

PENDAHULUAN

Masa balita sering dinyatakan sebagai masa kritis dalam rangka mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas, terlebih pada periode dua tahun pertama merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal. Masalah gizi kurang umumnya banyak diderita oleh kelompok balita usia 1-3 tahun karena pada masa tersebut balita belum mampu memilih dan mengkonsumsi makanan sesuai kebutuhan tubuh (Soekirman 2001). Data RISKESDAS tahun 2013 menunjukkan prevalensi nasional untuk balita kurus adalah 19,6%. Jumlah ini mengalami peningkatan sebanyak 1,7% dari 17,9% pada RISKESDAS tahun 2010. Diperlukan usaha-usaha untuk dapat menanggulangi agar presentase balita kurus tidak semakin meningkat, mengingat dampak jangka panjang yang akan terjadi pada balita gizi kurang, maka perhatian khusus perlu diberikan untuk menghindari terjadinya *loss generation*. Puskesmas Limbangan memiliki data balita kurus sebanyak 1,23%, hal ini menjadi salah satu perhatian di tingkat puskesmas untuk diselesaikan.

Upaya untuk menangani masalah gizi pemerintah telah menerbitkan kebijakan sebagai dasar yaitu Instruksi presiden No 1 tahun 1997 tentang pemberian makanan tambahan (PMT). Berdasarkan kebijakan pemerintah tersebut oleh Kabupaten Kendal telah dilakukan antara lain : pemberian PMT ibu hamil, pemberian makanan pendamping ASI, pemberian PMT pemulihan pada balita kurang energi protein (KEP).

Puskesmas Limbangan pun sebagai instansi kesehatan di bawah pemerintah Kabupaten Kendal telah melaksanakan salah satu usaha yang dapat dilakukan untuk membantu meningkatkan berat badan pada balita kurus adalah dengan pemberian makanan tambahan. Pemberian Makanan Tambahan berfungsi sebagai tambahan makanan yang diberikan pada balita selain makanan utamanya, agar dapat meningkatkan asupan makanan sehingga dapat menaikkan berat badannya. Pemberian Makanan Tambahan merupakan salah satu program yang dilaksanakan di puskesmas, yang diberikan kepada balita yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.

Bentuk upaya lainnya untuk dapat meningkatkan status gizi balita kurus adalah dengan memberikan konseling gizi pada ibu balita. Konseling gizi adalah suatu proses komunikasi dua arah antara konselor dan klien untuk membantu klien mengenali dan mengatasi masalah gizi. Konseling diharapkan mampu merubah perubahan pola asuh ibu terhadap balita sehingga berdampak baik bagi peningkatan berat badannya. Pemberian Makanan Tambahan dengan konseling gizi yang diberikan secara bersamaan, diharapkan dapat menunjang usaha pemerintah dalam menanggulangi masalah balita kurus.

dari latar belakang diatas maka dirumuskan permasalahan apakah program pemberian makanan tambahan dan konseling gizi berpengaruh terhadap peningkatan status gizi balita kurus? Sedangkan tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh konseling gizi dan pemberian makanan tambahan pabrikan terhadap status gizi balita kurus di Wilayah Puskesmas Limbangan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian “Pre eksperimen” dengan rancangan penelitian “*one group pre test post test design*”. Penelitian dilakukan di wilayah kerja UPTD Puskesmas Limbangan Kabupaten Kendal yang terdiri dari 16 desa yaitu : Desa Kedungboto, Peron, Gondang, Pakis, Sumberrahayu, Tambahsari, Limbangan, Pagertoya, Sriwulan, Tabet, Ngesrebalong, Gonoharjo, Jawisari, Margosari, Tamanrejo, Pagerwojo. Waktu penelitian dilakukan dari Oktober 2017 s/d Desember 2017.

Populasi dalam penelitian ini adalah balita kurus yang ada di wilayah Puskesmas Limbangan, yang menjadi sasaran program Pemberian Makanan Tambahan yang jumlahnya 32 balita. Cara pengambilan sampel dilakukan dengan metode Sampel jenuh, sejumlah 32 balita kurus dengan kriteria inklusi : balita berusia 6 – 59 bulan, tidak dalam kondisi sakit berat (yang memerlukan rawat inap), dan ibu balita bersedia menjadi responden penelitian dengan dibuktikan dengan inform

konsen.

