

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

2.1.1. Pengertian Posyandu

Posyandu merupakan salah satu bentuk kegiatan dari Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD), dimana masyarakat antara lain melalui kader-kader yang terlatih dibidang kesehatan menyelenggarakan 5 (lima) program prioritas secara terpadu pada suatu tempat dan waktu yang telah ditentukan dengan bantuan pelayanan dari petugas Puskesmas, bagi jenis pelayanan dimana masyarakat tidak mampu memberikan sendiri (DepKes, 1986).

Selain itu Posyandu juga merupakan unit pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat dan untuk masyarakat, dengan dukungan teknis petugas Puskesmas. Posyandu melaksanakan 5 (lima) program kesehatan dasar, yang terdiri atas KB, KIA, Gizi, Imunisasi, dan penanggulangan penyakit diare, untuk para ibu dan anak ditingkat masyarakat. Tujuannya adalah untuk menurunkan angka kematian bayi (AKB) serta memperbaiki status kesehatan dan gizi para balita, ibu hamil dan ibu menyusui (DepKes, 1995).

2.1.2. Tujuan Posyandu

Posyandu sebagai perpanjangan tangan dari Puskesmas dilaksanakan dengan tujuan sebagai berikut (DepKes RI, 1986) :

1. Mempercepat penurunan angka kematian bayi, anak balita dan angka kelahiran.
2. Mempercepat diterimanya Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS).

3. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang sesuai kebutuhan.

2.1.3. Kedudukan Posyandu

Posyandu sebagai suatu bentuk peran serta masyarakat (PSM) yang digerakkan oleh PKK dan lembaga swadaya masyarakat lainnya dengan bantuan teknis dari petugas Puskesmas dan KB yang didukung oleh perangkat pemerintah desa dan Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD).

Sebagai kegiatan swadaya masyarakat yang semula dikenal dengan kegiatan pembangunan masyarakat desa, Posyandu merupakan bagian dari kegiatan LKMD pada seksi 7 LKMD atau seksi kesehatan (DepKes RI, 1988).

Instruksi Mendagri No.9 tahun 1990 telah ditegaskan bahwa penanggung jawab Posyandu adalah ketua umum LKMD, maju mundurnya kegiatan Posyandu tersebut sangat tergantung dari peran Kepala Desa sebagai ketua umum LKMD.

Yang menyelenggarakan kegiatan Posyandu itu sendiri secara langsung adalah kader dan koordinator kader. Mereka adalah warga masyarakat setempat, mereka tidak mendapat imbalan, berupa gaji dari pemerintah, melainkan bekerja secara sukarela. Jadi kegiatan Posyandu adalah kegiatan warga masyarakat setempat, dan dibantu oleh petugas kesehatan. Maka menjadi tugas kader dan pemuka masyarakat untuk menumbuhkan kesadaran semua warga agar menyadari bahwa Posyandu adalah milik warga dengan tujuan untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan warga masyarakat setempat (DepKes RI, 1988).

2.1.4. Pembentukan Posyandu

Dalam pembentukan Posyandu, sebaiknya melayani sekitar 100 (seratus) balita atau sesuai dengan kemampuan petugas dan keadaan setempat. Sedangkan lokasi tempat penyelenggaraan Posyandu, sebaiknya berada pada tempat yang mudah didatangi oleh masyarakat dan ditentukan oleh masyarakat itu sendiri. Posyandu juga dapat dibentuk bila pada suatu wilayah terdapat 120 (seratus dua puluh) kepala keluarga atau dengan jumlah penduduk sebanyak 700 jiwa (DepKes RI, 1984).

Jika satu Posyandu dibentuk dengan jumlah sasaran balita lebih dari 100 orang, maka kegiatan Posyandu tidak akan efektif dalam melayani sasaran yang ada dan berakibat buruk pada kualitas dan kuantitas pelayanan yang diberikan di Posyandu. Sebaliknya Posyandu yang terlalu banyak akan kesulitan dalam penyediaan sarana dan tenaga termasuk kader yang akan menjalankan Posyandu tersebut.

