



**PRAKTIK POLA ASUH, KONSUMSI MAKANAN, DAN
STATUS GIZI ANAK BALITA USIA 6-24 BULAN
(Studi pada Masyarakat Suku Using Desa Kemiren
Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi)**

SKRIPSI

Oleh
Fitria Dewi Sri Rahayuningati
NIM 102110101032

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**PRAKTIK POLA ASUH, KONSUMSI MAKANAN, DAN
STATUS GIZI ANAK BALITA USIA 6-24 BULAN
(Studi pada Masyarakat Suku Using Desa Kemiren
Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi)**

SKRIPSI

diajukan guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh
Fitria Dewi Sri Rahayuningati
NIM 102110101032

**BAGIAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Sumiati dan Ayahanda Sugiyo tercinta yang telah mencurahkan kasih sayang, menemani dan memberikan dukungan moril maupun materil, menasehati dan memberikan do'a yang tidak pernah putus untuk saya;
2. Guru-guru saya TK, SD, SMP, SMA, sampai Perguruan Tinggi terhormat yang telah memberikan ilmu dan membimbing saya;
3. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Makan dan minumlah dan janganlah berlebihan, sesungguhnya Allah tidak menyukai orang yang berlebihan”

(Qs. Al A'raaf:31)*)

“Allah meninggikan orang-orang yang beriman di antara kamu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat”

(QS.Al-Mujadilah:11)*)

“Tugas kita bukanlah untuk berhasil. Tugas kita adalah untuk mencoba, karena di dalam mencoba itulah kita menemukan dan belajar membangun kesempatan untuk berhasil.”

(Mario Teguh)**)

*⁾ Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo

**⁾ Teguh, M. Kata Bijak. (Serial online). (diakses pada 1 April 2015)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fitria Dewi Sri Rahayuningati

NIM : 102110101032

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Praktik Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi pada Masyarakat Suku Using Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 8 Mei 2015

Yang menyatakan,

Fitria Dewi Sri Rahayuningati

NIM. 102110101032

SKRIPSI

**PRAKTIK POLA ASUH, KONSUMSI MAKANAN, DAN
STATUS GIZI ANAK BALITA USIA 6-24 BULAN
(Studi pada Masyarakat Suku Using Desa Kemiren
Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi)**

Oleh
Fitria Dewi Sri Rahayuningati
NIM 102110101032

Pembimbing

Pembimbing Utama : Sulistiyani, S.KM., M.Kes.

Pembimbing Anggota : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Praktik Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi pada Masyarakat Suku Using Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi)* telah diuji dan disahkan pada:

Hari : Jumat

Tanggal : 08 Mei 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua,

Sekretaris,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH.
NIP. 19840605 200812 2 001

Anggota I,

Anggota II,

Sulistiyani, S.KM, M.Kes.
NIP. 19760615 200212 2 002

H. Wasyik, S.KM., M.Si.
NIP. 19660312 198803 1 016

Mengesahkan,
Dekan

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

RINGKASAN

Praktik Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi pada Masyarakat Suku Using Desa Kemiren Kecamatan Glagah, Kabupaten Banyuwangi); Fitria Dewi Sri Rahayuningati; 102110101032; 2015; 126 halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Anak sejak dalam kandungan hingga berumur 2 tahun merupakan masa emas yang kritis untuk tumbuh kembang fisik, mental dan sosial. Masalah gizi yang terjadi pada suatu golongan umur tertentu, dapat mempengaruhi status gizi pada periode siklus berikutnya. Status gizi anak dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah konsumsi makanan anak dan pola asuh. Pola asuh berkaitan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan baik fisik maupun mental, status gizi, pendidikan, pengetahuan, ketrampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya. Kebutuhan zat gizi anak akan tercukupi dengan diberikannya pola asuh yang baik dan memadai.

Desa Kemiren terletak di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi. Pada tahun 2013, Puskesmas Kecamatan Glagah menduduki posisi tertinggi ke tiga untuk prevalensi balita berstatus gizi sangat kurus di Kabupaten Banyuwangi, yaitu sebesar 2,22%. Angka ini masih di atas rata-rata prevalensi kabupaten, yaitu sebesar 0,96%. Berdasarkan hasil operasi timbang yang dilakukan di Desa Kemiren pada bulan Februari 2014, sebanyak 111 anak balita usia 0-59 bulan ditimbang. Dari 111 anak yang ditimbang tersebut, berdasarkan BB/TB sebesar 2,7% balita berstatus gizi kurus dan sangat kurus. Angka tersebut di atas rata-rata angka kecamatan, yaitu sebesar 1,84%. Angka tersebut juga menempati posisi tertinggi ke empat dari sepuluh desa yang ada di Kecamatan Glagah. Pada operasi timbang bulan Agustus 2014, prevalensi status gizi kurus dan sangat kurus Kecamatan Glagah mengalami penurunan, yaitu sebesar 1,59%. Walaupun demikian, prevalensi status gizi kurus dan sangat kurus

di desa Kemiren masih di atas rata-rata kecamatan, yaitu sebesar 2,94% dari 102 anak balita usia 0-59 bulan yang ditimbang. Angka tersebut menempati posisi tertinggi ke dua dari sepuluh desa di Kecamatan Glagah.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan, menurut bidan Desa Kemiren dan tokoh masyarakat Desa Kemiren masih terdapat pola pengasuhan yang kurang baik yang diberikan kepada anak balita, yaitu memberikan makanan selain ASI sebelum usia 6 bulan, makanan yang tidak beragam, dan cara mengolah sayur yang kurang tepat. Selain permasalahan gizi, hal lain yang mendasari adalah faktor budaya di Desa Kemiren, salah satunya adalah pantangan makanan. Masih ada anggapan orang tua bahwa bayi tidak boleh diberikan pisang mas karena nantinya akan sulit dalam berbicara.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi praktik pola asuh, konsumsi makanan dan status gizi anak balita usia 6-24 bulan di masyarakat Suku Using Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi. Penelitian ini bersifat deskriptif dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Sampel dari penelitian ini adalah total populasi yaitu sebanyak 35 anak dan ibu anak balita. Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober 2014 hingga April 2015. Pengumpulan data primer dilakukan dengan pengukuran berat badan, panjang badan, pengisian angket pengetahuan, pola asuh, wawancara dengan lembar *food recall 2x24 jam* dan FFQ, sedangkan data sekunder diperoleh dari Puskesmas Pembantu Desa Kemiren. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tabel tabulasi silang yang kemudian dijelaskan dalam bentuk teks.

Hasil penelitian ini adalah sebagian besar pola asuh gizi yang diberikan kepada anak balita dalam kategori kurang, tingkat konsumsi energi, protein, lemak, dan karbohidat anak balita sebagian besar di atas AKG, dan mayoritas anak balita memiliki status gizi normal berdasarkan indeks BB/PB. Dari hasil penelitian ini diharapkan peran aktif petugas kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku ibu tentang pola asuh gizi dengan mengoptimalkan kegiatan posyandu.

SUMMARY

The Practice of Parenting Style, Food Consumption and Nutritional Status of 6-24 Month-Old Toddlers (A Study in Using Community in Kemiren Village, District of Glagah, Banyuwangi Regency); Fitria Dewi Sri Rahayuningati; 102110101032; 2015; 126 pages; Department of Public Health Nutrition, Faculty of Public Health, University of Jember.

A child since in the womb until the age of 2 years is in a golden, critical period for physical, mental and social growth and development. Nutritional problem that occurs in a certain age group can affect the nutritional status in the period of the next cycle. Child's nutritional status is influenced by several factors, including the child's food consumption and parenting style. Parenting style is associated with mother's conditions in terms of either physical or mental health, nutritional status, education, knowledge, skills about good parenting, role in the family or in the community, the characteristics of daily work, family and community customs, etc. Children's nutritional needs will be fulfilled by the provision of good and adequate parenting.

Kemiren village is located in the work area of Puskesmas (Public Health Center) District of Glagah, Banyuwangi Regency. In 2013, District Health Center Glagah had third highest position for the prevalence of toddlers with thin nutritional status in Banyuwangi Regency by 2.22%. This figure is still above the average prevalence of the regency, which is 0.96%. Based on the results of weighing operations conducted in Kemiren Village in February 2014, involving 111 toddlers in the age of 0-59 months who were weighed based on body weight/height, 2.7% of them had thin and very thin nutritional status. The figure was above the district average figure of 1.84%. The figure was also in the fourth highest position of ten villages in District of Glagah. In weighing operation in August, 2014, the prevalence of thin and very thin nutritional status in District of Glagah decreased by 1.59%. However, the prevalence of thin and very thin nutritional status in Kemiren Village was still above the district average of 2.94%

of 102 toddlers in the age of 0-59 months who were weighed. The figure was in the second highest position of ten villages in District of Glagah.

Based on the preliminary study, according to midwives and community leaders in Kemiren Village, toddlers still obtained improper parenting styles, that is, giving food other than breast milk before the age of 6 months, unvaried food, and improper vegetable processing method. In addition to nutritional problems, the other underlying things are cultural factors in Kemiren village, one of which is dietary restriction. There is still a presumption among parents that infants should not be given lady finger bananas because they will experience difficulty in speaking.

This research aimed to identify the practice of parenting, food consumption and nutritional status of toddlers aged 6-24 months in the community of Using ethnic, Kemiren Village, District of Glagah, Banyuwangi Regency. This is a descriptive study using cross sectional approach. The research samples were total population in total of 35 toddlers and mothers of toddlers. The research was conducted from October, 2014 to April, 2015. The primary data collection was conducted by measuring body weight, body length, questionnaire of knowledge, parenting styles, interview using 2x24-hour food recall sheets and FFQ, while the secondary data were obtained from public auxiliary health center of Kemiren Village. The data were presented in the form of frequency table and cross tabulation table which were then described in the form of texts.

The results showed that most of nutritional parenting styles given to toddlers were in poor category, the levels of consumption of energy, protein, fat, and carbohydrate of toddlers were mostly above nutrition sufficiency rate (AKG), and most of toddlers had normal nutritional status based on body mass/length index. From the research results, it is expected that health workers actively improve knowledge, attitudes and behaviors of mothers about nutritional parenting by optimizing the activities of Posyandu (Community-based health service).

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya serta tidak lupa sholawat dan salam kepada junjungan Nabi Muhammad sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Praktik Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi pada Masyarakat Suku Using Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi)* ini. Skripsi ini disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM).

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat;
2. Ibu Sulistiyani, S.KM, M.Kes. selaku dosen pembimbing utama sekaligus Ketua Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan Ibu Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH. yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi dan saran hingga terselesaikannya skripsi ini dengan baik;
3. Ibu Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si. selaku dosen pembimbing akademik yang senantiasa memberikan motivasi kepada saya;
4. Ibu Irma Prasetyowati, S. KM., M.Kes. selaku ketua penguji;
5. Bapak H. Wasyik, S.KM., M.Si. selaku anggota penguji;
6. Kedua orang tua saya, Ibu Sumiati dan Ayah Sugiyo, Dik Lia, Mbak Erva, Rheza, dan keluarga besar di Banyuwangi yang telah menjadi motivator terbaik dalam hidup saya dan memberikan do'a sehingga saya bisa menjadi seperti saat ini;
7. Bapak Kepala Desa Kemiren beserta jajarannya, ibu bidan, kader posyandu, dan para responden yang sudah banyak mebantu dan meluangkan waktunya untuk penelitian saya;

8. Sahabat-sahabat tercinta saya Friskanti, Aik, dan Dilla serta teman-teman '49 koster' Nastia, Erna, dan Mira yang telah banyak memberikan saya dukungan, bantuan dan semangat dalam penyusunan skripsi ini dan juga yang sudah menjadi bagian dari cerita hidup selama di kota perantauan;
9. Teman-teman seperjuangan, keluarga besar peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat 2010 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang memberikan dukungan dalam penyusunan skripsi ini;
10. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember angkatan 2010 serta semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih.