Data primer dari penelitian ini adalah identitas sampel (balita kurus), identitas responden (ibu balita), data konsumsi Energi dan Protein PMT yang diperoleh melalui metode recall 3 x 24 jam, hasil pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan/ panjang badan) sebelum dan sesudah intervensi yang diperoleh dengan penimbangan, daftar kehadiran konseling dan pengambilan PMT. Data sekunder penelitian adalah letak geografis wilayah Puskesmas Limbangan, cakupan balita kurus yang diperoleh dari UPTD Puskesmas Limbangan.

Cara pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan melakukan pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan/ panjang badan). Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah intervensi selama 3 bulan, juga meminta responden untuk mengisi daftar hadir konseling dan pengambilan PMT setiap kali datang. Sebelum melakukan pengambilan data peneliti memberikan *informed consent* kepada responden sebagai tanda persetujuan bahwa responden bersedia dijadikan responden penelitian. Distribusi PMT dan kegiatan konseling gizi dilakukan di ruang gizi Puskesmas Limbangan.

Analisis univariat dilakukan dengan menghitung nilai rata-rata dari variabel yang diuji, Standar Deviasi dan nilai terendah dan nilai tertinggi. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabulasi silang. Analisis distribusi variabel dilakukan uji kolmogorov smirnov untuk melihat normalitas distribusi data. Hasilnya diketahui jika nilai p value $> 0,05$ maka disimpulkan data berdistribusi normal. Setelah data diketahui berdistribusi normal maka dilanjutkan dengan melakukan uji Paired Sample T Test untuk melihat ada atau tidaknya pengaruh program PMT dan konseling gizi terhadap peningkatan status gizi balita kurus

HASIL DAN PEMBAHASAN

TABEL 4.1 Umur Ibu

Umur Ibu (Th)	Jumlah	
	n	%
15-20	2	6,3
21-30	11	34,4
31-40	13	40,6
>40	6	18,8
Jumlah	32	100

Data yang dikumpulkan tentang umur ibu menunjukkan sebaran ibu yang memiliki balita kurus paling muda berusia 19 tahun dan yang paling tua berumur 46 tahun. Paling banyak ibu balita kurus berada pada kelompok umur 31-40 tahun. Rata-rata umur ibu adalah $33 \pm 7,6$ tahun.

TABEL 4.2 Pekerjaan Ibu

Pekerjaan Ibu	Jumlah	
	n	%
IRT	19	59,4
Tani	2	6,3
Pedagang	3	9,4
Buruh swasta	7	21,9
PNS	1	3,1
Jumlah	32	100

Tabel 4.2 memperlihatkan sebagian besar ibu balita kurus (59,4 %) tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga (IRT). Seperti hasil penelitian yang disampaikan oleh Supriadi (2016) menunjukkan bahwa dari data pekerjaan ibu yang bekerja sebagai ibu rumah tangga sebanyak 98,2% atau berjumlah 55 ibu dari total sampel 56.

TABEL 4.3 Jenis Kelamin Balita

Jenis Kelamin	Jumlah	
	N	%
Laki-Laki	18	56,25
Perempuan	14	43,75
Jumlah	32	100

Tabel 4.3 menunjukkan balita kurus yang menjadi sampel lebih banyak berjenis kelamin laki-laki.

TABEL 4.4 Umur Balita Sampel

Kelompok Umur	Jumlah	
	n	%
0 – 6 bulan	0	0
7 – 11 bulan	1	3,1
1 – 3 tahun	23	71,9
4 – 6 tahun	8	25
Jumlah	32	100

Tabel 4.4 menunjukkan sebagian besar sampel balita kurus (71,9 %) berumur 1 – 3 tahun. Senada dengan hasil penelitian dari Supriadi (2016) menunjukkan bahwa dari 56 balita gizi kurang pada kelompok umur yang berusia 2 sampai 3 tahun terdapat sebanyak 35 balita gizi kurang (62,5%).

