

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Status Gizi

Menurut Almtsier (2009), status gizi merupakan keadaan tubuh seseorang sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi digolongkan menjadi status gizi buruk, kurang, baik dan lebih.

Interpretasi informasi dari hasil beberapa metode penilaian status gizi yaitu penilaian konsumsi makanan, antropometri, laboratorium atau biokimia dan klinis diperlukan untuk menentukan status gizi seseorang atau sekelompok populasi (Gibson, 2005). Pengukuran antropometri merupakan metode yang relatif paling sederhana dan banyak digunakan (Soekirman, 2005).

Antropometri dapat dilakukan dengan beberapa macam pengukuran yaitu pengukuran berat badan (BB), tinggi badan (TB) dan lingkaran lengan atas (LILA). BB, TB dan LILA sesuai dengan umur paling sering digunakan untuk survei, sedangkan untuk perorangan atau keluarga, pengukuran BB dan TB lebih dikenal (Soekirman, 2005). Klasifikasi penilaian status gizi yang dipakai dalam Riset Kesehatan Dasar 2010 (RISKESDAS 2010) adalah berdasarkan berat badan per umur (BB/U), tinggi badan per umur (TB/U), dan berat badan per tinggi badan (BB/TB).

Tabel 1. Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan Berat Badan per Umur (BB/U), Tinggi Badan per Umur (TB/U), dan Berat Badan per Tinggi Badan (BB/TB)

Kalsifikasi Status Gizi	Indikator Status Gizi
BB/U	
Gizi buruk	$Z\ score < -3,0$
Gizi kurang	$Z\ score \geq -3,0\ s/d\ Z\ score < -2,0$
Gizi baik	$Z\ score \geq -2,0\ s/d\ Z\ score \leq 2,0$
Gizi lebih	$Z\ score > 2,0$
TB/U	
Sangat pendek	$Z\ score < -3,0$
Pendek	$Z\ score \geq -3,0\ s/d\ Z\ score < -2,0$
Normal	$Z\ score \geq -2,0$
BB/TB	
Sangat kurus	$Z\ score < -3,0$
Kurus	$Z\ score \geq -3,0\ s/d\ Z\ score < -2,0$
Normal	$Z\ score \geq -2,0\ s/d\ Z\ score \leq 2,0$
Gemuk	$Z\ score > 2,0$

Gizi kurang ditunjukkan pada tabel di atas bila $Z\ score \geq -3,0$ sampai dengan $Z\ score < -2,0$ dengan indikator berat badan per umur. Gizi kurang didefinisikan sebagai kondisi hasil asupan makanan yang tidak cukup dan paparan penyakit infeksi yang berulang. Termasuk tidak sesuainya berat badan dengan usia anak serta terjadi defisiensi asupan vitamin dan mineral (Thomas, 2006).

2. Epidemiologi Gizi Kurang

Gizi kurang secara epidemis menjadi masalah di beberapa bagian di dunia. Negara-negara berkembang seperti sebagian besar Asia, Afrika, Amerika Tengah dan Amerika Selatan pada umumnya mempunyai masalah gizi kurang (Almatsier, 2009). *World Health Organization* memperkirakan pada tahun 2015 akan terjadi penurunan prevalensi

malnutrisi secara global sebesar 17,6 %, dengan jumlah balita 113,4 juta yang diukur berdasarkan BB/U. Kejadian gizi buruk ataupun gizi kurang banyak terjadi terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Gizi kurang 12,2 % terjadi pada anak-anak usia bawah 5 tahun (Ergin *et al.*, 2007).

Mortalitas balita diseluruh dunia pada tahun 2008 disebabkan oleh berbagai hal berikut ini : 1) Neonatal (41%), 2) diare (14%), 3) Pneumonia (14%), 4) Malaria (8%), 5) *Injuries* (3%), 6) HIV (2%), 7) *Measles* (1%), dan 8) Sebab lain (16%), yang secara global disertai dengan kondisi kurang gizi (WHO, 2010).

