

PENGARUH PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN (PMT) BUATAN INDUSTRI PADA BATITA GIZI KURANG TERHADAP STATUS GIZI BATITA DI PUSKESMAS KASEMEN KOTA SERANG TAHUN 2018

Fitriyanto^{1,2}, Atik Kridawati², Herman Sudiman²

PT Nestle Indonesia

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, Universitas Respati Indonesia

Dosen Tetap Program Pasca Sarjana Universitas Respati Indonesia

Email : fitri_soekril@yahoo.co.id

ABSTRAK

World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa 54% kematian anak disebabkan oleh keadaan gizi yang masih buruk. Kasus gizi kurang dan gizi buruk di Puskesmas Kasemen cenderung meningkat yaitu tahun 2016 sebanyak 17,2% dan pada tahun 2017 periode Januari – Desember 2017 sebanyak 20,2%. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri pada batita gizi kurang.

Metode *Kuasi-eksperimen* tanpa Kontrol. Responden ditimbang di awal intervensi sebagai *pre-test*, intervensi PMT sebanyak 50 gr diberikan sehari 2 kali, jam 09.00-10.00 wib dan 15.00-16.00 wib serta ditimbang setiap minggu dalam kurun waktu 8 minggu. Hasil penimbangan terakhir sebagai *post-test*. Populasi dan sampel pada penelitian ini sebanyak 34 responden, Pengumpulan data dengan wawancara. Analisis data dengan univariat dan bivariat (Uji *T-dependent*).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 34 batita gizi kurang, berat badan batita di awal diukur dengan *seca/dacin* yang digunakan sebagai *pre-test* dalam prosedur penelitian. Sebelum diberi makanan tambahan (PMT) buatan industri. Intervensi diberi makanan tambahan (PMT) buatan industri kemudian diukur berat badannya setiap minggu selama 8 minggu, dengan menggunakan *seca/dacin* oleh peneliti/enumerator. Hasil dari intervensi angka gizi kurang menjadi 26,5% (9 batita) dan 73,5% (25 batita) berubah status menjadi gizi baik dengan Standar Deviasi 0,34 dengan mean 1,22. Pengaruh pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri Terhadap Perubahan Status Gizi (BB/U) Batita gizi kurang, setelah dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji beda mean dependen (*T-test paired sample*) didapatkan nilai $p = 0,000$, jadi ada pengaruh pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri terhadap perubahan status gizi (BB/U) batita gizi kurang.

Pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri pada batita gizi kurang dapat meningkatkan status gizi. Pemegang program gizi dapat meneruskan evaluasi untuk mengetahui tumbuh kembang batita yang ikut dalam penelitian pemberian makanan tambahan ini. Saran untuk pihak EKBang dapat meneruskan program pemberian makan tambahan ini dengan subsidi yang disarankan oleh peneliti yaitu sebesar 40 % (2 sachet perhari dengan harga Rp.3000) dari total pemberian makanan tambahan (5 sachet perhari dengan harga Rp.7500) yang dilakukan dalam penelitian ini. Hal ini dilakukan karena responden hanya mampu membeli 3 sachet perhari dengan harga Rp. 4500.

Kata kunci : Status Gizi, PMT, Gizi Kurang, Batita.

ABSTRACT

World Health Organization (WHO) estimates that 54% of child death is caused by malnutrition. The cases for deficient and malnutrition at Kasemen Health Center tend to increase; 17.2% in 2016 and 20.2% in 2017 of the January-December 2017 period. This study aims to determine the effect of supplemental feeding (SF) with industrial food on deficient nutrition toddlers.

The method of the study is *Quasi-experimental* without Control group. The respondents were weighted before intervention which was taken as the pretest result. SF intervention at 50 gr was provided 2 times; at 9-10 AM and 3-4 PM. The weights of the toddlers were recorded every week for 8 week period. The results were taken as the posttest. The population and sample are 34 respondents. the data collection technique is interview, and the data analysis is with univariate and bivariate (*T-dependent test*).

The result shows that, among 34 deficient nutrition toddlers, whose weights were measured with *seca/dacin* (steelyard) and used as the pretest before the SF with industrial food. Intervention was with the SF with industrial food, then the weights were measured each week for 8 week period using *seca/dacin* by the researcher/enumerator. As the result of the intervention, the deficient nutrition level reduced into 26.5% (9 toddlers) and 73.5% (25 toddlers). The status changed into well nutrition with the

mean of 1.22 and Standard Deviation of 0.34. With the statistical test of dependent mean difference test (T-paired sample test) at the p value = 0.000, it shows the effect of supplementary feeding (SF) with industrial food to the Change of Nutritional Status (W/A) of the deficient nutrition toddlers.

Providing supplementary food (SF) with industrial food to deficient nutrition toddlers may improve the nutritional status. The nutrition program holders may continue the evaluation in order to find out the growth and development of the toddlers who have participated in this study. As a suggestion, *EKBang* (Economic Development division) may continue the program to provide supplemental feeding with the subsidy suggested by the researcher at around 40% (2 sachets per day with the cost Rp. 3,000) of the total supplemental feeding (5 sachets per day with the cost Rp. 7,500) as conducted in this study. This was done because the respondents were only able to buy 3 sachets per day with the cost Rp. 4,500.

