



**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEAKTIFAN KUNJUNGAN IBU BALITA DALAM
KEGIATAN PEMERIKSAAN BALITA GIZI BURUK
DI RUMAH GIZI DINAS KESEHATAN
KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Oleh

Khairuz Zakiyah
NIM. 6411411142

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2015**

ABSTRAK

Khairuz Zakiyah

Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kunjungan Ibu Balita dalam Kegiatan Pemeriksaan Balita Gizi Buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang

VI + 75 halaman + 16 tabel + 2 gambar + 9 lampiran

Gizi buruk merupakan masalah gizi pada balita yang harus mendapatkan prioritas penanganan. Dinas kesehatan kota Semarang, salah satu bentuk penanganan terhadap masalah gizi buruk mendirikan rumah pemulihan gizi buruk yaitu Rumah Gizi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Jenis penelitian ini adalah analitik dengan rancangan penelitian adalah *Cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu balita yang balitanya diperiksa di Rumah Gizi Dinas Kesehatan. Sampel berjumlah 36 orang. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji Chi Square.

Hasil penelitian didapatkan variabel yang berhubungan dengan keaktifan kunjungan ibu balita adalah pengetahuan ($p=0,024$), sikap ($p=0,044$) dan peran keluarga ($p=0,023$), sedangkan variabel yang lainnya yaitu tingkat pendidikan ($p=0,887$), pendapatan perkapita ($p=1,000$), jarak tempuh ($p=1,000$) dan praktik petugas kesehatan ($p=0,121$) tidak terdapat hubungan yang signifikan.

Kata Kunci : Gizi Buruk, Ibu Balita, Keaktifan Kunjungan.

Kepustakaan : 38



ABSTRACT

Khairuz Zakiyah

Factors Associated with active participation in the activities Mother Visiting Toddlers Examination Malnutrition at Rumah Gizi Semarang City Health Office

VI + 75 pages + 16 tables + 2 images + 9 attachments

Malnutrition was a problem of nutrition in infants which should get priority handling. Health department of Semarang, one form of treatment for malnutrition establish a recovery house malnutrition namely Rumah Gizi. This study aimed to determine the factors associated with the liveliness of the mother visiting in inspection activities malnutrition children in Rumah Gizi of Semarang Health Department. This research was analytic study design was cross-sectional. The study population was all mothers that their babies checked at Rumah Gizi Health Department. Sample was 36 people. The data were analyzed univariantly and bivariantly using Chi-Square test. The result showed the variables associated with the liveliness of the mother visiting are knowledge ($p = 0.024$), attitude ($p = 0.044$) and the role of the family ($p = 0.023$), while the other variable was the level of education ($p = 0.887$), family income ($p = 1.000$), the distance ($p = 1.000$) and the practice of health care workers ($p = 0.121$) there was no significant relationship.

Keywords: Malnutrition, Mother, Activeness Visit.

Bibliography : 38





UNNES

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG



UNNES

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

- ❖ Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh urusan-urusan yang lain (Al Insyirah: 6 - 7).
- ❖ Dan sebaik-baik manusia adalah orang yang paling bermanfaat bagi manusia. (HR. Thabrani dan Daruquthni)
- ❖ Ketika hidup ini hanya untuk diri sendiri, maka ia akan terasa singkat dan tak bermakna tapi ketika hidup ini kita persembahkan untuk orang lain, ia akan terasa panjang, dalam dan penuh makna (Sayyid Quthb)

PERSEMBAHAN:

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah

SWT, skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Orang tua tercinta
2. Kakak tercinta
3. Almamaterku, Unnes

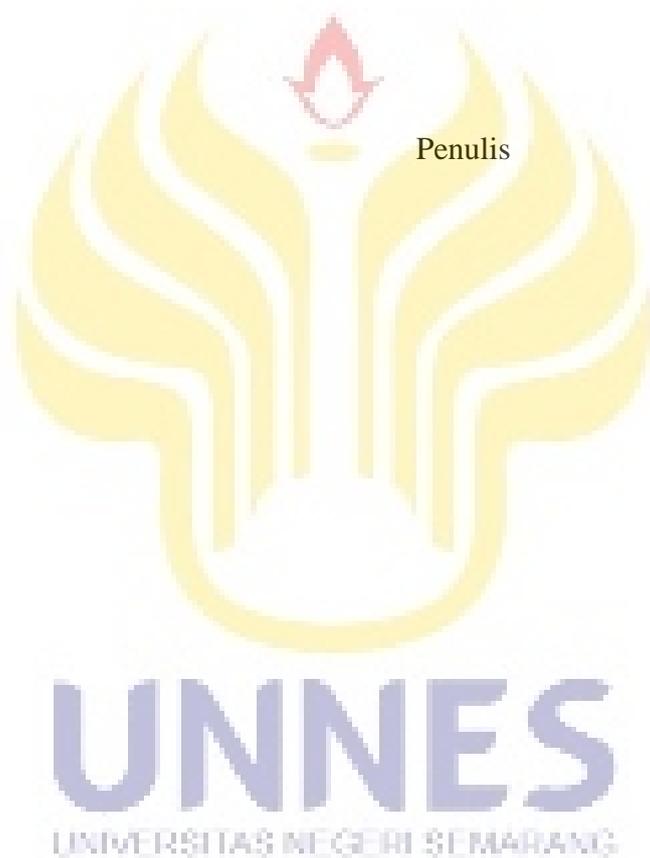
KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penyusunan skripsi dengan judul “Faktor yang Berhubungan dengan Keaktifan Kunjungan Ibu Balita dalam Kegiatan Pemeriksaan Balita Gizi Buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang” dapat diselesaikan dengan baik. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini, yaitu kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Dr. Drs. H. Harry Pramono, M.Si, atas pemberian ijin penelitiannya.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan sekaligus dosen pembimbing, Irwan Budiono, S.KM. M.Kes, atas persetujuan dan dilaksanakannya sidang ujian skripsi serta atas bimbingan dan pengarahannya selama penyusunan skripsi.
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang, dr.Widoyono, MPH, yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian.
4. Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang, Dien Hasanah, SKM atas bimbingan dan pengarahan dalam proses penelitian.
5. Semua dosen Jurusan Ilmu kesehatan Masyarakat pada khususnya dan dosen Fakultas Ilmu Keolahragaan pada umumnya.
6. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu kelancaran dalam penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari sepenuh hati bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat penulis harapkan demi sempurnanya skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan penulis pada khususnya.

Semarang, Agustus 2015



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH.....	5
1.2.1 Permasalahan umum	6
1.2.2 Permasalahan Khusus	6
1.3 TUJUAN PENELITIAN.....	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 MANFAAT PENELITIAN.....	8
1.4.1 Bagi Penulis	8
1.4.2 Bagi Jurusan	8
1.4.3 Bagi Instansi.....	8

1.5 KEASLIAN PENELITIAN	9
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN.....	10
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	10
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	10
1.6.3 Ruang Lingkup Materi	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 LANDASAN TEORI.....	11
2.1.1 Status Gizi	11
2.1.1.1 pengertian Status Gizi.....	11
2.1.1.2 Penilaian Status Gizi.....	11
2.1.1.3 Klasifikasi Status Gizi.....	14
2.1.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi	15
2.1.2 Gizi Buruk.....	16
2.1.2.1 Definisi Gizi Buruk.....	16
2.1.2.2 Klasifikasi Gizi Buruk	16
2.1.2.3 Penyebab Gizi Buruk.....	18
2.1.2.4 Akibat Gizi Buruk.....	20
2.1.3 Rumah Gizi DKK Semarang.....	21
2.1.3.1 Definisi Rumah Gizi DKK Semarang.....	21
2.1.3.2 Jenis Pelayanan	22
2.1.3.3 Sarana dan Prasarana	24
2.1.3.4 Pelaksanaan	24
2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Kunjungan Ibu ke Layanan kesehatan.....	25

