

NUTRITION :

TESIS

KK
TKA 10/03
Wij
5

**STRATEGI PENANGGULANGAN MASALAH GIZI LEBIH
DI KOTA SURABAYA**



MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

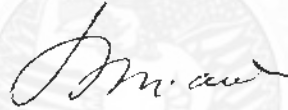
ELYMA YOGA WIJAYAHADI

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2002**

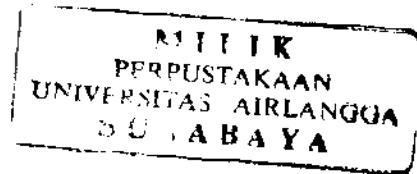
Lembar Pengesahan
Telah disetujui sebagai tesis
Untuk memenuhi persyaratan Program Magister
Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat Studi Manajemen Pelayanan Kesehatan

Tanggal
23 Maret 2002

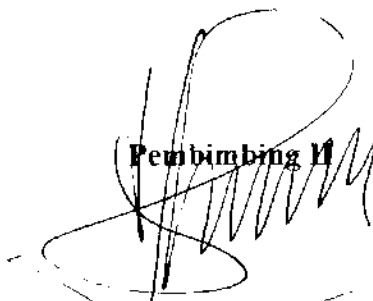
Pembimbing I



Dr. Stefanus Supriyanto, dr., MS.
NIP 130675544



Pembimbing II



Prof. R. Bambang Wirjatmadi, dr., MS., MCN., PhD.
NIP 130610098

Telah di uji :

Pada tanggal : 12 Desember 2001

Panitia penguji Tesis :

Ketua : Dra. Ec. Thinni Nurul Rochmah, M Kes.

Anggota : 1. Dr. Stefanus Supriyanto, dr., MS.

2. dr. Bambang Wirjatmadi, MS., MCN., PhD.

3. dr. Benny Soegianto, MPH.

4. dr. Iwan M. Muljono, MPH

5. Sugeng Eko Irianto, MPS

KATA PENGANTAR

Dengan mengucap syukur Alhamdulillah kehadiran Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang yang telah melimpahkan segala rahmat dan karuniaNya, sehingga penyusunan tesis ini dapat diselesaikan . Hal ini tidak terlepas dari bantuan dari berbagai pihak Untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya semoga Allah Yang Maha Esa memberkati kita semua.

Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dr. dr. Stefanus Supriyanto MS, selaku pembimbing utama dan sekaligus menjadi Ketua Minat Studi Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga, yang ditengah kesibukan beliau sebagai Pembantu Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga telah memberikan pengarahan, saran, kritik, dan bimbingan mulai dari persiapan proposal sampai akhir penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih penulis ucapkan pula kepada dr. Bambang Wirjatmadi MS, MCN, PhD., selaku pembimbing dan selaku ketua bagian gizi kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, yang dengan penuh kesabaran dan ketelatenan dalam memberikan bimbingan dan saran sampai tesis ini dapat diselesaikan.

Disamping itu, terlaksananya penelitian sampai dengan penulisan tesis ini adalah berkat bantuan dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih setulusnya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Med. dr. H. Puruhito selaku rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan program magister.

2. Prof. dr. H. Sudarto DTM&H.,PhD., selaku mantan rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program magister.
3. Prof. Dr. dr. H. Muhammad Amin, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga, atas kesempatan yang diberikan pada penulis untuk menjadi mahasiswa Program Magister pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
4. dr. H. Dandung Soekadi, mantan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya, juga selaku mantan pimpinan penulis yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti Pendidikan Program Magister.
5. dr. Prajitna Rahardja, Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya, yang telah mengizinkan melaksanakan penelitian dilingkungan Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
6. dr. Beny Sugianto MPH, Kepala Sekolah Pembantu Ahli Gizi, Direktur Akademi Gizi Surabaya, yang telah memberikan banyak masukan dan yang sangat berharga bagi penelitian dan penulisan tesis ini.
7. Ratna Dwi Wulandari, SKM., M.Kes., selaku instruktur pada penulisan ini, yang telah banyak membantu sampai selesainya tesis ini.
8. Dra. Ec. Thinni Nurul Rochmah, M.Kes., dr. Iwan M Muljono MPH., Sugeng Irianto MPS yang banyak memberikan saran untuk perbaikan tesis ini.
9. Irawati SP., Diah Sri SR, Kukuh Yanuaristanto,SE., Atmari,ST., mbak Dwi, selaku staf pada sekretariat Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga, yang banyak membantu di bidang administrasi.

