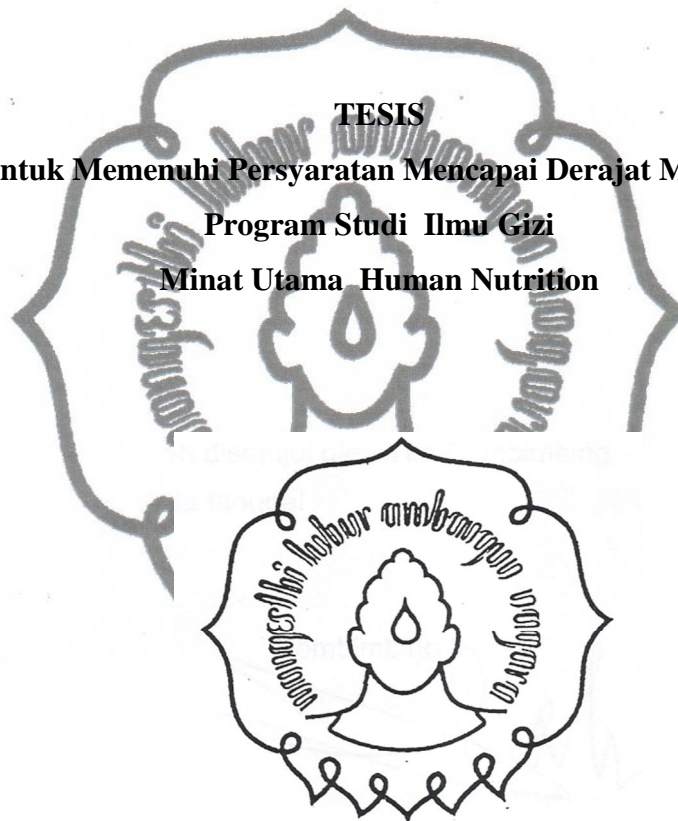


**PENGARUH PENYULUHAN DENGAN METODE
DEMONSTRASI DAN PRAKTEK TERHADAP
PENGETAHUAN IBU DAN ASUPAN GIZI BALITA
DENGAN GIZI KURANG
DI RSPAD GATOT SOEBROTO JAKARTA**

TESIS
Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Magister
Program Studi Ilmu Gizi
Minat Utama Human Nutrition



NOVIATI

Nim : S530809005

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

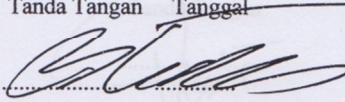
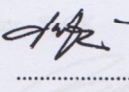
2011

commit to user

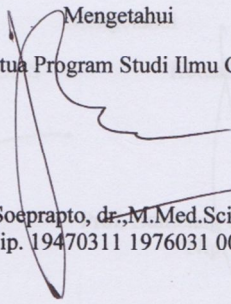
PENGARUH PENYULUHAN DENGAN METODE DEMONSTRASI DAN
PRAKTEK TERHADAP PENGETAHUAN IBU DAN ASUPAN GIZI
BALITA DENGAN GIZI KURANG
DI RSPAD GATOT SOEBROTO JAKARTA

Disusun oleh
NOVIATI
Nim : S530809005

Telah disetujui oleh Tim Pembimbing

Jabatan	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
Pembimbing I	Prof. Bhisma Murti, dr., M.Sc., MPH., Ph.D Nip. 19551021 1994121 001		
Pembimbing II	Dr. Diffah Hanim, M.Si Nip. 19640220 199003 001		14/1-2012

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Gizi


Prof. Bambang Soeprapto, dr., M.Med.Sci., R Nutr., SpGK
Nip. 19470311 1976031 001

PENGARUH PENYULUHAN DENGAN METODE DEMONSTRASI DAN
 PRAKTEK TERHADAP PENGETAHUAN IBU DAN ASUPAN GIZI
 BALITA DENGAN GIZI KURANG
 DI RSPAD GATOT SOEBROTO JAKARTA

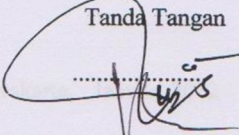
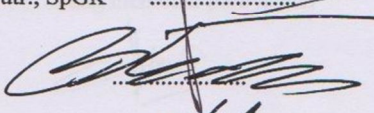
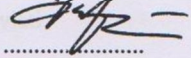
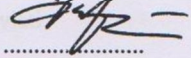
Disusun oleh

NOVIATI

Nim : S530809005

Telah disetujui oleh Tim Penguji


Pada tanggal : ..7.. Desember ..2011.....

Jabatan	Nama	Tanda Tangan
Ketua	Prof. Bambang Subagyo, SpA	
Sekretaris	Prof. Bambang Soeprapto, dr.,M.Med.Sci., R Nutr., SpGK	
Anggota	Prof. Bhisma Murti, dr.,M.Sc., MPH., Ph.D	
	Dr. Diffah Hanim, M.Si	

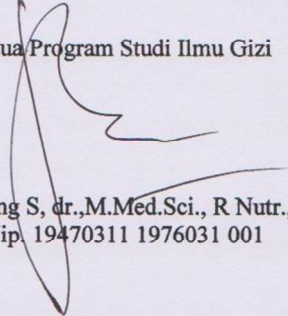
Mengetahui

Direktur Program Pasca sarjana UNS

Ketua Program Studi Ilmu Gizi



Prof. Dr. Ir. Ahmad Yunus, MS
 Nip. 19610717 198601 001



Prof. Bambang S, dr.,M.Med.Sci., R Nutr., SpGK
 Nip. 19470311 1976031 001

PERNYATAAN**Nama : Noviati****Nim : S530809005**

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis berjudul “Pengaruh Penyuluhan Dengan Metode Demonstrasi Dan Praktek Terhadap Pengetahuan Ibu Dan Asupan Gizi Balita Dengan Gizi Kurang Di Rspad Gatot Soebroto Jakarta” adalah betul karya saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya dalam tesis ini diberi tanda sitasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan tesis dan gelar yang telah saya peroleh.

Surakarta, Januari 2012

Yang membuat pernyataan

Noviati

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “ Pengaruh Penyuluhan Dengan Metode Demonstrasi dan Praktek Terhadap Pengetahuan Ibu dan Asupan Balita Dengan Gizi Kurang Di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta “. Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program Magister Ilmu Gizi di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Dalam penyusunan tesis ini penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan karena terbatasnya waktu dan pengetahuan. Untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu menyelesaikan penulisan tesis.

Rasa hormat dan terima kasih saya sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Ahmad Yunus, MS selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan Magister Ilmu Gizi.
2. Prof. Bambang Soeprpto, dr., M.Med.Sci., R Nutr., SpGK, selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Ilmu Gizi yang telah banyak memberikan ilmunya selama penulis menjalani pendidikan ini.
3. Prof. Bhisma Murti, dr., MSc., MPH., Ph.D, selaku pembimbing I yang telah berkenan meluangkan waktu dan pikiran untuk memberi bimbingan, dorongan, motivasi dan arahan untuk dapat menyelesaikan studi dan penyusunan tesis.
4. Dr. Diffah Hanim, M.Si, selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan saran, ilmu dan koreksi dalam penyelesaian tesis.
5. Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto Brigadir Jendral dr. Komaruddin Boenjamin, SpU, yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Pasca Sarjana di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

6. Kepala Unit Gizi RSPAD Gatot Soebroto Letkol Ckm Prima Haris, S.sos yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan.
7. Ucapan terima kasih kepada Mayor Ckm Ishiko Herianto S.Pd, M.Kes yang banyak memberikan semangat selama penulis melaksanakan pendidikan.
8. Seluruh dosen yang telah memberikan ilmunya selama penulis menjalani pendidikan.
9. Teman-teman sejawat ahli gizi RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan informasi dalam pelaksanaan penulisan.
10. Suamiku tercinta Kapten Inf Puryono serta kedua buah hati kami Bima Satria Tama dan Fahreza Ramadhan yang begitu luar biasa mendampingi, memberikan dorongan, semangat, pengorbanan dan doa selama penulis menjalani pendidikan.

Penulis sadar bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penulisan ini.

Jakarta, Januari 2012

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan Pembimbing	ii
Halaman Pengesahan Penguji	iii
Pernyataan	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Lampiran	xi
Abstrak	xii
Abstrack	xiii
BAB I.	
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian	4
1. Manfaat teoritis	4
2. Manfaat praktis	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Kajian teori	6
1. Konsep penyuluhan kesehatan	6
2. Metode demonstrasi (<i>Demonstration method</i>).....	9
3. Penyuluhan kesehatan dengan metode demonstrasi.....	9
4. Faktor penyebab gizi kurang	10
5. Upaya perbaikan gizi balita	19
6. Tingkat pendidikan ibu	13
7. Asupan gizi mempengaruhi status gizi	14
B. Kerangka pikir	21
C. Hipotesis penelitian	22
BAB III. METODE PENELITIAN.....	23
A. Desain penelitian	23
B. Lokasi penelitian.....	23
C. Populasi	23
D. Perhitungan sampel.....	24
E. Variabel penelitian.....	24
F. Definisi operasional variabel.....	25
G. Pengumpulan data	26
H. Instrumen penelitian	27
I. Pengolahan dan analisis data	27
BAB IV. HASIL	29
A. Gambaran umum lokasi penelitian	29

B. Karakteristik responden 30
C. Hasil analisa statistik 32
BAB V. PEMBAHASAN 35
A. Karakteritik responden 35
B. Analisis pengaruh intervensi terhadap rerata pengetahuan, asupan energi dan protein pada minggu 1,2 dan 3 36
C. Analisi regresi linier ganda pengaruh intervensi terhadap pengetahuan, asupan energi dan protein pada minggu 1,2 dan 3 38
BAB VI. PENUTUP 39
DAFTAR PUSTAKA 40
LAMPIRAN..... 44



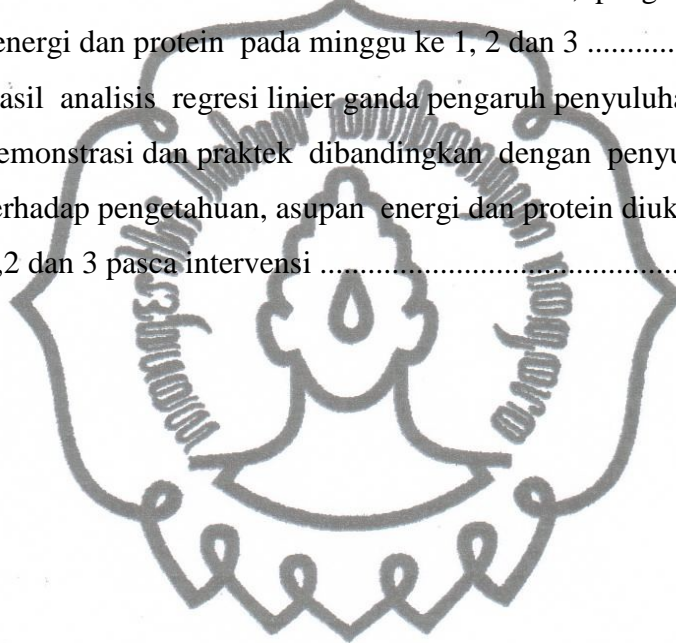
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka berpikir	21
Gambar 3.1 Kerangka penelitian	24



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Karakteristik responden berdasarkan umur, pendidikan, dan pekerjaan ibu	30
Tabel 4.2 Karakteristik subyek berdasarkan jenis kelamin	31
Tabel 4.3 Hasil analisis statistik rerata variabel umur, pengetahuan, asupan energi dan protein pada minggu ke 1, 2 dan 3	32
Tabel 4.4 Hasil analisis regresi linier ganda pengaruh penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja terhadap pengetahuan, asupan energi dan protein diukur pada minggu 1,2 dan 3 pasca intervensi	33



DAFTAR LAMPIRAN

1. Formulir informed consent penelitian
2. Kuesioner penelitian
3. Formula WHO
4. Formulir Riwayat gizi
5. Formulir food recall
6. Leaflet anak
7. Hasil analisis data SPSS



ABSTRAK

Noviati. S530809005. Pengaruh penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek terhadap pengetahuan ibu dan asupan gizi balita dengan gizi kurang di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Pembimbing I. Prof. Dr. Bhisma Murti, dr., M.Sc., MPH., Phd, pembimbing II. Dr. Diffah Hanim, Dra., MSi.