2.1.4.1 Faktor Presdisposisi.....	26
2.1.4.2 Faktor Pendukung.....	32
2.1.4.3 Faktor Penguat.....	33
2.2 KERANGKA TEORI.....	35
BABA III METODE PENELITIAN	36
3.1 KERANGKA KONSEP.....	36
3.2 VARIABEL PENELITIAN	37
3.2.1 Variabel Bebas	37
3.2.2 variabel Terikat	37
3.3 HIPOTESIS PENELITIAN	37
3.4 DEFINISI OPERASIONAL	39
3.5 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN.....	41
3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN.....	42
3.6.1 Populasi.....	42
3.6.2 Sampel.....	42
3.7 SUMBER DATA	42
3.7.1 Data Primer	42
3.7.2 Data Sekunder	43
3.8 INSTRUMEN DAN TEKNIK PENGAMBILAN DATA.....	43
3.8.1 Instrumen Penelitian.....	43
3.8.1.1 Uji Validitas	44
3.8.1.2 Uji Reabilitas	44
3.8.2 Teknik pengambilan data	45

3.8.2.1 Wawancara dengan Kuesioner	45
3.8.2.2 Dokumentasi.....	45
3.9 PROSEDUR PENELITIAN	46
3.9.1 Pra Penelitian	46
3.9.2 Penelitian.....	46
3.9.3 pasca Penelitian	46
3.10 TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA	46
3.10.1 Pengolahan Data.....	46
3.10.2 Analisis data.....	47
3.10.2.1 Analisis Univariat	47
3.10.2.2 Analisis bivariat	47
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	49
4.1 ANALISIS UNIVARIAT	49
4.1.1 Tingkat pendidikan.....	49
4.1.2 Pendapatan perkapita	50
4.1.3 Pengetahuan.....	50
4.1.4 Sikap.....	51
4.1.5 Jarak tempuh	51
4.1.6 peran keluarga	52
4.1.7 Praktik petugas kesehatan	52
4.1.8 Keaktifan Ibu.....	53
4.2 ANALISIS BIVARIAT	54
4.2.1 Hubungan antara tingkat pendidikan dengan keaktifan kunjungan ibu ..	54

4.2.2 Hubungan antara pendapatan perkapita dengan keaktifan kunjungan balita.....	55
4.2.3 Hubungan antara pengetahuan dengan keaktifan kunjungan ibu	56
4.2.4 Hubungan antara sikap dengan keaktifan kunjungan ibu	57
4.2.5 Hubungan antara jarak tempuh dengan keaktifan kunjungan ibu.....	58
4.2.6 Hubungan antara peran keluarga dengan keaktifan kunjungan ibu	59
4.2.7 Hubungan antara praktik petugas kesehatan dengan keaktifan kunjungan ibu	60
4.2.8 Rekapitulasi nilai hasil perhitungan analisis bivariat.....	61
BAB V PEMBAHASAN	63
5.1 PENDIDIKAN	63
5.2 PENDAPATAN PERKAPITA	64
5.3 PENGETAHUAN	64
5.4 SIKAP	66
5.5 JARAK TEMPUH	66
5.6 PERAN KELUARGA.....	67
5.7 PRAKTIK PETUGAS KESEHATAN	69
5.8 HAMBATAN PENELITIAN	69
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	71
6.1 SIMPULAN	71
6.2 SARAN	72
DAFTAR PUSTAKA	73
LAMPIRAN.....	76

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak.....	15
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	39
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	49
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan Perkapita	50
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan.....	50
Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap	51
Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Jarak Tempuh	51
Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Peran Keluarga	52
Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Petugas	53
Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan keaktifan kunjungan Ibu	53
Tabel 4.9 Tabulasi Silang Tingkat Pendidikan dengan Keaktifan Kunjungan Ibu.....	54
Tabel 4.10 Tabulasi Silang Pendapatan Perkapita dengan Keaktifan Kunjungan Ibu	55
Tabel 4.11 Tabulasi Silang Pengetahuan dengan Keaktifan Kunjungan Ibu.....	56
Tabel 4.12 Tabulasi Silang Sikap dengan Keaktifan Kunjungan Ibu	57
Tabel 4.13 Tabulasi Silang Jarak Tempuh dengan Keaktifan Kunjungan Ibu.....	58
Tabel 4.14 Tabulasi Silang Peran Keluarga dengan Keaktifan Kunjungan Ibu.....	59

Tabel 4.15 Tabulasi Silang Praktik Petugas Kesehatan dengan Keaktifan Kunjungan Ibu	60
Tabel 4.16 Rekapitulasi nilai hasil perhitungan analisis bivariat.....	61



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	35
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	36



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 . Sk Pembimbing	76
Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian	77
Lampiran 3. Ethical Clearance	78
Lampiran 4. Surat Ijin Badab Kesbangpol.....	79
Lampiran 5. Kuesioner Penelitian.....	80
Lampiran 6. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	86
Lampiran 7. Rekapitulasi Data.....	92
Lampiran 8. Analisis Data.....	97
Lampiran 9. Dokumentasi.....	109



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Kualitas sumber daya manusia (SDM) merupakan faktor utama yang diperlukan untuk melaksanakan pembangunan nasional. Faktor gizi memegang peranan penting dalam mencapai SDM berkualitas (Depkes RI, 2005). Gizi yang baik akan menghasilkan SDM yang berkualitas yaitu sehat, cerdas dan memiliki fisik yang tangguh serta produktif. Pendekatan gizi dan kesehatan sepanjang daur kehidupan adalah pendekatan yang tepat serta perbaikan gizi dan kesehatan harus dilakukan simultan di seluruh tahapan kehidupan, khususnya tahapan awal kehidupan meliputi calon ibu hamil, ibu hamil, fetus, bayi baru lahir (neonatal), perinatal, masa sapih, di bawah satu tahun, di bawah dua tahun, di bawah tiga tahun, dan pra-sekolah (bawah lima-enam tahun) (Syafiq A, 2007)

Anak balita merupakan sasaran pembangunan millenium keempat di Indonesia, mengingat pada tahapan usia tersebut sangat rentan terhadap masalah kesehatan khususnya masalah gizi. Masalah gizi pada balita yang cukup besar dan harus mendapatkan prioritas penanganan adalah masalah gizi buruk. Keadaan gizi buruk pada balita akan menghambat peningkatan sumber daya manusia karena keadaan tersebut dapat mengakibatkan kegagalan pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan serta meningkatkan angka kesakitan dan kematian (Sajudi, 2000).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, menunjukkan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang meningkat dari tahun 2010 yaitu pada tahun 2010 Prevalensi gizi buruk adalah 4,9% kemudian pada tahun 2013 adalah 5,7%, sedangkan prevalensi gizi kurang di tahun 2010 yaitu 13,0% dan di tahun 2013 adalah 13,9%. Hasil pemantauan Direktorat Bina Gizi Masyarakat, selama tahun 2005 sampai tahun 2009 berturut-turut provinsi Jawa Tengah masuk dalam kategori 10 provinsi dengan kasus gizi buruk tertinggi. Hasil pemantauan status gizi (PSG) Provinsi Jawa Tengah tahun 2009, terdapat 4.647 orang anak balita gizi buruk dan 43 anak meninggal dunia (Dinkes Provinsi Jateng, 2009).

