

ANALISIS STATUS GIZI ANAK USIA DI BAWAH DUA TAHUN (BADUTA) PADA PROGRAM JARING PENGAMAN SOSIAL BIDANG KESEHATAN (JPS-BK)

(Analysis of Nutritional Status of Children Under Two on the Social Safety Net-Health Sector Program)

Diah Krisnatuti¹, Hidayat Syarief², Soekirman², Hardinsyah², dan Asep Saefuddin³

ABSTRACT. *The objective of this research was to analyze the influence of the Social Safety Net-Health Sector Program (JPS-BK) on growth of under-two year children (baduta). The study was carried out in Kebumen, Purworejo and Sukoharjo of Central Java, and Lombok Timur and Sumbawa of West Nusa Tenggara. This study was designed as cross sectional with Posttest-Only Nonequivalent Group Study Design, This was applied considering the data was collected in a moment just after JPS-BK program has been starting with two nonequivalent groups (one was target group and another was non target group of JPS-BK). The sample was mothers who had breast-feeding status and had been pregnant between October 1998 and ended in 2000. Total sample was 622 mothers, consisted of 544 mothers of JPS-BK and 118 mothers of Non JPS-BK. Growth of baduta of JPS-BK was not different from baduta of Non JPS-BK. Nutritional status of baduta (W/A) had positive and significant correlation with birth weight, immunization, and complementary feeding (MP-ASI JPS-BK). Nutritional status of baduta (H/A) had positive and significant correlation with birth weight, MP-ASI JPS-BK, immunization and mother's educational level. Nutritional status of baduta (W/H) had positive and significant correlation with birth weight, MP-ASI JPS-BK, immunization, income per capita, and mother's educational level.*

Keywords : *Social Safety Net (JPS-BK), Under-Two Year Children, Complementary Food*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Berdasarkan data SUSENAS 1998 prevalensi gizi kurang pada balita di Indonesia sebesar 25,4%, dan prevalensi gizi buruk tertinggi dijumpai pada usia 6–23 bulan. Pada tahun 2000 prevalensi gizi kurang di Indonesia masih sebesar 25%, yang mengindikasikan bahwa target penurunan prevalensi sampai 19% pada akhir dekade 20 masih belum tercapai (Jahari & Sumarno, 2002). Prevalensi gizi kurang dan buruk pada anak usia di bawah dua tahun (baduta) semakin meningkat setelah melewati masa pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif (6 bulan), yaitu 10%, 20%, dan 30% berturut-turut pada usia 6, 12, dan 24 bulan. Kecenderungan pola peningkatan jumlah anak baduta yang berstatus

gizi kurang dan buruk ini tidak berubah selama sepuluh tahun terakhir (Jahari *et al.*, 2000).

Pada pertengahan tahun 1997, krisis moneter telah melanda Indonesia yang berlanjut dengan krisis ekonomi, krisis politik dan krisis sosial. Dampak dari semua krisis itu berpengaruh terhadap kondisi sosial ekonomi, aibatnya produktivitas sektor riil menurun, jumlah pengangguran meningkat dan jumlah penduduk miskin bertambah. Perkembangan terakhir kondisi kemiskinan (tahun 2002) adalah sebesar 38,4 juta jiwa (18,2%), yang terdistribusi sebanyak 14,5% di perkotaan dan 21,1% di pedesaan. Distribusi penduduk miskin pada tahun 2002 tersebut, sebanyak 57,0% berada di Pulau Jawa-Bali, 21,8% di Pulau Sumatera dan pulau-pulau lainnya sebanyak 21,2% (Komite Penanggulangan Kemiskinan, 2003).

Untuk menolong keluarga miskin dari kemungkinan memburuknya derajat kesehatan dan kemungkinan terjadinya *lost generation* yang banyak diramalkan oleh para pakar gizi, sejak Oktober 1998 pemerintah telah meluncurkan program Jaring Pengaman Sosial (JPS).

¹ Staf Pengajar Departemen Ilmu Keluarga dan Konsumen, Fakultas Ekologi Manusia (FEMA), IPB. Alamat korespondensi : diahkp@yahoo.com

² Staf Pengajar Departemen Gizi Masyarakat, FEMA, IPB

³ Staf Pengajar Departemen Statistika, FMIPA, IPB

Kebijakan JPS mempunyai tujuan utama memicu dan memacu upaya penyelamatan (*rescue*) dan pemulihan (*recovery*) krisis ekonomi. Program JPS Bidang Kesehatan (JPS-BK) adalah salah satu program JPS yang bersifat penyelamatan untuk mempertahankan atau jika memungkinkan meningkatkan status kesehatan anggota keluarga miskin, terutama pada ibu dan anak balita

Hasil penelitian Crescent (2001) menunjukkan bahwa pelayanan JPS-BK bagi keluarga miskin peserta JPS-BK dirasakan sangat bermanfaat terutama oleh ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan anggota keluarga lainnya. Manfaat utama yang dirasakan adalah dalam hal pelayanan antenatal (60-70%), persalinan (60-65%), post natal (35-70%), imunisasi (45-60%) dan kesehatan lainnya (30-60%). Selain itu manfaat JPS-BK dirasakan oleh 30-40% keluarga miskin yaitu untuk mengurangi biaya kesehatan. Status gizi (Indeks Massa Tubuh) ibu hamil pada kelompok JPS (keluarga miskin) relatif sama dengan status gizi kelompok bukan JPS (keluarga nyaris miskin). Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan JPS-BK bagi ibu hamil keluarga miskin mampu memberikan penyelamatan bagi gizi ibu hamil, sehingga tidak lebih parah dibanding kelompok ibu hamil dari keluarga nyaris miskin yang tidak menerima pelayanan JPS-BK. Namun demikian status gizi anak baduta pada kelompok JPS-BK masih lebih buruk dibandingkan anak baduta keluarga bukan penerima JPS-BK.

Setelah program JPS-BK dilaksanakan selama kurang lebih tiga tahun (1998 hingga 2000) dan menindaklanjuti penelitian Crescent (2001) di atas, terdapat beberapa hal yang memerlukan kejelasan dan perlu diteliti lebih lanjut yaitu hasil kehamilan dan pertumbuhan anak baduta pada keluarga miskin, serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh serangkaian variabel yang dimulai dari status gizi dan kesehatan selama kehamilan, hasil kehamilan, dan interaksi yang kompleks antara faktor gizi, stimulasi, psikologis, dan sosial (ESCAP HRD, 1999).

Sehubungan dengan perlunya kejelasan seperti yang dikemukakan di atas, penelitian ditujukan untuk menjawab beberapa pertanyaan sebagai berikut :

- (1) Apakah ada perbedaan pertumbuhan antara anak baduta keluarga miskin peserta JPS-BK

dengan anak keluarga nyaris miskin yang bukan peserta (Non JPS-BK)?

- (2) Jika ada perbedaan, seberapa besar perbedaan itu terjadi dan faktor-faktor apa yang berhubungan dengan pertumbuhan anak baduta?
- (3) Apakah program JPS-BK berhubungan dengan pertumbuhan anak baduta?