Jika Posyandu memiliki jumlah sasaran yang banyak, maka cakupan kegiatan program akan rendah. Hal ini karena penyelenggara Posyandu (kader) tidak mampu menjangkau semua sasaran yang ada, sehingga sebagian balita tidak akan menerima pelayanan yang diberikan di Posyandu. Hal ini akan diperberat lagi jika Posyandu tersebut mempunyai kader baik kualitas maupun kuantitasnya yang tidak memadai, akhirnya Posyandu yang diharapkan dapat memonitor dan meningkatkan status gizi balita melalui berbagai kegiatan gizi tidak akan tercapai. Disamping itu, meskipun jumlah sasaran Posyandu sedikit, kalau jumlah kader Posyandu sangat kurang dan kemampuannya untuk menggerakkan partisipasi masyarakat rendah, maka cakupan Posyandu juga tidak akan baik.

2.1.5. Penyelenggaraan Posyandu

Dalam penyelenggaraan Posyandu terjadi keterpaduan antara program-program yang ada dan keterpaduan antara sektor yang bersangkutan serta keterpaduan antara pelayanan oleh masyarakat dan pelayanan profesional.

Posyandu direncanakan dan dikembangkan oleh kader bersama Kepala Desa dan LKMD (Seksi KB-Kes dan PKK) dengan bimbingan Tim Pembina LKMD tingkat Kecamatan. Penyelenggaraanya oleh kader yang terlatih di bidang KB-Kesehatan, berasal dari PKK, tokoh masyarakat, pemuda dan lain-lain, dengan bimbingan Tim Pembina LKMD Tingkat Kecamatan (DepKes RI, 1986).

Posyandu dapat melayani semua anggota masyarakat terutama ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta Pasangan Usia Subur (PUS). Posyandu sebaiknya berada pada tempat yang mudah didatangi masyarakat, dengan demikian kegiatan Posyandu dapat dilaksanakan di pos pelayanan yang telah ada, rumah penduduk, balai desa, tempat pertemuan RK/RT atau di tempat khusus yang dibangun masyarakat (DepKes RI, 1986).

Penyelenggaraannya dilakukan dengan "Pola Lima Meja" sebagaimana diuraikan dari DepKes (2000), sebagai berikut :

Meja 1. Pendaftaran balita dan ibu hamil

Meja 2. Penimbangan balita

Meja 3. Pencatatan hasil penimbangan ke dalam KMS balita.

Meja 4. Penyuluhan perorangan

- a. Pada ibu yang mempunyai balita berdasarkan hasil penimbangan, berat badan balitanya naik/turun, diikuti dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), oralit dan vitamin A dosis tinggi.
- b. Terhadap ibu hamil yang beresiko tinggi, diikuti dengan pemberian tablet besi.
- c. Terhadap Pasangan Usia Subur (PUS) agar menjadi peserta KB lestari, diikuti dengan pemberian kondom, pil ulangan atau tablet besi.

Meja 5. Pelayanan oleh tenaga profesional meliputi pelayanan KIA, KB, imunisasi dan pengobatan, serta pelayanan lain sesuai dengan kebutuhan setempat.

Kegiatan lima meja adalah kegiatan pelayanan pada hari buka Posyandu. Meja 1 sampai 4 dilaksanakan oleh para kader, sedangkan meja 5 oleh petugas sektor, yaitu petugas kesehatan, PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana), atau yang lainnya. Kegiatan lima meja bukan berarti benar-benar harus ada 5 meja karena ini hanyalah merupakan istilah. Kegiatan lima meja artinya 5 jenis kegiatan, dan bisa saja tidak semua kegiatan menggunakan meja yang sesungguhnya.

Kalau banyak ibu-ibu berkumpul menunggu giliran, bisa diberikan penyuluhan kelompok. Selain itu, disemua meja bisa juga diadakan penyuluhan sesuai keperluannya. tetapi jangan sengaja meminta ibu-ibu berkumpul hanya untuk penyuluhan kelompok di Posyandu (Nasution, A, 1997).

Menurut DepKes RI (1992) kegiatan Posyandu dapat dibedakan antara lain :

1. Posyandu Paripurna, yaitu program pelayanan terpadu mencakup lima program utama (KB, KIA, pelayanan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare).
2. Posyandu Sederhana, yaitu program pelayanan terpadu kurang dari lima program utama.

2.2. Telaah Kemandirian Posyandu

Wujud peran serta atau partisipasi masyarakat semakin nampak dalam pembangunan kesehatan, setelah munculnya Posyandu sebagai salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) (DepKes RI, 1998).

Sampai saat ini baru 6 (enam) jenis UKBM yang telah ditentukan tingkat perkembangannya yaitu, Posyandu, Pos Obat Desa (POD), Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK), Dana Sehat, Taman Obat Keluarga (TOGA), dan tingkat partisipasi Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dalam bidang kesehatan (DepKes RI, 1998).