Latar Belakang : Ibu adalah seorang yang paling dekat dengan anak haruslah memiliki pengetahuan tentang gizi cukup. Kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan dan makanan yang bergizi akan menyebabkan asupan makanan yang tidak cukup serta meningkatnya risiko penyakit infeksi. Penyuluhan gizi merupakan salah satu upaya pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga menghasilkan perubahan perilaku yang baik. Penyuluhan terdiri dari beberapa model diantaranya adalah dengan metode demonstrasi dan praktek.

Permasalahan penelitian : Apakah ada pengaruh antara penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja terhadap pengetahuan gizi ibu dan asupan gizi (energi dan protein) balita dengan gizi kurang?

Tujuan: Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pengaruh penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek terhadap pengetahuan gizi ibu dan asupan gizi (energi dan protein) balita dengan gizi kurang.

Metode Penelitian : Desain penelitian adalah *Randomized Controlled Trial*. Kelompok perlakuan mendapat penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek dan kelompok kontrol mendapat penyuluhan konvensional. Penelitian dilakukan di RSPAD Gatot Soebroto. Subjek penelitian adalah balita usia 6 bulan – 5 tahun dengan gizi kurang. Jumlah subjek untuk kelompok perlakuan 15 orang balita dan kontrol 15 orang balita. Variabel yang diamati meliputi perubahan dari pengetahuan ibu, Asupan energi dan asupan protein. Analisis data dilakukan dengan menggunakan regresi linier ganda.

Hasil penelitian : Setelah 3 minggu intervensi, terjadi peningkatan rerata skor pengetahuan ibu, asupan energi dan asupan protein lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol.

Kesimpulan : Penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek memberikan manfaat yang secara statistik dan secara substantif signifikan dalam meningkatkan pengetahuan gizi, asupan energi, maupun asupan protein, dibandingkan dengan penyuluhan saja.

Kata Kunci : Penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek, pengetahuan ibu, asupan gizi (energi dan protein).

ABSTRACT

Noviati. S530809005. The Influences of the Demonstration and Practice Counseling Method toward the Mothers' Knowledge and the Children Five's Under Nutrition Intake in Gatot Subroto Army General Hospital. Thesis Supervisor I: Prof. Bhisma Murti, dr., M.Sc., MPH., Ph.D. Thesis Supervisor II: Dr. Diffah Hanim, Dra., M.Si. Postgraduate thesis. Nutrition Studies. Postgraduate Program of Sebelas Maret University, Surakarta.

Background : Mother is a figure who is very close to children. Thus, mothers have to equip themselves with adequate knowledge about nutrition. Mother's lack of knowledge about health and nutritious food would cause inadequate food intake and increase the risk of infection disease. Nutrition counseling is one of the approaches that can be applied in order to increase the knowledge that leads to the appropriate behaviors. Demonstration and practice is a type of counseling methods that can be applied.

Problems : Are there any influences between demonstration and practice counseling method compared to counseling method without demonstration and practice toward the mothers' knowledge and the nutrition intake (energy and protein) of children five with malnutrition problem?

Objectives : This research aims to analyze the influences of the demonstration and practice counseling method toward the mothers' knowledge and the nutrition intake (energy and protein) of children under five with malnutrition problem.

Method : This research designed as Randomized Controlled Trial. The treatment group acquired demonstration and practice counseling method. Meanwhile, the control group acquired conventional counseling. The research was conducted in Gatot Subroto Army General Hospital. The subject of the research were children between 5 months – 6 months with malnutrition problem. The numbers of the subject for the treatment control 15 children and the numbers of the control group 15 children. The variables being observed are the changing of the mothers' knowledge, nutrition intake (energy and protein). The data analysis was conducted using multiple regressions linier.

Result : After 3 weeks of intervention, the average scores of the mothers' knowledge, the energy intake, and the food intake of the treatment group are higher than the control group.

Conclusion : Compared to counseling method, demonstration and practice counseling method gives benefits, in the form of statistic and substantive significance, to increases of the nutrition knowledge, the energy intake, and the protein intake.

Keywords: The demonstration and practice counseling method, the mothers' knowledge, nutrition intake (energy and protein).

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Pembangunan nasional pada hakekatnya adalah pembangunan manusia seutuhnya harus dimulai sedini mungkin yaitu sejak manusia masih berada dalam kandungan dan masa balita. Oleh karena itu, orang tua harus memperhatikan hal-hal yang menunjang kecerdasan anak antara lain dengan memperhatikan kecukupan gizi dalam makanan yang diberikan sejak janin, bayi hingga tumbuh kembang cepat dua tahun (Khomsan, 2003).

Secara nasional prevalensi kurang gizi pada balita di Indonesia masih tinggi. Data Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa balita dengan status gizi kurang sebesar 13,0% dan gizi buruk 5,4% (Salimar et al., 2009). Oleh karena itu kurang gizi termasuk salah satu masalah gizi utama di Indonesia. Kurang gizi pada balita akan mengakibatkan hambatan pertumbuhan panjang badan sekitar 10 cm, berat badan 2 kg pada usia sekolah dan hambatan mental berpotensi turun sampai 10 poin serta meningkatkan anemia dan kematian anak (Muljati et al., 2006).

Masalah kekurangan gizi pada balita dampak jangka pendek pada balita adalah balita menjadi lemah, apatis, mengalami gangguan bicara dan perkembangan. Dampak jangka panjang dapat berupa penurunan kecerdasan, penurunan kognitif, penurunan integrasi sensori. Kekurangan gizi jika tidak dikelola dengan baik pada fase akut akan mengancam jiwa dan pada jangka panjang akan menjadi ancaman hilangnya generasi bangsa. Hal ini banyak diderita oleh kelompok balita karena pada masa tersebut balita belum mampu memilih dan mengkonsumsi makanan sesuai kebutuhan tubuh (Soekirman, 2001; Sjahmien, 2003).

Masalah gizi secara langsung disebabkan oleh asupan yang kurang dan tingginya penyakit infeksi. Hal ini berkaitan dengan sanitasi lingkungan dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, gangguan akses makanan, perawatan ibu yang tidak adekuat serta kurangnya pengetahuan ibu tentang cara pemberian

makanan yang baik untuk anak usia penyapihan (WHO, 1998). Rendahnya tingkat pendidikan ibu juga memberikan kontribusi yang besar terhadap kasus gizi kurang ataupun gizi buruk. Pengetahuan dan pemahaman ibu yang terbatas akan mempengaruhi pola pemenuhan gizi balita. Ibu adalah seorang yang paling dekat dengan anak haruslah memiliki pengetahuan tentang gizi cukup. Untuk itu pengetahuan orang tua tentang makanan yang bergizi mempunyai peranan yang penting terhadap pertumbuhan dan perkembangan anaknya (UNICEF, 2010).

Pertumbuhan dan perkembangan anak juga dapat dipengaruhi oleh asupan zat gizi yang dikonsumsi dalam bentuk makanan. Untuk itu pengetahuan orang tua tentang makanan yang bergizi mempunyai peran penting karena dapat berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan anaknya. Orang tua perlu menaruh perhatian pada aspek pertumbuhan anak bila ingin mengetahui keadaan gizi mereka. Ibu seringkali tidak bisa berbuat apa-apa bila anaknya tidak mau makan. Anak-anak cenderung menolak makanan yang disajikan karena tidak memenuhi selera mereka, sehingga asupan gizi mereka kurang (Pudjiadi, 2001).

Penyuluhan gizi merupakan salah satu upaya pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga menghasilkan perubahan perilaku yang baik. Penyuluhan gizi pasien merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan agar dihasilkan perubahan perilaku kearah yang lebih baik. Melalui penyuluhan diharapkan ibu balita mengerti dan memahami serta mau dan mampu melaksanakan apa yang dinasehatkan sehingga mampu mengasuh dan merawat balita gizi kurang menjadi lebih baik (Salimar, 2009).

Pelayanan gizi rumah sakit merupakan salah satu fasilitas yang harus ada disetiap rumah sakit, yang kegiatannya dilakukan secara utuh dan menyeluruh guna menunjang fungsi penyembuhan, pemulihan, pencegahan, dan peningkatan kesehatan. Kegiatan pokok yang dilakukan instalasi gizi dalam pelayanan gizi rumah sakit adalah pengadaan makanan, pelayanan gizi di ruang rawat inap, penyuluhan, konsultasi gizi, dan kegiatan penelitian pengembangan terapan (Almatsier, 2004).

Untuk meningkatkan pendidikan, pengetahuan dan keterampilan ibu serta meningkatkan motivasi dan memberikan kesan yang lebih mendalam tentang materi penyuluhan gizi, selain menggunakan metode ceramah juga menerapkan metode demonstrasi dan praktek. Dengan demikian diharapkan materi gizi tentang mengatur makanan, memilih bahan makanan dan mengolahnya sesuai dengan kemampuan daya belinya, pemberian suplementasi zat gizi serta cara pembuatan makanan saring dan cair yang disampaikan dalam penyuluhan dapat diterima lebih baik dan dapat diterapkan dalam pola makan sehari-hari di rumah secara tepat dan benar.