Tujuan Penelitian

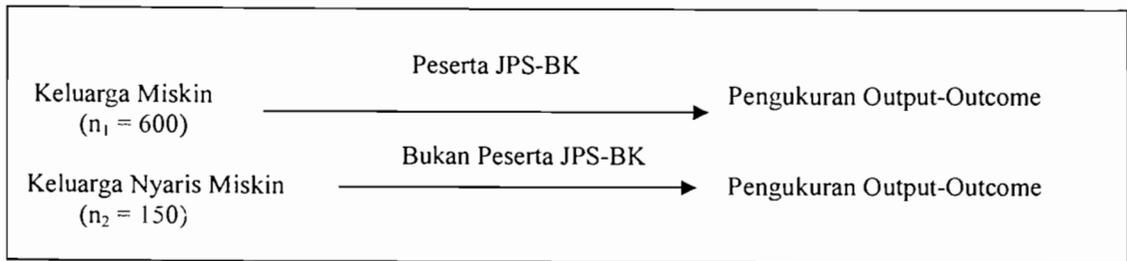
Penelitian ini secara umum bertujuan untuk menganalisis ada tidaknya hubungan program JPS-BK terhadap pertumbuhan anak baduta. Secara khusus tujuannya adalah sebagai berikut :

- (1) Membandingkan status gizi, cara perawatan kehamilan dan persalinan ibu peserta JPS-BK dengan Non JPS-BK
- (2) Membandingkan hasil kehamilan ibu, cara perawatan kesehatan dan morbiditas anak baduta peserta JPS-BK dengan Non JPS-BK
- (3) Membandingkan pertumbuhan anak baduta peserta JPS-BK dan Non JPS-BK dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pertumbuhan anak baduta

METODE

Disain

Penelitian ini merupakan *cross sectional study* yang membandingkan dua kelompok. Pada studi ini ciri yang berbeda diantara kedua kelompok adalah akses terhadap pelayanan JPS-BK. Faktor utama yang menyebabkan perbedaan akses terhadap JPS-BK pada dua kelompok yang diteliti adalah adanya perbedaan karakteristik ekonomi, yaitu satu kelompok tergolong keluarga miskin dan kelompok lainnya tergolong keluarga nyaris miskin, namun demikian ciri lainnya yang berhubungan erat dengan hasil kehamilan, yaitu umur, jumlah anak, dan paritas ibu menyusui diusahakan tidak berbeda. Berdasarkan saat dilakukannya penelitian, yaitu setelah intervensi dilaksanakan, maka menurut Campbell & Stanley (1979) dan Kidder (1981), penelitian ini termasuk jenis *Posttest-Only with Nonequivalent Groups Design*, karena data hanya dikumpulkan pada suatu waktu setelah ada intervensi (JPS-BK) pada dua kelompok yang tidak setara (peserta dan bukan peserta JPS-BK), secara lebih jelas dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Disain penelitian

Yang akan diukur adalah perbedaan (Δ) antara output dan outcome peserta JPS-BK dengan yang bukan peserta JPS-BK, setelah program JPS-BK berlangsung selama 3 tahun. Kelemahan disain ini adalah tidak dapat menyimpulkan terjadinya sebab akibat, melainkan hanya membandingkan saja antara variabel dari kedua kelompok yang diteliti (Kidder, 1981).

Kelompok I terdiri dari ibu menyusui yang kehamilannya berlangsung antara bulan Oktober 1998 (dimulainya Program JPS-BK) hingga akhir tahun 2000 dan menerima bantuan JPS-BK (kelompok peserta JPS-BK). Sedangkan kelompok II terdiri dari ibu menyusui yang mempunyai karakteristik sosial ekonomi yang hampir sama dengan kelompok I, tetapi tidak menerima bantuan JPS-BK (kelompok Non JPS-BK sebagai kelompok kontrol).

Penelitian ini dilakukan bersama-sama dengan penelitian *Impact of JPS Basic Health Care on The Health Status of Poor Communities* (Dampak Pelayanan JPS-BK terhadap Status Kesehatan Keluarga Miskin) yang dilakukan oleh *Center for Regional Resource Development and Community Empowerment (Crescent)* bekerjasama dengan Bappenas pada tahun 2000/2001.

Waktu dan Lokasi

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret hingga April 2001 di Propinsi Jawa Tengah (Jateng) dan Nusa Tenggara Barat (NTB). Penetapan lokasi propinsi tersebut didasarkan pada pertimbangan besarnya alokasi dana JPS-BK yang diperoleh, dimana Jateng termasuk salah satu propinsi yang memperoleh alokasi dana cukup besar, sedangkan NTB tergolong sedang.

Dari kedua propinsi terpilih selanjutnya dipilih lokasi kabupaten secara proporsional dengan tetap mempertimbangkan besarnya alokasi dana yang diperoleh. Karena jumlah kabupaten di Jateng lebih banyak daripada di NTB, maka untuk Jateng dipilih tiga kabupaten, yaitu Kebumen (alokasi dana besar), Purworejo (sedang) dan Sukoharjo (kecil), sedangkan untuk NTB dipilih dua kabupaten, yaitu Lombok Timur (alokasi dana besar) dan Sumbawa (sedang).

Selanjutnya pada setiap kabupaten terpilih, akan dipilih secara purposif masing-masing lima Puskesmas dengan alokasi dana JPS-BK besar, sedang dan kecil. Dengan demikian secara keseluruhan penelitian ini akan dilakukan pada 25 Puskesmas.

Teknik Penarikan Contoh

Contoh penelitian adalah ibu yang pada saat penelitian ini dilakukan berstatus menyusui anak baduta. Kerangka contoh dibuat berdasarkan data ibu hamil periode Oktober 1998-akhir 2000 pada setiap puskesmas terpilih.

Berdasarkan kerangka contoh yang telah dibuat, pada setiap Puskesmas dipilih secara acak sebanyak 30 orang ibu menyusui dari keluarga miskin dengan kategori 24 orang penerima bantuan JPS-BK dan enam orang yang tidak menerima bantuan JPS-BK sebagai kontrol. Sebagian besar keluarga miskin di lima kabupaten terpilih, pada tahun ketiga pelaksanaan JPS-BK (2000) telah mendapatkan kartu sehat sebagai bukti keikutsertaan dalam program JPS-BK. Dengan demikian di lapangan cukup sulit menemukan contoh dengan kriteria sosial ekonomi yang mendekati keluarga miskin peserta JPS-BK. Akhirnya dengan bantuan narasumber setempat, dipilih secara purposif ibu menyusui dari keluarga yang dinilai secara sosial ekonomi

mendekati kriteria keluarga miskin (nyaris miskin) untuk dijadikan contoh Non JPS-BK. Secara keseluruhan jumlah contoh yang dipilih oleh Crescent (2001) sebanyak 750 ibu menyusui dengan kategori 600 orang peserta JPS-BK dan 150 orang Non JPS-BK.

Namun dalam penelitian ini, pemilihan contoh dibatasi lagi dengan mempertimbangkan umur produktif contoh yaitu pada selang 20 – 40 tahun. Dengan demikian jumlah contoh dalam penelitian ini sebanyak 662 orang, dibedakan menjadi dua kategori yaitu sebanyak 544 orang peserta JPS-BK dan 118 orang Non JPS-BK.

Teknik Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara langsung kepada responden, yaitu ibu menyusui, diantaranya terdiri dari data status sosial ekonomi keluarga, status gizi dan morbiditas ibu dan anak serta manfaat yang dirasakan selama menerima bantuan JPS-BK (khusus bagi kelompok responden penerima) serta pengetahuan dan praktek gizi dan kesehatan. Data primer juga diperoleh melalui wawancara dengan pengelola JPS-BK, yaitu bidan di desa dan dokter di Puskesmas.

Data sekunder diperoleh dari laporan berbagai tingkatan koordinasi program, mulai dari tingkat nasional, propinsi, kabupaten/kota, dan kecamatan sejak tahun 1998 hingga 2001. Pengumpulan data di lapangan dilakukan oleh petugas enumerator dari Universitas Negeri Sebelas Maret (UNS) Surakarta untuk wilayah penelitian Jawa Tengah dan Universitas Mataram

untuk wilayah penelitian NTB. Petugas enumerator minimal berpendidikan S1. Sebelum memulai tugasnya, para enumerator mengikuti kegiatan pelatihan (*coaching*) yang diberikan oleh tim peneliti.