Jember, Mei 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
<i>SUMMARY</i>	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Landasan Hukum tentang Kesehatan, ASI Eksklusif, dan Perbaikan Gizi	8
2.2 Status Gizi	12

2.2.1	Penilaian Status Gizi berdasarkan Antropometri	15
2.2.2	Klasifikasi Status Gizi.....	22
2.3	Konsumsi Makanan Balita	22
2.4	Penilaian Konsumsi Makanan	23
2.4.1	Metode <i>Food Recall</i> 24 Jam.....	23
2.4.2	Frekuensi Makanan (<i>Food Frequency</i>).....	25
2.5	Pola Asuh	26
2.5.1	Praktik Pemberian Makan (Pola Asuh Gizi).....	27
2.5.2	Perawatan Kesehatan.....	31
2.6	Karakteristik Balita	34
2.6.1	Usia.....	34
2.6.2	Jenis Kelamin	35
2.6.3	BBLR	35
2.7	Karakteristik Keluarga Anak Balita	36
2.7.1	Pengetahuan Gizi Ibu	36
2.7.2	Tingkat pendidikan Ibu	37
2.7.3	Status Pekerjaan Ibu	38
2.7.4	Pendapatan Keluarga.....	38
2.7.5	Jumlah Anggota Keluarga.....	39
2.8	Faktor Budaya (Pantangan Makan).....	40
2.9	Program Gizi	41
2.10	Karakteristik Masyarakat Using	43
2.11	Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita	45
2.12	Kerangka Teori	47
2.13	Kerangka Konsep.....	48
BAB 3. METODE PENELITIAN.....		50
3.1	Jenis Penelitian	50
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	50

3.2.1 Tempat Penelitian.....	
.....	
50	
3.2.2 Waktu Penelitian	51
3.3 Populasi, Sampel, Alur Pengambilan Sampel Penelitian	51
3.3.1 Populasi Penelitian	51
3.3.2 Sampel Penelitian.....	51
3.4 Variabel dan Definisi Operasional.....	52
3.4.1 Variabel Penelitian	52
3.4.2 Definisi Operasional.....	52
3.5 Data dan Sumber Data	58
3.5.1 Data Primer	58
3.5.2 Data Skunder	58
3.6 Teknik dan Pengumpulan Data	59
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	59
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	61
3.7 Uji Validitas dan Realibilitas	62
3.7.1 Uji Validitas	62
3.7.2 Uji Realibilitas.....	63
3.8 Teknik Pengolahan, Penyajian Data dan Analisis Data	63
3.8.1 Teknik Pengolahan data	63
3.8.2 Teknik Penyajian data	64
3.8.3 Teknik Analisa Data.....	65
3.9 Alur Penelitian	66
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	67
4.1 Hasil Penelitian	67
4.1.1 Karakteristik Anak Balita, Karakteristik Keluarga Anak Balita, dan Makanan Pantangan	67
4.1.2 Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita	69

4.1.3 Status Gizi berdasarkan Karakteristik Anak Balita, Karakteristik Keluarga Anak Balita, Makanan Pantangan Pola Asuh, dan Konsumsi Makanan.....	77
4.2 Pembahasan	83
4.2.1 Karakteristik Anak Balita, Karakteristik Keluarga Anak Balita, dan Makanan Pantangan	83
4.2.2 Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita	89
4.2.3 Status Gizi berdasarkan Karakteristik Anak Balita, Karakteristik Keluarga Anak Balita, Makanan Pantangan Pola Asuh, dan Konsumsi Makanan.....	106
BAB 5. PENUTUP.....	118
5.1 Kesimpulan	118
5.2 Saran.....	119
DAFTAR PUSTAKA	121
LAMPIRAN	

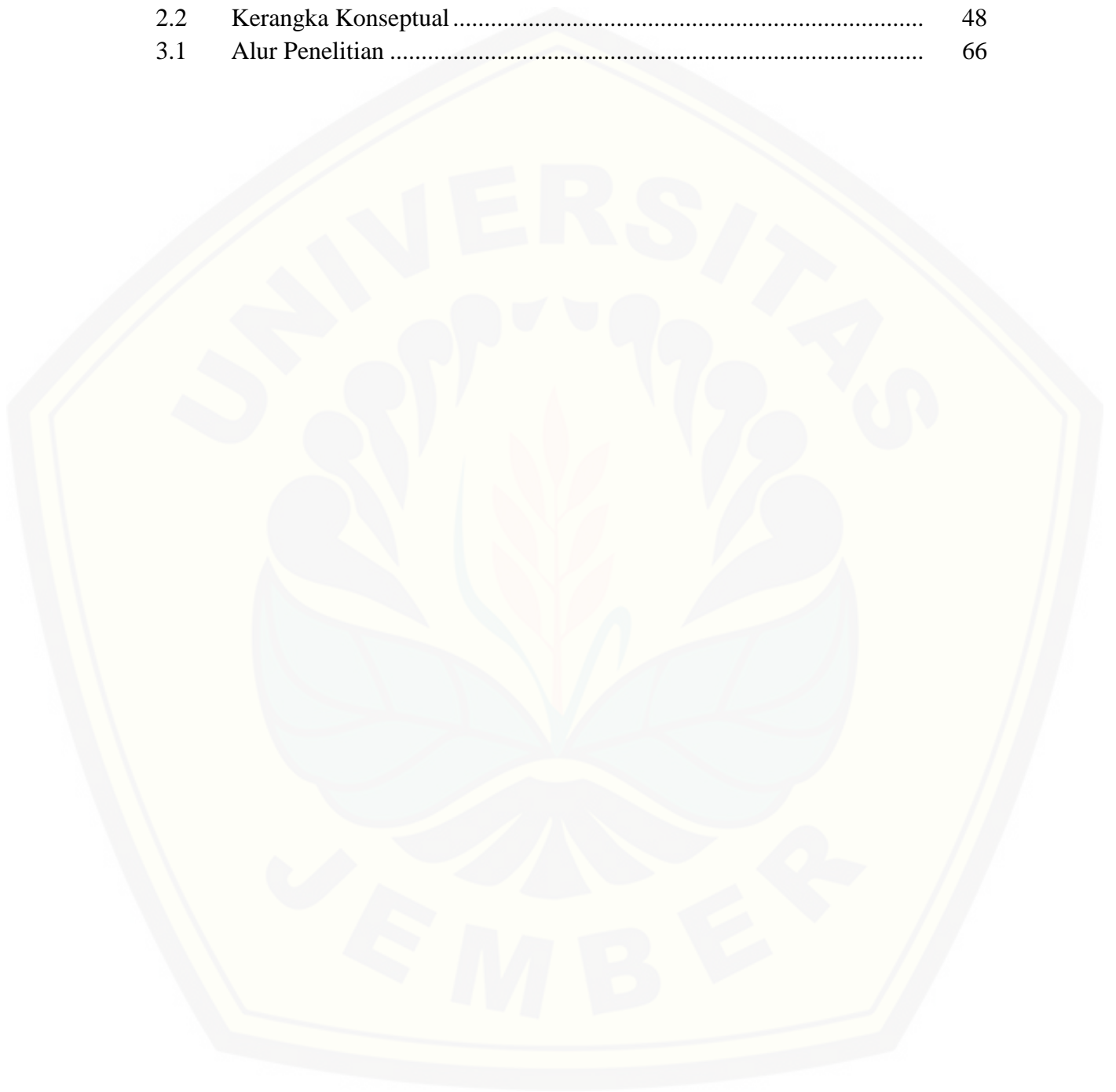
DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1	Klasifikasi dan Ambang Batas Status Gizi Anak berdasarkan Indeks BB/U 22
2.2	Kebutuhan zat gizi makro anak balita berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata perhari tahun 2012..... 23
3.1	Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Hasil Ukur, dan Skala Data..... 53
4.1	Distribusi Karakteristik Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi..... 67
4.2	Distribusi Karakteristik Keluarga Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi..... 68
4.3	Distribusi Makanan Pantangan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi..... 69
4.4	Distribusi Pola Asuh Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi 70
4.5	Distribusi Kriteria Pola Asuh Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi..... 71
4.6	Distribusi Pola Asuh Perawatan Kesehatan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi 72
4.7	Distribusi Tingkat Konsumsi Makanan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi..... 73
4.8	Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Karbohidrat Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi 74
4.9	Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Protein Nabati Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi 75
4.10	Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Protein Hewani Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi 75
4.11	Distribusi Pola Konsumsi Sayuran Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi..... 76

4.12	Distribusi Pola Konsumsi Buah Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi.....	77
4.13	Distribusi Status Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi.	77
4.14	Distribusi Status Gizi berdasarkan Karakteristik Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi.....	78
4.15	Distribusi Status Gizi berdasarkan Karakteristik Keluarga Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi	79
4.16	Distribusi Status Gizi berdasarkan Makanan Pantangan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi	80
4.17	Distribusi Status Gizi berdasarkan Pola Asuh Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi	80
4.18	Distribusi Status Gizi berdasarkan Pola Asuh Perawatan Kesehatan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi	81
4.19	Distribusi Status Gizi berdasarkan Tingkat Konsumsi Energi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi	81
4.20	Distribusi Status Gizi berdasarkan Tingkat Konsumsi Protein Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi	82
4.21	Distribusi Status Gizi berdasarkan Tingkat Konsumsi Lemak Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi	82
4.22	Distribusi Status Gizi berdasarkan Tingkat Konsumsi Karbohidrat Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi	83

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	47
2.2 Kerangka Konseptual	48
3.1 Alur Penelitian	66



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Persetujuan	128
B. Kuesioner Penelitian.....	129
C. Angket Pengetahuan	135
D. Kuesioner <i>Food Recall</i> 2x24 Jam dan <i>FFQ</i>	140
E. Surat Izin Penelitian	143
F. Uji Validitas dan Reliabilitas Angket Pengetahuan Ibu	145
G. Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	148
H. Dokumentasi Penelitian.....	153

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Arti Lambang

-	=	sampai dengan
%	=	persen
/	=	per dan atau
<	=	kurang dari
>	=	lebih dari
≥	=	lebih dari sama dengan
≤	=	kurang dari sama dengan
n	=	jumlah

Daftar Singkatan

AKG	=	Angka Kecukupan Gizi
ASI	=	Air Susu Ibu
BB/PB	=	Berat Badan Menurut Panjang Badan
BB/U	=	Berat Badan Menurut Umur
BBLR	=	Bayi Berat Lahir Rendah
DKGA	=	Daftar Kecukupan Gizi yang dianjurkan
g	=	Gram
kkal	=	Kilo kalori
MP-ASI	=	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
PB/U	=	Panjang Badan Menurut Umur
PT	=	Perguruan Tinggi
RDA	=	<i>Recommended Dietary Allowance</i> (RDA)
SD	=	Sekolah Dasar
SMA	=	Sekolah Menengah Atas
SMK	=	Sekolah Menengah Kejuruan
SMP	=	Sekolah Menengah Pertama
TB/U	=	Tinggi Badan Menurut Umur

UMK	= Upah Minimum Kabupaten
UNICEF	= <i>United Nations Children's Fund</i>
URT	= Ukuran Rumah Tangga
WHO	= <i>World Health Organization</i>



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Usia bayi dan balita merupakan masa yang rawan gizi dan dianggap sebagai penentu derajat kesehatan masyarakat. Sejak anak dalam kandungan hingga berumur 2 tahun merupakan masa emas yang kritis untuk tumbuh kembang fisik, mental dan sosial (Sulistiyani, 2011:7). Anak usia 0-24 bulan merupakan kelompok umur yang sangat rentan terhadap berbagai penyakit infeksi dan membutuhkan zat gizi yang relatif lebih tinggi dibanding kelompok umur lainnya (Martoreil dan Habicth, 1986 dalam Supadi, 2002). Masalah gizi yang terjadi pada suatu golongan umur tertentu, dapat mempengaruhi status gizi pada periode siklus berikutnya (*intergenerational impact*) (Sulistiyani, 2011:5).

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi status gizi. Menurut UNICEF (1990), status gizi dipengaruhi oleh faktor langsung dan tidak langsung yang saling terkait. Secara langsung status gizi dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan asupan zat gizi baik secara kuantitas maupun kualitas (Sulistiyani, 2011:9). Asupan zat gizi dan infeksi merupakan dua faktor langsung yang saling mempengaruhi. Penyakit infeksi dapat menyebabkan hilangnya nafsu makan sehingga asupan zat gizi menjadi kurang, sedangkan tubuh membutuhkan asupan yang lebih banyak karena proses destruksi jaringan dan meningkatnya suhu tubuh (Sulistyoningsih, 2011:6).

Secara tidak langsung status gizi dipengaruhi oleh jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, pola asuh anak, kondisi sanitasi lingkungan, dan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga. Sedangkan sebagai pokok permasalahan di masyarakat adalah rendahnya pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan serta tingkat pendapatan masyarakat (Sulistiyani, 2011:9). Berdasarkan uraian tersebut maka dapat dikatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi adalah pola asuh dan konsumsi makanan anak.

Pola asuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola asuh anak

berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Semuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan baik fisik maupun mental, status gizi, pendidikan umum, pengetahuan, ketrampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari ibu atau pengasuh anak (Sulistiyani, 2011:11).

Terdapat beberapa aspek yang termasuk dalam pola asuh anak. Kerangka konseptual yang dikemukakan oleh UNICEF yang dikembangkan lebih lanjut oleh Engle *et al* (1997) menyebutkan bahwa pola asuh meliputi 6 hal yaitu : (1) perhatian / dukungan ibu terhadap anak, (2) pemberian ASI atau makanan pendamping pada anak, (3) rangsangan psikososial terhadap anak, (4) persiapan dan penyimpanan makanan, (5) praktik kebersihan atau hygiene dan sanitasi lingkungan dan (6) perawatan balita dalam keadaan sakit seperti pencarian pelayanan kesehatan. Pemberian ASI (Air Susu Ibu), termasuk pemberian kolostrum dan makanan/minuman *pralakteal*, dan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada anak serta persiapan dan penyimpanan makanan tercakup dalam praktik pemberian makan atau pola asuh gizi (Engle *et al*, 1997 dalam Lubis, 2008).

Kebutuhan zat gizi anak akan tercukupi dengan diberikannya pola asuh gizi yang baik dan memadai. Pola asuh gizi anak akan selalu terkait dengan kegiatan pemberian makan untuk memenuhi kebutuhan gizinya yang akhirnya akan berkontribusi terhadap status gizi (Istiany dan Rusilanti, 2013:133). Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi anak. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat gizi esensial. Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat gizi dalam jumlah berlebihan, sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan (Almatsier, 2004:9).