Tahun 2006 sampai dengan 2007 hampir 20 % pasien anak dengan gizi kurang yang dirawat di RSPAD Gatot Soebroto kembali dirawat di rumah sakit dengan keluhan dan gejala yang sama. Untuk meningkatkan mutu pelayanan gizi, sejak tahun 2008 kegiatan penyuluhan gizi kepada orang tua atau keluarga anak gizi kurang di RSPAD Gatot Soebroto selain menggunakan metode ceramah dengan dibantu alat peraga *food model*, leaflet diit, dan leaflet bahan makanan penunjang juga digunakan metode demonstrasi dan praktek. Dalam metode ini orang tua atau keluarga pasien diberikan ketrampilan dan pengetahuan tentang praktek pembuatan makanan secara langsung di dapur RSPAD Gatot Soebroto. Harapan yang diinginkan adalah untuk lebih meningkatkan pendidikan, pengetahuan dan keterampilan orang tua / keluarga serta meningkatkan motivasi dan memberikan kesan yang lebih mendalam tentang materi penyuluhan gizi yang disampaikan.

Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek terhadap pengetahuan gizi ibu dan asupan gizi (energi dan protein) balita dengan gizi kurang.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang maka dapat disusun pertanyaan penelitian :

1. Apakah ada pengaruh antara penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja terhadap pengetahuan gizi ibu?

2. Apakah ada pengaruh antara penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek dibandingkan penyuluhan saja terhadap asupan gizi (energi dan protein) balita dengan gizi kurang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian secara umum untuk menganalisis pengaruh antara penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek dibandingkan penyuluhan saja terhadap pengetahuan gizi ibu dan asupan gizi (energi dan protein) balita dengan gizi kurang.

2. Tujuan Khusus

- a) Untuk menganalisis pengaruh penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek terhadap pengetahuan gizi ibu.
- b) Untuk menganalisis pengaruh penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek terhadap asupan gizi (energi dan protein) balita dengan gizi kurang.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat teoritis

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan bukti empiris tentang bentuk penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek pembuatan makanan formula pada ibu yang memiliki balita dengan gizi kurang.

2. Manfaat praktis

a) Bagi Unit Gizi RSPAD Gatot Soebroto Jakarta

Diharapkan dapat dijadikan masukan kepada pihak pimpinan rumah sakit khususnya Unit Gizi RSPAD Gatot Soebroto dalam mengevaluasi dan menganalisis pelaksanaan penyuluhan gizi dengan metode demonstrasi dan praktek untuk ibu yang memiliki balita gizi kurang di RSPAD Gatot Soebroto.

b) Bagi peneliti lainnya

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai salah satu bukti guna melakukan penelitian lanjutan tentang pelaksanaan penyuluhan gizi dengan metode demonstrasi dan praktek untuk ibu balita gizi kurang di bidang asuhan gizi anak.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian teori

1. Konsep penyuluhan kesehatan

a. Pengertian penyuluhan kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, bagi individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan agar hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perseorangan maupun secara kelompok dan meminta pertolongan (Hendra, 2010).

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu, dan masyarakat. Pendidikan kesehatan tidak dapat diberikan kepada seseorang oleh orang lain, bukan seperangkat prosedur yang harus dilaksanakan atau suatu produk yang harus dicapai, tetapi sesungguhnya merupakan suatu proses perkembangan yang berubah secara dinamis, yang didalamnya seseorang menerima atau menolak informasi, sikap, maupun praktek baru, yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat (Suliha et al., 2002).

b. Tujuan penyuluhan kesehatan menurut Hendra (2010) sebagai berikut :

1. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina.
2. Dan memelihara perilaku hidup sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

3. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian. Menurut WHO tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan (Hendra, 2010).
- c. Faktor yang perlu diperhatikan dalam penyuluhan untuk keberhasilan penyuluhan kesehatan adalah:
1. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.
 2. Tingkat sosial ekonomi yang semakin tinggi, seseorang akan semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.
 3. Adat istiadat memberikan pengaruh dalam menerima informasi baru merupakan hal yang tidak dapat diabaikan, karena masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap sesuatu yang tidak boleh diabaikan.
 4. Kepercayaan masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah timbul kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.
 5. Ketersediaan waktu di masyarakat untuk penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

d. Metode penyuluhan

Metode yang dapat dipergunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan adalah (Notoatmodjo, 2003) :

1. Metode ceramah adalah suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan.

commit to user

2. Metode diskusi kelompok adalah pembicaraan yang direncanakan dan telah dipersiapkan tentang suatu topik pembicaraan diantara 5 – 20 peserta (sasaran) dengan seorang pemimpin diskusi yang telah ditunjuk.
3. Metode curah pendapat adalah suatu bentuk pemecahan masalah di mana setiap anggota mengusulkan semua kemungkinan pemecahan masalah yang terpikirkan oleh peserta, dan evaluasi atas pendapat tadi dilakukan kemudian.
 - a) Metode panel adalah pembicaraan yang telah direncanakan didepan pengunjung atau peserta tentang sebuah topik, diperlukan 3 orang atau lebih panelis dengan seorang pemimpin.
 - b) Metode bermain peran adalah memerankan suatu situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan pemikiran oleh kelompok.
 - c) Metode demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan dengan menggunakan alat peraga. Metode ini digunakan terhadap kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya.
 - d) Metode simposium adalah serangkaian ceramah yang diberikan oleh 2 sampai 5 orang dengan topik yang berlebihan tetapi saling berhubungan erat.
 - e) Metode seminar adalah suatu cara di mana sekelompok orang berkumpul untuk membahas suatu masalah dibawah bimbingan seorang ahli yang menguasai bidangnya.
- e. Langkah penyuluhan

Dalam melakukan penyuluhan kesehatan, maka penyuluh yang baik harus melakukan penyuluhan sesuai dengan langkah-langkah dalam penyuluhan kesehatan masyarakat sebagai berikut *commit to user* mengkaji kebutuhan kesehatan

masyarakat, menetapkan masalah kesehatan masyarakat, memprioritaskan masalah yang terlebih dahulu ditangani melalui penyuluhan kesehatan masyarakat (Hendra, 2010).

f. Menyusun perencanaan penyuluhan

Dalam menyusun perencanaan penyuluhan kesehatan yang baik harus : 1) Menetapkan tujuan; 2) Penentuan sasaran; 3) Menyusun materi/isi penyuluhan; 4) Memilih metoda yang tepat; 5) Menentukan jenis alat peraga yang akan digunakan; 6) Penentuan kriteria evaluasi; 7) pelaksanaan penyuluhan; 8) Penilaian hasil penyuluhan; 9) tindak lanjut dari penyuluhan.

2. Metode demonstrasi (*Demonstration method*)

Metode demonstrasi adalah metode mengajar dengan cara memperagakan barang, kejadian, aturan, dan urutan melakukan suatu kegiatan, baik secara langsung maupun melalui penggunaan media pengajaran yang relevan dengan pokok bahasan atau materi yang sedang disajikan (Martiningsih, 2007).

Tujuan penggunaan metode demonstrasi menurut Martiningsih (2007) yaitu mengajarkan suatu proses atau prosedur yang harus dimiliki peserta didik atau dikuasai peserta didik, mengkonkritkan informasi atau penjelasan kepada peserta didik, mengembangkan kemampuan pengamatan pandangan dan penglihatan para peserta didik secara bersama-sama. Digunakan untuk memperlihatkan sesuatu proses atau cara kerja suatu benda yang berkenaan dengan bahan pelajaran.

Berdasarkan pernyataan di atas, tujuan digunakannya metode demonstrasi dalam suatu pembelajaran adalah mengajarkan proses atau prosedur, mengkonkritkan informasi, pengembangan kemampuan melihat melalui pengamatan.

Metode ceramah plus demonstrasi dan latihan (CPDL) adalah merupakan kombinasi antara kegiatan menguraikan materi pelajaran dengan kegiatan memperagakan dan latihan (*drill*) (Martiningsih, 2007).

3. Penyuluhan kesehatan dengan metode demonstrasi

Adalah kegiatan penyuluhan dengan tehnik ceramah menggunakan metode demonstrasi yang mengkombinasikan antara kegiatan menguraikan materi

pelajaran dengan cara memperagakan untuk menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan dan mempertunjukkan kepada masyarakat suatu proses, situasi atau benda tertentu yang sedang dipelajari baik dalam bentuk sebenarnya maupun dalam bentuk tiruan yang dipertunjukkan oleh penyuluh atau sumber belajar lain yang memahami atau ahli dalam topik bahasan yang harus didemonstrasikan sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan.

Penelitian di Delhi Selatan menunjukkan bahwa konseling gizi meningkatkan asupan energi secara bermakna Bhandari et al. (2001) dan dalam penelitian Bhandari et al. (2004) di Haryana India menunjukkan intervensi pendidikan gizi dapat meningkatkan panjang badan meskipun kecil tetapi bermakna pada kelompok perlakuan (rata perbedaan 0,32 cm), sedangkan berat badan tidak terpengaruh.

Menurut penelitian Gulden, et al. (2000) di Cina seperti dikutip Aswita (2008) menunjukkan bahwa ibu yang mendapat intervensi pendidikan gizi selama 1 tahun mempunyai pengetahuan dan praktik pemberian makan dan pertumbuhan bayi yang lebih baik.

Berdasarkan penelitian Brown (1992) di Bangladesh menunjukkan pendidikan gizi melalui demonstrasi oleh pekerja desa dapat meningkatkan masukan energi pada anak kelompok perlakuan setelah 5 bulan intervensi.

4. Faktor penyebab gizi kurang

a. Pengertian gizi kurang

Gizi kurang adalah gangguan kesehatan akibat kekurangan atau ketidakseimbangan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, aktivitas berfikir dan semua hal yang berhubungan dengan kehidupan (Ngastiyah, 1998).

Gizi kurang pada balita disebabkan karena jumlah asupan makanan yang kurang disebabkan karena tidak tersedianya makanan secara adekuat sehingga anak tidak cukup mendapat gizi seimbang dan pola makan yang salah (Soetjiningsih, 1998).

Menurut Soekirman seperti dikutip rajawana dalam materi aksi pangan dan gizi nasional (Depkes, 2000), penyebab kurang gizi dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang baik tetapi karena sering sakit diare atau demam dapat menderita kurang gizi. Demikian pada anak yang makannya tidak cukup baik maka daya tahan tubuh akan melemah dan mudah terserang penyakit. Kenyataannya baik makanan maupun penyakit secara bersama-sama merupakan penyebab kurang gizi.
- 2) Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga dalam jumlah yang cukup dan baik mutunya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktunya, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal baik fisik, mental, dan sosial. Pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh seluruh keluarga.

b. Asupan zat gizi

Asupan yang kurang disebabkan oleh banyak faktor antara lain :

Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap status gizi anak adalah masukan makanan yang diperoleh sehari-hari. Pemberian makanan bergizi dalam jumlah yang cukup pada anak merupakan hal yang perlu mendapat perhatian serius agar anak tidak jatuh dalam keadaan kurang gizi. Makanan yang dikonsumsi dibutuhkan untuk mencukupi kebutuhan gizi anak khususnya energi dan protein (Sulaeman dan Muchtadi, 2003).