Menurut Kementrian Komunikasi dan Informatika RI (2011) penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk mengalami perlambatan, yaitu hanya 0,5 %, yang dikhawatirkan berdampak pada ketidakberhasilan program MDG's yang menargetkan penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk sebesar 15,5 %. Penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk hanya dari 18,4 menjadi 17,9 persen selama 3 tahun terakhir (2007-2010).

Menurut sumber sub Dinas Kabupaten Bantul pada tahun 2007, angka gizi buruk dan gizi kurang di kabupaten tersebut sebesar 0,73 % yang menunjukkan penurunan, tetapi sampai saat ini jumlah gizi kurang masih dalam jumlah besar. Wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Bantul memiliki balita dengan status gizi kurang dalam jumlah besar. Wilayah kerja puskesmas Kasihan I Bantul mencakup dua desa, yaitu desa

Tamantirto dengan jumlah 119 (8,93%) dari 1333 balita yang tertimbang, dan desa Bangunjiwo dengan jumlah yang lebih besar yaitu 157 (10,19 %) balita gizi kurang dari 1543 balita yang tertimbang.

3. Penyebab kejadian Gizi Kurang

Gizi kurang secara langsung disebabkan oleh kurangnya konsumsi makanan dan adanya penyakit infeksi (Almatsier, 2009). Gizi kurang sering kali dihubungkan dengan asupan nutrisi yang inadecuak dalam jangka waktu lama dan penyakit infeksi yang diderita berulang, ataupun dapat juga karena dua-duanya (Nojomi *et al.*, 2004).

Insufisiensi asupan makanan dan *diarrhea* sering kali menjadi penyebab keadaan gizi kurang. Penyakit infeksi selain menjadi penyebab terjadinya gizi kurang juga dapat menjadi akibat dari gizi kurang (Nojomi *et al.*, 2004). Infeksi yang diderita anak berpengaruh pada penurunan berat badan. Keadaan menurunnya berat badan disebabkan karena nafsu makan anak berkurang sehingga asupan gizi dan energi tidak mencukupi kebutuhannya. Pada penyakit infeksi kebutuhan tersebut meningkat akibat katabolisme yang meningkat dan suhu badan yang meninggi (Pudiadi, 2000).

Faktor lingkungan secara tidak langsung akan menyebabkan ketidakcukupan asupan nutrisi pada anak, sehingga terjadi kemerosotan jaringan akibat persediaan atau cadangan jaringan kurang. Kemerosotan jaringan menyebabkan keadaan malnutrisi yang ditandai dengan penurunan berat badan dan pertumbuhan terhambat (Supariasa *et al.*,

2002). Faktor lingkungan dapat berupa pekerjaan orangtua. Balita yang ayahnya bekerja sebagai petani memiliki faktor resiko 60 % lebih besar dibandingkan balita yang ayahnya bekerja di tempat lainnya (Miller *et al.*, 2009).

Balita yang menerima pengasuhan inadkuat memiliki kesempatan untuk terjadinya gizi kurang lebih besar dibanding dengan balita dengan pengasuhan cukup. Pengasuhan dalam hal ini meliputi asupan nutrisi dan pelayanan kesehatan yang memadai (Nojomi *et al.*, 2004).

Pengetahuan keluarga tentang gizi yang meliputi cara pemberian ASI dan makanan tambahan pada waktu yang tepat, kurangnya sanitasi dan perlindungan anak dari infeksi yang dalam hal ini termasuk immunisasi, defisiensi *micronutrien*, khususnya besi, *iodin*, dan vitamin A juga berpengaruh terhadap terjadinya kurang gizi (UNICEF, 2009). Pemberian ASI sangat berperan dalam pengurangan kejadian kurang gizi (Nojomi *et al.*, 2004).

