Garis Merah (BGM)
- KEP berat/gizi buruk bila hasil penimbangan berat badan perumur < 60% baku median WHO – NCHS. Pada KMS tidak ada garis pemisah antara KEP berat/gizi buruk dan KEP sedang, sehingga untuk menemtukan KEP berat/gizi buruk digunakan tabel BB/U Baku Median WHO – NCHS.

2.1.4 Kebutuhan Energi dan Protein

Secara fisiologis kebutuhan energi dan protein dalam sehari pada anak umur 1 – 5 tahun adalah sebagai berikut :

Umur (tahun)	B B (kg)	Energi		Protein	
		Kkal/kg/hr	Kkal/org/hr	Gr/kg/hr	Gr/org/hr
1	8,9	105	900	2,5	22
2	11,2	100	1100		28
3	13,1	100	1300		33
4	14,8	98	1500	3,0	44
5	16,5	91	1500		50

Sumber : penuntun Diit anak RSCM, 1998

2.1.5 Gejala Klinis KEP

Untuk KEP ringan dan sedang, gejala klinis yang ditemukan hanya anak tampak kurus. Gejala klinis KEP berat/gizi buruk secara garis besar dapat dibedakan sebagai marasmus, kwashiorkor atau marasmic-kwashiorkor. Tanpa mengukur/melihat BB bila disertai edema yang bukan karena penyakit lain adalah KEP berat/gizi buruk tipe kwashiorkor :

1) Kwashiorkor

- Edema, umumnya seluruh tubuh terutama pada punggung kaki (dorsum pedis)
- Wajah membulat dan sembab
- Pandangan mata sayu
- Rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa rasa sakit, rontok.
- Perubahan status mental, apatis dan rewel
- Pembesaran hati
- Otot mengecil (hipotrofi), lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk.
- Kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (crazy pavement dermatosis)
- Sering disertai penyakit infeksi umumnya akut (anemia, diare).

2) Marasmus

- Tampak sangat kurus, tinggal tulang terbungkus kulit.
- Wajah seperti orang tua
- Cengeng, rewel
- Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada (baggy pant/pakai celana longgar)
- Perut cekung
- Iga gambang
- Sering disertai : penyakit infeksi (umumnya kronis berulang), diare kronik atau konstipasi/susah buang air besar.

3) Marasmic - Kwashiorkor

- Gambaran klinik merupakan campuran dari beberapa gejala klinik kwashiorkor dan marasmus, dengan BB/U , 60% baku median WHO – NCHS disertai edema yang tidak mencolok.

2.1.6 Penemuan Kasus

Penemuan kasus balita KEP dapat dimulai dari :

1. Posyandu / Pusat Pemulihan Gizi

Pada penimbangan bulanan di posyandu dapat diketahui apakah anak balita berada pada daerah pita warna hijau, kuning atau dibawah garis merah (BGM). Bila hasil penimbangan BB balita dibandingkan dengan umur di KMS terletak pada pita kuning, dapat dilakukan perawatan di rumah tetapi bila anak dikategorikan dalam KEP sedang – berat/BGM harus segera dirujuk ke Puskesmas.

2. Puskesmas

Apabila ditemukan BB anak pada KMS dibawah garis merah (BGM) segera lakukan penimbangan ulang dan kaji secara teliti. Bila KEP berat/gizi buruk (BB < 60% Standard WHO-NCHS) lakukan pemeriksaan klinis dan bila tanpa penyakit penyerta dapat dilakukan rawat inap di Puskesmas. Bila KEP berat/gizi buruk dengan penyakit penyerta harus dirujuk ke rumah sakit. Semua balita yang datang ke Puskesmas harus ditentukan status gizinya.

2.1.7 Pelayanan Gizi Balita KEP Berat

1. Tingkat Rumah Tangga

- Ibu membawa anak untuk ditimbang di posyandu secara teratur setiap bulan untuk mengetahui pertumbuhan berat badannya.
- Ibu memberikan makanan beraneka ragam bagi anggota keluarga lainnya.
- Ibu segera memberitahukan pada petugas kesehatan/kader bila balita mengalami sakit atau gangguan pertumbuhan.
- Ibu menerapkan nasehat yang dianjurkan petugas.

2. Tingkat Posyandu

- Kader melakukan penimbangan balita setiap bulan di posyandu serta mencatat hasil penimbangan pada KMS.
- Kader menganjurkan makanan beraneka ragam untuk anggota keluarga lainnya.

- Bagi balita dengan berat badan tidak naik ("T") diberikan penyuluhan gizi seimbang dan PMT Pemulihan.
- Kader memberikan PMT-Pemulihan bagi balita dengan berat badan tidak naik 3 kali ("T") dan berat badan di bawah garis merah (BGM).
- Kader merujuk balita ke puskesmas bila ditemukan gizi buruk dan penyakit penyerta lain.
- Kader melakukan kunjungan rumah untuk memantau perkembangan kesehatan balita.

3. Pusat Pemulihan Gizi (PPG)

PPG merupakan suatu tempat pelayanan gizi kepada masyarakat yang ada di desa dapat dikembangkan dari posyandu. Pelayanan gizi di PPG difokuskan pada pemberian makanan tambahan pemulihan bagi balita KEP. Penanganan PPG dilakukan oleh kelompok orang tua balita (5-9 balita) yang dibantu oleh kader untuk menyelenggarakan PMT Pemulihan anak balita. Layanan yang dapat diberikan adalah :

- Balita KEP berat/gizi buruk yang tidak menderita penyakit penyerta lain dapat dilayani di PPG.
- Kader memberikan penyuluhan gizi/kesehatan serta melakukan demonstrasi cara menyiapkan makanan untuk anak KEP berat/gizi buruk.
- Kader menimbang berat badan anak setiap 2 minggu sekali untuk memantau perubahan berat badan dan keadaan kesehatannya.

- * Bila anak berat badannya tidak naik atau tetap maka berikan penyuluhan gizi seimbang untuk dilaksanakan di rumah.
- * Bila anak sakit dianjurkan untuk memeriksakan anaknya ke puskesmas.
- Apabila berat badan anak berada di pita warna kuning atau di bawah garis merah (BGM) pada KMS, kader memberikan PMT Pemulihan :
 - * Makanan tambahan diberikan dalam bentuk makanan jadi dan diberikan setiap hari.
 - * Bila makanan tidak memungkinkan untuk dimakan bersama, makanan tersebut diberikan satu hari dalam bentuk matang selebihnya diberikan dalam bentuk bahan makanan mentah.
 - * Apabila berat badan anak berada di pita warna kuning pada KMS teruskan pemberian PMT Pemulihan sampai 90 hari.
 - * Apabila setelah 90 hari, berat badan anak belum berada di pita warna hijau pada KMS kader merujuk anak ke puskesmas untuk mencari kemungkinan penyebab lain.
- Apabila berat badan anak berada di pita warna hijau pada KMS, kader menganjurkan pada ibu untuk mengikuti pelayanan di posyandu setiap bulan dan tetap melaksanakan anjuran gizi dan kesehatan yang telah diberikan.
- Ibu memperoleh penyuluhan gizi/kesehatan serta demonstrasi cara menyiapkan makanan untuk anak KEP.

- Kader menganjurkan pada ibu untuk tetap melaksanakan nasehat yang diberikan tentang gizi dan kesehatan.
- Kader melakukan kunjungan rumah untuk memantau perkembangan kesehatan dan gizi anak.

4. Puskesmas

- Puskesmas menerima rujukan KEP berat/Gizi buruk dari posyandu dalam wilayah kerjanya serta pasien pulang dari rawat inap di rumah sakit.
- Menyeleksi kasus dengan cara menimbang ulang dan dicek dengan Tabel BB/U Baku Median WHO-NCHS.
 - * Apabila ternyata berat badan anak berada di bawah garis merah (BGM) dianjurkan kembali ke PPG/posyandu untuk mendapatkan PMT Pemulihan.
 - * Apabila anak dengan KEP/gizi buruk ($BB < 60\%$ Tabel BB/U baku Median WHO-NCHS) tanpa disertai komplikasi, anak dapat dirawat di puskesmas sampai berat badannya mulai naik 0,5 kg selama 2 minggu dan mendapat PMT-P dari PPG.
 - * Apabila setelah 2 minggu berat badannya tidak naik, lakukan pemeriksaan untuk evaluasi mengenai asupan makanan dan kemungkinan penyakit penyerta, rujuk ke rumah sakit untuk mencari penyebab lain.
- Anak KEP berat/ Gizi buruk dengan komplikasi serta ada tanda-tanda kegawatdaruratan segera dirujuk ke rumah sakit.

- Tindakan yang dapat dilakukan di puskesmas pada anak KEP berat/gizi buruk tanpa komplikasi
 - * Memberikan penyuluhan gizi dan konseling diet KEP berat/gizi buruk (dilakukan di pojok gizi).
 - * Melakukan pemeriksaan fisik dan pengobatan minimal 1 kali per minggu.
 - * Melakukan evaluasi pertumbuhan berat badan balita gizi buruk setiap 2 minggu sekali
 - * Melakukan peragaan cara menyiapkan makanan untuk KEP berat/Gizi buruk.
 - * Melakukan pencatatan dan pelaporan tentang perkembangan berat badan dan kemajuan asupan makanan.
 - * Untuk keperluan data pemantauan gizi buruk di lapangan, posyandu dan puskesmas diperlukan laporan segera jumlah balita KEP berat/gizi buruk ke Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dalam 24 jam.
- Apabila berat badan anak mulai naik, anak dapat dipulangkan dan dirujuk ke posyandu/PPG serta dianjurkan untuk pemantauan kesehatan setiap bulan sekali.
- Petugas kesehatan memberikan bimbingan terhadap kader untuk melakukan pemantauan keadaan balita pada saat kunjungan rumah.

2.1 Konsep Dasar Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan

2.2.1 Pengertian PMT Pemulihan

- 1) PMT Pemulihan adalah bentuk dan jenis makanan yang akan disajikan tidak berupa makanan lengkap seperti nasi dan lauk-pauknya tetapi berupa makanan kecil dengan tetap memperhatikan aspek mutu dan keamanan pangan. (Forum Koordinasi PMT, 1997).
- 2) PMT Pemulihan adalah makanan yang ditambahkan ke dalam makanan pokok sebagai makanan tambahan, dalam upaya untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal. (IDAI, 2003).
- 3) PMT Pemulihan adalah memberikan makanan lain selain makanan pokok anak karena pada saat itu makanan anak sudah diganti seluruhnya dengan makanan keluarga. (WHO, 2002).