Keywords: Nutritional Status, Supplemental Feeding, Deficient Nutrition, toddlers

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa 54% kematian anak disebabkan oleh keadaan gizi yang buruk. Gizi buruk yaitu keadaan sangat kurus dengan indeks antropometri BB/TB <-3 SD. Malnutrisi masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di seluruh dunia dan merupakan faktor utama (50%) dari 10-11 juta kematian pada anak di bawah 5 tahun yang meninggal setiap tahun. Kematian anak usia 1-5 tahun di suatu negara juga dapat menunjukkan prevalensi kekurangan gizi pada anak. Mortalitas di negara berkembang sekitar 40 kali lipat dari negara-negara barat, yang lagi-lagi mengungkapkan besarnya masalah gizi buruk. Dalam sebuah studi tentang pola kematian anak di 13 wilayah di Amerika Selatan, yang disponsori oleh Pan Amerika Organisasi Kesehatan, sebanyak 7318 kematian pada anak-anak antara usia 1 dan 4 tahun disebabkan oleh malnutrisi yang menjadi penyebab utama kematian di 9% (kisaran 0-18 %) dan terkait penyebab kematian pada 48.4% (kisaran 0-61%). Kesimpulan umum adalah bahwa malnutrisi langsung atau tidak langsung bertanggung jawab atas 57.4% kematian anak usia 1-4 tahun (M de Onis, 2003).

Prevalensi kekurangan gizi pada anak umur 0-5 tahun di Amerika latin sebanyak 0,7% yang mengalami gizi buruk, di Afrika 2,7% dan Asia 6,6% (M de Onis, 2003). Secara global, diperkirakan bahwa ada hampir 20 juta anak yang mengalami kekurangan gizi akut, kebanyakan dari mereka tinggal di Asia Selatan dan di Sub-

Sahara Afrika (Manyike et al, 2014). Perbandingan kekurangan gizi balita Periode 1996 – 2005 di Negara berkembang sebesar 27%, ASIA Selatan 45% dan Asia Timur dan Pasifik 15%. Di ASEAN yaitu Malaysia 11%, Thailand 18%, Filipina 20%, Srilanka 22%, Vietnam 27%, Indonesia 28%, Myanmar 32%, Kamboja 45%, Timor Leste (46%) (Bappenas, 2007).

WHO (2010) menyatakan masalah kesehatan masyarakat dianggap serius bila prevalensi gizi buruk-kurang antara 20,0-29,0 persen, dan dianggap prevalensi sangat tinggi bila ≥ 30 persen (Risikesdas, 2013). Kurang energi dan protein (KEP) pada anak masih menjadi masalah gizi dan kesehatan masyarakat di Indonesia. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2010, sebanyak 13,0% berstatus gizi kurang, diantaranya 4,9% berstatus gizi buruk. Data yang sama menunjukkan 13,3% anak kurus, diantaranya 6,0% anak yang sangat kurus dan 17,1% anak memiliki kategori yang sangat pendek (Kemenkes RI, 2014). Pada tahun 2013, secara nasional prevalensi gizi buruk-kurang pada anak balita mengalami peningkatan sebesar 19,6 persen, yang berarti masalah gizi berat-kurang di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat mendekati prevalensi tinggi. Prevalensi gizi buruk-kurang terdiri dari 5,7 persen gizi buruk dan 13,9 persen gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4 %) dan tahun 2010 (17,9 %) terlihat meningkat. Perubahan terutama pada prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4 persen tahun 2007, 4,9 persen pada tahun 2010, dan 5,7 persen tahun 2013.

Prevalensi gizi kurang naik sebesar 0,9 persen dari 2007 dan 2013. Untuk mencapai sasaran MDGs tahun 2015 yaitu 15,5 persen maka prevalensi gizi buruk/kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4.1 persen dalam periode 2013 sampai 2015 (Riskesdas, 2013).

Di Provinsi Banten kasus gizi buruk dan gizi kurang pada tahun 2016 sebanyak 17,16%. Banten merupakan peringkat ke – 9 dari 33 Provinsi dan kasus gizi buruk dan gizi kurang di Kota Serang yaitu sebesar 20,38% dimana angka ini lebih tinggi dari prevalensi nasional (19,6%) (Direktorat Jenderal Bina GIKIA, 2016).

Gizi merupakan faktor penting karena secara langsung berpengaruh terhadap kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Asupan gizi yang tidak sesuai kebutuhan sangat berkaitan dengan risiko penyakit maupun komplikasinya (Kemenkes RI, 2014). Akibat kekurangan gizi akan menyebabkan beberapa efek serius seperti kegagalan pertumbuhan fisik serta tidak optimalnya perkembangan dan kecerdasan. Akibat lainnya adalah terjadinya penurunan produktifitas, menurunnya daya tahan tubuh terhadap penyakit yang akan meningkatkan resiko kesakitan dan kematian (Soekirman, 2000).