Status nutrisi anak berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu. Ibu dengan tingkat pendidikan semakin tinggi, memiliki kemungkinan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) semakin kecil. Status sosial ekonomi maternal juga berhubungan dengan kelahiran bayi BBLR, karena secara langsung berkorelasi dengan tingkat pendidikan maternal (Miller *et al.*, 2009). Balita dengan riwayat kelahiran BBLR memiliki angka faktor resiko yang sangat signifikan terhadap terjadinya gizi kurang di negara-negara berkembang (Nojomi *et al.*, 2004). Berat

badan lahir rendah menggambarkan keadaan bayi saat masih dalam kandungan, seperti berat badan Ibu. Berat badan lahir rendah merupakan faktor prenatal yang berpengaruh penting pada status nutrisi anak di Indonesia (Schmidt *et al.*, 2002).

Penyebab mendasar masalah gizi juga terletak pada krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk bencana alam yang mempengaruhi ketidakseimbangan antara asupan makanan dan adanya penyakit infeksi. Adanya penyebab tersebut pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita (Soekirman, 2005).

Menurut Arnold *et al.*, (2009), keadaan kurang gizi dapat disebabkan oleh beberapa hal mencakup lingkungan tempat tinggal, pemenuhan fasilitas kesehatan, tingkat pendidikan ibu, kelahiran bayi prematur, inisiasi pemberian ASI, dan keadaan demografi. Menurut Collins *et al.*, (2000) resiko kurang gizi selama bertahun-tahun diketahui karena penyakit kronis, penyakit infeksi, kurangnya asupan makanan, vitamin, mineral, menurunnya sistem imun, serta penyakit saluran pencernaan seperti iritasi mukosa saluran pencernaan, yang berdampak pada ketidakseimbangan asupan nutrisi dan penggunaan energi.

4. Dampak dan Bahaya Gizi Kurang

Menurut data dari UNICEF gizi kurang merupakan penyebab ketiga kematian di dunia pada anak usia bawah 5 tahun (Hubbard, 2009). Kurang gizi adalah faktor terpenting penyebab penyakit pada anak dan dapat mengarah kepada kematian. Balita dengan malnutrisi akan lebih

mudah mengalami penyakit infeksi, mudah masuk dalam kondisi penyakit yang semakin parah, dan memiliki waktu sembuh yang lebih panjang dibandingkan dengan anak gizi baik (Sahyog, 2009).

Diare menjadi penyakit yang sering kali berhubungan dengan kondisi gizi kurang. *World Health Organization* memperkirakan setiap tahun terjadi 150 juta episode diare di seluruh penjuru dunia pada balita. Lebih dari 3 juta balita meninggal akibat diare. Diare menjadi penyebab kematian yang di garis bawahi dan berhubungan dengan kondisi malnutrisi (Ibrahim, 2010).

Gizi kurang ataupun gizi buruk di negara berkembang memiliki kontribusi terbesar untuk anak berusia bawah lima tahun mengalami penyakit infeksi dan semakin lamanya penyembuhan penyakit. Diare, infeksi saluran pernafasan, dan malaria merupakan penyebab kematian akibat kurangnya gizi (Rice *et al.*, 2000).

Gizi kurang mengakibatkan penurunan prestasi atau kemampuan belajar di sekolah, menurunkan produktivitas, dan terganggunya perkembangan intelektual dan sosial (Ibrahim, 2010). Gizi merupakan salah satu dari banyak faktor yang mempengaruhi perkembangan otak dan kognitif. Anak dengan kurang gizi dapat mengalami keterlambatan dalam perkembangan otak dan kemampuan kognitifnya, seperti *attention deficit*, menghitung, kemampuan persepsi penglihatan, *intelegensia*, dan memori jangka panjang (Bryan *et al.*, 2008).