TABEL 4.5 Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks BB/TB

Status Gizi	Sebelum		Sesudah	
	n	%	N	%
Kurus	32	100	9	28,1
Normal	0	0	23	71,9
Jumlah	32	100	32	100

Tabel status gizi menunjukkan bahwa telah terjadi perubahan jumlah balita kurus setelah diberikan intervensi. Jumlah balita gizi kurus sebelum intervensi adalah 32 anak berkurang menjadi 9 balita setelah intervensi selesai dilakukan. Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Imas Rini (2017) yang mengatakan bahwa setelah diberikan PMT pemulihan jumlah balita gizi buruk berkurang dari sebelumnya sebesar 100% menjadi 66,7%. Faktor yang menjadi penyebab balita tidak meningkat status gizinya adalah belum mengkonsumsi PMT sesuai dengan standart, dikarenakan beberapa hal antara lain nafsu makan balita yang tidak baik, beberapa balita tidak begitu menyukai minum susu, juga karena balita memiliki kebiasaan jajan yang dapat memberikan rasa kenyang sehingga malas untuk mengkonsumsi PMT yang telah diberikan

Pemberian makanan tambahan merupakan program gizi yang diberikan oleh puskesmas kepada balita kurus yang ada di wilayah kerja puskesmas. PMT diberikan bersamaan dengan program tambahan yang bertujuan untuk mendukung program PMT agar dapat mencapai hasil yang diharapkan yaitu konseling gizi. PMT dan konseling gizi diberikan setiap bulan selama 3 bulan dari bulan Oktober – Desember 2017. PMT yang diberikan adalah berupa susu dancow full krim ukuran 800 gr sebanyak 3 dus dan biscuit MPASI sebanyak 4 pak (@7 bungkus) untuk dikonsumsi selama 1 bulan, jika dikonsumsi sesuai aturan ini dapat memberikan masukan Energi tambahan kepada balita sebesar 880 kkal dan Protein sebesar 26,45 gr setiap harinya. Jumlah tersebut cukup tinggi dan sudah melebihi acuan dari pemerintah, dimana standart yang ditetapkan untuk PMT kandungan energi adalah 350 – 400 kkal dan protein 10 – 15 gr perhari. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat dilihat hasilnya sebagai berikut,

TABEL 4.6 Tingkat Konsumsi Energi dan Protein dari PMT

Tingkat Konsumsi	Energi		Protein	
	n	%	N	%
Sesuai standart	24	75	25	78,1
Belum sesuai standart	8	25	7	21,9
Jumlah	32	100	32	100

Tabel 4.6 menunjukkan tingkat konsumsi PMT yang diberikan yang sudah dikonsumsi sesuai standart untuk energinya adalah 24 balita (75%) dan yang belum sesuai standart adalah 8 balita (25%), sedangkan untuk proteinnya yang sudah sesuai standart adalah 25 balita (78,1%) dan yang belum sesuai standart adalah 7 balita (21,9%).

Rata-rata konsumsi energi dan protein yang dikonsumsi oleh balita kurus yang bersumber dari PMT yang diberikan dapat dilihat pada tabel berikut

TABEL 4.7 Konsumsi Energi Balita Yang Bersumber dari PMT (Kkal Perhari)

Konsumsi Energi (kal)	n	%
150 – 300	8	25
300 – 450	10	31,25
450 - 600	14	43,75
Jumlah	32	100

Tabel 4.7 menunjukkan hanya sebagian kecil balita kurus (25 %) yang mengkonsumsi energi dari PMT 300 kkal atau kurang. 24 balita kurus (75 %) telah mengkonsumsi energi dari PMT memenuhi standar yang ditetapkan dalam intervensi, yaitu 300 – 450 kkal. Rata-rata konsumsi energi yang bersumber dari PMT adalah 412,1 kkal ± 127,4.

**TABEL 4.8 Konsumsi Protein Balita
Yang Bersumber dari PMT (gram Perhari)**

Konsumsi Protein (gr)	n	%
5 – 10	7	21,87
10,1 – 15	24	75
15,1 - 20	1	3,13
Jumlah	32	100

Tabel Konsumsi Protein PMT juga menunjukkan bahwa banyak balita yang mengkonsumsi protein dari PMT sebanyak 10,1 – 15 gr perhari yaitu sebanyak 75%, ini berarti sudah sesuai standart konsumsi protein dari PMT 10 – 15 gr perhari. Rata-rata konsumsi protein yang bersumber dari PMT adalah 11,7 gr ± 2,7.

Konsumsi energi dan protein dari makanan tambahan yang sudah sesuai dengan standart dapat meningkatkan status gizi dari balita yang menjadi sampel, sebagaimana yang disampaikan dalam penelitian Sri Supadmi (2008) bahwa balita yang berstatus gizi normal mengalami peningkatan setelah diberikan PMT selama 3 bulan dari 10% menjadi 23,5%.