2.2.2 Indikasi PMT Pemulihan

- 1) Kondisi yang terkait dengan asupan yang tidak adekuat seperti BBLR, malnutrisi, anoreksia akibat suatu penyakit.
- 2) Kondisi yang terkait dengan peningkatan kebutuhan; seperti luka bakar, sepsis, kehilangan protein, pengobatan jangka panjang (antimetabolik, antikonvulsan).
- 3) Kondisi yang terkait dengan peningkatan proses pengeluaran seperti malabsorpsi, kebocoran protein dan kanker.
(Harianto A. 1994).

2.2.3 Tujuan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan

- 1) Memenuhi kebutuhan nutrien yang cukup untuk keperluan hidup, memelihara kesehatan dan untuk aktivitas sehari – hari.
- 2) Menunjang tercapainya tumbuh dan kembang yang optimal.
- 3) Mendidik kebiasaan makan yang baik mencakup penjadwalan makan, belajar memilih dan menyukai serta menentukan jenis makanan yang bermutu. (Markum H. A, 1996).

2.2.4 Prinsip Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan

Dalam memberikan makanan tambahan pada anak hendaklah diperhatikan beberapa hal sebagai berikut :

- 1) Menentukan jumlah kebutuhan dari setiap nutrien
 - 2) Menentukan jenis makanan yang dipilih dan diolah
 - 3) Menentukan jadwal/waktu untuk makan
 - 4) Menentukan cara memberikan makan pada anak
 - 5) Memperhatikan faktor selera terhadap suatu makanan
- (Wiryo H,2002).

2.2.5 Upaya – Upaya PMT

Menurut Annis AD. (2003), ada beberapa upaya – upaya Pemberian Makanan Tambahan yaitu :

- 1) Memilih makanan atau minuman yang dapat membangun selera makan anak (rasanya disukai, warna dan bentuk menarik).
- 2) Porsi kecil tetapi mengandung gizi tinggi terutama energi, protein, vitamin dan mineral.

- 3) Mudah dicerna (komposisi dan konsistensi sesuai dengan umur anak)
- 4) Terbuat dari bahan – bahan yang mudah dan murah diperoleh (tersedia di daerah yang bersangkutan/makanan lokal)
- 5) Mudah dan praktis untuk disajikan oleh ibu atau pengasuh lainnya.

2.2.6 Sumber Bahan Makanan

Menurut Wiryo H. (2002), sumber bahan makanan terdiri dari :

1) Sumber Hidrat Arang

- Beras dan hasil olahannya seperti nasi lontong, ketupat, bubur, nasi tim, mie, makaroni, apem, kue lapis, bikang, putu, nagasari, cucur dll.
- Gandum dan hasil olahannya seperti roti tawar, roti goreng, roti kukus, donat, biskuit, terang bulan dll.
- Ketan dan hasil olahannya seperti ketan wajik, bubur ketan, lempeng, lapis, mendut dll.
- Jagung dan hasil olahannya seperti jagung rebus, jagung bakar, nasi jagung, kue talam tepung jagung (maizena) dll.
- Ubi / singkong seperti ubi/singkong rebus, ubi/singkong goreng, ubi/singkong bakar, kripik singkong, pilees, celilong dll.

2) Sumber Lemak

Susu full cream, kelapa, santan, lemak sapi, minyak goreng, minyak ikan, margarine, daging yang berlemak.

3) Sumber Protein

Terbagi menjadi 2 yaitu :

- Protein Nabati

Kacang –kacangan seperti kedelai, kacang hijau, kacang tanah, kacang merah, kacang tolo, tahu, tempe, oncom, keju.

- Daging sapi/ayam, hati sapi/ayam, babat usus sapi, telur ayam/bebek/puyuh, ikan segar, ikan asin, ikan teri, cumi – cumi, udang basah, udang kering (ebi), udang segar, sosis skim, keju dll. Ikan laut segar sangat bagus karena mengandung mineral, Zn yang penting untuk mencegah penyakit, sintesa protein/DNA dan pertumbuhan.

4) Sumber Mineral dan Vitamin

Hampir semua jenis buah–buahan dan sayur–sayuran merupakan sumber mineral. Buah–buahan atau sayur–sayuran yang berwarna kuning kemerahan mengandung karotin yang banyak dan sangat diperlukan tubuh (pro vitamin A). Karotin ternyata juga berguna untuk mencegah dan sudah terbukti dapat mencegah diare/infeksi saluran napas. Serat dari buah dan sayur sangat baik untuk pencernaan dan sudah terbukti dapat mencegah kanker usus. Vitamin A, D, E, K adalah jenis vitamin yang hanya larut dalam lemak sehingga bahan seperti minyak ikan sangat kaya akan vitamin tersebut. Buah : karotin – pro vitamin A, Vitamin C, hati, bekatul-vitamin B.

2.3 Modisco Sebagai Alternatif PMT - Pemulihan

2.3.1 Pengertian

Modisco adalah singkatan dari modified disco. Modified disco adalah suatu modifikasi dari disco 150 yang merupakan minuman tinggi kalori (100 kal) yang formulanya terdiri dari 7,85 g susu skim, 4,73 g gula dan 5,93 g minyak biji kapas yang digunakan untuk mengobati gangguan gizi pada anak, dengan hasil yang memuaskan (di Uganda). Namun di Indonesia kurang praktis sehingga perlu diubah dengan bahan dari daerah setempat yang mudah diperoleh, dibuat dan diolah menjadi makanan dan minuman.

2.3.2 Formula Dasar Modisco

Modisco dapat disajikan dalam tiga formula dasar dengan bahan baku utama gula, margarine dan susu. Ketiga formula tersebut diberikan untuk gejala atau keluhan yang berbeda. Formula dasar modisco tersebut terdiri dari :

1. Modisco I

- Bahan : - Air 100 CC
 - Susu skim 10 gram atau full cream 12 gram
 - Gula 5 gram dan minyak 5 gram
- Nilai gizi : Energi : 100 kkal
 - Protein : 3,6 gram
 - Lemak : 3,5 gram
- Diberikan pada KEP berat dengan edema dengan ukuran 100 kkal/kgBB/hari

2. Modisco II

- Bahan : - Air 100 CC
 - Susu skim 10 gram atau full cream 12 gram
 - Gula 5 gram
 - Margarine 5 gram
- Nilai gizi : Energi : 100 kkal
 - Protein : 3,6 gram
 - Lemak : 4 gram
- Diberikan pada KEP tanpa edema dengan ukuran 125 kkal/kg BB/ hari.

3. Modisco III

- Bahan : - Air 100 CC
 - Susu full cream 12 gr (1 ¼ sdm) atau susu segar 100 gr (1/4 gelas)
 - Gula 7,5 gram (1 ¼ sdt)
 - Margarine 5 gram (½ sdm)
- Nilai gizi : Energi 130 kkal
 - Protein 3 gram
 - Lemak 7,5 gram
- Diberikan setelah modisco I dan II dengan ukuran 150 kkal/kg BB/hari.
Pemberian makan sesuai umur, selera dan daya cerna disamping pemberian modisco.

2.3.3 Cara Pembuatan Modisco

Cara pembuatan formula modisco relatif sederhana dan mudah. Peralatan yang digunakan pun sangat sederhana (peralatan dapur sehari – hari) sehingga dapat dilakukan oleh para ibu atau pengasuh. Berikut ini cara pembuatan modisco dengan tiga formula dasar :

1. Modisco I

- Campur susu bubuk , gula dan minyak kelapa/margarine. Seduh dengan air hangat / panas.
- Aduk sampai rata, lalu tambah dengan air sedikit demi sedikit sambil terus diaduk hingga cairan homogen. Saring dan minum dalam keadaan hangat.

2. Modisco II

- Larutkan margarin dalam air
- Larutkan susu dan gula dalam air
- Campur kedua larutan tersebut lalu saring
- Minum larutan tersebut dalam keadaan hangat

3. Modisco III

- Larutkan susu full cream dan gula dalam air dingin lalu diaduk sampai rata
- Tambahkan minyak dan $\frac{1}{2}$ bagian air panas
- Aduk sampai rata dan saring larutan bubur modisco tersebut. Agar modisco lebih tahan lama dapat ditim dulu selama 15 menit.

2.3.4 Indikasi dan Kontraindikasi Penggunaan Modisco

Modisco bukan hanya cocok untuk anak balita tetapi juga dapat digunakan oleh kelompok usia lain seperti anak prasekolah, anak sekolah dan remaja yang memerlukan tambahan sumber energi. Dapat diberikan dalam bentuk minuman, campuran makanan bergizi, tambahan diet cair sonde dan makanan kecil. Formula modisco ini diberikan kepada :

1. Balita yang mengalami gangguan seperti :
 - Kekurangan kalori protein / KEP ringan
 - Kekurangan kalori protein / KEP sedang
 - Kekurangan kalori protein / KEP berat
2. Usia lain yang membutuhkan ekstra energi seperti :
 - Anak kurus, kurang napsu makan
 - Sakit menahun
 - Masa penyembuhan
 - Persiapan dan pelaksanaan tes, ujian atau kegiatan lain yang serupa
 - Kerja lembur atau latihan – latihan berat

Disamping itu modisco tidak dapat diberikan pada anak yang kelebihan berat badan (obesitas), menderita penyakit ginjal, hati (lever) dan jantung tanpa konsultasi dokter.

2.3.5 Keuntungan Penggunaan Formula Modisco

Keuntungan dalam penggunaan formula modisco sebagai berikut :

1. Porsi makanan/minuman relatif kecil tetapi mengandung kalori dan protein tinggi.

2. Mudah dicerna karena terdiri dari lemak nabati dan lemak berantai sedang.
3. Cara alternatif bagi anak atau seseorang yang tidak menyukai susu murni.
4. Meningkatkan berat badan secara cepat (30 - 100 gram / hari)

2.3.6 Waktu Pemberian dan Penghentian Modisco

Pengembangan dalam bentuk makanan atau minuman yang mengandung modisco mengandung kalori dan protein yang tinggi dibandingkan formula dasarnya. Apabila modisco diberikan sebagai makanan tambahan pada anak 2 kali sehari akan menaikkan berat badan sekitar 30 – 100 gram / hari.

Selama berat badan anak balita atau usia lainnya masih dalam batas sehat (normal), pemberian modisco masih dapat diteruskan. Namun apabila berat badan anak sudah melebihi batas sehat, pemberian modisco harus dihentikan secara bertahap.