10. Rekan-rekan di SPAG, Andrianto SH. M Kes, Agus Hartono SKM, Alma Dwi Kartika Amd, Sumiati Amd, Siti Aminah, Winarni, dan Elkaen SG, yang telah membantu dalam pengumpulan data.
11. Rekan sejawat serta teman teman di Sub Dinas Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Endang Sri Resmiyati, Tyas Niringsih S Psi, Hariyanto SKM, Marisulis SKM, Nurchoiriyah Weni SKM, Niken Nirwana, Indriyati, Made Rawi, Suhartini, Tri Wahyu Utami, Anitra Rohaedy, Tutik dan Dely yang telah mendukung, mendorong dengan sepenuh hati serta terima kasih atas kerjasamanya sehingga semua pekerjaan dan tanggung jawab saya pada saat saya menjabat Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga bisa terlaksana.
12. Rekan sejawat serta teman teman di Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Surabaya, terima kasih telah mendoakan dan mendorong semangat saya untuk menyelesaikan tesis ini.
13. Semua dosen pengajar yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu mulai dari semester I sampai semester IV pada program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Airlangga sampai menjadi Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Prgram Pascasarjana Universitas Airlangga.
14. Teman-teman MMPK angkatan 1999, dr. Abdur Rivai M Kes, drg. Aloisius Giyai, drg. Diana Yuntari, drg. Ernawaty M Kes, dr. Esty Martiana R, drs Fanani Mahmud Apt, dr. Grace Debbie, dr. Hanang Soejoedi, drg. Lalu Suparna, dra. Latifah Apt. M Kes, dr. Muhlas Udin, dra. Nyimas Fatria Apt. M Kes, dr R. Ngartjojo Hartadji, dr. Rr. Sri Hartiningsih M Kes, drg. Ratna Kusumawardhani, drg. Rias Arimukti, drg. Rince Pangalila, Sri Wahyuningsih

SKM, dr. Sunhadi, dr. Supranoto, dr. Tarsisia Wijayanti, dr. Tuty Satrijawati M Kes, dr. Yuni Ermita D M Kes, yang telah memberikan masukan dan saran pada penyusunan tesis ini.

15. dr. R. Yoga Wijayahadi SpB., selaku suami tercinta, sekaligus “penyanggah dana” yang memberikan “beasiswa”, yang dengan penuh pengertian mengizinkan menempuh pendidikan ini dan dengan penuh kesabaran mendorong semangat serta membantu moril dan materil selama menempuh masa perkuliahan hingga selesainya penyusunan tesis ini.
16. R. Guruh Nusantara dan R. Bayu Satria, anak-anakku tercinta, atas pengertiannya dan selalu memberikan dorongan moral secara tulus ikhlas dan terima kasih atas bantuannya selama menempuh masa perkuliahan hingga selesainya penyusunan tesis ini.
17. Bapak Soebijanto (almarhum), Ibu Rr. Soemihari Soebijanto, bapak dan ibu mertua saya, kakak dan adik ipar saya, DR. dr. R. Edi Widjajanto MS, Dra. Ec. Lilik Martiningsih, Wartini, Rr. Leliasri Wijayahati, Drs. Nyoman Sumitra, Ir. R. Nugroho Ananto Widjojo, Dra, Ec Bea Redjeki Dewi, Ir. R. Harinto Wisnu Widjojo, Dra. Dyah Tripratitasari, Ir. R. Nareswari Dahliasari W, Drs. Winoto, Ir. Rr. Roosasri Ratna W, Ir. Rokyawan yang telah memberikan dorongan moril dan spiritual dalam upaya penempuh perkuliahan serta penyelesaian tesis ini.
18. Ibuk dan ayah almarhum serta dr. H. Achmad Hata Said., H. Arifien Said MBA., dra. Lily Haida Said Apt, dr Hesty Maria Said, drs. Ec. Hary Syahdan Said, Drs. Yulis Adam Said, Ir. Nusa Idaman Said Msc., Ir. Yusnita Said, MS., Zaidany Haris Said Bsc, dan Achmad Archimeda Said, saudara-saudaraku

yang tercinta, yang telah memberikan semangat dan doa sampai selesainya penulisan tesis ini.