Usia penyapihan merupakan waktu yang sangat penting bagi anak. Pada masa ini anak tumbuh dengan cepat dan membutuhkan asupan makanan yang tinggi tetapi kapasitas lambungnya kecil (Aswita, 2008).

Secara teoritis kemampuan anak mengkonsumsi makanan sebanyak 30 gram/kgBB/hari dan densitas energi 0,8 kkal/gram. Untuk anak yang makan 5x/hari perlu densitas energi 0,65 kkal/gr, jika makan 4x/hari perlu densitas energi 0,75 dan jika anak makan 3x perlu densitas energi 1 kkal/gr. Jika kemampuan anak mengkonsumsi makanan lebih sedikit dari kapasitas lambung, frekuensi makan perlu dinaikkan (WHO, 2005). Harus disadari bahwa periode 6 - 11 bulan adalah periode belajar makan, belajar merasakan, mengunyah dan menelan. Daging, ayam, ikan atau telur hendaknya dimakan tiap hari sebab makanan tersebut banyak mengandung zat gizi seperti besi dan seng. Susu kaya akan kalsium dan beberapa zat gizi yang lain. Makanan yang tidak mengandung bahan hewani tidak dapat mencukupi kebutuhan gizi kecuali makanan yang difortifikasi dan disuplementasi. Jika makanan nabati dikonsumsi cukup dan teratur, susu yang diperlukan sekitar 300 - 500 ml/hari. Susu yang dimaksud adalah susu hewan (susu sapi dll), susu 'UHT, yoghurt (WHO, 2005).

Lemak mempunyai peran sangat penting dalam diet bayi dan anak, karena merupakan sumber energi yang efisien, sumber asam lemak esensial, membantu penyerapan vitamin yang larut dalam minyak. Dianjurkan lemak sebagai sumber energi sekitar 30 - 45% (Dewey dan Brown, 2003).

Dalam program diet biasanya kalori yang berasal dari lemak setidaknya 30%. Jika dalam pemberian makanan secara teratur cukup mendapat sumber makanan hewani, maka ke dalam dietnya hanya ditambahkan minyak 5 gram/hari. Tetapi jika makanan hewani tidak dikonsumsi secara teratur minyak yang harus diberikan sebanyak 10-20 gram/hari. Kecuali yang sudah mendapat makanan yang tinggi lemak seperti alpukat atau kacang (WHO, 2005).

Menurut Supriasa et al., (2002) status gizi adalah ekspresi keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh. Keadaan kesehatan tubuh seseorang atau kelompok diakibatkan oleh konsumsi dan penyerapan serta penggunaan zat gizi. Zat gizi seseorang dikatakan baik apabila terdapat keseimbangan antara perkembangan fisik dan mental orang tersebut, status gizi dipengaruhi oleh dua faktor yaitu konsumsi makanan dan faktor kesehatan.

Menurut UNICEF (1998) dalam Pujihastuti (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi anak balita dan penyebab kurang gizi pada balita di masyarakat karena faktor penyebab langsung dan faktor penyebab tidak langsung. Faktor penyebab langsung kurang gizi pada balita adalah masalah gizi dan penyakit infeksi pada balita serta kesesuaian pola konsumsi makanan dengan kebutuhan anak. Sedangkan faktor penyebab tidak langsung ada tiga yaitu ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai, pola pengasuhan yang kurang memadai, pelayanan kesehatan dan lingkungan yang kurang memadai.

Selain faktor penyebab langsung dan tidak langsung diharapkan sistem pelayanan kesehatan yang ada dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Ketiga faktor saling berhubungan. Ketahanan pangan terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan dan daya beli keluarga serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Pola pengasuhan anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, memberi kasih sayang dan sebagainya. Faktor tidak langsung lainnya adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan faktor pelayanan kesehatan yang baik seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, penimbangan anak, pendidikan kesehatan dan gizi serta sarana kesehatan. Pokok permasalahan di masyarakat adalah kurangnya pemberdayaan keluarga dan kurangnya pemanfaatan sumber daya masyarakat

berkaitan dengan berbagai faktor langsung maupun tidak langsung. (Supariasa et al., 2001)

c. Etiologi

Gizi kurang pada balita disebabkan oleh :

1) Jumlah makanan yang dimakan kurang

Asupan makanan yang kurang antara lain disebabkan karena tidak tersedianya makanan secara adekuat sehingga anak tidak cukup mendapat gizi seimbang dan pola makan yang salah. Cara orang tua memberi makan kepada anak juga mempengaruhi jumlah asupan makanan pada balita. Jika dengan paksaan, anak semakin tidak menyukai makanan tersebut dan cenderung semakin menolak. Selain itu, jika melarang makanan tertentu yang tidak baik seperti permen tetapi tidak diikuti dengan memberi pemahaman jelas, juga akan menimbulkan rasa untuk memberontak. Pemberontakan tersebut biasanya diwujudkan dengan semakin menyukai makanan tersebut dan dengan sembunyi-sembunyi makan dalam jumlah yang banyak karena takut ketahuan. Disisi lain, alat pencernaan usia ini belum berkembang sempurna. Selain itu, anak balita sangat rentan terhadap penyakit gigi sehingga menyulitkan makannya. Gigi susu telah lengkap ada umur 2-2,5 tahun, tetapi belum dapat digunakan untuk mengerat dan mengunyah makanan keras. Karena itu pengaturan makanan dan perencanaan menu harus hati-hati dan sesuai dengan kebutuhan kesehatannya (Soetjiningsih, 1998).

2) Penyakit

Menurut Yahya (2001) seperti dikutip Lundy (2010) selain itu penyakit infeksi juga menjadi penyebab kekurangan gizi, apalagi di negara-negara berkembang seperti Indonesia, dimana kesadaran akan kebersihan diri masih kurang. Serta ancaman endemisitas penyakit tertentu. Penyakit tersebut dapat bertindak sebagai pemula terjadinya kurang gizi sebagai akibat menurunnya nafsu makan, adanya gangguan penyerapan dalam saluran pencernaan serta meningkatnya kebutuhan gizi akibat adanya penyakit.

Penyakit infeksi dapat menyebabkan rusaknya beberapa fungsi organ tubuh sehingga tidak bisa menyerap zat-zat makanan secara baik. Gangguan gizi dan infeksi sering bekerja sinergisitas dan bila bersama-sama akan memberikan prognosa yang lebih buruk dibandingkan dengan bila kedua faktor tadi masing-masing bekerja sendiri-sendiri.

d. Patofisiologi

Gizi kurang biasanya terjadi pada anak balita dibawah usia 5 tahun. Gizi kurang umumnya terjadi pada balita dengan keadaan lahir BBLR (bayi berat lahir rendah) atau dengan berat lahir kurang dari 2500 gram. Tidak tercukupinya makanan gizi seimbang serta kondisi kesehatan yang kurang baik dengan kebersihan yangburuk atau kurang energi kalori. Pada akhirnya anak tersebut akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Tidak seimbangnyaz gizi makanan yang dikonsumsi dapat mengakibatkan terganggunya pertumbuhan organ dan jaringan tubuh, lemahnya daya tahan tubuh terhadap serangan penyakit, serta menurunnya aktivitas dan produktivitas kerja.

Pada bayi dan balita, kekurangan gizi dapat mengakibatkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental dan spiritual. Bahkan pada bayi, gangguan tersebut dapat bersifat permanen dan sangat sulit untuk diperbaiki. Kekurangan gizi pada bayi dan balita, akan mengakibatkan rendahnya kualitas sumber daya manusia. Oleh karena itu pangan dengan jumlah dan mutu yang memadai harus selalu tersedia dan dapat diakses oleh semua orang pada setiap saat. Masalah gizi adalah gangguan kesehatan seseorang atau masyarakat yang disebabkan oleh tidak seimbangnyaz pemenuhan kebutuhan akan zat gizi yang diperoleh dari makanan. Masalah gizi yang dalam bahasa Inggris disebut *Malnutrition*, dibagi dalam dua kelompok yaitu masalah gizi kurang (*under nutrition*) dan masalah gizi lebih (*over nutrition*), baik berupa masalah gizi makro maupun gizi mikro.

Gangguan akibat masalah gizi makro dapat berbentuk status gizi buruk, gizi kurang atau gizi lebih. Masalah gizi makro terutama masalah KEP paling

banyak menyerang pada balita dan yang memprihatinkan biasanya orang tua tidak pernah menyadari bahwa anaknya mengalami KEP.

Dalam ketentuan umum penggunaan standar antropometri WHO 2005 untuk istilah dan pengertian gizi kurang dan gizi buruk adalah status gizi yang didasarkan pada indeks berat badan menurut umur (BB/U) yang merupakan padanan istilah *underweight* (gizi kurang) dan *severely underweight* (gizi buruk) (Direktorat Bina Gizi, 2011).

e. Manifestasi klinik

Kekurangan gizi ini secara umum mengakibatkan gangguan diantaranya :

1) Pertumbuhan dan perkembangan

Kekurangan gizi berdampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan. Efek malnutrisi sangat buruk jika terjadi pada masa *golden period* perkembangan otak (0-3 tahun) dan kondisi ini akan sulit untuk dapat pulih kembali (irreversibel). Dampak terhadap pertumbuhan dan perkembangan otak menjadi vital karena otak adalah salah satu organ yang penting bagi anak untuk menjadi manusia yang berkualitas (Nency, Arifin, 2003).

Gangguan tumbuh kembang yang sering ditemukan pada anak yang mengalami kekurangan gizi (Soetjiningsih, 1998) :

- a) Gangguan bicara dan bahasa. Kemampuan berbahasa merupakan indikator seluruh perkembangan anak. Karena kemampuan berbahasa sensitif terhadap keterlambatan atau kerusakan pada sistem lainnya, sebab melibatkan kemampuan kognitif, motor, psikologis, emosi dan lingkungan sekitar anak. Kurangnya stimulasi akan dapat menyebabkan gangguan bicara dan berbahasa bahkan gangguan ini dapat menetap.
- b) Cerebral palsy. Merupakan suatu kelainan dan postur tubuh yang tidak progresif, yang disebabkan oleh karena suatu kerusakan/gangguan sel-sel motorik pada susunan saraf pusat yang sedang tumbuh/belum selesai pertumbuhannya.

