

BAB II:

TINJUAN PUSTAKA

Tinjau Pustaka di gunakan untuk mendukung permasalahan yang diungkap dalam usulan penelitian serta sebagai dasar dalam penelitian yang akan dilakukan (Nototmodjo, 2005). Pada Bab ini akan di sajikan tentang : (1) Peran Keluargadan (2) Program Keluarga Sadar Gizi (3) Posyandu (4) Tinjaun Status Gizi

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Keluarga

Beberapa ini terdapat apa beberapa pendapat tentang keluarga (Zaidin Ali, 2010)

1. Duval (1972). Duval menyatakan bahwa keluarga sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adaptasi, dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, dan emosional serta sosial individu yang ada didalamnya, dilihat dari interaksi yang regular dan ditandai dengan adanya ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan umum.
2. Departemen Kesehatan RI (1988). Menurut Departemen Kkesehatan RI keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling bergantung.

2.1.2 Peran

Peran adalah seperangkat perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan satuan tertentu (Komang Ayu,2010).

2.1.3 Macam-macam peran

Peran keluarga dapat dibagi dalam dua kategori yaitu : peran formal atau peran yang nampak jelas dan peran informal atau peran tertutup. padahal peran formal bersifat eksplisit, yaitu setiap kandungan struktur peran keluarga (peran sebagai ayah-suami dan sebagainya). Peran-peran informal bersifat implisit, biasanya tidak tampak kepermukaan dan dimainkan hanya menjaga keseimbangan dalam keluarga.

1. Peran Keluarga Formal

Peran keluarga formal antara lain provider/penyedia, pengatur rumah tangga, perawatan anak, sosialisasi anak, rekreasi, persaudaraan terapeutik (pemenuhan kebutuhan afektif) dan seksual

2. Peran Keluarga Informal

Peran informal mempunyai tuntutan yang berbeda, tidak terlalu dibesarkan pada usia dan jenis kelamin dan lebih jelas didasarkan pada atribut-atribut personalitas atau kepribadian anggota individu. Dengan demikian seorang anggota keluarga mungkin menjadi penengah, berupaya mencari penyelesaian apabila ada anggota keluarga yang bermasalah.yang lain mungkin tampil pelipur yang memberikan hiburan dan keceriaan pada kesempatan-kesempatan yang bahagia,perasaan humor sangat dibutuhkan pada perasaan kritis dan distress (Friedman, 1998).

Peran-peran informal atau tertutup yang digambarkan dalam literature (Benne dan Sheats, Hartman dan Laird, Kantor dan Lehr, Satir, Vogel dan Bell, dikutip Friedman, 1998). Beberapa yang bersifat adaptif yaitu:

a. Pendorong.

Pendorong memuji, setuju dengan, dan menerima kontribusi dari orang lain. Akibatnya ia dapat merangkul orang lain dan membuat mereka merasa bahwa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk didengar.

b. Pengharmonis.

Pengharmonis menengahi perbedaan yang terdapat diantara para anggota menghibur menyatukan kembali perbedaan pendapat.

c. Sahabat

Sahabat seorang teman bermain keluarga yang mengikuti kehendak pribadi dan memaafkan perilaku keluarga tingkah lakunya sendiri tanpa melihat konsekwensinya, Nampak ia tidak selalu relevan.

d. Penghibur

Penghibur senantiasa mengagumkan dan mencoba menyenangkan, tidak pernah tidak setuju, ia termasuk “yang selalu mengiyakan”

e. Perawat keluarga

Perawat keluarga adalah orang yang terpanggil untuk merawat dan mengasuh anggota keluarga lain yang membutuhkannya. menyediakan makanan, pakaian, perlindungan dan asuhan kesehatan

f. Penghubung keluarga

Perantara keluarga adalah penghubung ia (biasanya ibu) mengirim dan memonitor komunikasi dalam keluarga.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman membagi fungsi keluarga menjadi 5, yaitu:

1. Fungsi afektif .

Berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, peran dijalankan dengan baik dan penuh kasih sayang.

2. Fungsi Sosialisasi.

Proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu menghasilkan interaksi sosial, dan individu tersebut melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial. keluarga merupakan tempat individu melaksanakan sosialisai dengan anggota keluarga dan belajar disiplin, norma budaya , dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga, sehingga individu mampu berperan didalam masyarakat.

3. Fungsi Reproduksi.

Fungsi untuk meneruskan langsung keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4. Fungsi ekonomi.

Fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti makanan, pakaian, perumahan dan lain-lain.

5. Fungsi perawatan keluarga

Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan, dan asuhan kesehatan/ keperawatan.

2.2 Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

2.2.1 Pengertian

KADARZI adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik yang dicirikan minimal dengan:

1. Menimbang berat badan secara teratur.
2. Memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur enam bulan (ASI eksklusif).
3. Makan beraneka ragam.
4. Menggunakan garam beryodium.
5. Minum suplemen gizi sesuai anjuran.