Menurut *UN World Food Programme* terjadi kematian setiap 6 menit akibat kurang gizi dan hal-hal yang terkait dengan nutrisi. Kerentanan untuk menderita suatu penyakit akan mudah dialami oleh anak dengan status gizi kurang. Kekurangan gizi dalam jangka panjang akan mengakibatkan berat badan dan tinggi badan anak tidak mencapai rata-rata (Gavin, 2009). Gizi kurang dapat menyebabkan perkembangan dan pertumbuhan fisik, serta mental tidak optimal (Sahyog, 2009).

5. Hubungan Asupan Nutrisi dengan Kejadian Gizi Kurang

Nutrisi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi normal dari organ-organ serta menghasilkan energi. Zat gizi adalah unsur yang terdapat dalam makanan dan dapat mempengaruhi kesehatan dan kondisi tubuh (Waryana, 2010).

Pertumbuhan seorang anak yang tercermin pada status gizinya banyak dipengaruhi oleh faktor keturunan dan lingkungan. Di antara banyak faktor lingkungan, asupan makanan merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi status gizi anak (Pudiadi, 2000).

Kebutuhan asupan setiap anak berbeda satu dengan yang lain. Asupan nutrisi digunakan sebagai energi untuk aktivitas tubuh, dan pembentukan jaringan baru, sehingga status gizi mencerminkan asupan yang masuk dalam tubuh. Asupan nutrisi yang kurang akan berdampak

pada status gizi yang kurang. Pertumbuhan yang normal dan sehat memerlukan asupan nutrisi yang cukup energi dan zat-zat gizi yang esensial (Pudiadi, 2000).

Kurang gizi dapat disebabkan oleh kurangnya asupan energi protein atau kekurangan asupan mikronutrien, seperti vitamin (vitamin A, tiamin, dan vitamin C), mineral, misalnya kalsium, fosfor, besi, dan seng (Ali, 2010).

a. Asupan energi

Zat-zat gizi yang mengandung energi disebut makronutrien. Makronutrien terdiri dari protein, karbohidrat, dan lemak. Tiap gram protein ataupun karbohidrat menghasilkan energi sebanyak 4 kilokalor, sedangkan tiap gram lemak menghasilkan 9 kilokalor. Dianjurkan supaya jumlah energi yang diperlukan didapati dari 50-60 % karbohidrat, 25-35 % lemak, dan 10-15 % didapat dari protein (Pudiadi, 2000).

Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi manusia. Bahan makanan pokok merupakan sumber utama karbohidrat, karena selain tinggi kadar amilumnya, juga dapat dimakan dalam jumlah besar tanpa menimbulkan rasa nek dan mual. Sumber karbohidrat di antaranya padi-padian atau sereal, umbi-umbian, kacang-kacang kering dan gula. Hasil olahannya antara lain bihun, mie, tepung-tepungan selai sirup dan sebagainya (Almatsier, 2009).

Sayur umbi-umbian seperti wortel dan bit serta sayur kacang-kacangan relatif lebih banyak mengandung karbohidrat dari pada sayur daun-daunan. Bahan makanan hewani seperti daging, ayam, ikan, telur dan susu sedikit sekali mengandung karbohidrat. Protein akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi dengan mengalahkan fungsi utamanya sebagai zat pembangun bila karbohidrat tidak memenuhi kebutuhan yang diperlukan, dan bila karbohidrat makanan mencukupi, protein akan digunakan sebagai zat pembangun (Almatsier, 2009).

b. Protein

Berdasarkan sumbernya, protein diklasifikasikan menjadi 2 yaitu protein hewani yang terdapat dalam bahan makanan yang berasal dari binatang (seperti daging, ikan, telur, susu, dsb) dan protein nabati yang terdapat pada bahan makanan yang berasal dari tumbuhan (seperti jagung, kedelai, kacang, olahannya dapat berupa: tempe, tahu, susu, oncom, dll) (Almatsier, 2009).