19. Kepada teman-teman lain yang tidak dapat kami sebut namanya, terima kasih yang tak terhingga atas dorongan semangat dan doanya sampai penulisan tesis ini selesai.

Harapan penulis kiranya karya tulis tesis ini dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi kemajuan ilmu pengetahuan, khususnya dibidang manajemen dan perencanaan program penanggulangan masalah gizi lebih.

Penulis.



RINGKASAN

Masalah gizi utama di Indonesia sekarang adalah Kurang Energi Protein KEP, Anemia, Kekurangan Vitamin A (KVA), dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), dan gizi lebih. Selain masalah gizi kurang masih harus diperhatikan, masalah gizi lebih pun sudah meningkat dan harus diperhatikan juga. Di Surabaya, masalahnya adalah gizi lebih yang prevalensinya lebih tinggi, pada survey pendahuluan prevalensi gizi lebih pada beberapa Puskesmas sebesar 16,41%, lebih tinggi dari normatifnya (kurang dari 5%). Mengingat bahwa Surabaya adalah kota kedua terbesar kedua setelah Jakarta, masalah gizi lebih serta penyakit yang diakibatkannya sudah menjadi masalah yang harus segera ditangani. Hal ini perlu diteliti dan harus dipikirkan pula bagaimana strategi penanggulangannya.

Penelitian ini dilakukan di kota Surabaya pada tahun 2001, Tujuan penelitian ini adalah mengukur prevalensi gizi lebih (umur lebih dari 40 tahun), menganalisis faktor yang dominan dari faktor masyarakat yang meliputi sosio demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan), sosio ekonomi (pengeluaran keluarga, pengeluaran untuk makan), sosio psikologi (persepsi sehat sakit terhadap gizi lebih), perilaku (aktivitas gerak, pola makan), genetika (riwayat penyakit yang diderita, riwayat penyakit orang tua) yang menjadi penyebab masalah gizi lebih, menganalisis faktor yang dominan dari faktor provider (pelayanan kesehatan) yang meliputi jenis tenaga pelaksana gizi, pengetahuan dan ketrampilan tenaga pelaksana gizi dalam penanganan gizi lebih, sarana dan prasarana untuk program gizi lebih, penerapan manajemen program gizi lebih (perencanaan program gizi lebih, pelaksana program gizi lebih), pemberdayaan karyawan dan pemberdayaan masyarakat, dan pelayanan kesehatan lain (rumah sakit, dokter praktek swasta, praktek ahli gizi) yang menjadi masalah gizi lebih dan menyusun strategi penanggulangan masalah gizi lebih di Kota Surabaya.

Penelitian adalah analitik yang dilakukan secara *cross sectional*. Dalam pelaksanaannya menggunakan survei dengan wawancara dan kuesioner sebagai pengumpul data. Selain itu peneliti juga menggunakan data sekunder. Sampel dalam penelitian ini yaitu pertama, individu dari masyarakat yang berumur > 40 tahun., yang tidak sakit dan tidak hamil dalam 30 cluster terpilih. Kedua, Puskesmas di kota Surabaya dengan responden Kepala Puskesmas dan tenaga pelaksana gizi sebanyak 30 Puskesmas dimana cluster terpilih berada dan sampel ketiga 7 Rumah Sakit, 12 orang Dokter Praktek Swasta, 38 Orang Mahasiswa Akademi Gizi Surabaya, dan 2 pusat kebugaran.

