

PENYULUHAN MODEL PENDAMPINGAN STATUS GIZI TERHADAP PENINGKATAN BERAT BADAN BALITA

Tuti Rohani, Jumiwati, Susi Nuryani

Akademi Kebidanan Ummi Khasanah, Jl. Pemuda Gandekan, Bantul

e-mail : rohani.tuti@yahoo.com

Abstract: The Counseling of Mentoring Model of Nutrition Status Towards Children Weight Gain. A country will be a qualified country if it is supported by qualified human resources (HR). Qualified HR are built from many aspects; one of them is the qualified nutritional adequacy. Nutritional status becomes an indicator of the health level of children. Nutrition is significant for the children growth. Nutrition education is essential in an effort to improve nutrition in a comprehensive community, prevention, promotion/ education and prevention of malnutrition children. Counseling is an effort to change human behavior conducted by educative approach. The purpose of the study was to find out the effect of the counseling by mentoring model on the nutritional status toward children weight gain at Public Health Center of Jetis II Bantul. The study design was a quasi-experimental research. The design model was non equivalent control group design. The population in this study is infant caregivers who have family members who suffer from malnutrition toddlers aged 1-3 years and domiciled in Puskesmas Jetis II Bantul District. Total population is 82 children; the 30 children in the sample are taken by random sampling. 15 children are put as the treatment group and 15 children as the control group. To find the difference or the effect between the treatment group and the control group is calculated by the independent t-test formula. The results of the study were analyzed by independent t-test showing $t=2,295$ with $df=28$, $t \text{ table}=2,048$ and $\text{sig value}=0,029$ where $\text{sig value} < 0,05$ ($0,029 < 0,05$) or $t \text{ count} > t \text{ table}$ ($2,295 > 2,048$) meaning that there are differences in infant weight gain between the treatment group and the control group. There is significant influence of the mentoring model of the nutritional status of weight gain in children at Public Health Center Jetis II Bantul.

Keywords: the counseling of mentoring model, nutritional status, children weight gain

Abstrak: Penyuluhan Model Pendampingan Status Gizi Terhadap Peningkatan Berat Badan Balita. Suatu negara akan menjadi negara yang berkualitas apabila didukung dengan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas. SDM berkualitas dibangun salah satunya dari kecukupan gizi yang berkualitas. Status gizi menjadi indikator derajat kesehatan anak. Gizi penting untuk pertumbuhan anak. Pendidikan gizi sangat penting dilakukan sebagai upaya perbaikan gizi masyarakat secara komprehensif pencegahan, promosi/ edukasi dan penanggulangan balita gizi buruk. Penyuluhan adalah upaya perubahan perilaku manusia yang dilakukan dengan pendekatan edukatif. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui pengaruh penyuluhan model pendampingan tentang status gizi terhadap peningkatan berat badan balita di Puskesmas Jetis II Bantul. Desain penelitian adalah penelitian eksperimen semu. Model rancangan *non equivalent control group*. Populasi dalam penelitian ini

pengasuh balita yang mempunyai anggota keluarga balita yang menderita gizi kurang umur 1-3 tahun dan berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Jetis II Kabupaten Bantul. Jumlah populasi 82 anak balita, 30 anak sebagai sampel diambil secara random sampling. Dengan 15 anak sebagai kelompok perlakuan dan 15 anak sebagai kelompok kontrol. Untuk mencari perbedaan atau pengaruh antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol dicari dengan rumus *t test independen*. Hasil penelitian dianalisis dengan uji *t test independen* menunjukkan $t_{hitung}=2,295$ dengan $df=28$, $t_{tabel}=2,048$ dan nilai $sig=0,029$ dimana nilai $sig < 0,05$ ($0,029 < 0,05$) atau $t_{hitung} > t_{tabel}$ ($2,295 > 2,048$) artinya ada perbedaan peningkatan berat badan balita antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Terdapat pengaruh penyuluhan model pendampingan tentang status gizi terhadap peningkatan berat badan balita di Puskesmas Jetis II Bantul.