Pengolahan dan Analisis Data

Data yang diperoleh diolah dengan menggunakan paket program SPSS versi 10.0 dan Microsoft Excel XP. Tahapan pengolahan data yang dilakukan adalah : (1) Tabulasi data; (2) Untuk Khi Kuadrat; (3) Uji beda Mann Whitney; dan (4) Analisis regresi logistik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Umur Responden, Jumlah Anak dan Paritas. Umur responden JPS-BK maupun Non JPS-BK sama-sama berkisar antara 20–40 tahun. Sebagian besar responden pada kedua kelompok berada pada selang usia produktif (20–35 tahun) yang masih memungkinkan untuk melahirkan anak. Jumlah anak yang hidup dari responden JPS-BK berkisar antara 1-9 orang dan responden Non JPS-BK berkisar antara 1-6 orang dengan rata-rata 2-3 orang. Adapun jumlah anak yang pernah dilahirkan (*paritas*) responden peserta JPS-BK berkisar antara 1–10 orang, sedangkan untuk responden Non JPS-BK berkisar antara 1–7 orang dengan rata-rata antara 2–3 orang. Hasil uji Mann-Whitney menunjukkan tidak adanya perbedaan antara umur responden, jumlah anak dan *paritas* antara responden JPS-BK dan Non JPS-BK (Tabel 1).

Tabel 1. Analisis deskriptif karakteristik sosial ekonomi keluarga

No	Karakteristik Keluarga	JPS (n=544)		Non JPS (n=118)		Total (n=662)		Z	p*
		Rata-Rata	Kisaran	Rata-Rata	Kisaran	Rata-Rata	Kisaran		
1	Umur Responden	29,4	20,0-40,0	28,6	20,0-40,0	29,3	20,0-40,0	-1,579	0,11
2	Jumlah anak hidup	2,4	1,0-9,0	2,4	1,0-6,0	2,4	1,0-9,0	-0,064	0,94
3	Paritas	2,5	1,0-10,0	2,6	1,0-7,0	2,5	1,0-10,0	-0,576	0,56
4	Pendapatan	67014,5	11000,0-201667,0	88107,7	18333,0-206667,0	70774,3	11000,0-206667,0	-5,415	0,00
6	Jumlah anggota keluarga	4,6	3-8	4,7	2-9	4,7	2-9	-1,049	0,29

* Berbeda nyata antara JPS dan Non JPS jika $P < 0,05$

Pendapatan Per Kapita Per Bulan Keluarga.

Sebagian besar pendapatan per kapita per bulan keluarga JPS-BK (83,5%) dan Non JPS-BK (66,1%) di bawah Rp 100.000,00. Rata-rata pendapatan per kapita per bulan keluarga JPS-BK sebesar Rp 67.0114,50 lebih rendah dibandingkan rata-rata pendapatan keluarga Non JPS-BK yang sebesar Rp 88.107,70 dan hasil analisis statistik juga menunjukkan perbedaan sangat nyata antara pendapatan keluarga JPS-BK dengan Non JPS-BK. Jika dibandingkan dengan garis kemiskinan penduduk di Jateng sebesar Rp 76.579,00 dan di NTB Rp 77.573,00 pada tahun 1999 (*Poverty Estimates* Bappenas dalam Jalal, 2003) maka rata-rata pendapatan per kapita keluarga responden JPS-BK berada di bawah garis kemiskinan, sedangkan responden non JPS-BK berada di atasnya.

Tingkat Pendidikan Responden dan Kepala Keluarga. Status pendidikan responden baik peserta JPS-BK maupun Non JPS-BK sebagian besar adalah tamat SD dengan persentase masing-masing 56,3% untuk ibu peserta JPS-BK dan 60,2% untuk responden Non JPS-BK.

Jumlah Anggota Keluarga. Jumlah anggota keluarga JPS-BK berkisar antara 2–9 orang, sedangkan pada keluarga Non JPS-BK berkisar antara 3–8 orang dengan rata-rata sama-sama sebanyak 4–5 orang

Perawatan Kesehatan Ibu

Indeks Massa Tubuh (IMT) Ibu. BB responden JPS-BK berkisar antara 41–63 kg dengan rata-rata 45,3 kg lebih rendah dibandingkan BB responden Non JPS-BK yang berkisar antara 44–60 kg dengan rata-rata 45,9 kg. Sedangkan TB responden 1,40–1,60 meter dengan rata-rata 1,50 m sedangkan TB responden Non JPS-BK berkisar antara 1,40–1,65 m dengan rata-rata 1,51 m. Berdasarkan BB dan TB responden dapat dihitung nilai IMTnya, yang kemudian diketahui untuk responden JPS-BK nilai IMT berkisar antara 15,3–24,9 dengan rata-rata 20,1, sedangkan untuk responden Non JPS-BK nilai IMT berkisar antara 15,5–24,4 dengan rata-rata 20,2.

Cara Perawatan Ibu Hamil. Sebagian besar responden (79,3% JPS-BK dan 77,6% Non JPS-BK) memeriksakan kehamilannya lebih dari empat kali selama masa kehamilan. Hasil uji Khi Kuadrat menunjukkan tidak adanya perbedaan frekuensi pemeriksaan kehamilan antara responden JPS-BK dengan Non JPS-BK.

PMT yang merupakan salah satu pelayanan JPS-BK bagi ibu hamil ternyata hanya diterima oleh sebagian saja yaitu 58,3% responden JPS-BK. Diantara responden yang mendapatkan PMT, sebagian besar (83,6%) mengaku menerima PMT selama tiga bulan dengan frekuensi pemberian umumnya seminggu atau sepuluh hari sekali.

Bentuk PMT yang diberikan kepada ibu hamil bermacam-macam, tetapi umumnya berupa makanan mentah (54,9%), seperti susu bubuk untuk ibu hamil, telur, kacang hijau, ikan teri dan sayuran, tetapi sebagian responden (41,0%) mengaku diberi PMT berupa jajanan (makanan kecil), seperti bubur kacang ijo, bubur ayam, roti, pisang goreng dan kue-kue.

Cara Perawatan Persalinan. Bantuan persalinan yang juga merupakan salah satu fasilitas pelayanan JPS-BK telah dapat dinikmati oleh sebagian besar (90,9%) responden peserta JPS-BK. Diantara responden yang mendapatkan bantuan persalinan dari JPS-BK, sebagian besar (73,0%) sama sekali tidak mengeluarkan biaya persalinan sendiri atau sepenuhnya ditanggung oleh JPS-BK dan sisanya membayar sebagian. Tempat persalinan cukup bervariasi, namun terbanyak (50,2% responden JPS-BK dan 47,7% Non JPS-BK) melakukan persalinan di rumah. Petugas yang menolong persalinan bagi sebagian besar responden (90,5% JPS-BK dan 87,4% Non JPS-BK) adalah bidan desa dan bidan/dokter apabila melahirkan di rumah sakit, sisanya ditolong oleh dukun terlatih.

Hasil Kehamilan. Sebesar 20,0% responden JPS-BK melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu kurang dari 2500 gr, sedangkan pada responden Non JPS-BK hanya sebesar 12,7% yang melahirkan bayi BBLR. Hasil uji Mann-Whitney menunjukkan adanya perbedaan pada berat bayi yang dilahirkan antara responden JPS-BK dengan Non JPS-BK.