Hasil penelitian didapat prevalensi gizi lebih sebesar 43,6%. Gizi lebih pada perempuan sebesar 48,1%, lebih banyak dari pada laki-laki yaitu 32% ($p=0,00267, \alpha=0,05$). Faktor dominan dari masyarakat yang menjadi penyebab gizi lebih adalah kurangnya aktivitas gerak yang meliputi aktivitas olah raga dan aktivitas pekerjaan; pola makan yang salah, dimana pola makanan utama sudah baik, dengan kebiasaan makan yang buruk (kebiasaan suka jajan, kebiasaan ngemil, makanan beli, dan sindroma makan malam) akan menyebabkan gizi lebih. Faktor sosio psikologi, persepsi sehat sakit yang salah menyebabkan gizi lebih juga; prevalensi gizi lebih; faktor jenis kelamin, prevalensi gizi lebih pada perempuan lebih besar daripada prevalensi gizi lebih pada laki-laki; faktor umur, dimulai dari umur >40-50 tahun, pada kelompok makin tua prevalensi gizi lebih makin menurun; faktor sosial ekonomi, gizi lebih terjadi pada golongan dengan pengeluaran keluarga yang tinggi, dan pada pengeluaran keluarga untuk makan yang cukup besar; riwayat penyakit orang tua; pendidikan, gizi lebih banyak terjadi pada golongan pendidikan rendah.

Faktor dominan dari provider (pelayanan kesehatan) di Puskesmas yang menjadi penyebab masalah gizi lebih adalah kurangnya perencanaan program gizi lebih di Puskesmas; kurangnya pengetahuan dan ketrampilan pelaksana gizi di Puskesmas; kurangnya pemberdayaan masyarakat; kurangnya penilaian, pengawasan dan pengendalian program gizi di Puskesmas. Menyusun strategi penanggulangan masalah gizi lebih dengan memperhatikan isu strategis, visi misi program Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan melaksanakan Focus Group Discussion untuk mendapat masukan mengenai strategi penanggulangan masalah gizi lebih. Rekomendasi strategi penanggulangan masalah gizi lebih sebagai berikut:

- a. Strategi promotif dan preventif yaitu sosialisasi dan advokasi program gizi lebih kepada Dinas lintas sektor terkait, serta kepada seluruh jajaran kesehatan dan masyarakat; Gerakan Sadar Pangan dan Gizi, Gerakan sadar pangan dan gizi mengajak semua masyarakat untuk mengubah pola makan yang salah menjadi pola makan yang benar, mengerti bagaimana perilaku gizi yang benar, mengenal status gizinya sendiri, mengenal potensi keluarga untuk dapat menanggulangi masalah gizinya sendiri (baik gizi kurang maupun lebih) dan tahu kemana atau bilamana ia harus mencari pertolongan untuk pelayanan gizi lebih.
- b. Strategi kuratif yaitu meningkatkan status gizi individu, keluarga dan masyarakat dengan menurunkan masalah gizi lebih, memberikan pelayanan

kesehatan pada individu , keluarga dan masyarakat agar sadar bahwa gizi lebih adalah penyakit dan harus segera ditangani dengan segera agar tidak menjadi komplikasi penyakit degeneratif, meningkatkan mutu dan profesionalisme dalam penanganan gizi lebih, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan memberikan pelayanan yang profesional, sesuai dengan standar dan pemberi pelayanan yang profesional (dokter, pelaksana gizi yang sudah terlatih), waktu pelayanan pagi dan sore hari seperti harapan masyarakat. Memberikan pelayanan kesehatan untuk gizi lebih secara menyeluru, yang meliputi konseling diet, pengobatan medis, pelatihan kebugaran, penanganan masalah gizi lebih secara terpadu, melayani pasien gizi lebih dengan cara kerja sama tim (*team work*). Untuk pelayanan gizi lebih, meliputi tenaga medis (dokter) , paramedis (bidan atau perawat), Ahli gizi (D1 , D3, atau S1 Gizi), spesialis kebugaran, psikolog atau psikiater.



ABSTRACT

The record of malnutrition in Surabaya is still high, yet overweight problems are increasing as well. Initial surveys reveal the prevalence of over nutrition in some Public Health Center (*Puskesmas*) is 16.4%, higher than the normative value (less than 5%). Since Surabaya is regarded as the second largest city after Jakarta, the nutrition problems and the diseases have been considered major problem. This needs to be examined and the strategy to overcome them is to be found out.

The research was conducted at Surabaya in 2001. The objectives of the research is to strategy to handle overweight problems based on the analysis of dominant factors causing overweight problems in Surabaya. This is an analytical research, conducted cross-sectionally. The sample in the research is individuals of society, from age > 40 years old in the 30 selected clusters, Public Health Center, hospitals, private doctors, and fitness centers in the area of the selected clusters and Students of Akademi Gizi Surabaya.