Jumlah protein yang diberikan dianggap adekuat jika mengandung sejumlah asam amino esensial sebesar jumlah yang dibutuhkan oleh tubuh. Protein yang berkualitas tinggi, seperti protein hewani diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (Pudiadi.

c. Vitamin

Vitamin merupakan salah satu zat gizi yang diperlukan tubuh dalam jumlah kecil dan harus didatangkan dari luar tubuh karena tidak dapat disintesis oleh tubuh. Fungsi vitamin secara umum sebagai zat pengatur, yaitu mengatur metabolisme dan mengatur berbagai keseimbangan, misalnya keseimbangan air, asam-basa dan mineral di dalam cairan tubuh. Vitamin dapat diperoleh dari sayur, buah dan biji-bijian (Soediatama, 2000).

Penelitian-penelitian membedakan vitamin dalam dua kelompok yaitu vitamin larut dalam lemak (seperti vitamin A, D, E dan K) dan vitamin larut dalam air (seperti vitamin B dan C). Vitamin larut air dikelompokkan menjadi vitamin C dan vitamin B-kompleks. Vitamin C atau asam askorbat, merupakan turunan vitamin C, adalah bahan yang kuat kemampuan reduksinya dan bertindak sebagai antioksidan dalam reaksi-reaksi hidroksilasi. Sumber vitamin C hanya terdapat di dalam pangan nabati, yaitu sayur dan buah terutama jeruk, tomat, nanas, rambutan, pepaya, sayuran daun-daunan, dan jenis kol. Kekurangan vitamin C dapat mengakibatkan gangguan fungsi tubuh seperti dalam terhambatnya penyembuhan luka, perdarahan gusi, kulit kering, mudah lelah, penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi, bahkan gangguan saraf berupa depresi diikuti gangguan psikomotor (Almatsier, 2009).

Vitamin B1 (Tiamin) berfungsi sebagai koenzim, dibutuhkan untuk dekarboksilasi oksidatif piruvat menjadi asetil KoA dan

memungkinkan masuknya substrat yang dapat dioksidasi ke dalam siklus Krebs untuk pembentukan energi. Sumber utama tiamin adalah sereal tumbuk/setengah giling seperti beras, kacang-kacangan, termasuk sayur kacang-kacangan, semua daging organ, daging tanpa lemak dan kuning telur (Almatsier, 2009). Tiamin juga bertindak sebagai kofaktor bagi sejumlah reaksi metabolik, terutama terlibat dalam metabolisme karbohidrat (Barasi, 2007)

Vitamin A berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan. Kekurangan vitamin A diketahui menyebabkan cacat lahir. *Retinol* dan *retinoic acid* (RA) penting untuk perkembangan embrio. Selama perkembangan janin, fungsi RA dalam perkembangan anggota badan dan pembentukan jantung, mata, dan telinga. Selain itu, RA telah ditemukan untuk mengatur ekspresi gen hormon pertumbuhan (Drake, 2007).

d. Mineral

Mineral berfungsi sebagai bagian zat aktif dalam metabolisme atau sebagai bagian penting dalam struktur sel dan jaringan. Mineral bisa didapatkan dari air, susu, daging, telur, sayur dan mineral sintesis. Mineral digolongkan menjadi mineral makro dan mineral mikro. Mineral makro adalah mineral yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah lebih dari 100 mg sehari, sedangkan mineral mikro dibutuhkan kurang dari 100 mg sehari (Almatsier, 2009)

Mineral makro meliputi natrium (sumbernya garam dapur, *monosodium glutamat* (MSG), kecap, makanan yang diawetkan dengan garam dapur), klorida yang terdapat bersamaan dengan natrium di dalam garam dapur, kalium terdapat di semua tumbuh-tumbuhan dan hewan terutama kacang-kacangan, kalsium terutama terdapat pada susu dan hasil olahan susu seperti keju, fosfor banyak terdapat di dalam daging, ayam, ikan, telur, susu, sereal dan kacang-kacangan, magnesium sumber utamanya sayuran hijau, sereal tumbuk, biji-bijian, kacang-kacangan, daging, susu, cokelat, dan sulfur (Almatsier, 2009).

