

TESIS
STUDI EVALUASI PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI
DI KABUPATEN BARRU
TAHUN 2007



D A L I
P 180 320 6007

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008

TESIS
STUDI EVALUASI PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI
DI KABUPATEN BARRU PROPINSI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2007

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai
Derajat Magister

Program Magister
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan Diajukan Oleh

D A L I

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008

KATA PENGANTAR

Bismillaahirrahmaanirrahim.....

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini sebagai salah satu syarat penyelesaian pendidikan pada program studi Gizi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan, motivasi, dan semangat dari semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung dengan penulisan tesis ini, maka tesis ini tidak akan terselesaikan sebagaimana adanya sekarang.

Penyusunan tesis ini tidak dapat diselesaikan dengan baik, tanpa bimbingan dan arahan dari penasehat kami. Oleh karena itu, pada kesempatan ini izinkanlah kami menyampaikan ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Ibu Prof.Dr.dr.Suryani Armyn,M.Sc,Sp.GK selaku Ketua Komisi Penasihat dan Bapak Dr. Ridwan Thaha, M.Sc selaku Anggota Komisi Penasihat atas bantuan dan bimbingan yang telah dicurahkan, mulai dari pengembangan ide awal sampai selesainya penulisan tesis ini.

Pada kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Rektor dan Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Hassanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk bisa melanjutkan pendidikan sampai ke jenjang Pascasarjana.

2. Bapak Dr.drg.A. Zulkifli Abdullah,MS, selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat serta staffnya yang telah banyak memberikan bantuan bagi penulis demi kelancaran penelitian ini.
3. Bapak Dr.dr. Burhanuddin Bahar,MS, selaku Ketua Konsentrasi Gizi dan seluruh dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan begitu banyak ilmu kepada penulis selama penulis dalam proses perkuliahan.
4. Tim Penguji Tesis : Prof.Dr.dr.H.Muh.Rusli Ngatimin, MPH, Dr.Saifuddin Sirajuddin, MS dan Prof.Dr.dr.Nurpudji A.Taslim,MPH, Sp.GK atas segala masukan dan saran yang diberikan kepada penulis.
5. Direktur Poltekkes Depkes Kendari atas izin dan dukungannya sehingga penulis dapat melanjutkan pendidikan ke Program Pascasarjana.
6. Bupati Barru beserta jajarannya yang telah memberikan izin penelitian.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Barru dan seluruh stafnya atas izin dan dukungannya dalam pelaksanaan penelitian hingga selesai.
8. Kepala Wilayah Kecamatan Tanete Rilau dan Kepala Puskesmas Pekkae bersama seluruh staf serta warganya yang telah memberikan waktu, tempat, kelancaran dan kemudahan selama penulis melakukan penelitian.
9. Teman-teman, sahabat Pak Ahmad, Ibu Tia, Devi, Manti, Pak Nasruddin, Nining, Asriani, Surniah, Dian dan Riswani, atas segala bantuan secara ikhlas dan berbagi pengalaman.
10. Teman-teman seperjuangan dalam menuntut ilmu di Konsentrasi Gizi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Unhas yang

tidak sempat penulis sebutkan satu persatu, atas kerjasamanya dalam suka maupun duka.

11. Semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu persatu, atas segala bantuannya sejak penulis mulai menuntut ilmu hingga menyelesaikan penyusunan hasil penelitian ini, semoga segala yang telah berikan bernilai ibadah dan mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Akhirnya ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan khusus kepada kedua orang tua saya (almarhum) yang telah memelihara saya sejak kecil dengan penuh kasih sayang sehingga saya tumbuh seperti sekarang ini. Ucapan terima kasih yang tak terhingga pula penulis sampaikan khusus kepada suami tercinta Mashar, dan anak-anakku yang sangat saya banggakan Muthma'innah, Hardiansyah, Faathir dan Luthfiah, atas kebersamaan, kesabaran, keikhlasan, pengertian dan dukungannya selama ini. Demikian pula halnya ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada kedua mertuaku, kakakku, ipar dan ponakanku sekeluarga yang tidak sempat disebutkan satu persatu yang telah mendukung perjuangan selama ini. Semoga amal kebaikan mereka dilipatgandakan oleh Allah SWT.

Walaupun tesis ini disusun dengan mencurahkan segala pikiran dan tenaga yang penulis miliki secara maksimal, namun penulis tetap menyadari akan adanya keterbatasan sebagai manusia biasa sehingga penulisan tesis ini tentunya masih sangat jauh dari kesempurnaan baik materi maupun penyajiannya. Oleh karena itu, dengan penuh kerendahan hati penulis sangat mengharapkan masukan dan saran demi penyempurnaan tesis ini.

Mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat bagi kepentingan ilmu pengetahuan, dan semua pihak yang berkepentingan serta masukan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Barru dalam pengembangan Program Pendampingan Gizi di masa mendatang.

Semoga Allah SWT senantiasa membuka pintu rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, Amin.

Makassar, 14 Agustus 2008

Penulis,

Dali

ABSTRAK

DALI, Studi Evaluasi Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru Tahun 2007 (dibimbing oleh Suryani A.Armyn dan Ridwan Thaha).

Pendampingan gizi dapat membantu mengatasi masalah gizi kurang dan buruk. Program pendampingan gizi dengan strategi pendekatan pemberdayaan masyarakat melalui Tenaga Gizi Pendamping diharapkan dapat menurunkan jumlah gizi kurang dan buruk pada balita. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang keberhasilan pelaksanaan program pendampingan gizi di Kabupaten Barru tahun 2007.

Penelitian ini menggunakan data kualitatif dan kuantitatif. Informan penelitian berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, Puskesmas Pekkae, Kepala Desa, Kader, keluarga sasaran dan Tenaga Gizi Pendamping. Pengumpulan data input dan proses pendampingan dilakukan dengan cara wawancara mendalam, pengumpulan data output dan outcome pedampingan menggunakan telaah dokumen dan analisa data sekunder.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendampingan gizi mulai tahap input hingga outcome sudah dilaksanakan sesuai dengan petunjuk pedoman pendampingan gizi. Ditemukan peningkatan partisipasi kunjungan sasaran ke Posyandu, cakupan kapsul vitamin A, keaktifan kader, adanya cakupan pemberian ASI eksklusif dan garam beryodium, serta peningkatan status gizi balita berdasarkan indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB baku rujukan WHO-NCHS.

Disimpulkan bahwa program pendampingan gizi perlu ditinjau kembali agar dapat dicapai hasil yang maksimal. Disamping itu pentingnya kesadaran keluarga balita untuk tetap menerapkan pola asuh yang benar pada balitanya seperti penerapan pola asuh pada program pendampingan gizi.

Kata kunci: Pendampingan gizi, partisipasi masyarakat, status gizi

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENEKSAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Evaluasi	10
B. Program Pendampingan Gizi.....	27
C. Status Gizi	40
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Kerangka Teori	60
B. Kerangka Konsep	62
C. Variabel Penelitian	63
D. Defenisi Operasional.....	63
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	69
B. Unit Analisis.....	69

C. Lokasi Penelitian	70
D. Sumber dan Jenis Data	71
E. Teknik Pengumpulan Data	77
F. Pengolahan dan Analisa Data	82
G. Penyajian Data	82
H. Keabsahaan Data	83

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Input Program Pendampingan Gizi	87
B. Proses Pendampingan Gizi	118
C. Output Program Pendampingan Gizi	141
D. Outcome Program Pendampingan Gizi	159

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	164
B. Saran	166

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Pedoman Wawancara
- Lampiran 2. Matriks Proposisi Evaluasi Program Pendampingan Gizi Kabupaten Barru Tahun 2007
- Lampiran 3. Materi Pelatihan Tenaga Gizi Pendamping Tahun 2007
- Lampiran 4. Bukti Tanda Terima Insentif TGP Tahun 2007
- Lampiran 5. Data Status Gizi Balita (BB/U) Perdesa Sebelum Pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007
- Lampiran 6. POA Desa Garessi Kecamatan Tanete Rilau Tahun 2007
- Lampiran 7. Siklus Menu dan Jenus Bahan Makanan PMT-Penyuluhan selama 10 Bulan untuk 10 Kali Pemberian di Wilayah Puskesmas Pekkae Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007-2008
- Lampiran 8. Data Balita yang Pernah di Rujuk di Rumah Sakit Barru
- Lampiran 9. Cakupan dan Prosentase ASI Eksklusif di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007
- Lampiran 10. Prosentase Cakupan Vitamin A Sebelum dan Sesudah Pendampingan Gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007-2008
- Lampiran 11. Data Jumlah KK (Sampel) yang Menggunakan Garam Beryodium Sesudah Pelaksanaan Pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2008
- Lampiran 12. Data Posyandu dan Prosentase Keaktifan Kader Sebelum dan Sesudah Pendampingan Gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007-2008
- Lampiran 13. Data Status Gizi Balita (BB/U, TB /U dan BB/TB) Perdesa Sebelum dan Sesudah Pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007
- Lampiran 14. Dokumentasi Kegiatan TGP Selama Pelaksanaan Pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007-2008

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Indeks Ambang Batas Penentuan Status Gizi Balita berdasarkan Standar WHO-NCHS	59
Tabel 2. Lokasi dan Pihak yang Terlibat Dalam Proses Penyelenggaraan Program Pendampingan Gizi.....	70
Tabel 3. Matriks Jenis Data Penelitian	73
Tabel 4. Matriks Instrumen Data Kualitatif	81

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa balita sering dinyatakan sebagai masa kritis dalam rangka mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas, terlebih pada periode 2 tahun pertama merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal.

Kekurangan gizi pada masa bayi dan anak-anak selain meningkatkan risiko penyakit infeksi dan kematian juga dapat terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Menurut Barker DJP (1996) bahwa kekurangan gizi pada masa bayi dapat menimbulkan risiko jangka panjang terjadinya penyakit kronis. Lebih lanjut Karjati (1994) mengatakan gangguan pertumbuhan dapat terjadi sejak dalam kandungan. Masa kritis terjadinya gangguan pertumbuhan adalah mulai umur 4 bulan sampai dengan 36 bulan (Martorel dan Habich 1986).

Pada wilayah Pasifik Barat anak balita yang menderita status gizi buruk cukup tinggi, misalnya Kamboja dan Laos mencapai 40%, Vietnam dengan prevalensi stunting dan wasting -2 SD sebanyak 30-39% Kamboja 15% sedang Vietnam 10-14% (-2 SD). (Depkes, 2006)

Menurut Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan Laporan Survei Departemen Kesehatan-Unicef tahun 2005, bahwa jumlah balita penderita gizi buruk mengalami

lonjakan dari 1,8 juta (2005) menjadi 2,3 juta (tahun 2006). Jumlah penderita gizi buruk dan gizi kurang ini sekitar 28% dari total balita di seluruh Indonesia. Dari jumlah balita penderita gizi buruk dan kurang, sekitar 10% berakhir dengan kematian dan masyarakat dunia menyebut Indonesia sebagai negara busung lapar. (Depkes, 2007)

Berdasarkan hasil Survei Gizi Mikro Tingkat Propinsi Sulawesi Selatan Tahun 2006, jumlah balita yang menderita kekurangan gizi terdiri dari gizi kurang 24,4% dan gizi buruk 9,6%. Hasil pengumpulan data dasar kegiatan Tenaga Pendamping Gizi (TPG) tahun 2006 menemukan balita yang menderita gizi kurang sebanyak 18,8% dan gizi buruk 9,7 % (Dinkes , 2006).