The reseach reveals the overweight prevalence more than 43.6%. The overweight value in females was 48.1% higher than males, namely 32% ($p=0.00267$, $\alpha=0,05$). The dominant factors of the society causing overweight were the lack of physical activities, wrong habits in food, as well as wrong perception of health and illness of overweight. The causing the the overweight problems was the poor quality of the nutrition program and management. By considering the vision and mission of the nutrition program, the Health Departement Of Surabaya and by implementing the focus group discussion to obtain inputs concerning strategy in overcoming the overweight problems, the researcher submits recommendation of the strategy in overcoming the overweight problems.

The recommendations as follows promotive, preventive, curative and rehabilitative strategy, namely socialization and advocation of the overweight programs to the related cross sectoral departement, as well as to the health staffs and the society, nutrition and food awareness program the people to change their wrong habits in food, to understand the correct nutrition attitude, to recognize their own nutrition status, to recognize their own nutrition problems, to recognize the family potential to be able to overcome their own health problems (malnutrition as well as overweight) and to know where or when he or she should seek assistance for overnutrition problems.

Reducing overweight problems, to provide health services to individuals, family and society, passive and active early diagnosis for overweight, to be aware that overweight is a problem and has to be overcome immediately in order to revent degenerative disease complication to occur, to improve the quality and professionalism in managing the overweight program, to improve quality of the health services in public health service by providing professional services meeting the appropriate standards as well as professional service providers (doctors, trained nutrition practitioner). Providing overall health service for overweight problem, including diet counselling, medical treatment, fitness training, integrated management of overweight problem, serving overweight patient by teamworks.

Key words: overweight problem, dominant factors, management and control.

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
RINGKASAN	vi
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Identifikasi Masalah	6
1.3 Rumusan masalah	14
1.4 Tujuan Penelitian	15
1.5 Manfaat Penelitian	16
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Status Gizi	17
2.2 Metode Penentuan Status Gizi	17
2.3 Masalah Gizi	20
2.4 Teori Blum (Model Lingkungan Kesehatan)	30
2.5 Pedoman Program Gizi di Indonesia	32
2.6 Pelayanan Kesehatan Gizi di Puskesmas melalui Pojok Gizi	34
2.7 Teori Persepsi sehat sakit.....	35
2.8 Teori TentangKebutuhanPelayanan Kesehatan.....	38
2.9 Teori Harapan Pada pelayanan kesehatan.....	40
2.10 Pemberdayaan Karyawan dan Pemberdayaan Masyarakat	42
2.11 Manajemen Strategi.....	48
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	
3.1 Kerangka Konseptual	56

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian.....	58
4.2 Populasi, Sampel dan Besar Sampel.....	58
4.3 Kerangka Operasional	61
4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	63
4.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	77
4.6 Prosedur Penelitian.....	80
4.7 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	81
4.8 Cara Analisis Data.....	81

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Gambaran Umum.....	83
5.2 Hasil Penelitian Dan Analisis Data Hasil Penelitian Pada Responden Masyarakat	87
5.2.1 Status Gizi	87
5.2.2 Sosio Demografi	88
5.2.3 Lingkungan Sosial Ekonomi	91
5.2.4 Sosio Psikologi	93
5.2.5 Perilaku Aktivitas Gerak	94
5.2.6 Pola Makan	99
5.2.7 Genetika	104
5.2.8 Citra Diri Berat Badan Dan Kecukupan Makan	106
5.2.9 Kebutuhan Dan Harapan masyarakat Akan Pelayanan Kesehatan	108
5.3 Hasil Penelitian Dan Analisis Data Pada Responden Puskesmas.....	116
5.3.1 Tenaga Pelaksana Gizi Di Puskesmas Responden.....	116
5.3.2 Pengetahuan dan Keterampilan Tenaga Pelaksana Gizi Di Puskesmas Responden.....	116
5.3.3 Sarana Prasarana Di Puskesmas.....	118
5.3.4 Perencanaan Program Gizi Lebih Di Puskesmas Responden	119
5.3.5 Pelaksanaan Program Gizi Lebih Di Puskesmas.....	122
5.3.6 Penilaian, Pengawasan Dan Pengendalian Program Gizi Lebih Di Puskesmas.....	125
5.3.7 Keadaan Pemberdayaan Karyawan Di Puskesmas.....	128
5.3.8 Keadaan pemberdayaan Masyarakat Di Puskesmas.....	130
5.4 Hasil Penelitian Dan Analisis Data Pada Rumah Sakit Responden Rumah Sakit.....	132
5.5 Hasil Penelitian Dan Analisis Pada Dokter Praktek Swasta....	133
5.6 Hasil Penelitian Dan Analisis Pada Pusat Kebugaran.....	134
5.7 Hasil Penelitian Dan Analisis Pada Mahasiswa Akademi Gizi Surabaya.....	135