Aspek dalam pola asuh yang tidak kalah penting adalah perawatan kesehatan anak, yang meliputi praktik kebersihan dan perawatan saat anak sakit. Menurut Soetjiningsih (1995:14) perawatan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar anak, dimana di dalamnya adalah imunisasi, pemberian ASI, higiene perorangan, penimbangan anak secara teratur, pengobatan saat sakit. Selain jenis dan jumlah makanan yang harus disesuaikan dengan kebutuhan anak, makanan yang disiapkan untuk anak harus diperhatikan kebersihannya. Jika anak mulai mengkonsumsi makanan pelengkap atau makanan buatan maka penyimpanan dan higienitasnya perlu diperhatikan (Istiany dan Rusilanti, 2013:135). Perawatan anak dalam keadaan sakit berkaitan dengan menjaga status kesehatan anak dan menjauhkan dari penyakit. Peranan ibu dalam masalah kesehatan anak sangat penting.

Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pola asuh dengan status gizi balita. Lubis (2008) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pola asuh, yang meliputi praktik pemberian makan dan perawatan kesehatan, dengan status gizi. Dari responden dengan praktik pemberian makan yang tidak baik 100% memiliki status gizi kurus. Begitu juga dengan perawatan kesehatan. Suwiji (2006) melakukan penelitian mengenai hubungan praktik pola asuh gizi yang terdiri atas praktik pemberian makanan/minuman *pralakteal*, kolostrum, ASI, dan MP-ASI dengan status gizi. Hasil analisis menunjukkan ada hubungan positif antara keempat aspek pola asuh gizi tersebut dengan status gizi. Penelitian Husin (2008) di wilayah terkena tsunami di Kabupaten Pidie, Nangroe Aceh Darussalam (NAD), menunjukkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara ketiga aspek pola asuh (pemberian makan, praktik kebersihan dan sanitasi lingkungan, serta perawatan anak saat sakit) dengan status gizi balita. Masyarakat tidak memberikan makanan yang bervariasi kepada anak balita.

Kabupaten Banyuwangi terletak bagian paling timur dari wilayah Propinsi Jawa Timur. Kabupaten Banyuwangi yang ditempati oleh beberapa suku, salah satunya adalah Suku Using. Suku Using merupakan penduduk asli Kabupaten Banyuwangi. Budaya masyarakat Using sendiri merupakan akulturasi dari tiga budaya, yaitu Jawa, Madura, dan Bali. Sebagai komunitas, masyarakat Using

memiliki identitas yang membedakannya dengan yang lain, di antaranya adalah dialektika, adat budaya, dan rumah adatnya. Salah satu desa di Kabupaten Banyuwangi yang mampu mempertahankan tradisi adalah Desa Kemiren. Desa Kemiren ini dijadikan sebagai Desa Wisata Using. Masyarakat yang sebagian besar berprofesi sebagai petani ini masih konsisten mempertahankan keaslian unsur-unsur kebudayaan yang diyakini sebagai nilai leluhurnya (Tim Peneliti Antropologi UGM, 2004:11).

Desa Kemiren terletak di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi. Pada tahun 2013, Puskesmas Kecamatan Glagah menduduki posisi tertinggi ke tiga untuk prevalensi balita berstatus gizi sangat kurus di Kabupaten Banyuwangi, yaitu sebesar 2,22%. Angka ini masih di atas rata-rata prevalensi kabupaten, yaitu sebesar 0,96% (Dinkes Kab. Banyuwangi, 2014).

Berdasarkan hasil operasi timbang yang dilakukan di Desa Kemiren pada bulan Februari 2014, sebanyak 111 anak balita usia 0-59 bulan ditimbang. Dari 111 anak yang ditimbang tersebut, berdasarkan BB/TB sebesar 2,7% balita berstatus gizi kurus dan sangat kurus. Angka tersebut di atas rata-rata angka kecamatan, yaitu sebesar 1,84%. Angka tersebut juga menempati posisi tertinggi ke empat dari sepuluh desa di Kecamatan Glagah. Pada operasi timbang bulan Agustus 2014, prevalensi status gizi kurus dan sangat kurus Kecamatan Glagah mengalami penurunan, yaitu sebesar 1,59%. Walaupun demikian, prevalensi status gizi kurus dan sangat kurus di desa Kemiren masih di atas rata-rata kecamatan, yaitu sebesar 2,94% dari 102 anak balita usia 0-59 bulan yang ditimbang. Angka tersebut menempati posisi tertinggi ke dua dari sepuluh desa di Kecamatan Glagah (Puskesmas Pembantu Desa Kemiren, 2014a).

Selain permasalahan gizi, hal lain yang mendasari adalah faktor budaya di Desa Kemiren, salah satunya adalah pantangan makanan. Kebudayaan suatu masyarakat memiliki kekuatan yang cukup besar untuk mempengaruhi seseorang untuk memilih dan mengolah pangan yang akan dikonsumsi. Kebudayaan juga menentukan kapan seseorang boleh dan tidak boleh mengonsumsi suatu makanan

(pantangan makanan), meskipun tidak semua masuk akal dan baik dari sudut pandang kesehatan (Sulistyoningsih, 2011:53).

Penelitian Sukandar (2006) tentang makanan tabu di Banjar, Jawa Barat, menunjukkan hasil bahwa terdapat 6 jenis makanan yang ditabukan bagi bayi, yaitu pisang ambon karena dipercaya dapat menyebabkan mules dan diare pada. Sedangkan untuk anak balita makanan pedas, kerupuk, makanan berminyak, pisang bagja, sirup, dan tungir ayam. Alasan makanan pedas dan berminyak tidak boleh diberikan kepada anak balita adalah dapat menyebabkan pilek dan diare, tungir ayam dapat menyebabkan susah mendapatkan jodoh. Selanjutnya penelitian Sukandar (2007) menunjukkan hasil bahwa di Barito Kuala Kalimantan Selatan makanan yang ditabukan untuk bayi adalah ikan tauman dan ikan gabus. Alasannya adalah ikan tersebut dapat menyebabkan anak sakit. Sedangkan untuk anak balita perempuan makanan yang ditabukan adalah telur. Hal tersebut bertentangan dengan prinsip ilmu gizi karena telur merupakan sumber protein yang banyak tersedia dan harganya terjangkau.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan, menurut bidan Desa Kemiren dan tokoh masyarakat Desa Kemiren masih terdapat pola pengasuhan yang kurang baik yang diberikan kepada anak balita. Beberapa ibu balita masih memberikan makanan lain sebelum ASI setelah bayinya lahir. Mereka menganggap bahwa ASI baru keluar beberapa hari kemudian. Selanjutnya bayi segera diberikan makanan seperti pisang sebelum usia mencukupi ketika mereka berfikir bahwa anaknya menangis karena merasa lapar. Selain itu, ketika ibu sedang bekerja, anak balita yang berusia kurang 6 bulan diberikan makanan tambahan karena beranggapan ASI yang diberikan masih kurang. Pengasuhan gizi yang kurang baik juga ditunjukkan dengan diberikanannya makanan pendamping ASI yang kurang beragam. Biasanya orang tua hanya memberikan makanan pokok dan lauk atau sayur saja, atau makanan pokok diberikan lebih banyak dibanding sumber makanan yang lain. Cara memasak yang kurang baik juga masih dilakukan oleh beberapa masyarakat, seperti menghangatkan sayur bayam yang seharusnya tidak boleh dihangatkan, pemberian garam pada awal saat memasak. Berdasarkan keterangan kader posyandu, masyarakat melakukan hal

tersebut dan susah merubah kebiasaan tersebut karena pengaruh orang tua yang meyakini bahwa perilaku tersebut sudah baik karena selama ini tidak ada efek negatif yang dirasakan. Faktor budaya yang lain adalah terkait pantangan makanan. Masih ada anggapan orang tua bahwa bayi tidak boleh diberikan pisang mas karena nantinya akan sulit dalam berbicara. Kebiasaan lain adalah perawatan kesehatan saat anak sakit. Beberapa masyarakat melakukan cara-cara tradisional sebagai tindakan penyembuhan, seperti menggunakan bawang merah untuk menurunkan panas dan memijatkan anak ke dukun pijat. Hal tersebut masih dilakukan karena keyakinan yang sudah melekat serta kebiasaan yang dilakukan secara turun-temurun dari orang tua. Dimungkinkan faktor budaya dan kebiasaan yang ada di masyarakat Using Desa Kemiren berpengaruh terhadap praktik pola asuh yang diberikan seorang ibu kepada balitanya.

Berdasarkan uraian tersebut maka diperlukan penelitian untuk mengetahui bagaimana praktik pola asuh yang diberikan kepada anak balita, konsumsi makanan dan status gizi balita usia 6-24 bulan di masyarakat Suku Using Desa Kemiren dan dikaji berdasarkan ilmu pengetahuan. Peneliti berharap kajian dalam penelitian ini dapat menjadi informasi bagi masyarakat dan instansi kesehatan untuk memperbaiki pola pengasuhan dan konsumsi anak yang masih kurang dan diharapkan dapat meningkatkan keadaan gizi anak balita Desa Kemiren.

1.1 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana praktik pola asuh, konsumsi makanan, dan status gizi anak balita usia 6-24 bulan di masyarakat Suku Using Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi?”

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi praktik pola asuh, konsumsi makanan dan status gizi anak balita usia 6-24 bulan di masyarakat Suku Using Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik anak balita, karakteristik keluarga anak balita, dan faktor budaya makan (pantangan makan) untuk anak balita usia 6-24 bulan pada masyarakat Using di Desa Kemiren.
- b. Mengkaji pola asuh, konsumsi makanan, dan status gizi anak balita usia 6-24 bulan pada masyarakat Using di Desa Kemiren.
- c. Mengkaji status gizi berdasarkan karakteristik anak balita, karakteristik keluarga anak balita, faktor budaya makan (pantangan makan), dan konsumsi makanan anak balita usia 6-24 bulan pada masyarakat Using di Desa Kemiren.

1.3 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang gizi kesehatan masyarakat tentang pola asuh, konsumsi makanan dan status gizi anak balita usia 6-24 bulan pada masyarakat Using di Desa Kemiren.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sarana informasi bagi semua pihak. Bagi dinas kesehatan dan puskesmas setempat, bahwa terdapat faktor lain yang dapat memengaruhi status gizi yaitu pola asuh terhadap anak. Pihak dinas kesehatan dan puskesmas setempat dapat memberikan pendidikan kepada ibu tentang pola asuh yang baik sebagai tindakan preventif. Bagi ibu, hasil penelitian ini juga dapat memberikan informasi bahwa peran ibu dalam mengasuh anak sangat diperlukan untuk menentukan status gizi anak.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Hukum tentang Kesehatan, ASI Eksklusif, dan Perbaikan Gizi

Negara Indonesia memiliki landasan hukum untuk menjamin kesehatan masyarakatnya, yaitu Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pada Bab VII bagian kesatu pasal 126-135 dijelaskan mengenai kesehatan ibu, bayi dan anak. Dalam pasal tersebut dijelaskan bahwa:

Pasal 126:

- (1) Upaya kesehatan ibu harus ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.
- (2) Upaya kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- (3) Pemerintah menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas, alat dan obat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu secara aman, bermutu, dan terjangkau.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan ibu diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 127

- (1) Upaya kehamilan di luar cara alamiah hanya dapat dilakukan oleh pasangan suami istri yang sah dengan ketentuan:
 - a. hasil pembuahan sperma dan ovum dari suami istri yang bersangkutan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal;
 - b. dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu; dan
 - c. pada fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.
- (2) Ketentuan mengenai persyaratan kehamilan di luar cara alamiah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 128

- (1) Setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis.
- (2) Selama pemberian air susu ibu, pihak keluarga, Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus.
- (3) Penyediaan fasilitas khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diadakan di tempat kerja dan tempat sarana umum.

Pasal 129

- (1) Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu secara eksklusif.
- (2) Ketentuan lebih lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 130

Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak.

Pasal 131

- (1) Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak harus ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak.
- (2) Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun.
- (3) Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) menjadi tanggung jawab dan kewajiban bersama bagi orang tua, keluarga, masyarakat, dan Pemerintah, dan pemerintah daerah.

Pasal 132

- (1) Anak yang dilahirkan wajib dibesarkan dan diasuh secara bertanggung jawab sehingga memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara sehat dan optimal.
- (2) Ketentuan mengenai anak yang dilahirkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

- (3) Setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk mencegah terjadinya penyakit yang dapat dihindari melalui imunisasi.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai jenis-jenis imunisasi dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Peraturan Menteri.

Pasal 133

- (1) Setiap bayi dan anak berhak terlindungi dan terhindar dari segala bentuk diskriminasi dan tindak kekerasan yang dapat mengganggu kesehatannya.
- (2) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat berkewajiban untuk menjamin terselenggaranya perlindungan bayi dan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

Pasal 134

- (1) Pemerintah berkewajiban menetapkan standar dan/atau kriteria terhadap kesehatan bayi dan anak serta menjamin pelaksanaannya dan memudahkan setiap penyelenggaraan terhadap standar dan kriteria tersebut.
- (2) Standar dan/atau kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus diselenggarakan sesuai dengan pertimbangan moral, nilai agama, dan berdasarkan ketentuan peraturan perundangundangan.