2.4 Konsep Dasar Keluarga

2.4.1 Pengertian keluarga

- 1) Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan (WHO, 1969).
- 2) Keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat (Helvie, 1981)

- 3) Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall dan Logan, 1986)
- 4) Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Departemen Kesehatan RI, 1988)
- 5) Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, mempunyai peran masing – masing dan menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. (Bailon dan Maglaya, 1989)

2.4.2 Fungsi Pokok Keluarga Terhadap Anggota Keluarga

Menurut Nasrul Effendi, fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarga adalah sebagai berikut :

1. Asih

Memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman dan kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya.

2. Asuh

Memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak –anak yang sehat baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

3. Asah

Memenuhi kebutuhan pendidikan anak sehingga siap menjadi mnusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya.

2.4.3 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (1986), fungsi keluarga adalah :

1. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif pada kebahagiaan dan kegembiraan seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan keluarga dalam bentuk saling mengasuh, saling menghargai, ikatan dan identifikasi.

2. Fungsi Sosialisasi

Soaialisasi dimulai sejak lahir karena keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga dalam bentuk belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.

3. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4. Fungsi Ekonomi

Merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti kebutuhan akan makan, pakaian dan tempat berlindung (rumah).

5. Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan yaitu mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah keluarga.

2.4.4 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

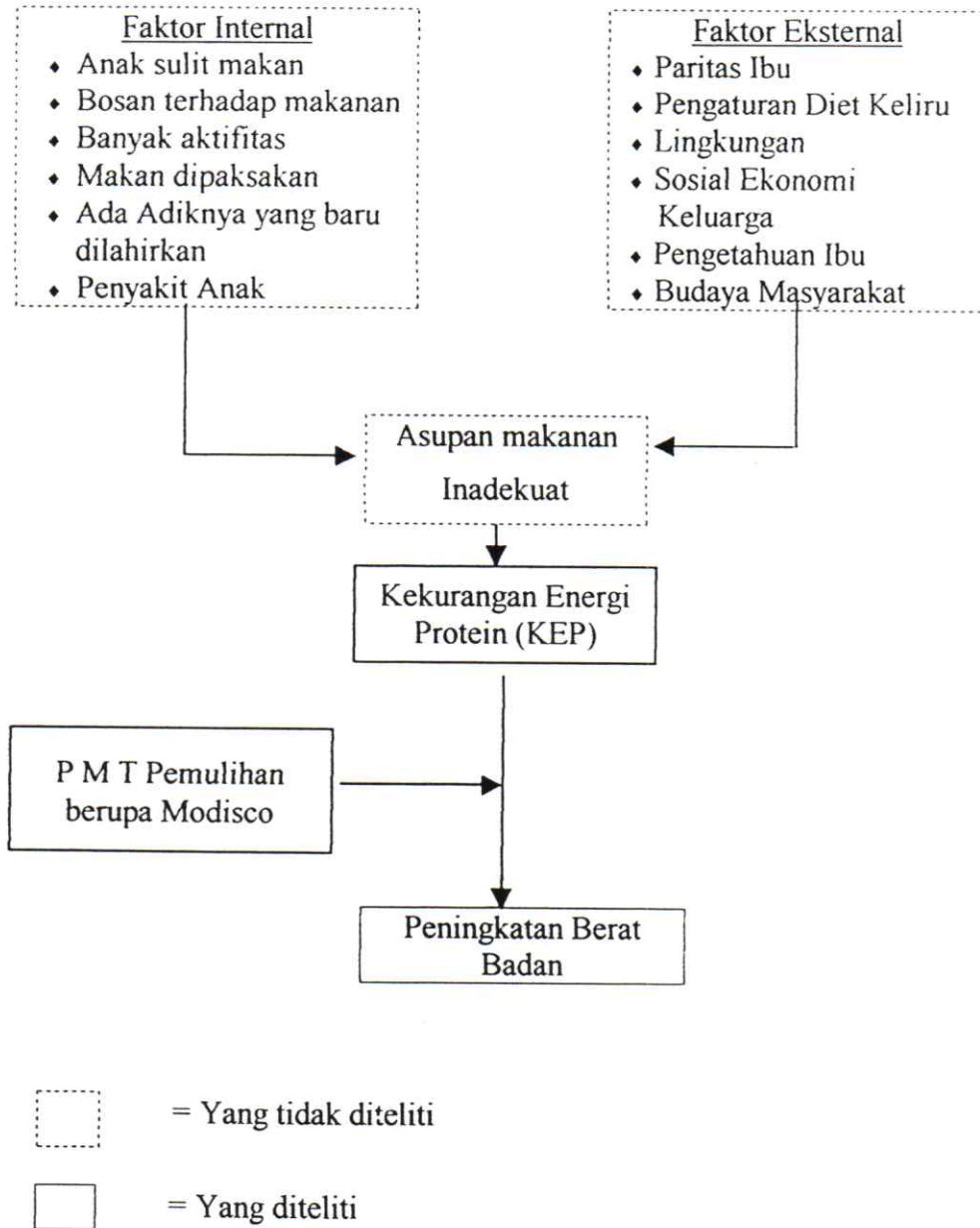
Untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan pada anggotanya dan saling memelihara (Nasrul Effendy, 1998). Freedman membagi tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga adalah :

1. Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat

3. Memberikan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

BAB 3
KERANGKA KONSEP DAN
HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual Pengaruh Pemberian Modisco Terhadap Peningkatan Berat Badan Pada Balita Gizi Kurang Di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Kecamatan Sukolilo Surabaya Tahun 2004

KEP pada balita dipengaruhi oleh berbagai faktor baik intrinsik maupun ekstrinsik. Faktor intrinsik meliputi anak sulit makan, bosan terhadap makanan, banyak aktifitas, makan dipaksakan serta ada adiknya yang baru lahir. Sedangkan faktor ekstrinsik meliputi paritas ibu, pengaturan diet, pengetahuan ibu, lingkungan, sosial ekonomi keluarga dan budaya masyarakat.

Untuk memperbaiki KEP ada beberapa cara seperti Pemberian makanan tambahan penyuluhan maupun pemulihan. Pemberian makanan tambahan (PMT) Pemulihan hendaknya mengandung cukup energi, protein, vitamin dan mineral agar mencukupi kebutuhan dengan cara memilih makanan / minuman yang dapat membangun selera makan anak, porsi kecil tapi mengandung gizi tinggi, mudah dicerna (komposisi dan konsistensi sesuai dengan umur), terbuat dari bahan – bahan lokal (mudah dan murah) serta praktis untuk disajikan. Formula modisco sebagai bentuk makanan selingan merupakan salah satu alternatif PMT Pemulihan untuk mencukupi kebutuhan gizi dan meningkatkan berat badan anak.

3.2 Hipotesis

Ada pengaruh pemberian makanan tambahan pemulihan (Modisco) terhadap peningkatan berat badan pada balita KEP.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Dalam bab ini diuraikan secara rinci tentang desain penelitian, kerangka operasional, populasi, sample, sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan dan analisis data, etik penelitian serta keterbatasannya.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun penelitian pada seluruh proses penelitian.

Berdasarkan tujuan penelitian, desain penelitian yang digunakan adalah *Pra-Experimen jenis One-grup Pre Test- Post test Design* (Rancangan Pre-Post test dalam sekelompok) dimana kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2003).

Subjek	Pre	Perlakuan	Post - tes
K	O	I	O1
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

K : Subjek

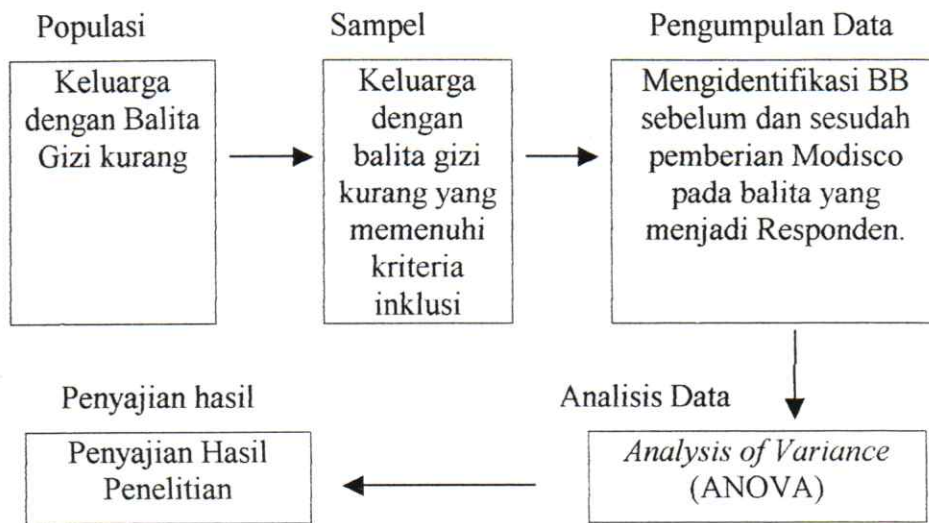
O : Observasi sebelum pemberian modisco

I : Intervensi (pemberian Modisco)

O1 : Observasi sesudah pemberian modisco

4.2 Kerangka Operasional (*frame Worke*)

Adapun kerangka operasional (*frame worke*) penelitian ini dapat digunakan sebagai berikut :



Gambar 4.1 : Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh Pemberian Modisco Terhadap Peningkatan Berat Badan Pada Balita Gizi Kurang Di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya Tahun 2004

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Pada penelitian ini populasinya adalah balita dengan gizi kurang di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Kecamatan Sukolilo Surabaya.

4.3.2 Sampel

Pada penelitian ini sampel diambil adalah seluruh balita dengan gizi kurang yang datang ke posyandu sebanyak 27 balita yang memenuhi kriteria :

1. Kriteria inklusi

Adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003) yaitu :

- Umur balita > 6 bulan beserta keluarga (ibu)

- Klien tidak memiliki penyakit penyerta lain ataupun penyakit kronis
- Suka minum susu
- Klien dan keluarga yang kooperatif
- Bersedia diteliti

2. Kriteria eksklusi

Adalah karakteristik yang tidak dapat dimasukkan atau tidak layak diteliti/ yang tidak layak menjadi responden, yaitu :

- Keluarga dan balita gizi kurang yang tidak bersedia diteliti
- Keluarga dan balita gizi kurang diluar wilayah RW VI Kelurahan Klampis Ngasem.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Pada penelitian ini sampel diambil dengan cara *Non probability sampling* jenis *purposive sampling* yaitu setiap keluarga balita dengan gizi kurang yang memenuhi kriteria penelitian (Nursalam, 2003)

4.4 Identifikasi variabel

Variabel adalah karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Siti Pariani & Nursalam, 2000).