Berbagai upaya perbaikan gizi pada dasarnya telah dilakukan oleh pemerintah diantaranya revitalisasi posyandu, revitalisasi puskesmas, promosi keluarga sadar gizi, pemberdayaan keluarga advokasi dan pendampingan, revitalisasi Sistem Kewaspadaan Pangan Dan Gizi (SKPG) dan intervensi gizi dan kesehatan. Pokok dari kegiatan intervensi gizi dan kesehatan meliputi perawatan /pengobatan gratis di Rumah Sakit dan Puskesmas balita gizi buruk dari keluarga miskin, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) serta pemberian suplemen gizi (kapsul vitamin A, tablet/sirup Fe) (Depkes RI, 2005)

Dinas kesehatan kota Semarang, salah satu bentuk penanganan terhadap masalah gizi buruk mendirikan rumah pemulihan gizi buruk yaitu Rumah Gizi yang diresmikan Kamis 29 Januari 2014. Rumah gizi merupakan sebuah tempat perawatan balita kasus gizi buruk dengan jumlah pasien 48 balita terdiri dari 15 balita gizi kurang dan 33 balita gizi buruk. Pasien berkunjung ke Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang seminggu sekali untuk mendapatkan pelayanan

oleh petugas gizi dan medis sampai fase sembuh. Sedangkan di Rumah Gizi ini sendiri terdapat beberapa jenis layanan yang diberikan meliputi pemeriksaan oleh tenaga medis, pelayanan konseling masalah gizi balita, penyuluhan dan pelatihan pembuatan Formula 100 (F100) kepada ibu penderita, terapi tumbuh kembang anak dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan.

Dari berbagai kajian terhadap pelaksanaan pemantauan pertumbuhan ditemukan juga beberapa masalah yaitu seringkali balita yang mengalami gangguan pertumbuhan bahkan gizi buruk tidak dirujuk ke puskesmas/rumah sakit/klinik pemulihan gizi lain untuk tindak lanjut sebagaimana mestinya sesuai tatalaksana gizi buruk. Kendala lain seperti masalah kemiskinan dan anak yang menderita infeksi, selain itu juga pengetahuan orang tua yang kurang tentang pola asuh anak, sehingga asupan gizi yang cukup tidak terpenuhi (Depkes, 2009).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Semarang Bidang Gizi, dari 48 balita yang ditangani oleh rumah gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang selama satu tahun menunjukkan bahwa balita yang ditangani oleh rumah gizi dinas kesehatan kota semarang mengalami perubahan status gizi kearah yang lebih baik ada 39,6%, balita yang tidak mengalami perubahan status gizi ada 52,08%, kemudian balita yang mengalami perubahan status gizi kearah yang lebih buruk ada 47,92%. Hal ini berarti status gizi balita yang ditangani oleh rumah gizi dinas kesehatan kota semarang yang keadaan status gizinya tidak mengalami perubahan lebih tinggi dibandingkan balita yang status gizinya mengalami perubahan kearah yang lebih baik.

Menurut data kunjungan ibu balita di Rumah pemulihan gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang pada tahun 2014 yang telah beroperasi selama satu tahun menunjukkan bahwa rumah gizi telah melaksanakan kegiatan selama 26 kali, dan nilai maksimal ibu yang berkunjung hanya 14 kali kunjungan, kemudian nilai minimalnya adalah 1 kali kunjungan. Sedangkan apabila dalam bentuk persentase adalah 47,92% ibu tidak aktif berkunjung dan 52,08% ibu aktif berkunjung ke Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Menurut Notoatmodjo (2007), banyak alasan seseorang untuk berperilaku. Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah karena alasan pokok, yaitu: pengetahuan, kepercayaan, sikap, orang penting sebagai referensi, sumber-sumber daya (resources). Keseluruhan alasan tersebut menjadi faktor pada masyarakat untuk berperilaku dalam memanfaatkan klinik sanitasi ini. Beberapa alasan tersebut dipisahkan menjadi 3 faktor utama, yaitu faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, pendidikan, ekonomi, dan demografi; faktor pendukung meliputi sarana/prasarana dan sosialisasi; serta faktor pendorong meliputi petugas kesehatan itu sendiri.

Banyak faktor yang mempengaruhi keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk ke layanan kesehatan. Menurut penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Riski (2011), Suharti (2012) dan Nurena (2012) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan ibu balita ke layanan kesehatan menyatakan bahwa perilaku kunjungan ibu balita dipengaruhi banyak

faktor antara lain tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap, pekerjaan, jarak tempuh, dukungan keluarga dan praktik petugas kesehatan.

Berdasarkan latar belakang di atas dapat diidentifikasi masalah penelitian yaitu rendahnya kunjungan orang tua balita gizi buruk pada kegiatan pemeriksaan gizi buruk di rumah gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang. Data tahun 2014 menunjukkan dari 48 ibu balita yang berkunjung ke Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang menunjukkan bahwa sebanyak 47,92% ibu tidak aktif berkunjung dan 52,08% ibu aktif berkunjung ke Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang menunjukkan bahwa rumah gizi terdapat 48 pasien. Terdiri dari 33 balita gizi buruk dan 15 balita gizi kurang. Data keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2014 menunjukkan dari 48 ibu balita yang berkunjung ke Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang sebanyak 47,92% ibu tidak aktif berkunjung dan 52,08% ibu aktif berkunjung ke Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Berdasarkan uraian di atas, maka dengan demikian dapat dirumuskan masalah penelitiannya adalah “Faktor yang berhubungan dengan dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang?”

1.2.1 Permasalahan Umum

Faktor apa sajakah yang berhubungan dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang?

1.2.2 Permasalahan Khusus

- 1) Adakah hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang?
- 2) Adakah hubungan antara pendapatan perkapita dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang?
- 3) Adakah hubungan antara pengetahuan ibu dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang?
- 4) Adakah hubungan antara sikap ibu dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang?
- 5) Adakah hubungan antara jarak tempuh dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang?
- 6) Adakah hubungan antara peran keluarga dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang?

- 7) Adakah hubungan antara praktik petugas kesehatan ibu dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- 2) Untuk mengetahui hubungan antara pendapatan perkapita dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- 3) Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan ibu dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- 4) Untuk mengetahui hubungan antara sikap ibu dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

- 5) Untuk mengetahui hubungan antara jarak tempuh dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- 6) Untuk mengetahui hubungan antara peran keluarga dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- 7) Untuk mengetahui hubungan antara praktik petugas kesehatan dengan keaktifan kunjungan ibu balita dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

1.4 MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1 Bagi Penulis

Dapat menambah pengetahuan dan pengalaman dalam merancang dan melaksanakan penelitian ilmiah

1.4.2 Bagi Jurusan

Dapat menambah kepustakaan dalam pengembangan Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, khususnya dalam bidang kesehatan dan gizi.

1.4.3 Bagi Instansi

Sebagai bahan masukan bagi Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam upaya meningkatkan pelayanan rumah sakit terhadap pasien

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No.	Judul/Peneliti /Lokasi Penelitian	Tahun	Desain	Variabel	Hasil
1.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pemanfaatan posyandu oleh ibu balita di wilayah kerja puskesmas maek kabupaten lima puluh kota/Susi Nofianti/Kabupaten Lima Puluh Kota	2012	<i>Cross-sectional</i>	Perilaku pemanfaatan posyandu oleh ibu balita, umur ibu, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, motivasi, jumlah anak balita, umur balita, urutan lkelahiran balita, jarak ke posyandu, kepemilikan KMS, dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat, kebutuhan ibu terhadap pelayanan posyandu.	Faktor yang berhubungan secara bermakna dengan perilaku pemanfaatan posyandu oleh ibu balita adalah umur ibu ($p=0,001$), pekerjaan ibu ($p=0,023$), umur balita ($p=0,001$), urutan kelahiran balita ($p=0,006$) dan kepemilikan KMS ($p=0,001$)
2.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi ibu balita ke posyandu di Kelurahan Rempoa Kecamatan Ciputat Timur Kota Tangerang Selatan Tahun 2010/Nurul Hidayah/Tangerang Selatan	2010	<i>Cross-sectional</i>	Partisipasi ibu balita ke posyandu, umur ibu, pendidikan ibu, tingkat pengetahuan ibu, sikap ibu, status bekerja ibu, pendapatan perkapita, jarak tempuh dari rumah ke posyandu, kepemilika KMS, perilaku kader, perilaku petugas kesehatan, perilaku tokoh masyarakat,	Berdasarkan analisis bivariat diketahui bahwa umur ibu, pendidikan ibu, tingkat pengetahuan ibu, sikap ibu, status bekerja ibu, pendapatan perkapita, perilaku kader dan perilaku petugas kesehatan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan partisipasi ibu

balita ke Posyandu di Kelurahan Rempoa. Sedangkan kepemilikan KMS dan perilaku tokoh masyarakat memiliki hubungan yang bermakna dengan partisipasi ibu balita ke Posyandu di Kelurahan Rempoa pada tahun 2010.