Prevalensi gizi buruk dan kurang menurut kabupaten di Sulawesi Selatan tahun 2007 menempatkan Kabupaten Barru berada pada urutan ke lima dari sepuluh kabupaten dengan status gizi kurang tertinggi (<-2 SD NCHS-WHO) berdasarkan BB/U yaitu status gizi kurang 21,7 % dengan gizi buruk 11,9% dari 1301 balita (Dinkes, 2007).

Peningkatan jumlah anak balita penderita gizi buruk patut diwaspadai karena hal itu dapat menyebabkan hilangnya satu generasi. Kurang energi, protein dan zat gizi mikro pada anak mengakibatkan kegagalan tumbuh kembang, mudah terinfeksi penyakit, sehingga berisiko terjadinya kesakitan dan kematian yang tinggi (Depkes, 2007).

Selama ini telah dilakukan berbagai upaya program penanggulangan dan perbaikan gizi mencakup promosi gizi seimbang seperti penyuluhan gizi di Posyandu, fortifikasi garam, pemberian makanan pendamping air susu ibu

(MP-ASI), pemberian suplemen gizi, pemantauan dan penanggulangan gizi buruk serta pendampingan gizi. Namun demikian kasus gizi kurang dan buruk yang terjadi masih tinggi, hal ini menunjukkan bahwa asuhan gizi tingkat keluarga belum memadai. Sayangnya, hingga saat ini penanganan gizi buruk belum tuntas dilakukan sehingga secara sporadik penyakit malnutrisi yang menggerogoti kualitas kecerdasan anak ini masih terjadi walaupun berbagai upaya sudah dilakukan oleh pemerintah untuk mencegah bertambahnya jumlah kasus gizi buruk. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya evaluasi program untuk mengetahui keberhasilan atau kegagalan, mengetahui mengapa keberhasilan atau kegagalan itu terjadi dan apa yang perlu dilakukan terhadap hasil tersebut agar program selanjutnya lebih efektif menurunkan kasus gizi kurang dan buruk.

Penelitian tentang pendampingan gizi yang dilakukan oleh Sri Muljati, dkk (2005) pada 300 balita gizi kurang dan 415 balita gizi buruk yang mengikuti pemulihan di Klinik Gizi Bogor pada tahun 2000 s/d 2005; menemukan bahwa pada balita gizi kurang yang telah mengikuti selama dua bulan di Klinik Gizi memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 22%. Sedangkan pada balita gizi buruk, setelah enam bulan mengikuti pemulihan memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 20%. Setelah dilakukan analisis secara bersama-sama; ternyata faktor umur, tanda-tanda klinik gizi buruk pada awal pemulihan dan keluhan pilek selama satu bulan pertama mengikuti pemulihan berpengaruh terhadap pencapaian pertumbuhan normal pada balita gizi buruk yang

mengikuti pemulihan secara rawat jalan. Oleh karena itu pemantauan pertumbuhan secara berkala dan promosi tentang praktek pemberian MP-ASI di Posyandu sangat penting dilakukan agar terjadinya penyimpangan pertumbuhan dapat dikendalikan secara dini.

Hasil penelitian Sirajuddin (2006) tentang penerapan model tungku dalam pedampingan gizi di Kabupaten Selayar Sulawesi Selatan, bahwa penerapan model tungku mampu meningkatkan status gizi kelompok intervensi sebesar 28,6% walaupun peningkatannya tidak mampu menyamai status gizi kelompok pembandingan sebesar 42,4%; program ini mampu meningkatkan asupan zat gizi balita yang sekaligus menggambarkan adanya perbaikan pola pengasuhan gizi pada kelompok intervensi setelah pendampingan selama 3 bulan.

Evaluasi (penilaian) adalah suatu cara yang sistematis dalam upaya belajar berdasarkan pengalaman untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan dimasa yang akan datang (WHO dalam Wijono, 1999). Menurut Azwar (1996), bahwa evaluasi program yang menyeluruh adalah evaluasi yang dilakukan terhadap empat komponen yaitu: input — proses — output — outcome. Bila tidak ada evaluasi dalam siklus manajemen program, maka kecenderungan untuk tidak berhasil akan semakin besar dan pengalaman-pengalaman tidak akan begitu bermanfaat untuk tujuan perbaikan dan penyempurnaan suatu rencana kembali.

Program Pendampingan gizi di Sulsel dimulai tahun 2005 melalui kegiatan penempatan Tenaga Gizi Pendamping (TGP) di tingkat desa yang berada di Kecamatan Gerakan Pembangunan dan Pengentasan Kemiskinan (Gerbang Taskin). Kegiatan tersebut bertujuan untuk menekan angka gizi kurang dan gizi buruk, melalui upaya pemberdayaan keluarga dan masyarakat, khususnya keluarga yang memiliki anak balita penderita KEP.

Pada tahun 2005 program pendampingan gizi di Sulawesi Selatan mulai berlangsung sampai sekarang dan semakin berkembang. Awalnya program ini hanya meliputi 5 kabupaten, kemudian pada tahun 2006 dikembangkan menjadi 10 kabupaten, dan tahun 2007 program gizi pendamping meliputi semua kabupaten kecuali Selayar dan Makassar.

Berdasarkan hasil evaluasi dampak kegiatan pendampingan gizi terhadap status gizi balita di 10 kecamatan pada 10 kabupaten gerbang taskin Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2006 menyimpulkan bahwa kegiatan pendampingan gizi dapat menurunkan prevalensi balita yang kekurangan gizi dari 28,5% menjadi 21,1%. Penurunan prevalensi gizi buruk lebih nyata dibandingkan dengan penurunan prevalensi gizi kurang. Prevalensi gizi kurang menurun dari 18,8% menjadi 16,1%, sedangkan gizi buruk menurun dari 9,7% menurun menjadi 5,0%. (Dinkes, 2007)

Kabupaten Barru merupakan salah satu kabupaten yang sudah 2 kali (2 tahun) melaksanakan program pendampingan gizi. Pertama pada tahun 2006, Kabupaten Barru mendapat alokasi TGP sebanyak 8 orang yang ditempatkan 8 desa dan ke dua pada tahun 2007 dengan alokasi TGP sebanyak 10 orang

untuk ditempatkan pada 10 desa yang berada pada desa dan kecamatan yang sama yaitu Kecamatan Tanete Rilau sebagai Gerbang Taskin dengan kasus KEP tertinggi di Kabupaten Barru. Berdasarkan pengumpulan data TGP tahun 2006 di 8 Desa/Kelurahan Kecamatan Tanete Rilau, terdapat 1428 balita dengan jumlah balita menderita KEP mencapai 443 balita (31,02%) terdiri dari gizi kurang 334 balita (23,39%) dan buruk 109 balita (7,63%).(Dinkes, 2006).

Pada umumnya, evaluasi yang dilakukan pada program kesehatan hanya melihat hasil kegiatan dalam bentuk cakupan dan pencapaian target saja, begitu pula pada pelaksanaan program Pendampingan Gizi. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang evaluasi pelaksanaan Program Pendampingan Gizi mulai dari tahap input, proses, output dan outcome di Kabupaten Barru agar menjadi bahan kajian ilmiah dan menjadi bahan pengembangan program perbaikan gizi di Kabupaten Barru pada khususnya dan Provinsi Sulawesi Selatan pada umumnya untuk tahun-tahun berikutnya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana input (rekrutmen dan diklat tenaga pendamping, insentif tenaga pendamping, sosialisai program dan sarana/prasarana) Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007 ?

2. Bagaimana proses (perencanaan, pelaksanaan pendampingan gizi, pemantauan/monitoring, pencatatan dan pelaporan) Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007?
3. Bagaimana output (meningkatnya jumlah sasaran ke Posyandu, balita yang memperoleh ASI eksklusif, cakupan balita yang memperoleh vitamin A, jumlah KK yang menggunakan garam beryodium dan meningkatnya keaktifan kader) dalam Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007 ?
4. Bagaimana outcome atau dampak Program Pendampingan Gizi (peningkatan status gizi balita) di Kabupaten Barru tahun 2007 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang keberhasilan pelaksanaan program pendampingan gizi di Kabupaten Barru tahun 2007.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang fakta pelaksanaan pada tahap input (rekrutmen dan diklat tenaga pendamping, insentif tenaga pendamping, sosialisai program dan sarana/prasarana) pada Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007.
- b. Untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang fakta pelaksanaan pada tahap proses (perencanaan program, pelaksanaan

pendampingan gizi, pemantauan/monitoring, pencatatan dan pelaporan) pada Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007.

- c. Untuk mengetahui output pelaksanaan program pendampingan gizi (meningkatnya jumlah sasaran ke Posyandu, balita yang memperoleh ASI eksklusif, cakupan balita yang memperoleh vitamin A, jumlah KK yang menggunakan garam beryodium dan meningkatnya keaktifan kader) di Kabupaten Barru tahun 2007.
- d. Untuk mengetahui outcome atau dampak program pendampingan gizi (peningkatan status gizi balita) di Kabupaten Barru tahun 2007.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat sebagai berikut :

- a. Sebagai salah satu bahan informasi bagi pihak yang terkait dalam kepentingan pengembangan program gizi, antara lain pemerintah Kabupaten Barru Provinsi Sulawesi Selatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, Tim Gerakan Terpadu Nasional (GERDUNAS) tingkat kabupaten/kota dan propinsi terutama dalam penyusunan langkah-langkah kebijakan program.
- b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, akan memberikan gambaran tentang proses perencanaan dan evaluasi dalam Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru, sehingga dapat merumuskan langkah-langkah perbaikan dimasa mendatang.

- c. Merupakan bahan informasi ilmiah bagi pengembangan model tenaga pendamping gizi di Sulawesi Selatan khususnya dan di Indonesia pada umumnya.
- d. Khusus bagi peneliti, sebagai penerapan ilmu yang telah dipelajari dan merupakan pengalaman yang sangat berharga dalam kegiatan-kegiatan penelitian sehingga dapat memperluas wawasan dan menambah pengetahuan, baik terhadap Program penanggulangan KEP maupun terhadap proses perencanaan dan evaluasi program Pendampingan Gizi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauhmana suatu kegiatan tertentu telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih diantara keduanya, serta bagaimana manfaat yang telah dikerjakan itu bila dibandingkan dengan harapan-harapan yang ingin diperoleh (Umar H, 2003).

1. Pengertian Evaluasi

Evaluasi (penilaian) adalah suatu cara yang sistematis dalam upaya belajar berdasarkan pengalaman untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan dimasa yang akan datang. (WHO dalam Wijono, 1999).

Menurut kamus istilah manajemen, evaluasi adalah “proses bersistem dan obyektif yang menganalisa sifat dan ciri pekerjaan di dalam suatu organisasi atau pekerjaan” Levey (1973) mengatakan : *“To evaluated is to make a value judgment, it involves comparing, something with another and then making either choice or action decision”*.

Bila tidak ada evaluasi dalam siklus manajemen proyek, kecenderungan untuk tidak berhasil akan semakin besar dan pengalaman-

pengalaman tidak akan begitu bermanfaat untuk tujuan perbaikan dan penyempurnaan suatu rencana kembali.

Evaluasi menurut perkumpulan ahli kesehatan masyarakat Amerika (*American Public Health Association*) dalam Depkes (1997) bahwa "Evaluasi ialah suatu proses menentukan nilai atau besarnya sukses dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya". Proses ini paling sedikit mencakup langkah-langkah berikut: memformulasikan tujuan, mengidentifikasi kriteria yang tepat yang akan dipakai mengukur sukses, menentukan dan menjelaskan besarnya sukses, dan rekomendasi untuk kegiatan program selanjutnya. Jadi dua unsur konseptual penting dalam definisi ini ialah "nilai atau besarnya sukses" dan "tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya", sedangkan secara *operational* yang penting dalam definisi ini adalah "tujuan", "kriteria" dan "menentukan serta menjelaskan besarnya sukses".