Mineral mikro di antaranya besi (Fe) didapatkan dari daging, ayam, ikan, telur, kacang-kacangan, sayuran hijau dan buah-buahan. Jenis mineral mikro lainnya adalah seng (Zn), iodium (I), tembaga (Cu), mangan (Mn), krom (Cr), selenium (Se), molibden (Mo), fluor (F), kobal (Co), silikon (Si), vanadium (Va), timah (Pb), nikel (Ni), arsen (As) dan Boron (Almatsier, 2009).

Seng berperan sebagai katalitik, struktural, dan regulator. Seng bekerja pada enzim yang berperan dalam metabolisme makronutrien, produksi energi, transkripsi gen, transport gas, dan sistem antioksidan. Kekurangan seng dapat menyebabkan peningkatan risiko infeksi, menurunnya kekebalan tubuh, dan kegagalan pertumbuhan selama masa kanak-kanak (Barasi, 2007 dan *The World's Healthiest Foods.*, 2010).

Seng diperlukan untuk pertumbuhan yang baik dan pemeliharaan tubuh manusia. Seng mempengaruhi beberapa sistem dan reaksi biologis, serta diperlukan untuk fungsi kekebalan tubuh, penyembuhan luka, pembekuan darah, dan fungsi tiroid (*National Library of Medicine.*, 2011).

Kekurangan seng menyebabkan penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi, sehingga menyebabkan terjadinya gizi kurang. Defisiensi seng berat dapat menekan fungsi kekebalan tubuh. Defisiensi seng dapat mengganggu fungsi neutrofil dan makrofag dan aktivitas komplemen (Wintergerst *et al.*, 2007). Tubuh membutuhkan seng untuk mengembangkan dan mengaktifkan T-limfosit. Perubahan fungsi kekebalan pada defisiensi seng ini dikaitkan dengan peningkatan kerentanan terhadap infeksi (Brooks *et al.*, 2005).

Kalsium berperan dalam kegiatan fisiologis tidak hanya yang berhubungan dengan tulang, tetapi juga termasuk konduksi pembekuan darah, saraf, kontraksi otot, pengaturan aktivitas enzim, dan fungsi membran sel. Defisiensi kalsium pada anak-anak mengakibatkan gangguan mineralisasi tulang yang mengarah ke rakhitis, yaitu suatu kondisi yang ditandai dengan deformitas tulang dan retardasi pertumbuhan yang tampak sebagai kondisi gizi kurang (*The World's Healthiest Foods.*, 2010).

Zat besi telah lama diketahui penting untuk fungsi sel darah merah yang sangat berperan dalam pengikatan molekul hemoglobin

Hemoglobin sangat erat kaitannya dengan sel-sel tubuh yang berperan dalam proses pembentukan energi dalam tubuh. Zat besi dapat diperoleh dari berbagai jenis makanan, namun kejadian kurang gizi akibat defisiensi zat besi sangat sering terjadi. Salah satu gejala yang timbul akibat kondisi tersebut adalah terjadinya gangguan pertumbuhan pada anak-anak (*Natural Health Information Center.*, 2002).

