

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Derajat kesehatan masyarakat suatu negara salah satunya dipengaruhi oleh keberadaan pelayanan kesehatan. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menyatakan bahwa pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (Kemenkes RI 2022). Sesuai dengan RPJMN 2021-2024, terdapat 7 agenda Pembangunan Nasional. Pada agenda ke 3 (tiga) Pembangunan Nasional diantaranya meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing, maka sektor kesehatan harus fokus untuk meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, dengan inovasi dan pemanfaatan teknologi.

Undang-undang Kesehatan memandatkan bahwa upaya perbaikan gizi masyarakat bertujuan meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat. Peningkatan mutu gizi yang dimaksud dilakukan melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, dan dan mutu pelayanan gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi untuk peningkatan akses. (Direktorat Gizi Masyarakat 2021)

Strategi yang digunakan adalah (1) Peningkatan kesehatan ibu, anak, KB dan kesehatan reproduksi; (2) Percepatan perbaikan gizi masyarakat; (3) Peningkatan pengendalian penyakit; (4) Penguatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), (5) Penguatan Sistem Kesehatan Pengawasan Obat dan Makanan. Kegiatan pada Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2021- 2024 yang ditetapkan dengan Nomor 21 Tahun 2021 terkait dengan Program Kesehatan Masyarakat berfokus pada penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, penurunan prevalensi stunting dan wasting pada balita yang kemudian diikuti dengan indikator-indikator pendukung (Kemenkes RI 2021).

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari



isebabkan oleh multifaktoral dan merupakan masalah gizi kronik. Adapun yang berpengaruh pada terjadinya stunting yaitu kondisi sosial ekonomi, gizi esakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Jika stunting maka dapat menimbulkan dampak jangka panjang yang mencakup

kesulitan dalam mencapai perkembangan yang optimal dan kecerdasan yang relatif rendah (Kemenkes, 2018).

Asupan zat gizi merupakan salah satu penyebab langsung yang dapat mempengaruhi status gizi pada balita. Asupan zat gizi yang diperlukan dan sangat penting untuk dipenuhi yaitu asupan energi dan protein (Proverawati, 2016). Salah satu faktor resiko yang diduga memiliki peran dalam terjadinya masalah pada gizi anak adalah kurangnya asupan zat gizi makro yaitu karbohidrat, protein dan lemak. Zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah besar didapatkan melalui asupan karbohidrat, protein dan lemak tersebut. Penemuan dilapangan contohnya di posyandu, puskesmas dan klinik anak, asupan gizi hanya terpenuhi setengah dari kecukupan sesuai dengan AKG. Asupan zat gizi makro yang tidak seimbang yang dialami tubuh dalam waktu yang lama akan mengakibatkan penurunan berat badan (berat badan kurang). Asupan lemak yang rendah menyebabkan terjadinya penurunan massa tubuh dan juga gangguan pada penyerapan vitamin larut lemak (Efrizal et all, 2022).

Selain itu, zat gizi mikro juga sangat penting bagi pertumbuhan anak walaupun hanya dibutuhkan dalam jumlah yang sangat kecil, contohnya zat besi. Efek defisiensi zat besi pada nak-anak akan mempengaruhi perkembangan mereka, sehingga banyak yang merekomendasikan pemberian suplementasi zat besi tambahan. Zat besi berpengaruh terhadap perkembangan anak. Selama periode pertumbuhan dan perkembangan ini, terdapat peningkatan penyerapan zat besi di sel yang digunakan untuk neurogenesis, pertumbuhan dendrit, myelinasi, sinaptogenesis, dan sintesis neurotransmitter sehingga diperlukan asupan zat besi yang cukup. Cara meningkatkan asupan kalori anak untuk mencegah terjadinya gizi kurang yaitu pemberian makanan dengan kandungan zat gizi makro dan mikro yang baik (Wahyuningsih et all, 2018)

Setiap tahun kekurangan gizi menyebabkan 3,1 juta kematian pada anak. Status gizi yang buruk dilihat dari 3 parameter yaitu Stunting (PB/U), Underweight (BB/U), dan Wasting (BB/PB). Prevalensi stunting di dunia mencapai angka 22,2% atau mencapai 150,8 juta anak (GNR, 2018) dan ditemukan paling banyak di Benua Afrika dan Wilayah Asia Tenggara yaitu sebesar 39,4% dari seluruh bayi di bawah 5 tahun (Rachmi CN et al, 2016). Adapun prevalensi stunting di Indonesia pada tahun 2018 menunjukkan angka 30,8%, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2019 sebesar 3,13% menjadi 27,67%. Pada tahun 2021 prevalensi stunting terus menunjukkan tren penurunan dimana prevalensi stunting turun 2,8% menjadi 24,87% dan selanjutnya pada tahun 2022 menurun sebesar 2,8% menjadi 21,6%. Hal ini masih menyisakan tantangan penurunan stunting di Indonesia. RUMAH SAKIT JMN indonesia pada tahun 2024 angka penurunan stunting ditargetkan mencapai 14%.



Sulawesi tengah merupakan salah satu propinsi yang masuk dalam 10 besar tertinggi angka stunting hasil SSGI 2021 29,7%, angka ini menurun pada SSGI 2022 sebesar 1,5 % yakni 28,2% dan hasil SKI 2023 sebesar 22,7%. Sementara di Kabupaten Banggai Hasil SSGi 2021 Sebesar 26,0% dan menurun 1,7% menjadi 24,3% pada SSGI tahun 2022 serta hasil SKI 2023 sebesar 29,1%. Pada Skala kecamatan, Batui Selatan merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Banggai yang masing tinggi kasus Stunting yaitu sebesar 22,5% pada tahun 2021 dan cenderung meningkat menjadi 26,4% pada tahun 2022 dan pada tahun 2023 turun menjadi 23,6%. Prevalensi Stunting tersebut segera mungkin harus ditanggulangi, baik dalam pendekatan Spesifik maupun sensitive.

Penanggulangan masalah gizi harus melibatkan berbagai pihak dalam masyarakat, salah satu pihak masyarakat yang berperan penting dalam penanggulangan masalah gizi Balita adalah kader kesehatan di Desa khususnya masalah Gizi pada Baduta. Menurut WHO (1998) kader merupakan laki-laki atau wanita yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani, masalah-masalah kesehatan perorangan maupun yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan. Selain itu kader adalah tenaga sukarela yang tepat untuk usaha-usaha masyarakat karena berasal dari masyarakat, sehingga mengenal masyarakat setempat, disegani dan dipercaya masyarakat sehingga saran dan petunjuknya akan didengar dan diikuti oleh masyarakat (Lestari and Hanim 2020).

Kader merupakan bagian dari masyarakat memiliki peran sebagai komponen integral tenaga kerja kesehatan untuk pembangunan kesehatan, dan kader juga diharapkan membantu masyarakat dalam mengadopsi atau menerapkan perilaku gaya hidup sehat. Kader posyandu merupakan health provider yang berada didekat kegiatan sasaran posyandu, tatap muka kader lebih sering daripada petugas kesehatan lainnya (Putra 2020). Kader Kesehatan Desa dikenal dengan kader posyandu membantu tenaga Kesehatan dalam upaya pelayanan Kesehatan di Desa. Kader posyandu merupakan orang yang memiliki pengaruh penting dalam masyarakat, karena kader lebih dekat dengan lingkungan dan masyarakat di wilayah kerjanya. Kader posyandu merupakan mitra bidan, ia lebih dekat dan memiliki waktu tinggal yang lebih lama dengan masyarakat disekitar ia tinggal. Upaya pemerintah dalam menciptakan kualitas hidup yang lebih baik pada balita dan mendeteksi perkembangan pada anak balita diperlukan peran kader yang memiliki keterampilan yang baik dalam melakukan deteksi perkembangan pada anak balita (Ersila, Prafitri,2021).

Peranan kader sangat penting karena kader bertanggung jawab dalam pelaksanaan tim posyandu. Adanya peran kader dapat membantu masyarakat dalam mengatasi masalah gizi buruk, selain itu adanya peran kader juga dapat membantu dalam mengurangi angka kematian ibu juga balita. Beberapa hasil penelitian menunjukkan ada peran serta kader posyandu dengan status gizi balita seperti yang terdapat dalam "Peran Kader Kesehatan Desa sebagai Mitra Bidan dan Tenaga Kerja Puskesmas Mangan". Kader diharapkan berperan aktif dan



mampu menjadi pendorong, motivator dan penyuluh masyarakat, dan dapat 'menjembatani' antara petugas/ ahli kesehatan dengan masyarakat serta membantu masyarakat mengidentifikasi dan menghadapi/menjawab kebutuhan kesehatan mereka sendiri (Onthonie, Ismanto, and Onibala 2015).

Kader mempunyai peran penting dalam upaya perbaikan gizi dan Kesehatan masyarakat. Kader dapat diberdayakan sebagai kelompok masyarakat yang mampu memberikan edukasi dan konseling bagi ibu hamil, ibu bayi dan ibu baduta dalam meningkatkan status gizi dan asupan gizi. Kader posyandu juga dinilai memiliki kemampuan dan memenuhi syarat untuk dapat melaksanakan tugasnya sebagai pendamping ibu yang memiliki anak usia 0-24 bulan dalam pemantauan pertumbuhan dan pendampingan pemenuhan asupan gizi. Berbagai hasil penelitian membuktikan bahwa pemberdayaan kader efektif meningkatkan pengetahuan setelah diberikan materi yang mudah difahami oleh kader, sikap dan tindakan ibu serta meningkatkan status gizi anak dan keluarga (Simbolon, Mahyuddin, 2022). Penelitian lain juga menunjukkan adanya pengaruh pendampingan terhadap pengetahuan dan keterampilan kader dalam deteksi dini dan pencegahan stunting yang menunjukkan adanya peningkatan rata-rata nilai pengetahuan dan nilai keterampilan responden sebelum dan sesudah dilakukan pendampingan (Sitorus, Ni Made Ridla Nilasanti Parwata, and Noya 2021) (Vinci, Bachtiar, and Parahita 2022).