Klineberg (dalam Depkes, 1997) mendefinisikan evaluasi sebagai "suatu proses yang memungkinkan administrator mengetahui hasil programnya, dan berdasarkan itu mengadakan penyesuaian-penyesuaian untuk mencapai tujuan secara efektif ". Menurut definisi Klineberg ini, maka evaluasi itu tidak sekedar menentukan keberhasilan atau kegagalan, tetapi juga mengetahui mengapa keberhasilan atau kegagalan itu terjadi dan apa yang bisa dilakukan terhadap hasil-hasil tersebut. Hal ini tercermin dalam pertanyaan yang diusulkan oleh Klineberg yaitu :

a. Perubahan macam apa yang diinginkan ?

- b. Cara apa yang dipakai untuk menciptakan perubahan tersebut ?
- c. Apa buktinya bahwa perubahan yang terjadi disebabkan oleh cara yang dipakai?
- d. Apa arti dari perubahan yang terjadi ?
- e. Adakah pengaruh-pengaruh yang tidak diharapkan yang terjadi akibat adanya perubahan tersebut ?

Dalam pembahasan ini evaluasi didefinisikan sebagai penentuan (apakah berdasarkan pendapat, catatan atau data obyektif atau subyektif) hasil (apakah diharapkan atau tidak; sementara atau permanen; hasil langsung atau hasil yang dilihat beberapa waktu kemudian) yang diperoleh sebagai hasil suatu kegiatan, yang didisain untuk mencapai suatu tujuan tertentu (apakah tujuan jangka panjang, jangka menengah atau jangka pendek). Definisi ini mengandung empat dimensi penting yaitu:

- a. Proses, yaitu "penentuan"
- b. Kriteria, yaitu "hasil"
- c. Stimulus atau rangsangan, yaitu "kegiatan"
- d. Nilai, yaitu "tujuan"

2. Tahap Evaluasi

Menurut Aji. FB, Sirait, SM (1990) bahwa secara eksplisit pengertian evaluasi yang digunakan untuk menunjukkan tahap-tahap di dalam suatu system manajemen, secara umum dapat dibagi dalam tiga kategori, yaitu:

Pertama, evaluasi pada tahap perencanaan (*input*). Evaluasi pada tahap ini dimaksudkan untuk memilih dan menentukan skala prioritas terhadap berbagai alternatif dan kemungkinan terhadap cara mencapai tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Untuk itu diperlukan berbagai teknik yang dapat dipakai oleh para perencana. Suatu hal yang patut dipertimbangan dalam kaitan itu adalah metode yang ditempuh dalam pemilihan prioritas. Hal itu tidak selalu sama untuk setiap keadaan, melainkan berbeda-beda menurut hakikat dan permasalahannya.

Kedua, evaluasi pada tahap pelaksanaan (*process*). Evaluasi pada tahap ini adalah suatu kegiatan melakukan analisis untuk menentukan tingkat kemajuan pelaksanaan dibandingkan dengan rencana. Terdapat perbedaan antara evaluasi menurut pengertian ini dengan *monitoring* atau pengendalian. *Monitoring* menganggap bahwa tujuan yang ingin dicapai sudah tepat dan bahwa proyek tersebut direncanakan untuk dapat mencapai tujuan tertentu. *Monitoring* melihat apakah pelaksanaan proyek sudah sesuai dengan rencana dan rencana tersebut sudah tepat untuk mencapai tujuan. Sebaliknya evaluasi melihat sejauh mana proyek masih tepat dapat mencapai tujuannya, apakah tujuan tersebut sudah berubah, atau dengan kata lain apakah pencapaian hasil proyek tersebut akan memecahkan masalah pembangunan yang ingin diselesaikan mempengaruhi keberhasilan proyek, baik yang mendukung ataupun yang menghambat.

Ketiga, evaluasi pada tahap akhir pelaksanaan (*output*). Evaluasi pada tahap ini hampir sama dengan evaluasi pada tahap pelaksanaan, hanya perbedaannya yang dinilai dan dianalisis bukan lagi tingkat kemajuan pelaksanaan dibandingkan dengan rencana, tetapi hasil pelaksanaan dibandingkan dengan rencana, yakni apakah dampak yang dihasilkan oleh pelaksanaan kegiatan tersebut sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

Hubungan antara perencanaan dengan evaluasi dapat digambarkan dengan sangat tepat yang pertanyaannya sebagai berikut: "Evaluasi yang baik dapat dilaksanakan hanya didasarkan pada rencana yang baik. Sebaliknya rencana yang baik tidak akan dapat dicapai apabila tidak didasarkan atas umpan balik yang dihasilkan oleh evaluasi yang baik" (Aji. FB, Sirait, SM: 1990).

Menurut SP Siagian (1990), evaluasi (panilaian) merupakan fungsi dan langkah terakhir dalam proses administrasi dan manajemen yang harus diselenggarakan oleh setiap eksekutif, yaitu mengukur dan membandingkan hasil pekerjaan yang nyata dicapai dengan hasil yang seharusnya dicapai.

Jika melalui penelitian yang objektif ternyata ditemukan adanya kesenjangan antara hasil yang seharusnya dicapai dengan hasil yang nyatanya dicapai, maka penemuan itu akan sangat berguna dalam melakukan langkah-langkah perbaikan.

Hampir pada semua organisasi, kenyataan yang ditemukan adalah adanya kesenjangan antara sasaran yang telah ditetapkan untuk dicapai dengan hasil nyata yang diperoleh sebagai akibat dari terselenggaranya

kegiatan-kegiatan tertentu. Dapat dikatakan bahwa sangat sukar untuk menemukan suatu organisasi yang selalu mencapai sasaran 100% memuaskan. Harus diakui bahwa adakalanya sasaran yang telah ditetapkan bahkan terlampaui. Keadaan demikian sangat jarang ditemukan, oleh karena itu merupakan pengecualian. Namun jika ditemukan yang demikian, maka keberhasilan yang dicapai digunakan sebagai bahan untuk dua kepentingan utama, yaitu:

- a. Sebagai bahan motivasi yang sangat penting artinya dalam menyelenggarakan berbagai kegiatan pada saat mendatang.
- b. Meneliti kembali akan ketepatan sasaran yang telah ditentukan sebelumnya.

Hal-hal yang menjadi objek penelitian adalah seluruh segi kegiatan yang telah selesai dilaksanakan, antara lain:

- a. Hasil yang dicapai dalam kurun waktu tertentu.
- b. Jumlah biaya yang dikeluarkan dibandingkan dengan jumlah biaya yang dialokasikan.
- c. Produktivitas kerja para anggota organisasi.
- d. Efektifitas mekanisme dan prosedur kerja yang telah ditetapkan.

Langkah penting yang merupakan bagian integral dari penilaian adalah adanya umpan balik kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Umpan balik yang handal sangat bermanfaat dalam meningkatkan kemampuan suatu organisasi untuk dapat bekerja lebih efisien dan efektif serta lebih produktif. Umpan balik dari hasil penilaian dapat digunakan:

- a. Menganalisis dan merumuskan kebijakan serta strategi baru, baik dalam hal sekesar sebagai penyempurnaan dari kebijakan dan strategi lama sesuai dengan tuntutan perkembangan keadaan yang dihadapi, maupun dalam bentuk kebijakan dan strategi yang sifatnya baru.
- b. Penyempurnaan proses dan teknik pengambilan keputusan, jika ternyata proses dan teknik yang lama kurang efektif.
- c. Penyusunan rencana baru terutama setelah dirasakan adanya kebutuhan yang mendesak untuk menentukan skala prioritas baru, baik sebagai akibat telah terpenuhinya skala prioritas lama maupun karena menghadapi situasi yang baru.
- d. Penyusunan program kerja yang baru sesuai dengan skala prioritas baru yang ditetapkan dalam perencanaan.
- e. Merubah struktur organisasi lama yang mungkin diperlukan dalam melaksanakan refungsionalisasi dengan memberikan penekanan-penekanan baru bagi unit kerja yang ada, baik yang menyangkut tugas pokok maupun tugas penunjang.
- f. Pencarian dan penggunaan teknik serta metode motivasi baru, jika dirasakan bahwa teknik dan metode yang digunakan pada waktu yang lalu tidak efektif lagi, baik karena sudah kadaluwarsa maupun karena terjadinya pergeseran nilai-nilai organisasi dan individu yang pada gilirannya akan berperan sebagai faktor motivasi.
- g. Penyempurnaan prosedur kerja dalam penyelenggaraan berbagai kegiatan, yang bisa saja terjadi karena perubahan situasi dalam suatu

organisasi, misalnya dengan adanya mekanisme otomatisasi atau komputerisasi berbagai kegiatan.

- h. Peningkatan efektifitas pengawasan yang seyogianya selalu terbuka untuk kemungkinan adanya penyempurnaan.
- i. Penyempurnaan sistem penilaian dari hasil pekerjaan yang memang harus diusahakan terus-menerus.
- j. Pemafaatan yang semakin efektif dari semua jalur penyampaian umpan balik. (Siagian SP., 1990).

Evaluasi program menurut Azwar (1996) dapat dilakukan seperti tahap berikut :

- a. Input, adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.
- b. Proses, adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran sesuai dengan apa yang direncanakan.

Perencanaan merupakan salah satu fungsi dari siklus manajemen program. Dapat disimpulkan bahwa perencanaan adalah usaha untuk mencapai tujuan dengan segala macam metode yang sedetail mungkin diformulasikan sebelumnya tentang apa yang akan dicapai, berapa, bilamana dan oleh siapa (Aji FB, dan Sirait SM, 1990).

Perencanaan merupakan kegiatan pemikiran, penelitian, perhitungan dan perumusan tindakan-tindakan yang akan dilakukan dimasa yang akan datang, baik berkaitan dengan kegiatan-kegiatan

operasional dalam pengelolaan logistik, pengorganisasian, maupun pengendalian logistik (Dwiantara L, Sumarto RH, 2004).

Menurut Newman (dalam Manullang M, 2004) bahwa perencanaan adalah penentuan terlebih dahulu apa yang akan dikerjakan. Pada umumnya suatu rencana yang baik memuat enam unsur yaitu : *the what, the why, the where, the when, the who, the how*. Jadi suatu rencana yang baik memuat seperti berikut:

- 1) Tindakan apa yang harus dikerjakan
 - 2). Apakah sebabnya tindakan itu harus dikerjakan
 - 3). Dimanakah tindakan itu harus dikerjakan
 - 4). Kapankah tindakan itu dilaksanakan
 - 5). Siapakah yang akan mengerjakan
 - 6). Bagaimanakah caranya melaksanakan tindakan itu.
- c. Output, adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
- d. Outcome, meliputi perubahan yang lebih luas yang terjadi lebih lambat sebagai akibat langsung dari adanya hasil program dan kegiatannya.

3. Pendekatan dan Tipe Evaluasi

Pendekatan pokok dalam evaluasi program menurut Mantra (dalam Depkes 1999), ada 2 yaitu:

a. Evaluasi formatif (*Formative Evaluation*)

Evaluasi formatif (*Formative Evaluation*) membantu

pengembangan program di waktu program tersebut masih dalam tahap perencanaan, untuk dipergunakan sebagai dasar mengembangkan program.