Tumbuh dan berkembangnya Posyandu telah membawa dampak yang amat luas, yang dapat digolongkan dalam 3 hal yaitu :

1. Berkembangnya Posyandu telah mendorong tumbuhnya UKBM lain seperti POD, Polindes, Dana Sehat dan lain-lain.
2. Institusi Posyandu yang menguat, membuat setiap program bahkan dari sektor lain, beramai-ramai memanfaatkan Posyandu sebagai nilai tambah pelaksanaan programnya. Penambahan program ini memang bertujuan untuk mengembangkan Posyandu, tetapi tentu saja membawa konsekuensi dalam aspek pembinaan.
3. Makin banyaknya jumlah Posyandu mendorong terjadinya variasi tingkat perkembangan yang beragam. Ada sebagian posyandu telah mencapai tingkat

perkembangan yang sangat maju, di sisi lain masih banyak Posyandu yang berjalan tersendat bahkan kemudian tinggal papan nama.

Menghadapi keadaan ini, diperlukan pola pembinaan yang arif dan variatif, berdasarkan tingkat perkembangan Posyandu yang bersangkutan. Disamping itu perlu pula kejelasan tentang arah yang akan dituju, yang dalam Pelita VI ini mengarah ke "kemandirian" (Depkes RI, 1998).

Untuk menjawab kebutuhan tersebut, telah dikembangkan alat pembinaan yang dikenal dengan Telaah Kemandirian Posyandu (TKP) yang pada prinsipnya adalah semua Posyandu di data tingkat pencapaiannya, baik dari segi pengorganisasian maupun pencapaian programnya. Tujuannya adalah melakukan kategorisasi atau stratifikasi Posyandu, yang bisa dikelompokkan menjadi 4 (empat) tingkat (DepKes RI, 1998).

2.2.1. Indikator Tingkat Kemandirian Posyandu

Untuk melakukan telaah kemandirian dari DepKes RI (1998), telah dikembangkan seperangkat indikator yang digunakan sebagai penyaring atau penentu tingkat kemandirian Posyandu, yaitu :

1. Frekuensi penimbangan per tahun.

Seharusnya Posyandu menyelenggarakan kegiatan setiap bulan, jadi bila teratur akan ada 12 (dua belas) kali penimbangan setiap tahun. Dalam kenyataannya, tidak semua Posyandu dapat berfungsi setiap bulan, sehingga frekuensinya kurang dari 12 (dua belas) kali setahun. Untuk ini diambil batasan 8 (delapan) kali.

Posyandu yang frekuensi penimbangannya kurang dari 8 (delapan) kali per tahun dianggap masih rawan, sedangkan bila frekuensinya sudah 8 (delapan) kali lebih, dianggap sudah cukup mapan.

2. Rata-rata jumlah kader tugas pada hari "H" (pelaksanaan) Posyandu.

Jumlah kader yang bertugas pada hari "H" Posyandu dapat dijadikan indikasi lancar tidaknya Posyandu. Hari "H" merupakan puncak kegiatan Posyandu, oleh karena itu banyaknya kader yang bertugas pada hari itu amat menentukan kelancaran Posyandu.

Dari pengalaman selama ini menunjukkan bahwa kegiatan Posyandu bisa tertangani dengan baik bila jumlah kader 5 (lima) orang atau lebih. Bila kurang dari 5 (lima) orang biasanya kader kewalahan melayani sasaran yang datang ke Posyandu.

3. Cakupan D/S (Tingkat Partisipasi Masyarakat)

Cakupan D/S sebagai tolak ukur peran serta masyarakat dan aktifitas kader/tokoh masyarakat dalam menggerakkan masyarakat setempat untuk memanfaatkan Posyandu. Tingkat Partisipasi masyarakat tersebut dihitung dengan cara membagi jumlah balita yang ditimbang (D) dengan jumlah seluruh balita yang berada di wilayah kerja Posyandu (S) (DepKes RI, 1994).

Cakupan D/S dianggap baik bila dapat mencapai 50% atau lebih, sedangkan bila kurang dari 50%, dapat dikatakan Posyandu ini belum baik.