Kata Kunci: penyuluhan model pendampingan, status gizi, peningkatan berat badan balita

Suatu negara akan menjadi negara yang berkualitas apabila didukung dengan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas pula. SDM yang berkualitas dibangun salah satunya dari kecukupan gizi yang berkualitas. Bagaimana tidak di era yang sampai saat ini masih banyak terdapat ratusan bahkan ribuan generasi penerus bangsa yang mengalami gizi kurang dan gizi buruk, sungguh suatu fenomena yang sangat memprihatinkan. Status gizi berpengaruh terhadap derajat kesehatan balita membantu proses pertumbuhan dan perkembangan anak untuk mencapai kematangan yang optimal (Hidayat, 2009). Antara asupan zat gizi dan pengeluarannya harus ada keseimbangan sehingga diperoleh status gizi yang baik. Status gizi yang baik dapat dipantau dengan menimbang anak setiap bulan dan dicocokkan dengan Kartu Menuju Sehat (KMS).

Bagaimana generasi penerus bangsa berkualitas apabila berdasarkan data WHO tahun 2008, jumlah balita yang mengalami kekurangan gizi di Indonesia menduduki peringkat kelima dunia. Tentunya hal ini bukanlah suatu prestasi yang membanggakan, mengingat kondisi kesehatan balita berdampak besar terhadap kualitas generasi penerus bangsa di masa yang akan datang. Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan, 54% kematian anak disebabkan oleh keadaan gizi buruk.

Sebuah riset juga menunjukkan setidaknya 3,5 juta anak di dunia meninggal tiap tahun karena kekurangan gizi serta buruknya kualitas makanan. Gizi buruk diakibatkan karena beberapa faktor, salah satunya Kurang Energi dan Protein (KEP) pada anak masih menjadi masalah gizi dan kesehatan masyarakat di Indonesia. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2010, di DIY sebanyak 13,0% berstatus gizi kurang, diantaranya 4,9% berstatus gizi buruk. Data yang sama menunjukkan 13,3% anak kurus, diantaranya 6,0% anak sangat kurus dan 17,1% anak memiliki kategori sangat pendek.

Sementara itu, konsumsi pangan anak balita pasca perawatan gizi buruk di Puskesmas masih belum baik. Tingkat kecukupan energi dan protein balita sebagian besar masih berada dalam kondisi defisit berat (88,9% dan 77,8%). Rendahnya tingkat kecukupan energi dan protein tersebut diantaranya karena kemampuan daya beli dan praktek pengasuhan makan yang rendah, terutama upaya pada anak yang kesulitan makan (Nurchahyo dan Briawan, 2010 dan KEMENKES RI, 2011).

Gambaran keadaan gizi masyarakat DIY yaitu prevalensi balita dengan status gizi buruk sebesar 0,68% (menurun dibanding tahun 2010 sebesar 0,7%), status gizi kurang sebesar 9,60% (menurun dibanding tahun 2010 sebesar 10,61%). Meskipun angka gizi kurang di DIY telah jauh melampaui target nasional (persentase gizi kurang sebesar 15% di tahun 2015) namun penderita gizi buruk masih dijumpai di wilayah DIY (Dinkes DIY, 2011).

Sementara itu, angka kejadian gizi buruk di wilayah Kabupaten Bantul menurut profil Kesehatan Kabupaten Bantul 2012, kasus gizi buruk balita tertinggi terjadi di wilayah Kecamatan Banguntapan sebanyak 28 kasus (10 laki-laki dan 18 perempuan), Kecamatan Jetis 24 kasus (13 laki-laki dan 11 perempuan). Sedangkan menurut data penimbangan di Puskesmas Jetis II 2012, dari 784 balita yang melakukan penimbangan, 0,5% balita menderita gizi buruk, 8,4% balita menderita gizi kurang (0,1% berumur < 1 tahun, 4,21% berumur 1-3 tahun dan 4,08% berumur 4-5 tahun).