Aspek lain yang juga penting bagi kader adalah Pengetahuan dan keterampilan terkait pemberian MP-ASI. Permasalahan yang ditemukan pada kader bahwa mereka belum pernah mendapatkan bimbingan menyiapkan MP-ASI sehat untuk bayi Balita. Penelitian (Suryani 2020) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pola MP- ASI meliputi frekuensi, porsi, tekstur dan umur pertama MP-ASI dengan status gizi berdasarkan BB/U ($p < 0.05$), juga menunjukkan bahwa baduta yang pola MP-ASInya diberikan ≥ 3 kali dengan porsi sesuai usia dan tekstur yang sesuai serta diberikan MP-ASI pertama pada usia ≥ 6 bulan cenderung memiliki status gizi yang baik dan sebaliknya. Hal ini merupakan masalah yang dilematis, kader kesehatan diharapkan dapat memberdayakan masyarakat dalam mengatasi masalah Kesehatan khususnya Stunting, namun tidak mendapat bekal pengetahuan dan kemampuan yang memadai. Disisi lain penghargaan secara materi yang diperoleh juga sangat minimal yang dapat menghambat kinerja dan kesejahteraan kader (Imallah 2018).

Penelitian sebelumnya memperlihatkan bahwa ada hubungan pendampingan singkat dapat self-efficacy dalam memberikan MPASI (Sakinah et al. 2022). Oleh karena itu, dapat mempertahankan kemampuan diri Ibu dalam memberikan MPASI nya Baduta, diperlukan pendampingan yang terus menerus yang dilakukan tinggal dan berdomisili bersama ibu Baduta, sehingga Kader adalah dianggap tepat untuk menajalankan pendampingan kepada ibu dalam



memberikan MPASI sehingga dapat meningkatkan status Gizi Anak khususnya dalam penanggulangan Stunting.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di kecamatan Batui selatan menunjukkan bahwa sebagian besar kader hanya menerima materi tentang pengukuran antropometri dan pelayanan penimbangan, sementara tugas kader tidak hanya sekedar melakukan pengukuran antropometri namun harus mampu memberikan pendampingan kepada ibu Baduta dalam upaya peningkatan Kesehatan anak baduta, khususnya aspek gizi anak Baduta dan asupan gizi pada Baduta di kecamatan Batui Selatan Kabupaten Banggai Sulawesi Tengah. Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimanakah pengaruh pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta terhadap asupan dan status gizi Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah?

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta terhadap asupan dan status gizi Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk menilai pengaruh pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta terhadap asupan dan status gizi Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Menilai besar perbedaan dari perubahan asupan zat gizi makro (Karbohidrat, Protein, Lemak) sebelum dan setelah pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah.
- b. Menilai besar perbedaan dari perubahan asupan zat gizi mikro (Fe, Zink, Kalsium, Iodium) sebelum dan setelah pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah.
- c. Menilai besar perbedaan dari perubahan status gizi (BB/U, PB/U, BB/PB) sebelum



setelah pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan informasi terkait pengaruh pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta terhadap asupan dan status gizi Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah.

1.4.2. Manfaat Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi atau masukan kepada instansi terkait khususnya di Kabupaten Banggai, tentang efektifitas pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta terhadap asupan dan status gizi Baduta.

1.4.3. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi dan pertimbangan bagi peneliti selanjutnya untuk mengkaji lebih dalam tentang pengaruh pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta terhadap asupan dan status gizi Baduta



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kader Kesehatan dan Peranannya dalam Perbaikan Status Gizi

Kader Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut Kader adalah setiap orang yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menggerakkan masyarakat berpartisipasi dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan (Kemenkes 2019). Menurut WHO (1986), kader adalah laki-laki atau perempuan yang dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan baik perseorangan maupun masyarakat serta untuk bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat pelayanan kesehatan dasar. Kader adalah tenaga sukarela yang tepat untuk usaha-usaha masyarakat karena berasal dari masyarakat, sehingga mengenal masyarakat setempat, disegani dan dipercaya masyarakat sehingga saran dan petunjuknya akan didengar dan diikuti oleh masyarakat (Lestari and Hanim 2020). Kader posyandu merupakan orang yang memiliki pengaruh penting dalam masyarakat, karena kader lebih dekat dengan lingkungan dan masyarakat di wilayah kerjanya (Ersila, Prafitri, 2021)

Kader kesehatan yaitu tenaga yang berasal dari masyarakat, yang dipilih oleh masyarakat sendiri dan bekerja secara sukarela untuk menjadi penyelenggara pelayanan Kesehatan di Desa. Kader kesehatan masyarakat bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan-pimpinan yang ditunjuk oleh pusat-pusat kesehatan. Diharapkan mereka dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan oleh para pembimbing dalam jalinan kerja dari sebuah tim kesehatan. Para kader kesehatan masyarakat itu mungkin saja bekerja secara full time atau part time dalam bidang pelayanan kesehatan, dan mereka tidak dibayar dengan uang atau bentuk lainnya. oleh masyarakat setempat atau oleh puskesmas (Egeten, Damanik, 2019)

Keberadaan kader di posyandu sebagai salah satu system penyelenggarakan pelayanan sangat dibutuhkan. Mereka adalah ujung tombak pelayanan Kesehatan yang merupakan panjang tangan dari puskesmas. Keberadaan posyandu dengan pelaksanaan program DDTK merupakan kunci dan motivator bagi para ibu balita untuk mau belajar mendeteksi dini tumbuh kembang balita mereka. Di harapkan kader mampu memberikan peran yang lebih sebagai masyarakat sebagai bentuk pengabdian, kemampuan kader sebagai masyarakat dalam menyampaikan masalah pada tumbuh kembang balita agar membantu nakes dalam pengambilan keputusan terhadap kasus yang



ada dimasyarakat (Wahyuningsih and Setyaningsih 2018)

2.1.1. Tugas dan Fungsi Kader

Tugas kegiatan kader akan di tentukan, mengingat bahwa pada umumnya kader bukanlah tenaga professional melainkanhanya membantu dalam pelayanan kesehatan. Hal ini perlu adanya pembatasan tugas yang diemban, baik menyangkut jumlah maupun jenis pelayanan (Arundhana et al. 2018). Kader posyandu dipilih secara sukarela dari anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan posyandu secara sukarela. Kriteria kader posyandu antara lain diutamakan berasal dari anggota masyarakat setempat, dapat membaca dan menulis huruf latin, mempunyai jiwa pelopor, pembaharu dan penggerak masyarakat, serta bersedia bekerja secara sukarela, memiliki kemampuan dan waktu luang (Ayuningtiyas et al. 2022)

Kader mempunyai tugas secara sukarela mengelola posyandu dan memberikan motivasi serta penyuluhan kepada sasaran posyandu untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada kelompok ibu dan anak. Kader yang merupakan anggota masyarakat itu sendiri akan mempunyai kedekatan secara emosional dengan masyarakat, sehingga Kader mempunyai pengaruh besar terhadap perilaku yang berkembang di masyarakat. Interaksi kader posyandu dengan masyarakat akan lebih sering terjadi daripada dengan petugas Kesehatan (Efrizal and Utami 2022).

Secara teknis, tugas kader yang terkait dengan gizi adalah melakukan pendataan balita, melakukan penimbangan serta mencatatnya dalam Kartu Menuju Sehat (KMS), memberikan makanan tambahan, mendistribusikan vitamin A, melakukan penyuluhan gizi serta kunjungan ke rumah ibu yang menyusui dan ibu yang memiliki balita. Kader diharapkan berperan aktif dan mampu menjadi pendorong, motivator dan penyuluh masyarakat.(Prang, Pangemanan, and Tilaar 2013). Kader adalah seseorang warga desa yang bekerja secara sukarela, ditunjuk serta diangkat berdasarkan kepercayaan dan persetujuan masyarakat. Para kader diharapkan dapat memberdayakan masyarakat agar mampu memecahkan masalah kesehatan masyarakat minimal untuk dirinya dan keluarganya serta untuk masyarakat desa tempatnya tinggal.

Namun yang dilematis adalah satu sisi kader diharapkan dapat menjalankan perannya dengan baik, tetapi pengetahuan dan kemampuan kurang memadai di bidang kesehatan salah satunya tentang gizi dan sientif dan dukungan moril juga kerap menjadi salah satu penghambat



kinerja para Kader, serta pendidikan rata rata kader tidak terlalu tinggi, di daerah yang jauh dari pusat kota, masih ditemukan kader dengan pendidikan yang relative rendah, lulusan SMP atau sedikit yang lulus SMA dan masih banyak kader kader yang berusia tua.