Tabel 2. Angka Kecukupan Gizi Rata-Rata yang Dianjurkan Menurut Kelompok Umur per Orang per Hari

AKG	0-6 bulan	7-12 bulan	1-3 tahun	4-6 tahun
Energi (Kkal)	560	800	1220	1720
Protein (g)	12	15	23	32
Vitamin A (RE)	350	350	350	360
Tiamin (mg)	0,3	0,4	0,5	0,7
Riboflavin (mg)	0,3	0,4	0,6	0,9
Niasin (mg)	2,5	3,8	5,4	7,6
Vitamin B12	0,1	0,1	0,5	0,7
Asam Folat (μ g)	22	32	40	60
Vitamin C (mg)	25	25	25	25
Kalsium (mg)	600	400	500	500
Fosfor (mg)	200	250	250	350
Besi (mg)	3	5	8	9
Seng (mg)	3	5	10	10
Iodium (μ g)	50	70	100	120

6. Gambaran Umum Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan I Bantul

a. Letak geografis

Puskesmas kasihan I merupakan salah satu dari 27 puskesmas yang ada di Bantul, terletak di Kecamatan Kasihan Kabupaten Bantul. Letak puskesmas dengan ibukota Kecamatan berjarak lebih 5 km dengan Desa Banouniwo berjarak 300 meter dan Desa Tamantirto

berjarak 3 km. Puskesmas Kasihan I terletak di Desa Bangunwijo dan Puskesmas Pembantu ada 1 unit terletak di Desa Tamantirto.

Batas wilayah kerja puskesmas kasihan I meliputi, sebelah utara: Kecamatan Gamping Kabupaten Sleman dan Kodya Yogyakarta; sebelah selatan : Kecamatan Sewon dan Kecamatan Pajangan; sebelah timur : Kodya Yogyakarta dan Kecamatan Sewon; dan sebelah barat : Kecamatan Pajangan, Kecamatan Sedayu dan Kecamatan Gamping, Sleman.

b. Demografi

Jumlah penduduk wilayah Puskesmas Kasihan I tercatat tahun 2009 sebanyak 44.504 jiwa yang terdiri dari laki-laki sebanyak 24.891 jiwa dan wanita sebanyak 19.873 jiwa, dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 13.895 KK, serta lebih dari 11 ribu penduduk wilayah Puskesmas Kasihan I yang bekerja.

c. Fasilitas Kesehatan

Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan I terdapat berbagai fasilitas kesehatan yang tersedia. Fasilitas tersebut yakni 1 puskesmas di desa Bangunjiwo, 1 puskesmas pembantu di desa Tamantirto, 2 polindes yang sudah tidak berfungsi lagi, 12 dokter praktik swasta, 14 bidan praktik swasta, 1 Pos UKK di desa Kasongan, 1 Panti Tresna Werdha Budi Luhur di Desa Kasongan, 1 Rumah Bersalin dan BKIA Bina Sehat 2 RP dan RR di Desa Bangen dan Petung dan 1 RP di Desa

Kembaran. Jadi, jumlah fasilitas yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan I adalah 36 buah.

d. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)