Upaya mengatasi masalah gizi buruk dan gizi kurang pada balita, Kementerian kesehatan telah menetapkan kebijakan yang komprehensif, meliputi pencegahan, promosi/ edukasi dan penanggulangan balita gizi buruk (KEMENKES RI, 2011). Perlu pendekatan komprehensif mencakup peningkatan kondisi ekonomi keluarga dan pengembangan pengetahuan. Perlu pula pemberian pemahaman keluarga mengenai gizi dan wirausaha serta rehabilitasi kondisi sanitasi lingkungan tempat tinggalnya (Sutriyanto, 2011).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Aswita (2008) menyebutkan bahwa dengan penyuluhan model pendampingan dapat menurunkan frekuensi kejadian penyakit diare, meningkatkan pengetahuan ibu dan meningkatkan status gizi balita. Balita merupakan konsumen pasif yang menerima asupan makan dari pengasuhnya. Balita usia 1-3 tahun rentan masalah gizi karena pada usia ini balita cenderung lebih suka bermain dan banyak beraktivitas (Proverawati dan Asfuah, 2009). Berdasarkan latar belakang tersebut, gizi kurang dapat diatasi salah satunya dengan penyuluhan model. Tujuan penelitian adalah diketahuinya pengaruh penyuluhan model pendampingan tentang status gizi terhadap peningkatan berat badan balita usia 1-3 di Puskesmas Jetis II tahun 2013.

METODE

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian eksperimen. Model dalam rancangan ini adalah dua kelompok yang dipilih secara random, lalu diberi *pretest-posttest* untuk mencari perbedaan dengan kelompok kontrol. Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen (eksperimen semu) dengan desain *non equivalent control group* (Notoatmodjo, 2005).

Populasi adalah pengasuh balita yang mempunyai anggota keluarga balita yang menderita gizi kurang umur 1-3 tahun dan berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Jetis II Kabupaten Bantul. Sasaran pendampingan gizi pada bulan Januari 2012 sebanyak 82. Teknik pengambilan sampel dengan cara membagi jumlah populasi yang ada dengan perkiraan sampel yang diinginkan. Sampel yang digunakan adalah interval hasil bagi dari populasi dan sampel yang diinginkan. Sampel diambil

dengan membuat daftar elemen atau anggota populasi secara acak antara 1 sampai dengan n (Notoatmodjo, 2005). Sampel yang diambil berjumlah 30 dengan 15 sampel sebagai perlakuan dan 15 sampel sebagai kontrol.

Cara pengumpulan data yaitu dengan melakukan penimbangan (*pretest*) sebelum penyuluhan model pendampingan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, selanjutnya melakukan penimbangan ulang setelah kegiatan penyuluhan model pendampingan pada kelompok kontrol dan perlakuan selesai. Melakukan penyuluhan model pendampingan kedua, ketiga, keempat dan kunjungan kelima dengan diskusi materi yang telah diberikan pada kelompok perlakuan. Melakukan penimbangan ulang pada hari ke-28 pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Dalam melakukan analisis, apabila penelitiannya deskriptif, maka akan menggunakan statistik deskriptif. Sedangkan analisis analitik akan menggunakan statistik inferensial. Statistika binferensial (menarik kesimpulan) adalah statistika yang digunakan untuk menyimpulkan parameter (populasi) berdasarkan statistika (sampel) atau lebih dikenal dengan proses generalisasi dan inferensial.

Analisis univariat bertujuan untuk mengetahui pengaruh penyuluhan model pendampingan tentang satus gizi terhadap peningkatan berat badan balita usia 1-3 tahun. Setelah semua data terkumpul kemudian dihitung dengan rumus: Berat badan awal – Berat badan akhir. Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo,2005). Sehubungan data penelitian ini berupa interval, maka analisis bivariat menggunakan uji t test berupa *independent t test*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Akses Informasi Tentang Gizi Balita

| Akses informasi gizi | Frekuensi | Persentase |
|----------------------|-----------|------------|
| Sudah | 12 | 40% |
| Belum | 18 | 60% |
| Jumlah | 30 | 100% |

Data tabel 1. menunjukkan bahwa jumlah pengasuh balita yang belum mendapatkan akses informasi gizi sebesar 60%. Hal ini berarti sebagian besar pengasuh balita gizi kurang usia 1-3 tahun, kurang mendapatkan akses informasi gizi. Walaupun 40% sudah mendapatkan informasi, akan tetapi lebih baik apabila semua pengasuh mendapatkan informasi.