Pasal 135

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat wajib menyediakan tempat dan sarana lain yang diperlukan untuk bermain anak yang memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara optimal serta mampu bersosialisasi secara sehat.
- (2) Tempat bermain dan sarana lain yang diperlukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dilengkapi sarana perlindungan terhadap risiko kesehatan agar tidak membahayakan kesehatan anak.

Selanjutnya peraturan mengenai ASI Eksklusif dijelaskan lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. Dalam peraturan tersebut dengan jelas disebutkan bahwa bayi sampai usia 6 bulan wajib diberikan Air Susu Ibu saja tanpa

menambahkan dan/ atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (ASI Eksklusif), kecuali terdapat indikasi medis yang dilakukan oleh dokter, ibu tidak ada, atau ibu terpisah dari bayi. Keluarga, masyarakat, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Pusat bekerja sama untuk mewujudkan terlaksananya pemberian ASI Eksklusif untuk setiap anak. Dalam pasal 13 disebutkan bahwa untuk mencapai pemanfaatan pemberian ASI Eksklusif secara optimal, tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan informasi dan edukasi ASI Eksklusif kepada ibu dan/atau anggota keluarga dari bayi yang bersangkutan sejak pemeriksaan kehamilan sampai dengan periode pemberian ASI Eksklusif selesai.

Pemerintah Jawa Timur juga mengeluarkan peraturan tentang perbaikan gizi. Berdasarkan berbagai pertimbangan bahwa gangguan akibat penyakit gizi serta kekurangan zat gizi mikro dan makro dengan gangguan pertumbuhannya masih banyak terjadi di Jawa Timur; kejadian gizi lebih pada anak usia balita yang menjadi risiko penyakit degeneratif juga mulai meningkat sehingga dapat membahayakan bagi upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan pembangunan kualitas sumber daya manusia; masalah gizi erat kaitannya dengan rendahnya konsumsi, daya beli dan pola asuh; masyarakat sangat membutuhkan informasi untuk menjaga status gizinya dengan gizi seimbang dari sumber daya yang dikuasainya; maka Gubernur Provinsi Jawa Timur mengeluarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2011 Tentang Perbaikan Gizi.

Perbaikan gizi dimaksudkan untuk meningkatkan status gizi, pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya gizi dan pengaruhnya terhadap peningkatan status gizi. Sasaran perbaikan gizi kepada masyarakat adalah kelompok masyarakat rawan gizi, kelompok masyarakat tertentu; dan kelompok masyarakat yang memerlukan nasehat gizi. Kelompok rawan gizi salah satunya adalah bayi dan balita. Perbaikan gizi yang dilakukan salah satunya adalah perbaikan gizi makro yang diantaranya meliputi peningkatan pemberian ASI terutama ASI eksklusif, serta Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) untuk bayi di atas 6 bulan dalam jumlah dan mutu yang tepat; peningkatan pengetahuan

dan keterampilan pola pengasuhan anak. Perbaikan gizi makro dilakukan di berbagai sarana pelayanan kesehatan dan posyandu, disertai dengan adanya peningkatan upaya penyadaran gizi masyarakat. Semua tenaga kesehatan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan harus menginformasikan kepada semua ibu yang baru melahirkan dan keluarganya untuk melakukan Inisiasi Menyusu Dini dan memberikan ASI Eksklusif. Setiap sarana pelayanan kesehatan, tempat-tempat umum dan perkantoran/instansi, baik milik Pemerintah Daerah Provinsi maupun swasta wajib menyediakan ruang laktasi guna mendukung keberhasilan Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif.

2.2 Status Gizi

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, *et al*, 2012:18). Sedangkan menurut Soekirman (2000:85) status gizi adalah keadaan kesehatan akibat interaksi antara makanan, tubuh manusia, dan lingkungan hidup manusia. Selanjutnya Suhardjo (2003) mengatakan bahwa status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat dari pemakaian, penyerapan, dan penggunaan makanan.

Usia bayi dan balita merupakan masa yang rawan gizi dan dianggap sebagai penentu derajat kesehatan masyarakat. Masalah gizi yang terjadi pada golongan umur ini dapat mempengaruhi status gizi pada periode siklus berikutnya (*intergenerational impact*). Status gizi anak tidak lepas dari kesehatan dan status gizi ibu saat mengandung janin. Status gizi dan kesehatan ibu dan anak sebagai penentu kualitas sumber daya manusia, semakin jelas dengan adanya bukti bahwa status gizi dan kesehatan ibu pada masa prahamil, saat kehamilannya dan saat menyusui merupakan periode yang sangat kritis. Masa ini biasanya disebut dengan 1000 hari pertama kehidupan atau biasanya disingkat dengan 1000 HPK yaitu 280 hari (9 bulan 10 hari) dalam kandungan dan 720 hari (2 tahun pertama) pascalahir yang dikelompokkan menjadi 0-6 bulan (180 hari), 6-8 bulan (60 hari), 8-12 bulan (120 hari), dan 1-2 tahun (360 hari). Periode seribu hari merupakan periode sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi

pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Dampak tersebut tidak hanya pada pertumbuhan fisik, tetapi juga pada perkembangan mental dan kecerdasannya, yang pada usia dewasa terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi. Banyak yang berpendapat bahwa ukuran fisik, termasuk tubuh pendek, gemuk dan beberapa penyakit tertentu khususnya penyakit tidak menular (PTM) disebabkan terutama oleh faktor genetik. Dengan demikian ada anggapan tidak banyak yang dapat dilakukan untuk memperbaiki atau mengubahnya. Namun berbagai bukti ilmiah dari banyak penelitian dari lembaga riset gizi dan kesehatan terbaik di dunia telah mengubah paradigma tersebut. Ternyata tubuh pendek, gemuk, PTM dan beberapa indikator kualitas hidup lainnya, faktor penyebab terpenting adalah lingkungan hidup sejak konsepsi sampai anak usia 2 tahun yang dapat dirubah dan diperbaiki (Menteri Kesehatan Rakyat RI, 2012).

Di dalam kandungan, janin akan tumbuh dan berkembang melalui penambahan berat dan panjang badan, perkembangan otak serta organ-organ lainnya seperti jantung, hati, dan ginjal. Janin mempunyai plastisitas yang tinggi, artinya janin akan dengan mudah menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungannya baik yang menguntungkan maupun yang merugikan pada saat itu. Sekali perubahan tersebut terjadi, maka tidak dapat kembali ke keadaan semula. Perubahan tersebut merupakan interaksi antara gen yang sudah dibawa sejak awal kehidupan, dengan lingkungan barunya. Pada saat dilahirkan, sebagian besar perubahan tersebut menetap atau selesai, kecuali beberapa fungsi, yaitu perkembangan otak dan imunitas, yang berlanjut sampai beberapa tahun pertama kehidupan bayi. Kekurangan gizi yang terjadi dalam kandungan dan awal kehidupan menyebabkan janin melakukan reaksi penyesuaian. Secara paralel penyesuaian tersebut meliputi perlambatan pertumbuhan dengan pengurangan jumlah dan pengembangan sel-sel tubuh termasuk sel otak dan organ tubuh lainnya. Hasil reaksi penyesuaian akibat kekurangan gizi di ekspresikan pada usia dewasa dalam bentuk tubuh yang pendek, rendahnya kemampuan kognitif atau kecerdasan sebagai akibat tidak optimalnya pertumbuhan dan perkembangan otak.

Reaksi penyesuaian akibat kekurangan gizi juga meningkatkan risiko terjadinya berbagai penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, penyakit jantung koroner dan diabetes dengan berbagai risiko ikutannya pada usia dewasa (Menteri Kesehatan RI, 2012)..

Berbagai dampak dari kekurangan gizi yang diuraikan diatas, berdampak dalam bentuk kurang optimalnya kualitas manusia, baik diukur dari kemampuan mencapai tingkat pendidikan yang tinggi, rendahnya daya saing, rentannya terhadap PTM, yang semuanya bermuara pada menurunnya tingkat pendapatan dan kesejahteraan keluarga dan masyarakat. Dengan kata lain kekurangan gizi dapat memiskinkan masyarakat. Suatu yang menggembarakan bahwa berbagai masalah tersebut diatas bukan disebabkan terutama oleh faktor genetik yang tidak dapat diperbaiki seperti diduga oleh sebagian masyarakat, melainkan oleh karena faktor lingkungan hidup yang dapat diperbaiki dengan fokus pada masa 1000 HPK. Investasi gizi untuk kelompok ini harus dipandang sebagai bagian investasi untuk menanggulangi kemiskinan melalui peningkatan pendidikan dan kesehatan. Seperti telah diuraikan dimuka, perbaikan gizi pada kelompok 1000 HPK akan menunjang proses tumbuh kembang janin, bayi dan anak sampai usia 2 tahun, sehingga siap dengan baik memasuki dunia pendidikan. Selanjutnya perbaikan gizi tidak saja meningkatkan pendapatan keluarga tetapi juga pendapatan nasional (Menteri Kesehatan RI, 2012).

Menurut UNICEF (1990) mengemukakan bahwa status gizi dipengaruhi oleh faktor langsung dan tidak langsung yang saling terkait. Secara langsung status gizi dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan asupan zat gizi baik secara kuantitas maupun kualitas (Sulistiyani, 2011:9).Asupan zat gizi dan infeksi merupakan dua faktor langsung yang saling mempengaruhi. Penyakit infeksi dapat menyebabkan hilangnya nafsu makan sehingga asupan zat gizi menjadi kurang, sedangkan tubuh membutuhkan asupan yang lebih banyak karena proses destruksi jaringan dan meningkatnya suhu tubuh (Sulistyoningih, 2011:6).

Secara tidak langsung status gizi dipengaruhi oleh jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, pola asuh anak, kondisi sanitasi lingkungan, dan ketahanan

pangan di tingkat rumah tangga. Sedangkan sebagai pokok permasalahan di masyarakat adalah rendahnya pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan serta tingkat pendapatan masyarakat (Sulistiyani, 2011:9).

Menurut Apriadji (1986) dalam Lubis (2008) ada dua faktor yang berperan dalam menentukan status gizi antara lain:

a. Faktor Gizi Internal:

Faktor gizi internal adalah faktor-faktor yang menjadi dasar pemenuhan tingkat kebutuhan gizi seseorang, yaitu nilai cerna makanan, status kesehatan, status fisiologis, kegiatan, umur, jenis kelamin dan ukuran tubuh.

b. Faktor Gizi Eksternal:

Faktor gizi eksternal adalah faktor-faktor yang berpengaruh diluar diri seseorang, yaitu daya beli keluarga, latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi, jumlah anggota keluarga dan kebersihan lingkungan.

2.2.1 Penilaian Status Gizi berdasarkan Antropometri

Penilaian status gizi anak berdasarkan antropometri adalah jenis pengukuran yang paling sederhana dan praktis karena mudah dilakukan dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar. Secara umum antropometri adalah ukuran tubuh manusia. Antropometri merupakan pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi yang dapat dilakukan terhadap Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB) dan lingkaran bagian-bagian tubuh serta tebal lemak dibawah kulit (Supriasa *et al*, 2012:36).

a. Kelebihan dan Kekurangan

1) Kelebihan antropometri antara lain:

- (a) Prosedurnya sederhana, aman dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar.
- (b) Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli, tetapi cukup dilakukan oleh tenaga yang sudah dilatih dalam waktu singkat dapat melakukan pengukuran antropometri.

- (c) Alatnya murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat dipesan, dan dibuat di daerah setempat.
 - (d) Metode ini tepat dan akurat karena dapat dibakukan.
 - (e) Dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat status gizi masa lampau.
 - (f) Umumnya dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang, dan gizi buruk karena sudah ada ambang batas yang jelas.
 - (g) Dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu, atau dari satu generasi ke generasi berikutnya.
 - (h) Dapat digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan terhadap gizi.
- 2) Kekurangan antropometri antara lain:
- (a) Tidak sensitif. Metode ini tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat. Di samping itu juga tidak dapat membedakan kekurangan gizi tertentu seperti zink dan Fe.
 - (b) Faktor di luar gizi seperti penyakit, genetik, dan penurunan penggunaan energi dapat menurunkan spesifikasi dan sensitivitas pengukuran antropometri.
 - (c) Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi, dan validitas pengukuran antropometri gizi. Kesalahan terjadi karena pengukuran, perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan, serta analisis dan asumsi yang keliru. Sumber kesalahan biasanya berhubungan dengan latihan petugas yang tidak cukup, kesalahan alat atau alat tidak ditera, dan kesulitan pengukuran.

b. Jenis Parameter

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain umur, berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggul, dan tebal lemak bawah kulit.

1) Umur

Faktor umur sangat penting untuk menentukan status gizi. Kesalahan dalam menentukan umur akan menyebabkan interpretasi status gizi menjadi salah. Hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan yang akurat akan menjadi tidak berarti jika penentuan umur tidak tepat. Menurut Puslitbang Gizi Bogor (1980) dalam Supriasa *et al*, (2012:38), batasan umur untuk anak usia 0-2 tahun adalah digunakan bulan usia penuh (*completed month*).