(Pedoman KADARZI,2007)

2.2.2 Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai social budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan

2.2.3 Promosi KADARZI

Promosi KADARZI adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan keluarga melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar dapat mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang mendukung upaya KADARZI.

2.2.4. Pemantauan Promosi KADARZI

Pemantauan promosi KADARZI merupakan upaya supervisi dan mereview kegiatan promosi yang dilaksanakan secara sistimatis oleh pengelola program untuk melihat apakah pelaksanaan kegiatan sudah sesuai dengan yang direncanakan.

2.2.5 Tujuan, Sasaran, Kebijakan, Strategi

1. Tujuan

a. Tujuan Umum

Meningkatnya persentase keluarga Indonesia yang menerapkan perilakusadar gizi.

b. Tujuan Khusus

- 1) Meningkatkan dukungan kebijakan peningkatan KADARZI dari para pengambil keputusan di pusat, provinsi dan kabupaten/kota
- 2) Meningkatkan aksi nyata berbagai komponen masyarakat untuk menumbuh kembangkan perilaku KADARZI
- 3) Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga yang sadar gizi

2. Sasaran

- a. Seluruh pengambil keputusan di pusat, provinsi dan kabupaten/kota memahami dan mengeluarkan kebijakan yang mendukung promosi KADARZI. Para pengambil keputusan terdiri dari:
 - 1) Pimpinan departemen terkait
 - 2) Ketua DPR/DPRD
 - 3) Gubernur dan Bupati/walikota
 - 4) Kepala dinas sektor terkait
- b. Seluruh mitra potensial yang terkait melakukan aksi nyata untuk menumbuhkembangkan perilaku KADARZI. Para mitra potensial yaitu:
 - 1) Sektor terkait
 - 2) Lembaga Swadaya Masyarakat
 - 3) Organisasi masyarakat
 - 4) Asosiasi profesi
 - 5) Tokoh masyarakat
 - 6) Media massa
 - 7) Dunia usaha/swasta
 - 8) Lembaga donor
- c. Terbentuknya Jejaring KADARZI di pusat, provinsi dan kabupaten/kota
- d. 80% keluarga menerapkan perilaku KADARZI.

3. Kebijakan

- a. Promosi KADARZI diselenggarakan dalam rangka desentralisasi untuk mewujudkan otonomi daerah di bidang peningkatan gizi untuk mencapai visi "Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat".

- b. Strategi dasar utama promosi KADARZI adalah menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk sadar gizi yang diperkuat dengan bina suasana dan advokasi serta didukung oleh kemitraan.
- c. Upaya mengubah dan atau menciptakan perilaku sadar gizi harus didukung oleh upaya-upaya lain yang berkaitan, seperti: Pemberlakuan kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang mendukung KADARZI, peningkatan keterjangkauan pelayanan gizi, peningkatan ketahanan pangan di seluruh kelurahan dan desa, serta subsidi pangan bagi keluarga miskin.
- d. Dinas kesehatan kabupaten/kota merupakan penanggung jawab promosi KADARZI di kabupaten/kota, yang bertugas mengkoordinasikan, meningkatkan dan membina pemberdayaan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) yang dilaksanakan oleh puskesmas dan sarana-sarana kesehatan lain melalui berbagai tatanan (rumah tangga, institusi pendidikan, institusi kesehatan, tempat kerja dan tempat-tempat umum), juga memfasilitasi sektor terkait untuk mempromosikan KADARZI.
- e. Dinas kesehatan provinsi merupakan penanggung jawab promosi KADARZI di provinsi. Dinas kesehatan provinsi bertugas mengkoordinasikan, mengembangkan dan memfasilitasi dan memperkuat dinas kesehatan kabupaten/kota dalam promosi KADARZI, juga memfasilitasi sektor terkait untuk mempromosikan KADARZI.
- f. Direktorat Bina Gizi Masyarakat merupakan penanggung jawab program pengembangan KADARZI. Dalam melaksanakan promosi KADARZI bekerja sama dengan Pusat Promosi Kesehatan.