Tabel 2. Distribusi Sumber Informasi

| Sumber informasi gizi | Frekuensi | Persentase |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Tidak mendapatkan informasi | 18 | 60% |
| Kader | 9 | 30% |

| | | |
|------------------|----|-------|
| Teman | 1 | 3,33% |
| Tenaga Kesehatan | 2 | 6,67% |
| Jumlah | 30 | 100% |

Dari pengasuh yang mendapatkan informasi, 30% mendapatkan informasi tentang gizi dari kader. Dalam hal ini kader sangatlah berperan penting sebagai salah satu sumber informasi pengasuh balita gizi kurang usia 1-3 tahun. Sebagian besar pengasuh balita adalah nenek. Pengasuhan oleh nenek mencapai persentase 60%, dibandingkan dengan pengasuhan oleh ibu.

Tabel 3. Distribusi Pengasuh Balita

| Pengasuh | Frekuensi | Persentase |
|----------|-----------|------------|
| Ibu | 12 | 40% |
| Nenek | 18 | 60% |
| Pengasuh | 0 | 0 |
| Jumlah | 30 | 100% |

Data tabel 3. menunjukkan bahwa sebagian besar pengasuh adalah tidak sekolah (30%). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan pengasuh balita tergolong rendah.

Tabel 4. Uji beda kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

| Rata-rata kelompok perlakuan | Rata-rata kelompok kontrol | t hitung | Df | Sig. (-tailed) |
|------------------------------|----------------------------|----------|----|----------------|
| 0,27 | 0,17 | 2,295 | 28 | 0,029 |

Hasil pengujian data menggunakan uji statistik *t test Independen* menunjukkan t hitung = 2,295 dengan df=28, t tabel 2,048 dan nilai signifikasinya (p)0,029, dimana nilai sig < 0,05 (0,029<0,05) atau t hitung > t tabel (2,295>2,048). Hal ini dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh atau perbedaan yang signifikan antara penyuluhan model pendampingan terhadap kenaikan berat badan balita antara kelompok perlakuan dengan enam kali kunjungan dan kelompok kontrol dengan dua kali kunjungan.

PEMBAHASAN

Akses informasi untuk pengasuh balita tentang gizi balita masih kurang. Pengasuh mendapatkan informasi terbanyak melalui kader sebesar 30%. Kader mempunyai peran sangat penting dalam membantu meningkatkan pengetahuan pengasuh balita. Kader sebagai salah satu kepanjangan tangan petugas kesehatan harus mempunyai bekal ilmu yang cukup untuk membantu tugas tenaga kesehatan dalam penyampaian informasi. Kader dapat memberikan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan mampu melakukan suatu anjuran dari tenaga kesehatan yang ada hubungannya dengan gizi (Azwar, 2011).

Kurangnya akses informasi mengenai gizi akan berdampak pada pola pengasuhan balita. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ayu (2008) yang menyimpulkan bahwa setiap unsur pola asuh mengalami peningkatan pada pengukuran bulan pertama, bulan kedua dan bulan ketiga dibandingkan pada pengukuran sebelum pendampingan. Perubahan yang lebih besar terlihat pada praktik Pemberian Makan Anak (PMA) dan Praktik Kebersihan Anak (PKA). Pengobatan Penyakit Anak (PPA) mengalami peningkatan yang bersifat linier dan konsisten pada setiap pengukurannya. Rerata skor pola asuh balita merupakan komposit dari PMA, PKA dan PPA. Ketiga unsur ini menyumbang nilai yang sama pada skor pola asuh. Peningkatan pola asuh mencapai perubahan sebanyak 16,75% dibandingkan sebelum pendampingan.