Maksud mengadakan evaluasi formatif adalah untuk memaksimalkan kemungkinan intervensi akan berhasil. Evaluasi formatif ini dilaksanakan sebelum memulai kegiatan program dan merupakan dasar untuk menentukan tujuan perilaku, menentukan intervensi dan juga evaluasi. Ia memberikan informasi yang sangat berharga untuk mengembangkan strategi dan menyempurnakan rencana pelaksanaan program. Sesudah perencanaan, materi dan strateginya direncanakan, maka semua itu harus diujicoba untuk menjamin efektifitasnya.

Evaluasi formatif mencakup:

- a) Penjajagan kebutuhan target sasaran
- b) Penjajagan mengenai pengetahuan, ketrampilan, sikap, kepercayaan dan perilaku target sasaran.

Bentuk evaluasi formatif bisa bermacam-macam, misalnya:

- a) Analisa data epidemiologis
- b) Tinjauan kepustakaan
- c) Analisa data demografis dan psikografis
- d) *Focus Group Discussion (FGD)*, pertemuan, survei untuk menentukan isu pokok, kesempatan dan hambatan yang ada.

- e) Analisa data marketing
- f) Uji coba konselor, pesan dan salu komunikasi dengan konsumen.
- g) Mencoba strategi untuk sekelompok kecil sasaran sebelum diterapkan secara lebih luas.

Jadi evaluasi formatif ini penting sekali dan tidak selalu mahal. Banyak informasi yang anda perlukan mungkin bisa didapat dari Dinas Kesehatan, Pendidikan dan Kebudayaan serta lain-lain departemen. Mungkin bisa juga dari perpustakaan setempat, *provider* (sektor) lain, atau bisa juga dari pihak swasta. Sesudah rencana disusun berdasar data dari evaluasi formatif, maka diadakan ujicoba dulu sebelum masuk tahap pelaksanaan.

b. Evaluasi Sumatif (*Summative Evaluation*)

Evaluasi Sumatif (*Summative Evaluation*) digunakan untuk menilai program sesudah program tersebut berjalan.

Selain pendekatan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif di atas, ada empat tipe pokok evaluasi program, yaitu:

1. Evaluasi input (input evaluation)
2. Evaluasi proses (proces evaluation)
3. Evaluasi hasil (outcome evaluation)
4. Evaluasi dampak (impac evaluation)

Tipe-tipe pokok evaluasi tersebut di atas, dapat dilukiskan dengan pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab dan kapan sebaiknya data yang diperlukan di kumpulkan dengan uraian:

1. Evaluasi Input (input evaluation), mencakup, misalnya:

- a) Jumlah petugas kesehatan yang telah menerima pelatihan.
- b) Jumlah bahan cetak untuk topik tertentu yang sudah dibuat.
- c) Jumlah ceramah kesehatan yang diberikan kepada sasaran tertentu.

Evaluasi input dilaksanakan sesudah program selesai atau sesudah tahap program selesai.

2. Evaluasi Proses (*Proces Evaluation*)

Sesudah tahap perencanaan, maka program bergeser ke tahap pelaksanaan (proses) . Dalam tahap pelaksanaan ini perlu evaluasi proses yang akan menjawab pertanyaan-pertanyaan seperti:

- a) Apa yang sudah dilakukan?
- b) Apakah sudah sesuai dengan rencana dan strategi yang dikembangkan yaitu:
 - 1) Kepada siapa ?
 - 2) Oleh siapa ?
 - 3) Kepada berapa banyak target sasaran ?
 - 4) Berapa kali ?

- 5) Untuk berapa lama ?
- 6) Bagaimana caranya ?
- 7) Kapan ?
- 8) Dimana ?

Evaluasi proses memberikan informasi apakah program menjangkau target sasaran, juga memberikan informasi tentang keputusan-keputusan yang sudah dibuat hingga masih memberikan kesempatan untuk memperbaiki kekeliruan-kekeliruan kecil yang dibuat, sebelum kesalahan tersebut menjadi kesalahan yang lebih besar. Evaluasi proses juga memberikan informasi tentang cara yang paling efektif dan efisien melancarkan intervensi. Kebanyakan program pencegahan berhenti sampai pada evaluasi proses. Tetapi sebenarnya evaluasi hasil dan dampak menjawab seluruh pertanyaan yang paling penting, yaitu: "Perubahan-perubahan apa yang sudah terjadi sebagai hasil dari program ?

3. Evaluasi Hasil (*Outcome Evaluation*)

Evaluasi hasil menunjukkan apakah suatu program telah memberikan pengaruh seperti yang diharapkan terhadap perilaku. Pengaruh program yang diharapkan bisa juga mencakup perubahan pengetahuan, sikap, kepercayaan, yang semuanya akan berpengaruh terhadap perilaku. Evaluasi hasil berfokus pada tujuan perilaku yang

sudah dirumuskan, dan sedapat mungkin harus bisa menunjukkan bahwa intervensi tersebutlah (bukan intervensi lain) yang menyebabkan perubahan tersebut.

Seringkali hal ini amat sulit, terutama dengan adanya upaya-upaya pemasaran sosial yang bertumpu pada media, dimana banyak hal-hal lain yang mungkin mempengaruhi target sasaran, seperti iklan di TV, internet, pelayanan lain yang diterima oleh target sasaran, dll.

Evaluasi hasil mencatat hasil-hasil jangka pendek dari intervensi yang menggambarkan hasil-hasil jangka pendek secara kuantitatif, misalnya berapa banyak pertanyaan yang anda peroleh semenjak poster diedarkan dan dipasang. Selain itu, juga menggambarkan hasil-hasil kualitatif seperti perubahan sikap (*attitudes*).

Perlu diingat bahwa semua elemen-elemen kualitatif tersebut harus dapat dilukiskan secara kuantitatif. Perencana program harus bisa melukiskan besarnya perubahan dalam persen. Mengevaluasi hasil memang tidak mudah tetapi penting.

Indikator-indikator yang bisa dipakai untuk mengevaluasi hasil dapat dikelompokkan dalam 3 kategori:

- a. Hasil akhir, yaitu diterapkannya perilaku yang disarankan dalam jangka panjang.
- b. Hasil antara
- c. Input, yaitu jumlah *resources* yang dipergunakan untuk kegiatan

penyuluhan.

Pada evaluasi hasil akan menjawab 5 pertanyaan berikut:

- a. Apa yang berubah sebagai hasil intervensi? Mengapa berubah?
Aspek mana dari intervensi yang menyebabkan perubahan tsb.?
- b. Di kelompok sasaran mana perubahan tersebut terjadi? Kapan dan bagaimana terjadinya perubahan tersebut ?
- c. Di kelompok mana tidak terjadi perubahan ?
- d. Apa yang menyebabkan perbedaan ini ?
- e. Bagaimana efisiensi perubahan tersebut ?

Evaluasi seringkali merupakan studi berskala besar yang memberikan data kuantitatif. Namun, evaluasi penyuluhan dalam suatu program, dapat dilakukan dengan mengintegrasikan pertanyaan-pertanyaan penyuluhan tersebut kedalam kegiatan evaluasi program yang sedang berjalan seperti: pelaporan rutin, kunjungan supervisi, survei rumah tangga, ataupun dilakukan oleh institusi penelitian, baik pemerintah maupun swasta, review program yang komprehensif. Bila sumber daya memungkinkan, evaluasi dapat pula dilakukan oleh institusi penelitian, baik pemerintah maupun swasta.

Evaluasi merupakan studi yang berskala besar dengan biaya tinggi, suatu perubahan perilaku dengan menggunakan waktu yang cukup lama, oleh karena itu evaluasi cukup dilakukan satu kali setahun.

Adapun cara mengevaluasi hasil dapat dilakukan melalui:

1. Observasi.
2. Wawancara.
3. Diskusi kelompok terarah (*Focus Group Discussion = FGD*)
4. Kunjungan secara teratur atau kunjungan mendadak ke tempat-tempat distribusi media.
5. Mencegat orang lewat (termasuk target sasaran, menanyakan apakah mereka masih ingat dan apa persepsi mereka tentang pesan yang kita sebarkan). Dan lain-lain.

Evaluasi dapat dilakukan oleh: staf sendiri, pihak luar, unit evaluasi yang independent, program lain atau relawan; yang dilaksanakan:

? Sesudah intervensi saja ?

Kapan: _____

? Pada saat-saat tertentu (*specified intervals*) ?

Kapan: _____

? Sebelum dan sesudah intervensi?

Kapan: _____

? Kombinasi, yaitu pertanyaan-pertanyaan tertentu hanya ditanyakan sesudah intervensi, sedangkan pertanyaan-pertanyaan lain ditanyakan pada saat tertentu di antaranya (*specified intervals*)?

Kapan: _____

d. Evaluasi dampak (*impac evaluation*)

Evaluasi dampak merupakan penilaian jangka panjang. Evaluasi dampak ini memberi gambaran atau informasi tentang perubahan penyakit, angka kematian, penurunan atau peningkatan produktivitas, dsb. Evaluasi dampak melibatkan komitmen jangka panjang. Evaluasi dampak ini mungkin saja mahal, dan kita harus memahami semua faktor yang mempengaruhi perilaku perorangan seperti kebijaksanaan pemerintah, peraturan perundangan dan lain-lain. Oleh sebab itu evaluasi dampak tidak dilakukan untuk intervensi yang spesifik, tetapi biasanya bersifat umum.

Disamping pelaksanaan evaluasi tersebut di atas, juga dilakukan kegiatan monitoring atau pemantauan pada kegiatan program. Kegiatan monitoring dilaksanakan secara sistematis dan terus menerus , untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, supaya dapat dilakukan tindakan perbaikan segera.

Monitoring sering juga disebut evaluasi proses. Monitoring merupakan upaya untuk mengamati pelayanan dan cakupan program. Mengamati cakupan program berarti seberapa banyak target sasaran yang direncanakan sudah terjangkau. Sedangkan mengamati pelayanan program ialah menentukan apakah program sudah dilaksanakan seperti yang diharapkan.

Maksud monitoring, agar seawal mungkin bisa menemukan dan memperbaiki masalah dalam pelaksanaan program.

Monitoring bukan pengujian pihak luar terhadap pelaksanaan program, tetapi merupakan alat yang dipergunakan oleh pelaksana program untuk mengungkapkan hal-hal yang tidak diperkirakan waktu perencanaan dan memerlukan perbaikan. Oleh karena itu monitoring dan evaluasi merupakan komponen penting dalam pelaksanaan program. (Depkes, 1997)

B. Program Pendampingan Gizi

1. Pengertian

Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan solusi, menyampaikan bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama.

Pendampingan gizi dilaksanakan dengan prinsip-prinsip: (1) pemberdayaan keluarga atau pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi; (2) melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan (3) tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator (Depkes, 2007).

Asuhan gizi balita adalah tindakan ibu, keluarga atau pengasuh

anak dalam memberi makan, mengasuh, merawat, dan menilai pertumbuhan dan perkembangan balita.

Pendampingan asuhan gizi balita adalah kegiatan pendampingan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh seorang Tenaga Gizi Pendamping (TGP) kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah, konseling, kelompok diskusi terarah yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok dalam wilayah binaan yang telah ditentukan (Dinkes, 2007).

2. Tujuan

Secara umum program pendampingan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi bayi dan anak balita di wilayah kecamatan Gerbang Taskin melalui kegiatan pendampingan. Adapun tujuan khusus program pendampingan gizi adalah (1) menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita; (2) meningkatkan pengetahuan gizi keluarga; (3) meningkatkan pola pengasuhan; (4) meningkatkan keluarga sadar gizi; dan (5) meningkatkan partisipasi masyarakat pada kegiatan posyandu (D/S) dan jumlah kader aktif pada setiap kegiatan posyandu (Dinkes, 2007).