- g. Peningkatan kapasitas promosi KADARZI, baik di kabupaten/kota maupun di provinsi dan di pusat, dilakukan dengan mengutamakan pengembangan sumber daya manusia baik lintas program maupun lintas sektor.
- h. Peningkatan promosi KADARZI berlandaskan pada fakta (*evidence based*). Hal ini dilakukan sejak dari kabupaten/kota sampai provinsi dan nasional.
- i. Mengembangkan kemitraan lintas departemen, lintas sektor, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi masyarakat, dunia usaha dan swasta, media massa dan lembaga donor dalam promosi KADARZI.
- j. Mempromosikan KADARZI melalui berbagai metode dan media

4. Strategi Promosi KADARZI

Strategi dasar KADARZI adalah pemberdayaan keluarga dan masyarakat, Bina Suasana dan Advokasi yang didukung oleh Kemitraan. Berikut adalah penjelasan masing-masing strategi, yaitu:

a. Gerakan Pemberdayaan Masyarakat

Adalah proses pemberian informasi KADARZI secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran di berbagai tatanan, serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar gizi, dari tahu menjadi mau dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku sadar gizi. Sasaran utama pemberdayaan masyarakat adalah individu, keluarga dan kelompok masyarakat.

b. Bina Suasana

Adalah upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong

individu, keluarga dan kelompok masyarakat untuk mau melakukan perilaku KADARZI. Seseorang akan terdorong untuk melakukan perilaku sadar gizi apabila lingkungan sosial dimana dia berada (keluarga di rumah, orang-orang menjadi panutan, idolanya, majelis agama, dan lain-lain) memiliki opini yang positif terhadap perilaku sadar gizi. Bina suasana perlu dilakukan karena akan mendukung proses pemberdayaan masyarakat, khususnya dalam upaya mengajak para individu dan keluarga dalam penerapan perilaku sadar gizi

c. Advokasi

Adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (stakeholders). Advokasi diarahkan untuk menghasilkan kebijakan yang mendukung peningkatan penerapan KADARZI. Kebijakan publik di sini dapat mencakup peraturan perundangan di tingkat nasional maupun kebijakan di daerah seperti Peraturan Daerah (PERDA), Surat Keputusan Gubernur, Bupati/Walikota, Peraturan Desa dan lain sebagainya

d. Kemitraan

Gerakan pemberdayaan, bina suasana dan advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan dukungan kemitraan. Kemitraan KADARZI adalah suatu kerja sama yang formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai peningkatan KADARZI. Kemitraan KADARZI berlandaskan pada 3 prinsip dasar yaitu: Kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan antarmitra

2.3 Posyandu

2.3.1 Pengertian Posyandu

Pos Pelayanan terpadu (Posyandu) adalah suatu pelayanan kesehatan yang terletak di suatu desa yang di bawahi oleh puskesmas untuk memperadayakan masyarakat dalam pemenuhan kesehatan masyarakat.

2.3.2 Peran Posyandu

1. Peran Posyandu sebagai salah satu sistem penyelenggaraan pelayanan kebutuhan kesehatan dasar dalam rangka peningkatan kualitas sumberdaya manusia, memang sudah diakui keberadaannya. Agar Posyandu dapat melaksanakan fungsi dasarnya, maka perlu upaya Revitalisasi terhadap fungsi dan kinerja Posyandu yang telah dilaksanakan sejak krisis ekonomi timbul. Namun diakui pula, bahwa meskipun sejak tahun 1999 telah diprogramkan upaya Revitalisasi Posyandu di seluruh Indonesia, tetapi fungsi dan kinerja Posyandu secara umum masih belum menunjukkan hasil yang optimal. Oleh karena itu pula, upaya Revitalisasi posyandu perlu terus ditingkatkan dan dilanjutkan agar mampu memenuhi kebutuhan pelayanan terhadap kelompok sasaran yang rentan.
2. Mengingat begitu pentingnya peran Posyandu sebagai wahana pelayanan dari berbagai program, maka penyelenggaraan kegiatan Revitalisasi Posyandu perlu menyertakan aspek pemberdayaan masyarakat secara konsisten. Hal ini menuntut konsekuensi, bahwa aspek pemberdayaan masyarakat menjadi tumpuan upaya Revitalisasi Posyandu, yang dalam pelaksanaannya perlu tetap memperoleh bantuan teknis dari Pemerintah,

serta dengan menjalin kemitraan dengan berbagai pihak, seperti LSM, lembaga-lembaga donor, swasta, dunia usaha, dan sebagainya. Jadi aspek pemberdayaan masyarakat sebagai tumpuan kegiatan Revitalisasi Posyandu dimaksud perlu diarahkan pada strategi pendekatan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dengan akses kepada modal sosial-budaya masyarakat yang didasarkan atas nilai tradisi gotong-royong yang telah mengakar dalam kehidupan masyarakat menuju kemandirian dan keswadayaan masyarakat.

3. Menyadari di satu sisi adanya kebhinekaan kondisi ekonomi, sosial dan budaya masyarakat, dan pada sisi yang lain ada keinginan kesamaan dalam mencapai tingkat kemajuan dan kesejahteraan, maka diperlukan pedoman yang bersifat nasional guna melaksanakan Revitalisasi Posyandu. Karena berhasil atau tidak berhasilnya pengembangan kualitas anak, sangat tergantung pula kepada sukses atau tidaknya upaya-upaya yang dilakukan dalam rangka Revitalisasi Posyandu.