1.6 RUANG LINGKUP

Ruang lingkup penelitian ini meliputi :

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian ini adalah Rumah gizi kota Semarang

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2015

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Materi dalam penelitian ini mengenai Ilmu Kesehatan Masyarakat bidang gizi Masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAAN TEORI

2.1.1 Status Gizi

2.1.1.1 Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah sebagian keadaan fisik seseorang atau kelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau kombinasi dari ukuran-ukuran gizi tertentu (Soekirman, 2000:66).

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variable tertentu atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, 2001:18)

2.1.1.2 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi menurut Supariasa (2001:18-20) terdiri atas :

2.1.1.2.1 Penilaian Status Gizi Secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dibagi menjadi empat penilaian yaitu : antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Masing-masing penelitian akan diuraikan sebagai berikut:

1) Antropometri

Secara umum antropometri berarti ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari

sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

1) Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*superficial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut, dan mukos oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini umumnya untuk survey klinis secara cepat (*rapid clinical surveys*). Survey ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Disamping itu digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*) atau riwayat penyakit.

2) Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratories yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot. Metode ini digunakan untuk

suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

3) Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik (*epidemic of night blindness*). Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

2.1.1.2.2 *Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung*

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu: survey konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi. Pengertian dan penggunaan metode ini akan diuraikan sebagai berikut :

1) Survei Konsumsi Makanan

Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga, dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

2) Statistik Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi. Penggunaannya dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat.

3) Faktor Ekologi

Bengoa mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi, dan lain-lain.

Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi disuatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi..

2.1.1.3 Klasifikasi Status Gizi

Klasifikasi status gizi harus didasarkan atas ukuran baku (*standart reference*) dan terdapat batasan-batasan tergantung pada kesepakatan ahli gizi di setiap negara. Adapun klasifikasi status gizi menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2010 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Gizi Buruk	<-3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Gizi Lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0-60 bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Kurua	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Masaa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Kurua	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Masaa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5-18 Tahun	Sangat Kurua	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

2.1.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Menurut Soekirman (2000:85), faktor penyebab kurang gizi atau yang mempengaruhi status gizi seseorang adalah :

- 1) Penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Timbulnya gizi kurang tidak hanya karena makanan yang kurang, tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapatkan makanan cukup baik, tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita kurang gizi. Demikian juga pada anak yang

makan tidak cukup baik, maka daya tahan tubuhnya akan melemah. Dalam keadaan demikian mudah diserang infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita kurang gizi. Pada kenyataannya keduanya baik makanan dan penyakit infeksi 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.

2.1.2 Gizi Buruk

2.1.2.1 Definisi Gizi Buruk

Menurut Depkes (2009) gizi buruk adalah kurang gizi tingkat berat pada anak berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) $< -3SD$ dengan/tanpa gejala klinis marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor. Depkes (2011) menjelaskan lebih lanjut bahwa gizi buruk menggambarkan keadaan gizi anak yang ditandai dengan satu atau lebih tanda berikut yaitu sangat kurus, edema (minimal pada kedua punggung kaki), BB/PB atau BB/TB $< -3 SD$, LILA $< 11,5$ cm (untuk anak usia 6-59 bulan).

2.1.2.2 Klasifikasi Gizi Buruk

Depkes (2009) menjelaskan gizi buruk berdasarkan gejala klinisnya dapat dibagi menjadi 3 :

- 1) Marasmus

Marasmus merupakan salah satu bentuk gizi buruk yang paling sering ditemukan pada balita. Hal ini merupakan hasil akhir dari tingkat keparahan

gizi buruk. Gejala marasmus antara lain anak tampak kurus, rambut tipis dan jarang, kulit keriput yang disebabkan karena lemak di bawah kulit berkurang, muka seperti orang tua (berkerut), balita cengeng dan rewel meskipun setelah makan, bokong baggy pant, dan iga gambang. Pada patologi marasmus awalnya pertumbuhan yang kurang dan atrofi otot serta menghilangnya lemak di bawah kulit merupakan proses fisiologis. Tubuh membutuhkan energi yang dapat dipenuhi oleh asupan makanan untuk kelangsungan hidup jaringan. Untuk memenuhi kebutuhan energi cadangan protein juga digunakan. Penghancuran jaringan pada defisiensi kalori tidak hanya untuk memenuhi kebutuhan energi tetapi juga untuk sintesis glukosa.

2) Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah suatu bentuk malnutrisi protein yang berat disebabkan oleh asupan karbohidrat yang normal atau tinggi dan asupan protein yang inadekuat. Hal ini seperti marasmus, kwashiorkor juga merupakan hasil akhir dari tingkat keparahan gizi buruk. Tanda khas kwashiorkor antara lain pertumbuhan terganggu, perubahan mental, pada sebagian besar penderita ditemukan oedema baik ringan maupun berat, gejala gastrointestinal, rambut kepala mudah dicabut, kulit penderita biasanya kering dengan menunjukkan garis-garis kulit yang lebih mendalam dan lebar, sering ditemukan hiperpigmentasi dan persikan kulit, pembesaran hati, anemia ringan, pada biopsi hati ditemukan perlemakan. Gangguan metabolik dan perubahan sel dapat menyebabkan perlemakan hati dan oedema. Pada penderita defisiensi protein tidak terjadi proses katabolisme jaringan yang sangat berlebihan karena

persediaan energi dapat dipenuhi dengan jumlah kalori yang cukup dalam asupan makanan. Kekurangan protein dalam diet akan menimbulkan kekurangan asam amino esensial yang dibutuhkan untuk sintesis. Asupan makanan yang terdapat cukup karbohidrat menyebabkan produksi insulin meningkat dan sebagian asam amino dari dalam serum yang jumlahnya sudah kurang akan disalurkan ke otot. Kurangnya pembentukan albumin oleh hepar disebabkan oleh berkurangnya asam amino dalam serum yang kemudian menimbulkan oedema.

3) Marasmiks-Kwashiorkor

Marasmic-kwashiorkor gejala klinisnya merupakan campuran dari beberapa gejala klinis antara kwashiorkor dan marasmus dengan Berat Badan (BB) menurut umur (U) < 60% baku median WHO-NCHS yang disertai oedema yang tidak mencolok.

2.1.2.3 Penyebab Gizi Buruk

Menurut UNICEF (1998, dalam Soekirman, 2000) menjelaskan bahwa factor-faktor penyebab terjadinya masalah gizi merupakan kerangka konsep makro dalam menanggulangi masalah gizi buruk. Adapun penyebab gizi buruk antara lain:

1) Konsumsi makanan yang tidak seimbang

Konsumsi makanan yang tidak seimbang merupakan penyebab langsung dari masalah gizi buruk. Yang dimaksud makanan yang tidak seimbang adalah kekurangan konsumsi energi dan protein dalam asupan makan. Diet yang mengandung cukup energi, anak menjadi penderita kwashiorkor, sedang diet

kurang energi walaupun zat-zat gizi esensialnya seimbang akan menyebabkan anak menderita marasmus.