- c) Perawakan pendek merupakan suatu terminologi mengenai tinggi badan yang berada di bawah persentil 3 atau -2 SD pada kurva pertumbuhan yang berlaku pada populasi tersebut. Penyebabnya dapat karena variasi normal, gangguan gizi, kelainan kromosom, penyakit sistemik atau karena kelainan endokrin.
- d) Gangguan autisme merupakan gangguan perkembangan pervasif pada anak yang gejalanya muncul sebelum anak berumur 3 tahun. Pervasif berarti meliputi seluruh aspek perkembangan sehingga gangguan tersebut sangat luas dan berat yang mempengaruhi anak secara mendalam. Gangguan perkembangan yang ditemukan pada autisme mencakup bidang interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.
- e) Retardasi mental merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh intelegensia yang rendah ($IQ < 70$) yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar dan beradaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal.
- f) Gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) merupakan gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas.
- 2) Produksi tenaga. Kekurangan energi yang berasal dari makanan mengakibatkan anak kekurangan tenaga untuk bergerak dan melakukan aktivitas. Anak menjadi malas dan merasa lemas (Sayogya, 1994).
- 3) Pertahanan tubuh. Kurang gizi pada anak akan menyebabkan penurunan reaksi kekebalan tubuh yang berarti kemampuan untuk mempertahankan diri terhadap serangan infeksi menjadi turun. Hal inilah yang menyebabkan anak sangat potensial terkena penyakit infeksi.

Konsentrasi antibodi antipneumococcal pada anak kurang gizi juga sangat rendah, sehingga meningkatkan resiko terserang infeksi saluran pernafasan seperti ISPA. Penurunan sistem imunitas dan antibodi ini menyebabkan anak mudah terserang infeksi seperti batuk, pilek dan diare (Keusch, 2003).

- 4) Struktur dan fungsi otak. Kurang gizi pada anak dapat berpengaruh terhadap perkembangan mental. Kekurangan gizi dapat berakibat terganggunya fungsi otak secara permanen seperti perkembangan IQ dan motorik yang terhambat (Sayogya, 1994).
- 5) Perilaku anak yang mengalami kurang gizi menunjukkan perilaku yang tidak tenang, cengeng dan apatis (Sayogya, 1994).
- 6) Perubahan rambut dan kulit. Rambut kepala mudah dicabut dan tampak kusam, kering, halus, jarang dan berubah warna. Sedangkan pada kulit yang lebih dalam dan lebar, hiperpigmentasi serta bersisik (Sayogya, 1994).
- 7) Anemia gizi adalah keadaan dimana level hemoglobin (Hb) rendah karena kondisi patologis. Defisiensi zat besi (Fe) merupakan penyebab anemia gizi, besi adalah mineral mikro yang mempunyai peran penting untuk menjaga kesehatan tubuh. Mineral tersebut terdapat dalam darah dan semua sel tubuh. Zat besi dalam darah merah berada sebagai bagian dari hemoglobin dan pigmen sel darah merah. Mineral tersebut bertindak sebagai pembawa oksigen dan karbondioksida.

Jika tidak terdapat cukup besi untuk memenuhi kebutuhan tubuh, maka jumlah hemoglobin dalam sel darah merah berkurang dan keadaan tidak sehat timbul yang dikenal sebagai anemia gizi. Rendahnya kadar hemoglobin dalam darah dilihat apabila bagian kelopak mata penderita terlihat berwarna pucat.

- 8) Kelainan darah. Kadar albumin serum rendah, kadar globulin normal atau sedikit meninggi dan kadar kolestrol serum rendah.
- f. Komplikasi gizi kurang dapat terjadi malnutrisi energi protein berat yang dikenal dengan kwasiorkor, marasmus, marasmik kwasiorkor.

5. Upaya perbaikan gizi balita

Selain faktor langsung dan tidak langsung penyebab gizi kurang sangat terkait dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan ketrampilan keluarga. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan terdapat kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak dan keluarga makin banyak memanfaatkan pelayanan yang ada. Ketahanan pangan keluarga juga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan, dan daya beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan (Depkes, 2000).

Bila kekurangan gizi, balita akan mudah sekali terkena berbagai macam penyakit, anak yang kurang gizi tersebut, akan sembuh dalam waktu yang lama. Dengan demikian kondisi ini juga akan mempengaruhi perkembangan intelegensi balita. Untuk itu, bagi balita yang mengalami kurang gizi, harus dilakukan upaya untuk memperbaiki gizinya (dokter sehat, 2010).

Upaya-upaya yang dilakukan tersebut antara lain adalah :

a. Meningkatkan pengetahuan ibu tentang gizi balita

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu dan faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan antara lain tingkat pendidikan, usia, tempat tinggal, status ekonomi, status pekerjaan dan status sosial (Notoatmodjo, 2007).

Suatu hal yang meyakinkan tentang pentingnya pengetahuan gizi didasarkan pada tiga kenyataan yaitu status gizi cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan, setiap orang hanya akan cukup gizi jika makanan yang dimakan mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan tubuh yang optimal, ilmu gizi memberikan fakta-fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan dengan baik bagi perbaikan gizi (Suhardjo, 2003).

Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi. Semakin banyak pengetahuan gizi seseorang, maka ia akan semakin memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi

(Sediaoetama, 2000). Semakin bertambah pengetahuan ibu makan seorang ibu akan semakin mengerti jenis dan jumlah makanan untuk dikonsumsi seluruh anggota keluarganya termasuk anak balitanya. Hal ini dapat meningkatkan kesejahteraan anggota keluarga, sehingga dapat mengurangi atau mencegah gangguan gizi pada keluarga (Harper, Deaton dan Driskel, 1986). Pengetahuan gizi yang dimaksud disini termasuk pengetahuan tentang penilaian status gizi balita. Dengan demikian ibu bisa lebih bijak menanggapi tentang masalah yang berkaitan gangguan status gizi balita.

Makanan dengan kuantitas yang baik adalah makanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan si anak. Misalnya, memberi makanan si anak berapa piring sehari adalah sesuai kebutuhannya. Dan akan lebih baik jika memberikan vitamin dan protein melalui susu. Bagi keluarga yang tidak mampu, bisa menyiasatinya, misalnya mengganti susu dengan telur. Kemudian, makanan yang kualitasnya baik adalah makanan yang mengandung semua zat gizi, antara lain protein, karbohidrat, zat besi, dan mineral. Upaya yang terakhir adalah dengan mengobati penyakit-penyakit penyerta (Dokter sehat, 2010).

b. Praktek atau tindakan (*practice*)

Penelitian Hotz dan Gibson (2004) menunjukkan ada pengaruh nyata pada praktek pemberian makan, persiapan makan, jumlah makanan yang diberikan, asupan energi, protein hewani, niacin, riboflavin kalsium dan besi antara kelompok yang diberikan pelatihan tentang praktek pemberian makan anak dengan kelompok pembandingan. Kesimpulan penelitian ini adalah adopsi praktek pemberian makan yang baru selama latihan mempengaruhi intake 75 energi dan zat gizi dari MP-ASI sehingga dapat meningkatkan kualitas asupan gizi secara keseluruhan pada kelompok intervensi.

c. Tingkat pendidikan ibu

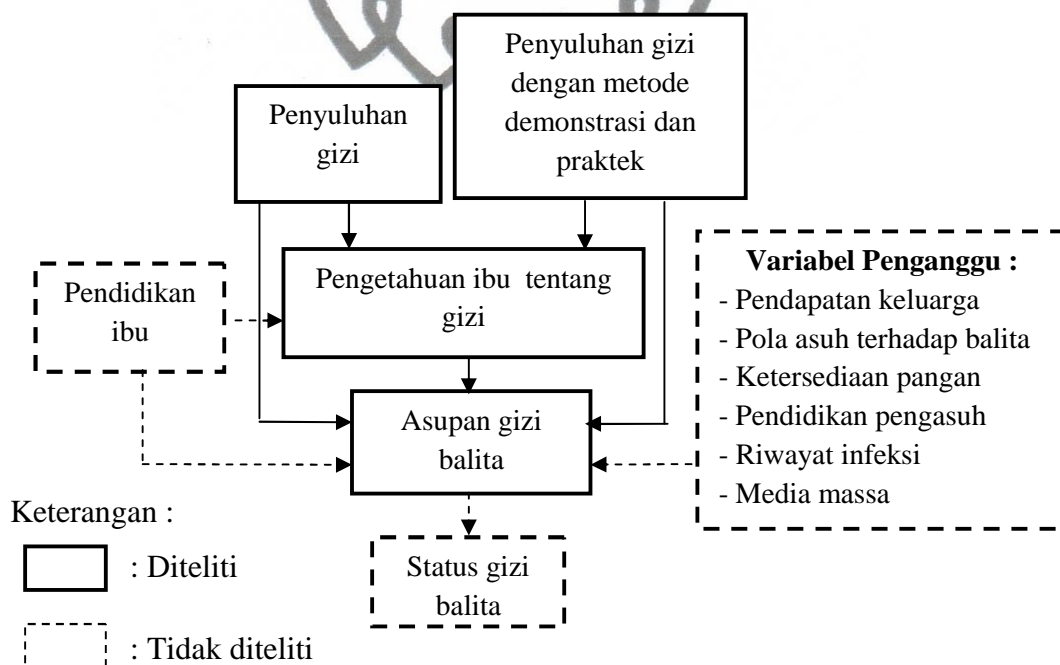
Tingkat pendidikan ibu merupakan faktor yang sangat penting. Tinggi rendahnya tingkat pendidikan ibu erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan terhadap perawatan kesehatan, terhadap kesehatan dan gizi

anak-anak dan keluarganya. Di samping itu pendidikan berpengaruh pula pada faktor sosial ekonomi lainnya seperti pendapatan, pekerjaan kebiasaan hidup, makanan, perumahan dan tempat tinggal (Kardjati, 1985).

Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. Hal ini bisa dijadikan landasan untuk membedakan metode penyuluhan yang tepat. Dari kepentingan gizi keluarga, pendidikan diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi di dalam keluarga dan bisa mengambil secepatnya (Suhardjo, 2003).

Pendidikan ibu berhubungan signifikan terhadap pemilihan penggunaan pelayanan kesehatan anak, tetapi pendidikan ibu tidak menentukan pilihan perawatan prenatal dan imunisasi, berhubungan dengan fasilitas lingkungan yang bersih dan berhubungan terbalik dengan jarak dari fasilitas kesehatan (Becker et al., 1993).

B. KERANGKA PIKIR



Gambar 2.1. Kerangka Berpikir

C. Hipotesis penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah :

1. Terdapat pengaruh penyuluhan dengan metode demontrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja, terhadap pengetahuan gizi ibu balita dengan gizi kurang.
2. Terdapat pengaruh antara penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja terhadap asupan gizi (energi dan protein) balita dengan gizi kurang.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *Randomized Controlled Trial*.

B. Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto Jakarta.