2.3.3 Strategi Posyandu

Strategi yang perlu ditempuh dalam rangka mencapai tujuan Revitalisasi Posyandu, adalah :

1. Meningkatkan kemampuan pengetahuan dan ketrampilan teknis, serta dedikasi kader di Posyandu.
2. Memperluas system Posyandu dengan meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan di hari buka dan kunjungan rumah.
3. Menciptakan iklim kondusif untuk pelayanan dengan pemenuhan sarana dan prasarana kerja Posyandu.

4. Meningkatkan peran serta masyarakat dan kemitraan dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kegiatan Posyandu.
5. Menyediakan system pilihan jenis dalam pelayanan (paket minimal dan tambahan) sesuai perkembangan kebutuhan masyarakat.
6. Menggunakan azas kecukupan dan urgensi dalam penetapan sasaran pelayanan dengan perhatian khusus pada Baduta untuk mencapai cakupan keseluruhan.
7. Memperkuat dukungan pembinaan dan pendampingan teknis dari tenaga professional dan tokoh masyarakat, termasuk unsure LSM.

2.3.4 Komponen Kegiatan

Dalam melaksanakan strategi yang ditetapkan, perlu dilakukan kegiatan-kegiatan yang langsung maupun tidak langsung dapat meningkatkan fungsi dan kinerja Posyandu sebagai berikut :

1. Pelatihan Pelatih dan Pelatihan Kader.

Pelatihan kader bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan sekaligus dedikasi kader agar timbul kepercayaan diri untuk dapat melaksanakan tugas sebagai kader dalam melayani masyarakat, baik di Posyandu maupun saat melakukan kunjungan rumah.

Materi dalam pelatihan kader dititik beratkan pada ketrampilan teknis menyusun rencana kerja kegiatan di Posyandu, cara menghitung kelompok sasaran yang menjadi tanggung jawab Posyandu, cara menimbang, menilai pertumbuhan anak, cara menyiapkan kegiatan pelayanan sesuai kebutuhan anak dan ibu, menyiapkan peragaan cara

pemberian makanan pendamping ASI dan PMT untuk anak yang pertumbuhannya tidak cukup sebagaimana penambahan umurnya dan anak yang berat badannya tidak naik, memantau perkembangan ibu hamil dan ibu menyusui, dan sebagainya.

Agar pelatihan kader dapat berjalan efektif, maka diperlukan unsure pelatih kader yang mampu dan berdedikasi dalam memberikan materi pelatihan secara efektif dan berkesinambungan, yakni melalui pendampingan dan bimbingan.

Pelatihan kader diberikan secara berkelanjutan berupa pelatihan dasar dan berjenjang yang berpedoman pada modul pelatihan kader.

2. Meningkatkan jangkauan pelayanan melalui kegiatan pelayanan pada hari buka Posyandu dan kunjungan rumah.

a. Pelayanan pada hari buka.

Pelayanan Posyandu pada hari buka dilaksanakan dengan menggunakan 5 tahapan layanan yang biasa disebut system 5 meja. Tanpa mengurangi arti kelompok sasaran yang selama ini dilayani, yakni 3 (tiga) kelompok rawan yaitu Baduta, Balita, Ibu hamil dan Ibu menyusui, namun dengan mempertimbangkan terhadap urgensi adanya gangguan gizi yang cukup bermakna yang pada umumnya melanda anak-anak Bawah Dua Tahun (Baduta) yang bila tidak diatasi dapat menimbulkan gangguan yang tetap, maka diberikan perhatian khusus bagi Baduta agar dapat tercakup dalam pemantauan pertumbuhan dan pelayanan Posyandu.

b. Paket Pelayanan Pengembangan atau pilihan

adalah paket layanan yang dapat ditambahkan atau dikembangkan bagi Posyandu yang telah mapan. Paket kegiatan pilihan ini merupakan perluasan kegiatan Posyandu yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat/kelompok sasaran di daerah, yang meliputi tambahan berbagai program, antara lain :

- 1) Program Pengembangan Anak Dini Usia (PADU) yang diintegrasikan Dengan Program Bina Keluarga Balita (BKB) dan kelompok bermain lainnya.
 - 2) Program Dana Sehat/atau JPKM dan sejenisnya, seperti TABULIN, TABUMAS dan sebagainya.
 - 3) Program Penyuluhan Penanggulangan penyakit endemis setempat seperti malaria, demam berdarah dengue (DBD), gondok endemic dan lain-lain.
 - 4) Penyediaan air bersih dan penyehatan lingkungan pemukiman (PAB-PLB).
 - 5) Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa (UKGMD).
 - 6) Program Diversifikasi Pertanian Tanaman Pangan.
 - 7) Program sarana air minum dan jamban keluarga (SAMIJAGA) dan perbaikan lingkungan pemukiman.
 - 8) Pemanfaatan pekarangan.
 - 9) Kegiatan ekonomis produktif, seperti usaha simpan pinjam dan lain-lain.
 - 10) Dan kegiatan lainnya seperti : TPA, Pengajian, Taman Bermain, Arisan, Peragaan Teknologi Tepat Guna dan sejenisnya.
3. Pelayanan Ibu Hamil dan Ibu menyusui