Contoh:

Usia: 4 bulan 5 hari, dihitung 4 bulan
3 bulan 27 hari, dihitung 3 bulan

2) Berat Badan

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang sering digunakan pada bayi baru lahir. Berat badan digunakan untuk mendiagnosis bayi normal atau BBLR. Pada masa bayi-balita, berat badan dapat digunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi, kecuali terdapat kelainan klinis seperti dehidrasi, asites, edema, dan adanya tumor (Supriasa, *et al*, 2012:39).

Berat badan merupakan jenis parameter pilihan utama karena beberapa pertimbangan, antara lain:

- (a) Parameter yang paling baik, mudah terlihat perubahan dalam waktu singkat kerana adanya perubahan konsumsi makanan dan kesehatan.
- (b) Memberikan status gizi sekarang dan jika dilakukan secara periodik memberikan gambaran yang baik tentang pertumbuhan.
- (c) Merupakan parameter yang sudah dipakai secara umum dan luas di Indonesia sehingga bukan merupakan hal baru yang memerlukan penjelasan secara luas.
- (d) Ketelitian pengukuran tidak banyak dipengaruhi oleh keterampilan pengukur.
- (e) KMS (Kartu Menuju Sehat) yang digunakan sebagai alat yang baik untuk pendidikan dan memonitor kesehatan anak juga menggunakan berat badan sebagai dasar pengisiannya.

- (f) Karena masalah umur merupakan faktor penting untuk menilai status gizi, berat badan menurut tinggi badan sudah terbukti dimana-mana sebagai indeks yang tidak bergantung pada umur.
- (g) Alat pengukur dapat diperoleh di daerah pedesaan dengan ketelitian yang tinggi dengan menggunakan dacin yang sudah dikenal oleh masyarakat.

Berat badan ditentukan dengan cara menimbang. Salah satu alat yang terpilih dan dianjurkan untuk menimbang berat badan anak adalah dacin karena sudah memenuhi persyaratan alat yang seharusnya digunakan. Beberapa persyaratan tersebut adalah sebagai berikut:

- (a) Mudah digunakan dan dibawa dari satu tempat ke tempat lain.
- (b) Mudah diperoleh dan harganya relatif murah.
- (c) Ketelitian penimbangan sebaiknya maksimum 0,1 kg.
- (d) Skalanya mudah dibaca.
- (e) Cukup aman untuk menimbang anak balita.

Langkah-langkah yang harus dilakukan saat menimbang berat badan anak menggunakan dacin adalah sebagai berikut:

- (a) Menggantungkan dacin pada dahan pohon, palang rumah, atau penyangga kaki tiga.
- (b) Memeriksa apakah dacin sudah tergantung dengan kuat dengan cara menarik dacin ke bawah kuat-kuat.
- (c) Sebelum dipakai, bandul geser diletakkan pada angka 0 (nol) dan batang dacin dikaitkan dengan tali pengaman.
- (d) Memasang celana timbang, kotak timbang, atau sarung timbang yang kosong pada dacin. Bandul geser tetap pada angka 0 (nol).
- (e) Menyeimbangkan dacin yang sudah dibebani celana timbang, kotak timbang, atau sarung timbang dengan cara memasukkan pasir ke dalam kantong plastik.
- (f) Anak ditimbang dan seimbangkan dacin.
- (g) Menentukan berat badan anak dengan membaca angka di ujung bandul geser.

- (h) Mencatat hasil penimbangan di atas secarik kertas.
- (i) Geser bandul ke angka 0 (nol), letakkan batang dacin dalam tali pengaman, setelah itu bayi atau anak dapat diturunkan.

3) Tinggi Badan/ Panjang Badan

Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang jika umur tidak diketahui dengan tepat. Faktor umur dapat dikesampingkan dengan menghubungkan tinggi badan terhadap berat badan. Istilah yang digunakan untuk anak usia sampai 24 bulan adalah panjang badan. Panjang badan diukur dengan menggunakan *Length board measurement*. Langkah-langkah mengukur panjang badan anak balita menurut adalah sebagai berikut:

- (a) Letakkan pengukur panjang badan pada meja atau tempat yang rata seperti lantai.
- (b) Letakkan alat ukur dengan posisi panel kepala di sebelah kiri dan panel penggeser di sebelah kanan pengukur. Panel kepala adalah bagian yang tidak bisa digeser.
- (c) Tarik geser bagian panel yang bisa digeser sampai diperkirakan cukup panjang untuk menaruh anak balita.
- (d) Baringkan anak dengan posisi terlentang, diantara kedua siku, dan kepala anak menempel pada bagian panel yang tidak bisa digeser.
- (e) Rapatkan kedua kaki dan tekan lutut anak sampai lurus dan menempel pada meja atau tempat menaruh alat ukur. Tekan telapak kaki anak sampai membentuk siku, kemudian geser bagian panel yang bisa digeser sampai persis menempel pada telapak kaki anak.
- (f) Bacalah dan cata panjang badan anak pada skala ke arah angka yang lebih besar.
- (g) Setelah pengukuran selesai, kemudian anak diangkat.

c. Indeks Antropometri

1) Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Berat badan merupakan salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak seperti karena terserang penyakit infeksi atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan merupakan parameter yang sangat labil. Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya, dalam keadaan tidak normal, terdapat dua kemungkinan terhadap berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Berdasarkan karakteristik berat badan tersebut, makan indeks berat badan menurut umur (BB/U) digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi. Indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (*current nutritional status*) karena mengingat karakteristik berat badan yang labil (Supariasaet al, 2012:56).

Indeks berat badan menurut umur (BB/U) untuk menentukan status gizi seseorang juga memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan indeks BB/U adalah sebagai berikut:

- (a) Lebih mudah dan lebih cepat dimengerti oleh masyarakat umum.
- (b) Baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis.
- (c) Berat badan dapat berfluktuasi.
- (d) Sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan kecil.
- (e) Dapat mendeteksi kegemukan.

Sedangkan kekurangan indeks BB/U adalah sebagai berikut:

- (a) Dapat mengakibatkan interpretasi status gizi yang keliru bila terdapat edema maupun asites.
- (b) Di daerah pedesaan yang masih terpencil dan tradisional, umur sering sulit ditaksir secara tepat karena pencatatan umur yang belum baik.
- (c) Memerlukan data umur yang akurat terutama untuk anak dibawah usia lima tahun.

- (d) Sering terjadi kesalahan dalam pengukuran, seperti pengaruh pakaian atau gerakan anak pada saat penimbangan.
- (e) Secara operasional sering mengalami hambatan karena masalah sosial budaya setempat. Dalam hal ini orang tua tidak mau menimbang anaknya karena dianggap seperti barang dagangan dan sebagainya.

2) Berat Badan Menurut Panjang Badan (BB/PB)

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/PB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (Supriasa *et al*, 2012:58). Berdasarkan sifat-sifat tersebut, indeks BB/PB memiliki beberapa kelebihan dan kelemahan sebagai berikut:

Kelebihan:

- (a) Tidak memerlukan data umur.
- (b) Dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal, dan kurus).

Kelemahan:

- (a) Tidak dapat memberi gambaran apakah anak tersebut pendek, cukup tinggi atau kelebihan tinggi badan menurut umurnya, karena faktor umur tidak dipertimbangkan.
- (b) Dalam praktik sering mengalami kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang badan.
- (c) Membutuhkan dua alat ukur.
- (d) Pengukuran relatif lebih lama.
- (e) Membutuhkan dua orang untuk melakukannya.
- (f) Sering terjadi kesalahan dalam melakukan pembacaan hasil pengukuran.

3) Panjang Badan menurut Umur (PB/U)

Tinggi badan merupakan parameter antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badana tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pengaruh

defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relative lama. Berdasarkan karakteristik tersebut maka indeks TB/U menggambarkan status gizi masa lalu. (Supriasa *et al*, 2012:57). Berdasarkan sifat-sifat tersebut, indeks BB/PB memiliki beberapa kelebihan dan kelemahan sebagai berikut:

Kelebihan:

- (c) Baik untuk mengukur status gizi masa lampau.
- (d) Ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa.

Kelemahan:

- (g) Tinggi badan tidak cepat naik bahkan tidak mungkin turun.
- (h) Pengukuran relative sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak, sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya.
- (i) Ketepatan umur sulit didapat.

2.2.2 Klasifikasi Status Gizi

Berdasarkan indeks BB/U dan BB/PB, status gizi anak umur 0-60 bulan diklasifikasikan sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi dan Ambang Batas Status Gizi Anak berdasarkan Indeks BB/U

Indeks	Klasifikasi Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
BB/U	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	> 2 SD
BB/PB	Sangat kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
PB/U	Sangat pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD

Sumber: Kemenkes RI, 2011

2.3 Konsumsi Makanan Balita

Setiap anak memerlukan asupan zat gizi yang baik dan seimbang. Hal ini berarti bahwa setiap balita memerlukan gizi dengan menu seimbang dan porsi yang tepat, tidak kurang maupun lebih, melainkan disesuaikan dengan kebutuhan

tubuhnya. Secara garis besar masalah gizi timbul akibat ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran zat gizi, yaitu asupan melebihi keluaran, atau sebaliknya, disamping kesalahan dalam memilih bahan makanan untuk dimakan (Istiany dan Rusilanti, 2013:128).

Kebutuhan zat gizi makro anak balita berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata perhari yang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2013 dapat dilihat pada tabel 2.2 berikut:

Tabel 2.2 Kebutuhan zat gizi makro anak balita berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata perhari tahun 2012

No.	Golongan Umur	BB (kg)	PB (cm)	Energi (Kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
1	0-6 bulan	6	61	550	12	34	58
2	7-11 bulan	9	71	725	18	36	82
3	1-3 tahun	13	91	1125	26	44	155

Sumber: *Kemendes RI (2013a)*

Tingkat konsumsi dapat diketahui dengan membandingkan konsumsi riil balita dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG). Tingkat konsumsi dikategorikan sebagai berikut:

1. Di atas AKG : > 120% AKG
2. Normal : 90-120% AKG
3. Defisit tingkat ringan : 80 - 89% AKG
4. Defisit tingkat sedang : 70 - 79% AKG
5. Defisit tingkat berat : < 70% AKG

(Supariasa *et al*, 2012)

2.4 Penilaian Konsumsi Makanan

2.4.1 Metode *Food Recall* 24 Jam

Penilaian konsumsi salah satunya dilakukan dengan menggunakan metode *food recall* 24 jam. Prinsip dari metode *food recall* 24 jam, dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Dalam hal ini, responden diminta menceritakan semua yang dimakan dan diminum selama 24 jam yang lalu (kemarin). Beberapa penelitian menunjukkan gambaran asupan zat gizi lebih optimal dan memberikan variasi yang lebih besar tentang intake harian individu (Supariasa *et al*, 2012:94).

Langkah – langkah pelaksanaan *food recall* 24 jam:

- a. Petugas/ pewawancara menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam Ukuran Rumah Tangga (URT) selama kurun waktu 24 jam yang lalu. Petugas melakukan konversi dari URT ke dalam ukuran berat (gram) dalam menaksir/ memperkirakan kedalam ukuran berat (gram). Pewawancara menggunakan berbagai alat bantu.
- b. Menganalisis bahan makanan kedalam zat gizi dengan menggunakan Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI).
- c. Membandingkan dengan Daftar Kecukupan Gizi yang di Anjurkan (DKGA) atau AKG untuk Indonesia tahun 2012.

Kelebihan metode *food recall* :

- a. Mudah dilaksanakan dan tidak membebani responden
- b. Biaya relatif murah dan cepat
- c. Dapat digunakan untuk responden yang buta huruf
- d. Memberikan gambaran nyata yang benar - benar dikonsumsi individu sehingga dapat dihitung intake zat gizi sehari

Kekurangan metode *food recall* 24 jam adalah:

- a. Tidak dapat menggambarkan asupan makanan sehari- hari bila hanya dilakukan recall satu hari
- b. Ketepatannya sangat sangat tergantung daya ingat reponden
- c. Membutuhkan tenaga / petugas yang terlatih dan terampil dalam menggunakan alat – alat bantu URT dan ketepatan alat bantu yang dipakai menurut kebiasaan masyarakat
- d. Responden harus diberi motivasi dan penjelasan tentang tujuan dan penelitian
- e. Jangan dilakukan pada saat panen, hari pasar, hari akhir pekan dan sebagainya.
- f. Kecenderungan bagi responden yang kurus untuk melaporkan konsumsinya lebih banyak dan bagi reponden yang gemuk cenderung melaporkan lebih sedikit.

2.4.2 Metode Frekuensi Makanan (*Food Frequency*)

Metode frekuensi makanan digunakan untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan, atau tahun. Selain itu, metode ini juga digunakan untuk menggambarkan pola konsumsi bahan makanan secara kualitatif. Kuesioner frekuensi makanan memuat bahan makanan atau makanan dan frekuensi penggunaan makanan tersebut pada periode tertentu. Bahan makanan yang ada dalam daftar kuesioner tersebut adalah yang dikonsumsi dalam frekuensi yang cukup sering oleh responden.