Masalah gizi kurang umumnya disebabkan oleh kemiskinan, kurangnya persediaan pangan, kurang baiknya kualitas lingkungan (sanitasi), kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi, menu seimbang dan kesehatan, serta adanya daerah miskin gizi (iodium) (Almatsier, 2010). Keadaan ini berpengaruh kepada masih tingginya angka kematian bayi dan anak terkait dengan gizi kurang dan gizi buruk, oleh karena itu masalah gizi perlu ditangani secara cepat dan tepat. Salah satu cara untuk menanggulangi masalah gizi kurang dan gizi buruk adalah dengan menjadikan tatalaksana gizi buruk sebagai upaya menangani setiap kasus yang ditemukan (Kemenkes RI, 2014).

Prevalensi gizi buruk merupakan indikator Millenium Development Goals (MDGs) yang harus dicapai di suatu daerah (Kabupaten/Kota) pada tahun 2015 yaitu terjadinya penurunan prevalensi balita gizi

buruk menjadi 3,6% atau kekurangan gizi pada anak balita menjadi 15,5%. Untuk mengatasi masalah gizi buruk, UNICEF mendukung sejumlah inisiatif di tahun 2012 untuk menciptakan lingkungan nasional yang kondusif untuk gizi yang meliputi peluncuran Gerakan Sadar Gizi Nasional (Scaling Up Nutrition-SUN) dan mendukung pembangunan regulasi tentang pemberian ASI eksklusif, rencana nasional untuk mengendalikan gangguan kekurangan iodine, panduan tentang pencegahan dan pengendalian parasit intestinal dan panduan tentang suplementasi multinutrient perempuan dan anak di Klaten Jawa Tengah (UNICEF, Indonesia, 2010).

Upaya pemberian makanan tambahan (PMT) telah dilakukan untuk meningkatkan status gizi. Misalnya saja dalam studi di Dili, Timor Leste, pada orang dewasa pendetita gizi kurang yang diberikan makanan tambahan yang tinggi akan energi, protein, dan mikronutrient. Hasil studi kurang lebih selama 8 bulan, dengan follow up yang dilakukan pada bulan ke empat berhasil membuktikan kenaikan berat badan yang lebih besar pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol yang hanya diberikan pendidikan gizi (Martins, Morris dan Kelly, 2009)

Pada balita bantuan PMT yang diberikan pada umumnya berupa formula dan biskuit yang diberikan oleh pelayanan kesehatan setempat ketika dana untuk alokasi untuk PMT sudah turun. Keberadaan PMT tentu menjadi faktor penting dalam meningkatkan status gizi balita. Namun, kontinuitas perbaikan gizi balita akan terhambat saat PMT tidak diberikan lagi, misalnya karena status gizi balita sudah membaik, dan saat keluarga tidak dapat mengusahakan secara mandiri makanan setara PMT akibat daya beli atau kemampuan ekonomi yang rendah. Pada umumnya PMT yang banyak beredar dipasaran berbahan dasar susu dan tinggi protein sehingga membutuhkan daya beli yang tinggi.

Berdasarkan penelitian prevalensi balita gizi kurang di Ekpoma EDO Nigeria yang dilakukan pada bulan Februari 2012 dan April 2012 dengan menggunakan studi Cross

Sectional deskriptif pada 402 anak balita dengan metode sistematik sampling yang dilakukan dengan pemeriksaan fisik dan wawancara melalui kuisioner, TB, dan LILA, didapatkan hasil masing-masing prevalensi gizi kurang, gizi baik, dan gizi lebih adalah 2,5%, 12,4%, dan 9,5%. Balita laki-laki didapatkan hasil berdasarkan BB (3,2%) dan ekslusi (9,7%) dibandingkan dengan balita perempuan berdasarkan BB (2,2%) dan yang ekslusi (9,4%). Di sisi lain balita perempuan yang gizinya terhambat sebanyak (12,9%) dibandingkan laki-laki (x%). Berdasarkan data diatas angka prevalensi gizi kurang sangat rendah di Ekpoma, namun prevalensi stunting dan penentu yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut (International Journal Of Community Research, 2014).

Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk, diantaranya adalah status sosial ekonomi, ketidaktahuan ibu tentang pemberian gizi yang baik untuk anak, dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (Kusriadi, 2010; Anwar.dkk, 2010). Sumber lain menyebutkan asupan makanan keluarga, faktor infeksi, dan pendidikan ibu menjadi penyebab kasus gizi buruk (Razak dkk, 2011). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara faktor-faktor tersebut dengan kejadian gizi buruk. Dalam penelitian yang dilakukan di Kabupaten Lombok Timur tahun 2005 menunjukkan bahwa terdapat hubungan status ekonomi, pendidikan ibu, pengetahuan ibu dalam monitoring pertumbuhan, perhatian dari ibu, pemberian ASI, kelengkapan imunisasi, dan asupan makanan balita dengan kejadian gizi buruk (Anwar., dkk, 2011).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Kasemen pada bulan Januari 2018, kasus gizi kurang dan gizi buruk pada tahun 2014 sebanyak 14,1%, pada tahun 2015 sebanyak 15,4%, pada tahun 2016 sebanyak 17,2% dan pada tahun 2017 periode Januari – Desember 2017 sebanyak 20,2%. Berdasarkan hasil wawancara terhadap 15 responden ibu yang mempunyai balita diperoleh sebanyak 80% tidak memiliki pengetahuan tentang gizi balita. Berdasarkan food recall sebanyak 15