5.8 Analisis Mengenai Visi, Misi Program Gizi Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	136
5.9 Analisis Lingkungan Internal.....	136
5.10 Analisis Lingkungan Eksternal.....	137
5.11 Isu Strategis.....	138
 BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Prevalensi Gizi Lebih Di Surabaya.....	139
6.2 Analisa Faktor Dominan Penyebab Gizi Lebih Dari Faktor Masyarakat.....	140
6.3 Analisa Faktor Dominan Penyebab Gizi Lebih Dari Faktor Pelayanan Kesehatan.....	147
6.4 Isu Strategis.....	154
6.5 Focus Group Discussion.....	154
6.5.1 Tujuan FGD.....	154
6.5.2 Peserta FGD.....	155
6.5.3 Hasil FGD.....	155
6.6 Rumusan Strategi Penanggulangan Masalah Gizi Lebih.....	160
6.6.1 Visi, Misi Program Gizi.....	160
6.6.2 Strategi Fungsional Penanggulangan Masalah Gizi Lebih....	160
6.6.3 Strategi Implementasi Penanggulangan Masalah Gizi Lebih.	161
 BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan.....	166
7.1.1 Prevalensi Gizi Lebih.....	166
7.1.2 Analisis Faktor Dominan Penyebab Gizi Lebih Dari Masyarakat.....	166
7.1.3 Analisis Faktor Dominan Penyebab Gizi Lebih Dari Provider.....	166
7.1.4 Strategi Penanggulangan Masalah Gizi Lebih.....	166
7.2 Saran	
7.2.1 Saran Rumusan Strategi Penanggulangan Masalah Gizi Lebih.....	168
7.2.2 Saran Strategi Implementasi Penanggulangan Masalah Gizi Lebih.....	176
7.2.3 Saran Untuk Peneliti yang lain.....	178
 DAFTAR PUSTAKA	179
 LAMPIRAN	183

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Hasil Pemantauan Status Gizi(PSG) Balita di Surabaya.....	2
Tabel 1.2 Hasil Pengamatan Status Gizi Lebih pada kunjungan pasien (umur lebih dari 20 tahun) di beberapa Puskesmas di Surabaya bulan Pebruari 2001.....	2
Tabel 2.1 Tabel Kriteria Berat Badan Relatif.....	19
Tabel 2.2 Tabel Status Gizi atas BMI (IMT)	20
Tabel 4.1 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Kategori.....	65
Tabel 4.2 Tehnik dan Instrumen Pengumpulan data.....	78
Tabel 5.1 Data Komposisi Penduduk Menurut Umur Di Kota Surabaya Tahun 1999.....	83
Tabel 5.2 Distribusi Responden Masyarakat Menurut IMT (Indeks Masa Tubuh) Di Surabaya Tahun 2001.....	87
Tabel 5.3 Distribusi Masyarakat Menurut Status Gizi (Tidak Gizi Lebih dan Gizi Lebih) Di Surabaya Tahun 2001.....	88
Tabel 5.4 Distribusi Status Gizi Menurut Jenis Kelamin Di Surabaya Tahun 2001.....	88
Tabel 5.5 Distribusi Status Gizi Menurut Kelompok Umur Di Surabaya Tahun 2001.....	89
Tabel 5.6 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Jenis Kelamin Dan Kelompok Umur Di Surabaya Tahun 2001.....	90
Tabel 5.7 Status Gizi Menurut Jenis Pendidikan Formal Di Surabaya Tahun 2001.....	91
Tabel 5.8 Distribusi Status Gizi Menurut Pengeluaran Keluarga Per Bulan Di Surabaya Tahun 2001.....	92
Tabel 5.9 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Pengeluaran Keluarga Untuk Makan Per Bulan Di Surabaya Tahun 2001....	92
Tabel 5.10 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Persepsi Sehat Sakit Di Surabaya Tahun 2001.....	94
Tabel 5.11 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Aktivitas Olahraga Di Surabaya Tahun 2001.....	95
Tabel 5.12 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Aktivitas Pekerjaan Di Surabaya Tahun 2001.....	95
Tabel 5.13 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Perilaku Aktivitas Gerak Di Surabaya Tahun 2001.....	96
Tabel 5.14 Distribusi Responden Dengan Status Gizi Lebih Per Jenis Kelamin Dan Kelompok Umur Menurut Aktivitas Olahraga Di Surabaya Tahun 2001.....	97