4. Cakupan Imunisasi

Cakupan imunisasi meliputi BCG, Polio, DPT, Hepatitis B dan Campak. Sebagai indikator cakupan imunisasi yang diambil adalah salah satu atau lebih cakupan imunisasi yang tertinggi. Cakupan imunisasi dihitung secara kumulatif selama satu tahun. Cakupan kumulatif dianggap baik bila mencapai 50% keatas, sedangkan bila kurang dari 50% dianggap Posyandunya belum baik.

5. Cakupan Ibu Hamil

Cakupan pemeriksaan ibu hamil yang diambil adalah cakupan pemeriksaan ulang (K2 – K4). Cakupan pemeriksaan ibu hamil juga dihitung secara kumulatif selama satu tahun. Batas mantap tidaknya Posyandu digunakan angka serupa yaitu 50%.

6. Cakupan KB

Cakupan KB meliputi cakupan peserta KB baru dan KB lama dalam kelangsungan pemakaian alat kontrasepsi. Cakupan peserta KB juga dihitung secara kumulatif selama satu tahun. Pencapaian 50% keatas dikatakan baik, sedangkan kurang dari 50% berarti belum baik.

7. Program Tambahan

Posyandu pada mulanya melaksanakan 5 (lima) program utama yaitu KB, KIA, Perbaikan Gizi, Imunisasi dan penanggulangan diare. Bila telah baik jalannya, wajar bila programnya ditambah. Program tambahan disini yang dimaksudkan adalah Bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) lain seperti :

- a. Dana Sehat Pola UKS (Usaha Kesehatan sekolah)
- b. Dokter Kecil
- c. Taman Obat Keluarga (TOGA)
- d. Pondok Bersalin Desa (Polindes)
- e. Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK)
- f. Pos Obat Desa (POD), dan lain-lain.

8. Cakupan Dana Sehat

Dana Sehat merupakan wahana untuk memandirikan Posyandu. Oleh karena itu keberadaan dan cakupan Dana Sehat dapat dijadikan indikator kemandirian

Posyandu. Diharapkan bila Dana Sehat telah mampu membiayai Posyandu maka tingkat kemandirian masyarakat sudah cukup baik. Sebagai ukuran digunakan persentase kepala keluarga (KK) yang ikut Dana Sehat, yaitu bila 50% ke atas dikatakan baik, sedangkan bila kurang dari 50% dikatakan masih kurang.

Bila Dana Sehat telah ada dengan cakupan lebih dari 50% KK telah menjadi anggota pembinaan selanjutnya diarahkan kepada Dana Sehat yang berprinsip JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat).

Jumlah indikator utama tersebut, tidaklah mutlak. Jumlah indikator utama dapat dikurangi atau ditambah sesuai dengan situasi dan kondisi daerah setempat.

2.2.2. Kategori Posyandu dan Intervensinya

Atas dasar 8 (delapan) indikator tersebut, Posyandu dapat digolongkan menjadi 4 (empat) tingkatan. Intervensi untuk masing-masing tingkatan tentu saja tidak sama. Secara ringkas kriteria kategori Posyandu adalah seperti tampak pada tabel 2.1. di bawah ini.

Tabel 2.1. Tingkat Posyandu Menurut Telaah Kemandirian Posyandu

No	Indikator	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1.	Frek. penimbangan	< 8 kali	> 8 kali	> 8 kali	> 8 kali
2.	Rata-rata kader tugas	< 5 orang	> 5 orang	> 5 orang	> 5 org
3.	Rata-rata cakupan D/S	< 50%	< 50%	> 50%	> 50%
4.	Cakupan kum. KB	< 50%	< 50%	> 50%	> 50%
5.	Cakupan kum. KIA	< 50%	< 50%	> 50%	> 50%
6.	Cakupan kum. imunisasi	< 50%	< 50%	> 50%	> 50%
7.	Program tambahan	(-)	(-)	(+)	(+)
8.	Cakupan Dana Sehat	< 50%	< 50%	< 50%	> 50%

Sumber : DepKes RI, 1998.

Adapun intervensinya adalah sebagai berikut :

1. Posyandu Pratama (warna merah)

Posyandu tingkat Pratama adalah Posyandu yang masih belum mantap, kegiatannya belum bisa rutin tiap bulan dan kader aktifnya terbatas.

Keadaan ini dinilai gawat sehingga intervensinya adalah pelatihan kader ulang. Artinya kader yang ada perlu ditambah dan dilakukan pelatihan dasar lagi.