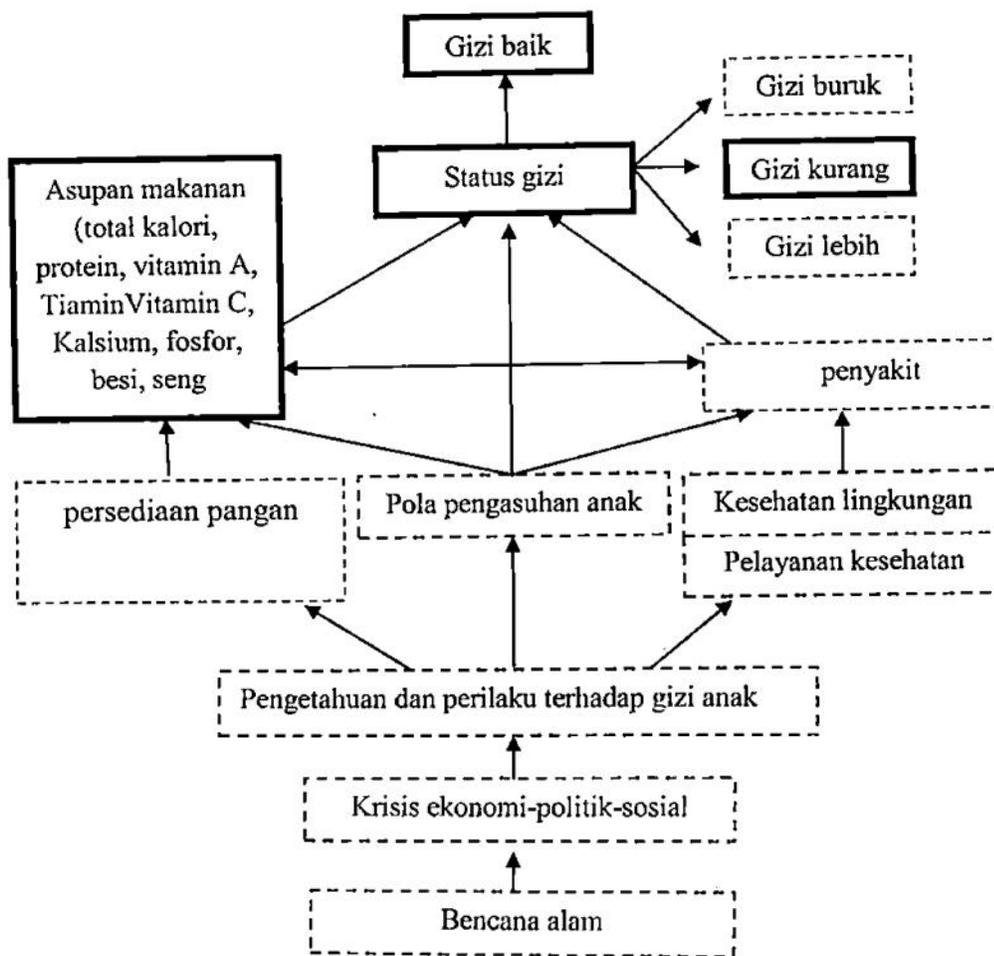
Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat atau sering kita kenal dengan singkatan UKBM adalah upaya kesehatan yang bersumber langsung dari masyarakat. Puskesmas Kasihan I memiliki UKBM berjumlah 58 dari 5 jenis UKBM. Jenis-jenis UKBM tersebut diantaranya 49 jumlah Posyandu Balita, 14 jumlah Posyandu Lansia, tidak terdapat Pos Obat Desa (POD), 3 jumlah Dana Sehat, dan 3 jumlah UKGMD.

e. Status Gizi

Tabel 3. Status Gizi Balita di Puskesmas Kasihan I Tahun 2007-2010

Indikator	2007		2008		2009		2010	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Balita Gizi Lebih	59	2.48	81	3.69	59	2.10	28	1,82
Balita Gizi Baik	2016	84.88	2243	82.76	2436	86.54	1351	87,67
Balita Gizi Kurang	282	11.87	309	11.40	309	10.98	157	10,19
Balita Gizi Buruk	18	0.76	22	0.81	11	0.39	5	0,32

B. Kerangka Teori



Gambar 1: Kerangka konsep penelitian

Keterangan :

: diteliti

: tidak diteliti

Kerangka konsep penelitian di atas *menjelaskan* bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan dengan gambaran status gizi, faktor-

faktor tersebut terdiri dari faktor langsung dan tidak langsung. Faktor-faktor yang berhubungan langsung dengan status gizi yaitu asupan makanan dan menderita penyakit, sedangkan faktor-faktor tidak langsung yang berhubungan dengan kejadian gizi kurang yaitu persediaan pangan, pola pengasuhan, kesehatan lingkungan, pengetahuan dan perilaku terhadap status gizi, krisis ekonomi-politik-sosial, serta bencana alam. Pada penelitian ini mengamati hubungan dari faktor langsung yaitu asupan nutrisi dengan gizi baik dan gizi kurang.

C. Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara asupan nutrisi dengan kejadian gizi kurang dan buruk di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Bantul.