responden didapatkan hasil rata – rata defisit kalori sebanyak 260 kkal.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri pada batita gizi kurang terhadap status gizi batita di Puskesmas Kasemen Kota Serang Tahun 2018”.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Membuktikan dampak pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri terhadap status gizi pada batita gizi kurang selama 2 bulan di Puskesmas Kasemen Kota Serang Tahun 2018.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui rata – rata berat badan batita sebelum dan sesudah pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri di Puskesmas Kasemen Kota serang tahun 2018?
2. Membuktikan adanya peningkatan berat badan batita setelah pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri di Puskesmas Kasemen Kota Serang tahun 2018?
3. Membuktikan dan menjelaskan keadaan status gizi balita sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

2. METODE PENELITIAN

2.1. Rancangan Penelitian

Metode yang di gunakan dalam penelitian ini adalah metode *Kuasi-eksperimen* dengan menggunakan *one group pretest posttest design*.

2.2 Tempat dan waktu

Intervensi dilakukan selama 8 minggu (April-Juni 2018) pada anak batita gizi kurang di Puskesmas Kasemen.

2.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh batita usia 6 -36 bulan dengan gizi kurang yang berada di Wilayah Puskesmas Kasemen Kota Serang yaitu 34 orang. Dari populasi studi ini ditentukan *eligible subject* yang dapat masuk sebagai sampel bagi.

Penentuan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik *total sampling*. Semua Batita gizi kurang masuk dalam criteria inklusi sehingga semua dijadikan responden dengan jumlah 34 batita.

2.4. Teknik dan Alat Pengumpulan data

Data diperoleh langsung dengan menggunakan wawancara pada ibu yang memiliki batita gizi kurang. *Food record* di isikan oleh enumerator/peneliti setiap hari. Penimbangan berat badan dengan menggunakan *seca/dacin* setiap minggu selama 8 minggu.

2.5. Teknik analisis data

2.5.1 Analisis Univariat

Yaitu analisis terhadap variabel independen dan dependen sehingga dihasilkan distribusi frekuensi dan diketahui variasi dari masing-masing variabel.

2.5.2 Analisis Bivariat

Uji statistik yang digunakan adalah Uji T (*T-Test*), Sedangkan untuk data numerik digunakan uji T-dependen pada awal penelitian untuk melihat perbedaan variabel perancu dan dependen. Uji T-dependen juga digunakan untuk melihat apakah terdapat perbedaan *mean* berat badan dan status gizi serta perubahan status gizi dengan membandingkan keadaan sebelum dan sesudah intervensi. setelah dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji beda mean dependen (*T-test paired sample*) didapatkan nilai $p = 0,000$ yang lebih kecil dari pada nilai *alpha* (0,05), maka dapat diputuskan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Awal Penelitian

Peneliti memasukan surat ijin studi pendahuluan ke puskesmas untuk mengambil data awal batita gizi kurang di wilayah kerja puskesmas Kasemen, dilanjutkan melakukan uji etik dengan memasukan surat ijin penelitian ke Dinas Kesehatan Kota Serang serta Puskesmas Kasemen, setelah di setujui dan mendapatkan balasan, peneliti melakukan intervensi di kecamatan Kasemen dengan 4 Kelurahan yaitu Kelurahan Kasunyatan, Kelurahan Banten,

Kelurahan Margaluyu dan Kelurahan Kasemen dalam waktu 8 minggu dimulai dari April – Juni 2018

3.2 Proses Intervensi

Intervensi dilakukan kepada 34 responden yang tersebar di kelurahan Kasunyatan (12 responden), Banten (8 responden), Margaluyu (6 responden) dan Kasemen (8 responden). Pada setiap kelurahan peneliti menunjuk enumerator untuk menjadi pengawas pemberian makanan tambahan yang terdiri dari satu orang setiap kelurahan serta dibantu oleh pemegang program gizi di puskesmas kasemen, selanjutnya peneliti mendelegasikan kepada enumerator untuk mengisi lembar *informed consent* penelitian setelah itu peneliti melakukan pengarahannya kepada pemegang program gizi, enumerator untuk prosedur pemberian intervensi terhadap responden. Setiap responden di wawancara dan mengisi lembar *informed consent* serta kuesioner biodata responden.