Bagi ibu hamil dan menyusui, pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan baik oleh Bidan Desa maupun tenaga Kesehatan dari Puskesmas di Meja V saat Posyandu buka, berupa :

a. Ibu hamil

- 1) Pemeriksaan kehamilan.
- 2) Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil yang mengalami KEK.
- 3) Pemberian tablet tambah darah .
- 4) Penyuluhan gizi dan kesehatan reproduksi.

b. Ibu menyusui

- 1) Pemberian Vit. A.
- 2) Pemberian Makanan Tambahan.
- 3) Pelayanan nifas dan pemberian tablet tambah darah.
- 4) Penyuluhan tentang pemenuhan gizi selama menyusui, pemberian ASI eksklusif, perawatan nifas dan perawatan bayi baru lahir.
- 5) Pelayanan KB.

4. Pelayanan dengan Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah dilakukan oleh kader dan bila perlu didampingi oleh pendamping dari tenaga kesehatan atau tokoh masyarakat maupun unsur LSM sebelum dan sesudah hari buka Posyandu. Kegiatan yang dilakukan dalam kunjungan rumah meliputi :

- a. Menyampaikan undangan kepada kelompok sasaran agar berkunjung ke Posyandu saat hari buka.
- b. Mengadakan pemutakhiran data bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui dan pemetaan keluarga miskin.

- c. Intensifikasi penyuluhan gizi dan kesehatan dasar.
- d. Melakukan tindak lanjut temuan pada hari buka Posyandu dengan pemberian PMT.
- e. Pemantauan status imunisasi dan lumpuh layuh.
- f. Dengan dukungan tenaga kesehatan dan tokoh masyarakat melakukan kampanye pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan dari Puskesmas dan dapat membentuk kegiatan Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak.

5. Optimalisasi Kegiatan Posyandu

Mengoptimalkan kegiatan Posyandu dengan cara memenuhi sarana dan prasarananya, sehingga Posyandu dapat berlangsung secara optimal, baik saat hari buka maupun saat kunjungan rumah tanpa mengalami hambatan. Sarana dasar seperti timbangan bayi, timbangan dewasa, kartu KMS, pita LILA, alat peragaan memasak, bahan KIE, obat-obatan berupa Vit.A, tablet dan sirup Fe, kapsul iodium, obat cacing, oralit, ATK dan format SIP untuk menunjang kegiatan pelayanan minimal dan paket Tambahan sesuai jumlah kelompok sasaran yang ditetapkan, merupakan syarat dasar untuk berfungsinya Posyandu secara baik.

Bahwa pemenuhan sarana dan prasarana tersebut pada hakekatnya menjadi tanggung jawab pengelola Posyandu dan masyarakat setempat. Pemerintah dan lembaga donor lainnya dapat membantu dalam melengkapi kegiatan, yang selanjutnya untuk kesinambungannya harus diusahakan oleh masyarakat.

Pada hari buka biasanya Posyandu menggunakan ruangan dan peralatan yang disediakan oleh masyarakat yang peduli terhadap keberadaan Posyandu.

Prasarana kerja dan sumbangan masyarakat akan sangat mempengaruhi kinerja para kader maupun para pengunjung Posyandu pada saat pelayanan.

6. Pelayanan Menggunakan Sistem Kafetaria (Pilihan Jenis Layanan)

Keragaman kondisi atau situasi anak dan ibu diberbagai daerah di Indonesia, perlu didekati melalui pemberlakuan pilihan system kafetaria (pilihan jenis layanan) sesuai kebutuhan kelompok sasaran, meskipun secara umum setiap Posyandu mampu memberi pelayanan mulai dari paket minimum sampai paket tambahan.

Pelayanan dengan pendekatan untuk memilih sendiri jenis pelayanan sesuai kebutuhan para klien, hendaknya tetap tidak menghilangkan tugas pokok Posyandu untuk menjadi unit pemantau tumbuh kembang anak, khususnya guna memenuhi kelompok sasaran yang paling rawan dalam proses tumbuh kembangnya, yakni Baduta. Selain itu, Posyandu diharapkan selalu dapat memberi layanan dalam pendidikan pada para ibu untuk memelihara bayi dan balita secara tepat melalui peningkatan kemampuan untuk mengamati adanya tanda-tanda *penyimpangan dalam tumbuh kembang*, seperti psiko-motorik/kemampuan kognitif (daya piker dan daya cipta), psiko-sosial/emosi, dan lain-lain.