2. Posyandu Madya (warna kuning).

Posyandu pada tingkat Madya sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 (delapan) kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader tugas 5 (lima) orang atau lebih. Akan tetapi cakupan program utamanya (KB, KIA, Gizi, dan Imunisasi) masih rendah, yaitu kurang dari 50%, ini berarti kelestarian kegiatan Posyandu sudah baik tetapi masih rendah cakupannya. Untuk ini perlu dilakukan penggerakan masyarakat secara intensif, serta penambahan program yang sesuai dengan situasi dan kondisi setempat. Intervensi untuk Posyandu madya ada 2 yaitu :

- a. Pelatihan Toma dengan modul eskalasi Posyandu yang sekarang sudah dilengkapi dengan metoda simulasi.
 - b. Penggarapan dengan pendekatan PKMD (Musyawarah Masyarakat Desa dan Survei Mawas Diri) untuk menentukan masalah dan mencari penyelesaiannya, termasuk menentukan program tambahan yang sesuai dengan situasi dan kondisi setempat.
3. Posyandu Purnama (warna hijau).

Posyandu pada tingkat Purnama adalah Posyandu yang frekuensinya lebih dari 8 (depalan) kali per tahun, rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih, dan

cakupan 5 program utamanya (KB, KIA, Gizi, dan Imunisasi) lebih dari 50%. Sudah ada program tambahan, bahkan mungkin sudah ada Dana Sehat yang masih sederhana.

Intervensi pada Posyandu di tingkat ini adalah :

- a. Penggarapan dengan pendekatan Pembangunan Kesehatan masyarakat Desa (PKMD), untuk mengarahkan masyarakat menentukan sendiri pengembangan program di Posyandu.
 - b. Pelatihan Dana Sehat, agar di desa tersebut dapat tumbuh Dana Sehat yang kuat, dengan cakupan anggota minimal 50% KK atau lebih.
4. Posyandu Mandiri (warna biru)

Posyandu ini berarti sudah dapat melakukan kegiatan secara teratur, cakupan 5 (lima) program utama sudah bagus, ada program tambahan dan Dana Sehat telah menjangkau lebih dari 50% KK. Untuk Posyandu tingkat ini, intervensinya adalah : pembinaan Dana Sehat, yaitu diarahkan agar Dana Sehat tersebut menggunakan prinsip JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat).

2.3. Status Gizi

2.3.1. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Dibedakan antara status gizi buruk, kurang, baik, dan lebih. (Almatsier, 2002). Dengan demikian status gizi seseorang dapat dipengaruhi oleh jenis makanan yang dikonsumsi dan penggunaannya di dalam tubuh manusia.

Status gizi menurut I Dewa Nyoman Supriasa (2001) yang mengutip pendapat Deswarni Idrus dan Gatot Kunanto adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam

bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat-zat gizi tersebut dalam bentuk variabel tertentu, seperti Kurang Energi Protein (KEP) merupakan keadaan tidak seimbangnya pemasukan dan pengeluaran energi dan protein dalam tubuh.

2.3.2. Status Gizi Balita

Status gizi balita erat hubungannya dengan pertumbuhan anak, oleh karena itu perlu suatu ukuran/alat untuk mengetahui adanya kekurangan gizi dini, monitoring penyembuhan kurang gizi dan efektivitas suatu program pencegahan (Tarwotjo, 1979).

Sejak tahun 1980-an pemantauan berat badan anak balita telah dilakukan di hampir semua desa di Indonesia melalui Posyandu. Dengan meningkatkan mutu penimbangan dan pencatatannya, maka melalui Posyandu, dimungkinkan untuk memantau status gizi setiap anak balita di wilayahnya (Soekirman, 2000).

2.3.3. Penilaian Status Gizi

Ada berbagai cara melakukan penilaian status gizi pada kelompok masyarakat. Salah satunya adalah dengan pengukuran tubuh manusia yang dikenal dengan antropometri. Antropometri telah lama dikenal sebagai indikator untuk penilaian status gizi perorangan maupun masyarakat. Pengukuran antropometri mudah/dapat dilakukan dengan hanya memerlukan latihan yang sederhana (DepKes RI, 1995).

Selain itu pengukuran antropometri memiliki metoda yang tepat, akurat karena mempunyai ambang batas dan baku rujukan yang sudah pasti. Pengukuran antropometri juga mempunyai prosedur yang sederhana dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar (Supariasa, 2001).