3. Sasaran

Sasaran pendampingan gizi terdiri atas:

- a. Keluarga yang mempunyai balita gizi buruk dan kurang (BBU<-2 SD).

- b. Keluarga yang mempunyai balita yang tidak naik berat badannya 2 kali berturut-turut.
- c. Keluarga yang mempunyai balita
- d. Kader posyandu.

4. Tenaga Gizi Pendamping (TGP)

Tenaga Gizi Pendamping (TGP) adalah petugas yang berlatar belakang pendidikan gizi dan pernah mengikuti pelatihan pendampingan yang diberikan tugas untuk melakukan kegiatan pendampingan di bidang gizi bagi keluarga dan masyarakat di desa miskin, dengan persyaratan sebagai berikut:

- a. Lulusan D3 Gizi, Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) Jurusan Gizi atau Sarjana Gizi (S.Gz).
- b. Umur maksimal 40 tahun
- c. Dinyatakan lulus seleksi
- d. Bersedia ditempatkan dan tinggal di desa miskin atau terpencil di Sulawesi Selatan, dimana tenaga lulus pelatihan pendampingan gizi.
- e. Menandatangani kontrak yang telah disepakati (Dinkes, 2007).

5. Langkah-Langkah Pendampingan Gizi

a. Persiapan Pendampingan

Tenaga yang terlibat dalam persiapan pendampingan keluarga adalah Tim Puskesmas yang terdiri dari: Kepala Puskesmas, Bidan

koordinator, dan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG); Bidan Poskesdes; Kader Poskesdes; dan Kepala Kelurahan/Desa).

1) Persiapan Tingkat Puskesmas :

- a. Menyelenggarakan pertemuan dengan bidan Poskesdes untuk persiapan penyelenggaraan pendampingan yang meliputi: pendataan sasaran, penetapan jumlah kader pendamping, tata cara pemilihan kader pendamping.
- b. Merencanakan dan menyiapkan pelatihan kader pendamping (peserta, tempat dan peralatan/perlengkapan pelatihan, dll). Pelatihan akan dilaksanakan setelah kegiatan persiapan tingkat desa selesai.

2) Persiapan Tingkat Desa

Berdasarkan hasil Survei Mawas Diri (SMD), kader Poskesdes membuat daftar keluarga sasaran yang dibuat berdasarkan hasil kegiatan pada setiap kegiatan Posyandu 3 bulan terakhir (SKDN).

Bidan Poskesdes merekapitulasi daftar keluarga sasaran dan menetapkan jumlah kader pendamping yang dibutuhkan (satu kader pendamping melayani 10-20 keluarga sasaran) dan disampaikan kepada Kepala Desa/Lurah.

Kepala Desa/Lurah menyelenggarakan pertemuan untuk memilih kader pendamping dengan kriteria:

- a) Mempunyai kepedulian terhadap masalah gizi dan kesehatan masyarakat.

- b) Bersedia mengikuti pelatihan kader pendamping.
- c) Mampu baca tulis dan berkomunikasi dengan baik
- d) Mempunyai waktu yang cukup dan bersedia menjadi menjadi kader pendamping.
- e) Mampu bekerjasama dengan berbagai pihak yang terkait.
- f) Diutamakan dari kader posyandu yang aktif.

Kepala Desa/Lurah menerbitkan “surat tugas” bagi kader pendamping untuk masing-masing Posyandu. Dan peningkatan kapasitas kader pendamping, dilaksanakan selama 2 hari efektif oleh Tim Puskesmas.

b. Pelaksanaan Pendampingan Gizi

Setelah memperoleh pelatihan, kader pendamping melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut:

1. Membuat jadwal kunjungan rumah keluarga sasaran.

Kader pendamping membuat jadwal kunjungan dengan mengisi formulir berdasarkan kesepakatan dengan keluarga sasaran. Formulir diisi dengan cara mengelompokkan sasaran berdasarkan jarak terdekat antara masing-masing keluarga sasaran. Kunjungan direncanakan sesuai dengan berat ringannya masalah gizi yang dihadapi keluarga.

2. Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan.

Kader pendamping melakukan kunjungan ke keluarga sasaran

yang berjumlah 10-20 keluarga. Masing-masing keluarga sasaran akan didampingi secara berkelanjutan sebanyak rata-rata 10 kali kunjungan disesuaikan dengan berat ringannya masalah sampai keluarga tersebut mampu mengatasi masalah gizi yang dihadapi. Oleh karena itu kunjungan hendaknya sesuai dengan rencana yang telah dibuat sehingga pendampingan dapat dilaksanakan secara optimal.

Dalam melakukan pendampingan, kader pendamping dibekali buku saku dan formulir pencatatan pendampingan. Kader pendamping hendaknya bersikap ramah, sopan dan menjaga agar terjalin hubungan baik sehingga keluarga sasaran mau menerima dan menceritakan masalah yang dihadapi. Setelah selesai melakukan kunjungan ke setiap keluarga hendaknya membuat kesepakatan dengan keluarga sasaran untuk kunjungan berikutnya. Hal ini dimaksudkan agar setiap kolom jadwal kunjungan selanjutnya pada formulir dapat diisi.

3. Mengidentifikasi dan mencatat masalah gizi yang terjadi pada sasaran. Meskipun pada saat pendataan telah diketahui masalah gizi keluarga sasaran, namun kader pendamping masih perlu melakukan identifikasi secara teliti masalah gizi yang dihadapi pada saat kunjungan. Identifikasi masalah gizi dilakukan dengan mengajukan beberapa pertanyaan yang terkait dengan 5 perilaku KADARZI yang dapat dicatat pada formulir. Di samping itu dilakukan pengamatan terhadap balita atau anggota keluarga lain yang menderita

sakit, kebersihan diri dan lingkungan rumah serta pemanfaatan air bersih. Semua hasil identifikasi tersebut harus dicatat untuk setiap sasaran agar dapat diberikan nasehat sesuai dengan masalahnya. Masalah gizi keluarga sasaran dicatat pada kolom masalah pada formulir, yang disesuaikan dengan kunjungan yang ke berapa kali dan tanggal/bulan/tahun.

4. Memberikan nasihat gizi sesuai permasalahannya

Setelah diketahui masalah gizi yang dihadapi keluarga sasaran, maka kader pendamping memberikan nasehat yang sesuai dengan masalahnya. Nasehat yang disampaikan berisi anjuran atau cara-cara untuk mengatasi dan mencegah terulangnya masalah yang dihadapi. Nasehat hendaknya dilakukan secara bertahap sesuai dengan kesediaan/kesanggupan keluarga untuk melakukan anjuran yang disampaikan dan kemajuannya akan dilihat pada kunjungan berikutnya.

Dalam memberikan nasehat hendaknya Kader Pendamping selalu menggunakan alat peraga dan media penyuluhan sesuai dengan masalahnya. Nasehat yang disampaikan dicatat pada kolom nasehat yang diisi sesuai dengan masalah dan tanggal kunjungan.

Nasehat gizi dapat berupa:

a. Mengajak sasaran setiap bulan datang ke Posyandu.

Dalam setiap kunjungan, kader pendamping hendaknya selalu menghimbau dan mengajak keluarga sasaran agar mau membawa

anaknya ditimbang setiap bulan di Posyandu. Untuk meyakinkan keluarga sasaran, perlu disampaikan manfaat menimbang berat badan balita setiap bulan terhadap pertumbuhannya.

- b. Mengusahakan agar seluruh anak balita di wilayah tugasnya memiliki KMS. Setiap balita harus mempunyai KMS sebagai alat monitoring pertumbuhan. Oleh karena itu kader pendamping harus mengusahakan agar seluruh anak balita dari keluarga sasaran yang didampingi dapat memperoleh KMS, dengan cara mengajukan usulan permintaan KMS kepada Bidan Poskesdes atau TPG Puskesmas.
- c. Menganjurkan keluarga yang mempunyai bayi 0-6 bulan untuk memberikan ASI saja (ASI eksklusif) dan memberikan makanan pendamping ASI kepada bayinya sejak usia 6 bulan-24 bulan.
- d. Menganjurkan balita atau keluarga untuk mengkonsumsi aneka ragam makanan sesuai anjuran.
- e. Menganjurkan agar keluarga selalu mengkonsumsi garam beryodium. Pada umumnya, garam beryodium sudah tersedia di pasaran. Kader pendamping menjelaskan pentingnya zat yodium untuk mencegah dan menanggulangi GAKY, serta menganjurkan agar keluarga menggunakan hanya garam beryodium dalam hidangan sehari-hari. Dijelaskan juga cara mengenali garam beryodium dari kemasan dan mereknya. Lakukan pemeriksaan garam yang ada di rumah apakah beryodium atau tidak dengan menggunakan tes yodina atau tes amilum.

- f. Menganjurkan ibu hamil untuk datang memeriksakan kehamilannya secara rutin kepada Bidan Poskesdes minimal 4 kali selama hamil.
- g. Membantu sasaran untuk mendapatkan suplemen gizi.

Untuk membantu sasaran mendapatkan suplemen gizi, kader pendamping perlu memberikan informasi tentang gejala kekurangan gizi (Kurang vitamin A, kurang darah/anemia dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium) dan cara penanggulangannya serta memberikan anjuran tentang kapan dan dimana dapat memperoleh suplemen gizi. Anjuran yang disampaikan yaitu sebagai berikut:

- 1) Ibu hamil perlu mendapatkan dan minum tablet besi minimal 90 tablet selama hamil untuk mencegah dan menanggulangi anemia.
- 2) Ibu nifas perlu mendapatkan dan minum 2 kapsul vitamin A dosis tinggi 200.000 SI (kapsul merah), 1 kapsul setelah bayi lahir dan 1 kapsul hari berikutnya atau paling lama 28 hari setelah melahirkan, dapat diperoleh di Posyandu atau sarana kesehatan lain untuk mencegah dan menanggulangi kekurangan vitamin A pada bayi yang disusui.
- 3) Bayi umur 6-11 bulan perlu mendapatkan dan minum 1 kapsul vitamin A dosis tinggi 100.000 SI (kapsul biru) setiap bulan Februari atau Agustus dapat diperoleh di Posyandu atau Puskesmas untuk mencegah dan menanggulangi kekurangan vitamin A.
- 4) Balita 12-59 bulan perlu mendapatkan dan minum kapsul vitamin A

dosis tinggi 200.000 SI (kapsul merah) setiap bulan Februari dan Agustus dapat diperoleh di Posyandu atau Puskesmas untuk mencegah dan menanggulangi kekurangan vitamin A.

5. Mengantarkan kasus rujukan dan menindaklanjuti masa pasca rujukan

Peran kader pendamping sangat penting untuk memfasilitasi supaya keluarga yang mempunyai balita yang berat badannya tidak naik 2 kali berturut-turut, BGM dan balita gizi buruk bersedia, dirujuk. Rujukan dilaksanakan oleh Kader Pendamping ke Poskesdes/ Puskesmas. Bagi keluarga miskin biaya perawatan gizi buruk di Puskesmas atau Rumah Sakit ditanggung pemerintah melalui Asuransi Kesehatan Keluarga, Miskin (Askeskin). Di samping itu, kader pendamping agar menindaklanjuti pelayanan pasca rujukan, misalnya: memberikan konseling sesuai dengan masalahnya.