Peneliti melakukan penimbangan berat badan responden di awal yang di gunakan sebagai *pre test* dalam prosedur penelitian. peneliti dan enumerataor membuat lembar *food record* yang di isi setiap hari sebagai lembar pemantauan setiap responden. Selanjutnya peneliti dan enumerator memberikan makanan tambahan pada saat setelah penimbangan selesai, pemberian makanan tambahan dilakukan 2 kali dalam sehari yaitu pada jam 09.00 – 10.00 WIB dan 15.00 – 16.00 WIB. Pemberian makanan tambahan ini bersifat suplementasi, dan bukan merupakan substitusi makanan harian dari responden. Pada minggu pertama sampai minggu ke empat pemberian makanan tambahan dilakukan oleh peneliti dan enumerator. Porsi setiap pemberian makanan tambahan sebanyak 50 gr/saji, dengan dicampur air minum hangat 60 cc/saji. Selanjutnya proses intervensi pemberian makanan tambahan intake di setiap responden dicatat dalam formulir *Food Record* tentang habis tidaknya pemberian makanan tambahan, sehingga dapat diketahui total intake kalori yang masuk kepada setiap responden yaitu yang terendah 280 kkal dan yang tertinggi 360 kkal. Dampak intake ini maka ada responden yang mengalami peningkatan berat badan

secara signifikan (sehingga merubah status gizi responden dari gizi kurang menjadi gizi baik), sebaliknya ada yang konsumsinya tidak maksimal (280 kkal) sehingga status gizi responden tidak berubah (status gizi kurang = status gizi kurang), namun secara berat badan mengalami peningkatan dan hal ini dapat dilihat pada grafik 5.3. Selama empat minggu enumerator memberikan makanan tambahan, selain itu peneliti dan enumerator juga mengajarkan kepada orang tua dari responden untuk melakukannya sendiri sehingga pada saat minggu ke lima merupakan masa transisi pemberian makanan tambahan dilakukan oleh peneliti/enumerator bersama orang tua responden. Pada minggu ke enam sampai dengan minggu ke delapan pemberian makanan tambahan dilakukan sepenuhnya oleh orang tua responden dengan diawasi oleh peneliti/enumerator setiap hari. Peneliti/enumerator membuat jadwal penimbangan setiap minggu untuk melihat pengaruh pemberian makanan tambahan terhadap berat badan responden dengan menggunakan timbangan berat badan *seca/dacin* (KG) Pada proses penelitian penimbangan dilaksanakan di awal minggu. Penimbangan dilakukan setiap minggu dalam kurun waktu 8 minggu.

Kenaikan berat badan responden minggu pertama sampai dengan minggu ke delapan dan rata-rata kenaikan berat badan tertinggi pada minggu ke-3 dan ke-5 sebesar 0,2 Kg. Dalam

kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks berat badan menurut umur anak 0-60 bulan maka 73,5% di dapatkan hasil Z-Score -2SD sampai dengan 2SD (1,2157) sehingga di kategorikan gizi baik. Dan 26,5% di dapatkan hasil Z-Score -3SD sampai dengan <-2SD di kategorikan gizi kurang.

3.3 Akhir Penelitian

Pada akhir penelitian, Responden dilakukan penimbangan pada minggu ke 8 dalam satu waktu yang bersamaan oleh peneliti dan enumerator, setelah itu data di masukan kedalam kuesioner *food record*. Pada akhir proses penelitian, peneliti memberikan *reward* kepada responden, sebagai ucapan terima kasih atas kerja sama yang dilakukan selama penelitian berlangsung. Pada akhir penelitian peneliti berkoordinasi dengan aparaturnya bagian EkBang untuk dapat meneruskan program pemberian makanan tambahan melalui jalur pengembangan desa diluar program puskesmas.

3.4 Hasil Analisis Univariat

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur dalam Bulan
Di Puskesmas Kasemen Periode April – Juni 2018

No.	Umur (bulan)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	06 – 12	2	5,9
2	13 – 24	19	55,9
3	25 – 36	13	38,2
Jumlah		34	100

Berdasarkan Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa dari 34 responden terbanyak berusia 13–24 bulan yaitu 19 responden (55,9%).

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
Di Puskesmas Kasemen Periode April – Juni 2018

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Perempuan	22	64,7
2	Laki-laki	12	35,3
	J u m l a h	34	100

Berdasarkan Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa dari 34 responden terbanyak jenis kelamin perempuan yaitu 22 reponden (64,7%).

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu
Di Puskesmas Kasemen Periode April – Juni 2018

No.	Pendidikan Ibu	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Rendah	19	55,9
2	Tinggi	15	44,1
	J u m l a h	34	100

Berdasarkan Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa dari 34 responden terbanyak pendidikan rendah yaitu 19 reponden (55,9%).