Tidak terlalu mudah mencari pengganti dari kader-kader senior tersebut, karena para kader senior sudah sangat banyak berjasa bagi perkembangan desa. Kader diharapkan dapat menjembatani antara petugas/ahli kesehatan dengan masyarakat serta membantu masyarakat mengidentifikasi dan menghadapi/menjawab kebutuhan kesehatan mereka sendiri (Sagita 2017). Kader juga di harapkan dapat menyediakan informasi bagi pejabat kesehatan berwenang yang mungkin tidak dapat mencapai masyarakat langsung, serta mampu mendorong para pejabat kesehatan di sistem kesehatan agar mengerti dan merespons kebutuhan masyarakat (Migang 2021). Kader dapat membantu mobilisasi sumber daya masyarakat, mengadvokasi masyarakat serta membangun kemampuan lokal, maka kader harus mempunyai pengetahuan yang baik agar tugas tugas teknis di lapangan bersama masyarakat dapat terlaksana dengan baik, terutama pengetahuan tentang 1000 HPK.(Himmawan 2019)

2.1.2. Peran Kader

Kader mempunyai peran penting dalam upaya perbaikan gizi dan Kesehatan masyarakat. Kader dapat diberdayakan sebagai kelompok masyarakat yang mampu memberikan edukasi dan konseling bagi ibu hamil, ibu bayi dan ibu baduta dalam meningkatkan status gizi dan asupan gizi(Satiti and Amalia 2020)(Rizqi and Fitriawan 2020).

Kader sebagaimana dimaksud berperan sebagai:

- a. penggerak masyarakat untuk berperan serta dalam upaya kesehatan sesuai kewenangannya;
- b. penggerak masyarakat agar memanfaatkan UKBM dan pelayanan kesehatan dasar;
- c. pengelola UKBM;
- d. penyuluh kesehatan kepada masyarakat;
- e. pencatat kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan; an pelapor jika ada permasalahan atau kasus kesehatan setempat ada tenaga kesehatan. (Kemenkes 2019)



meningkatkan status gizi anak dan keluarga. Dalam kegiatan pengabdian masyarakat ini, alasan pemberdayaan kader posyandu adalah karena kader posyandu dinilai memiliki kemampuan dan memenuhi syarat untuk dapat melaksanakan tugasnya sebagai pendamping ibu yang memiliki anak usia 0-24 bulan dalam pemantauan pertumbuhan dan pendampingan pemenuhan asupan gizi (Simbolon, Mahyuddin, 2022).

Kegiatan yang dilakukan kader Posyandu adalah a) melaksanakan pendaftaran; b) melaksanakan penimbangan bayi dan balita; c) melaksanakan pencatatan hasil penimbangan; d) memberikan penyuluhan; e) memberi dan membantu pelayanan; f) merujuk (Utami, Isnii, and Rohmadheny 2022)(Wantu and Hippy 2021). Selain itu ada pula kegiatan yang menunjang upaya kesehatan lainnya yang sesuai dengan permasalahan yang ada: pemberantasan penyakit menular; penyehatan rumah; pembersihan sarang nyamuk; pembuangan sampah; penyediaan sarana air bersih; menyediakan sarana jamban keluarga; pembuatan sarana pembuangan air limbah; pemberian pertolongan pertama pada penyakit; P3K; dana sehat; kegiatan pengembangan lainnya yang berkaitan dengan Kesehatan (Direktorat Gizi Masyarakat 2021).

2.2.3. Pendampingan oleh Kader pada Ibu Baduta

Kader kesehatan sebagai salah satu tenaga sukarela yang dipilih masyarakat mempunyai peran yang besar dalam upaya meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Wuwuh 2016). Peranan kader sangat penting karena kader bertanggung jawab dalam pelaksanaan program posyandu. Bila kader tidak aktif maka pelaksanaan posyandu juga akan menjadi tidak lancar dan akibatnya status gizi balita tidak dapat dideteksi secara dini dengan jelas. Kader merupakan titik sentral dalam pelaksanaan kegiatan posyandu (Perdana et al. 2020)(Efrizal and Utami 2022).

Keikutsertaan dan keaktifannya diharapkan mampu menggerakkan partisipasi masyarakat. Namun, keberadaan kader relatif labil karena partisipasinya bersifat sukarela sehingga tidak ada jaminan untuk tetap menjalankan fungsinya dengan baik seperti yang diharapkan. Jika ada kepentingan keluarga atau kepentingan lainnya maka posyandu akan ditinggalkan (Onthonie, Ismanto, and Onibala 2015) (Abdillah, Sulistiyawati,2020).

Masih banyaknya permasalahan gizi ibu hamil, bayi dan balita menunjukkan bahwa asupan gizi tingkat keluarga belum memadai. Salah



satu langkah yang cukup strategis untuk menimbulkan motivasi kearah perbaikan perilaku pengasuhan yang baik sesuai dengan konsep kesehatan adalah melakukan promosi kesehatan dengan strategi pemberdayaan keluarga atau masyarakat (empowerment) dan partisipasi masyarakat (community participation) (Sutrio, Mulyani, and Lupiana 2021) (Kesumasari et al. 2020)

Kader kesehatan merupakan ujung tombak sekaligus kepanjangan tangan dari pemerintah dalam mengupayakan peningkatan kesehatan di masyarakat. Kader sangat berperan dalam menyukseskan pembangunan nasional di bidang kesehatan, dimana prinsip dari pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa masyarakat itu bukan objek akan tetapi masyarakat adalah subjek dari suatu pembangunan nasional. Kader dianggap sebagai sosok yang paling memahami kondisi kebutuhan akan kesehatan di wilayahnya (Amar et al. 2022) (Purnomo et al. 2022).

2.2. Penyuluhan Model Pendampingan

Pendamping yang berperan sebagai fasilitator, komunikator dan dinamisator. Dari pengertian tersebut dapat diambil benang merah, bahwa pendampingan merupakan kegiatan sukarela dari individu atau kelompok luar untuk membelajarkan sekelompok yang bertujuan untuk menambahkan kesadaran 9 dalam rangka pemenuhan kebutuhan dan potensi mereka atas interaksi dari, oleh, dan untuk anggota kelompok. Menurut (Agung, 2015), menyebutkan bahwa pola pendampingan sebagai kegiatan untuk membantu individu atau kelompok yang berawal dari kemampuan dan kebutuhan yang dilakukan melalui pengembangan proses interaksi dan komunikasi dari, oleh dan untuk anggota kelompok serta mengembangkan kesetiakawanan dan solidaritas kelompok dalam rangka tumbuhnya sebagai manusia yang utuh sehingga dapat berperan dalam kehidupan masyarakat sesuai dengan kemampuan yang dimiliki (Fabiana Meijon Fadul 2019).

2.2.1. Fungsi dan Peran Pendamping

Menurut Purwasasmita, M (2010) dan Wiryasaputra (2006), Dalam melaksanakan tugasnya, seorang pendamping memiliki fungsi:



• Fungsi penyembuhan (Healing) Fungsi ini dipakai oleh pendamping ketika melihat keadaan yang perlu dikembalikan kekeadaan semula atau mendekati keadaan semula. Fungsi ini dipakai untuk membantu orang yang didampingi menghilangkan gejala-gejala dan tingkah laku yang disfungsi sehingga dia tidak menampakkan lagi gejala yang mengganggu dan dapat

- berfungsi kembali secara normal sama seperti sebelum mengalami krisis. Seperti alat pemersatu apabila yang agent saling bertentangan atau konflik.
- b. Fungsi membimbing (Guiding) Fungsi membimbing ini dilakukan pada waktu orang harus mengambil keputusan tertentu tentang masa depannya. Dalam hal ini, klien sedang dalam proses pengambilan keputusan dan membantu dalam pemecahan masalah.
 - c. Fungsi menopang (Sustaining) Fungsi ini dilakukan bila klien tidak mungkin kembali ke keadaan semula. Fungsi menopang digunakan sekarang sebagaimana adanya, kemudian berdiri diatas kakisendiri dalam keadaan baru, bertumbuh secara penuh dan utuh.
 - d. Fungsi memperbaiki hubungan (Reconciling) Fungsi ini dipakai untuk membantu klien bila mengalami konflik batin dengan pihak lain yang mengakibatkan putus dan rusaknya hubungan.
 - e. Fungsi membebaskan (Liberating, empowering, capacity building) Fungsi ini dapat juga disebut sebagai “membebaskan” (liberating) atau “memampukan” (empowering atau memperkuat (capacity building). Seperti mengurangi hambatan-hambatan atau tekanan-tekanan yang terjadi didalam kegiatan belajar mandiri. Pendamping sebagai fasilitator menurut Ibrahim Yunus , memiliki empat fungsi dalam mengelola pembelajaran dimasyarakat, yaitu: (1) sebagai narasumber; (2) sebagai guru; (3) sebagai mediator; (4) sebagai penantang, fasilitator harus mampu menolong dan mengemukakan potensi dan kapasitas masyarakat sehingga kelompok masyarakat dapat melakukan berbagai aktivitas pengembangan.

2.2.2. Tugas Pendamping

Seorang pendamping memiliki tugas pokok untuk:

- a. mengidentifikasi calon warga belajar;
 - b. bersama-sama warga belajar mengidentifikasi narasumber teknis dan melakukan identifikasi jenis potensi yang dimiliki;
 - c. memfasilitasi setiap pembelajaran;
 - d. membantu warga belajar mengelola kegiatan belajar mandiri;
 - e. membantu dalam proses pembuatan produk dari hasil kegiatan belajar mandiri, dan
- memberikan motivasi belajar mandiri secara maksimal dan penuh tanggungjawab.