2) Penyakit infeksi

Penyakit infeksi dan gizi buruk mempunyai hubungan yang sinergis. Artinya bahwa penyakit dengan derajat apapun dapat memperburuk keadaan gizi sebaliknya keadaan gizi buruk dapat mempermudah timbulnya penyakit infeksi karena daya tahan tubuh menurun. Penyakit infeksi ini juga merupakan penyebab langsung gizi buruk.

3) Pola asuh

Pola asuh anak adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan kepada anak agar dapat tumbuh dan berkembang sebaik-baiknya secara fisik, mental dan social. Pola asuh ini adalah penyebab tidak langsung dari masalah gizi buruk

4) Tidak cukup persediaan pangan

Adalah ketidakmampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup, baik jumlah maupun gizinya.

5) Ketidakterjangkauan sanitasi dan air serta pelayanan kesehatan

Adalah ketidakmampuan kelompok dalam penyediaan air bersih dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, Posyandu.

Depkes (2003) menjelaskan bahwa penyebab gizi buruk dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung dapat diakibatkan oleh karena penyapihan ASI yang terlalu dini, kurangnya sumber

energy dan protein dalam makanan, anak menderita sakit akut dan berat seperti campak atau menderita penyakit kronis seperti TBC, anak menderita penyakit yang pemanfaatan zat gizinya terganggu seperti kelainan jantung bawaan dan kelainan neurologis

2.1.2.4 Akibat Gizi Buruk

Menurut Pudjiadi (2000), akibat yang ditimbulkan dari gizi buruk meliputi :

1) Kelainan pada organ-organ tubuh

Kelainan pada organ-organ tubuh akibat dari kekurangan energy protein meliputi; kelainan pada sistem alimentasi bagian atas berupa mukosa mulut, lidah dan leher menjadi atrofis atrofis gastro-intestinum, penimbunan lemak pada hepar, dan pegecilan pancreas disertai atrofi sel-sel asimus, serta atrofi ringan pada jaringan otot jantung.

2) Gangguan perkembangan mental dan kecerdasan

Winick dan Rosso (1975, dalam Pudjiadi, 2000) mengatakan bahwa kekurangan energy dan protein yang diderita pada masa dini perkembangan otak akan mengurangi sintesa protein DNA, dengan akibat terdapatnya otak dengan jumlah sel yang kurang walaupun besar otak itu normal. Jika kekurangan energi dan protein terjadi setelah masa devisi sel otak berhenti, hambatan sintesis protein akan menghasilkan otak dengan jumlah sel yang normal tetapi dengan ukuran yang lebih kecil. Perubahan ini dapat kembali dapat kembali (*reversible*) dengan perbaikan diet. Menurut Depkes (2003) menjelaskan lebih lanjut bahwa akibat gizi buruk pada anak yaitu

pertumbuhan badan dan perkembangan mental anak sampai dewasa terhambat.

3) Gangguan system endokrin

Pada kasus gizi buruk ditemukan perubahan produksi beberapa hormone yaitu kortisol meningkat pada kwashiorkor dan marasmus, insulin menurun, hormon pertumbuhan (*growth hormone*) meninggi pada kwashiorkor dan marasmus dan *thyroid stimulating hormone* (TSH) meninggi akan tetapi fungsi tiroid menurun.

4) Kematian

Kematian pada penderita gizi buruk sering terjadi karena penyakit seperti tuberculosis, radang paru, infeksi saluran cerna atau karena gangguan jantung mendadak.

2.1.3 Rumah Gizi Dinas kesehatan Kota Semarang

2.1.3.1 Definisi Rumah Gizi Dinas kesehatan Kota Semarang

Rumah gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang merupakan suatu tempat yang dibentuk oleh Dinas kesehatan Kota Semarang yang Kamis 29 Januari 2014 sebagai bentuk penanganan terhadap masalah gizi buruk. Dinas Kesehatan Kota Semarang yang terletak di Jl. Nusa Indah No.12 Srandol Wetan Banyumanik. Dalam operasional Rumah Gizi ini, Dinas Kesehatan di dukung oleh Rumah Sakit Dokter Kariadi/ Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Dinas Kelautan dan Perikanan Kota Semarang , Dinas Ketahanan Pangan Kota Semarang, PERSAGI (Persatuan Ahli GIzi) Kota Semarang, IFI (Ikatan Fisoterapi

Indonesia), PKK , LSM (Rumah Zakat & PKPU) dan Laboratorium Prodia. Jumlah pasien yang ditangani oleh rumah gizi ada 48 balita terdiri dari 15 balita gizi kurang dan 33 balita gizi buruk.

2.1.3.2 Jenis Pelayanan Rumah Gizi Dinas kesehatan Kota Semarang

Rumah Gizi Dinas kesehatan Kota Semarang, mempunyai beberapa pelayanan sebagai upaya penanganan masalah gizi buruk pada balita diantaranya adalah sebagai berikut:

1) Pemeriksaan oleh tenaga medis

Pemeriksaan oleh tenaga medis dilakukan untuk mendeteksi dan mendiagnosis penyebab terjadinya gizi buruk pada balita, sehingga selanjutnya dapat dilakukan pengobatan yang tepat kepada balita tersebut. Dokter melakukan anamnesa untuk mencari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan mendiagnosa penyakit, serta menentukan ada atau tidak penyakit penyerta, tanda klinis atau komplikasi.

2) Pelayanan konseling masalah gizi balita

Konseling gizi merupakan serangkaian kegiatan sebagai proses komunikasi dua arah yang dilaksanakan oleh Ahli Gizi/Dietisien untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap, dan perilaku pasien dalam mengenali dan mengatasi masalah gizi sehingga pasien dapat memutuskan apa yang akan dilakukannya. Pelayanan ini dilakukan oleh bidan puskesmas. Beberapa hal yang dilakukan pada saat melakukan konseling adalah sebagai berikut:

- (1) Mewawancarai ibu untuk mencari penyebab kurang gizi
- (2) Memberi nasihat sesuai penyebab kurang gizi

(3) Memberikan anjuran pemberian makan sesuai umur dan kondisi anak dan cara menyiapkan makan formula, melaksanakan anjuran makan dan memilih atau mengganti makanan.

3) Penyuluhan dan pelatihan pembuatan Formula 100 (F100) kepada ibu penderita.

Penyuluhan dan pelatihan pembuatan Formula 100 (F100) serangkaian kegiatan penyampaian pesan-pesan dan praktik secara langsung bagaimana cara membuat Formula 100 (F100) dengan tepat. Penyuluhan ini dilakukan oleh ahli gizi.

4) Terapi tumbuh kembang anak

5) Pemberian paket obat dan Makanan untuk Pemulihan Gizi

(1) Obat

Bila pada saat kunjungan ke puskesmas anak dalam keadaan sakit, maka oleh tenaga kesehatan anak diperiksa dan diberikan obat. Vitamin A dosis tinggi diberikan pada anak gizi buruk dengan dosis sesuai umur pada saat pertama kali ditemukan

(2) Makanan untuk Pemulihan Gizi

Makanan untuk pemulihan gizi dapat berupa makanan lokal atau pabrikan

- Jenis pemberian ada 3 pilihan: makanan therapeutic atau gizi siap saji, F100 atau makanan lokal dengan densitas energi yg sama terutama dari lemak (minyak/santan/margarin)
- Pemberian jenis Makanan untuk pemulihan gizi disesuaikan masa pemulihan (rehabilitasi) :

- 1 minggu pertama pemberian F 100.
- Minggu berikutnya jumlah dan frekuensi F100 dikurangi seiring dengan penambahan makanan keluarga.