1. Variabel Independen

Adalah variabel yang menentukan variabel lain. Pada penelitian ini variabel independen adalah Pemberian Modisco.

2. Variabel Dependen

Adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Pada penelitian ini variabel dependen adalah peningkatan berat badan.

4.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Score
Independen Pemberian Modisco	Tindakan memberi minuman tinggi kalori (100 kal) yang formulanya terdiri dari 10 gr susu skim, 12 gr gula, 5 gr minyak kelapa pada balita gizi kurang.	Jumlah yang diminum	Gelas ukur	Interval	
Dependen Peningkatan berat badan	Bertambahnya berat badan dari berat badan awal setelah pemberian modisco selama 2 minggu.	Jumlah gram kenaikan berat badan	Timbangan pegas.	Interval	

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian sebagai berikut : 1) banyaknya minuman yang dihabiskan, dicatat dalam lembar observasi, 2) jumlah minuman yang dihabiskan diukur dengan gelas ukur, 3) berat badan ditimbang dengan timbangan pegas.

4.7 Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Kecamatan Sukolilo Surabaya. Pengambilan data dimulai bulan Mei – Juni 2004.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Setelah peneliti mendapat rekomendasi untuk melakukan penelitian dari Program Studi D IV Perawat Pendidik FK Unair Surabaya, peneliti mengajukan permohonan ijin ke Kepala Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya. Selanjutnya peneliti mengidentifikasi berat badan awal responden yang berjumlah 27 balita gizi kurang, kemudian dilakukan pemberian modisco I dengan dosis 100 cc setiap responden. Jadwal pemberian modisco I dua kali sehari, pagi jam 08.00 dan sore jam 16.00 WIB. Pemberian modisco I ini selama 2 minggu (15 hari). Setelah itu dilakukan identifikasi berat badan akhir responden.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Setelah data terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan data sebagai berikut : (1) *Coding* yaitu mengklasifikasi hasil observasi terhadap responden menurut macamnya dengan memberi kode pada lembaran observasi, (2) *Editing* yaitu untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah terisi lengkap atau kurang.

2. Penyajian data

Penyajian data dalam penelitian ini adalah dalam bentuk tabel frekuensi yang selanjutnya dijelaskan dalam bentuk narasi.

3. Analisis data.

Sesuai dengan tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh pemberian Modisco terhadap peningkatan berat badan pada balita gizi kurang/KEP, dengan skala data variabel independen pemberian modisco

dan variabel dependen peningkatan berat badan adalah skala data interval, jumlah sampel sama maka uji statistik yang dipilih adalah Uji *ANOVA*

4.10 Etik Penelitian

Penelitian menggunakan manusia sebagai subyek, tidak boleh bertentangan dengan etik. Peneliti harus memahami prinsip-prinsip etik penelitian dan tidak melanggar hak-hak (otonomi) manusia yang menjadi responden (Nursalam,2003;118). Pada penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari FK Unair dan permintaan ijin ke Kepala Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya. Setelah mendapat ijin peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etik penelitian yang meliputi :

1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diedarkan sebelum penelitian dilaksanakan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika responden bersedia maka responden menandatangani lembaran persetujuan tersebut.

2. Tanpa Nama (*Anuminity*)

Responden tidak perlu mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data. Untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup dengan member tanda/kode pada lembaran tersebut.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin peneliti. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan/dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.11 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burns & Grove, 1991;121). Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah terbatasnya dana, sarana dan waktu penelitian sehingga sampel yang didapatkan terbatas jumlahnya maka hasilnya kurang memuaskan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dideskripsikan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian yang ditetapkan. Deskripsi dimulai dari gambaran daerah penelitian kemudian dilanjutkan dengan hasil penelitian pada Balita Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Klampis Ngasem khususnya di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Kecamatan Sukolilo Surabaya. Selanjutnya hasil penelitian itu dianalisis sesuai dengan variabel yang diteliti.

5.1 Deskripsi Daerah Penelitian

5.1.1 Geografi

RW VI termasuk dalam wilayah Kelurahan Klampis Ngasem Kecamatan Sukolilo yang terdiri dari 5 (lima) RT dengan batas wilayah, sebelah utara Real Estate PT Sinar Galaxi, sebelah selatan Real Estate PT Tombotika, sebelah timur wilayah RW I dan sebelah barat wilayah RW III Kelurahan Manyar Sabrangan. Luas wilayah $\pm 38.706 \text{ M}^2$. Daerah ini merupakan daerah pantai dalam wilayah perkotaan.

5.1.2 Demografi

Penduduk RW VI Kelurahan Klampis Ngasem berjumlah 2430 jiwa yang terdiri dari laki-laki 1281 jiwa dan perempuan 1149 jiwa.

Tabel 5.1 : Distribusi Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur Dan Jenis Kelamin Di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Kelompok Umur	Jenis Kelamin		Total
	Laki-laki	Perempuan	
< 1 Tahun	46	38	84
1 - < 5 Tahun	140	114	254
5 - < 12 Tahun	161	175	336
12 - < 18 Tahun	134	119	253
18 - < 55 Tahun	768	663	1431
55 - < 65 Tahun	20	25	45
65 - 70 Tahun	9	12	2
> 70 Tahun	3	3	6
Jumlah	1281	1149	2430

Sumber : Data RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya 2004

Dari tabel diatas, menunjukkan kelompok umur terbanyak 18 sampai dengan kurang dari 55 tahun.

5.1.3 Sosial Ekonomi

5.1.3.1 Pendidikan Penduduk

Tabel 5.2 : Distribusi Pendidikan Penduduk Di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya Tahun 2004

Pendidikan	Jumlah	Prosentase
Tidak Sekolah & Blm Sekolah	441	18.15
Sedang SD	488	20.08
DO SD	123	5.06
Tamat SD	277	11.40
Sedang SMP	180	7.40
DO SMP	73	3.00
Tamat SMP	92	3.80
Sedang SMA	215	8.85
DO SMA	69	2.84
Tamat SMA	280	11.52
Sedang Perguruan Tinggi	127	5.22
DO Perguruan Tinggi	8	0.32
Tamat Perguruan Tinggi	57	2.35
Jumlah	2430	100

Sumber : Data RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya 2004

Dari tabel diatas, menggambarkan pendidikan penduduk terbanyak adalah tamat SMA.

5.1.3.2 Pekerjaan Penduduk

Tabel 5.3 : Distribusi Pekerjaan Penduduk Di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya Tahun 2004

Pekerjaan	Jumlah	Prosentase
PNS/TNI/Polri	105	4.32
Wiraswasta	90	3.70
Pensiunan	30	1.23
Buruh	66	2.72
Pabrik	108	4.44
Tukang becak	78	3.21
Swasta	89	3.67
Tukang bangunan	63	2.59
Tukang kayu	97	3.99
Tidak bekerja	1704	70.13
Jumlah	2430	100

Sumber : Data RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya 2004

Dari tabel diatas, menggambarkan pekerjaan penduduk terbanyak adalah bekerja di pabrik.

5.1.3.3 Agama

Tabel 5.4 : Distribusi Penduduk Berdasarkan Agama Di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya Tahun 2004

Agama	Jumlah	Prosentase
Islam	2341	96.34
Kristen	21	0.86
Katholik	45	1.85
Hindu	15	0.62
Budha	8	0.33
Jumlah	2430	100

Sumber : Data RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya 2004

Dari tabel diatas, menunjukkan mayoritas penduduk menganut agama Islam.

5.1.4 Fasilitas Umum

RW VI Kelurahan Klampis Ngasem memiliki berbagai fasilitas umum seperti Masjid 2 buah, Musolla 5 buah, Taman Pendidikan Al-Qur'an 2 buah, TK, SD SMP, dan SMA masing-masing 1 buah.

5.1.5 Fasilitas Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan yang dimiliki RW VI terdiri dari Puskesmas Keliling, Posyandu Balita dan lansia masing-masing 1 buah.

5.1.6 Gambaran 10 Jenis Penyakit Terbanyak Di Puskemas Keliling Wilayah RW VI Kelurahan Klampis ngasem Surabaya Tahun 2003

Gizi kurang menempati urutan ke- 9 dari 10 penyakit terbanyak selama tahun 2003, adapun urutannya sebagai berikut :

1. Infeksi Saluran Nafas Akut
2. Hipertensi
3. Rheumatik
4. Diare
5. Anemia
6. Gastritis
7. Penyakit Kulit
8. Myalgia/Pegal linu
9. Gizi kurang
10. Diabetus Millitus.

5.1.7 Hasil Kegiatan Penimbangan Balita

Tabel 5.5 : Hasil Penimbangan Balita di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya Tahun 2003

Hasil Kegiatan	Bulan											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
S. Bayi	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Balita	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
K. Bayi	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Balita	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
D. Bayi	9	14	12	11	12	12	12	14	13	13	10	13
Balita	60	76	70	66	78	50	65	72	49	80	78	84
N. Bayi	9	14	9	9	9	9	8	9	8	8	4	8
Balita	30	52	50	46	55	27	36	45	8	8	4	8
BGM Bayi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Balita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gz Krg - Bayi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Balita	30	24	20	20	23	23	29	27	26	30	25	28

Sumber : Data RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya 2003

Dari tabel diatas masih banyak balita yang mengalami gizi kurang

5.2 Distribusi Balita

Balita gizi kurang yang memenuhi syarat menjadi sampel penelitian berjumlah 27 orang. Bahasan tentang distribusi balita gizi kurang meliputi umur, jenis kelamin, urutan anak dalam keluarga, tingkat KEP balita serta distribusi orang tua balita meliputi pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, umur orang tua, penghasilan orang tua dan pola asuh anak.

5.2.1 Karakteristik Balita Berdasarkan Umur

Tabel 5.6 : Distribusi balita menurut umur di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004.

No	Umur (Bulan)	Jumlah	Prosentase
1	7 (< 1 Th)	1	3.70
2	11	2	7.41
3	12	2	7.41
4	13	2	7.41
5	15	1	3.70
6	16	1	3.70
7	19	2	7.41
8	20	2	7.41
9	21	1	3.70
10	22	1	3.70
11	23	1	3.70
12	24 (2 Th)	2	7.41
13	25	1	3.70
14	27	2	7.41
15	29	1	3.70
16	31	2	7.41
17	36	2	7.41
18	47 (4 Th)	1	3.70
	Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, umur balita berkisar antara 7 sampai dengan 47 bulan, rerata 21.89, paling banyak 11, standar deviasi 9.28.