Pendidikan pengasuh balita, menunjukkan 30% tidak sekolah, 26,67% berpendidikan SD, 13,33% berpendidikan SMP dan 26,67% berpendidikan SMA. Menurut Soekanto (2005) tingkat pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku yang positif. Pendidikan seseorang juga mempengaruhi pemahaman materi atau ilmu yang diterima. Sementara itu pada penelitian ini menunjukkan paling banyak pengasuh balita tidak sekolah, yang berdampak pada kurangnya akses informasi mengenai gizi. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Marthajaya (2011), mengemukakan bahwa tingkat pendidikan ibu/ pengasuh memegang peranan penting dalam membantu perkembangan anak dan terkait dengan kemampuan ibu/ pengasuh dalam menerima informasi dari luar terutama tentang pola asuh balita yang selanjutnya akan menimbulkan sikap dan perilaku positif. Pendidikan ibu/ pengasuh dapat menentukan pengetahuan dan ketrampilan dalam menentukan menu makanan bagi keluarganya yang akan berpengaruh pada status kesehatan keluarganya. Tingkat pendidikan ibu/ pengasuh yang tinggi cenderung mempunyai anak dengan status gizi yang lebih baik.

Pengasuh balita paling banyak adalah nenek bukan ibu. Pengasuhan oleh nenek sebanyak 60%, sedangkan pengasuhan oleh ibu sebanyak 40%. Balita yang diasuh oleh nenek cenderung mengalami kekurangan asupan gizi, karena nenek membiarkan balita mengkonsumsi makanan yang disukainya dengan alasan agar balita tidak rewel. Sementara itu, Ibu balita yang bekerja membuat ibu tidak dapat memberikan ASI sampai usia 24 bulan. Pengasuhan yang baik dilakukan oleh ibu dengan menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal baik fisik, mental maupun sosial. Oleh karena itu pola asuh berpengaruh secara tidak langsung terhadap status gizi balita (Waryono, 2010)

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Hidayat (2010) mengemukakan bahwa peranan dari keluarga inti yang terdiri atas ayah sebagai pencari nafkah, dan ibu tidak bekerja memiliki waktu yang cukup untuk proses perawatan anak dalam hal ini pola asuh makan, selain itu waktu yang cukup. Namun tidak semua ibu menjadi ibu rumah tangga sehingga peran jenis keluarga inti tidak ada bedanya dengan jenis keluarga lain. Demikian halnya keluarga besar banyaknya anggota keluarga sangat menentukan peran ibu dalam praktik pola asuh khususnya dalam pemberian ASI. Hal ini dapat dipengaruhi saat awal menyusui yang mana anggota keluarga (nenek) memiliki peranan yang

cukup besar dalam proses pembelajaran menyusui dengan segala keyakinan dan pengalaman terkadang juga menghambat proses pemahaman akan pentingnya menyusui setelah usia 6-24 bulan.

Pengetahuan kesehatan seseorang akan berpengaruh terhadap perilakunya sebagai hasil jangka menengah (*intermediate impact*) dari pendidikan kesehatan. Selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh kepada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran (*outcome*) pendidikan kesehatan. Dalam penelitian ini penyuluhan berpengaruh secara tidak langsung terhadap peningkatan berat badan balita (Notoatmodjo, 2003). Hasil penelitian yang dilakukan Aswita (2008) membuktikan bahwa penyuluhan gizi yang dilaksanakan melalui program pendampingan gizi merupakan salah satu upaya pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga menghasilkan perubahan perilaku yang baik. Intervensi yang dilakukan oleh TGP berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan ibu pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol mengalami stabilisasi. Dengan adanya penyuluhan ibu balita KEP mengerti dan memahami serta mau dan mampu melaksanakan apa yang dinasehatkan, sehingga mampu mengasuh dan merawat balita gizi kurang menjadi lebih baik.