(3) Tenaga kesehatan memberikan makanan untuk pemulihan gizi kepada orangtua anak gizi buruk pada setiap kunjungan sesuai kebutuhan hingga kunjungan berikutnya. Untuk lebih jelasnya tentang cara pembuatan makanan untuk pemulihan gizi racikan dan makanan utama atau makanan selingan.

2.1.3.3 Sarana dan Prasarana

Rumah Gizi ini dilengkapi dengan Ruang Pemeriksaan, ruang tumbuh kembang, ruang konseling gizi dan ruang bermain anak, dapur dan gudang penyimpanan.

2.1.3.4 Pelaksanaan di Rumah Gizi

1) Tenaga pelaksana

Tenaga pelaksana adalah Tim Pelaksana yang terdiri dari dokter, ahli gizi (TPG), perawat dan bidan di desa.

Peran Tim Pelaksana:

- (1) Dokter melakukan pemeriksaan klinis dan penentuan komplikasi medis, pemberian terapi dan penentuan rawat jalan atau rawat inap
- (2) Perawat melakukan pendaftaran dan asuhan keperawatan Ahli gizi (TPG) melakukan pemeriksaan antropometri, konseling, pemberian Makanan untuk Pemulihan Gizi, makanan therapeutic/gizi siap saji, makanan formula

(3) Bidan di desasebagai koordinator di wilayah kerjanya, melakukan skrining dan pendampingan bersama kader

(4) Kader melakukan penemuan kasus, merujuk dan melakukan pendampingan

2) Waktu dan frekuensi pelaksanaan

Pelayanan pemulihan anak gizi buruk dilaksanakan sampai dengan anak berstatus gizi kurang (-2 SD sampai -3 SD). Pelayanan anak gizi buruk dilakukan dengan frekuensi sebagai berikut:

(1) 3 bulan pertama, anak gizi buruk datang dan diperiksa setiap minggu

(2) Bulan ke 4 sampai ke 6, anak gizi buruk datang dan diperiksa setiap 2 minggu .

Anak yang belum dapat mencapai status gizi kurang (-2 SD sampai -3 SD, dan tidak ada edema) dalam waktu 6 bulan, dapat melanjutkan kembali proses pemulihan, dengan ketentuan, jika:

(1) Masih berstatus gizi buruk, rujuk ke RS atau Puskesmas Perawatan atau Pusat Pemulihan Gizi (PPG)

(2) Sudah berstatus gizi kurang, maka dilanjutkan dengan program pemberian makanan tambahan dan konseling.

2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Kunjungan Ibu ke Layanan Pemulihan Gizi Balita Gizi Buruk

Dalam kunjungan ke suatu pelayanan kesehatan, dalam hal ini adalah layanan pemulihan gizi buruk terdapat beberapa teori yang mengungkap faktor

yang berhubungan dengan pemanfaatan Puskesmas erat kaitannya dengan faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang atau masyarakat. Pendekatan teori yang dipakai dalam penelitian ini adalah teori Lawrence L.Green (1980).

Menurut teori perilaku Lawrence L. Green (1980) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2007:194) perilaku dipengaruhi oleh faktor predisposisi (Predisposing factors), faktor pendukung (Enabling factors), faktor pendorong (Reinforcing factors). Partisipasi penduduk untuk menggunakan sarana kesehatan atau mengikuti program kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu pengetahuan, sikap, persepsi, perilaku dalam bentuk praktik yang sudah nyata berupa perbuatan terhadap situasi atau rangsangan dari luar (kepercayaan) dan keterjangkauan sarana pelayanan kesehatan. Secara umum perilaku kesehatan seseorang mencakup perilaku terhadap sakit dan penyakit, perilaku terhadap system pelayanan kesehatan, maupun perilaku terhadap program kesehatan.

2.1.4.1 Faktor Predisposisi (Predisposing Factors)

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Faktor-faktor ini mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai nilai, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas

perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Tingkat pengetahuan didalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan

(1) Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

(2) Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar.

(3) Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya.

(4) Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

(5) Sintesis

Sintesis menunjukan kepada suatu kemampuan untuk melakukan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi -formulasi yang ada.

(6) Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian suatu materi atau objek sesuai kriteria-kriteria yang ada.

2) Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmojo, S 2007:140). Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap terdiri dari beberapa tingkatan, antara lain:

(1) Menerima

Orang mau dan memperbaiki objek, misalnya orang mau menerima ceramah-ceramah

(2) Merespon

Memberikan jawaban jika ditanya, dan mau mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

(3) Menghargai

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah, misalnya seorang ibu mengajak ibu lain untuk mengikuti program posbindu PMT di kelurahannya.

(4) Bertanggung jawab

Bertanggung jawab atas sesuatu yang dipelihara dengan segala risiko, misalnya seseorang mengikuti posbindu PMT lansia meskipun mendapat tantangan dari kepala keluarga.

Suatu cara untuk mengukur atau menilai sikap seseorang dapat menggunakan skala atau kuesioner. Skala penilaian sikap mengandung serangkaian pertanyaan tentang permasalahan tertentu. Respon yang akan mengisi diharapkan menentukan sikap setuju atau tidak setuju terhadap pertanyaan tersebut (Azwar, 2005).

Bila individu benar-benar bebas dari segala tekanan atau hambatan yang bisa mengganggu ekspresi sikapnya, maka dapat diharapkan bentuk perilaku yang tampak sebagai bentuk ekspresi yang sebenarnya dalam hal ini adalah keaktifan kunjungan ibu balita ke Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang (Notoatmodjo S, 2007:106-164). Sikap responden yang baik terhadap Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang disebabkan karena pengetahuan responden yang baik. Sikap responden juga dipengaruhi oleh pengalaman pribadi responden saat berkunjung ke layanan kesehatan dalam hal ini adalah Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang. (Lestari, 2011)

3) Tingkat pendidikan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Notoatmodjo S, 2007:7-8). Pendidikan kesehatan yang didasarkan kepada pengetahuan dan

kesadaran melalui proses pembelajaran diharapkan akan berlangsung lama (*long lasting*) dan menetap, karena didasari oleh kesadaran. Orang dengan pendidikan formal yang lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibanding orang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih rendah, karena lebih mampu dan mudah memahami arti dan pentingnya kesehatan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan (Notoatmodjo S, 2007:15-16).

4) Pendapatan perkapita

Pendapatan perkapita perbulansuatu masyarakat erat kaitannya tingkat pendapatan atau penghasilan. Menurut Undang - Undang Pajak Penghasilan No. 36 tahun 2008 pengertian penghasilan bahwa setiap tambahan kemampuan pendapatan perkapita perbulanyang diterima atau diperoleh wajib pajak baik yang berasal dari Indonesia maupun dari luar Indonesia yang dapat digunakan untuk dikonsumsi atau akan menambah kekayaan wajib pajak yang bersangkutan, dengan nama dan dalam bentuk apapun. Keadaan pendapatan perkapita perbulan juga berpengaruh terhadap suatu penyakit, misalnya angka kematian lebih tinggi di kalangan masyarakat yang status ekonominya rendah dibandingkan dengan pendapatan perkapita perbulannya tinggi, hal ini disebabkan karena masyarakat rendah tidak memiliki biaya untuk berobat, sehingga tidak ada suatu penanganan yang baik dalam menghadapi suatu penyakit.