Langkah-langkah metode frekuensi makanan adalah sebagai berikut:

- a. Responden diminta untuk memberi tanda pada daftar makanan yang tersedia pada *Food Frequency Questionnaires (FFQ)* mengenai frekuensi penggunaannya dan ukuran porsi.
- b. Lakukan rekapitulasi tentang frekuensi penggunaan jenis-jenis bahan makanan terutama bahan makanan yang merupakan sumber-sumber zat gizi tertentu selama periode tertentu pula.

Kelebihan metode frekuensi makanan:

- a. Relative murah dan sederhana.
- b. Dapat dilakukan sendiri oleh responden.
- c. Tidak membutuhkan latihan khusus.
- d. Dapat membantu untuk menjelaskan hubungan antara penyakit dan kebiasaan makan.

Kekurangan metode frekuensi makanan:

- a. Tidak dapat digunakan untuk menghitung intake zat gizi sehari.
- b. Sulit mengembangkan kuesioner pengumpulan data.
- c. Cukup menjemukan bagi pewawancara.
- d. Perlu membuat percobaan pendahuluan untuk menentukan jenis bahan makanan yang akan masuk dalam daftar kuesioner.
- e. Responden harus jujur dan harus mempunyai motivasi tinggi.

Penilaian konsumsi makanan dengan menggunakan metode frekuensi

makanan dapat menggambarkan pola konsumsi makanan seseorang. Pola konsumsi dikategorikan menjadi tiga, yaitu sering, jarang, dan tidak pernah. Pola konsumsi dikatakan sering jika makanan dikonsumsi > 1 kali dalam sehari, 1 kali dalam sehari, atau 3-6 kali dalam seminggu. Pola konsumsi dikatakan jarang jika makanan dikonsumsi 1-2 kali dalam seminggu atau 2 kali dalam sebulan (Gibson, 2005:47).

2.5 Pola Asuh

Pola asuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola asuh anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Semuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan, ketrampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari ibu atau pengasuh anak (Sulistiyani, 2011:11).

Menurut Soetjiningsih (1995:14), pengasuhan merupakan salah satu kebutuhan dasar kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang dimana asuh ini merupakan kebutuhan fisik-biomedis. Hal-hal yang termasuk di dalamnya antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Pangan / gizi yang merupakan kebutuhan terpenting.
- b. Perawatan kesehatan dasar, antara lain imunisasi, pemberian ASI, penimbangan anak secara teratur, pengobatan saat sakit, dan sebagainya.
- c. Pemukiman yang layak.
- d. Hygiene perorangan dan sanitasi lingkungan.
- e. Sandang.
- f. Kesegaran jasmani, rekreasi, dan sebagainya.

Kerangka konseptual yang dikemukakan oleh UNICEF yang dikembangkan lebih lanjut oleh Engle *et al* (1997) dalam Lubis (2008) menekankan bahwa tiga

komponen makanan – kesehatan – asuhan merupakan faktor yang berperan dalam menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Engle *et al* mengemukakan bahwa pola asuh meliputi 6 hal yaitu : (1) perhatian / dukungan ibu terhadap anak, (2) pemberian ASI (Air Susu Ibu) atau makanan pendamping pada anak, (3) rangsangan psikososial terhadap anak, (4) persiapan dan penyimpanan makanan, (5) praktik kebersihan atau higiene dan sanitasi lingkungan, (6) perawatan balita dalam keadaan sakit seperti pencari pelayanan kesehatan. Pemberian ASI dan makanan pendamping pada anak serta persiapan dan penyimpanan makanan tercakup dalam praktik pemberian makan (Engle *et al*, 1997 dalam Lubis, 2008).

2.5.1 Praktik Pemberian Makan (Pola Asuh Gizi)

Praktik pemberian makan dapat diartikan sebagai pola asuh makan (pola asuh gizi). Jika berbicara tentang praktik pemberian ASI, maka kolostrum dan makanan/ minuman *pralakteal* berkaitan di dalamnya. Kolostrum sebaiknya diberikan kepada bayi, dan sebaliknya makanan/ minuman *pralakteal* sebaiknya tidak diberikan kepada bayi (Depkes RI, 2000).

a. Pemberian Kolostrum

Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama setelah bayi lahir (4-7 hari) yang berwarna kekuning-kuningan dan lebih kental karena mengandung banyak vitamin, protein, dan zat kekebalan yang penting untuk kesehatan bayi dari penyakit infeksi (Depkes RI, 2005). Kolostrum sangat penting untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi terhadap penyakit. Namun demikian, masih banyak ibu yang tidak memberikan kolostrum kepada bayinya. Hal tersebut sebagian besar disebabkan oleh ketidaktahuan terhadap manfaat kolostrum bagi bayi. Kebanyakan ibu di pedesaan yang persalinannya ditolong oleh dukun yang belum terlatih selalu membuang kolostrum dengan alasan bahwa ASI tersebut mengandung bibit penyakit. Beberapa daerah juga memiliki tradisi yang mengharuskan membuang kolostrum. Keadaan ini semakin diperburuk dengan sedikitnya penyuluhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan gizi masyarakat (Depkes

RI, 2000). Proverawati dan Rahmawati (2010:14) juga menyebutkan bahwa di berbagai daerah kolostrum sengaja diperah dengan tangan dan dibuang. Ada anggapan bahwa pemberian kolostrum perlu dihindarkan karena mereka percaya keluarnya air susu yang sebenarnya hanya mulai pada hari ketiga.

b. Pemberian makanan atau minuman *pralakteal*

Makanan atau minuman *pralakteal* adalah makanan atau minuman yang diberikan kepada bayi sebelum ASI keluar, misalnya air kelapa, air tajin, madu, pisang, susu bubuk, susu sapi, air gula, dan sebagainya (Depkes RI, 2000). Makanan atau minuman *pralakteal* sebaiknya tidak diberikan kepada bayi karena dapat menimbulkan beberapa kerugian bagi bayi, diantaranya:

- 1) Bayi tidak mau menghisap susu dari payudara karena pemberian makanan akan menghentikan rasa lapar.
- 2) Diare sering terjadi karena makanan yang diberikan mungkin tercemar.
- 3) Bila yang diberikan susu sapi, alergi sering terjadi.
- 4) Bayi bingung menghisap puting susu ibunya jika pemberian makanan lewat botol.
- 5) Saluran pencernaan bayi belum cukup kuat untuk mencerna makanan selain ASI.

Makanan atau minuman *pralakteal* masih sering diberikan terutama pada bayi yang dilahirkan di rumah sakit atau rumah sakit bersalin. Pemberian ini di dorong oleh sulitnya atau sedikitnya ASI yang dihasilkan. Jenis minuman *pralakteal* yang diberikan biasanya adalah susu formula. Akibatnya, ibu akan lebih senang untuk memberikan susu formula kepada bayinya daripada menyusui. Hal ini diperkuat dengan semakin banyaknya iklan susu formula yang beredar. Sedangkan bagi ibu-ibu di pedesaan yang melahirkan dengan pertolongan dukun bayi biasanya juga masih sering memberikan makanan atau minuman *pralakteal* dengan alasan yang hampir sama, yaitu ASI lama dan sulit keluar sehingga bayi terus menangis. Praktik ini juga semakin didorong dengan rendahnya pengetahuan gizi ibu. Hal ini sangat berbahaya bagi kesehatan bayi dan mengganggu keberhasilan menyusui (Depkes RI, 2000). Seperti halnya di Desa Kemiren, berdasarkan keterangan

yang diberikan oleh bidan desa, masih terdapat ibu balita yang memberikan makanan lain selain ASI, seperti susu formula dan madu, ketika anaknya lahir. Mereka menganggap bahwa ASI baru keluar beberapa hari kemudian, ASI belum lancar, dan jika hanya diberikan ASI dirasa masih kurang.

c. Pemberian ASI Eksklusif

Bayi yang diberikan ASI eksklusif merupakan bayi yang hanya diberikan ASI saja tanpa ada tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih atau tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur, susu, biskuit, bubur nasi dan tim. Pemberian ASI eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya 6 bulan. Setelah bayi berumur 6 bulan, maka harus diperkenalkan dengan makanan padat, sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih. Para ahli menemukan bahwa manfaat ASI akan meningkat jika bayi hanya diberikan ASI saja selama 6 bulan kehidupan. Peningkatan ini sesuai dengan lamanya pemberian ASI eksklusif serta lamanya pemberian ASI bersama-sama dengan makanan padat setelah usia 6 bulan (Depkes RI, 2006:3). Menurut Istiany dan Rusilanti (2013:71), Air Susu Ibu (ASI) memiliki beberapa keunggulan, diantaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Air Susu Ibu (ASI) mengandung zat kekebalan tubuh yang dapat mencegah anak terkena penyakit infeksi.
- 2) Air Susu Ibu (ASI) meningkatkan kecerdasan anak dibanding yang tidak mendapatkan ASI.
- 3) Air Susu Ibu (ASI) mengandung energi dan zat gizi lainnya yang paling sempurna serta cairan hidup yang sesuai kebutuhan bayi hingga berumur 6 bulan. Setelah 6 bulan ASI masih tetap dibutuhkan sampai usia 2 tahun.
- 4) Air Susu Ibu (ASI) bersih, sehat, aman, mudah dicerna, dan selalu tersedia dalam suhu yang sesuai.

Meskipun sudah jelas ASI memiliki banyak manfaat bagi bayi, namun masih banyak ibu yang tidak memberikan ASI kepada bayinya. Menurut Soetjiningsih, (1997:17) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pemberian ASI antara lain:

- 1) Perubahan sosial budaya:
 - (a) Ibu-ibu bekerja atau kesibukan lainnya.
 - (b) Meniru teman, tetangga atau orang terkemuka yang memberikan susu botol.
 - (c) Merasa ketinggalan zaman jika menyusui bayinya.
 - 2) Faktor psikologis:
 - (a) Takut kehilangan daya tarik jika menyusui bayinya.
 - (b) Tekanan batin.
 - 3) Faktor fisik ibu, misalkan ibu sedang sakit.
 - 4) Kurangnya petugas kesehatan sehingga masyarakat kurang mendapat penerangan atau dorongan tentang manfaat pemberian ASI.
 - 5) Meningkatnya promosi susu kaleng sebagai pengganti ASI.
 - 6) Penerangan yang salah justru datangnya dari petugas kesehatan sendiri yang menganjurkan pengganti ASI dengan susu kaleng.
- d. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan yang diberikan pada bayi yang telah berusia 6 bulan atau lebih karena ASI tidak lagi memenuhi kebutuhan gizi bayi. Makanan pendamping ASI (MP-ASI) diberikan pada bayi disamping ASI. Bayi sebaiknya harus tetap diberikan ASI paling tidak sampai usia 24 bulan. Selanjutnya MP-ASI diberikan untuk menutupi zat-zat gizi yang terkandung dalam ASI. Jadi, MP-ASI bukan sebagai pengganti ASI, melainkan sebagai pelengkap atau pendamping ASI (Krisnatuti, 2002). Pemberian MP-ASI yang terlalu dini (sebelum bayi berusia 6 bulan) akan menurunkan konsumsi ASI dan dapat menyebabkan gangguan pencernaan/ diare (WHO, 2004).

Menurut Depkes RI (2009:33), anjuran pemberian makanan pada anak adalah sebagai berikut:

- 1) Usia 6-8 bulan

Air Susu Ibu (ASI) diberikan setiap bayi menginginkan sedikitnya 8 kali sehari, pagi, siang, maupun malam. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang diberikan adalah berupa bubur susu, pisang, pepaya lumat halus,

air jeruk, air tomat saring. Secara bertahap sesuai pertambahan umur berikan bubur tim lumat ditambah kuning telur/ ayam/ ikan/ tempe/ tahu/ daging sapi/ wortel/ bayam/ kacang hijau/ santan/ minyak. Pemberian makan setiap hari disesuaikan dengan umur, yaitu umur 6 bulan sebanyak 2 x 6 sendok makan peres, umur 7 bulan sebanyak 2-3 x 7 sendok makan peres, umur 8 bulan sebanyak 3 x 8 sdm peres.

2) Usia 9-11 bulan

Air Susu Ibu (ASI) diberikan setiap bayi menginginkan. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) berupa makanan yang lebih padat dan kasar, seperti bubur, nasi tim, atau nasi lembik ditambah kuning telur/ ayam/ ikan/ tempe/ tahu/ daging sapi/ wortel/ bayam/ kacang hijau/ santan/ minyak. Bubur diberikan 3 kali sehari dengan porsi satu kali makan sesuai usia: 9 bulan 9 sendok makan peres, 10 bulan 10 sendok makan peres, 11 bulan 11 sendok makan peres. Makanan selingan diberikan 2 kali sehari di antara waktu makan, berupa buah, biskuit, atau kue.

3) Usia 12-24 bulan

Air Susu Ibu (ASI) diberikan setiap anak menginginkan. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) berupa makanan keluarga secara bertahap sesuai kemampuan anak. Berikan MP-ASI 3x sehari sebanyak 1/3 porsi makan orang dewasa, yang terdiri atas nasi, lauk pauk, sayur, dan buah. Makanan selingan diberikan 2 kali sehari di antara waktu makan, berupa buah, biskuit, atau kue.