Perawatan Kesehatan Anaka Baduta

Cara Perawatan Anak Baduta. Sebagian besar anak baduta (80,0%) responden JPS-BK dan Non JPS-BK telah mendapatkan pelayanan imunisasi secara lengkap. Sebagian besar (78,3%) anak baduta peserta JPS-BK mendapatkan MP-ASI dan ternyata ada pula (33,1%) anak baduta Non JPS-BK juga pernah mendapatkan MP-ASI dari program lainnya atau di Posyandu dengan frekuensi sebulan sekali. Umumnya jenis MP-ASI yang diberikan kepada anak baduta peserta JPS-BK berupa bahan makanan mentah (59,9%) dan jajanan/makanan kecil (50,0%).

Morbiditas Anak. Hanya sebagian kecil anak baduta yang menderita sakit selama sebulan terakhir. Pola penyakit yang diderita anak baduta sama dengan ibu menyusui dan bayi. Sekitar 7,0–16,0% anak sakit pilek dan batuk biasa selama 4–5 hari. Sebesar 15,3% anak responden JPS-BK dan 9,3% anak responden Non JPS-BK menderita sakit panas tinggi selama kurang lebih tiga hari dan sekitar 2,5–5,5% anak menderita diare selama

kurang lebih tiga hari. Anak-anak yang menderita sakit umumnya dibawa berobat ke Puskesmas.

Pertumbuhan Anak Baduta. Rata-rata nilai *z-score* anak yang berkisar dari -1,78-1,19 menunjukkan bahwa secara umum status gizi anak baduta termasuk kategori normal (Tabel 2). Temuan ini sesuai dengan hasil Susenas 2000 yang menyatakan sebesar 72,02% balita berstatus gizi normal dengan nilai *Z-score* berada pada selang -2,00–1,99 (BPS, 2003).

Jika dilihat selisih nilai *Z-score* berbagai indikator status gizi, terlihat bahwa sejak lahir hingga berumur 3 bulan, status gizi anak baduta JPS-BK lebih baik dibandingkan Non JPS-BK. Walaupun cukup banyak yang dilahirkan dengan kondisi BBLR (20%), namun diduga akibat tercukupinya kebutuhan pemberian ASI, maka status gizi bayi menjadi lebih baik. Hal tersebut tidak berlangsung lama, karena pada umur 4-6 bulan status gizi bayi JPS-BK lebih buruk dibandingkan Non JPS-BK.

Tabel 2. Rata-Rata dan standar deviasi Nilai Z-skor status gizi anak berdasarkan umur dan status peserta JPS

Peubah	JPS (n=544)		Non JPS (n=118)		Total (n=662)		Delta Z Skor	p*
	Rata-Rata	Standar Deviasi	Rata- Rata	Standar Deviasi	Rata- Rata	Standar Deviasi		
BB/U								
• 0 - 3 Bulan	-0,42	0,57	-0,71	0,91	-0,46	0,63	0,29	0,308
• 4 - 6 Bulan	-0,46	0,77	-0,42	0,67	-0,45	0,75	-0,04	0,750
• 7 - 11 Bulan	-0,71	0,90	-0,98	0,89	-0,76	0,90	0,27	0,065
• 12 -17 Bulan	-1,05	1,03	-0,83	1,21	-1,01	1,06	-0,22	0,481
• 18-24 Bulan	-1,59	1,01	-1,39	1,16	-1,56	1,03	-0,20	0,530
PB/U								
• 0 - 3 Bulan	-1,74	0,65	-1,78	0,58	-1,74	0,64	0,04	0,991
• 4 - 6 Bulan	-1,16	1,17	-1,14	1,24	-1,16	1,18	-0,02	0,991
• 7 - 11 Bulan	-0,69	1,32	-0,83	1,23	-0,72	1,30	0,13	0,549
• 12 -17 Bulan	-0,81	1,28	-0,85	1,41	-0,81	1,30	0,04	0,825
• 18-24 Bulan	-1,11	1,54	-0,49	1,67	-1,01	1,58	-0,62	0,078
BB/PB								
• 0 - 3 Bulan	1,29	1,29	1,03	1,57	1,26	1,32	0,27	0,627
• 4 - 6 Bulan	0,14	1,12	0,20	1,21	0,15	1,13	-0,06	0,988
• 7 - 11 Bulan	-0,28	1,02	-0,50	1,06	-0,32	1,03	0,22	0,249
• 12 -17 Bulan	-0,62	1,04	-0,33	1,09	-0,57	1,05	-0,30	0,349
• 18-24 Bulan	-0,57	1,07	-0,39	1,39	-0,54	1,13	-0,18	0,727

* Hasil uji beda Mann-Whitney antara JPS-BK dan Non JPS-BK nyata jika $P < 0,05$

Tabel 3. Sebaran status gizi Anak berdasarkan BB/U dan status peserta JPS

Status Gizi BB/U	JPS (n=544)		Non JPS (n=118)		Total (n=662)		p*
	n	%	n	%	n	%	
0-3 bulan							
• Kurang	1	2,0	0	0,0	1	1,7	0,687
• Normal	49	98,0	8	100,0	57	98,3	
• Total	50	100,0	8	100,0	58	100,0	
4-6 Bulan							
• Kurang	1	1,1	0	0,0	1	0,9	0,631
• Normal	91	98,9	21	100,0	112	99,1	
• Total	92	100,0	21	100,0	113	100,0	
7-11 Bulan							
• Kurang	14	7,7	6	13,6	20	8,8	0,213
• Normal	168	92,3	38	86,4	206	91,2	
• Total	182	100,0	44	100,0	226	100,0	
12-17 bulan							
• Kurang	19	19,2	3	14,3	22	18,3	0,598
• Normal	80	80,8	18	85,7	98	81,7	
• Total	99	100,0	21	100,0	120	100,0	
18-24 bulan							
• Kurang	54	44,6	10	41,7	64	44,1	0,790
• Normal	67	55,4	14	58,3	81	55,9	
• Total	121	100,0	24	100,0	145	100,0	

* Hasil uji khi kuadrat antara JPS dan Non JPS; nyata jika $p < 0,05$

Sebaran status gizi anak baduta berdasarkan BB/U dapat dilihat pada Tabel 3. Pada umur 0-3 bulan, hampir semua anak baduta (98,0% JPS-BK dan 100,0% Non JPS-BK) berstatus gizi normal, hanya satu orang anak baduta (2,0%) yang berstatus gizi kurang (*underweight*), demikian pula pada kelompok umur 4-6 bulan. Hingga berumur 7-11 bulan sebagian besar anak baduta berstatus gizi normal, tetapi sebesar 13,6% anak baduta Non JPS-BK *underweight*.