2.2.3. Tujuan Pendampingan

Menurut Wiryasaputra, ada beberapa tujuan dari pendampingan antara lain adalah :

- a. Membantu klien berubah menuju pertumbuhan, pendamping secara berkesinambungan memfasilitasi orang yang didampingi menjadi agen perubahan bagi dirinya dan lingkungannya. Dan pendamping berusaha membantu orang yang didampingi sedemikian rupa sehingga mampu menggunakan segala sumber daya yang dimilikinya untuk berubah.
- b. Membantu klien mencapai pemahaman diri secara penuh dan utuh, dalam artian orang yang didampingi memahami kekuatan dan kelemahan yang ada dalam dirinya, serta kesempatan dan tantangan yang ada di luar dirinya. Melalui pendampingan, pendamping membantu orang yang didampingi untuk menyadari sumber-sumber yang ada pada dirinya, kemudian memakainya untuk mengatasi persoalan yang sedang dihadapi dan akhirnya bertumbuh
- c. Membantu klien untuk belajar berkomunikasi yang lebih sehat. Pendampingan dapat dipakai sebagai media pelatihan bagi orang yang didampingi untuk komunikasi secara lebih sehat dengan lingkungannya.
- d. Membantu klien untuk berlatih bertingkah laku yang lebih sehat.
- e. Membantu klien untuk belajar mengungkapkan diri secara penuh dan utuh.
- f. Membuat orang yang didampingi dapat bertahan, dalam artian membantu orang agar menerima keadaan dengan lapang dada dan mengatur kembali kehidupannya dengan kondisi yang baru.
- g. Membantu klien untuk menghilangkan gejala-gejala yang disfungsi, pendamping membantu orang yang didampingi untuk menghilangkan atau menyembuhkan gejala yang mengganggu sebagai akibat dari krisis, mungkin juga gejala itu bersifat patologis.

2.2.4. Tahap Proses Pendampingan

Proses pendampingan menurut Wiryasaputra ada 6 tahap pendampingan yang harus dilakukan.

Menciptakan hubungan kepercayaan, karena pendampingan berdasar pada hubungan kepercayaan. Tanpa kepercayaan, tidak mungkin perubahan terjadi.



* Mengumpulkan data dan anamnesis, dalam tahap ini pendamping berusaha mengumpulkan informasi, data atau fakta. Hindari tindakan bersifat interogatif. Dengan data demikian diharapkan pendamping mampu membuat diagnosis, rencana pertolongan dan tindakan pertolongan yang secara relevan, akurat dan menyeluruh.

- b. Menyimpulkan atau sintesis dan diagnosis. Dalam tahap ini, pendamping diharapkan dapat melakukan analisis data, mencari kaitan antara satu gejala dan gejala yang lain, membuat sintesis dan kemudian menyimpulkan apa yang menjadi permasalahan utama atau keprihatinan batin pokok yang sedang digumuli oleh orang yang didampingi.
- c. Pembuatan rencana tindakan. Pendamping diharapkan membuat rencana pertolongan. Tindakan apa yang akan dilakukan, sarana apa yang akan digunakan, pendamping juga menentukan kapan rencana itu akan dilakukan, bagaimanakan proses pertolongan dilakukan, teknik apa yang akan digunakan dan siapakah atau pihak-pihak manakah yang akan dilibatkan dalam proses pendampingan.
- d. Tindakan pertolongan. Pendamping melakukan tindakan pertolongan yang telah direncanakan. Semuanya dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Dan yang keenam adalah pemutusan hubungan. Setelah tahap review dan evaluasi, pendamping perlu mengatur pemutusan hubungan.

2.3. Kebutuhan Gizi dan Pengukuran Status Gizi Baduta

2.3.1. Konsep Status Gizi

Pengertian status Gizi Istilah gizi berasal dari bahasa Arab “giza” yang berarti zat makanan, dalam bahasa Inggris dikenal dengan istilah nutrition yang berarti bahan makanan atau zat gizi atau sering diartikan sebagai ilmu gizi. Lebih luas, gizi diartikan sebagai suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat gizi untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal organ tubuh serta untuk menghasilkan tenaga (Marimbi, 2013).

WHO mengartikan ilmu gizi sebagai ilmu yang mempelajari proses yang terjadi pada organisme hidup. Dimana prosesnya yaitu pengambilan dan pengolahan zat padat dan cair dari makanan yang diperlukan untuk memelihara kehidupan, pertumbuhan, berfungsinya organ tubuh dan menghasilkan energi (Almatsier, 2012).

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Keadaan gizi seseorang dapat dikatakan baik jika terdapat keseimbangan antara perkembangan fisik dan perkembangan mental intelektual. Status gizi dipengaruhi oleh dua faktor yaitu konsumsi



makanan dan kesehatan. Konsumsi makanan dipengaruhi zat gizi dalam makanan, program pemberian makanan dalam keluarga, kebiasaan makan, pemeliharaan kesehatan, daya beli keluarga, lingkungan fisik dan sosial (Proverawati, 2016).

2.3.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Bayi Balita

a. Faktor Langsung,

1. Kecukupan konsumsi makanan status gizi masyarakat ditentukan oleh kecukupan makanan dan kemampuan tubuh yang mengandung zat gizi untuk kesehatan. Jika kecukupan konsumsi makanan kurang akan mempermudah timbulnya penyakit yang akan mempengaruhi pertumbuhan dan mengakibatkan status gizi menurun.
2. Keadaan kesehatan, kurang gizi adalah faktor prakondisi yang memudahkan anak mendapat kesehatan yang kurang baik atau akan mempermudah timbulnya penyakit infeksi. Dalam keadaan gizi yang baik, tubuh mempunyai cukup kemampuan untuk mempertahankan diri terhadap penyakit infeksi.

b. Faktor Tidak langsung

1. Ketahanan Makanan Keluarga Makanan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang anak dimana kebutuhan anak berbeda dengan orang dewasa, karena makanan pada bayi dibutuhkan juga untuk pertumbuhan dimana dipengaruhi oleh ketahanan makanan keluarga.
2. Asuhan Ibu Bagi Anak. Dalam tumbuh kembang anak, tidak sedikit peranan ibu dalam ekologi anak
3. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Sanitasi Lingkungan. Perawatan kesehatan yang teratur tidak saja pada anak sakit, tetapi pemeriksaan kesehatan dan menimbang anak secara rutin setiap bulan dapat mengetahui status gizi anak tersebut.
4. Pendidikan. Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang paling penting dalam tumbuh kembang anak.
5. Keberadaan dan Kontrol Keluarga. Keberadaan keluarga yang harmonis akan mempengaruhi tumbuh kembang anak.
6. Politik. Kehidupan politik dalam masyarakat akan mempengaruhi tumbuh kembang anak.
7. Faktor Ekonomi. Penghasilan keluarga merupakan faktor yang mempengaruhi kedua yang berperan langsung terhadap status gizi (Soetjningsih, 2014).



2.3.3. Zat Gizi yang dibutuhkan Bayi Balita

Berdasarkan angka kecukupan gizi rata-rata yang dianjurkan oleh Permenkes No. 28 Tahun 2019 adalah sebagai berikut:

Gambar 1. Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat, Serat dan Air pada bayi/anak yang dianjurkan (per orang per hari)

Kelompok umur	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (Cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)			Krbohidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)
					Total	Omega3	Omega 6			
Bayi/ Anak										
0-5 bln	6	60	550	9	31	0,5	4,4	59	0	700
6-11 bln	9	72	800	15	35	0,5	4,4	105	11	900
1-3 thn	13	92	1350	20	45	0,7	7	215	19	1150
4-6 thn	19	113	1400	25	50	0,9	10	220	20	1450

Sumber : Permenkes No.28, 2019

a. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi balita. Berdasarkan Pedoman Gizi Seimbang 2022, kebutuhan karbohidrat untuk balita usia 1-3 tahun adalah 45-65% dari total kebutuhan energi per hari (Kemenkes RI, 2022).

Karbohidrat sebagai zat gizi merupakan kelompok zat-zat organik mempunyai struktur molekul yang berbeda-beda, meski terdapat sudut persamaan sudut dan fungsinya. Karbohidrat yang terkandung dalam makanan pada umumnya hanya 3 jenis yaitu: polisakarida, Disakarida, dan Monosakarida

Sebagian besar karbohidrat diperoleh dari bahan makanan yang dikonsumsi sehari-hari terutama sumber makanan yang bersal dari tumbuh-tumbuhan, fungsi karbohidrat yaitu:

1. Sumber utama energi (1 gr karbohidrat menghasilkan kalori)
2. Melindungi protein agar tidak dibakar sebagai penghasil energy.
3. Membantu metabolisme lemak dan protein (Proverawati, 2016).

b. Protein

Protein diperlukan untuk pertumbuhan, perbaikan, dan pemeliharaan jaringan tubuh. Kebutuhan protein untuk balita usia 1-3 tahun adalah 1,1 g/kg berat badan per hari (Kemenkes RI, 2022).