5.2.2 Karakteristik Balita Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.7 : Distribusi balita menurut jenis kelamin di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Sex	Jumlah	Prosentase
Laki-laki	12	44.44
Perempuan	15	55.56
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, nampak bahwa balita gizi kurang paling banyak kelompok perempuan.

5.2.3 Karakteristik balita berdasarkan urutan anak dalam keluarga

Tabel 5.8 : Distribusi balita menurut urutan anak dalam keluarga di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Urutan Anak Dalam Keluarga	Jumlah	Prosentase
Pertama	14	51.86
Kedua	5	18.52
≥ Ketiga	8	29.62
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, menunjukkan balita gizi kurang terbanyak pada anak pertama.

5.2.4 Pendidikan Ayah

Tabel 5.9 : Distribusi pendidikan ayah balita di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Pendidikan	Jumlah	Prosentase
Tamat SD	9	33.33
Tamat SMP	7	25.93
Tamat SMA	10	37.04
Tamat Perguruan Tinggi	1	3.70
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, menunjukkan pendidikan ayah bervariasi dari tamat SD sampai dengan tamat Perguruan Tinggi, paling banyak tamat SMA.

5.2.5 Umur Ayah Balita

Tabel 5.10 : Distribusi umur ayah balita di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Gol. Umur (Tahun)	Jumlah	Prosentase
21 – 25	1	3.70
26 – 30	12	44.45
31 – 35	12	44.45
≥ 36	2	7.40
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, nampak bahwa kelompok umur ayah balita paling banyak umur 26 – 30 tahun dan kelompok umur 31 – 35 tahun.

5.2.6 Pekerjaan Ayah Balita

Tabel 5.11 : Distribusi pekerjaan ayah balita di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Pekerjaan	Jumlah	Prosentase
Tukang Batu	8	29.63
Becak	5	18.52
Pabrik	7	25.93
Tukang Kayu	4	14.81
Pedagang	3	11.11
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, nampak bahwa pekerjaan ayah balita terbanyak adalah tukang batu.

5.2.7 Pendidikan Ibu Balita

Tabel 5.12 : Distribusi pendidikan ibu balita di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Pendidikan	Jumlah	Prosentase
Tamat SD	8	29.63
Tamat SMP	10	37.04
Tamat SMA	8	29.63
Tamat Perguruan Tinggi	1	3.70
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, nampak pendidikan ibu balita bervariasi dari tamat SD sampai dengan tamat Perguruan Tinggi, paling banyak tamat SMP.

5.2.8 Umur Ibu Balita

Tabel 5.13 : Distribusi umur ibu balita di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Gol. Umur (Tahun)	Jumlah	Prosentase
21 – 25	14	51.85
26 – 30	4	14.82
31 – 35	6	22.22
≥ 36	3	11.11
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, menggambarkan kelompok umur ibu balita terbanyak 21-25 tahun.

5.2.9 Pekerjaan Ibu Balita

Tabel 5.14 : Distribusi pekerjaan ibu balita di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Pekerjaan	Jumlah	Prosentase
Ibu Rumah Tangga	25	92.59
Pabrik	2	7.41
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, menunjukkan pekerjaan ibu balita paling banyak adalah ibu rumah tangga.

5.2.10 Distribusi Balita Berdasarkan Pola Asuh Anak

Tabel 5.15 : Distribusi balita berdasarkan pola asuh anak di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Pola Asuh Anak	Jumlah	Prosentase
Diasuh sendiri	25	92.59
Tempat Penitipan Anak	2	7.42
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, menunjukkan paling banyak anak diasuh sendiri oleh ibunya.

5.2.11 Distribusi Penghasilan Orang Tua Balita Dalam Sebulan

Tabel 5.16 : Distribusi penghasilan orang tua Balita dalam sebulan di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Penghasilan Sebulan	Jumlah	Prosentase
≤ Rp. 500.000	15	55.55
Rp. 600.000 – 1.000.000	7	25.93
Rp. 1.100.000 – 1.500.000	5	18.52
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, nampak bahwa penghasilan orang tua balita dalam sebulan paling banyak adalah kurang atau sama dengan Rp. 500.000.

5.2.12 Distribusi Balita Berdasarkan Tingkat KEP

Tabel 5.17 : Distribusi balita berdasarkan tingkat KEP di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Jenis KEP	Jumlah	Prosentase
Ringan	19	70.37
Sedang	8	29.63
Jumlah	27	100

Dari tabel diatas, paling banyak balita mengalami KEP ringan.

5.3 Hasil Pemberian Modisco

Modisco diberikan kepada 27 balita KEP selama 15 hari (2 Minggu)

dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.18 : Selisih Peningkatan Berat Badan Sesudah Pemberian Modisco Pada Balita Gizi Kurang Di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya tahun 2004

Berat Badan Awal	Berat Badan Akhir	Selisih (Kg)
6.2	6.5	0.3
7	8.0	1
7	7.8	0.8
6.6	7.0	0.4
6.1	6.3	0.2
8	8.3	0.3
7.6	8.0	0.4
7.5	8.0	0.5
7	8.0	1
9	9.5	0.5
7	7.2	0.2
8	8.5	0.5
9	9.3	0.3
9	10.0	1
9.5	10.2	0.7
9.1	9.8	0.7
9.2	9.9	0.7
9	9.6	0.6
9.4	10.0	0.6
10	10.2	0.2
9	9.2	0.2
10	10.5	0.5
11	11.3	0.3

9.5	10.0	0.5
10	10.3	0.3
9.6	10.0	0.4
10	10.2	0.2
Mean:0.4926, Mode:0.50, Std Deviasi :0.2526, Min:0.20, Max:1.0		

- * Berat badan balita sebelum diberi Modisco bervariasi antara 6.1 sampai dengan 11.0, rerata 8.530, paling banyak 9.0, standar deviasi 1.349 dan distribusi tidak normal (lampiran 9 halaman 75).
- * Berat badan balita setelah mendapat Modisco bervariasi antara 6.3 sampai dengan 11.3, rerata 9.022, paling banyak 8.0, standar deviasi 1.340 dan distribusi tidak normal (lampiran 9 halaman 76).
- * Selisih berat badan balita bervariasi antara 0.20 sampai dengan 1.00, rerata 0.4926, paling banyak 0.50, standar deviasi 0.2526 dan distribusi tidak normal (lampiran 9 halaman 77).

Untuk mengetahui kemaknaan perbedaan berat badan sebelum dan sesudah diberi Modisco dilakukan *Analysis Of Variance* dari *Mean (ANOVA)*. Hasil test *ANOVA* didapatkan bahwa perubahan berat badan sebelum dan sesudah diberi Modisco adalah bermakna pada $p = 0.0001$.

5.4 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan tentang daerah penelitian, orang tua, pemberian modisco dan keterbatasan penelitian.

5.4.1 Daerah Penelitian

RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya merupakan daerah pesisir pantai dan masuk wilayah perkotaan. Dan dilihat dari tingkat pendidikan penduduk terbanyak tamat SMA. Hal ini sesuai teori Effendy N. (1998) bahwa masyarakat perkotaan memiliki pendidikan cukup sehingga mempengaruhi tingkat pengetahuannya. Dengan demikian pengetahuan tentang gizi diharapkan cukup baik. Pada kenyataannya masih banyak balita yang mengalami kekurangan gizi, namun penelitian ini tidak diarahkan pada tingkat pengetahuan masyarakat tentang gizi, karena fokus penelitian pada peningkatan BB sesudah pemberian modisco.

Fasilitas kesehatan yang tersedia berupa Puskesmas keliling, posyandu balita dan lansia yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat satu kali dalam sebulan. Menurut Effendy N.(1998) bahwa adanya fasilitas kesehatan dimasyarakat dapat menunjang peningkatan status kesehatan masyarakat. Tetapi pada kenyataan masyarakat belum memanfaatkan fasilitas kesehatan secara optimal, terbukti pada kegiatan posyandu balita masih banyak yang belum datang mengikuti kegiatan posyandu.

5.4.2 Pihak Orang Tua

Ditinjau dari segi orang tua di RW VI usia produktif cukup tinggi. Menurut Suharjo (2003) usia produktif (produksi kerja) cukup tinggi, diharapkan mampu membiayai hidup bagi usia non produktif. Kenyataannya penghasilan orang tua balita KEP terbanyak adalah kurang atau sama dengan Rp. 500.000.- dalam sebulan. Hal ini sesuai teori Sediaoetama D.A (1999) bahwa penghasilan yang rendah menyebabkan daya beli yang tak terjangkau menyediakan bahan makanan keluarga sehingga menyebabkan tingkat dan pola konsumsi yang tidak memenuhi persyaratan kecukupan gizi keluarga.

Umur reproduksi di wilayah RW VI cukup tinggi. Menurut Suharjo (2003) bahwa umur reproduksi tinggi mempengaruhi laju pertumbuhan penduduk yang akan berdampak pada persediaan pangan keluarga. Menurut studi lapangan yang dilakukan oleh Gopalan (1964) dikutip oleh Pudjiadi S. (2003) bahwa kekurangan gizi pada anak terjadi pada anak keempat dan berikutnya. Namun kenyataannya kekurangan gizi pada balita di RW VI kelurahan Klampis Ngasem Surabaya sebagian besar terjadi pada anak pertama. Kondisi ini mungkin berhubungan dengan tingkat sosial ekonomi yang minim sehingga berdampak pada status gizi anak.

5.4.3 Pemberian Modisco

Dalam penelitian ini, peneliti memberikan modisco I dipilih karena responden menderita KEP ringan dan sedang serta modisco tersebut diberikan sebagai makanan tambahan dimana responden

tetap mengkonsumsi makanan keluarga sebagai makanan pokok. Pembuatan formula modisco I dilakukan oleh peneliti sendiri dengan bahan terdiri dari susu skim 10 gram (1 sendok makan), gula pasir 5 gram (1 sendok teh), minyak filma 5 gram ($\frac{1}{2}$ sendok makan) dalam 100 cc air perindividu. Pemberian modisco ini kepada 27 responden di wilayah RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya. Kegiatan ini berlangsung rutin selama dua minggu (26 Mei sampai dengan 9 Juni 2004). Jadwal pemberian modisco 2 kali sehari, pagi jam 08.00 dan sore jam 16.00, dengan dosis 100 cc setiap kali minum perindividu. Setiap hari keluarga/ibu datang mengambil minuman modisco bertempat di balai RW VI Kelurahan Klampis Ngasem Surabaya. Minumam modisco tersebut langsung diminumkan pada anak di balai RW dan kadang bila belum habis diminum dilanjutkan dirumah. Selama pemberian modisco tidak terjadi efek samping seperti alergi, diare dan obstipasi. Sesuai observasi peneliti maupun laporan dari keluarga selama mengkonsumsi modisco semua responden menghabiskan minuman setiap kali minum. Dalam pelaksanaannya peneliti bekerjasama dengan kader maupun pihak RW VI untuk menunjang kegiatan tersebut. Pemberian modisco ini mendapat respon yang positif dari keluarga responden. Hal ini terbukti selama kegiatan orang tua (ibu) selalu mengantarkan anaknya untuk mengambil modisco secara teratur.