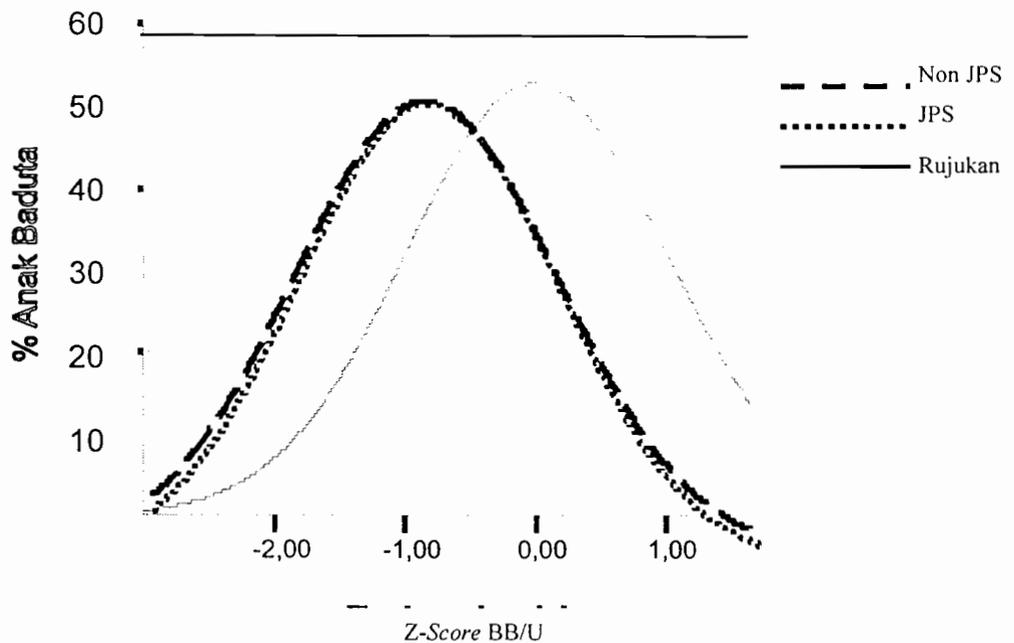
Makin bertambah umur proporsi anak baduta yang *underweight* semakin besar hingga pada umur 18-24 bulan mencapai lebih dari 40% pada kedua kelompok contoh. Hal tersebut memberikan petunjuk bahwa pada anak-anak yang berusia lebih dari satu tahun cukup banyak yang menderita kekurangan gizi akut akibat kekurangan pangan.

Hasil uji Khi Kuadrat menunjukkan tidak adanya perbedaan status gizi berdasarkan BB/U antara anak baduta peserta JPS-BK dengan Non JPS-BK pada semua kelompok umur.

Sebaran Z-Score BB/U anak baduta dibandingkan dengan baku rujukan WHO-NCHS disajikan pada Gambar 2 Secara umum, sebaran

satus gizi BB/U anak baduta baik peserta JPS-BK maupun Non JPS-BK masih lebih rendah dibandingkan baku rujukan, dimana nilai Z-score kedua kelompok terletak di sebelah kiri rujukan (*reference*).

Pada pengukuran PB/U, proporsi anak baduta yang berstatus gizi kurang (*stunted*) dan normal pada setiap kelompok umur menunjukkan pola yang sama baik pada anak JPS-BK maupun Non JPS-BK, yaitu sekitar 60,0-70,0% berstatus gizi normal dan sekitar 30,0% berstatus gizi kurang (*stunted*). Namun demikian, proporsi anak yang berstatus gizi kurang (*stunted*) terbesar dijumpai pada kelompok umur 18-24 bulan, bahkan pada anak baduta JPS-BK hampir mencapai paruh (49,6%). Hal tersebut memberikan petunjuk bahwa sejak lahir bayi sudah menderita kekurangan gizi kronis, dan nampaknya kondisi tersebut tidak menjadi bertambah baik, sehingga jumlahnya semakin bertambah dengan bertambahnya umur. Hasil uji Khi Kuadrat menunjukkan tidak adanya perbedaan status gizi berdasarkan PB/U antara anak baduta peserta JPS-BK dengan Non JPS-BK pada semua kelompok umur (Tabel 4).



Gambar 2. Kurva normal sebaran status gizi anak berdasarkan BB/U dibandingkan dengan baku rujukan WHO-NCHS

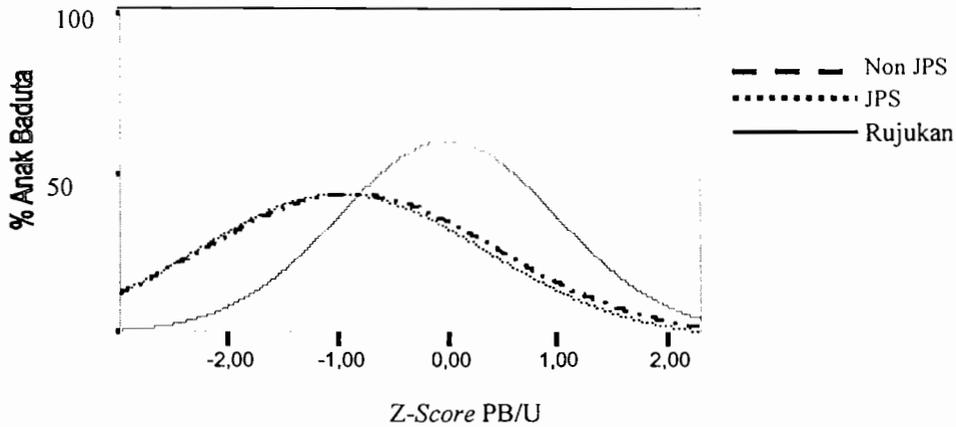
Tabel 4 Sebaran status gizi anak berdasarkan PB/U dan status peserta JPS

Status Gizi PB/U	JPS (n=544)		Non JPS (n=118)		Total (n=662)		p*
	n	%	n	%	n	%	
0-3 Bulan							
• Kurang	18	36,0	3	37,5	21	36,2	0,935
• Normal	32	64,0	5	62,5	37	63,8	
• Total	50	100,0	8	100,0	58	100,0	
4-6 Bulan							
• Kurang	34	37,0	8	38,1	42	37,2	0,922
• Normal	58	63,0	13	61,9	71	62,8	
• Total	92	100,0	21	100,0	113	100,0	
7-11 Bulan							
• Kurang	50	27,5	10	22,7	60	26,5	0,522
• Normal	132	72,5	34	77,3	166	73,5	
• Total	182	100,0	44	100,0	226	100,0	
12-17							
• Kurang	21	21,2	7	33,3	28	23,3	0,231
• Normal	78	78,8	14	66,7	92	76,7	
• Total	99	100,0	21	100,0	120	100,0	
18-24							
• Kurang	60	49,6	8	33,3	68	46,9	0,231
• Normal	57	47,1	14	58,3	71	49,0	
• Tinggi	4	3,3	2	8,3	6	4,1	
• Total	121	100,0	24	100,0	145	100,0	

* Hasil uji khi kuadrat antara JPS dan Non JPS; nyata jika $p < 0,05$

Sebaran *Z-score* PB/U anak baduta dibandingkan dengan baku rujukan WHO-NCHS disajikan pada Gambar 3. Secara umum, sebaran satus gizi PB/U anak baduta baik peserta JPS-BK maupun Non JPS-BK masih lebih rendah dibandingkan baku rujukan (*Z-score* kedua

kelompok terletak di sebelah kiri rujukan). Jika menggunakan pengukuran BB/PB, anak baduta pada kelompok umur 0–3 bulan dijumpai sekitar 25,0% berstatus gizi lebih, dan tidak satupun yang berstatus gizi kurang (*wasted*) (Tabel 5).