2.5.2 Perawatan Kesehatan

a. Praktik Kebersihan/ *Hygiene* Perseorangan

Praktik kebersihan/ *hygiene* perseorangan harus diterapkan baik oleh ibu atau pengasuh maupun pada anak. Praktik kebersihan harus selalu dilakukan dalam merawat anak baik dalam memberikan makan ataupun kegiatan lainnya. Selain jenis dan jumlah makanan yang harus disesuaikan dengan sistem pencernaan dan usia, makanan yang disiapkan untuk balita harus diperhatikan kebersihannya. Peranan ibu dalam masalah kesehatan anak

sangat penting. Jika anak mulai diberikan makanan tambahan maka mereka memiliki risiko terkena infeksi dan kekurangan gizi. Jika anak mulai mengkonsumsi makanan pelengkap atau makanan buatan maka penyimpanan dan higienitasnya perlu diperhatikan (Istiany dan Rusilanti, 2013:135). Di samping itu, kebersihan seseorang yang membuat makanan dan alat yang digunakan juga tak kalah pentingnya. Makanan yang kurang bersih atau tercemar dapat menyebabkan diare atau cacingan pada anak. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam mempersiapkan dan menyimpan makanan adalah:

- 1) Simpan makanan dalam keadaan bersih, hindari pencemaran dari debu dan binatang.
- 2) Alat makan dan memasak harus bersih.
- 3) Ibu atau anggota keluarga yang memberikan makanan harus mencuci tangan dengan sabun sebelum memberi makan.
- 4) Makanan selingan sebaiknya dibuat sendiri.

Menurut Depkes RI (2002), beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam praktik kebersihan perorangan dan kesehatan lingkungan antara lain:

- 1) Kotoran manusia/ tinja harus dibuang ke jamban. Untuk mencegah penyebaran kuman maka BAB harus dilakukan di jamban, kotoran binatang harus dibuang jauh dari rumah dan jauh dari tempat bermain anak, jamban sering dibersihkan dan tersedia sabun untuk mencuci tangan setelah BAB.
- 2) Ibu dan anggota keluarga lainnya, termasuk anak, harus mencuci tangan dengan sabun setelah BAB, sebelum menyentuh makanan dan sebelum memberikan makanan kepada anak.
- 3) Jendela rumah harus dibuka setiap pagi sehingga pertukaran udara di dalam rumah menjadi baik.
- 4) Memakai air bersih dan sumber air bersih yang aman dan sehat. Tempat air harus tertutup dan dikuras secara berkala.
- 5) Air minum harus dimasak sampai mendidih, buah dan sayuran dicuci sampai bersih sebelum dimasak, makanan yang sudah dimasak harus segera dimakan dan dipanaskan sesudah disimpan.

- 6) Makanan, alat makan, dan peralatan memasak harus selalu dalam keadaan bersih. Makanan disimpan dalam tempat yang tertutup.
 - 7) Memiliki tempat pembuangan sampah, pembuangan air limbah yang aman dan sehat.
 - 8) Asap dari dapur harus dapat keluar dengan baik dan hindari kebiasaan ibu membawa anak ke dapur ketika memasak.
 - 9) Rumah harus dilindungi dari serangga dan binatang penular penyakit seperti kecoa, tikus, dan nyamuk.
- b. Perawatan Anak dalam Keadaan Sakit

Perawatan anak dalam keadaan sakit merupakan salah satu aspek pola asuh yang dapat mempengaruhi status gizi anak yang berkaitan dengan menjaga status kesehatan anak dan menjauhkan dari penyakit. Praktik perawatan kesehatan anak meliputi pengobatan penyakit pada anak yang sakit dan tindakan pencegahan terhadap penyakit sehingga anak tidak sampai sakit. Upaya ibu dalam hal mencari pengobatan untuk anak yang sakit dapat dilakukan dengan membawa anak ke tempat pelayanan kesehatan seperti klinik, polindes, puskesmas, atau rumah sakit (Zeitlin, 1990, dalam Husin, 2008).

Perawatan kesehatan yang dapat dilakukan ibu terhadap anaknya diantaranya adalah sebagai berikut:

1) Imunisasi

Imunisasi merupakan suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Imunisasi dasar yang harus diberikan kepada bayi dan balita antara lain hepatitis B0, BCG, DPT, Polio 1-4, HB, Hib 1-3, dan Campak. Pemberian imunisasi harus dilakukan sedini mungkin sesuai umur dan lengkap. Jadwal pemberian imunisasi dasar menurut Kemenkes RI (2013b) adalah sebagai berikut:

- (a) Umur 0 bulan: Hepatitis B0
- (b) Umur 1 bulan: BCG, Polio 1

- (c) Umur 2 bulan: DPT-HB-Hib 1, Polio 2
- (d) Umur 3 bulan: DPT-HB-Hib 2, Polio 3
- (e) Umur 4 bulan: DPT-HB-Hib 3, Polio 4
- (f) Umur 9 bulan: Campak

2) Pemantauan Pertumbuhan Anak

Upaya yang dapat dilakukan untuk memantau pertumbuhan anak adalah dengan aktif mendatangi kegiatan pemeliharaan gizi, seperti posyandu. Anak ditimbang secara rutin, mendapatkan vitamin A pada bulan Februari dan Agustus serta pemberian makanan tambahan.

2.6 Karakteristik Balita

2.6.1 Usia

Usia balita merupakan masa yang rawan gizi dan dianggap sebagai penentu derajat kesehatan masyarakat. Sejak anak dalam kandungan hingga berumur 2 tahun merupakan masa emas yang kritis untuk tumbuh kembang fisik, mental dan sosial (Sulistiyani, 2011:7). Anak usia 0-24 bulan merupakan kelompok umur yang sangat rentan terhadap berbagai penyakit infeksi dan membutuhkan zat gizi yang relatif lebih tinggi dibanding kelompok umur lainnya (Martoreil dan Habicth, 1986 dalam Supadi, 2001). Masalah gizi yang terjadi pada suatu golongan umur tertentu, dapat mempengaruhi status gizi pada periode siklus berikutnya (*intergenerational impact*) (Sulistiyani, 2011:5). Kebutuhan zat gizi anak berbeda untuk masing-masing kelompok umur. Berdasarkan AKG yang diatur dalam Permenkes RI No. 75 Tahun 2013, misalnya untuk kecukupan energi, bayi usia 0-6 bulan hanya memerlukan 550 kkal energi, bayi usia 7-11 bulan memerlukan 725 kkal. Sedangkan usia 1-3 tahun memerlukan 1125 kkal energi. Begitu pula untuk zat gizi lainnya berbeda untuk setiap golongan umur.

2.6.2 Jenis Kelamin

Kebutuhan zat gizi berbeda antara laki-laki dan perempuan. Anak laki-laki lebih banyak melakukan aktivitas fisik sehingga memerlukan energi yang lebih banyak dibanding perempuan (Almatsier, 2010:14).

Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa kekurangan gizi lebih banyak terdapat pada anak perempuan daripada laki-laki. Penelitian yang dilakukan oleh Devi (2010) terhadap balita dipedesaan menunjukkan bahwa dari hasil tabulasi silang diperoleh bahwa 51,7% balita laki-laki berstatus gizi baik dan 51,3% berstatus gizi buruk, sedangkan untuk jenis kelamin perempuan, sebanyak 48,3% balita berstatus gizi baik dan 49,3% berstatus gizi buruk. Status gizi buruk lebih banyak dialami pada jenis kelamin perempuan.

2.6.3 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan keadaan bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Keadaan ini data ditentukan oleh keadaan gizi ibu yang kurang baik sebelum hamil dan pada waktu hamil. Kondisi ini dapat mengganggu perkembangan mental dan kemampuan motorik. Anak yang mengalami BBLR dan status gizi kurang pada usia balita akan meningkatkan risiko terkena penyakit non-infeksi atau penyakit degeneratif di usia dewasa (Sulistiyani, 2011:4).

BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi, dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya di masa depan. Bayi dengan berat lahir rendah umumnya mengalami proses hidup masa depan kurang baik, memiliki resiko tinggi untuk meninggal dalam usia balita jika dibandingkan dengan bayi non BBLR. Bila tidak meninggal pada awal kelahiran, bayi BBLR akan tumbuh dan berkembang lebih lambat, apalagi jika kekurangan ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI yang tidak cukup. Maka bayi BBLR cenderung besar menjadi balita dengan status gizi rendah. Bayi BBLR yang dapat bertahan hidup, dalam lima tahun pertama akan mempunyai resiko lebih tinggi dalam tumbuh kembang secara jangka panjang kehidupannya jika dibandingkan dengan bayi non BBLR (Pioda, 2007 dalam Asiyah, dkk 2010).

2.7 Karakteristik Keluarga Balita

2.7.1 Pengetahuan Gizi Ibu

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010a:27).

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan merupakan masalah yang sudah umum. Salah satu penyebab masalah kurang gizi yaitu kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 2003).

Menurut Adisasmito (2007) keluarga dengan pengetahuan yang rendah seringkali tidak puas dengan makanan dan tidak memenuhi kebutuhan gizi balita karena ketidaktahuan ibu, seperti tidak tepatnya pemberian ASI dan MP- ASI baik kualitas maupun kuantitasnya. Faktor pengetahuan yang menyebabkan status gizi berubah antara lain:

- a. Ibu yang tidak paham tentang gizi.
- b. Tidak memahami cara mengolah makanan sehingga zat-zat gizi yang terkandung hilang saat pengolahan.
- c. Tidak paham tentang cara konsumsi balita.
- d. Jenis makanan yang mempengaruhi jiwa anak, misalnya anak bosan dengan makanan olahan ibunya.
- e. Rendahnya tingkat pengetahuan mengakibatkan rendahnya pendidikan, dan faktor ekonomi turut menyebabkan status gizi kurang, walaupun pengetahuan cukup tetapi karena tidak ada dana untuk membeli bahan makanan tertentu yang kadar gizinya tinggi, misalnya daging.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Supadi (2002) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan gizi ibu dengan pola asuh gizi. Menurut Sediaoetama (2008), pengetahuan tentang gizi pada umumnya dapat membentuk sikap dalam diri seseorang dan mempengaruhi perilaku

kesehariannya. Tingginya tingkat pengetahuan tentang gizi dari seorang pengasuh atau ibu akan membentuk sikap positif terhadap masalah gizi yang pada gilirannya dari pengertian dan sikap tersebut akan mendorong untuk menyediakan makanan sehari-hari dalam jumlah yang mencukupi kebutuhan gizi anak.

2.7.2 Tingkat Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan akan membentuk pengetahuan seseorang. Secara teori semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuannya, sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikannya maka semakin rendah pula tingkat pengetahuannya (Putriana, 2013). Pengetahuan atau kognitif merupakan faktor yang sangat penting dan berpengaruh untuk terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku seseorang yang didasari oleh pengetahuan akan lebih lama dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007:140).

Pendidikan dalam hal ini dikaitkan dengan pengetahuan akan berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan zat gizi. salah satu contoh prinsip yang dimiliki seseorang dengan pendidikan rendah biasanya adalah ‘ yang penting mengenyangkan’, sehingga porsi bahan makanan sumber karbohidrat lebih banyak dibanding dengan kelompok bahan makanan yang lain. Sebaliknya, kelompok orang dengan pendidikan tinggi cenderung memilih bahan makanan sumber protein dan akan berusaha menyeimbangkan dengan kebutuhan gizi lain (Sulistyoningsih, 2011:54).

Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. Hal ini dapat dijadikan landasan untuk membedakan metode penyuluhan yang tepat. Pendidikan gizi yang diberikan diharapkan akan tercipta pola kebiasaan makan yang baik dan sehat, sehingga dapat mengetahui kandungan gizi dan pengetahuan yang terkait dengan pola makan lainnya. Selain itu, dari kepentingan gizi keluarga, pendidikan diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi didalam keluarga dan bisa mengambil tindakan secepatnya (Suhardjo, 2003).

2.7.3 Status Pekerjaan Ibu

Status pekerjaan ibu dapat mempengaruhi perilaku anak untuk makan. Jika ibu bekerja di luar rumah, hal ini memiliki risiko tidak dapat langsung menyiapkan dan memberikan makan pada keluarga dan anak-anaknya karena waktu lebih cenderung digunakan untuk bekerja, sehingga peranan ibu dalam hal menyiapkan makanan terpaksa dikerjakan orang lain. Hendaknya ibu yang bekerja di luar rumah dapat membagi waktu dengan baik antara pekerjaan dan tugas penyelenggaraan makan keluarga terutama anak (Suhardjo, 2003).

Hasil penelitian Diana (2006), mengemukakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pola asuh makan dengan pekerjaan ibu. Ibu bekerja di luar rumah dapat menyebabkan anak tidak terawat, sebab anak balita sangat bergantung pada pengasuhnya atau anggota keluarga yang lain. Selain itu, ibu yang bekerja di luar rumah cenderung memiliki waktu yang lebih terbatas untuk melaksanakan tugas rumah tangga dibandingkan ibu yang tidak bekerja.

2.7.4 Pendapatan Keluarga

Variabel ekonomi yang cukup dominan dalam mempengaruhi konsumsi pangan adalah pendapatan keluarga dan harga. Pendapatan keluarga akan menentukan kuantitas dan kualitas pangan yang dikonsumsi. Meningkatnya pendapatan akan meningkatkan peluang untuk membeli pangan dengan kuantitas dan kualitas yang lebih baik, sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan menurunnya daya beli pangan baik secara kuantitas maupun kualitas (Sulistyoningsih, 2011:52).