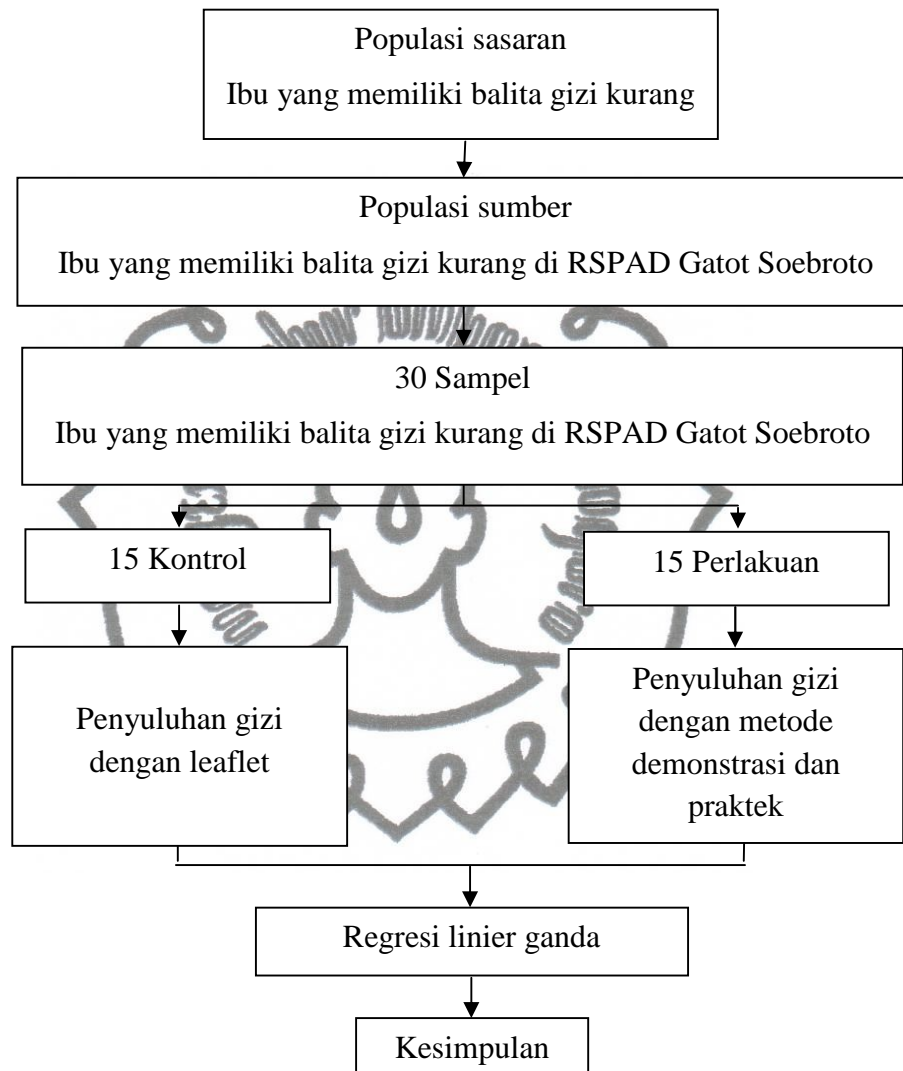
Waktu penelitian rencana akan dilaksanakan bulan Mei 2011 sampai Juni 2011.

C. Populasi

1. Populasi sasaran penelitian adalah ibu yang memiliki anak balita yang menderita kekurangan gizi.
2. Populasi sumber penelitian adalah ibu yang memiliki anak balita yang menderita kekurangan gizi di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.
3. Sampel penelitian diambil dengan:
 - a) Kriteria inklusi :
 - 1) Ibu yang berusia 20 – 45 tahun.
 - 2) Ibu yang mempunyai anak balita dengan gizi kurang yang dirujuk ke poli gizi RSPAD Gatot Soebroto (laki-laki dan balita perempuan).
 - 3) Ibu mempunyai balita dengan gizi kurang usia 6 bulan – 5 tahun (sesuai tanggal kelahiran) tanpa disertai penyakit penyerta.
 - 4) Ibu bersedia untuk mengikuti penelitian.
 - b) Kriteria eksklusi :
 - 1) Ibu tiri atau pengasuh.
 - 2) Ibu memiliki balita gizi buruk.
 - 3) Ibu buta huruf.

D. Perhitungan sampel di dasarkan pada :

Penentuan besar sampel dihitung berdasarkan sampel minimal 30 ibu balita dengan gizi kurang yang memenuhi kriteria inklusi (Murti, 2010).



Gambar 3.1. Kerangka Penelitian

E. Variabel Penelitian

1. Variabel dependen :
Pengetahuan ibu tentang gizi dan asupan gizi balita (energi dan protein).
2. Variabel independen :
Penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek.

3. Variabel perancu :

- Pola asuh terhadap balita
- Pendapatan keluarga
- Pendidikan formal ibu
- Pendidikan formal pengasuh
- Ketersediaan pangan
- Riwayat infeksi

F. Definisi Operasional Variabel

1. Penyuluhan gizi dengan demonstrasi

Penyampaian informasi gizi oleh Ahli Gizi dengan metode ceramah, demonstrasi dan tanya jawab tentang pemberian MP-ASI dan pembuatan makanan formula (Depkes, 2006) kepada ibu.

Cara ukur : Keikutsertaan dalam penyuluhan.

Skala ukur : nominal (0 : sebelum penyuluhan ; 1 : sesudah penyuluhan).

2. Pengetahuan ibu tentang gizi

Adalah materi yang diketahui oleh responden terkait dengan gizi balitanya.

Alat ukur : pertanyaan dengan menggunakan kuesioner.

Cara ukur : akumulasi jawaban benar dibandingkan nilai awal (sebelum intervensi).

Skala ukur : rasio.

3. Asupan gizi

Jumlah rata-rata gizi dalam makanan (energi dan protein) yang dikonsumsi oleh balita yang dikumpulkan melalui metode *recall* 24 jam selama 3 hari berturut-turut selama penelitian.

Alat ukur : lembar *recall* konsumsi makanan.

Cara ukur : *recall* asupan makanan selama 3 hari berturut-turut, diterjemahkan dengan menggunakan ukuran rumah tangga (URT).

4. Pendidikan ibu

Adalah pendidikan ibu balita yang dilihat dari tahun sukses pendidikan formal.

5. Status gizi

Adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan anak. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrisi. Penelitian status gizi merupakan pengukuran yang didasarkan pada data antropometri serta biokimia dan riwayat diet (Beck, 2000: 1). keadaan [tubuh](#) sebagai akibat konsumsi [makanan](#) dan penggunaan zat-zat [gizi](#). Status gizi secara parsial dapat diukur dengan antropometri (pengukuran bagian tertentu dari tubuh) atau biokimia atau secara klinis (Depkes, 2009).

6. Keluarga dekat

Adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Effendy, 1998). Bantuan yang dapat diberikan kepada keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasehat sehingga penerima dukungan akan merasa disayang, dihargai dan tenteram (Notoatmodjo, 2003). Dalam penelitian ini bantuan untuk merawat atau menjaga balita selama 1 – 24 jam.

7. Dukungan keluarga/kerabat yang menyediakan makanan

Adalah bantuan untuk menyelesaikan permasalahan sesuai dengan yang direkomendasikan dan diwujudkan dalam aktifitas bantuan (Choppers, 2006 dikutip oleh Istiqori, 2008). Dalam penelitian ini dukungan keluarga merupakan partisipasi keluarga dalam hal menyediakan makanan bagi balita.

G. Pengumpulan Data

1. Melakukan pendataan seluruh responden yang akan diteliti di rumah sakit Gatot Soebroto.
2. Memberikan *informed consent* kepada responden.
3. Melakukan wawancara dengan memberikan kuesioner penelitian untuk mengumpulkan data karakteristik responden, mengukur pengetahuan ibu

(pre tes) dan melakukan *food recall* 24 jam untuk menghitung asupan gizi balita (energi dan protein) selama 3 hari berturut-turut.

4. Memberikan penyuluhan dengan metode demonstrasi tentang praktek makanan pendamping ASI dan pembuatan makanan formula WHO (Depkes, 2006) untuk meningkatkan gizi balita.
5. Setelah 1 bulan, dilakukan wawancara kembali dengan memberikan kuesioner untuk mengukur pengetahuan ibu dan menilai asupan gizi balita (energi dan protein) dengan menggunakan *food recall* selama 3 hari berturut-turut.

H. Instrumen penelitian

1. Modul pelatihan penyuluhan yang disusun berupa leaflet dan metode demonstrasi serta praktek pembuatan makanan pendamping ASI.
2. Kuesioner terstruktur berisi pertanyaan terbuka dan tertutup yang dibuat berdasarkan tinjauan kepustakaan. Kuesioner sebelum dipergunakan dilakukan uji coba kuesioner di lokasi penelitian. Untuk menentukan hal-hal apakah susunan dan bahasanya cukup dimengerti oleh responden dan apakah waktu yang diperlukan untuk wawancara kurang, cukup atau terlalu lama.
3. Formulir *food recall* untuk mengetahui asupan makanan balita.
4. Formulir *Informed Consent*.

I. Pengolahan dan analisis data

Analisis statistik menggunakan program SPSS *for windows* versi 17.

Model analisa data yang digunakan adalah sebagai berikut :

- a. Karakteristik sampel data kontinue didiskripsikan dalam n, mean, SD. Data katagorikal didiskripsikan dalam n, persen.
- b. Regresi linier ganda untuk menganalisis pengaruh penyuluhan gizi dengan metode praktek terhadap pengetahuan gizi dan asupan gizi balita (energi dan protein).

J. Etika penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mengajukan permohonan ijin terlebih dahulu kepada pihak terkait di Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Gizi UNS. Kemudian melakukan observasi langsung pada obyek yang diteliti dengan menekankan pada masalah-masalah etik sebagai berikut :

1. Lembar pernyataan dan persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Subyek yang memenuhi kriteria inklusi diberi lembar *informed consent* disertai identitas peneliti, judul penelitian dan manfaat penelitian. Responden diminta mencantumkan tanda tangan di lembar tersebut dengan terlebih dahulu diberikan waktu untuk membaca lembaran tersebut. Jika menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Anonimity*

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam lembar pengumpulan data. Tetapi lembar tersebut diberikan inisial dan nomor atau kode tertentu.

3. *Confidentialy*

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden akan dijamin oleh peneliti. Data tersebut akan disajikan atau dilaporkan kepada yang berhubungan dengan penelitian ini.

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran umum lokasi penelitian

1. RSPAD Gatot Soebroto

Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat (RSPAD) Gatot Soebroto Jakarta merupakan rumah sakit pemerintah yang berada di bawah naungan Direktorat Kesehatan TNI AD. Disamping itu, rumah sakit tersebut juga termasuk rumah sakit percontohan karena berklasifikasi tingkat I yang setara dengan rumah sakit tipe A terakreditasi 16 pelayanan dengan nilai amat baik pada tahun 2005 ini. Satu hal yang membuat rumah sakit ini lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit pemerintah lainnya adalah karena disiplin militer yang diterapkan oleh rumah sakit.