Beberapa macam ukuran antropometri yang telah digunakan, antara lain berat badan (BB), panjang badan (PB) atau tinggi badan (TB), lingkaran lengan atas (LLA), lingkaran kepala (LK), lapisan lemak bawah kulit (LLBK) dan lingkaran dada (LD) (DepKes RI, 1995).

Di Indonesia pada Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 1995, indikator status gizi yang banyak digunakan, baik dalam kegiatan program maupun penelitian adalah BB dan TB. Yang menjadi objek pengukuran antropometri pada umumnya adalah anak-anak di bawah lima tahun (balita). Dalam pemakaian untuk penilaian status gizi, antropometri disajikan dalam bentuk indeks yang dikaitkan dengan variabel lain, seperti berat badan menurut umur (BB/U), panjang badan atau tinggi badan menurut umur (PB/U) atau TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) atau berat badan menurut panjang badan (BB/PB).

Untuk mengetahui apakah berat badan dan tinggi badan kita normal, lebih rendah atau lebih tinggi dari yang seharusnya, dilakukan perbandingan dengan suatu standar internasional yang ditetapkan oleh WHO (Soekirman, 2000).

Status gizi yang digambarkan oleh masing-masing indeks mempunyai arti yang berbeda. Jika antropometri ditujukan untuk mengukur seseorang yang kurus kering (*wasting*), kecil pendek (*stunting*) atau keterhambatan pertumbuhan, maka indeks BB/TB dan TB/U adalah yang cocok digunakan (DepKes RI, 1995).

Alternatif pengukuran lain dan paling banyak digunakan adalah indeks BB/U. Indikator BB/U menunjukkan secara sensitif status gizi saat ini (saat diukur) karena mudah berubah. Kelebihan dari penggunaan indeks BB/U adalah lebih mudah, lebih cepat dimengerti oleh masyarakat umum, sensitif untuk melihat perubahan status dalam

jangka waktu pendek, baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis, dan dapat mendeteksi kegemukan (Supariasa, 2001).

Pada tingkat Puskesmas atau lapangan penentuan status gizi yang umum dilakukan adalah hanya dengan menimbang balita dengan indeks berat badan menurut umur (BB/U), kemudian indeks berat badan menurut umur tersebut (BB/U) dibandingkan dengan angka standar (DepKes RI, 1995).

2.3.4. Kategori Status Gizi

Untuk menentukan status gizi dalam suatu survei gizi tidak sesederhana menentukan status gizi perorangan. Status gizi kelompok orang ditentukan melalui suatu perhitungan statistik dengan menghitung nilai hasil penimbangan dibandingkan dengan angka rata-rata atau median dan standar deviasi (SD) dari suatu angka acuan standar WHO. Dengan rumus tertentu dapat dihitung nilai Skor Z dari nilai BB/U. Skor Z yang bernilai plus-minus 1 sampai 4 SD menentukan jenis status gizi (Soekirman, 2000).

Berdasarkan indeks berat badan menurut umur (BB/U) terhadap baku rujukan WHO-NCHS maka kategori status gizi dapat dilihat pada tabel 2.2. dibawah ini :

Tabel 2.2. Kategori Status Gizi Berdasarkan Batas Ambang (Standar Deviasi)

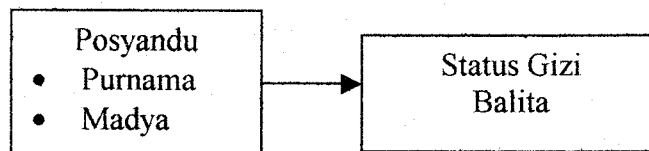
Kategori Status Gizi	Batas Ambang
Gizi Baik	$(\geq -2SD) - (< +2 SD)$
Gizi Kurang	$(\geq -3 SD) - (< -2 SD)$
Gizi Buruk	$< -3 SD)$
Gizi Lebih (Gemuk)	$\geq +2 SD$

Sumber : Soekirman, *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*, 2000.

2.4. Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini akan dilihat perbedaan status gizi balita yang berada di wilayah kerja Posyandu Madya dan Posyandu Purnama. Salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi balita adalah pelayanan kesehatan dan penentuan stratifikasi untuk Posyandu Madya dan Purnama dipengaruhi oleh hasil kualitas pelayanan dari Posyandu tersebut.

Kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut :



2.5. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan variabel, maka hipotesis penelitian adalah ada perbedaan status gizi balita yang berada di wilayah kerja Posyandu Madya dengan Posyandu Purnama.