6. Memberikan Perhatian Khusus Pada Kelompok sasaran Berdasar Azas Kecukupan (terutama pada Baduta).

Pada azas kecukupan, selain Revitalisasi Posyandu akan memprioritaskan kegiatannya pada Posyandu Pratama dan Madya, maka pada hari buka Posyandu perlu mempertimbangkan kondisi Posyandu yang masih menghadapi keterbatasan akan sumber daya manusia dan sarana.

Untuk menghindari pemborosan penggunaan sumber daya yang tersedia serta mempertimbangkan urgensi dalam penyelamatan dan peningkatan pengembangan SDM dini, maka dalam Revitalisasi Posyandu perlu diberikan perhatian khusus pelayanan pada kelompok Baduta berdasarkan azas kecukupan pelayanan Posyandu, yakni untuk memberi perhatian secara khusus kepada kelompok Baduta sebagai kelompok yang paling rentan terkena gangguan dalam proses tumbuh kembangnya. Dengan menguatkan kapasitas Posyandu untuk Deteksi Dini dan memperbaiki pertumbuhan anak Baduta, serta mencegah peningkatan gangguan gizi yang tidak perlu terjadi, maka bila hal ini dilakukan dalam lima tahun mendatang diharapkan akan dapat menurunkan prevalensi gangguan gizi secara bermakna.

2.4 Status Gizi

2.4.1 Defenisi Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat interaksi antara asupan energi dan protein serta zat-zat gizi esensial lainnya dengan keadaan kesehatan tubuh. Status gizi adalah kondisi tubuh sebagai akibat penyerapan zat-zat gizi esensial. Status gizi merupakan ekspresi dari keseimbangan zat gizi dengan kebutuhan tubuh, yang diwujudkan dalam bentuk variabel tertentu. Ketidakseimbangan (kelebihan atau kekurangan) antara zat gizi dengan kebutuhan tubuh akan menyebabkan kelainan patologi bagi tubuh manusia. Keadaan demikian disebut malnutrition (gizi salah atau kelainan gizi). Secara umum, bentuk kelainan gizi digolongkan menjadi 2 yaitu *overnutrition* (kelebihan gizi) dan *under nutrition* (kekurangan gizi). *Overnutrition* adalah suatu keadaan tubuh

akibat mengkonsumsi zat-zat gizi tertentu melebihi kebutuhan tubuh dalam waktu yang relative lama. *Undernutrition* adalah keadaan tubuh yang disebabkan oleh asupan zat gizi sehari-hari yang kurang sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh (Gibson, 2005).

Status Gizi Anak adalah Interpretasi dari data yang didapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang beresiko atau dengan status gizi buruk (Dinkes RI, 2008).

2.4.2 Ukuran dan Indeks Antropometri

Ukuran fisik seseorang sangat erat hubungannya dengan status gizi. Atas dasar ini ukuran-ukuran dengan menggunakan metode antropometri diakui sebagai indeks yang baik dan dapat diandalkan bagi penentuan status gizi untuk negara-negara berkembang. (Suharjo, 1996).

Ukuran antropometri terbagi atas 2 tipe, yaitu ukuran pertumbuhan tubuh dan komposisi tubuh. Ukuran pertumbuhan yang biasa digunakan meliputi: tinggi badan atau panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, tinggi lutut. Pengukuran komposisi tubuh dapat dilakukan melalui ukuran: berat badan, lingkar lengan atas, dan tebal lemak di bawah kulit. Ukuran pertumbuhan lebih banyak menggambarkan keadaan gizi masa lampau, sedangkan ukuran komposisi tubuh menggambarkan keadaan gizi masa sekarang atau saat pengukuran (Supariasa, 2002).

Indikator status gizi yang didasarkan pada ukuran Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB) biasanya disajikan dalam bentuk indeks yang terkait dengan umur (U) atau kombinasi antara keduanya. Indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), Tinggi Badan menurut

Umur (TB/U) dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) . Indeks BB/U, TB/U dan BB/TB merupakan indikator status gizi yang memiliki karakteristik masing-masing (Jahari, 2002).

Kegiatan pemantauan status gizi untuk jarak waktu yang cukup panjang (dua tahun atau lebih) pilihan utama adalah indeks TB/U. Indeks ini cukup sensitif untuk mengukur perubahan status gizi dalam jangka panjang, stabil, tidak terpengaruh oleh fluktuasi perubahan status gizi yang sifatnya musiman. Perubahan-perubahan yang disebabkan oleh keadaan secara musiman yang dapat mempengaruhi status gizi dapat ditunjukkan oleh indeks BB/U. Kalau tujuan penilaian status gizi seperti dalam evaluasi suatu kegiatan program gizi, gabungan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB dapat memberikan informasi yang rinci tentang status gizi, baik gambaran masa lalu maupun masa kini atau keduanya (kronis dan akut).