Gambar 3. Kurva normal sebaran status gizi anak berdasarkan PB/U dibandingkan dengan baku rujukan WHO-NCHS

Tabel 5. Sebaran Status Gizi Anak berdasarkan BB/PB dan Status Peserta JPS

Status Gizi BB/PB	JPS (n=544)		Non JPS (n=118)		Total (n=662)		p*
	n	%	n	%	n	%	
0-3 Bulan							
• Normal	36	72,0	6	75,0	42	72,4	0,860
• Tinggi	14	28,0	2	25,0	16	27,6	
• Total	50	100,0	8	100,0	58	100,0	
4-6 Bulan							
• Kurang	3	3,3	0	0,0	3	2,7	0,695
• Normal	84	91,3	20	95,2	104	92,0	
• Tinggi	5	5,4	1	4,8	6	5,3	
• Total	92	100,0	21	100,0	113	100,0	
7-11 Bulan							
• Kurang	2	1,1	2	4,5	4	1,8	0,187
• Normal	176	96,7	42	95,5	218	96,5	
• Tinggi	4	2,2	0	0,0	4	1,8	
• Total	182	100,0	44	100,0	226	100,0	
12-17 Bulan							
• Kurang	11	11,1	1	4,8	12	10,0	0,337
• Normal	87	87,9	19	90,5	106	88,3	
• Tinggi	1	1,0	1	4,8	2	1,7	
• Total	99	100,0	21	100,0	120	100,0	
18-24 Bulan							
• Kurang	13	10,7	3	12,5	16	11,0	0,177
• Normal	106	87,6	19	79,2	125	86,2	
• Tinggi	2	1,7	2	8,3	4	2,8	
• Total	121	100,0	24	100,0	145	100,0	

* Hasil uji khi kuadrat antara JPS dan Non JPS; nyata jika $p < 0,05$

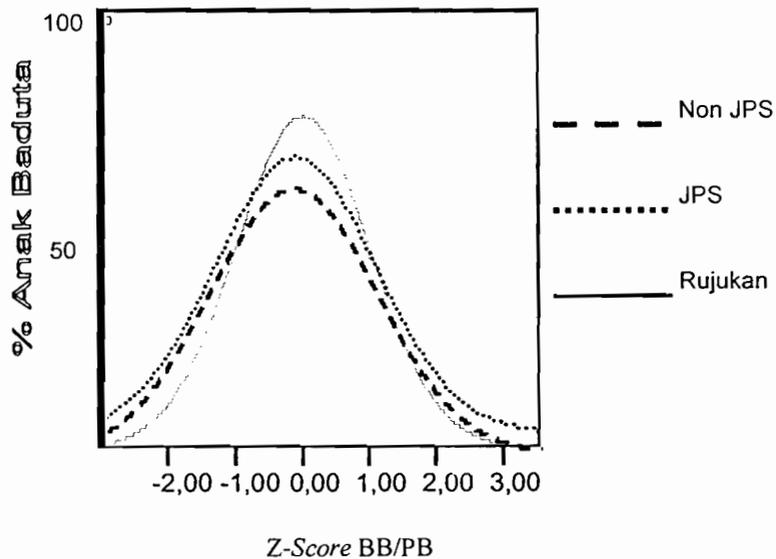
Pada umur 4–6 bulan dan umur 7-11 bulan, status gizi cenderung menurun dengan dijumpainya anak yang *wasted* (1,0–5,0%) dan berkurangnya anak yang berstatus gizi lebih (pada anak JPS-BK tinggal 2,2%, sedangkan pada anak Non JPS-BK tidak ada lagi yang berstatus gizi lebih). Selanjutnya pada umur 12–17 bulan, proporsi anak baduta yang berstatus gizi kurang (*wasted*) semakin besar terutama anak JPS-BK (sekitar 11,1%) dan pada kelompok umur 18-24 bulan mencapai 12,5%. Sebagian besar anak baduta pada kedua kelompok responden dan pada semua kelompok umur berada pada kategori status gizi normal. Hasil uji Khi Kuadrat juga menunjukkan tidak adanya perbedaan status gizi berdasarkan BB/PB antara anak JPS-BK dan Non JPS-BK pada semua kelompok umur.

Sebaran *Z-score* BB/PB anak baduta dibandingkan dengan baku rujukan WHO-NCHS disajikan pada Gambar 4. Secara umum, sebaran status gizi BB/PB anak baduta baik peserta JPS-BK maupun Non JPS-BK sudah relatif baik, dimana nilai *Z-score* kedua kelompok berhimpitan dengan rujukan (*reference*).

Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Status Gizi Baduta (BB/U).

Hasil regresi logistik terhadap peubah tak bebas status gizi baduta (BB/U) (Tabel 6) menunjukkan bahwa berat badan bayi lahir (>2500g, MP-ASI dan imunisasi berpengaruh positif terhadap status gizi (BB/U). Peubah-peubah tersebut mempengaruhi status gizi baduta (BB/U) sebesar 24,8% (nilai R kuadrat sebesar 0,248), sedangkan peubah lain yang turut mempengaruhi status gizi baduta (BB/U) antara lain konsumsi energi dan zat-zat gizi tidak diteliti.

Tabel 6 menunjukkan bahwa nilai OR peubah berat badan lahir >2500g adalah 4.961 yang artinya bayi dengan berat badan lahir >2500g mempunyai risiko 4.961 kali berstatus gizi normal (BB/U) dibandingkan bayi yang berat badan lahirnya <2500g. Dalam kondisi sosial ekonomi yang relatif sama, faktor berat badan lahir sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan anak selanjutnya. Anak-anak yang kini berstatus gizi kurang mempunyai berat badan lahir yang lebih rendah sekitar 400–500g dibandingkan anak yang kini berstatus gizi sedang dan baik (Jahari *et al*, 2000).



Gambar 4. Kurva Normal Sebaran Status Gizi Anak berdasarkan BB/PB Dibandingkan dengan Baku Rujukan WHO-NCHS

Tabel 6. Analisis regresi logistik terhadap peubah tak bebas status gizi baduta (BB/U)

Peubah Bebas	Beta	OR	95,0% C.I utk OR		Sig.
			Terendah	Tertinggi	
Status JPS (1=Peserta JPS; 0=Bukan Peserta JPS)	0,034	0,967	0,578	1,618	0,897
Berat Lahir Bayi (1= \geq 2500 g; 0= $<$ 2500 g)	1,602	4,961	3,333	7,384	0,000
Pemberian MP-ASI (1=Tepat; 0=Tidak Tepat)	1,165	3,205	2,129	1,824	0,000
Imunisasi Anak (1=Lengkap; 0=Tidak Lengkap)	0,690	1,993	1,322	3,003	0,001

Ket : Peubah Tak Bebas Status Gizi Baduta (BB/U); Nilai $R^2=0,248$

Tabel 7. Analisis regresi logistik terhadap peubah tak bebas status gizi baduta (PB/U)

Peubah Bebas	Beta	OR	95,0% C.I utk OR		Sig.
			Terendah	Tertinggi	
Status JPS (1=Peserta JPS; 0=Bukan Peserta JPS)	0,086	0,917	0,574	1,466	0,718
Berat Lahir Bayi (1= \geq 2500 g; 0= $<$ 2500 g)	0,879	2,409	1,689	3,434	0,000
Pemberian MP-ASI (1=Tepat; 0=Tidak Tepat)	1,054	2,868	1,973	4,168	0,000
Imunisasi Anak (1=Lengkap; 0=Tidak Lengkap)	0,614	1,848	1,282	2,666	0,001
Pendidikan Ibu (1= \geq 9 tahun/SLTP; 0= \leq 6 tahun/SD)	0,374	1,454	1,032	2,047	0,032
Paritas (1= \leq 3 orang; 0= $>$ 3 orang)	0,513	1,670	1,036	2,691	0,035

Ket : Peubah Tak Bebas Status Gizi Baduta (PB/U) Nilai $R^2=0,258$

Peubah MP-ASI JPS-BK mempunyai nilai OR sebesar 3.205 yang artinya baduta yang memperoleh MP-ASI dari program JPSP-BK berpeluang 3.205 kali berstatus gizi normal (BB/U) dibandingkan anak yang tidak menerima MP-ASI dari JPS-BK. Karena indikator BB/U dapat menggambarkan kondisi kesehatan saat ini, maka pemberian MP-ASI pada anak baduta dinilai tepat waktu dan sesuai dengan kebutuhan. MP-ASI yang diterima dari JPS-BK nampaknya cukup sesuai dengan persyaratan MP-ASI, antara lain: tinggi kandungan energi dan protein, dapat diterima dengan baik, harga relatif murah, produk pangan lokal (Muchtadi, 1996).