RSPAD Gatot Soebroto dibutuhkan guna mendukung tugas pokok TNI AD dalam menyelenggarakan dan melakukan fungsi perumahsakitian di tingkat pusat bagi anggota TNI, PNS (Pegawai Negri Sipil) beserta keluarganya yang dalam perkembangannya juga melayani semua lapisan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

2. Unit Gizi RSPAD Gatot Soebroto

Unit Gizi RSPAD Gatot Soebroto merupakan salah satu dari delapan unit pelaksana yang secara struktural berada langsung di bawah Kepala RSPAD Gatot Soebroto. Unit Gizi RSPAD Gatot Soebroto dipimpin oleh seorang militer dengan sebutan Kepala Unit Gizi dengan pangkat Letnan Kolonel Corp Kesehatan Militer (CKM).

Misi Unit Gizi adalah menyelenggarakan pelayanan gizi yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pasien. Sedangkan tujuannya adalah memberikan pelayanan gizi dengan memperhatikan berbagai aspek gizi dan penyakit dalam upaya penyembuhan pasien.

Tenaga yang dimiliki Unit Gizi seluruhnya berjumlah 77 orang dengan rincian menurut tingkat pendidikannya sebagai berikut : dokter spesialis gizi (2 orang), S2 gizi (1 orang), S1 sosial (1 orang), S1 gizi (3 orang), S1 kesehatan masyarakat (7 orang), D4 gizi (1 orang), D3 gizi (6 orang), D3 tata

boga (1 orang), D3 farmasi makanan (1 orang), D3 perawat (1 orang), D3 administrasi (1 orang), SMK (25 orang), SMK komputer (1 orang), SMEA (2 orang), SMA (9 orang), SPK (1 orang) dan SMP (9 orang).

Pelayanan gizi khususnya kegiatan penyediaan makanan didukung dengan peralatan yang cukup modern, yang mampu menyiapkan pelayanan makanan sebanyak 1500 porsi untuk satu kali makan. Selain itu juga mampu untuk memberikan pelayanan gizi dalam keadaan darurat.

B. Karakteristik responden

1. Karakteristik ibu

Tabel 4.1. Karakteristik responden berdasarkan umur, pendidikan dan pekerjaan ibu

No	Variabel	Kontrol		Perlakuan	
		n	%	n	%
1	Umur (thn)				
	- 20 - 25	5	33.3	6	40.0
	- 26 - 30	2	13.3	4	26.7
	- 31 - 35	8	53.4	3	20.0
	- 36 - 40	0	0	2	13.3
2	Pendidikan ibu				
	- SMU sederajat	13	86.7	14	93.3
	- Diploma/Sarjana	2	13.3	1	6.7
3	Pekerjaan ibu				
	- Bekerja	4	26.7	5	33.3
	- Tidak bekerja	11	73.3	10	66.7
	Total	15	100	15	100

Tabel 4.1 menunjukkan umur responden pada kelompok kontrol paling banyak berumur antara 31-35 tahun yaitu 8 orang (53.4%) sedangkan responden yang berusia antara 20-25 tahun yaitu 5 orang (33.3%) dan berusia antara 26-30 tahun yaitu 2 orang (13.3). Pada kelompok perlakuan paling banyak responden berumur antara 20-25 tahun yaitu 6 orang (40.0 %), yang berusia antara 26-30 tahun yaitu 4 orang (26.7%) dan yang berusia antara 31-35 tahun yaitu 3 orang (20,00 %) serta yang berusia antara 36-40 tahun yaitu 2 orang (13.3 %).

Tabel 4.1 menunjukkan tingkat pendidikan responden pada kelompok kontrol paling banyak yang berpendidikan SMU/ sederajat yaitu 13 orang (86.7%) sedangkan untuk pendidikan diploma/sarjana 2 orang (13.3%). Pada kelompok perlakuan paling banyak responden berpendidikan SMU/ sederajat yaitu 14 orang (93.3%) dan pendidikan diploma/sarjana 1 orang (6.7%).

Tabel 4.1 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu pada kelompok kontrol paling banyak responden yang tidak bekerja yaitu 11 orang (73.3%) sedangkan yang tidak bekerja yaitu 4 orang (26.7%). Pada kelompok perlakuan paling banyak responden yang tidak bekerja yaitu 10 orang (66.7%) dan yang bekerja yaitu 5 orang (33.3%).

2. Karakteristik subjek (balita)

Tabel 4.2. Karakteristik subjek berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin	Kontrol		Perlakuan	
	(n)	%	(n)	%
Laki-laki	7	46,67	6	40
Perempuan	8	53.33	9	60
Total	15	100	15	100

Pada tabel 4.2 karakteristik subjek (balita) dipilah berdasarkan jenis kelamin ternyata subyek yang berjenis kelamin perempuan paling banyak baik pada kelompok kontrol 8 orang (53,33%) maupun pada kelompok perlakuan 9 orang (60%), sedangkan jenis kelamin laki-laki pada kelompok kontrol 7 orang (46,5%) dan pada kelompok perlakuan 6 orang (40%).

C. Hasil analisis statistik

1. Analisis berat badan subjek sebelum dan pasca intervensi minggu 0 dan minggu 4

Tabel 4.3. Hasil analisis statistik berat badan subjek sebelum dan pasca intervensi minggu 0 dan minggu 4

No	Variabel	n	Mean	SD	Minimal	Maksimal
1	Berat badan balita (kg) sebelum intervensi (kontrol)	15	10.27	1.12	8.50	12.00
2	Berat badan balita (kg) sebelum intenvensi (perlakuan)	15	10.57	1.21	8.90	13.00
3	Berat badan balita (kg) minggu 3 pasca intervensi (kontrol)	15	10.26	0.95	9.00	11.70
4	Berat badan balita (kg) minggu 3 pasca intervensi (perlakuan)	15	10.70	0.92	9.40	12.00

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa rerata berat badan balita pada kelompok kontrol sebelum intervensi 10.27 ± 1.12 dengan nilai minimal 8.50 dan nilai maksimal 12.00 dan pada kelompok perlakuan 10.57 ± 1.21 dengan nilai minimal 8.90 dan nilai maksimal 13.00. Berat badan sebelum intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan tidak ada perbedaan yang signifikan. Pada minggu 3 pasca intervensi rerata berat badan balita kelompok kontrol 10.26 ± 0.95 dengan nilai minimal 9.00 dan nilai maksimal 11.00 dan pada kelompok perlakuan 10.70 ± 0.92 dengan nilai minimal 9.40 dan nilai maksimal 12.00, ada kenaikan berat badan pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol namun belum signifikan.

2. Analisis pengaruh intervensi terhadap rerata pengetahuan, asupan energi dan protein pada minggu 1, 2 dan 3

Tabel 4.4. Hasil analisis statistik rerata variabel umur, pengetahuan, asupan energi dan protein minggu 1, 2 dan 3

No	Variabel	n	Mean	SD	Minimal	Maksimal
1	Umur balita (tahun)	30	3.0	0.6	2.0	4.0

2	Pengetahuan sebelum intervensi	30	33.0	8.8	13.9	44.4
3	Pengetahuan minggu 1 pasca intervensi	30	54.8	24.2	22.2	88.9
4	Pengetahuan minggu 2 pasca intervensi	30	70.3	16.8	41.7	97.2
5	Pengetahuan minggu 3 pasca intervensi	30	86.6	16.9	47.2	100.0
6	Asupan energi sebelum intervensi kal/ hari	30	71.5	2.9	66.6	78.0
7	Asupan energi minggu 1 pasca intervensi kal/ hari	30	79.9	12.5	63.1	111.2
8	Asupan energi minggu 3 pasca intervensi kal/ hari	30	91.5	13.58	75.1	121.4
9	Asupan protein sebelum intervensi g/ hari	30	60.2	6.3	51.2	69.8
10	Asupan protein minggu 3 pasca intervensi g/ hari	30	86.6	15.4	64.9	115.7

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa rerata umur balita 3.0 ± 0.6 dengan nilai minimal 2.0 dan nilai maksimal 4.0.

Tabel 4.4 menunjukkan rerata pengetahuan ibu sebelum intervensi 33.0 ± 8.8 dengan nilai minimal 13.9 dan nilai maksimal 44.4. Rerata pengetahuan minggu 1 pasca intervensi 54.8 ± 24.2 dengan nilai minimal 22.2 dan nilai maksimal 88.9. Rerata pengetahuan minggu 2 pasca intervensi 70.3 ± 16.8 dengan nilai minimal 41.7 dan nilai maksimal 97.2. Rerata pengetahuan minggu 3 pasca intervensi 86.6 ± 16.9 dengan nilai minimal 47.2 dan nilai maksimal 100.0.

Tabel 4.4 menunjukkan rerata asupan energi balita sebelum intervensi 71.5 ± 8.8 dengan nilai minimal 66.6 dan nilai maksimal 78.0. Rerata asupan energi balita minggu 1 pasca intervensi 79.9 ± 12.5 dengan nilai minimal 63.1 dan nilai maksimal 111.2. Rerata asupan energi balita minggu 3 pasca intervensi 91.5 ± 13.58 dengan nilai minimal 75.1 dan nilai maksimal 121.4.

Tabel 4.4 menunjukkan rerata asupan protein balita sebelum intervensi 71.5 ± 2.9 dengan nilai minimal 66.6 dan nilai maksimal 69.8. Rerata asupan protein balita minggu 3 pasca intervensi 86.6 ± 15.4 dengan nilai minimal 64.9 dan nilai maksimal 115.7.

2. Analisis regresi linier ganda pengaruh intervensi terhadap pengetahuan, asupan protein dan energi pada minggu 1, 2 dan 3 pasca intervensi.

Tabel 4.5. Hasil analisis regresi linier ganda pengaruh penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja terhadap pengetahuan, asupan energi, dan asupan protein, diukur pada minggu 1, 2, dan 3 pasca intervensi

Variabel dependen	Minggu 1			Minggu 2			Minggu 3		
	Koefisien regresi *)	p	R ²	Koefisien regresi *)	p	R ²	Koefisien regresi *)	p	R ²
Pengetahuan gizi	42.7	<0.001	77.0%	23.4	<0.001	45.9%	24.3	<0.001	54.7%
Asupan energi (kal/hari)	14.1	0.001	30.2%	-	-	-	19.9	<0.001	54.8%
Asupan protein (gram/hari)	-	-	-	-	-	-	24.8	<0.001	64.2%

*) Koefisien regresi menunjukkan perbedaan pengaruh penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja, setelah mengontrol pengaruh dari pengetahuan, asupan protein, atau asupan energi sebelum intervensi

Tabel 4.5 menunjukkan terdapat perbedaan pengaruh yang secara statistik signifikan antara penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja, terhadap pengetahuan gizi, baik pada minggu 1, 2, maupun 3 pasca intervensi, setelah memperhitungkan pengetahuan sebelum intervensi. Sebagai contoh, pada minggu 1 pasca intervensi, kelompok yang diberi penyuluhan dan demonstrasi rata-rata memiliki pengetahuan gizi 42.7 poin lebih tinggi daripada penyuluhan saja ($p < 0.001$). Perbedaan bertahan secara statistik signifikan pada minggu 2 dan 3 pasca intervensi, meskipun terdapat sedikit penurunan perbedaan pengaruh tersebut.