2.4.3. Penilaian Status Gizi Secara Antropometri

Penentuan status gizi dengan menggunakan metode antropometri mempunyai beberapa keuntungan seperti yang dikutip oleh Hadju (1999), yaitu:

1. Prosedur pengukurannya sederhana, aman, tidak invasif sehingga dapat dilakukan di lapangan dan cocok dengan jumlah sampel yang besar.
2. Alat yang dibutuhkan tidak mahal, mudah di bawah, serta tahan (durabel) dan dapat dibuat atau dibeli di setiap wilayah.
3. Tidak membutuhkan tenaga khusus dalam pelaksanaannya.
4. Metode yang digunakan tepat dan akurat, sehingga standarisasi pengukuran terjamin.

5. Hasil yang diperoleh menggambarkan keadaan gizi dalam jangka waktu yang lama dimana tidak dapat diperoleh dengan tingkat kepercayaan yang sama dengan teknik lain.
6. Prosedur ini dapat membantu mengidentifikasi tingkat malnutrisi (ringan sampai berat).
7. Metode ini dapat digunakan untuk mengevaluasi terjadinya perubahan yang terjadi dari satu generasi ke generasi berikutnya, suatu fenomena yang dikenal sebagai secular trend.
8. Dapat digunakan sebagai skrining test untuk mengidentifikasi individu yang mempunyai resiko tinggi terjadinya malnutrisi.

2.4.4 Cara Pengukuran Antropometri

1. Berat Badan

Pengukuran berat badan anak sekolah di lapangan biasanya menggunakan timbangan injak dengan skala 0.1 Kg. Hadju (1999) menyarankan menggunakan timbangan dengan skala mendekati 100 gram. Cara Pengukuran berat badan, menurut Hadju (1999) dilakukan dengan prosedur sebagai berikut: Subjek menggunakan pakaian biasa (menutup aurat). Isi kantong yang berat dikeluarkan. Subjek tidak menggunakan sepatu dan kaus kaki.

Subjek berdiri di atas timbangan dengan beratnya tersebar merata pada kedua kaki dan posisi kepala Frankfurt Horizontal Plane Bagian interior yang paling rendah dari sisi orbital kiri segaris dengan tragion kiri. Tragion adalah titik terendah dari notch superior dari tragus auricle. Garis pandang adalah horizontal

(look straight ahead) dan sagital plane dari kepala adalah vertikal. Kedua lengan tergantung bebas di samping badan dan telapak tangan menghadap ke arah paha. Pengukur berdiri di belakang subjek dan mencatat hasil timbangan mendekati 100 gram, beserta dengan waktu pencatatan hasil penimbangan.

2. Tinggi Badan

Pengukuran tinggi badan anak balita maupun anak sekolah dilakukan dengan menggunakan microtoise antropometer dengan skala 0.1 cm. Cara pengukuran dilakukan dengan prosedur sebagai berikut:

- a. Subjek dengan pakaian biasa dan tanpa sepatu atau kaos kaki.
- b. Subjek berdiri pada tempat yang rata dan tepat di bawah microtoise.
- c. Berat badan terdistribusi merata pada kedua kaki dan posisi kepala adalah posisi Frankfort Horizontal Plane seperti pada pengukuran berat badan.
- d. Tangan tergantung secara bebas pada kedua sisi badan dengan arah telapak tangan menghadap paha.
- e. Kedua tumit subjek berdekatan dan menyentuh dasar dari dinding vertikal. Bagian medial dari kaki membentuk sudut 60 derajat.
- f. Scapula dan bagian belakang (pantat) subjek menyentuh dinding vertikal.
- g. Perintahkan subjek untuk menarik napas dan menahannya dalam posisi tegak tanpa merubah beban dari kedua tumit.
- h. Bagian microtoise yang dapat digerakkan dipindahkan sampai pada bagian paling atas dari kepala dengan sedikit menekan rambut.
- i. Pengukuran dilakukan sampai mendekati 0.1 cm.

2.4.5 Klasifikasi Status Gizi

Berdasarkan kesepakatan pada Temu Pakar bidang gizi pada Januari 2000 merekomendasikan penggunaan baku rujukan WHO sebagai standar atau rujukan dalam penentuan status gizi secara antropometri. Temu pakar tersebut juga menyepakati cara penggolongan status gizi khusus untuk indeks BB/U, TB/U dan BB/TB

Tabel 2.1 : Klasifikasi Status Gizi menurut Baku Rujukan WHO-NCHS

Indeks	Status gizi	Kategori (Nilai Z-skor)
BB/U	Gizi lebih	$> +2 \text{ SD}$
	Gizi baik	$(\geq -2 \text{ SD}) - (+2 \text{ SD})$
	Gizi kurang	$(\geq -3 \text{ SD}) - (< -2 \text{ SD})$
	Gizi buruk	$< -3 \text{ SD}$
TB/U	Normal	$\geq -2 \text{ SD}$
	Pendek	$< -2 \text{ SD}$
BB/TB	Gemuk	$> +2 \text{ SD}$
	Normal	$(> -2 \text{ SD}) - (+2 \text{ SD})$
	Kurus	$(> -3 \text{ SD}) - (< -2 \text{ SD})$
	Sangat kurus	$< -3 \text{ SD}$