Peubah imunisasi mempunyai nilai OR sebesar 1.993 yang artinya anak yang mendapat imunisasi lengkap mempunyai risiko 1.993 kali berstatus gizi normal (BB/U) dibandingkan anak yang tidak mendapatkan imunisasi secara lengkap. Imunisasi dapat memberikan kekebalan terhadap kemungkinan serangan penyakit infeksi. Semakin lengkap jenis imunisasi yang diterima anak baduta, maka akan semakin erat hubungannya dengan status gizi (BB/U).

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Baduta (PB/U).

Hasil analisis regresi logistik terhadap peubah tak bebas status gizi baduta (PB/U)

menunjukkan bahwa peubah-peubah berat bayi lahir ($>$ 2500g), MP-ASI JPS-BK, keiengkapan imunisasi, praktek gizi dan pendidikan ibu berpengaruh nyata terhadap status gizi baduta (PB/U) (Tabel 7). Nilai R kuadrat sebesar 0,258 yang berarti bahwa 25,8% status gizi baduta (PB/U) dapat dijelaskan oleh berat bayi lahir $>$ 2500g, MP-ASI JPS-BK, kelengkapan imunisasi, praktek gizi dan pendidikan ibu.

Peubah berat badan lahir $>$ 2500g mempunyai nilai OR sebesar 2,409, yang artinya baduta dengan berat lahir $>$ 2500 g berpeluang 2,409 kali berstatus gizi normal (PB/U) dibandingkan baduta yang berat lahirnya $<$ 2500 g. Hasil penelitian Herawati (2003) menunjukkan adanya hubungan antara berat badan lahir dengan pertumbuhan linier bayi berumur 0–6 bulan.

Peubah MP-ASI dari JPS-BK mempunyai nilai OR sebesar 2.868, yang artinya anak baduta yang memperoleh MP-ASI dari JPS-BK berpeluang 2.868 kali berstatus gizi normal (PB/U) dibandingkan anak baduta yang tidak mendapatkan MP-ASI JPS-BK. Banyak peneliti menyimpulkan bahwa MP-ASI berperan penting dalam perbaikan gizi anak, terutama yang diberikan sejak bayi.

Peubah imunisasi mempunyai nilai OR sebesar 1,848, yang artinya anak baduta yang mendapatkan imunisasi secara lengkap berpeluang 1,848 kali berstatus gizi normal

(PB/U) dibandingkan anak yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap. Semakin lengkap bayi mendapatkan imunisasi, maka peluang terganggunya intik makanan semakin kecil, dan kemungkinan terganggunya pertumbuhan linier juga semakin kecil.

Peubah praktek gizi mempunyai nilai OR sebesar 1,454, artinya ibu yang mempunyai kemampuan untuk mempraktekkan pengetahuan gizi dengan baik berpeluang 1,454 kali berstatus gizi normal (PB/U) dibandingkan ibu dengan praktek gizi kurang baik. Berbagai hasil penelitian menunjukkan eratnya hubungan antara praktek gizi dengan status gizi anak. Penelitian yang dilakukan di Barbados dan Bangladesh menunjukkan hubungan antara praktek pemberian makan, yang meliputi preferensi terhadap ASI dan intensitas pemberian MP-ASI dengan status gizi. Keterampilan ibu dalam penyediaan MP-ASI dari berbagai jenis bahan pangan dapat menambah selera makan anak (Engle, 1999).

Peubah pendidikan ibu mempunyai nilai OR 1,670 yang artinya anak baduta yang ibunya berpendidikan lebih tinggi dari tamat SLTP berpeluang 1,670 kali berstatus gizi normal (PB/U) dibandingkan anak baduta yang ibunya berpendidikan tidak tamat SLTP ke bawah. Karena tinggi badan mencerminkan kondisi kesehatan anak di masa lalu, maka kemungkinan besar anak-anak dari ibu yang berpendidikan tinggi tidak pernah mengalami kekurangan makan akibat keterbatasan daya beli keluarga.

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Baduta (BB/PB).

Hasil analisis regresi logistik terhadap peubah tak bebas status gizi (BB/PB) menunjukkan bahwa berat bayi lahir > 2500 gram, MP-ASI JPS-BK, kelengkapan imunisasi

dan penyakit yang diderita anak berpengaruh nyata terhadap status gizi (BB/PB) (Tabel 8). Nilai R kuadrat sebesar 0,236 yang berarti 23,6% status gizi (BB/PB) dapat dijelaskan oleh peubah, berat bayi lahir, MP-ASI JPS-BK, imunisasi dan penyakit anak.

Peubah berat badan bayi lahir >2500 gram mempunyai nilai OR sebesar 4,667, yang artinya anak baduta yang berat badan lahirnya > 2500 gram berpeluang 4,667 kali berpeluang berstatus gizi normal (BB/PB) dibandingkan anak baduta dengan badan lahir <2500 gram. Berat bayi lahir rendah (BBLR) dapat berakibat pada ketidaknormalan pertumbuhan, kesakitan dan perkembangan otak. Ada hubungan antara berat badan bayi lahir dengan pertumbuhan berat badan, panjang badan dan lingkaran kepala. Semakin rendah berat badan bayi lahir, maka pertumbuhan akan semakin lambat (Hack, Klein & Taylor, 1999).

Peubah MP-ASI dari JPS-BK mempunyai nilai OR sebesar 4,461, yang artinya anak baduta yang memperoleh MP-ASI dari JPS-BK berpeluang 4,461 kali berstatus gizi normal (BB/PB) dibandingkan anak baduta yang tidak memperoleh MP-ASI JPS-BK. Pemberian MP-ASI dari JPS-BK selama 90 hari cukup signifikan memberikan kontribusi terhadap konsumsi energi dan zat gizi anak baduta. Hasil penelitian Satoto (1990) menunjukkan bahwa masukan energi, protein dan zat besi mempengaruhi pertumbuhan anak. Energi cenderung lebih mempengaruhi pertumbuhan menyeluruh, sedangkan protein lebih mempengaruhi pertumbuhan linier.

Peubah imunisasi mempunyai nilai OR sebesar 1,754, yang artinya anak baduta yang mendapatkan imunisasi secara lengkap berpeluang 1,754 kali berstatus gizi normal (BB/PB) dibandingkan anak baduta yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap.

Tabel 8. Analisis regresi logistik terhadap peubah tak bebas status gizi baduta (BB/PB)

Peubah Bebas	Beta	OR	95,0% C.I utk OR		Sig.
			Terendah	Tertinggi	
Status JPS (1=Peserta JPS; 0=Bukan Peserta JPS)	0,426	0,653	0,408	1,046	0,076
Berat Lahir Bayi (1= \geq 2500 g; 0= $<$ 2500 g)	1,540	4,667	2,894	7,525	0,000
Pemberian MP-ASI (1=Tepat; 0=Tidak Tepat)	1,010	4,461	2,472	8,449	0,000
Imunisasi Anak (1=Lengkap; 0=Tidak Lengkap)	0,562	1,754	1,115	2,758	0,015
Penyakit Anak (1=Kronis; 0=Tidak Kronis)	-0,016	0,984	0,969	0,999	0,037