Berdasarkan hasil penelitian pengaruh pemberian modisco terhadap peningkatan berat badan balita dengan menggunakan uji

ANOVA (Analysis Of Variance), dengan nilai $p = 0.001$. Hal ini sesuai dengan teori Annis C. (2002) bahwa pemberian modisco sebagai makanan tambahan pada balita gizi kurang dua kali sehari dapat meningkatkan berat badan.

5.4.4 Keterbatasan

Keterbatasan yang dihadapi peneliti seperti terbatasnya dana, sarana dan waktu penelitian sehingga sampel yang digunakan terbatas jumlahnya, maka hasilnya tidak dapat digeneralisasikan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Berat badan balita sebelum diberi Modisco bervariasi antara 6.1 sampai dengan 11.0, rerata 8.530, paling banyak 9.0, standar deviasi 1.349.
2. Berat badan balita sesudah diberi Modisco bervariasi antara 6.3 sampai 11.3, rerata 9.022, paling banyak 8.0, standar deviasi 1.340.
3. Pemberian Modisco terbukti dapat meningkatkan berat badan dengan uji *ANOVA* dengan nilai $p = 0.001$.

6.2 Saran

1. Berdasarkan hasil penelitian terbukti bahwa Modisco dapat meningkatkan berat badan namun pemberiannya pada balita gizi kurang perlu dibatasi sampai mencapai tingkat berat badan normal.
2. Pentingnya penyuluhan kesehatan kepada masyarakat tentang makanan bergizi terutama bahan-bahan makanan lokal untuk mencukupi kebutuhan anak balita.
3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengetahuan gizi terutama pada ibu.

DAFTAR PUSTAKA

- Annis AC. (2002). Modisco Makanan Penambah Berat Badan Anak. Jakarta . Pustaka Swara.
- Arikunto S. (1998). Manajemen Penelitian. Jakarta : Rineka Cipta.
- Depkes RI. (1999). Pedoman Tata Laksana KEP Pada Anak Di Puskesmas dan Di Rumah Tangga. Jakarta.
- Dinkes Kota Surabaya (2002). Profil Kesehatan Kota Surabaya. Surabaya.
- Effendi N. (1998). Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta : EGC.
- Forum Koordinasi PMT (1997) Panduan Umum Program Makanan Tambahan. Jakarta
- Hariato A. (1994). Pedoman Diagnosis dan Terapi Lab/UPF IKA. Surabaya: FK Unair.
- IDAI (2002). Tumbuh Kembang Anak dan Remaja. Jakarta: sagung Seto.
- Internet (2004). Masalah Gizi www/http.info.kesehatan.comnet.id
- Mansjoer A. (2000). Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta : Media Aesculapius.
- Markum H. A (1991). Ilmu Kesehatan Anak. Jakarta : FKUI
- Nursalam (2003). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta Salemba Medika.
- Permono B. (2003). Ilmu Kesehatan Anak II. Surabaya : Lab/ SMF IKA FK Unair.
- Pudjiadi S. (2003). Ilmu Gizi Klinis Pada Anak. Jakarta : FKUI.
- Sediaoetama D. A.(1999). Ilmu Gizi. Jakarta : Dian Rakyat.
- Siti Pariani, Nursalam (2000). Metodologi Riset Keperawatan. Jakarta : Sagung Seto
- Sugiono (2003). Penelitian Untuk Mahasiswa. Jakarta : Alfabett.
- Suhardjo (2003). Pendidikan Gizi. Jakarta : Bumi Aksara.
- Supariasa N. D. (2002). Penilaian Status Gizi. Jakarta : EGC.

WHO. (2002). Pemberian Makanan Tambahan. Jakarta : EGC.

Wyrio H. (2002). Peningkatan Gizi Bayi, Balita, Ibu Hamil dan Menyusui dengan Bahan Lokal. Jakarta : Sagung Seto.



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI D.IV PERAWAT PENDIDIK
Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs : 5022472
Telp. (031) 5012496 - 5020251 - 5030252 - 5030253 Kode Pos : 60131

Surabaya, 19 Mei 2004
 nomor : 41025 J03.1.17/ PSIK & DIV PP/ 2004
 lampiran : 1 Lembar berkas
 perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data
 DIV Perawat Pendidik - FK Unair

Yth.
 PALA PUSKESMAS
 KLAMPIS NGASEM

Tempat

Yang hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Perawat Pendidik - FK Unair, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data yang diperlukan dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : THERESIA STEFANIA
 NIM : 010310371 R
 Judul Penelitian : PENGARUH PEMBERIAN MODISCO TERHADAP
 PENINGKATAN BERAT BADAN PADA BALITA
 GIZI KURANG
 Tempat : WILAYAH KERJA PUSKESMAS KLAMPIS NGASEM

Sehubungan dengan perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Surabaya, 19 Mei 2004
 a.n. Ketua Program Studi
 Pembantu Ketua I

 Nursalam Mnurs (Hons)
 NIP : 140 238 226
 THERESIA STEFANIA

Lampiran 2

PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS KLAMPIS NGASEM.
Jl. Arif Rahman Hakim No. 99 B. Telp. 5992389
Surabaya

SURAT IJIN
SURVEY/PENELITIAN
NOMOR;072/18/402.4.8.29/2004

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Puskesmas Klampis Ngasem memberikan ijin penelitian kepada :

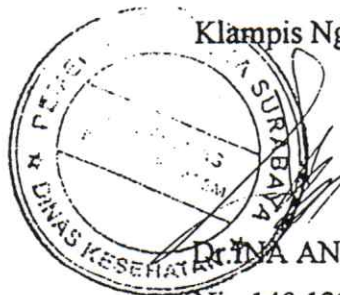
Nama : THERESIA STEFANIA
NIM : 010310371 R

Untuk melakukan pengumpulan data dalam rangka penelitian keperawatan dengan judul
PENGARUH PEMBERIAN MODISCO TERHADAP PENINGKATAN BERAT BADAN PADA BALITA GIZI KURANG “

Demikian surat ijin diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 17 Juni 2004

Kepala Puskesmas
Klampis Ngasem



Dr. INA ANIATI
Nip.140 139 387

Lampiran 3

**SURAT PERMINTAAN MENJADI
RESPONDEN PENELITIAN**

Kepada

Yth. Bapak/ibu yang menjadi Responden

Nama saya Theresia Stefania, Mahasiswa Program D IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya Angkatan VII. Saya akan melakukan penelitian tentang : “ Pengaruh Pemberian Modisco Terhadap Peningkatan Berat Badan Pada Balita Gizi Kurang di Wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya”.

Untuk itu saya mohon partisipasi ibu dan anak dalam penelitian untuk Pengembangan ilmu keperawatan anak. Data saudara dijamin kerahasiaannya dan tanpa nama. Data disajikan hanya untuk kepentingan pengembangan ilmu keperawatan.

Atas Partisipasi saudara, saya ucapkan terima kasih.

Tanggal :

Tanda Tangan :

Lampiran 4

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
MENJADI RESPONDEN**

Setelah saya membaca maksud dan tujuan penelitian ini, maka dengan penuh kesadaran tanpa paksaan dari pihak lain menyatakan bahwa saya bersedia anak saya berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudara Theresia Stefania, Mahasiswa Program D IV Perawat Pendidik Angkatan VII Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya dengan judul : “Pengaruh Pemberian Modisco Terhadap Peningkatan Berat Badan Pada balita Gizi Kurang di Wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya”.

Tanda tangan dibawah ini, menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanggal :

Tanda Tangan :

No. Responden :

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Lampiran 5

Judul Penelitian : Pengaruh pemberian medisco terhadap peningkatan berat badan pada balita gizi kurang di RW VI Kelurahan Klampis Ngasem, Kecamatan Sukolilo Kota Surabaya.

Tanggal Penelitian :

No. Kode responden :

PETUNJUK :

Berilah tanda [\surd] Pada kotak jawaban yang anda pilih:

	KODE
1. Umur anak saat ini bulan	<input type="text"/>
2. Jenis kelamin anak <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="text"/>
3. Anak ke <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≤ 3	<input type="text"/>
4. Pendidikan ayah <input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> Tamat SD <input type="checkbox"/> Tamat SMP <input type="checkbox"/> Tamat SMA <input type="checkbox"/> Tamat Perguruan Tinggi	<input type="text"/>

5. Umur Ayah <input type="checkbox"/> 15 – 20 tahun <input type="checkbox"/> 21 – 25 tahun <input type="checkbox"/> 26 – 30 tahun <input type="checkbox"/> 31 – 35 tahun <input type="checkbox"/> \geq 36 tahun	<input type="text"/>
6. Pekerjaan ayah <input type="checkbox"/> PNS / POLRI / TNI <input type="checkbox"/> Pabrik <input type="checkbox"/> Pedagang <input type="checkbox"/> Becak <input type="checkbox"/> Buruh bangunan	<input type="text"/>
7. Pendidikan orang tua ibu <input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> PT	<input type="text"/>
8. Umur orang tua (ibu) <input type="checkbox"/> 15 – 20 tahun <input type="checkbox"/> 21 – 25 tahun <input type="checkbox"/> 31 – 35 tahun <input type="checkbox"/> \geq 36 tahun	<input type="text"/>
9. Pekerjaan orang tua (ibu) <input type="checkbox"/> Ibu rumah tangga <input type="checkbox"/> Pegawai negeri <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Pedagang	<input type="text"/>

10. Pola asuh anak <input type="checkbox"/> Diasuh sendiri <input type="checkbox"/> Kakek nenek <input type="checkbox"/> Pembantu rumah tangga <input type="checkbox"/> Tempat penitipan anak	<input type="text"/>
11. Penghasilan orang tua dalam sebulan <input type="checkbox"/> ≤ Rp. 500.000,- <input type="checkbox"/> Rp. 500.000,- – Rp. 1.000.000,- <input type="checkbox"/> Rp. 1.100.000,- – Rp. 1.500.000,- <input type="checkbox"/> Rp. 1.600.000,- – Rp. 2.000.000,-	<input type="text"/>