Dari penelitian ini ditemukan adanya perbedaan rata-rata kenaikan berat badan balita. Pada kelompok perlakuan rata-rata 2,73 ons sedangkan pada kelompok control 1,73 ons. Perbedaannya tidak begitu mencolok dikarenakan pengetahuan adalah pengaruh secara tidak langsung terhadap kenaikan berat badan balita, akan tetapi pengetahuan yang didapatkan dari penyuluhan ikut berperan dalam menentukan status gizi balita dikemudian hari. Jika suatu informasi diberikan secara terus-menerus dengan sendirinya orang yang bersangkutan akan menangkap suatu informasi sehingga menghasilkan pengetahuan dan pengetahuan akan melahirkan perilaku dan berdampak positif untuk kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ayu (2008) yang mengemukakan bahwa perubahan status gizi pasca pendampingan tergantung pada status gizi atau tingkat kekurangan energi dan protein (KEP) sebelum pendampingan. Balita yang mengalami KEP ringan lebih banyak yang berubah menjadi gizi baik dibandingkan dengan balita yang sebelumnya mengalami gizi buruk. Keadaan ini menunjukkan bahwa untuk memulihkan keadaan gizi buruk atau meningkatkan berat badan balita memerlukan waktu yang lebih lama.

Pengaruh perilaku kesehatan, penyuluhan gizi dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor tersebut meliputi faktor masukan, metode, materi atau pesan, pendidik atau penyuluh yang melakukannya dan alat bantu peraga. Agar mencapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerja harmonis (Notoatmodjo, 2007).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh penyuluhan model pendampingan tentang status gizi terhadap peningkatan berat badan balita usia 1-3 tahun. Hasil uji statistik dengan t Test Independen mendapatkan hasil yaitu nilai signifikan = 0,029 (nilai sig < 0,05 > atau t hitung > t tabel (2,295>2,048). Hal ini menunjukkan ada perbedaan antara kelompok perlakuan dengan penyuluhan model pendampingan enam kali kunjungan dan kelompok kontrol dengan dua kali kunjungan.

Penyuluhan secara intensif melalui komunikasi informasi edukasi (KIE) akan membantu pengasuh balita meningkatkan pengetahuan, sehingga pengasuh balita akan berperilaku positif. Perilaku kesehatan yang positif akan meningkatkan status gizi balita. Penyuluhan gizi sebagai upaya perubahan perilaku melalui penyampaian informasi dari petugas kesehatan pada berbagai kesempatan dan kegiatan berdasarkan prinsip belajar, untuk mencapai suatu keadaan individu, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan untuk hidup sehat, tahu dan mampu melaksanakan pesan-pesan gizi. Walaupun penyuluhan gizi dapat meningkatkan pengetahuan tentang gizi merupakan pengaruh tidak langsung, akan tetapi ikut berperan dalam meningkatkan status gizi balita (Waryono, 2010). Penyuluhan model pendampingan kesehatan merupakan suatu sistem yang mempunyai masukan (*input*) dan keluaran (*output*), dengan tujuan tercapainya perubahan Ayu (2008) bahwa program pendampingan dapat meningkatkan status gizi balita. Meskipun status gizi balita sasaran pendampingan cenderung meningkat pasca pendampingan, namun diantaranya ada juga yang mengalami penurunan status gizi atau tidak mengalami perubahan status gizi. Keadaan ini disebabkan adanya balita yang mengalami penyakit infeksi dan konsumsi makanan yang belum memenuhi kebutuhan. Infeksi atau penyakit yang dialami balita akan berpengaruh terhadap penurunan selera makan balita sehingga menyebabkan penurunan asupan zat gizi energi dan protein. Balita yang mengalami infeksi yang disertai konsumsi zat gizi yang rendah akan lebih mudah mengalami gizi kurang dan gizi buruk. Seperti yang dikemukakan dalam teori Proverawati dan Asfuah (2009),

Dampak penyakit pada anak-anak sama dengan dampak kekurangan gizi. Penyakit-penyakit yang spesifik yang mengganggu pertumbuhan balita sangat mempengaruhi status gizi, karena penyakit mengganggu proses metabolisme dalam tubuh. Status gizi secara langsung disebabkan oleh kurangnya konsumsi makanan dan adanya penyakit infeksi, makin bertambah usia anak makin bertambah pula kebutuhannya. Konsumsi makanan dalam keluarga dipengaruhi jumlah dan jenis pangan yang dibeli, pemasakan, distribusi dalam keluarga dan kebiasaan makan secara perorangan. Konsumsi juga tergantung pada pendapatan, agama, adat istiadat, dan pendidikan keluarga yang bersangkutan (Marmi dan Rahardjo, 2012).