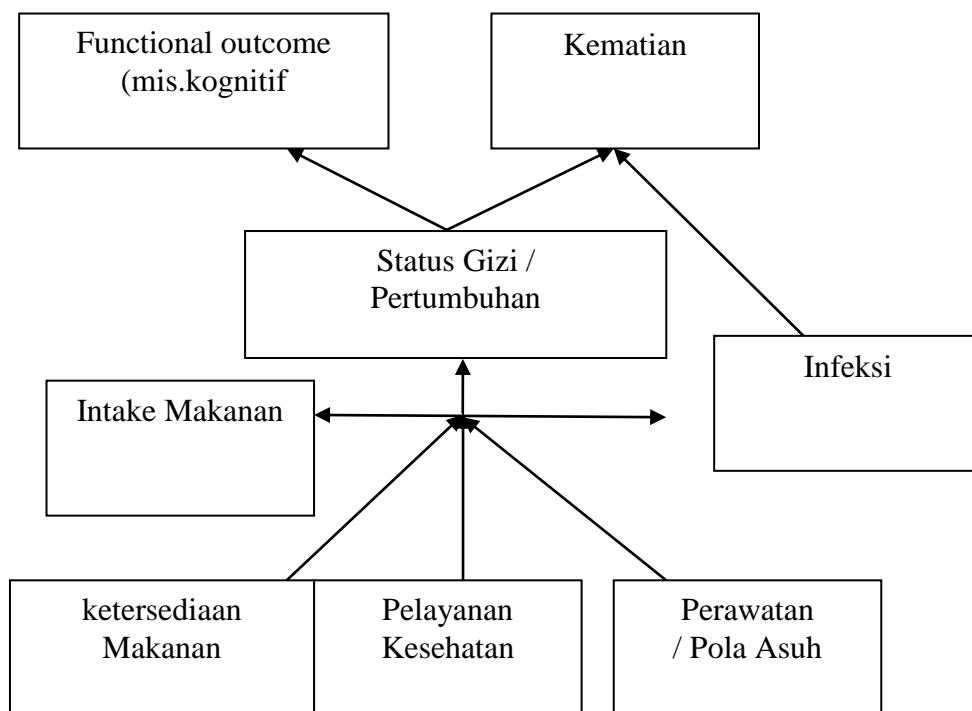
Sumber: Jahari 2002. Penilaian status gizi dengan antropometri (berat badan dan tinggi badan) dalam prosiding kongres nasional persagi dan temu ilmiah XII.

2.4.6 Faktor yang mempengaruhi status gizi

Menurut Unicef, faktor yang mempengaruhi status gizi digolongkan atas penyebab langsung, penyebab tidak langsung, penyebab pokok dan akar masalah (Thaha, 1999). Penyebab langsung adalah asupan gizi dan penyakit infeksi. Timbulnya KEP tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga

karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering menderita diare atau demam, akhirnya akan menderita kurang gizi.

Demikian juga pada anak yang makanannya tidak cukup (jumlah dan mutunya) maka daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian akan mudah diserang infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita kurang gizi/gizi buruk.



Gambar 2.1. Faktor – faktor yang Memengaruhi Status Gizi dan Kesehatan Anak Sumber : Schroeder, (2001). *Malnutrition*, Edited Samba R.D., and Bluem M.W.L., *Nutrition and Health in Development Countries*

Banyak pendapat mengenai faktor determinan yang dapat menyebabkan timbulnya masalah gizi pada bayi di antaranya menurut Schroeder (2001), menyatakan bahwa kekurangan gizi dipengaruhi oleh konsumsi makanan yang kurang dan adanya penyakit infeksi sedangkan penyebab mendasar adalah

makanan, perawatan (pola asuh) dan pelayanan kesehatan seperti diterangkan pada Gambar 1.

Interaksi dari berbagai faktor sosial ekonomi dapat menyebabkan jatuhnya seorang anak pada keadaan kekurangan gizi perlu dipertimbangkan. Menurut Martorell dan Habicht (1986), status ekonomi mempengaruhi pertumbuhan bayi, melalui konsumsi makan dan kejadian infeksi. Status sosial ekonomi terhadap konsumsi makan mempengaruhi kemampuan rumah tangga untuk memproduksi dan/atau membeli pangan, menentukan praktek pemberian makanan bayi, kesehatan serta sanitasi lingkungan. Jus'at (1992) membuat model mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan anak antara lain: karakteristik keluarga, karakteristik anak, status kesehatan dan ketersediaan bahan makanan.