Lampiran 6

TABEL BERAT BADAN MENURUT UMUR
ANAK LAKI- LAKI

Umur (Thn/bln)	KEP berat < 60 %	KEP sedang 60-69%	KEP ringan 70 – 79 %	Gizi Baik 80-110 %	Gizi lebih > 110 %
12	6,11	6,12 - 7,13	7,14 – 8,15	8,16-11,22	11,23
13	6,23	6,24 –7,27	7,28 – 8,31	8,32-11,44	11,45
14	6,41	6,42 – 7.48	7,49 – 8,55	8,56-11,77	11,78
15	6,53	6,54 – 7.62	7,63 – 8,71	8,72-11,99	12,00
16	6,65	6,66 – 7,76	7,77 – 8,87	8,88-12,21	12,22
17	6,77	6,78 – 7,90	7,91 – 9,03	9,04-12,43	12,44
18	6,89	6,90 – 8,04	8,05 – 9,19	9,20-12,65	12,66
19	7,01	7,02 – 8,18	8,19 – 9,35	9,36-12,87	12,88
20	7,07	7,08 – 8,25	8,26 – 9,43	9,44-12,98	12,99
21	7,19	7,20 – 8,39	8,40 – 9,59	9,60-13,20	13,21
22	7,31	7,32 – 8,53	8,54 – 9,75	9,76-13,42	13,43
23	7,43	7,44 – 8,67	8,68 – 9,91	9,92-13,64	13,65
24	7,55	7,56 – 8,81	8,82 – 10,07	10,08-13,86	13,87
25	7,67	7,68 – 8,95	8,96 –10,23	10,24-14,08	14,09
26	7,79	7,80 – 9,09	9,10 – 10,39	10,40-14,30	14,31
27	7,85	7,86 – 9,16	9,17 – 10,47	10,48-14,41	14,42
28	7,97	7,98 – 9,30	9,31 – 10,63	10,64-14,63	14,64
29	8,09	8,10 – 9,44	9,45 – 10,79	10,80-14,85	14,86
30	8,21	8,22 – 9,58	9,59 – 10,95	10,96 – 15,07	15,08
31	8,27	8,28 – 9,65	9,66 – 11,03	11,04 – 15,18	15,19
32	8,39	8,40 – 9,79	9,80 – 11,19	11,20 – 15,40	15,41
33	8,51	8,52 – 9,93	9,94 – 11,35	11,36 – 15,62	15,63

34		8,63	8,64 – 10,07	10,08 – 11,51	11,52 – 15,84	15,85
35		8,69	8,70 – 10,14	10,15 – 11,59	11,60 – 15,95	15,96
36		8,81	8,82 – 10,28	10,29 – 11,75	11,76 – 16,17	16,18
3	0	8,75	8,76 – 10,21	10,22 – 11,67	11,68 – 16,06	16,07
3	1	8,87	8,88 – 10,35	10,36 – 11,83	11,84 – 16,28	16,29
3	2	8,99	9,00 – 10,49	10,50 – 11,99	12,00 – 16,50	16,51
3	3	9,11	9,12 – 10,63	10,64 – 12,15	12,16 – 16,72	16,73
3	4	9,17	9,18 – 10,70	10,71 – 12,23	12,24 – 16,83	16,84
3	5	9,29	9,30 – 10,84	10,85 – 12,39	12,40 – 17,05	17,06
3	6	9,41	9,42 – 10,98	10,99 – 12,55	12,56 – 17,27	17,28
3	7	9,47	9,48 – 11,05	11,06 – 12,63	12,64 – 17,38	17,39
3	8	9,59	9,60 – 11,19	11,20 – 12,79	12,80 – 17,60	17,61
3	9	9,71	9,72 – 11,33	11,34 – 12,95	12,96 – 17,82	17,83
3	10	9,83	9,84 – 11,47	11,48 – 13,11	13,12 – 18,04	18,05
3	11	9,89	9,90 – 11,54	11,55 – 13,19	13,20 – 18,15	18,16
4	0	10,01	10,02 – 11,68	11,69 – 13,35	13,36 – 18,37	18,38
4	1	10,13	10,14 – 11,82	11,83 – 13,51	13,52 – 18,59	18,60
4	2	10,19	10,20 – 11,89	11,90 – 13,59	13,60 – 18,70	18,71
4	3	10,31	10,32 – 12,03	12,04 – 13,75	13,76 – 18,92	18,93
4	4	10,43	10,44 – 12,17	12,18 – 13,91	13,92 – 19,14	19,15
4	5	10,49	10,50 – 12,24	12,25 – 13,99	14,00 – 19,25	19,26
4	6	10,61	10,62 – 12,38	12,39 – 14,15	14,16 – 19,47	19,48
4	7	10,73	10,74 – 12,52	12,53 – 14,31	14,32 – 19,69	19,70
4	8	10,79	10,80 – 12,59	12,60 – 14,39	14,40 – 19,80	19,81
4	9	10,91	10,92 – 12,73	12,74 – 14,55	14,56 – 20,02	20,03
4	10	10,97	10,98 – 12,80	12,81 – 14,63	14,64 – 20,13	20,14
4	11	11,09	11,10 – 12,94	12,95 – 14,79	14,80 – 20,35	20,36
5	0	11,21	11,22 – 13,08	13,09 – 14,95	14,96 – 20,57	20,58

Lampiran 7

TABEL BERAT BADAN MENURUT UMUR
ANAK PEREMPUAN

Umur (Thn/Bln)	KEP berat < 60 %	KEP sedang 60 – 69 %	KEP ringan 70 - 79 %	Gizi baik 80 – 110 %	Gizi lebih > 110 %
12	5,69	5,70 – 6,64	6,65 – 7,59	7,60 – 10,45	10,46
13	5,87	5,88 – 6,85	6,86 – 7,83	7,84 – 10,78	10,79
14	5,99	6,00 – 6,99	7,00 – 7,99	8,00 – 11,00	11,01
15	6,11	6,12 – 7,13	7,14 – 8,15	8,16 – 11,22	11,23
16	6,23	6,24 – 7,27	7,28 – 8,31	8,32 – 11,44	11,45
17	6,35	6,36 – 7,41	7,42 – 8,47	8,48 – 11,66	11,67
18	6,47	6,48 – 7,55	7,56 – 8,63	8,64 – 11,88	11,89
19	6,59	6,60 – 7,69	7,70 – 8,79	8,80 – 12,10	12,11
20	6,71	6,72 – 7,83	7,84 – 8,95	8,96 – 12,32	12,33
21	6,83	6,84 – 7,97	7,98 – 9,11	9,12 – 12,54	12,55
22	6,89	6,90 – 8,04	8,05 – 9,19	9,20 – 12,65	12,66
23	7,01	7,02 – 8,18	8,19 – 9,35	9,36 – 12,87	12,88
24	7,13	7,14 – 8,32	8,33 – 9,51	9,52 – 13,09	13,10
25	7,25	7,26 – 8,46	8,47 – 9,67	9,68 – 13,31	13,32
26	7,37	7,38 – 8,60	8,61 – 9,83	9,84 – 13,53	13,54
27	7,43	7,44 – 8,67	8,68 – 9,91	9,92 – 13,64	13,65
28	7,55	7,56 – 8,81	8,82 – 10,07	10,08 – 13,86	13,87
29	7,67	7,68 – 8,95	8,96 – 10,23	10,24 – 14,08	14,09
30	7,73	7,74 – 9,02	9,03 – 10,31	10,32 – 14,19	14,20
31	7,85	7,86 – 9,16	9,17 – 10,47	10,48 – 14,41	14,42
32	7,97	7,98 – 9,30	9,31 – 10,63	10,64 – 14,63	14,64
33	8,03	8,04 – 9,37	9,38 – 10,71	10,72 – 14,74	14,75

34		8,15	8,16 – 9,51	9,52 – 10,87	10,88 – 14,96	14,97
35		8,27	8,28 – 9,65	9,66 – 11,03	11,04 – 15,18	15,19
36		8,33	8,34 – 9,72	9,73 – 11,11	11,12 – 15,29	15,30
3	0	8,45	8,46 – 9,86	9,87 – 11,27	11,28 – 15,51	15,52
3	1	8,57	8,58 – 10,00	10,01 – 11,43	11,44 – 15,73	15,74
3	2	8,63	8,64 – 10,07	10,08 – 11,51	11,52 – 15,84	15,85
3	3	8,75	8,76 – 10,21	10,22 – 11,67	11,68 – 16,06	16,07
3	4	8,87	8,88 – 10,35	10,36 – 11,83	11,84 – 16,28	16,29
3	5	8,93	8,94 – 10,42	10,43 – 11,91	11,92 – 16,39	16,40
3	6	9,05	9,06 – 10,56	10,57 – 12,07	12,08 – 16,61	16,62
3	7	9,11	9,12 – 10,63	10,64 – 12,15	12,16 – 16,72	16,73
3	8	9,23	9,24 – 10,77	10,78 – 12,31	12,32 – 16,94	16,95
3	9	9,29	9,30 – 10,84	10,85 – 12,39	12,40 – 17,05	17,06
3	10	9,41	9,42 – 10,98	10,99 – 12,55	12,56 – 17,27	17,28
3	11	9,47	9,48 – 11,05	11,06 – 12,63	12,64 – 17,38	17,39
4	0	9,59	9,60 – 11,19	11,20 – 12,79	12,80 – 17,60	17,61
4	1	9,65	9,66 – 11,26	11,27 – 12,87	12,88 – 17,71	17,72
4	2	9,71	9,72 – 11,33	11,34 – 12,95	12,96 – 17,82	17,83
4	3	9,83	9,84 – 11,47	11,48 – 13,11	13,12 – 18,04	18,05
4	4	9,89	9,90 – 11,54	11,55 – 13,19	13,20 – 18,15	18,16
4	5	10,01	10,02 – 11,68	11,69 – 13,35	13,36 – 18,37	18,38
4	6	10,07	10,08 – 11,75	11,76 – 13,43	13,44 – 18,48	18,49
4	7	10,19	10,20 – 11,89	11,90 – 13,59	13,60 – 18,70	18,71
4	8	10,25	10,26 – 11,96	11,97 – 13,67	13,68 – 18,81	18,82
4	9	10,31	10,32 – 12,03	12,04 – 13,75	13,76 – 18,92	18,93
4	10	10,43	10,44 – 12,17	12,18 – 13,91	13,92 – 19,14	19,15
4	11	10,49	10,50 – 12,24	12,25 – 13,99	14,00 – 19,25	19,26
5	0	10,61	10,62 – 12,38	12,39 – 14,15	14,16 – 19,47	19,48