Tabel 5.15 Distribusi Responden Dengan Status Gizi Lebih Per Jenis Kelamin Dan Kelompok Umur Menurut Aktivitas Pekerjaan Di Surabaya Tahun 2001.....	97
Tabel 5.16 Distribusi Responden Dengan Status Gizi Lebih Per Jenis Kelamin Dan Kelompok Umur Menurut Perilaku Aktivitas Gerak Di Surabaya Tahun 2001.....	98
Tabel 5.17 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Frekuensi Makanan Utama Di Surabaya Tahun 2001.....	99
Tabel 5.18 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Frekuensi Makanan Selingan Di Surabaya Tahun 2001.....	99
Tabel 5.19 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Jumlah Makanan Utama Di Surabaya Tahun 2001.....	100
Tabel 5.20 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Jenis Makanan Utama Di Surabaya Tahun 2001.....	101
Tabel 5.21 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Kebiasaan Suka Jajan Di Surabaya Tahun 2001.....	101
Tabel 5.22 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Kebiasaan Ngemil Di Surabaya Tahun 2001.....	102
Tabel 5.23 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Kebiasaan Makanan Beli Di Surabaya Tahun 2001.....	102
Tabel 5.24 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Kebiasaan Minum Alkohol Di Surabaya Tahun 2001.....	103
Tabel 5.25 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Kebiasaan Sindroma Makan malam Di Surabaya Tahun 2001.....	103
Tabel 5.26 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Pola Makan Di Surabaya Tahun 2001.....	104
Tabel 5.27 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Riwayat Penyakit Responden Di Surabaya Tahun 2001.....	104
Tabel 5.28 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Riwayat Penyakit Orang Tua Di Surabaya Tahun 2001.....	105
Tabel 5.29 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Citra Diri Berat Badan Di Surabaya Tahun 2001.....	106
Tabel 5.30 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Citra Diri Kecukupan Makan Di Surabaya Tahun 2001.....	107
Tabel 5.31 Distribusi Responden Dengan Gizi Lebih Dan Citra Diri Berat Badan Benar Menurut Persepsi Sehat Sakit Di Surabaya Tahun 2001.....	107
Tabel 5.32 Distribusi Status Gizi Responden Menurut Kebutuhan Pelayanan Kesehatan Di Surabaya Tahun 2001.....	108
Tabel 5.33 Distribusi Responden Dengan Gizi Lebih, Citra Diri Berat Badan Benar, Persepsi Sehat Sakit Benar Menurut Kebutuhan Pelayanan Kesehatan Di Surabaya Tahun 2001.....	109
Tabel 5.34 Distribusi Responden Dengan Gizi Lebih, Citra Diri Berat Badan Benar, Persepsi Sehat Sakit Benar	