6. Menyelenggarakan Diskusi Kelompok Terarah (DKT) untuk membahas masalah gizi yang ditemukan selama kegiatan pendampingan. DKT dilakukan sesuai masalah yang dihadapi oleh keluarga, sasaran yang difasilitasi oleh kader pendamping dan dihadiri oleh petugas Poskesdes. Untuk lebih memotivasi keluarga sasaran, DKT dapat menghadirkan keluarga yang berhasil menerapkan KADARZI.

7. Kader pendamping menjalin kerjasama dengan tokoh masyarakat, tokoh agama, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan donatur untuk membantu memecahkan masalah gizi keluarga, melalui pertemuan Pokja KADARZI Desa.

8. Mencatat perubahan perilaku KADARZI

9. Kader pendamping mencatat setiap perubahan perilaku keluarga. setiap 4 kali kunjungan (kunjungan ke 4,8,12). Perubahan perilaku dapat diukur dengan membandingkan pencatatan sebelumnya, meliputi: balita dengan berat badan naik, Bawah Garis Merah (BGM), Suplementasi kapsul Vitamin A, pemberian ASI eksklusif 0-6 bln, Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) 6-24 bulan, Beraneka Ragam Makanan Keluarga, dan Garam Beryodium untuk selanjutnya disampaikan secara tertulis ke pelaksana program secara berkala. Dan kader merekap hasil perubahan perilaku dari kegiatan pendampingan setiap bulan.

c. Indikator Kinerja Pendampingan Gizi

Indikator kinerja ini mencerminkan kinerja kader pendamping terhadap kegiatan pendampingan yang dilaksanakan. Pemantauan kinerja pendampingan dilakukan secara berjenjang dan terus menerus. Pemantauan dari tingkat kecamatan/puskesmas ke desa/kelurahan dilakukan setiap bulan. Pemantauan dari kabupaten/kota ke Kecamatan/Puskesmas dan dari Propinsi ke Kabupaten/Kota dilakukan setiap 3 bulan. Menurut Depkes (2007), indikator sebagai berikut:

1. Indikator Input:

Setiap pendamping gizi memiliki:

- a. Buku pedoman pendampingan
- b. Buku saku

- c. Formulir pencatatan pendampingan
- d. Alat bantu penyuluhan dan nasehat gizi (lembar balik)
- e. Data jumlah sasaran
- f. Informasi masalah gizi kurang dan buruk (KEP)
- g. Rencana kunjungan rumah dan nasehat gizi.

2. Indikator Proses:

- a. Adanya Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) dan Diskusi Kelompok Terarah (DKT).
- b. Frekuensi nasehat gizi pada keluarga sasaran.
- c. Adanya rujukan dan tindak lanjut kasus balita gizi buruk, 2T dan BGM.

3. Indikator Output:

- a. Meningkatnya kunjungan sasaran datang ke Posyandu.
- b. Meningkatnya jumlah ibu yang memberikan ASI Eksklusif.
- c. Meningkatnya cakupan bayi 6-11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A satu kali setiap tahun.
- d. Meningkatnya cakupan anak balita (12-59 bulan) yang mendapat kapsul vitamin A, dua kali setiap tahun.
- e. Meningkatnya cakupan ibu hamil minum TTD minimal 90 tablet
- f. Meningkatnya cakupan pemberian ASI bagi bayi 6-11 bulan dan anak 12-24 bulan dari keluarga miskin.
- g. Semua anak gizi buruk pasca rawat inap yang didampingi, berat badannya naik mengikuti jalur pertumbuhan normal pada KMS.

- h. Meningkatnya jumlah keluarga yang menggunakan garam beryodium yang memenuhi syarat.
- i. Tidak adanya balita 2 T dan BGM.

d. Pemantauan Kegiatan Pendampingan

Langkah-langkah pemantauan kegiatan pendampingan, yaitu:

1. Kader pendamping menyampaikan formulir hasil perubahan perilaku formulir kesimpulan hasil dan formulir hasil kegiatan pendampingan kepada bidan Poskesdes.
2. Tenaga Pelaksana Gizi Poskesdes melakukan validasi kepada beberapa KK yang didampingi (5-6 KK per posyandu) melalui pemantauan langsung. Hasil validasi dibuktikan dengan paraf dan catatan dari Bidan Poskesdes pada formulir 4, 5 dan 6.
3. Poskesdes merekap hasil pemantauan keluarga sasaran di desa yang bersangkutan dan melaporkan hasilnya kepada Kepala desa dan tim Puskesmas. Bila ditemukan masalah dalam pemantauan, bidan Poskesdes memberikan umpan balik kepada kader pendamping. Demikian juga tim Puskesmas dapat memberikan umpan balik kepada Kepala desa bila ditemukan masalah, atau memberikan penghargaan atas kinerja yang baik kepada kader.
4. Pemantauan dilakukan setiap bulan selama proses pendampingan berlangsung.

C. Status Gizi

1. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi dan penggunaan zat-zat gizi yang dibedakan antara status gizi baik, status gizi kurang, status gizi buruk dan status gizi lebih. (Almatsier, 2001).

Pendapat tersebut di atas sejalan dengan pendapat Riyadi (2001) bahwa status gizi merupakan keadaan kesehatan tubuh seseorang atau kelompok orang yang diakibatkan oleh konsumsi, penyerapan (absorpsi) dan menggunakan zat gizi makanan (utilisasi).

Status gizi merupakan tanda-tanda atau penampilan seseorang sebagai akibat keseimbangan antara pemasukan dan pengolahan zat gizi yang berasal dari makanan yang dikonsumsi. Dapat pula disebutkan bahwa status gizi seseorang pada dasarnya merupakan gambaran kesehatan sebagai refleksi dari konsumsi pangan dan penggunaannya oleh tubuh. Status gizi merupakan indeks yang statis dan agregatif sifatnya kurang peka untuk melihat terjadinya perubahan dalam waktu pendek misalnya bulanan (Soekirman, 2002).

Status gizi kurang selain ditegakkan melalui pemeriksaan antropometri (penghitungan berat badan menurut umur /panjang badan) dapat melalui temuan klinis dijumpainya keadaan klinis gizi buruk yang dapat dibagi menjadi kondisi marasmus, kwasiorkor dan bentuk campuran (marasmus kwasiorkor). Tanda tanda marasmus adalah anak kurus,

kulitnya kering, didapatkan pengurusan otot (atrophy) sedangkan kwasiorkor jika didapatkan edema (bengkak) terutama pada punggung kaki yang tidak kembali setelah dilakukan pemijitan (pitting edema), marasmus kwasiorkor adalah bentuk klinis campuran keduanya.

Pengertian di masyarakat tentang "Busung Lapar" adalah tidak tepat. Sebutan "Busung Lapar" yang sebenarnya adalah keadaan yang terjadi akibat kekurangan pangan dalam kurun waktu tertentu pada satu wilayah, sehingga mengakibatkan kurangnya asupan zat gizi yang diperlukan, yang pada akhirnya berdampak pada kondisi status gizi menjadi kurang atau buruk dan keadaan ini terjadi pada semua golongan umur. Tanda-tanda klinis pada "Busung Lapar" pada umumnya sama dengan tanda-tanda pada marasmus dan kwashiorkor.

2. Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Status Kurang pada Balita

Secara langsung status gizi dipengaruhi oleh dua faktor yaitu asupan makanan dan penyakit infeksi, selain itu juga dipengaruhi oleh faktor tidak langsung yang meliputi: ekonomi, pertanian, budaya, pendidikan, pekerjaan dan pelayanan kesehatan.(Jellive, 1992).

Pendapat yang sama dikemukakan oleh Soekirman dalam Depkes RI (2001) bahwa status gizi dipengaruhi oleh faktor langsung dan faktor tidak langsung.

a. Faktor langsung

Faktor langsung yang mempengaruhi status gizi anak balita yaitu

konsumsi makanan dan penyakit infeksi yang diderita anak. Timbulnya gizi kurang tidak hanya karena makanan yang dikonsumsi kurang, tetapi juga karena penyakit infeksi. Anak balita yang mendapat makanan yang cukup tetapi sering terserang penyakit infeksi, akan menyebabkan nafsu makan berkurang dan akhirnya akan menderita kurang gizi, demikian juga sebaliknya bila makanan yang dikonsumsi tidak cukup maka daya tubuh akan lemah sehingga mudah terserang penyakit infeksi.

b. Faktor tidak langsung

Faktor tidak langsung yang mempengaruhi status gizi anak balita yaitu: keterdesiaan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan.

Timbulnya masalah gizi pada anak disebabkan berbagai faktor yang berkaitan antara satu dengan yang lainnya, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung yaitu adanya penyakit infeksi dan kurangnya konsumsi makanan dalam keluarga sedangkan penyebab tidak langsung adalah tidak cukup tersedianya pangan di rumah tangga, kurang baiknya pola pengasuhan anak terutama dalam pola pemberian makan pada balita, kurang memadainya sanitasi dan kesehatan lingkungan serta kurang baiknya pelayanan kesehatan. Semua keadaan ini berkaitan erat dengan rendahnya tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan kemiskinan. Dimana akar masalah gizi adalah terjadinya krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk kejadian bencana alam, yang mempengaruhi ketidak

seimbangan antara asupan makanan dan adanya penyakit infeksi, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita (Depkes,2005).

Menurut Rachmi (2005), gizi bukan semata-mata masalah kesehatan. Banyak hal yang melatarbelakanginya. Penyebab gizi kurang dan gizi buruk dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Secara garis besar penyebab anak kekurangan gizi disebabkan karena asupan makanan yang kurang atau anak sering sakit / terkena infeksi. Asupan yang kurang disebabkan oleh banyak faktor antara lain:

- 1) Tidak tersedianya makanan secara adekuat terkait langsung dengan kondisi sosial ekonomi (kemiskinan). Kadang kadang bencana alam, perang, maupun kebijaksanaan politik maupun ekonomi yang memberatkan rakyat akan menyebabkan hal ini.
- 2) Anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang Makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu, dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya akan berkonsekuensi terhadap status gizi bayi. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disiapkan sendiri di rumah.
- 3) Pola makan yang salah Suatu studi “positive deviance” mempelajari mengapa dari sekian banyak bayi dan balita di suatu desa miskin hanya sebagian kecil yang gizi buruk, padahal orang tua mereka semuanya

petani miskin. Dari hasil studi diketahui bahwa pola asuh sangat berperan terhadap status gizi anak. Anak yang diasuh oleh ibunya sendiri dengan penuh kasih sayang, mengerti tentang pentingnya ASI, posyandu dan kebersihan anaknya lebih sehat.

Dari hasil beberapa penelitian menyatakan bahwa keadaan kurang gizi pada bayi dan anak disebabkan karena kebiasaan pemberian MP-ASI yang tidak tepat. Keadaan ini memerlukan penanganan tidak hanya dengan penyediaan pangan, tetapi dengan pendekatan yang lebih komunikatif sesuai dengan tingkat pendidikan dan kemampuan masyarakat. Selain itu ibu-ibu kurang menyadari bahwa setelah bayi berumur 4-6 bulan memerlukan MP-ASI dalam jumlah dan mutu yang semakin bertambah, sesuai dengan penambahan umur bayi dan kemampuan alat cernanya.