Protein adalah bagian dari semua sel hidup yang merupakan bagian terbesar tubuh sesudah air. Seperlima bagian tubuh protein, separunya adalah di dalam otot, seperlima di dalam tulang rawan, sepersepuluh di dalam kulit, dan selebihnya di dalam jaringan lain cairan tubuh. Protein bertindak sebagai prekursor sebagai koenzim. Protein berfungsi:

1. Sebagai bahan pembentuk enzim



2. Alat pengangkut dan penyimpan
3. Pengatur pergerakan
4. Penunjang mekanis
5. Pengendalian pertumbuhan (Proverawati, 2016)

c. Lemak

Lemak berperan dalam pertumbuhan, penyerapan vitamin larut lemak, dan perkembangan sistem saraf. Kebutuhan lemak untuk balita usia 1-3 tahun adalah 30-40% dari total kebutuhan energi per hari (Kemenkes RI, 2022).

Merupakan senyawa organik yang majemuk, terdiri dari unsure C, H, O yang membentuk senyawa asam lemak dan gliserol, apabila bergabung dengan yang lain akan membentuk lipid, fosfolipid dan sterol. Fungsi lemak antara lain:

1. Sumber utama energy atau cadangan dalam jaringan tubuh dan bantalan bagi organ tertentu dari tubuh.
2. Sebagai sumber asam lemak yaitu zat gizi yang esensial bagi kesehatan kulit dan rambut.
3. Sebagai pelarut vitamin-vitamin (A, D, E, K) yang larut dalam lemak (Proverawati, 2016)

Kelompok Umur	Vit A (RE)	Vit D (mcg)	Vit E (mcg)	Vit K (mcg)	Vit B1 (mg)	Vit B2 (mg)	Vit B3 (mg)	Vit B6 (mg)	Vit B12 (mg)	Vit C (mg)
Bayi/ Anak										
0-5 bln	375	10	4	5	0,2	0,3	2	0,1	0,4	40
6-11 bln	400	10	5	10	0,3	0,4	4	0,3	1,5	50
1-3 thn	400	15	6	15	0,5	0,5	6	0,5	1,5	40
Kelompok Umur	Kalsium (mg)	Magnesium (mg)	Besi (mg)	Iodium (mcg)	Seng (mg)	Selenium (mcg)	Kalium (mg)	Natrium (mg)	Klor (mg)	Tembaga (mcg)
Bayi/ Anak										
0-5 bln	200	30	0,3	90	1,1	7	400	120	180	200
6-11 bln	270	55	11	120	3	10	700	370	570	220
1-3 thn	650	65	7	90	3	18	2600	800	1200	340

Gambar 2. Angka Kecukupan Vitamin dan Mineral pada bayi/anak yang dianjurkan (per orang per hari)

Sumber : Permenkes No.28, 2019

A. Vitamin

Merupakan suatu molekul organik yang sangat diperlukan oleh tubuh untuk proses metabolisme dan pertumbuhan yang normal. Vitamin-vitamin tidak dapat dibuat oleh tubuh manusia dalam jumlah yang sangat cukup oleh itu harus diperoleh dari makanan yang dikonsumsi.



Fungsi vitamin sebagai berikut:

1. Vitamin A: Fungsi dalam proses melihat, metabolisme umum dan reproduksi. Vitamin A penting untuk pertumbuhan, fungsi kekebalan, dan kesehatan mata. Kebutuhan vitamin A untuk balita usia 1-3 tahun adalah 400 µg RE/hari (Kemenkes RI, 2022).
2. Vitamin C: penting untuk pertumbuhan, perkembangan, dan sistem kekebalan tubuh. Kebutuhan vitamin C untuk balita usia 1-3 tahun adalah 40 mg/hari (Kemenkes RI, 2022).
3. Vitamin B: berperan dalam metabolisme energi, sistem saraf, dan pembentukan sel darah. Kebutuhan vitamin B kompleks untuk balita usia 1-3 tahun bervariasi sesuai jenis vitamin (Kemenkes RI, 2022)
4. Vitamin D: calciferol, berfungsi sebagai ko-hormon transport kalsium ke dalam sel. Bahan makanan yang kaya vitamin D adalah susu, kuning telur, minyak ikan. Vitamin D: berperan dalam penyerapan kalsium dan pemeliharaan kesehatan tulang. Kebutuhan vitamin D untuk balita usia 1-3 tahun adalah 15 µg/hari (Kemenkes RI, 2022).
5. Vitamin E: alfa-tocopherol, berfungsi sebagai antioksidan alamiah dan metabolisme selenium umumnya bahan makanan kacang-kacangan atau biji-bijian khususnya untuk kecambah, mengandung vitamin E yang banyak.
6. Vitamin K: menadion berfungsi di dalam proses sintesis protrombin yang diperlukan dalam konsentrasi tinggi di dalam ginjal. Paru-paru dan sumbu tulang. Pada penyerapan vitamin K diperlukan garam empedu dan lemak (Proverawati, 2016).

B. Mineral

1. Kalsium: penting untuk pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium untuk balita usia 1-3 tahun adalah 500 mg/hari (Kemenkes RI, 2022).
2. Zat besi: berperan dalam pembentukan sel darah merah dan sistem kekebalan. Kebutuhan zat besi untuk balita usia 1-3 tahun adalah 7 mg/hari (Kemenkes RI, 2022).
3. Seng: berperan dalam pertumbuhan, sistem kekebalan, dan fungsi otak. Kebutuhan seng untuk balita usia 1-3 tahun adalah 4,1 mg/hari (Kemenkes RI, 2022).



2.3.4. Manfaat Gizi Yang Cukup Bagi Balita

Menurut (Sediaoetama, 2013) kebutuhan nutrisi individu bervariasi sesuai dengan keadaan genetik dan metabolik. Namun untuk bayi dan balita tujuan dasarnya adalah pertumbuhan yang memuaskan dan mencegah keadaan defisiensi. Dimana fungsi-fungsi zat-zat makanan secara umum adalah

- a. Sebagai sumber energi
- b. Menyokong pertumbuhan badan
- c. Memelihara jaringan tubuh, mengganti yang rusak
- d. Mengatur metabolisme dan mengatur sesuai berbagai keseimbangan, misalnya keseimbangan air, asam basa, dan keseimbangan mineral didalam cairan tubuh.
- e. Berperan dalam mekanisme pertahanan tubuh terhadap berbagai penyakit misalnya sebagai antitoksin dan antibody

2.3.5. Penilaian Status Gizi Dengan Antropometri

Merupakan pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur antara lain: berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan dan tebal lemak di bawah kulit. Antropometri telah lama dikenal sebagai indikator sederhana untuk penilaian status gizi perorangan maupun masyarakat. Antropometri sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan energi dan protein (Proverawati, 2016).

Standar Antropometri Anak didasarkan pada parameter berat badan dan panjang/tinggi badan yang terdiri atas 4 (empat) indeks, meliputi (Hardinsyah & Supariasa, 2016) :

- a. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Indeks BB/U ini menggambarkan berat badan relatif dibandingkan dengan umur anak. Indeks ini digunakan untuk menilai anak dengan berat badan kurang (*underweight*) atau sangat kurang (*severely underweight*), tetapi tidak dapat digunakan untuk mengklasifikasikan anak gemuk atau sangat gemuk. Penting diketahui bahwa seorang anak dengan BB/U rendah, kemungkinan mengalami masalah pertumbuhan, sehingga perlu dikonfirmasi dengan indeks BB/PB atau BB/TB atau IMT/U sebelum intervensi.

Indeks Panjang Badan menurut Umur atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U)



Indeks PB/U atau TB/U menggambarkan pertumbuhan panjang atau tinggi badan anak berdasarkan umurnya. Indeks ini dapat mengidentifikasi anak-anak yang pendek (stunted) atau sangat pendek (severely stunted), yang disebabkan oleh gizi kurang dalam waktu lama atau sering sakit. Anak-anak yang tergolong tinggi menurut umurnya juga dapat diidentifikasi. Anak-anak dengan tinggi badan di atas normal (tinggi sekali) biasanya disebabkan oleh gangguan endokrin, namun hal ini jarang terjadi di Indonesia.

- c. Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)

Indeks BB/PB atau BB/TB ini menggambarkan apakah berat badan anak sesuai terhadap pertumbuhan panjang/tinggi badannya. Indeks ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi anak gizi kurang (wasted), gizi buruk (severely wasted) serta anak yang memiliki risiko gizi lebih (possible risk of overweight). Kondisi gizi buruk biasanya disebabkan oleh penyakit dan kekurangan asupan gizi yang baru saja terjadi (akut) maupun yang telah lama terjadi (kronis).

- d. Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U)

Indeks IMT/U digunakan untuk menentukan kategori gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, berisiko gizi lebih, gizi lebih dan obesitas. Grafik IMT/U dan grafik BB/PB atau BB/TB cenderung menunjukkan hasil yang sama. Namun indeks IMT/U lebih sensitif untuk penapisan anak gizi lebih dan obesitas. Anak dengan ambang batas IMT/U $>+1SD$ berisiko gizi lebih sehingga perlu ditangani lebih lanjut untuk mencegah terjadinya gizi lebih dan obesitas.

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran masa tubuh. Masa tubuh sangat sensitive terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena serangan penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi dan lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (*current nutritional status*) (Hardinsyah & Supariasa, 2016).

- a. Kelebihan

Kelebihan dalam penilaian ini adalah: Lebih mudah dan lebih dimengerti oleh masyarakat, baik untuk mengukur status gizi akut maupun kronis, berat badan dapat berfluktuasi, sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan kecil dan dapat mendeteksi kegemukan.