Konsumsi energi dan protein yang dikonsumsi balita tanpa tambahan dari PMT dapat dilihat pada tabel berikut,

**TABEL 4.9 Konsumsi Energi Sehari
Tanpa Tambahan PMT**

Konsumsi energi (Kkal)	n	%
150 – 300	8	25
300 – 450	8	25
450 - 600	16	50
Jumlah	32	100

**TABEL 4.10 Konsumsi Energi dan Protein Sehari
Tanpa Tambahan PMT**

Konsumsi protein (gram)	n	%
5 – 10	11	34,37
10,1 – 15	16	50
15,1 - 20	5	15,62
Jumlah	32	100

Tabel 4.9 dan tabel 4.10 memperlihatkan bahwa konsumsi energi sehari balita kurus tanpa tambahan PMT paling besar 50% adalah sebanyak 450 – 600 Kkal sehari, sedangkan untuk konsumsi proteinnya yang paling besar sebanyak 50% adalah yang mengkonsumsi protein sebesar 10,1 – 15 gr sehari. Hasil ini memperlihatkan bahwa tanpa tambahan PMT, balita mengkonsumsi energi dan protein dalam jumlah yang masih kurang bila dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi yang ditetapkan dalam Permenkes 2013, maka tambahan PMT yang diberikan dan dikonsumsi balita kurus selama 3 bulan cukup menambah asupan makan balita sehingga dapat meningkatkan status gizinya.

Konseling gizi diberikan oleh ahli gizi selama 20 menit kepada ibu balita yang datang setiap bulan ke puskesmas, dengan diberi penjelasan tentang diet Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP), contoh bahan makanan dan menu diet TKTP serta memberikan leafletnya agar dapat dipraktikkan di rumah dalam keseharian balita.

Balita yang belum mengkonsumsi PMT sesuai dengan standart dievaluasi setiap bulan. Faktor yang menjadi penyebab balita belum mengkonsumsi PMT sesuai dengan standart antara lain adalah karena nafsu makan balita yang tidak baik, beberapa balita tidak begitu menyukai minum susu, juga karena balita memiliki kebiasaan jajan yang dapat memberikan rasa kenyang sehingga malas untuk mengkonsumsi PMT yang telah diberikan. Ahli gizi kemudian memberikan contoh menu olahan biscuit untuk dipraktikkan di rumah agar balita mau untuk memakannya sehingga status gizinya dapat meningkat, selain menjelaskan diet TKTP yang utama.

Hasil yang diharapkan senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Meita Yuandari Tahun 2008 menyampaikan bahwa responden yang mengalami peningkatan status gizi menurut BB/TB sebanyak 19 responden (65,5%) setelah diberikan konseling gizi.

Setelah dilakukan uji normalitas dengan Kolmogorof Smirnov diketahui nilai p value 0,787, dimana jika nilai p value > 0,05 maka data berdistribusi normal. Uji berikutnya adalah Paired Sample T Test dengan hasil diketahui rata-rata nilai z score sebelum diberi intervensi adalah $-2,48 \pm 0,27$ dan sesudah diberi intervensi nilai z scorenya adalah $-1,70 \pm 0,78$; maka dihasilkan p value 0,000 yang berarti jika p value < 0,005 maka hipotesis diterima, sehingga ada perbedaan yang signifikan antara status gizi sebelum dan sesudah diberikan intervensi, ini berarti pula bahwa ada pengaruh yang signifikan dari PMT dan konseling terhadap perubahan status gizi balita kurus, konseling gizi cukup membantu dari program PMT agar dapat terlaksana dengan baik, dikarenakan banyak dari ibu balita kurus telah melaksanakan anjuran dari ahli gizi untuk mengkonsumsi makanan tambahan sesuai anjuran untuk meningkatkan berat badan balita. Senada dengan yang disampaikan oleh Ersya Anindya (2013) bahwa program PMT pemulihan efektif terhadap kenaikan berat badan pada balita di Kabupaten banyumas dengan nilai p value < 0,05.

KESIMPULAN DAN SARAN

Program PMT dan Konseling Gizi dapat meningkatkan 71,9 % balita sasaran dari gizi kurus menjadi normal. Rata-rata nilai z score sebelum PMT adalah $-2,47 \pm 0,27$ SD naik menjadi $-1,70 \pm 0,78$ SD setelah program PMT selesai dilakukan. Proporsi balita yang mengkonsumsi energi PMT sesuai standart adalah 75%, dan proporsi balita yang sudah mengkonsumsi protein sesuai dengan standart PMT adalah 78,1%. Program pemberian makanan tambahan pabrikan dan konseling gizi berpengaruh meningkatkan status gizi balita kurus.