3.5 Hasil analisis bivariat

Tabel 4
Distribusi Pengaruh pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri Terhadap Perubahan
Status Gizi Batita dengan Indeks BB/U Di Puskesmas Kasemen
Periode April – Juni 2018

No.	Status Gizi	Sebelum Intervensi		Setelah Intervensi		<i>P Value</i>
		Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)	
1.	Gizi Baik	0	0	25	73,5	0,000
2.	Gizi Kurang	34	100	9	26,5	
	J u m l a h	34	100	24	100	

Berdasarkan Tabel 4 di atas menunjukkan bahwa dari 34 batita gizi kurang sebelum diberi makanan tambahan (PMT) buatan industri ada 34 batita (100%) dengan status gizi kurang. Setelah diberi makanan tambahan (PMT) buatan industri maka status gizi batita yang menjadi baik sebesar 73,5% (25 batita) dalam kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks berat badan menurut umur anak 0-60 bulan maka di dapatkan hasil Z-Score -2SD sampai dengan 2SD sedangkan angka gizi kurang berkurang menjadi 26,5% (9 batita) dengan hasil Z-Score -3SD sampai dengan <-2SD.

Pengaruh pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri Terhadap Perubahan Status Gizi (BB/U) Batita gizi kurang, setelah dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji beda mean dependen (*T-test paired sample*) didapatkan nilai $p = 0,000$ yang lebih kecil dari pada nilai $\alpha (0,05)$, maka dapat diputuskan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima. Jadi, ada pengaruh pemberian makanan tambahan (PMT) buatan industri Terhadap Perubahan Status Gizi (BB/U) Batita gizi kurang.

3.5 Pembahasan Univariat

Gambaran umum responden dalam penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan ibu. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden umur 06 – 12 bulan sebanyak 2 responden (5,9%), responden umur 13 – 24 bulan sebanyak 19 responden (55,9%) dan responden umur 25 – 36 bulan sebanyak 13 responden (38,2%). Hal tersebut berarti rata-rata responden yaitu batita yang merupakan masa dimana anak mulai kehilangan minat terhadap makanan dan lebih selektif dalam memilih makanan yang mereka mau. Pada tahun pertama kehidupan merupakan masa pertumbuhan yang sangat cepat, terutama ketika 6 bulan pertama. (Septiani, 2014). Selain itu, anak balita umur 1-3 tahun merupakan masa transisi, karena pada masa ini terjadi perubahan makanan yang awalnya dalam bentuk cair (ASI atau susu) menjadi padat dan lebih bervariasi lagi (Septiani, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden jenis kelamin perempuan sebanyak 22 responden (64,7%) sedangkan laki-laki yaitu sebanyak 12 responden (35,3%). Anak laki-laki dan anak perempuan memiliki tingkat pertumbuhan yang sedikit berbeda walaupun polanya sama. Pertumbuhan anak perempuan umumnya lebih rendah daripada anak laki-laki. Namun, pada saat-saat tertentu anak perempuan memiliki tingkat pertumbuhan sedikit lebih tinggi daripada anak laki-laki, yaitu memasuki usia remaja (Soetardjo, 2011). Menurut Septiani (2014), jenis kelamin merupakan faktor gizi internal yang menentukan kebutuhan gizi, sehingga pada gilirannya ada keterkaitan antara jenis kelamin dengan keadaan gizi. Pada anak balita, perbedaan jenis kelamin hanya pada waktu penentuan indeks BB/U Standard WHO-NCHS. Sedangkan untuk kebutuhan kalori masih belum dibedakan.

Berdasarkan penelitian diketahui bahwa responden dengan pendidikan ibu rendah sebanyak 19 responden (55,9%) sedangkan responden dengan pendidikan ibu tinggi yaitu 14 responden (44,1%). Tingkat pendidikan berhubungan dengan status gizi balita karena

pendidikan yang meningkat kemungkinan akan meningkatkan pendapatan dan dapat meningkatkan daya beli makanan. Pendidikan diperlukan untuk memperoleh informasi yang dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang.

3.6 Hasil Pembahasan Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui pengaruh pemberian makanan tambahan buatan industri selama 8 minggu di Puskesmas Kasemen Kota Serang Tahun 2018. Hasil penelitian menunjukkan responden yang mengalami perubahan status gizi yaitu 25 responden (73,5%) dengan kategori status gizi baik sedangkan responden yang tidak mengalami perubahan status gizi yaitu 9 responden (26,5%) dengan kategori status gizi kurang.

Dari hasil uji statistik Nonparametrik T-test paired sample diperoleh nilai signficancy 0,000 ($p < 0,05$), dengan demikian H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian makanan tambahan produk industri Terhadap Perubahan Status Gizi (BB/U) Batita gizi kurang.

Hal ini sejalan dengan teori yang mengungkapkan bahwa upaya penanggulangan masalah gizi kurang yang dilakukan oleh pemerintah secara terpadu antara lain adalah intervensi langsung pada sasaran melalui pemberian makanan tambahan (PMT) (Almatsir, 2001 dalam Soetardjo 2011).

Beberapa studi yang dilakukan terhadap beberapa bayi dan anak-anak mengungkapkan adanya hubungan PMT dengan perbaikan dalam pertumbuhan, penurunan morbiditas dan perkembangan kognitif. Dari berbagai kajian intervensi PMT memberikan dampak positif meskipun kecil (Sanjaya, 2002). Hal serupa dikemukakan oleh Supadmi (2007) dalam penelitian tentang dampak Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada balita KEP dengan hambatan perkembangan sosial pengunjung BP Gaki Magelang, menunjukkan bahwa terdapat kenaikan berat badan dan peningkatan status gizi setelah pemberian makanan tambahan (PMT).