- Kelemahan



Kelemahan dalam penilaian ini adalah: dapat mengakibatkan interpretasi status gizi yang keliru bila terdapat asites odema, data umur sulit ditaksir secara tepat karena pencatatan umur yang belum baik, memerlukan data umur yang akurat terutama untuk anak-anak dibawah tahun, sering terjadi kesalahan dalam pengukuran karena pengaruh pakaian atau gerakan pada saat penimbangan.

Terdapat beberapa indikator untuk mengukur pertumbuhan fisik anak. Salah satu indikator tersebut adalah pengukuran antropometri yang merupakan indikator paling umum digunakan untuk menilai pertumbuhan. Tiga parameter pertumbuhan yaitu panjang badan, berat badan, dan lingkaran kepala (Scharf et al., 2018).

Berat badan menggambarkan jumlah protein, lemak, air, dan mineral yang terdapat di dalam tubuh. Berat badan adalah ukuran gabungan dari total tubuh digunakan sebagai parameter antropometri karena perubahan berat badan mudah terlihat dalam waktu singkat dan menggambarkan status gizi saat ini. Pengukuran berat badan mudah dilakukan dan alat ukur untuk mengukur berat badan juga mudah didapatkan. Sedangkan tinggi atau panjang tubuh menggambarkan besarnya pertumbuhan massa tulang yang terjadi akibat penyerapan zat gizi. (Harjatmo et al., 2017).

Panjang badan lahir normal adalah 48-52 cm sedangkan berat badan lahir normal adalah 2500 gram-4000gram. Jadi bayi lahir dengan panjang badan < 48 cm tergolong bayi pendek sedangkan yang lahir dengan berat badan < 2500 gram termasuk berat badan lahir rendah (BBLR) dan berat badan >4000 tergolong makrosomia. Berat badan lahir umumnya berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang. Kegagalan pertumbuhan (growth faltering) merupakan salah satu dampak jangka panjang dari BBLR. Bayi BBLR akan mengalami kesulitan dalam mengejar keterlambatan pertumbuhan awal, hal inilah yang dapat menyebabkan stunting (Sukmawati et al., 2018) Pertumbuhan bayi dan balita dapat dievaluasi menggunakan parameter berat badan menurut umur, tinggi badan menurut umur, berat badan menurut tinggi badan, dan indeks massa tubuh (BMI) menurut umur, dengan mempertimbangkan parameter yang direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai parameter kritis (Da Rocha Neves et al., 2016).

Selanjutnya berdasarkan nilai z-score dari masing-masing indikator tersebut di atas dapat ditentukan status gizi balita sebagai mana ditampilkan dalam table sebagai berikut :



Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan kriteria WHO-NCHS dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020

Tabel 1. Standar Antropometri Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang (<i>severely underweight</i>)	<-3 SD
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	-3 SD s.d <-2 SD
	Berat badan normal	-2 SD s.d + 1 SD
	Risiko berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0-60 bulan	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	-3 SD s.d <-2 SD
	Normal	-2 SD s.d + 3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	-3 SD s.d <-2 SD
	Gizi baik (<i>normal</i>)	-2 SD s.d + 1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD s.d + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD s.d + 3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	-3 SD s.d <-2 SD
	Gizi baik (<i>normal</i>)	-2 SD s.d + 1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of being overweight</i>)	> + 1 SD s.d + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD s.d +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5-18 tahun	Gizi buruk (<i>severely thinness</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>thinness</i>)	- 3 SD s.d <- 2 SD
	Gizi baik (<i>normal</i>)	-2 SD s.d +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	+ 1 SD s.d +2 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 2 SD

Sumber: Kemenkes RI, 2020 tentang Standar Antropometri Anak
 Sedangkan perhitungan angka prevalensi dilakukan sebagai berikut:

1. Berdasarkan indikator berat badan menurut umur (BB/U) :
 - a) Prevalensi gizi buruk = $(\Sigma \text{ bayi gizi buruk} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$
 - b) Prevalensi gizi kurang = $(\Sigma \text{ bayi gizi kurang} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$



- c) Prevalensi gizi baik = $(\Sigma \text{ bayi gizi baik} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$
2. Berdasarkan indikator panjang badan menurut umur (PB/U) :
- a) Prevalensi bayi sangat pendek = $(\Sigma \text{ bayi sangat pendek} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$
- b) Prevalensi bayi pendek = $(\Sigma \text{ bayi pendek} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$
- c) Prevalensi bayi normal = $(\Sigma \text{ bayi normal} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$
3. Berdasarkan indikator berat badan menurut panjang badan (BB/PB) :
- a) Prevalensi bayi sangat kurus = $(\Sigma \text{ bayi sangat kurus} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$
- b) Prevalensi bayi kurus = $(\Sigma \text{ bayi kurus} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$
- c) Prevalensi bayi normal = $(\Sigma \text{ bayi normal} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$
- d) Prevalensi bayi gemuk = $(\Sigma \text{ bayi gemuk} / \Sigma \text{ bayi}) \times 100$

2.4. Literatur Review Efek Pendampingan Kader Posyandu

a. Posyandu dan Peran Kader

Posyandu merupakan pusat kegiatan masyarakat dalam upaya pembinaan kesehatan dan gizi (Kemenkes, 2021). Posyandu dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, dengan dukungan teknis dari petugas kesehatan. Kader Posyandu adalah anggota masyarakat yang telah terlatih dan sukarela dalam menyelenggarakan kegiatan Posyandu (Dinkes Provinsi, 2020).

Peran utama kader Posyandu mencakup pendataan, penyuluhan, konseling, pemantauan tumbuh kembang, dan pemberian stimulasi dini pada anak (Puskesmas, 2022). Kader Posyandu memiliki tugas antara lain melakukan penimbangan, pencatatan, pemantauan tumbuh kembang, penyuluhan, dan memberikan konseling gizi kepada ibu. Selain itu, kader juga berperan dalam penggerakan masyarakat untuk berpartisipasi aktif dalam kegiatan Posyandu.

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan bahwa Posyandu yang aktif dengan peran kader yang optimal dapat meningkatkan status gizi, perkembangan, dan kesehatan anak. Penelitian Anwar et al. (2021) di Kecamatan Batui Selatan menemukan bahwa keaktifan kader Posyandu berdampak positif terhadap status gizi balita. Suraya et al. (2022) di Kabupaten Luwuk Banggai juga mengungkapkan bahwa pemberdayaan kader Posyandu dapat meningkatkan praktik pemberian ASI dan MP-ASI pada ibu.



b. Pendampingan Kader Posyandu dan Asupan Makan Anak

Kader Posyandu memiliki peran penting dalam memberikan pendampingan dan edukasi kepada ibu baduta terkait praktik pemberian makan yang tepat. Melalui kegiatan konseling dan penyuluhan, kader Posyandu dapat memberikan informasi mengenai jumlah, jenis, dan frekuensi makanan yang sesuai untuk tumbuh kembang anak.

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pendampingan kader Posyandu berdampak positif pada asupan makan anak. Wahyuni et al. (2020) di Kecamatan Batui Selatan menunjukkan bahwa konseling gizi oleh kader Posyandu dapat meningkatkan frekuensi dan kualitas pemberian makan pada anak. Pratama et al. (2021) di Kecamatan Batui Selatan juga mengungkapkan bahwa pendampingan kader Posyandu berdampak pada peningkatan asupan energi, protein, dan zat besi pada anak.

Peran kader Posyandu dalam mendampingi ibu baduta sangat penting untuk memastikan pemberian makan anak sesuai dengan kebutuhan gizi. Melalui konseling dan edukasi, kader dapat membantu ibu dalam menyediakan makanan yang beragam, bergizi, dan sesuai porsi untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anak.

c. Pendampingan Kader Posyandu dan Status Gizi Anak

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan adanya pengaruh positif dari peran kader Posyandu terhadap status gizi anak. Haryanto et al. (2022) di Kabupaten Luwu Banggai menemukan bahwa keaktifan kader Posyandu dapat mencegah terjadinya stunting pada balita. Lestari et al. (2021) di Kecamatan Batui Selatan juga mengungkapkan bahwa pemberdayaan kader Posyandu dapat meningkatkan status gizi normal pada anak.

Peran kader Posyandu dalam memantau tumbuh kembang anak, memberikan edukasi gizi, dan mendorong perilaku pemberian makan yang tepat berdampak pada perbaikan status gizi anak. Kader dapat melakukan penimbangan, pengukuran tinggi badan, dan interpretasi status gizi anak. Selain itu, kader juga dapat memberikan konseling dan dukungan kepada ibu untuk memperbaiki asupan makan dan praktik pengasuhan anak.

. Faktor-faktor yang Memengaruhi Asupan dan Status Gizi Baduta

Selain pendampingan kader Posyandu, terdapat beberapa faktor lain yang dapat memengaruhi asupan dan status gizi baduta, antara lain:



1. Karakteristik ibu, seperti usia, pendidikan, pekerjaan, dan pengetahuan gizi (Dewi et al., 2019; Pratiwi et al., 2020).
2. Karakteristik anak, seperti jenis kelamin, usia, dan urutan kelahiran (Rahmawati & Sulistyowati, 2020; Engle-Stone et al., 2021).
3. Faktor lingkungan, seperti pendapatan keluarga, akses ke layanan kesehatan, dan ketersediaan pangan (Ramadhan et al., 2022; Aryastami & Tarigan, 2017).