Keberhasilan dalam memberikan pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan tentang gizi balita dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain tingkat pendidikan, informasi, pengalaman, budaya, dan sosial ekonomi. Tingkat pengetahuan pengasuh balita yang kurang karena kurangnya akses informasi mengenai gizi, selain itu sebagian besar pengasuh tidak bersekolah. Hal ini berkaitan dengan semakin banyak akses informasi sehingga pengetahuan akan meningkat (Soekanto, 2005). Dalam penelitian ini, informasi yang diberikan dengan penyuluhan model pendampingan sangat membantu dalam mengakses informasi tentang pengetahuan gizi. Pengasuh balita yang bukan ibunya cenderung membiarkan balita asuhannya untuk mengkonsumsi makanan yang disukai. Dengan memberikan makanan yang disukai maka balita tidak akan rewel, meskipun kandungan gizinya tidak sesuai kebutuhan balita. Padahal status gizi menjadi indikator ketiga dalam menentukan derajat

kesehatan balita (Hidayat, 2010). Secara keseluruhan hal ini menunjukkan bahwa faktor-faktor tersebut berpengaruh secara tidak langsung terhadap kenaikan berat badan balita.

Faktor lain yang berpengaruh secara tidak langsung terhadap berat badan balita adalah pola asuh, sanitasi lingkungan, penggunaan pelayanan kesehatan dan pekerjaan orang tua. Demikian pula rendahnya ketahanan pangan rumah tangga, ketersediaan air bersih yang cukup serta pemahaman ibu tentang gizi, makin kecil resiko anak terkena penyakit dan kekurangan gizi (Marmi dan Rahardjo 2012).

Penyuluhan model pendampingan adalah salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan mendekatkan akses informasi kepada masyarakat. Dengan mendekatkan akses informasi pada masyarakat, diharapkan masyarakat bisa mendapatkan informasi secara jelas. Penyuluhan model pendampingan adalah salah satu alternatif penyampaian informasi lebih mudah karena dengan melakukan pendekatan dan bimbingan secara intensif yang dilakukan kepada 15 responden (Sumodiningrat, 2005).

Hasil penelitian ini sesuai pernyataan Notoatmodjo (2003) bahwa metode ceramah atau penyuluhan bisa dilaksanakan pada sasaran dengan pendidikan rendah. Selain menggunakan metode ceramah penelitian ini juga menggunakan leaflet. Alat bantu ini sering disebut alat peraga karena berfungsi untuk membantu memperagakan sesuatu di dalam proses penyuluhan. Membagi alat peraga tersebut menjadi 11 macam, dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitasnya tiap-tiap alat tersebut dalam sebuah kerucut. Alat bantu yang paling baik adalah benda asli. Oleh karena itu alat bantu ikut menunjang keberhasilan dalam penyuluhan atau pendidikan.

SIMPULAN

Berdasarkan analisis data serta pembahasan dari hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata peningkatan berat badan balita gizi kurang usia 1-3 tahun setelah diberikan penyuluhan model pendampingan pada kelompok perlakuan mencapai 2,73 ons dengan kenaikan tertinggi mencapai lima ons. Rata-rata berat badan balita sebelum diberikan penyuluhan model pendampingan pada kelompok kontrol adalah 9,4 kg. Semua balita tergolong ke dalam gizi kurang. Rata-rata peningkatan berat badan balita gizi kurang usia 1-3 tahun setelah diberikan penyuluhan model pendampingan pada kelompok kontrol mencapai 1,73 ons dengan kenaikan tertinggi tiga ons. Ada pengaruh penyuluhan model pendampingan tentang status gizi terhadap peningkatan berat badan balita gizi kurang usia 1-3 tahun pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Uji statistik *t test independent* menunjukkan nilai signifikasinya (p) 0,029, dimana nilai $\text{sig} < 0,05$ ($0,029 < 0,05$) atau t hitung $> t$ tabel ($2,295 > 2,048$).