Menurut Azwar (2000) ada beberapa permasalahan dalam pemberian makanan bayi/anak umur 0-24 bulan yaitu: Faktor ekonomi yang rendah menjadi salah satu penyebab dominan yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk atau marasmus kwashiorkor di Sulawesi Selatan dan Barat. Data Dinkes Sulsel diketahui, sekitar 16,1% lebih dari 574.462 bayi dan anak balita berstatus gizi buruk. Penyebabnya selain faktor ekonomi, juga masih adanya pemahaman dan pola makan yang salah dari suatu keluarga, karena faktor budaya. Diprediksi masih ada sekitar 19 ribu lebih bayi dan anak balita di Sulawesi Selatan yang mengalami gejala gizi buruk sesuai hasil pemantauan di 28 kabupaten/kota di Sulselbar. Sementara

yang dicurigai berstatus gizi buruk sekitar 16 ribu lebih bayi dari anak balita. (Razak Thaha, 2007)

Kelompok ekonomi rendah (miskin) adalah kelompok yang sangat rawan yang hidup dalam suatu lingkaran setan kemiskinan yang tak berujung, kemiskinan struktural. Lingkaran setan berputar dari kemiskinan, pendapatan rendah, produktivitas rendah, produksi rendah dan bertambah miskin. Bertambah miskin, maka konsumsi makanan rendah, terjadi kekurangan gizi, daya tahan tubuh menurun, frekuensi dan durasi sakit meningkat, kapasitas terbatas, produksi rendah, makin menjadi miskin.

3. Pengaruh Adanya Gizi Kurang dan Buruk

Bayi yang menderita kurang gizi rawan terserang penyakit infeksi seperti TBC dan diare. Penyakit penyerta itu yang membuat kondisi kesehatan bayi menurun drastis. Akibatnya bayi itu menderita gizi buruk. Balita yang berat badannya berada dibawah garis merah pada kartu menuju sehat selalu dikatakan menderita gizi buruk. "Padahal bisa saja dia hanya kekurangan gizi.

Berat badan rendah pada bayi tidak bisa jadi indikator utama bayi itu menderita gizi buruk penderita bayi kurang gizi dengan bobot rendah yang terkena penyakit susulan, seperti TBC dan gangguan pencernaan dan akan lebih parah jika kesadaran kebersihan lingkungan dan personal hygiene sangat rendah (Salim 2007)

Kondisi gizi buruk akan mempengaruhi banyak organ dan system, karena kondisi gizi buruk ini juga sering disertai dengan defisiensi (kekurangan) asupan mikro/ makro nutien lain yang sangat diperlukan bagi tubuh. Gizi buruk akan memporak porandakan system pertahanan tubuh terhadap microorganisme maupun pertahanan mekanik sehingga mudah sekali terkena infeksi.

Secara garis besar, dalam kondisi akut, gizi buruk bisa mengancam jiwa karena berberbagai disfungsi yang di alami, ancaman yang timbul antara lain hipotermi (mudah kedinginan) karena jaringan lemaknya tipis, hipoglikemia (kadar gula dalam darah yang dibawah kadar normal) dan kekurangan elektrolit penting serta cairan tubuh. Jika fase akut tertangani dan namun tidak di follow up dengan baik akibatnya anak tidak dapat mengejar ketinggalannya maka dalam jangka panjang kondisi ini berdampak buruk terhadap pertumbuhan maupun perkembangannya.

Akibat gizi buruk terhadap pertumbuhan sangat merugikan performance anak, akibat kondisi 'stunting' (postur tubuh kecil pendek) yang diakibatkannya. Yang lebih memprihatinkan lagi, perkembangan anakpun terganggu. Efek malnutrisi terhadap perkembangan mental dan otak tergantung dengan derajat beratnya, lamanya dan waktu pertumbuhan otak itu sendiri. Jika kondisi gizi buruk terjadi pada masa golden period perkembangan otak (0-3 tahun) , dapat dibayangkan jika otak tidak dapat berkembang sebagaimana anak yang sehat, dan kondisi ini akan irreversible (sulit untuk dapat pulih kembali).

Dampak terhadap pertumbuhan otak ini menjadi vital karena otak adalah salah satu 'aset' yang vital bagi anak untuk dapat menjadi manusia yang berkualitas di kemudian hari. Beberapa penelitian menjelaskan, dampak jangka pendek gizi buruk terhadap perkembangan anak adalah anak menjadi apatis, mengalami gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang adalah penurunan skor tes IQ, penurunan perkembangan kognitif, penurunan integrasi sensori, gangguan pemusatan perhatian, gangguan penurunan rasa percaya diri dan tentu saja merosotnya prestasi akademik di sekolah. Kurang Gizi berpotensi menjadi penyebab kemiskinan melalui rendahnya kualitas sumber daya manusia dan produktivitas. Tidak heran jika gizi buruk yang tidak dikelola dengan baik, pada fase akutnya akan mengancam jiwa dan pada jangka panjang akan menjadi ancaman hilangnya sebuah generasi penerus bangsa, (Soekirman, 2006).

Kasus gizi buruk yang terus meningkat di Indonesia akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia bangsa ini ke depan. Gizi buruk di negara berkembang ibarat dua sisi mata uang yang tidak bisa terpisah. Saat negara sedang berkembang, kemiskinan masih tetap ada, malah angkanya terus meningkat, kasus gizi burukpun akan terus terjadi. Beginilah sekarang kondisi yang sedang terjadi di Indonesia. Meski kita sudah berusia 63 tahun, kemiskinan masih terus membayangi, yang berarti kasus gizi buruk masih menghantui. (Khomson, 2006)

4. Upaya Penanggulangan Gizi Kurang dan Buruk

Pentingnya Deteksi dan Intervensi Dini Mengingat penyebabnya sangat kompleks, pengelolaan gizi buruk memerlukan kerjasama yang komprehensif dari semua pihak. Bukan hanya dari dokter maupun tenaga medis, namun juga pihak orang tua, keluarga, pemuka masyarakat maupun agama dan pemerintah. Langkah awal pengelolaan gizi buruk adalah mengatasi kegawatan yang ditimbulkannya, dilanjutkan dengan “frekuensi feeding” (pemberian makan yang sering), pemantauan akseptabilitas diet (penerimaan tubuh terhadap diet yang diberikan), pengelolaan infeksi dan pemberian stimulasi. Perlunya pemberian diet seimbang, cukup kalori dan protein serta pentingnya edukasi pemberian makan yang benar sesuai umur anak, Pada daerah endemis gizi buruk perlu distribusi makanan yang memadai. (Atmarita, 2007)

Penggunaan Air Susu Ibu (ASI) di Indonesia perlu ditingkatkan dan dilestarikan. Dalam "pelestarian penggunaan ASI", yang terutama perlu ditingkatkan adalah pemberian ASI eksklusif, yaitu pemberian ASI segera (kurang lebih 30 menit setelah lahir) sampai bayi berumur 4 bulan dan memberikan kolostrum pada bayi (Depkes RI; 1992:15). Bila kesehatan ibu setelah melahirkan baik, menyusui merupakan cara memberi makan yang paling ideal untuk 4-6 bulan pertama sejak dilahirkan, karena ASI dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi. Setelah ASI tidak lagi cukup mengandung protein dan kalori, seorang bayi mulai memerlukan minuman/makanan pendamping ASI (Anwar, 1992).

Upaya menanggulangi masalah Kurang Energi Protein (KEP) Puslitbang Gizi dan Makanan Depkes, menguji coba konsep enam tahap dalam sebuah penelitian di Kabupaten Pandeglang, Banten. Pertama, pengorganisasian masyarakat. Kedua, pelatihan. Ketiga, penimbangan balita. Keempat, penyuluhan gizi. Kelima, pemberian makanan tambahan. dan keenam, penggalangan dana. Dari hasil ujicoba diperoleh bahwa konsep tersebut cukup ampuh untuk menurunkan prevalensi gizi KEP di daerah penelitian. (Depkes RI, 2007)

Posyandu dan puskesmas sebagai ujung tombak dalam melakukan skrining/deteksi dini dan pelayanan pertama menjadi vital dalam pencegahan kasus gizi buruk saat ini. Penggunaan kartu menuju sehat dan pemberian makanan tambahan di posyandu perlu digalakkan lagi. Tindakan cepat pada balita yang 2x berturut-turut tidak naik timbangan berat badan untuk segera mendapat akses pelayanan dan edukasi lebih lanjut, dapat menjadi sarana deteksi dan intervensi yang efektif. Termasuk juga peningkatan cakupan imunisasi untuk menghindari penyakit yang dapat dicegah, serta propaganda kebersihan personal maupun lingkungan. Pemuka masyarakat maupun agama akan sangat efektif jika mau membantu dalam pemberian edukasi pada masyarakat, terutama dalam menanggulangi kebiasaan atau mitos-mitos yang salah pada pemberian makan pada anak. Kasus gizi buruk mengajak semua komponen bangsa untuk peduli, bersama kita selamatkan generasi penerus ini untuk menjadi Indonesia yang lebih baik. (Warta Posy, 1997)

Dalam keadaan darurat penanggulangan KEP lebih difokuskan pada intervensi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan selama 90 hari makan anak yang diluncurkan pemerintah kepada mereka yang menderita gizi kurang dan gizi buruk. Tetapi dalam jangka panjang PMT ini tidak dapat menjadi pilihan utama, karena akan menimbulkan ketergantungan yang hebat diantara penerima bantuan. Jika bukan dalam keadaan darurat pencegahan gizi kurang harus dilakukan dengan konsep pemberdayaan keluarga, namun konsep pemberdayaan keluarga sampai saat ini masih jarang dilakukan dalam mengatasi masalah KEP karena sulitnya merumuskan bentuk intervensi yang melibatkan keluarga (Sirajuddin, 2005)

The Theory of constraint (TOC) yang dikembangkan Eliyahu Goldrat menuntun kita untuk mengatasi masalah mulai dari rantai yang paling lemah, dan setiap saat hanya ada satu rantai yang paling lemah lalu kemudian kita akan keluar dengan hasil yang cukup signifikan mengatasi masalah (Poli, WIM , 2000). Jika variabel ekonomi adalah mata rantai yang paling lemah, maka dapatkah kita keluar dari masalah gizi dengan segera. (UNICEF, 1998)

Hipotesa yang menarik untuk kita bandingkan dengan modelnya Unicef yaitu bahwa perbaikan status gizi dapat saja dilakukan tanpa harus menunggu variabel ekonomi yang mapan dan meskipun masalah gizi terkait dengan masalah biomedik tetapi pengentasannya tidak hanya memerlukan ilmu-ilmu biomedik saja. Sangat diperlukan analisis yang

sistematis dan terukur dari aspek manajemen pengentasan kasus kurang gizi, untuk keluar dari lingkaran kemiskinan maka gizi harus menjadi prioritas utama sejak dini. (Soekirman, 2001)

Kemiskinan adalah penyebab kronis terjadinya KEP, namun bukan berarti bahwa masalah gizi tidak bisa diatasi tanpa ada perbaikan ekonomi terlebih dahulu. Untuk itu dalam melakukan hal yang tepat diperlukan cara yang benar. Ada empat azas yang harus diikuti untuk mengatasi masalah dengan cerdas yaitu: (1) Tepat masalah (2) Tepat akar penyebab (3) Tepat intervensi (4) Tepat implementasi. Ketidakberhasilan dari program perbaikan gizi karena mental model (*Project Oriented*) dari para enentu kebijakan. (AR. Thaha, 2004)

Mental Model Project Oriented. Teori hambatan dengan jelas menyebutkan bahwa mengatasi masalah dimulai harus dari mata rantai paling lemah menuntun kita untuk mulai memikirkan fakta pada level *grass root* (akar rumput) yaitu masyarakat sebagai subjek bukan sebagai objek. Jika kita analisis secara sederhana dimana letak mata rantai paling lemah ini, maka kemungkinan ada pada tiga domain (1) masyarakat (2) pemerintah (3) metodenya. Hukum pertama dalam Sistem Thinking and Learning Organization (STLO) menyebutkan masalah hari ini adalah akibat sukses masa lalu dan sukses masa kini merupakan masalah pada masa yang akan datang. Melihat masalah secara terpisah ibarat membelah gajah menjadi dua tidak akan melahirkan dua gajah kecil (Peter Senge, 2000)