5) Status Bekerja Ibu

Menurut Pandji Anoraga (1998) dalam Khalimah (2007), kerja merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh manusia. Kebutuhan itu bisa bermacam-macam,

berkembang dan berubah bahkan seringkali tidak disadari oleh pelakunya. Seseorang bekerja karena ada sesuatu yang hendak dicapainya dan orang berharap bahwa aktivitas kerja yang dilakukannya akan membawanya kepada sesuatu keadaan yang lebih memuaskan dari pada keadaan sebelumnya. Suatu jenis pekerjaan dari seseorang akan memberikan pengalaman belajar terhadap yang bersangkutan baik yang menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan, baik secara financial maupun psikologis. Peristiwa yang manis maupun yang pahit itu akan berperan terhadap perilaku seseorang. Kejadian seperti itu adalah suatu kenyataan bahwa ada korelasi yang penting antara jenis-jenis pekerjaan yang dilakukan dengan berbagai tekanan psikologis didalamnya (Siagian, 1983 dalam Hasan, 2005). Pekerjaan memiliki hubungan dengan pendidikan dan pendapatan serta berperan penting dalam kehidupan social ekonomi dan memiliki keterkaitan dengan faktor lain seperti kesehatan (Sukarni, 1994 dalam Gabriel, 2008). Seseorang yang mempunyai pekerjaan dengan waktu yang cukup padat akan mempengaruhi ketidakhadiran dalam kegiatan pemeriksaan balita. Pada umumnya orang tua tidak mempunyai waktu luang, sehingga semakin tinggi aktivitas pekerjaan orang tua semakin sulit datang ke pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Sambas (2002) yang menyatakan bahwa ibu balita yang tidak bekerja berpeluang baik untuk berkunjung ke Posyandu dibandingkan dengan ibu yang bekerja.

2.1.4.2 Faktor Pemungkin/Pendukung (*Enabling factors*)

Lawrence L Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007) mengartikan *Enabling factors* sebagai faktor pendukung. Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana, ketercapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun segi biaya dan social, adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu. Adapun uraian dari beberapa faktor diatas adalah sebagai berikut:

1) Sarana dan Prasarana

Menurut Notoatmodjo (2007:108), sarana dan prasarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat terdiri dari rumah sakit, puskesmas, pustu, posyandu, praktik dokter/bidan swasta dan sebagainya. Untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung, misalnya perilaku kunjungan ibu pada kegiatan pemeriksaan gizi buruk di Dinas Kesehatan Kota Semarang yang mau aktif datang ke rumah Gizi tidak hanya arena ia tahu dan sadar melihat kegiatan pemeriksaan gizi buruk di Rumah Gizi melainkan ibu tersebut dengan mudah memperoleh tempat pemeriksaan secara rutin.

2) Jarak dan waktu tempu

Menurut penelitian Nurena, dkk (2012), jarak ke pusat layanan dan waktu tempuh memiliki hubungan dengan pemanfaatan dan kesehatan. Akses ke pelayanan kesehatan hanya mudah bagi mereka yang tinggal dalam jarak satu atau dua kilometer dengan pelayanan kesehatan. Seseorang yang tidak mau berkunjung ke pelayanan kesehatan, seperti Rumah Gizi dapat disebabkan karena orang tersebut tidak tahu atau belum tahu manfaat Rumah Gizi, tetapi

karena rumahnya terlalu jauh dengan pelayanan kesehatan tempat diadakannya Rumah Gizi (Notoatmodjo S, 2007:195). Ketercapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak, waktu tempuh maupun dari segi biaya dan social, adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu tersebut. Faktor ini mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi menggunakan pelayanan kesehatan, ia tidak bertindak menggunakannya, kecuali bila ia mampu menggunakannya (Notoatmodjo S, 2007:223-225).

2.1.4.3 Faktor Penguat/Pendorong (Reinforcing factors)

Faktor penguat/pendorong adalah faktor yang memperkuat untuk terjadinya perilaku tertentu. Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan.

1) Peran keluarga

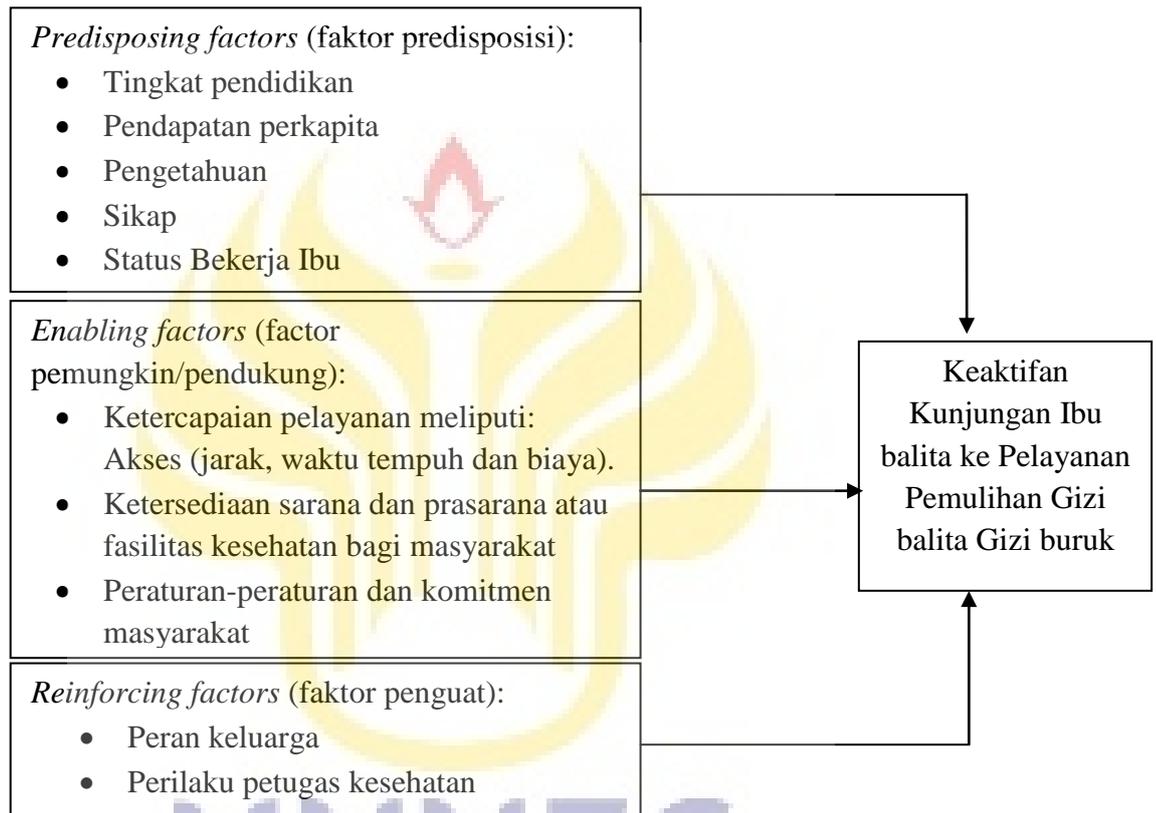
Ibu akan aktif berkunjung ke pelayanan pemulihan gizi jika ada dorongan dari keluarga terdekat. Dukungan keluarga sangat berperan dalam memelihara dan mempertahankan status gizi balita yang optimal. Keluarga merupakan sistem dasar dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan dan diamankan, keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga. Keluarga mempunyai tanggung jawab utama untuk memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para professional kesehatan (Azzahy, GS, 2012). Berdasarkan hasil penelitian Gizella (2011) menunjukkan adanya hubungan

bermakna antara dukungan keluarga dengan perilaku kunjungan ibu balita ke pelayanan kesehatan dimana ibu yang mendapat dukungan keluarga akan berperilaku positif terhadap pelayanan kesehatan tersebut.