Tabel 4.5 menunjukkan terdapat perbedaan pengaruh yang secara statistik signifikan antara penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja, terhadap asupan protein (gram/ hari), pada minggu 3 pasca intervensi, setelah memperhitungkan asupan protein sebelum intervensi. Pada minggu 3 pasca intervensi, kelompok penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek rata-rata memberikan asupan protein 24.8 gram/ hari lebih tinggi daripada kelompok penyuluhan saja ($p < 0.001$).

Tabel 4.5 menunjukkan terdapat perbedaan pengaruh yang secara statistik signifikan antara penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan penyuluhan saja, terhadap asupan energi (kal/ hari), baik pada minggu 1 dan 3 pasca intervensi, setelah memperhitungkan asupan energi sebelum intervensi. Pada minggu 1 pasca intervensi, kelompok penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek rata-rata memberikan asupan energi 14.1 kal/ hari lebih tinggi daripada kelompok penyuluhan saja ($p = 0.001$). Pada minggu 3 pasca intervensi, kelompok penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek rata-rata memberikan asupan energi 19.9 kal/ hari lebih tinggi daripada kelompok penyuluhan saja ($p < 0.001$).

BAB V

PEMBAHASAN

A. Karakteristik responden

Karakteristik responden sebelum intervensi umumnya tidak ada perbedaan antara kelompok kontrol dan perlakuan. Hasil uji statistik karakteristik yang meliputi umur ibu dan balita, tingkat pendidikan, pekerjaan ibu, jenis kelamin subjek, skor pengetahuan ibu, tingkat asupan makanan (energi dan protein) menunjukkan tidak ada perbedaan, berarti kondisi awal kelompok intervensi dan kontrol sama, kecuali tingkat pendidikan ibu dan umur subjek.

Banyak kepustakaan menunjukkan hubungan yang positif antara tingkat pendidikan ibu dengan kesehatan dan status gizi anak. Penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan tingkat pendidikan yang tinggi mempunyai pengetahuan gizi yang tinggi dan mempunyai kemampuan yang lebih baik untuk memanfaatkan sistem perawatan keluarga (Ruel MT, 1992). Penelitian Salimar (2009) ibu berpendidikan tinggi cenderung mempunyai komitmen untuk berusaha menyediakan waktu dalam pengasuhan anak dan menunjukkan hubungan yang positif antara pendidikan ibu dengan pengetahuan gizi dan kesehatan ibu.

Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan tentang gizi bagi balitanya. Rendahnya tingkat pendidikan mempengaruhi penerimaan informasi sehingga pengetahuan terbatas. Kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi dapat menyebabkan balita kurang gizi. Ketidaktahuan tentang gizi seimbang menyebabkan kesalahan dalam pemilihan dan pemberian makanan pada balita (Suhardjo, 2005). Pendidikan juga akan mempengaruhi jenis pekerjaan yang didapat. Menurut (Salimar, 2009) umumnya semakin tinggi pendidikan formal seseorang akan semakin baik jenis pekerjaan yang diperoleh dan ada kecenderungan semakin tinggi pendapatan yang diperoleh.

Untuk variabel jenis kelamin laki-laki dan perempuan subjek (balita) antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan menunjukkan tidak berbeda, sampel diteliti berdasarkan karakteristik yang sama.

commit to user

B. Analisis statistik

Menurut Murti (1995), penelitian quasi eksperimental dengan menggunakan sampel yang diambil secara *purposive* harus memiliki kesetaraan karakteristik. Kesetaraan karakteristik bagi balita perlu dipehitungkan karena untuk menentukan asupan gizi bagi balita berdasarkan umur.

Penyuluhan yang diberikan kepada ibu dengan menggunakan metode demonstrasi dan praktek ternyata memberikan pengaruh terhadap pengetahuan ibu dan asupan gizi balita. Pada minggu terakhir setelah intervensi rerata pengetahuan ibu mengalami peningkatan. Hal ini dapat dijelaskan karena adanya penyuluhan gizi dan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu dalam pemeliharaan kesehatan anak terutama pemberian asupan makanan.

Menurut Sayogya, Suhardjo dan Khumaidi (1994) dalam Salimar (2009) bahwa sebagian besar gizi buruk pada balita dapat dihindari bila ibu mempunyai cukup pengetahuan tentang gizi, bagaimana mengolah makanan mengatur menu makanan anak dan cara perawatan yang baik. Secara tidak langsung pengetahuan gizi ibu akan mempengaruhi status gizi anak, karena dengan pengetahuannya para ibu dapat mengasuh dan memenuhi kebutuhan zat gizi anak balitanya, sehingga keadaan gizinya terjamin.

Seperti dikemukakan Notoatmodjo (2010), bahwa pendidikan kesehatan dalam jangka waktu pendek dapat menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan individu, kelompok dan masyarakat. Santos, *et.al.*, (2001), melakukan penelitian tentang pengaruh konseling gizi terhadap peningkatan berat badan anak di Brasil. Menyimpulkan bahwa konseling dan latihan gizi memiliki pengaruh nyata terhadap kenaikan berat badan anak, perbaikan praktek pemberian makan anak dan ibu.

Penelitian Gulden, *et.al.*, (2000) di Cina menunjukkan bahwa ibu yang mendapat intervensi pendidikan gizi selama 1 tahun mempunyai pengetahuan dan praktek pemberian makan dan pertumbuhan bayi yang lebih baik.

Kenaikan berat badan balita pada akhir penelitian belum menunjukkan kenaikan yang berarti. Asupan makanan dihitung berdasarkan jumlah asupan energi dan protein balita. Perbedaan perubahan energi dan protein antara

kelompok perlakuan dan kontrol terjadi setelah 3 minggu intervensi. Peningkatan energi dan protein sesuai dengan peningkatan pengetahuan ibu yaitu lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibandingkan kontrol.

Menurut Bhandari *et.al.*, (2001) di Delhi Selatan menunjukkan bahwa konseling gizi meningkatkan asupan energi secara bermakna. Penelitian Brown LV (1992) di Bangladesh menunjukkan pendidikan gizi melalui demonstrasi oleh pekerja desa dapat meningkatkan masukan energi pada anak kelompok perlakuan setelah 5 bulan intervensi.

Penelitian Hotz dan Gibson (2004) menunjukkan ada pengaruh nyata pada praktek pemberian makan, persiapan makan, jumlah makanan yang diberikan, asupan energi, protein hewani, niacin, riboflavin kalsium dan besi antara kelompok yang diberikan pelatihan tentang praktek pemberian makan anak dengan kelompok pembanding.

C. Analisis regresi linier ganda pengaruh intervensi terhadap pengetahuan, asupan energi dan protein pada minggu 1, 2 dan 3 pasca intervensi.

Hasil analisis regresi linier ganda menunjukkan bahwa pengaruh penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek pada minggu ke 1 pasca intervensi dapat merubah pengetahuan ibu secara statistik signifikan dibandingkan dengan penyuluhan saja sebesar 42.7 poin lebih tinggi dari pada penyuluhan saja ($p < 0.001$). Terdapat sedikit penurunan poin pengetahuan pada minggu 2 dan 3 tetapi secara statistik tetap signifikan. Penurunan poin terjadi karena kemungkinan ibu lebih antusias pada praktek pembuatan formula dibandingkan dengan pengisian kuesioner.

Terjadi peningkatan asupan energi dan protein pada minggu ke 3 pasca intervensi secara statistik signifikan pada kelompok perlakuan yang mendapat penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek dibandingkan dengan metode penyuluhan saja (< 0.001).

Intervensi yang diberikan dalam penelitian ini adalah penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek. Metode tersebut pada akhirnya dapat meningkatkan pengetahuan ibu menjadi lebih baik walaupun terjadi sedikit penurunan namun

tetapi tetap signifikan. Namun yang perlu dikaji lebih lanjut adalah hasil intervensi penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek yang diberikan. Berapa lama efek penyuluhan terhadap berbagai parameter gizi belum pernah dilakukan, bagaimana pengetahuan ibu setelah 6 bulan atau 1 tahun penyuluhan dan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk merubah pengetahuan ibu dalam pemberian makanan pada anak balitanya.

D. Keterbatasan penelitian

1. Dalam penelitian ini kehadiran ibu sangat menentukan untuk penilaian tetapi karena berbagai hal merupakan hambatan untuk mengumpulkan dalam satu waktu yang telah ditentukan sehingga dibuat alternatif penyuluhan diberikan berdasarkan kesanggupan ibu untuk hadir.
2. Waktu penyuluhan yang dilaksanakan tidak terlalu lama. Hanya 3 kali pertemuan selama sebulan.
3. Penilaian status gizi pada akhir penelitian masih sama seperti awal penelitian namun untuk kenaikan berat badan sudah ada kenaikan walau belum maksimal.
4. Keterbatasan jumlah tenaga gizi untuk membantu memberikan demonstrasi dan praktek kepada responden.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Penyuluhan dengan metode demonstrasi dan praktek memberikan manfaat yang lebih baik dibandingkan hanya penyuluhan saja.
2. Beberapa penelitian menjelaskan bahwa penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek akan menambah pengetahuan untuk ibu dalam praktek pemberian makan, persiapan makan, jumlah makanan yang diberikan, asupan energi dan asupan protein sehingga dapat menambah asupan gizi terutama balita yang mengalami kekurangan gizi.

B. Saran

1. Metode penyuluhan dengan demonstrasi dan praktek perlu dipertimbangkan untuk diterapkan di RSPAD Gatot Soebroto agar lebih meningkatkan pengetahuan gizi, asupan energi dan asupan protein terutama untuk balita dengan gizi kurang setelah keluar perawatan.
2. Ibu, suami dan keluarga lain yang terlibat dalam pengasuhan balitanya lebih meningkatkan pengetahuan melalui penyuluhan-penyuluhan atau media massa lainnya untuk membantu agar cepat berubah status gizinya ke status gizi baik.
3. Perlu pemantuan bagi balitanya setelah keluar perawatan agar kejadian kurang gizi tidak berulang kembali.