Dengan mempertimbangkan berbagai faktor yang memengaruhi asupan dan status gizi baduta, upaya pendampingan kader Posyandu dapat menjadi intervensi yang efektif untuk meningkatkan kesehatan dan gizi anak.



Tabel 2. Sintesa penelitian

No	Penulis	Judul	Metode	Hasil
1.	Israa Alzain Ali <i>et al</i> , India. 2021 <i>BMC Public Health</i> . (Isra Alzain Ali, Shet, and Mascarenhas 2021)	Effect of a maternal counseling intervention delivered by community health workers on child nutrition	Analysis of a cluster randomised controlled trial	Studi ini memberikan bukti yang meyakinkan tentang pengaruh konseling orang tua oleh kader pada aspek gizi pencegahan anemia.
2	Setianingsih dkk. Jawa Tengah. 2022. <i>Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa</i> (Setianingsih et al. 2022)	Tingkat pengetahuan kader dalam upaya pencegahan stunting	deskriptif survei	Pengetahuan kader tentang pencegahan stunting akan mempengaruhi kinerja kader dalam program pencegahan stunting, oleh karena itu para kader kesehatan perlu mendapatkan penguatan pengetahuan serta pendampingan
3.	Faza Muhammad Abdillah dkk. Yogyakarta. 2020. <i>AcTion: Aceh Nutrition Journal</i> . (Abdillah, Sulistiyawati, 2020)	Edukasi gizi pada ibu oleh kader terlatih meningkatkan asupan energi dan protein pada balita	Quasi-experimental study	Edukasi ibu dengan materi gizi balita secara signifikan meningkatkan asupan energi dan protein balita
4.	Irma Afifa, Malang. 2019. <i>al Kedokteran rijaya</i> (Afifa l)	Kinerja Kader dalam Pencegahan Stunting: Peran Lama Kerja sebagai Kader, Pengetahuan dan Motivasi	cross sectional	motivasi kader berpengaruh dominan terhadap kinerja kader di kedua wilayah Puskesmas penelitian



5.	Dewi Rokhmah dkk, 2022, Jurnal Abdikan (Rokhmah et al. 2022)	Pencegahan Stunting Melalui Penguatan Peran Kader Gizi dan Ibu Hamil Serta Ibu Menyusui Melalui Participatory Hygiene and Sanitation Transformation (PHAST)	Deskriptif	peneliti dalam mencegah stunting melalui Participatory Hygiene and Sanitation Transformation (PHAST) mampu meningkatkan pengetahuan peserta mengenai Pencegahan Stunting dengan Metode PHAST.
6.	Rytrina Ardhana dkk. Bone. 2021 Window of Public Health Journal (Ardhana and Rusyidi 2021)	Gambaran sikap, peran kader, pola asuh dan tumbuh kembang baduta di posyandu amelia 1 dan 2 wilayah kerja puskesmas awangpone	Deskriptif	Sikap kader positif terhadap kunjungan ibu baduta dan cukup berperan dalam pelaksanaan posyandu, adapun pola asuh orang tua efektif dan tumbuh kembang baduta dalam kondisi Baik pada posyandu Amelia 1 dan 2 pada area kerja puskesmas Awangpone
7.	Wiwin Efrizal dkk. 2022. Jurnal Pangan Kesehatan dan Gizi JAKAGI (Efrizal and Utami 2022)	Perilaku kader posyandu dalam pemberian makan pada bayi dan anak	Cross sectional	Tidak ditemukan perbedaan penerapan PMBA pada kader yang telah dengan yang belum Dilatih
	Bernike dalena Sitorus Poso. 2021 Kita: Jurnal Kesehatan	Pengaruh Pendampingan Terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Kader	quasi eksperimen	Terdapat pengaruh pendampingan terhadap pengetahuan dan Tindakan kader dalam deteksi dini stunting



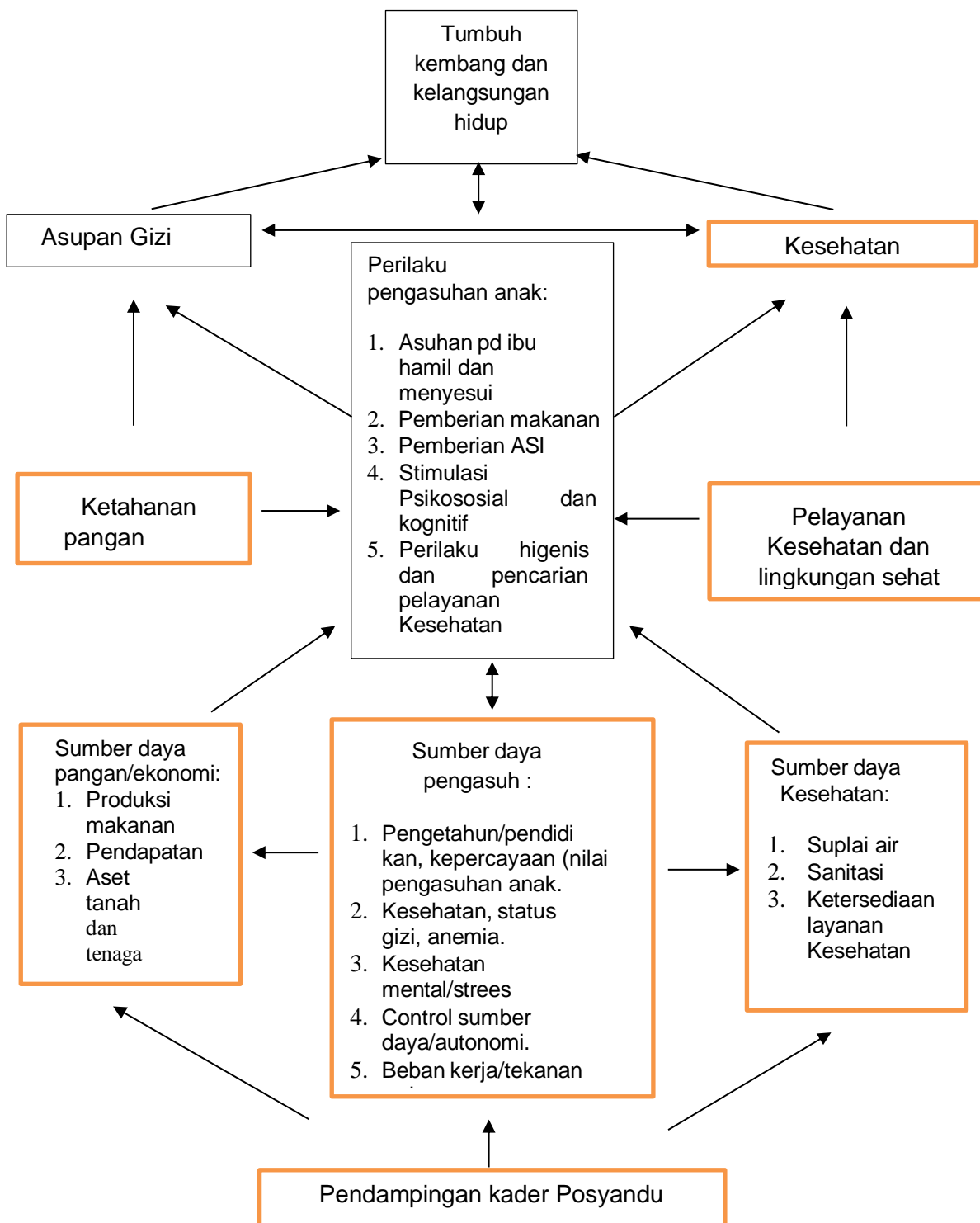
	(Sitorus, Ni Made Ridla Nilasanti Parwata, and Noya 2021)	Posyandu dalam Deteksi Dini Stunting		
9.	Wiwid Wahyuningsih dkk. Jawa Tengah. 2019. Jurnal Kebidanan Stikes eub (Wahyuningsih and Setiyaningsih 2018)	Hubungan peran kader posyandu dengan status gizi balita	Cross sectional	Ada hubungan antara peran kader posyandu dengan status gizi pada balita
10.	Hastaty Onthonie, dkk, 2015, Manado, Jurnal Keperawatan (Onthonie, Ismanto, and Onibala 2015)	Hubungan Peran Serta Kader Posyandu Dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Manganitu Kabupaten Kepulauan Sangihe	survei analitik dengan pendekatan cross sectional	Ada hubungan peran serta kader posyandu dengan status gizi balita dengan p value= 0,0001
11.	Inayati et al., 2012. "Combined intensive nutritioeducation and micronutrienpowder lementation oved nutritional s omildly ed children on Island,	Penelitian ini melihat dampak dari pendidikan gizi intensif dengan atau tanpa pemberian suplementasi. Intervensi dilakukan	Quasi experiment Sampel anak usia 6– 59 bulan Kelompok INEn= 64 Kelompok INE + MNP n=51 Kelompok NNE n=50 Kelompok NNE + MNP n=50	Hasil penelitian menunjukkan penambahan berat badan terbesar pada kelompok INE+MNP diikuti kelompok INE. Pada kelompok yang dileakukan MNP terjadi kenaikan hemoglobin yang signifikan. Pendidikan gizi yang dilengkapi dengan suplementasi dapat meningkatkan berat badan dan