2) Praktik petugas kesehatan

Dalam kegiatan suatu layanan kesehatan petugas kesehatan menjadi acuan bagi masyarakat. Petugas yang berperilaku baik seperti akrab dengan masyarakat, menunjukkan perhatian pada kegiatan masyarakat dan mampu mendekati para tokoh masyarakat merupakan salah satu cara yang dapat menarik simpatik masyarakat sehingga masyarakat mau ke pelayanan kesehatan tersebut (Widiastuti, 2007). Hal ini sesuai dengan penelitian Gizella (2011) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara bimbingan petugas kesehatan dengan kunjungan ibu anak balita ke layanan kesehatan (posyandu) yang menunjukkan nilai $p < 0,05$.

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1. Kerangka teori faktor-faktor kunjungan ibu ke pelayanan pemulihan gizi adaptasi dari teori perilaku Lawrence L.Green (1980) (Notoatmodjo, 2007).

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Dari hasil penelitian tentang “Faktor yang berhubungan dengan keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang” dapat disimpulkan bahwa:

1. Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
2. Tidak ada hubungan antara pendapatan perkapita dengan keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
3. Ada hubungan antara pengetahuan dengan keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
4. Ada hubungan antara sikap dengan keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
5. Tidak ada hubungan antara jarak tempuh dengan keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

6. Ada hubungan antara peran keluarga dengan keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.
7. Tidak ada hubungan antara praktik petugas kesehatan dengan keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

6.2 SARAN

Berdasarkan penelitian tentang “Faktor yang berhubungan dengan keaktifan kunjungan ibu dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang”, saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

6.2.1 Kepada Keluarga

Hendaknya memberika motivasi, dukungan kepada responden agar selalu aktif untuk rutin berkunjung dalam kegiatan pemeriksaan balita gizi buruk ke Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

6.2.2 Bagi Instansi

Disarankan kepada petugas kesehatan untuk lebih sering memberikan penjelasan mengenai gizi buruk, penanganan gizi buruk dan pelayanan yang ada di Rumah Gizi Dinas Kesehatan Kota Semarang. Sebaiknya penjelasan tidak hanya diberikan kepada responden dalam hal ini adalah ibu balita, melainkan juga kepada keluarga responden.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, M, A, 2005, *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya, Pustaka Pelajar*, Yogyakarta.
- Azzahy, GS, 2012, *Ayo Ke Posyandu*, diakses tanggal 2 Juni 2015, (www.puskesmas-oke.com/2012/04/ayokeposyandu.html)
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013, *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta
- Budiarto, Eko, 2001, *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2003, *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 tahun 2003, Sistem Pendidikan Nasional*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes RI, 2003, *Pedoman Penatalaksanaan Balita Gizi Buruk Secara Rawat Jalan untuk Puskesmas*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes RI, 2005, *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes RI, 2009, *Pedoman Penanganan dan Pelacakan Balita Gizi Buruk*, Depkes RI, Jakarta
- Depkes RI, 2011, *Pedoman Pelayanan Gizi Buruk*, Depkes RI, Jakarta
- Dewi, Nia Azmita, 2011, *Faktor Dominan Karakteristik Ibu yang Berhubungan dengan Pertumbuhan dan Perkembangan Balita Usia 2-5 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang tahun 2011*, Universitas Andalas.
- Dinas kesehatan Kota Semarang, 2014, *Peresmian Rumah Gizi di Hari gizi 2014*, diakses tanggal, 10 Maret 2014, (http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/?p=kegiatan_mod&j=lihat&id=135)
- Dinkes Prop Jawa Tengah, 2009, *Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Provinsi Jawa Tengah 2009*, dinkes Prop Jawa tengah, Semarang.
- Direktorat Gizi Masyarakat, 2005, *Pedoman Perbaikan Gizi Anak Dasar, dan Madrasah Ibtidaiyah*, Depkes RI, Jakarta.

- Direktorat Bina Gizi, 2011, *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta
- Gubernur Jawa Tengah, 2014, *Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor 560/85 Tahun 2014 tentang Upah Minimum pada 35 kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*, Gubernur Jawa Tengah, Semarang.
- Heriyani, Farida, 2012, *Hubungan Pendidikan, Pekerjaan, Pengetahuan, dan Kepuasan Ibu Terhadap Posyandu dengan Frekuensi Kunjungan Balita ke Posyandu Di Puskesmas 9 Nopember*, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat.
- Hidayati, Nurul, 2010, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Ibu Balita ke Posyandu di Kelurahan Rempoa Kec. Ciputat Timur Kota Tangerang Selatan tahun 2010*, Skripsi, UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta
- Lestari, P, 2011, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Posbindu pada Pralansia dan Lansia di Wilayah Binaan Puskesmas Kemiri Muka*, Skripsi, FKM UI, Depok.
- Marsigit, Wuri, 2004, *Inventerisasi Jenis Taaman Sumber Zat Gizi yang Dibudidayakan Petani dan Kontribusinya terhadu Konsumsi Gizi Keluarga*, Jurnal Akta Agrosia Vol 7 No. 1, 23 Jan-Juni 2004
- Nofianti, Susi, 2012, *Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pemanfaatan Posyandu oleh Ibu Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Maek kabupaten Lima Puluh Kota tahun 2012*, Skripsi, Depok.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007, *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- , 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurena, dkk, 2012, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Posyandu di Suku Bajo Desa Mola Selatan Kabupaten Wakatobi*, Volume 1, No. 3, Tahun 2012.
- Pamungkas, Lia, 2009, *Hubungan antara Faktor Pengetahuan, Sikap dan Kepercayaan dengan Perilaku Ibu Berkunjung ke Posyandu III kelurahan Grubag Kabupaten Magelang*, Thesis Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Diponegoro, Semarang
- Pudjiadi, S, 2000, *Ilmu Gizi Klinis pada Anak*, FK UI, Jakarta
- Purwanto, H, 2006, *Pengantar Perilaku Manusia untuk Perawat*, EGC, Jakarta

- Riski, Gizella Asta, 2011, *Determinan Rendahnya Partisipasi Ibu Berbalita dalam Pemanfaatan Posyandu*, Sripsi, Universitas Jember
- Rohif, Dwi Anur, 2012, *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu tentang Posyandu dengan Keaktifan dalam Kegiatan Posyandu Desa Walikukun Wilayah Kerja Puskesmas Widodaren Kabupaten Ngawi*, Fakultas Ilmu Kesehatan, UNS, Surakarta.
- Sajudi, A, 2000, *Sambutan dalam Rencana Aksi-aksi Pangan dan Gizi Nasional*. Pemerintah RI, Jakarta.
- Soekirman, 2000, *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional, Jakarta.
- Sambas, 2002, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Ibu Balita ke Posyandu di Kelurahan Bojongherang Kabupaten Cianjur tahun 2002*, FKM, UI, Depok.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismail, 2011, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Sagung Seto, Jakarta.
- Suharti, Erni, 2012, *Hubungan Faktor Pengetahuan, Sikap dan Dukungan, Keluarga dengan Perilaku, Kunjungan ke Posyandu pada Ibu Pekerja di Banjarnegara Jawa Tengah tahun 2012*, Skripsi, Universitas Indonesia.
- Supariasa, IDN, dkk, 2001, *Penilaian Status Gizi*, EGC, Jakarta.
- Syafiq, A, dkk, 2007, *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*, Rajawali Pers, Jakarta
- Widiastuti, I Gusti AAM, 2006, *Pemanfaatan Pelayanan Posyandu di Kota Denpasar , Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta
- Widyastuti, Sri Budi, dkk, 2013, *Hubungan antara Beberapa Faktor dengan Kunjungan Ibu Balita ke Posyandu di Kelurahan Jambangan Wilayah Kerja Puskesmas Geyer I Kabupaten Grobogan tahun 2013*, Fakultas Kesehatan Udinus, Semarang.
- Yayuk Farida Baliwati, Ali Khomsan, C.Meti Dwiriani, 2004, *Pengantar Pangan dan Gizi*, Penebar Swadaya, Jakarta.