Ket : Peubah Tak Bebas Status Gizi Baduta (BB/PB); Nilai R² = 0,236

Peubah penyakit anak mempunyai nilai OR sebesar 0,984 yang artinya anak baduta yang menderita penyakit kronis berpeluang lebih kecil 0,016 kali berstatus gizi normal (BB/PB) dibandingkan anak yang tidak menderita penyakit kronis. Waterlow dan Tourkins (1992) menemukan adanya hubungan erat antara penyakit diare dan demam berkepanjangan yang diderita anak-anak di Gambia selama musim hujan dengan status gizi (BB/PB).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Sebagian besar responden, baik peserta JKS-BK maupun Non JPS-BK berstatus gizi normal dengan rata-rata IMT 20.1. Responden JPS-BK lebih banyak memeriksakan kehamilan pada bidan dan di Puskesmas, serta mendapatkan PMT ibu hamil. Persalinan masih banyak dilakukan di rumah dengan pertolongan bidan, dan umumnya mendapatkan bantuan persalinan. Sebagian besar responden melakukan pemeriksaan nifas sebanyak 2-3 kali. Sebagian besar anak baduta telah mendapatkan pelayanan imunisasi lengkap. Sebagian besar anak baduta peserta JPS-BK mendapatkan MP-ASI secara rutin selama 2-3 bulan dalam bentuk bahan makanan & makanan jajanan
2. Hasil kehamilan responden JPS-BK belum dapat menyamai responden Non JPS-BK. Lebih banyak responden JPS-BK yang melahirkan BBLR (<2500 g) dibandingkan responden Non JPS-BK.
3. Status gizi anak baduta peserta JPS-BK dan Non JPS-BK, baik dengan menggunakan indikator antropometri BB/U, PB/U maupun BB/PB dan pada semua kelompok umur, tidak menunjukkan perbedaan. Proporsi anak baduta peserta JPS-BK dan Non JPS-BK yang berstatus *underweight* meningkat tajam setelah berumur 7 bulan. Sedangkan proporsi anak baduta yang berstatus *stunted* sekitar 30% pada kelompok umur di bawah 1 tahun, dan meningkat tajam menjadi 49,6% pada anak JPS-BK setelah berumur 18 bulan. Anak baduta yang berstatus *wasted* mulai nampak setelah berumur 12 bulan pada anak

JPS-BK (11%) dan setelah berumur 18 bulan pada anak Non JPS-BK (12,5%).

4. Status gizi baduta (BB/U) berhubungan positif nyata dengan berat badan lahir (>2500g), pemberian MP-ASI JPS-BK dan kelengkapan imunisasi. Status gizi baduta (PB/U) berhubungan positif nyata dengan berat badan lahir (> 2500g), MP-ASI JPS-BK, kelengkapan imunisasi, praktek gizi dan kesehatan ibu serta pendidikan ibu. Status gizi baduta (BB/PB) berhubungan positif nyata dengan berat badan lahir (>2500g), MP-ASI JPS-BK, kelengkapan imunisasi dan penyakit anak. Salah satu kegiatan JPS-BK yaitu pemberian MP-ASI berhubungan dengan status gizi baduta baik berdasarkan BB/U, PB/U dan BB/PB.

Saran

1. Menilik hasil yang ditunjukkan dari JPS-BK pada pertumbuhan baduta, maka program JPS-BK dan sejenisnya yang memberikan bantuan pelayanan kesehatan dan MP-ASI bagi masyarakat miskin hendaknya dilanjutkan dengan berbagai perbaikan terutama dalam identifikasi sasaran, pelayanan dan mekanisme penyampaian bantuan
2. PMT ibu hamil dan MP-ASI bagi baduta terbukti berperan dalam menyelamatkan hasil kehamilan dan pertumbuhan anak baduta. Oleh karena itu, perlu dikaji lebih mendalam tentang jenis, jumlah dan bentuk PMT dan MP-ASI yang sesuai untuk berbagai daerah.
3. Dalam kerangka *sustainability* penyelenggaraan kegiatan pelayanan sosial dasar, maka perlu dikaji dan dikembangkan bentuk *sosial insurance* yang sesuai dengan potensi dan kearifan lokal

DAFTAR PUSTAKA

- ACC/SCN. 1997. Stunting and Young Child Development. ACC/SCN's Commission on the Nutrition Challenges of the 21st Century. Desember.
- Allen, L & S. Gillespie. 2001. What Works ? A Review of the Efficacy and Effectiveness of

- Nutrition Interventions. ACC/SCN Nutrition Policy Paper No : 19
- Asian Development Bank. 2001. Malnutrition in Asia and The Pacific. ADB Nutrition and Development Series No: 4.IFPRI. Manila-Philippines.
- Campbell, D.T, & J.C. Stanley. 1979. Experimental and Quasi Experimental Design for Research. Hought Mifflin Company. Boston, USA. <http://www2.chass.ncsu.edu/basic/design.htm>. [29 April 2003].
- Crescent. 2001. Impact of JPS Basic Health Care on The Health Status of Poor Communities (Dampak Pelayanan JPS-BK Terhadap Status Kesehatan Keluarga Miskin). Center for Regional Resource Development and Community Empowerment. Bogor.
- Engle, P. 1999. The Role of Caring Practises and resources for Care in Child Survival, Growth and Development : South and Southeast Asia. Asian Development Review, Vol 17 : 132-167
- ESCAP HRD. 1999. Module Two Child Development.http://www.escap-hrd.org/train/mod2_background.pdf/. [2 Mei 2003].
- Gibson, R. 1993. Nutritional Assessment : A Laboratory Manual. University of Guelph. Oxford University, New York. USA.
- Hack, M, N K Klein & H G Taylor. 1999. Issue of Low Birthweight. Publication of The david and Lucille Packard Foundation. USA.
- Jahari, A.B. 2000. Penilaian Pertumbuhan. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi. Bahan Kuliah Epidemiologi Gizi. Tidak dipublikasikan. Bogor.
- _____ *et al.* 2000. Penyimpangan Positif Masalah KEP Di Jakarta Utara DKI Jakarta, Pedesaan Kabupaten BOGOR Jawa Barat dan Lombok Timur NTB. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia dan UNICEF-Indonesia, Jakarta.
- _____ & I. Sumarno. 2002. Status Gizi Penduduk Indonesia. Majalah Pangan. No. 38/XI/Jan Hal. 20 – 29.
- James, W.P.T. 2002. Will feeding mothers prevent the Asian metabolic syndrome epidemic? Asia Pacific Journal Clinical Nutrition 11 (Supl): S516-S523
- Kidder, L.H. 1981. Research Methods in Social Relations. Holt, Rinehart, and Winston. USA.
- Komite Penanggulangan Kemiskinan. 2002. Buku Pedoman. Komite Penanggulangan Kemiskinan. Jakarta.
- Markum, A.H., S. Ismael, H. Alatas, A. Akib, A. Firmansyah, & S. Sastroasmoro. 1991. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak. Jilid I. Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- Martorell, R. 1995. Promoting Healthy Growth : Rationale and Benefits. Proceedings of Child Growth and Nutrition in Developing Countries : Priorities for Action. Editor Pinstrup-Andersen P, D. Pelletier, H. Aderman. Cornel University Press. Ithaca. USA.
- Pollit, E & S Oh. 1994. Early supplementary feeding. child development and health policy. Food Nutr. Bull 15(3) : 208-214.
- Satoto. 1990. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Pengamatan Anak Umur 0-18 Bulan di Kecamatan Mlonggo, Kabupaten Jepara, Jawa Tengah. Disertasi Doktor Ilmu Kedokteran, Universities Diponegoro. Semarang.
- Seifert, K.L & R.J. Hoffnung. 1987. Child and Adolescent Development. Houghton Mifflin Company. Boston. USA.
- Soetjiningsih & R. Ekawati. 2000. Kalender Tumbuh Kembang Balita Pendekatan Baru Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Balita Oleh Keluarga Tahun 2000. Puslitbang Keluarga Sejahtera BKKBN. Jakarta.