4. Simpulan dan Saran

4.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa pemberian makan tambahan selama periode intervensi memberikan *impact* terhadap penambahan berat badan sehingga dapat meningkatkan status gizi batita dari gizi kurang menjadi gizi baik sebesar 73,5 % secara signifikan dan 26,5 % dapat meningkatkan trend berat badan batita. Dengan rata-rata peningkatan berat badan sebesar 1,2 kg.

4.2 Saran

4.2.1 Puskesmas Kasemen Kota Serang

- Pemegang program gizi dapat meneruskan evaluasi untuk mengetahui tumbuh kembang batita yang ikut dalam penelitian pemberian makanan tambahan ini.
- Pada akhir penelitian peneliti menyarankan pihak EKBang dapat meneruskan program pemberian makan tambahan ini dengan subsidi yang disarankan oleh peneliti yaitu sebesar 40 % (2 sachet perhari / Rp.3000) dari total pemberian makanan tambahan (5 sachet perhari / Rp.7500) yang dilakukan dalam penelitian ini. Hal ini dilakukan karena responden hanya mampu membeli 3 sachet perhari/ Rp. 4500.

4.2.2 Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi bahan referensi bagi penelitian selanjutnya dan dapat menambah waktu penelitian serta variabel lain seperti pekerjaan ibu, penghasilan ayah, lingkungan, sosial dan budaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abang, TA. 2012. Hubungan Sanitasi Lingkungan Dan Penyakit Infeksi Dengan Status Gizi Anak Balita Di Kecamatan Tenggarong Kabupate n Kutai Kartanegara. Tesis. Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM. Available from : http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=53250 Diakses tanggal 26 Februari 2018.
- Ahmad. 2007. Media Gizi dan Kesehatan. Makalah Gizi dan Kesehatan. Volume 2 No.1 Juni 2008. ISSN : 1978-7863. Diterbitkan oleh Jurusan Gizi Poltekkes Kendari. Available from : <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/2974/Media%20Gizi%20dan%20Kesehatan.pdf?sequence=1> Diakses tanggal 3 Maret 2018.
- Allender & Spradley. 2005. Community Health Nursing : Concept and Practice. (5th ed). Philadelphia : Lippincott.
- Almaitser. 2010. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Almatsier, S. 2005. Prinsip Dasar Gizi. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Almatsier, Sunita, 2011. Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Anwar.2010. Determinan Status Gizi di Lombok Timur. Yogyakarta: J Gizi Klinik Indonesia; 2(3): 151-160.
- Arisman. 2003. Gizi Dalam Daur Kehidupan. Buku Kedokteran. Jakarta : EGC.
- Baliwati, F.Y. 2004. Pengantar Pangan dan Gizi, Jakarta : Penebar Swadaya.
- Bappenas. 2011. Laporan Pembangunan Manusia Indonesia tahun 2011. Jakarta : Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.BKKBN. 1996.
- BKKBN. 1996. Reproduksi Sehat untuk Keluarga. Jakarta : BKKBN.
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat.2010. Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Rajawali Pers.
- Depkes, RI. 2011. Pedoman Umum Gizi Seimbang. Bandung : Depkes RI.
- Depkes, RI. 2009. Materi Penyuluhan Inisiasi Menyusu Dini, Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI). Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Direktorat Jenderal Bina GIKIA. 2015. Upaya Promotif dan Preventif dalam penurunan AKI, AKB dan Gizi Buruk. Disampaikan dalam Rakorkesda Banten di Tangerang, 15 April 2015.
- Gibson, Rosalind S., 2005. Nutritional Assesment, (New York: Oxford University Press,)
- Ihsan, M. 2012. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Balita Di Desa Teluk Rumbia Kecamatan Singkil Kabupaten Aceh Singkil Tahun 2012. Departemen Epidemiologi FKM USU.
- Kemenkes RI, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Ibu dan Anak. 2014. Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk. Jakarta : Kemenkes RI.