Untuk menurunkan prevalensi gizi buruk perlu segera dilakukan langkah-langkah sebagai berikut: (1) segera melakukan pembentukan pos pemulihan gizi. (2) merubah paradigma Posyandu selama ini dari paradigma lama yang memprioritaskan kepada balita ke paradigma baru yakni proses menjadi kekurangan gizi terkonsentrasi pada fokus kegiatan pada anak bawah dua tahun atau Balita ke Baduta (anak Bawah Dua tahun). (3) memberi speeding dalam bentuk springkel, dan untuk mempercepat penurunan maka masyarakat ditempatkan sebagai subyek perubahan bukan obyek karena dalam teori constrain masyarakat miskin merupakan faktor dominan terjadinya gizi buruk sehingga dianggap sebagai mata rantai terlemah dari seluruh mata rantai sistem. (AR. Thaha, 2007)

Penelitian yang dilakukan oleh Sri Muljati, dkk (2005) pada 300 balita gizi kurang dan 415 balita gizi buruk yang mengikuti pemulihan di Klinik Gizi Bogor pada tahun 2000 s/d 2005. Menemukan bahwa pada balita gizi kurang yang telah mengikuti selama dua bulan di Klinik Gizi memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 22%. Sedangkan pada balita gizi buruk, setelah enam bulan mengikuti pemulihan memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 20%. Oleh karena itu pemantauan pertumbuhan secara berkala dan promosi tentang praktek pemberian MP-ASI di Posyandu sangat penting dilakukan agar terjadinya penyimpangan pertumbuhan dapat dikendalikan secara dini.

Demikian pula halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Salimar (2005) di dua kecamatan yaitu Kecamatan Sukaraja dan Kecamatan Bogor Selatan pada 176 ibu (umur 18-45 tahun) yang mempunyai balita gizi kurang dengan tujuan untuk mempelajari perubahan pengetahuan dan sikap ibu yang mempunyai balita gizi kurang setelah mendapat intervensi penyuluhan selama 3 bulan antara dua kelompok yang mendapat leaflet (kelompok perlakuan) dengan yang tidak mendapat leaflet (kelompok kontrol). Oleh karena itu, penelitian perlu dilanjutkan untuk mengetahui dampak penyuluhan terhadap perubahan perilaku ibu dalam perawatan anak. Penyuluhan terhadap suami perlu dilakukan agar terlibat dalam proses pengasuhan dan perawatan anak agar mempercepat upaya perbaikan gizi balita.

Santos, I Cesar G Victoria, Jose Martiones, Helen Goncalves, Denise PGinate, Neive J Valle dan Gretel Peltó (2001), melakukan penelitian tentang pengaruh konseling gizi terhadap peningkatan berat badan anak di Brasil. Sebanyak 33 konselor dilatih yang akan melayani 1213 klien anak umur < 18 bulan. Kunjungan rumah dilakukan pada hari ke 4, 45 dan 180 hari setelah pelatihan konselor berlangsung. Total sampel sebanyak 424 anak dengan perbandingan 218 kelompok intervensi dan 206 kelompok pembandingan. Keseragaman materi konseling dan latihan gizi fokus kepada pengetahuan yang terkait dengan penilaian status gizi, pengukuran antropometri, cara memberi MP-ASI, ASI Eksklusif dan cara mengatasi hambatan yang terkait dengan pemberian makan

anak. Output utama penelitian ini adalah peningkatan berat badan yang diukur setelah 180 hari.

Hasil penelitian Bandari *et.al* (2004) menemukan bahwa peningkatan pemberian Makanan Pendamping ASI dapat ditingkatkan melalui intervensi pendidikan praktis kepada kelompok ibu tetapi efeknya masih sangat terbatas terhadap pertumbuhan anak. Faktor yang membatasi pertumbuhan hendaknya didisain sedemikian rupa dalam bentuk intervensi sehingga pengaruhnya menjadi lebih nyata dalam intervensi program gizi. Hasil penelitian Sirajuddin (2006) tentang penerapan model tungku dalam pedampingan gizi di Kabupaten Selayar Sulawesi Selatan, bahwa penerapan model tungku mampu meningkatkan status gizi kelompok intervensi sebesar 28,6% walaupun peningkatannya tidak mampu menyamai status gizi kelompok pembanding sebesar 42,4%; program ini mampu meningkatkan asupan zat gizi balita yang sekaligus menggambarkan adanya perbaikan pola pengasuhan gizi pada kelompok intervensi setelah pendampingan selama 3 bulan.

Arnelia (2006) melakukan penelitian tentang Studi Aplikasi Penatalaksanaan dan Pengembangan Sistem Pelayanan Gizi Buruk Secara Rawat Jalan. Penelitian ini dilakukan pada anak gizi buruk usia di bawah tiga tahun di Laboratorium Gizi Masyarakat P3GM dengan cara pemulihan gizi secara rawat jalan. Sedangkan pengembangan sistem layanan dilakukan di Puskesmas Lebak Wangi Kabupaten Bogor. Hasilnya

terjadi perubahan status gizi menjadi lebih baik sudah mulai terlihat setelah 1 bulan pemulihan dimana proporsi marasmus turun dari 45.8% pada awal menjadi 20.8% pada kelompok sampel dan pada pembanding turun dari 45.5% menjadi 31.6%. Setelah 6 bulan pemulihan sebanyak 26.1 % sampel menjadi gizi baik meskipun masih tersisa 1 anak yang termasuk gizi buruk. Pada kelompok pembanding tidak terdapat anak dengan kategori gizi baik dan 1 anak masih didiagnosa marasmus. Bila dilihat status gizi berdasarkan indeks BB/TB ternyata setelah mengikuti pemulihan secara komprehensif selama 6 bulan, sebanyak 73.9% sampel dapat mencapai status gizi normal dan tidak terdapat lagi anak dengan kategori kurus sekali. Sedangkan pada kelompok pembanding, 1 anak pada akhir dalam kategori kurus sekali dan 30.8% mencapai kategori normal. Pengaruh program penanggulangan secara komprehensif termasuk bimbingan pengasuhan di rumah, terbukti dapat meningkatkan kualitas pengasuhan terhadap anak meliputi pengasuhan makan dan psikososial.

5. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi pada dasarnya merupakan proses pemeriksaan keadaan gizi seseorang dengan cara mengumpulkan data penting yang dapat diukur oleh tim penilai. Metode penilaian atau penentuan status gizi anak dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu konsumsi makanan, biokimia, pemeriksaan klinik dan antropometri. (Riyadi, 2001).

Menurut Jelliffe D.B. dan Jelliffe E.F. Patrice dengan bukunya yang berjudul *Community Nutrition Assessment* (1989) dalam Supariasa (2002), bahwa pada dasarnya penilaian status gizi dapat dibagi dua yaitu :

- a. Penilaian status gizi secara langsung, meliputi: Antropometri, klinis, biokimia dan biofisik.
- b. Penilaian status gizi secara tidak langsung, meliputi: survei konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi.

Penggunaan metode antropometri diakui sebagai indeks yang baik dan dapat diandalkan bagi penentuan status gizi untuk negara-negara berkembang. Antropometri merupakan salah satu indikator sederhana penilaian status gizi perorangan maupun masyarakat melalui pengukuran tubuh antara lain berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) (Riyadi, 2001).

Pengukuran antropometri adalah pengukuran dari berbagai dimensi fisik tubuh secara kasar dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Dalam praktek, ukuran antropometri yang paling sering digunakan adalah berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Sebagai indikator status gizi ukuran tersebut disajikan dalam bentuk indeks yang berkaitan dengan ukuran tubuh lainnya. Indeks antropometri terbagi antara lain berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), lingkaran lengan atas (LILA), tebal lipatan kulit pada berbagai tempat pada anggota gerak (Hadju, 1999).

Penentuan status gizi dengan menggunakan antropometri mempunyai beberapa keuntungan, antara lain :

- a. Prosedur pengukurannya sederhana, aman, sehingga dapat dilakukan dilapangan dan cocok dengan jumlah sampel banyak.
- b. Alat yang dibutuhkan tidak mahal, mudah dibawa dan tahan (durable) serta dapat dibuat atau dibeli disetiap wilayah.
- c. Tidak membutuhkan tenaga khusus dalam pelaksanaannya.
- d. Metodenya tepat dan akurat, sehingga standarisasi pengukuran terjamin.
- e. Hasil yang diperoleh menggambarkan keadaan gizi dalam jangka waktu lama dimana tidak dapat diperoleh dengan tingkat kepercayaan yang sama dengan tehnik lain.
- f. Proses ini dapat membantu mengidentifikasi tingkat malnutrisi (ringan sampai berat).
- g. Metode ini dapat digunakan untuk mengevaluasi terjadinya perubahan yang terjadi dari satu generasi kegenerasi berikutnya.
- h. Dapat digunakan sebagai skrining test untuk mengidentifikasi individu yang mempunyai resiko tiinggi terjadinya malnutrisi.

Dalam program gizi masyarakat dewasa ini, cara pengukuran yang paling sering digunakan adalah antropometri sebagai cara terbaik untuk menilai status gizi terutama pemantauan status gizi anak balita secara rutin. (Supariasa, 2002).

Pada kegiatan pemantauan status gizi, jarak waktu yang cukup lama (dua tahun atau lebih) pilihan utama adalah indeks TB/U. Indeks ini cukup

sensitif untuk mengukur perubahan status gizi dalam jangka panjang, stabil, tidak terpengaruh oleh fluktuasi perubahan status gizi yang sifatnya musiman. Perubahan-perubahan yang disebabkan oleh keadaan secara musiman yang dapat mempengaruhi status gizi adalah indeks BB/U. Apabila tujuan penilaian status gizi adalah untuk "*assessment*" seperti dalam evaluasi suatu kegiatan program gizi, gabungan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB dapat memberikan informasi yang rinci tentang status gizi, baik gambaran masa lalu maupun masa kini atau keduanya (kronis dan akut).

Menurut Soekirman (2000) dalam Punduh (2003) bahwa menentukan status gizi anak balita ditentukan melalui suatu perhitungan statistik dengan menghitung angka nilai hasil penimbangan dibandingkan dengan rata-rata atau median dan standar deviasi (SD) dari suatu angka satuan standar WHO dengan merekomendasikan penggunaan baku rujukan WHO-NCHS (*National Center for Health Statistic*) sebagai standar atau rujukan dalam penentuan status gizi secara antropometri untuk indeks BB/U, TB/U dan BB/TB (lihat tabel 1).

Tabel 1. Indeks Ambang Batas Penentuan Status Gizi Balita berdasarkan Standar WHO-NCHS

INDEKS	STATUS GIZI	AMBANG BATAS
Berat Badan menurut umur (BB/U)	Gizi Lebih	>+2 Standar Deviasi (SD)
	Gizi Baik	≥ -2 SD sampai + 2 SD
	Gizi Kurang	< -2 SD sampai ≥ -3 SD
	Gizi Buruk	< -3 SD
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Normal	≥ -2 SD
	Pendek (Stunting)	< -2 SD
Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Gemuk	> +2 SD
	Normal	≥ -2 SD sampai + 2 SD
	Kurus (Wasting)	< -2 SD sampai ≥ -3 SD
	Kurus Sekali	< -3 SD

Sumber :Punduh , 2003