Puskesmas diharapkan lebih memperhatikan balita yang status gizinya tidak meningkat dengan cara : (1) Meningkatkan pemberian pendidikan gizi melalui konseling secara kontinyu setiap bulan sebagai upaya pemantauan setelah program PMT berakhir, (2) Bekerjasama dengan kader posyandu dalam melakukan pengawasan dan pendekatan keluarga agar PMT dapat dikonsumsi sesuai dengan anjuran yang diberikan.

Melihat keefektifan penelitian ini, Dinas Kesehatan sebaiknya lebih mengkoordinasikan program ini ke seluruh puskesmas agar balita kurus di wilayah Kabupaten Kendal dapat berkurang secara signifikan, sehingga dapat tercapai tumbuhnya balita sehat yang berstatus gizi normal.



DAFTAR PUSTAKA

- AKG. 2013. Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2013. Menteri Kesehatan RI. Jakarta.
- Ayunin, Q. 2011. *Pemodelan Gizi Buruk pada Balita di Kota Surabaya dengan Spatial Autoregressive Model (SAR)*. Skripsi. Institut Teknologi Sepuluh Nopember. Surabaya.
- DEPKES RI. 2006. *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Lokal*. Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. 2013. *Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS)*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
- Dyah Heru Retnowati. 2015. *Pengaruh Pemberian makanan Tambahan Pemulihan Terhadap Perubahan Berat Badan Balita Bawah Garis Merah Kecacingan Di wilayah Puskesmas Klambu Kabupaten Grobogan*. Jurnal Gizi Universitas Muhammadiyah Semarang Edisi April 2015 Volume 4 Nomor 1.
- Hadiriesandi, Monica. 2016. *Evaluasi Program Pemberian Makanan Tambahan Untuk Balita Gizi Buruk di Puskesmas Andong Kabupaten Boyolali*. Skripsi. Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES. Semarang.
- Lubis, R. 2008. *Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Anak Balita di Wilayah kerja Puskesmas Pantai Cermin Kecamatan Tanjung Pura Kabupaten Langkat*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat USU. Medan.
- Meita Yuandari. 2008. *Gambaran Konseling Gizi Pada Balita Bawah Garis Merah (Bgm) Berdasarkan Pedoman Konseling Gizi Depkes Ri Tahun 2008 (Studi Kasus di Pojok Gizi Puskesmas Summersari Jember)*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Jember
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta.

- Profil Puskesmas Limbangan. 2016. Puskesmas Limbangan. Kendal.
- Rini, Imas. 2017. *Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Terhadap Perubahan Status Gizi Balita Gizi Buruk Tahun 2017 (Studi di Rumah Gizi Kota Semarang)*. E Journal Volume 5 Nomor 4 Edisi Oktober 2017.
- RISKESDAS. 2013. Riset Kesehatan Dasar. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Sediaoetama. 2010. *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi di Indonesia*. Cet. Kedua. Dian Rakyat. Jakarta.
- Septiawati. 2009. *Perancangan Sistem Informasi Pemantauan Status Gizi pada Balita di Puskesmas Beji Tahun 2009*. Skripsi. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Sinaga, R.. 2013. *Kajian Faktor-Faktor Sosial Ekonomi Masyarakat Terhadap Ketahanan Pangan Rumah Tangga di Medan*. Jurnal USU Volume 2 Nomor 5.
- Soekirman. 2001. *Ilmi Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Supadmi, Sri; Sukati Saidin dan M. Samsudin. *Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan Pada Balita Kurang Energi protein (KEP) Pengunjung Balai Penelitian Dan Pengembangan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (BPP GAKI) Magelang*. PGM 2008, 31 (2) : 59-66
- Supariasa. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Kedokteran ECG. Jakarta.
- Supriadi. 2016. *Gambaran Asupan Energi Protein Dan Konsumsi Ikan Anak Balita (24-59 Bulan) Gizi Kurang Di Puskesmas Dahlia Kecamatan Mariso Kota Makassar 2015*. Skripsi. Universitas Islam Negeri Alaudin. Makasar.