	Indonesia”			hemoglobin secara signifikan
12	Heni Hendriyani. 2020 “Pengaruh Intervensi Praktik Pemberian Mp-Asi Komprehensif Terhadap Self-Efficacy Ibu, Praktik Pemberian Mp-Asi, Dietary Diversity, Asupan Makanan Dan Pertumbuhan Balita Usia 6 – 12 Bulan”	Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh intervensi praktik pemberian MP-ASI komprehensif terhadap peningkatan selfefficacy ibu, Praktik pemberian MP-ASI, minimum Dietary diversity, asupan makanan Dan pertumbuhan Balita usia 6–12 bulan.	Disain penelitian eksperimen rancangannya quasi eksperimen the equivalent-time samples design. Penelitian dilakukan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dilakukan kunjungan rumah setiap dua minggu selama tiga bulan oleh enumerator. Data dikumpulkan dengan kuesioner, recall 24jam penimbangan dan pengukuran panjang badan. Analisis data dengan uji Saphiro Wilk, Mann Whitney, Chi Square dan Independent t-test dilakukan pula uji Sequence Equation Model (SEM) dengan SmartPLS.	Terdapat perbedaan bermakna pada kelompok intervensi dan kontrol setelah intervensi pada skor complementary feeding self-efficacy (CFSE), tidak ada perbedaan bermakna pada minimum dietary diversity (MDD), Analisis SEM menunjukkan usia ibu berhubungan dengan praktek MP-ASI CFSE berhubungan dengan praktik MP-ASI berhubungan dengan asupan gizi, dan asupan gizi berhubungan dengan selisih berat badan dan panjang badan

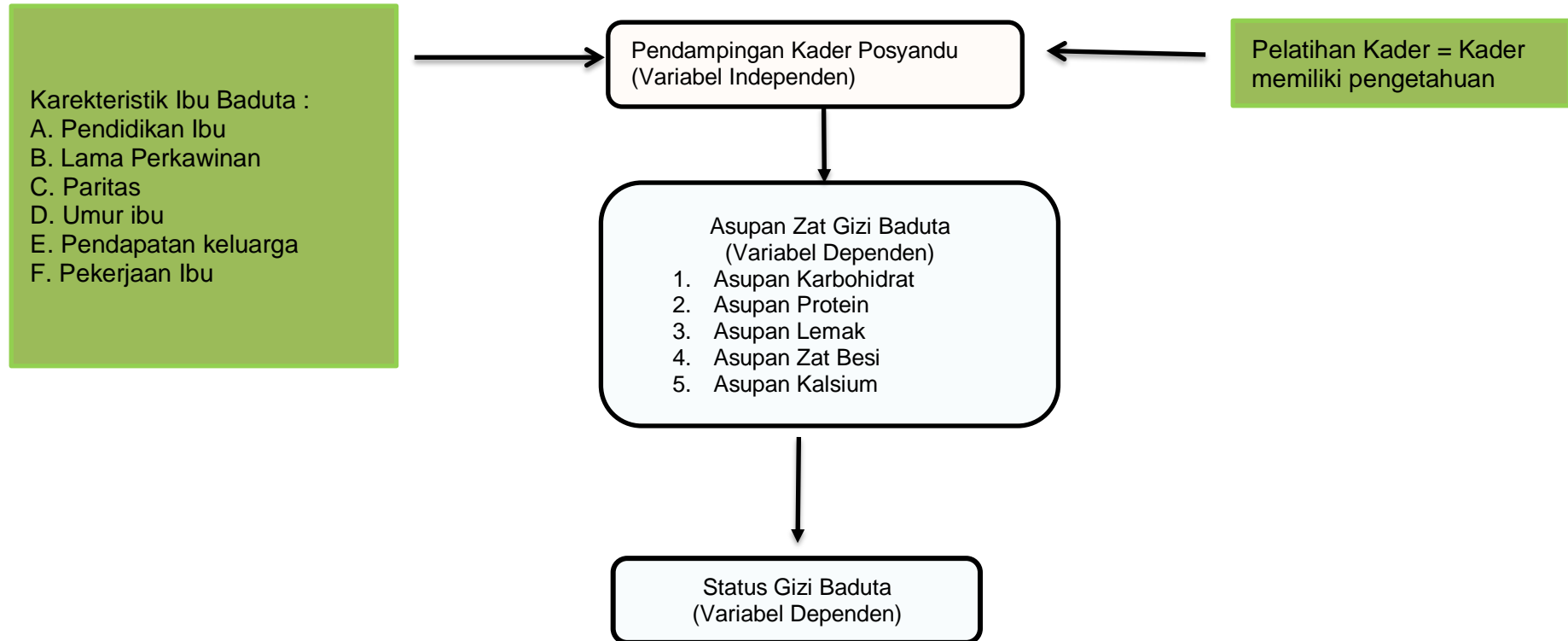


2.5. Kerangka Teori Penelitian



angka Teori Penelitian Teori Pertmbuhan dan Perkembangan Anak.
Modifikasi, teori Unicef (1990)

2.6. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:



Variabel Independen

Variabel Dependen

Variabel Pendukung

Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep di atas menggambarkan bahwa karakteristik ibu-baduta (usia, pendidikan, pekerjaan, paritas, lama perkawinan dan pendapatan keluarga) dapat memengaruhi asupan dan status gizi baduta. Intervensi berupa pendampingan kader posyandu diperkirakan dapat meningkatkan asupan zat gizi baduta melalui kegiatan konseling, praktik pemberian makan, dan pemantauan pertumbuhan. Peningkatan asupan zat gizi tersebut selanjutnya diharapkan dapat memperbaiki status gizi baduta.

2.7. Hipotesis penelitian

- a. Ada perubahan asupan zat gizi makro (Karbohidrat, Protein, Lemak) sebelum dan setelah pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah.
- b. Ada perubahan asupan zat gizi mikro (Fe, Zink, Kalsium, Iodium) sebelum dan setelah pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah.
- c. Ada perbedaan status gizi (BB/U, PB/U, BB/PB) sebelum dan setelah pendampingan kader posyandu pada ibu Baduta di Kabupaten Luwuk Banggai, Kecamatan Batui Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah.



2.8. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 3. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria	Skala
1	Pendampingan Kader	Kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh kader Posyandu kepada ibu baduta (bayi di bawah dua tahun) dalam bentuk konseling, edukasi, dan pemantauan asupan dan status gizi baduta	Questioner (Pre – Post Test)	<ul style="list-style-type: none"> • Pendampingan rutin: Ibu baduta mendapatkan pendampingan kader Posyandu minimal 1 kali per bulan. • Pendampingan tidak rutin: Ibu baduta mendapatkan pendampingan kader Posyandu kurang dari 1 kali per bulan 	
2	Status Gizi	Keadaan gizi anak yang dilihat dari hasil pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan) dan diklasifikasikan menggunakan indeks BB/U, PB/U, dan BB/PB.	Pengukuran antropometri dengan menggunakan timbangan berat badan dan alat pengukuran Panjang badan length Board/ Stadiometer	<ul style="list-style-type: none"> • (Gizi Baik: BB/U, PB/U, dan BB/PB dalam rentang normal (z-score $\geq -2SD$ s.d $\leq 2SD$). • Gizi Kurang: BB/U, PB/U, dan/atau BB/PB di bawah normal (z-score $< -2SD$). • Gizi Lebih: BB/U dan/atau BB/PB di atas normal (z-score $> 2SD$). <p>Sumber : (Permenkes, 2019)</p>	Nominal
3	Asupan gizi	Jumlah dan jenis makanan/minuman yang dikonsumsi anak dalam 24 jam terakhir, yang diukur menggunakan metode food recall.	Pengukuran konsumsi makan 24 jam terakhir, dilakukan 2 kali. Diukur menggunakan formulir <i>Recall</i> 24 jam	<ul style="list-style-type: none"> • Cukup: Asupan energi $\geq 90\%$ AKG, protein $\geq 80\%$ AKG, dan zat gizi mikro $\geq 80\%$ AKG. • Kurang: Asupan energi $< 90\%$ AKG, protein $< 80\%$ AKG, dan zat gizi mikro $< 80\%$ AKG. <p>Sumber : (Permenkes, 2019)</p>	Nominal



2.9. Etika Penelitian

Peneliti tetap memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian untuk menghindari risiko-risiko yang mungkin terjadi dan dapat merugikan responden, agar responden tidak menolak dan mau berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini. Dalam penerapannya etik ini digunakan untuk persetujuan Informed Consent. Seorang peneliti harus memastikan bahwa subjek penelitian memberikan persetujuan secara sukarela dan dengan pemahaman penuh tentang tujuan, prosedur, dan potensi risiko penelitian.

Adapun prinsip- prinsip dalam etika penelitian adalah sebagai berikut :

1. Menghormati para responden
2. Menjelaskan kepada responden tentang penelitian yang akan dilakukan, lamanya berpartisipasi dan mempunyai kebebasan untuk menentukan keikutsertaan dalam penelitian.
3. Setiap responden berhak menyetujui atau menolak bahkan menghentikan peran sertanya untuk jadi responden. Dan mereka yang setuju diminta menandatangani *informed consent* untuk pertanggung jawabannya sebagai responden. Jika responden menolak bahkan menghentikan peran sertanya, maka peneliti mengganti sampel dengan responden yang bersedia.
 1. Menghormati privasi dan kerahasiaan responden semaksimal mungkin.
 2. Setelah penelitian berakhir maka data tersebut disimpan sebagai dokumentasi penelitian.

Penelitian ini telah mendapat persetujuan dari komisi etik FKM UNHAS dengan nomor **1837/UN4.14.1/TP.01.02/2024**