	Dan Merasa Bahwa Pelayanan Kesehatan Adalah Kebutuhan Primer Menurut Pengeluaran Keluarga Per Bulan Di Surabaya Tahun 2001.....	109
Tabel 5.35	Distribusi Responden Masyarakat Menurut Tempat Pelayanan Kesehatan Yang Dipilih Di Surabaya Tahun 2001.....	110
Tabel 5.36	Distribusi Responden Gizi Lebih Menurut Tempat Pelayanan Kesehatan Yang Dipilih Di Surabaya Tahun 2001.....	111
Tabel 5.37	Responden Dengan Gizi Lebih, Citra Diri Berat Badan Benar, Persepsi Sehat Sakit Benar Dan Merasa Bahwa Pelayanan Kesehatan Adalah Kebutuhan Primer Yang Berobat Ke Puskesmas Di Surabaya Tahun 2001.....	111
Tabel 5.38	Distribusi Responden Masyarakat Menurut Jenis Pelayanan Gizi Lebih Di Puskesmas Yang Di Harapkan Di Surabaya Tahun 2001.....	112
Tabel 5.39	Distribusi Responden Masyarakat Menurut Siapa Yang Di Harapkan Untuk Memberikan Pelayanan Gizi Lebih di Puskesmas Di Surabaya Tahun 2001.....	113
Tabel 5.40	Distribusi Responden Gizi Lebih Menurut Siapa Yang Di Harapkan Untuk Memberikan Pelayanan Gizi Lebih di Puskesmas Di Surabaya Tahun 2001.....	113
Tabel 5.41	Status Gizi Responden Menurut Harapan Tempat Pelayanan Kesehatan Di Surabaya Tahun 2001.....	114
Tabel 5.42	Status Gizi Responden Menurut Harapan Hari Buka Puskesmas Di Surabaya Tahun 2001.....	114
Tabel 5.43	Distribusi Responden Masyarakat Menurut Harapan Tarif Puskesmas Pagi Hari Di Surabaya Tahun 2001.....	115
Tabel 5.44	Distribusi Tenaga Pelaksana Gizi Di Puskesmas Responden Di Surabaya Tahu 2001.....	116
Tabel 5.45	Distribusi Pengetahuan dan Keterampilan Tenaga Pelaksana Gizi Di Puskesmas Responden Di Surabaya Tahun 2001.....	116
Tabel 5.46	Kategori Pengetahuan Dan Keterampilan Pelaksana Gizi Menurut Item Penilaian Di Surabaya Tahun 2001.....	117
Tabel 5.47	Keadaan Sarana Pra sarana Di Puskesmas Di Puskesmas Responden Di Surabaya Tahun 2001.....	118
Tabel 5.48	Keadaan Perencanaan Program Gizi Di Puskesmas Responden Di Surabaya Tahun 2001.....	119
Tabel 5.49	Keadaan Pelaksanaan Program Gizi Di Puskesmas Di Surabaya Tahun 2001.....	122
Tabel 5.50	Keadaan Penilaian, Pengawasan Dan Pengendalian Program Gizi Lebih Di Puskesmas Di Surabaya Tahun 2001....	125

Tabel 5.51 Keadaan Pemberdayaan Karyawan Di Puskesmas Di Surabaya Tahun 2001.....	128
Tabel 5.52 Keadaan Pemberdayaan Masyarakat Di Puskesmas Di Surabaya Tahun 2001.....	130
Tabel 5.53 Pelayanan Kesehatan Untuk Gizi Lebih, Jenis Pelayanan Untuk Gizi Lebih Dan Jumlah Pasien Gizi Lebih Pada Rumah Sakit Responden Di Surabaya Tahun 2001.....	132
Tabel 5.54 Pelayanan Kesehatan Untuk Gizi Lebih, Jenis Pelayanan Untuk Gizi Lebih Dan Jumlah Pasien Gizi Lebih Pada Responden Dokter Praktek Swasta Di Surabaya Tahun 2001.....	133
Tabel 5.55 Pelayanan Kesehatan Untuk Gizi Lebih, Jenis Pelayanan Untuk Gizi Lebih Dan Jumlah Pasien Gizi Lebih Pada Responden Pusat Kebugaran Di Surabaya Tahun 2001.....	134
Tabel 5.56 Keinginan Untuk Praktek Dari Responden Mahasiswa Akademi Gizi Di Surabaya Tahun 2001.....	135



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Identifikasi Masalah	6
Gambar 2.1 Model Lingkungan Sistem Kesehatan.....	30
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	56
Gambar 4.1 Kerangka Operasional	61



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Kuesioner Untuk Masyarakat.....	183
Lampiran 2. Kuesioner Untuk Kepala Puskesmas.....	189
Lampiran 3. Kuesioner Untuk Rumah Sakit, Dokter Praktek Swasta, Ahli Gizi	196
Lampiran 4. Kuesioner untuk Mahasiswa AKZI.....	197
Lampiran 5. Format Test Pengetahuan dan Keterampilan Tenaga Pelaksana Gizi di Puskesmas.....	198
Lampiran 6. Print Out Statistik.....	199
Lampiran 7. Hasil Foccus Group Discussion.....	225