19. Kemenkes, RI. 2011. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Direktorat BinaGizi, Kemenkes Republik Indonesia. Available from :<http://www.gizi.depkes.go.id/wp.../buku-sk-antropometri-2010.pdf> Diakses tanggal 3 Maret 2018.
20. Kemenkes, RI. 2011. Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk. Jakarta : Kemenkes RI.
21. Kemenkes, RI. 2015. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Available from : <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf> Diakses tanggal 5 Maret 2018.
22. Keputusan Gubernur Banten No.561/Kep.506-Huk/2014 Tentang Penetapan Upah Minimum Kabupaten/Kota di Provinsi Banten Tahun 2015. Available from : http://disnakertrans.bantenprov.go.id/upload/regulasi/SK_KEP-GUB.BANTEN%20UMK.pdf Diakses tanggal 5 Maret 2018.
23. Khomsan A, baliwati F.Y 2006. Pengantar Pangan dan Gizi. Jakarta :Penebar Swadaya.
24. Khotimah, NN. 2012. Hubungan Pengetahuan Gizi Ibu Dan Pola Makan balita dengan Status Gizi Balita (12-59 Bulan) Di Wilayah Kerja Puskesmas Gandus Kecamatan Gandus - Palembang Tahun 2010. Jurnal Pembangunan Manusia Vol.6 No.2 Tahun 2012. Available from : <http://balitbangnovdasumsel.com/data/download/20140203110042.pdf> Diakses tanggal 8 Maret 2018
25. Kusriadi. 2010. Analisis Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Kurang Gizi pada Anak Balita Di Propinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) [Tesis]. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
26. Martianto, D. (2011). Pola Asuh Makan pada Rumah Tangga yang Tahan dan yang Tidak Tahan Pangan serta Kaitannya dengan Status Gizi Anak Balita di Kabupaten Banjarnegara. Jurnal Gizi dan Pangan Volume 6(1) 2011. ISSN: 1978 1059.
27. M de Onis. 2003. Mother and Child Nutrition in the Tropics and Subtropics Chapter 7 Protein-energy Malnutrition. Available from : http://www.oxfordjournals.org/our_journalisropej/online/mcnets_chap7.pdf Diakses tanggal 03 Maret 2018.
28. Mitayani, 2010. Buku Saku Ilmu Gizi. Jakarta : TIM.
29. Meriana, Silvia, 2011. konsumsi zat-zat gizi menurut metode recall-record berdasarkan waktu makan remaja putri. Tangerang. Diakses tgl 5 Maret 2018.
30. Notoatmodjo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta.
31. Pedoman Perencanaan Program RI. 2013. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Sadar Gizi dalam rangka 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK). RI.
32. Purwani, E. 2013. Pola Pemberian Makan Dengan Status Gizi Anak Usia 1 Sampai 5 Tahun Di Kabunan Taman Pemalang. Jurnal Keperawatan Anak . Volume 1, No. 1, Mei 2013; 30-36.
33. Putri, FR. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. Artikel Penelitian. Available from : <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/viewFile/231/225> Diakses tanggal 10 Maret 2018.
34. Ratnaningsih. 2011. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dan Makanan Pendamping ASI terhadap Status Gizi Bayi 6-12 bulan. Jurnal Kebidanan Panti Wilasa, Vol. 2 No. 1, Oktober 2011.
35. Riskesdas, 2010. Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010. Available from : http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/buku_laporan/lapnas_riskesdas2010/Laporan_riskesdas_2010.pdf Diakses tanggal 10 Maret 2018.
36. Riskesdas, 2013. Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian, RI.
37. Riskesdas. 2007. Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan. Jakarta : Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Available from : <http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id/download/PedomanPengukuran.pdf> Diakses tanggal 12 Maret 2018
38. Sandjaja S., Soetardjo, S., Soekatri, M., 2010. Gizi. Jakarta: Kompas Media Nusantara. Sari. 2012. Faktor-faktor yang

menyebabkan gizi buruk pada balita usia 6-59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Mauk Kabupaten Tangerang Provinsi Banten Periode 14 Agustus 2012 – 23 Agustus 2012. Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Taruma Negara, Jakarta.

39. Septiani, 2014. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping Asi Dini dengan Status Gizi Bayi 0-11 Bulan di Puskesmas Bangko Rokan Hilir. Stikes Hang Tuah. Diakses 17 Agustus 2018
40. Singh. 2012. Study of Nutritional Status Among Under Five Children Attending Out Patient Department at A Primary Care Rural Hospital, Bareilly (UP). *Scholars Journal of Applied Medical Sciences (SJAMS)* ISSN 2320-6691 (Online), ISSN 2347-954X (Print).
41. Soekirman.2000. Ilmu Gizi dan Aplikasinya. Jakarta: Direktorat Jenderal PendidikanTinggi, Departemen Pendidikan Nasional.
42. Soekirman. 2006. Hidup Sehat Gizi Seimbang Dalam Siklus Kehidupan manusia. Jakarta : Primamedia Pustaka.
43. Suhardjo, 1989. Sosio Budaya Gizi. IPB Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi. Bogor.
44. Soetardjo, S. 2011. Gizi Anak. Dalam Almatsier, S., Soetardjo, S., Soekatri, M. Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.Sugiyono, 2009. Metode Penelitian Kulaitatif dan Kuantitatif. CV Alfabeta. Bandung.
45. Ulfani. 2011. Faktor-faktor sosial ekonomi dan kesehatan masyarakat kaitannya dengan masalah gizi underweight, stunted, dan wasted di indonesia: pendekatan ekologi gizi Diakses tanggal 7 Agustus 2018.
46. Unicef Indonesia. 2012. Ringkasan Kajian Gizi Ibu dan Anak. Available from : http://www.unicef.org/indonesia/id/A6_-_B_Ringkasan_Kajian_Gizi.pdf Diakses tanggal 1 Maret 2018.