DAFTAR RUJUKAN

Almatsier, Suniata. 2006. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Cetakan ke 6. Jakarta: Gramedia Pustaka.

- Amir, Aswita. 2008. *Pengaruh Penyuluhan Model Pendampingan Terhadap Perubahan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta.
- Ayu, Sri Dara. 2008. *Pengaruh Program Pendampingan Gizi Terhadap Pola Asuh, Kejadian Infeksi dan Status Gizi Balita Kurang Energi Protein*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Azwar, Saifuddin. 2011. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Ed. 2, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Candra, asep. 2008. *Gizi Buruk Sebabkan 3,5 Juta Anak Meninggal Per Tahun*. Kompas.<http://otomotif.kompas.com/read/2008/01/17/17511399/Gizi.Buruk.Sebabkan.3.5.Juta.Kematian.Anak.per.Tahun>. Diakses tanggal 26 Desember 2012.
- DINKES DIY. 2012. *Profil Kesehatan Provinsi DIY Tahun 2011*. Yogyakarta. Gay, L.R. dan Diehl, P.L. (1992), *Research Methods for Business and management*. New York: MacMillan Publishing Company.
- DINKES Kab Bantul. 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Bantul Tahun 2011*. Yogyakarta.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2009. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2009. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hull, David dan Johnston, Derek I. 2008. *Dasar-Dasar Pediatri*. Ed 3. Jakarta: EGC.
- Irianto, Kus dan Waluyo, Kusno. 2007. *Gizi dan Pola Hidup Sehat*. Cetakan IV. Bandung: Yrama Widya.
- KEMENKES RI. 2011. *Buku Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk*. Jakarta Lailiyana, dkk. 2010. *Buku Ajar Gizi Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Malik, Abdul. 2008. *Gizi Buruk Tewaskan 3,5 Juta Balita Per Tahun*. Okezone, <http://lifestyle.okezone.com/read/2008/01/19/196/76514/gizi-buruktewaskan-3-5-juta-balita-per-tahun>. Diakses tanggal 2 Januari 13 pukul 12:00
- Marmi dan Rahardjo, Kukuh. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marthajaya, Sari Maya. 2011. *Hubungan Asupan Protein Ikan Dengan Status Gizi Balita Di Wilayah Puskesmas Ulu Kecamatan Balikpapan Barat Kalimantan Timur*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Ed. Revisi, Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Ilmu Perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurchahyo, kalina dan Briawan, dodik. 2010. *Konsumsi Pangan, penyakit Infeksi dan Status Gizi Anak balita Pasca Perawatn Gizi Buruk*. Bogor.

- Proverawati, Atika dan Asfuah, Siti. 2010. *Buku Ajar untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Proverawati, Atikah dan Kusumawati, Erna. 2011. *Ilmu Gizi untuk Keperawatan dan Gizi Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purwitasari, Desi dan Maryanti, Dwi. 2009. *Buku Ajar Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sinta W, Lyana. 2010. *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta.
- Soekanto. 2005. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persagi.
- Sulistyaningsih. 2011. *Metodologi Penelitian Kebidanan Kuantitatif-Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sutriyanto, Eko. 2011. *Perlu Pendampingan untuk Atasi Gizi Buruk*. <http://www.tribunnews.com/2011/10/10/perlu-pendampinganuntuk-atasi-gizi-buruk>. Diakses tanggal 26 Desember 2012 pukul 18.14 WIB.ssss
- Waryono. 2010. *Gizi Reproduksi*. Jakarta: EGC