DATA

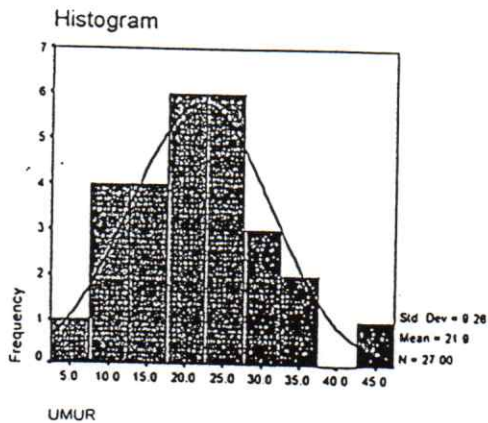
Lampiran 8

No.	Umur (Bln)	Sex	Anak Ke..	Pend. Ayah	Umur Ayah	Pek. Ayah	Pend. Ibu	Umur Ibu	Pek. Ibu	Pola Asuh	Peng. Ortu	BB. Awal	BB Akhir	KEI
1	7	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	6.2	6.5	0
2	11	2	3	3	4	3	2	5	1	1	3	7.0	8.0	0
3	11	2	3	3	4	3	2	5	1	1	3	7.0	7.8	0
4	12	1	1	1	3	2	2	2	1	1	2	6.6	7.0	1
5	12	2	1	1	2	5	3	2	1	1	1	6.1	6.3	1
6	13	1	2	2	3	4	2	2	1	1	2	8.0	8.3	0
7	13	2	2	3	4	3	3	2	1	1	1	7.6	8.0	0
8	15	1	1	3	3	5	3	2	1	1	2	7.5	8.0	1
9	16	2	2	2	5	5	2	5	1	1	1	7.0	8.0	1
10	19	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	9.0	9.5	0
11	19	2	3	2	3	6	1	4	1	1	1	7.0	7.2	1
12	20	2	1	4	4	2	4	3	1	1	3	8.0	8.5	0
13	20	1	3	1	4	4	1	4	1	1	1	9.0	9.3	0
14	21	2	1	3	3	6	3	2	1	1	2	9.0	10.0	0
15	22	1	3	2	5	5	2	4	1	1	1	9.5	10.2	0
16	23	2	1	3	4	2	3	2	3	4	3	9.1	9.8	0
17	24	1	2	3	4	5	3	4	1	1	2	9.2	9.9	0
18	24	2	2	1	4	4	1	3	1	1	1	9.0	9.6	0
19	25	2	3	3	4	4	2	4	1	1	1	9.4	10.0	0
20	27	1	3	3	4	6	1	3	1	1	2	10.0	10.2	0
21	27	1	1	3	3	2	3	2	1	1	1	9.0	9.2	1
22	29	1	1	1	3	5	1	2	1	1	1	10.0	10.5	0
23	31	1	1	1	4	4	1	2	1	1	2	11.0	11.3	0
24	31	2	1	1	3	6	1	2	1	1	1	9.5	10.0	0
25	36	2	1	2	3	2	2	2	1	1	1	10.0	10.3	0
26	36	2	3	2	3	5	1	3	1	1	1	9.6	10.0	1
27	47	2	1	2	4	5	3	4	3	4	3	10.0	10.2	1

DATA HASIL ANALYSIS SPSS

UMUR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7	1	3.7	3.7	3.7
11	2	7.4	7.4	11.1
12	2	7.4	7.4	18.5
13	2	7.4	7.4	25.9
15	1	3.7	3.7	29.6
16	1	3.7	3.7	33.3
19	2	7.4	7.4	40.7
20	2	7.4	7.4	48.1
21	1	3.7	3.7	51.9
22	1	3.7	3.7	55.6
23	1	3.7	3.7	59.3
24	2	7.4	7.4	66.7
25	1	3.7	3.7	70.4
27	2	7.4	7.4	77.8
29	1	3.7	3.7	81.5
31	2	7.4	7.4	88.9
36	2	7.4	7.4	96.3
47	1	3.7	3.7	100.0
Total	27	100.0	100.0	
Total	27	100.0		



Frequencies

Statistics

	N	
	Valid	Missing
kep	27	0
sex	27	0

kep

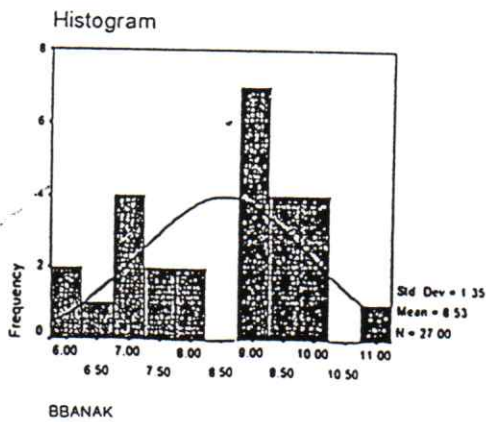
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ringan	19	70.4	70.4	70.4
sedang	8	29.6	29.6	100.0
Total	27	100.0	100.0	
Total	27	100.0		

sex

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	12	44.4	44.4	44.4
perempuan	15	55.6	55.6	100.0
Total	27	100.0	100.0	
Total	27	100.0		

BBANAK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6.1	1	3.7	3.7	3.7
	6.2	1	3.7	3.7	7.4
	6.6	1	3.7	3.7	11.1
	7.0	4	14.8	14.8	25.9
	7.5	1	3.7	3.7	29.6
	7.6	1	3.7	3.7	33.3
	8.0	2	7.4	7.4	40.7
	9.0	5	18.5	18.5	59.3
	9.1	1	3.7	3.7	63.0
	9.2	1	3.7	3.7	66.7
	9.4	1	3.7	3.7	70.4
	9.5	2	7.4	7.4	77.8
	9.6	1	3.7	3.7	81.5
	10.0	4	14.8	14.8	96.3
	11.0	1	3.7	3.7	100.0
Total		27	100.0	100.0	
Total		27	100.0		



Statistics

	N		Mean	Median	Mode	Std. Deviation	Minimum	Maximum
	Valid	Missing						
BBAKIR	27	0	9.022	9.500	8.0 ^a	1.340	6.3	11.3
BBANAK	27	0	8.530	9.000	9.0	1.349	6.1	11.0
UMUR	27	0	21.89	21.00	11 ^a	9.28	7	47

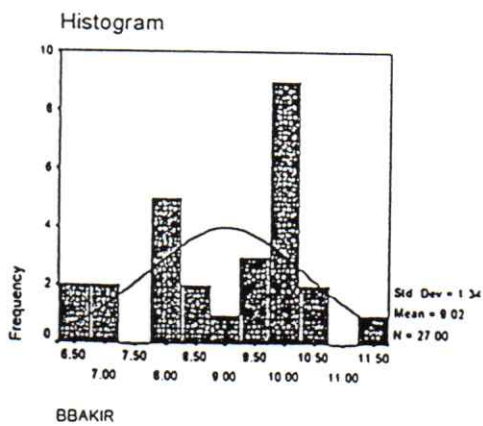
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequencies

Statistics

	N		Mean	Median	Mode	Std. Deviation	Minimum	Maximum
	Valid	Missing						
BBAKIR	27	0	9.022	9.500	8.0 ^a	1.340	6.3	11.3
BBANAK	27	0	8.530	9.000	9.0	1.349	6.1	11.0
UMUR	27	0	21.89	21.00	11 ^a	9.28	7	47

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown



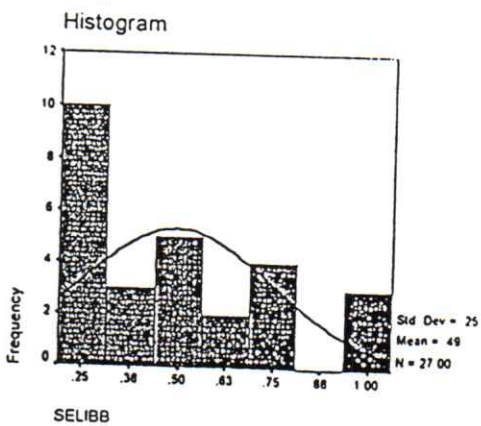
Frequencies

Statistics

	N		Mean	Median	Mode	Std. Deviation	Minimum	Maximum
	Valid	Missing						
SELIBB	27	0	.4926	.5000	.50	.2526	.20	1.00

SELIBB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid .20	3	11.1	11.1	11.1
.20	2	7.4	7.4	18.5
.30	1	3.7	3.7	22.2
.30	4	14.8	14.8	37.0
.40	3	11.1	11.1	48.1
.50	5	18.5	18.5	66.7
.60	2	7.4	7.4	74.1
.70	1	3.7	3.7	77.8
.70	2	7.4	7.4	85.2
.80	1	3.7	3.7	88.9
1.00	3	11.1	11.1	100.0
Total	27	100.0	100.0	
Total	27	100.0		



Oneway

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
BBAKII BBAN. 6.1	1	6.300	.	.	.	.	6.3	6.3
6.2	1	6.500	.	.	.	.	6.5	6.5
6.6	1	7.000	.	.	.	.	7.0	7.0
7.0	4	7.750	.379	.189	7.148	8.352	7.2	8.0
7.5	1	8.000	.	.	.	.	8.0	8.0
7.6	1	8.000	.	.	.	.	8.0	8.0
8.0	2	8.400	.141	00E-01	7.129	9.671	8.3	8.5
9.0	5	9.520	.311	.139	9.133	9.907	9.2	10.0
9.1	1	9.800	.	.	.	.	9.8	9.8
9.2	1	9.900	.	.	.	.	9.9	9.9
9.4	1	10.000	.	.	.	.	10.0	10.0
9.5	2	10.100	.141	00E-01	8.829	11.371	10.0	10.2
9.6	1	10.000	.	.	.	.	10.0	10.0
10.0	4	10.300	.141	71E-02	10.075	10.525	10.2	10.5
11.0	1	11.300	.	.	.	.	11.3	11.3
Total	27	9.022	1.340	.258	8.492	9.552	6.3	11.3

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
BBAKIR	.890	14	12	.587

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
BBAKIR	Between Groups	45.769	14	3.269	42.735	.000
	Within Groups	.918	12	7.650E-02		
	Total	46.687	26			



Ibu Bersama Balita Pada Saat Mengikuti Penyuluhan Gizi Balita



Ibu Bersama Balita Pada Saat Mengikuti Penyuluhan Gizi Balita