Tingginya tingkat pendapatan cenderung diikuti dengan tingginya jumlah dan jenis pangan yang dikonsumsi. Tingkat pendapatan akan mencerminkan kemampuan untuk membeli bahan pangan. Secara teoritis terdapat hubungan positif antara pendapatan dengan jumlah permintaan pangan. Makin tinggi pendapatan akan semakin tinggi daya beli keluarga terhadap pangan, sehingga akan membawa pengaruh terhadap semakin beragam dan banyaknya pangan yang dikonsumsi (Soekirman, 2000:132).

Pendapatan keluarga adalah besarnya rata-rata penghasilan yang diperoleh dari seluruh anggota keluarga. Semakin baik pendapatan, maka semakin besar peluang untuk memilih pangan yang baik karena dengan meningkatnya pendapatan perorangan, maka terjadilah perubahan-perubahan dalam susunan makanan. Namun, pengeluaran uang yang lebih banyak untuk pangan tidak menjamin lebih beragamnya konsumsi pangan. Kadang-kadang perubahan utama yang justru terjadi dalam kebiasaan makan adalah pangan yang dimakan itu lebih mahal. Di beberapa negara berkembang, golongan miskin menggunakan bagian terbesar dari pendapatan untuk memenuhi kebutuhan makan, yaitu umumnya dua per tiga dari pendapatannya. Namun sebaliknya, jika pendapatan semakin baik, maka pengeluaran untuk non-pangan akan semakin besar, mengingat semua kebutuhan pokok untuk makan sudah terpenuhi (Suhardjo, 2003).

Terdapat hubungan yang erat antara pendapatan dan gizi yang didorong oleh pengaruh yang menguntungkan dari pendapatan yang meningkat bagi perbaikan kesehatan dan masalah keluarga lainnya yang berkaitan dengan keadaan gizi. Apabila penghasilan keluarga meningkat, penyediaan lauk pauk pada umumnya juga meningkat mutunya (Suhardjo, 2003). Penduduk dengan tingkat pendapatan yang rendah cenderung memenuhi kebutuhan protein dari bahan makanan nabati, begitu pula sebaliknya, penduduk dengan tingkat pendapatan tinggi, akan memenuhi kebutuhan protein dari bahan makanan hewani. Hal ini karena protein hewani harganya relatif lebih mahal dibanding dengan protein nabati. Dengan kata lain, tingkat pendapatan akan menentukan akses dalam memperoleh ragam bahan makanan yang membentuk suatu pola konsumsi pangan tertentu.

2.7.5 Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga juga termasuk salah satu faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita. Hal ini berkaitan dengan bagaimana seorang ibu memberikan pangan terhadap balita dalam hal kuantitas. Menurut Suhardjo (2003) anak yang tumbuh dalam keluarga besar maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua yang menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda perlu zat gizi yang relatif lebih banyak daripada anak-anak

yang lebih tua. Dengan demikian anak-anak yang lebih muda mungkin tidak diberi cukup makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizinya.

Anak-anak yang tumbuh dalam keluarga besar dengan keadaan ekonomi lemah dapat menderita karena penghasilan keluarga harus digunakan oleh banyak orang. Semakin banyak jumlah anggota keluarga makan akan semakin bervariasi aktivitas, pekerjaan dan selernya, sehingga jumlah anggota keluarga berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan gizi yang dipengaruhi oleh konsumsi makanan. Faktor selera dari masing-masing anggota keluarga sangat berpengaruh karena tidak semua anggota keluarga menyukai jenis makanan yang sama (Suhardjo, 2003).

2.8 Faktor Budaya (Pantangan Makanan)

Faktor budaya atau kepercayaan dapat mempengaruhi pantangan dalam mengonsumsi jenis makanan tertentu. Pantangan yang didasari oleh kepercayaan pada umumnya mengandung perlambang atau nasihat yang dianggap baik ataupun tidak baik yang lambat laun akan menjadi kebiasaan atau adat. Kebudayaan suatu masyarakat memiliki kekuatan yang cukup besar untuk mempengaruhi seseorang dalam memilih dan mengolah pangan yang akan dikonsumsi.

Kebudayaan menuntun seseorang dalam berperilaku dan memenuhi kebutuhan biologisnya termasuk kebutuhan pangannya. Budaya mempengaruhi seseorang dalam menentukan apa yang akan dimakan, bagaimana pengolahan, persiapan, dan penyajiannya, serta untuk siapa dan dalam kondisi yang bagaimana pangan tersebut dikonsumsi. Kebudayaan juga menentukan kapan seseorang boleh dan tidak boleh mengonsumsi suatu makanan (tabu), meskipun tidak semua yang tabu masuk akal dan baik dari sudut pandang kesehatan. Tidak sedikit hal yang ditabukan merupakan hal yang baik jika dilihat dari sudut pandang kesehatan. Salah satunya adalah seorang anak balita tabu mengonsumsi ikan laut karena dikhawatirkan akan menyebabkan cacangan. Padahal ikan laut sangat baik untuk balita karena memiliki kandungan protein yang sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan. Terdapat tiga kelompok masyarakat yang biasanya memiliki

pantangan terhadap beberapa makanan tertentu, yaitu balita, ibu hamil, dan ibu menyusui (Sulistyoningsih, 2011:53).

Banyak sekali penemuan para peneliti yang menyatakan bahwa faktor sosio-budaya sangat berperan dalam proses konsumsi pangan dan terjadinya masalah gizi di berbagai masyarakat dan negara. Unsur-unsur budaya mampu menciptakan kebiasaan makan penduduk yang kadang-kadang bertentangan dengan prinsip ilmu gizi. Berbagai budaya memberikan peranan dan nilai yang berbeda terhadap pangan (Baliwati *et al*, 2004:72).

Penelitian tentang makanan tabu yang dilakukan oleh Sukandar (2007) menunjukkan hasil bahwa di Barito Kuala Kalimantan Selatan makanan yang ditabukan untuk bayi adalah ikan tauman dan ikan gabus. Alasannya adalah ikan tersebut dapat menyebabkan anak sakit. Sedangkan untuk anak balita makanan yang ditabukan adalah telur. Namun telur hanya ditabukan bagi balita perempuan. Walaupun hanya satu jenis makan yang ditabukan bagi balita, namun telur adalah sumber protein yang banyak tersedia dan harganya terjangkau. Hal tersebut bertentangan dengan prinsip ilmu gizi.

2.9 Program Gizi

Tahun 2007 menteri Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 747/Menkes/SK/2007 tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga. keputusan Menteri tersebut dibuat berdasarkan pertimbangan bahwa dalam rangka percepatan pencapaian sasaran 3 Departemen Kesehatan yaitu Seluruh Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) diperlukan keserasian dan keterpaduan gerak antara semua pemangku kepentingan di tingkat pusat, propinsi, kabupaten, kecamatan, dan desa. Tujuan dari Kadarzi yaitu :

- a. Meningkatnya kemudahan keluarga dan masyarakat memperoleh informasi gizi
- b. Meningkatnya kemudahan keluarga dan masyarakat memperoleh pelayanan gizi yang berkualitas.

Sasaran Kadarzi menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 747/Menkes/SK/2007 yaitu :

- a. 80% balita ditimbang setiap bulan
- b. 80% bayi 0-6 bulan diberi ASI saja (ASI eksklusif)
- c. 90% keluarga menggunakan garam beryodium
- d. 80% keluarga makan beraneka ragam sesuai kebutuhan
- e. Semua balita gizi buruk dirawat sesuai standar tata laksana gizi buruk
- f. Semua anak 6-24 bulan GAKIN mendapatkan MP-ASI
- g. 80% balita (6-59 bulan) dan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A sesuai anjuran
- h. 80% ibu hamil mendapatkan TTD minimal 90 tablet selama kehamilannya.

Mengacu dari gerakan KADARZI nasional tersebut, Dinas Kabupaten Banyuwangi menciptakan sebuah program inovatif Kadarzi Anak TOKCer (Anak Tumbuh Optimal berKualitas dan Cerdas) pada tahun 2011. Program Kadarzi Anak TOKCer di Kabupaten Banyuwangi telah mendapatkan SK dari Bupati Kabupaten Banyuwangi yaitu Nomor 188/1566/KEP/429.011/2011 Tentang Pembentukan Tim Pelaksana Program Keluarga Sadar Gizi Anak Tumbuh Optimal berKualitas dan Cerdas (Kadarzi Anak TOKCer).

Tujuan dan indikator pencapaian Kadarzi Anak TOKCer Kabupaten Banyuwangi adalah sebagai berikut:

- a) Tujuan umum: meningkatnya persentase keluarga di Kabupaten Banyuwangi yang menerapkan perilaku sadar gizi.
- b) Tujuan khusus:
 - (1) Meningkatkan persentase keluarga yang menimbang berat badannya setiap bulan.
 - (2) Meningkatkan persentase bayi 0-6 bulan yang diberi ASI saja (ASI Eksklusif).
 - (3) Meningkatkan persentase keluarga yang makan beraneka ragam sesuai kebutuhan.
 - (4) Meningkatkan persentase keluarga yang menggunakan garam beriodium.

- (5) Meningkatkan persentase keluarga yang mendapat suplemen gizi sesuai anjuran.

c) Indikator:

Perilaku KADARZI diukur minimal dengan 5 (lima) indikator yang menggambarkan perilaku sadar gizi. Penggunaan 5 indikator disesuaikan dengan karakteristik keluarga, indikator tersebut yaitu:

- (1) Menimbang berat badan secara teratur
- (2) Memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif)
- (3) Makan beraneka ragam
- (4) Menggunakan garam beriodium
- (5) Minum suplemen gizi sesuai anjuran.

Target kegiatan yang harus dicapai:

- (1) 80% balita ditimbang tiap bulan.
- (2) 80% bayi 0-6 bulan diberi ASI saja (ASI Eksklusif)
- (3) 90% keluarga menggunakan garam beriodium.
- (4) 80% keluarga makan beraneka ragam sesuai kebutuhan.
- (5) 80% keluarga mendapat suplemen gizi sesuai anjuran.

2.10 Karakteristik Masyarakat Using

Bahasa Using adalah salah satu hal yang membedakan Suku Using dengan suku bangsa lainnya. Perbedaan tersebut terlihat pada bahasanya dimana bila didegan sepiantas seperti kombinasi bahasa antara Bahasa Jawa kasar dengan Bahasa Bali. Itu pun masih ditambahkan dengan akhiran dan ada beberapa kata diubah pengucapannya, seperti: 1) akhiran *-i* menjadi *-ai*, misalnya “*iki*” (dalam bahasa Jawa) menjadi “*ikai*”, 2) akhiran *-u* menjadi *-au*, misalnya “*melaku*” (dalam bahasa Jawa) menjadi “*melakau*”, 3) huruf vocal *-u-* di tengah dibaca *-o-*, misalnya “*nguyuh*” (dalam bahasa Jawa) dibaca “*ngoyoh*” (Tim Peneliti Antropologi UGM, 2004:17).

Selain perbedaan bahasa, masyarakat Using juga memiliki karakter yang berbeda dengan masyarakat Jawa pada umumnya, diantaranya adalah karakter

orang Using yang lebih kasar dan perbedaan kultur. Karakter orang Using yang lebih kasar terbukti dengan orang Using yang mendapat sebutan aclak yang berarti sok ingin tahu, ladak yang berarti sombong, dan bidak yang berarti tak mau tahu urusan orang lain. Masyarakat Using juga lugas, tegas, dan menggunakan intonasi yang kasar. Sedangkan kultur orang Using yang berbeda dengan masyarakat Jawa yang dimaksud adalah misalnya sebutan Wong Banyuwangen atau Wong Banyuwangi asli yang secara tidak langsung ingin membedakan dirinya masyarakat Jawa. Selain itu masyarakat Using lebih suka jika disebut dengan Wong Blambangan.

Masyarakat Using juga memiliki karakter khas yang unik atau dapat disebut sebagai ciri orang Using, yaitu “*gupuh*”, “*suguh*”, dan “*lungguh*”. “*Gupuh*” adalah ciri pertama yang menandakan bahwa dalam silaturahmi ketika ada orang Using yang didatangi, maka dia akan bersikap panik dan bingung. “*Suguh*” adalah ciri kedua yang berarti dalam silaturahmi tersebut para tamu akan diberi sajian terlebih dahulu. “*Lungguh*” adalah ciri ketiga yang berarti jika kedua ciri sebelumnya sudah terpenuhi maka orang using tersebut baru akan menemani tamunya dan menanyakan maksud kedatangan tamu tersebut. Karakteristik lain yang dapat mewakili orang Using antara lain jujur dan suka membantu jika terdapat salah satu tetangga yang mengadakan acara atau bergotong royong. Karakteristik lainnya adalah ketika orang using sakit hati maka mereka lebih mudah mendendam.

Kekhasan lain yang dimiliki masyarakat Using khususnya yang tinggal di Desa Kemiren adalah kekhasan budaya dan adat istiadat. Desa Kemiren adalah desa yang tetap memegang teguh kebudayaan Using. Hal tersebut terlihat pada nilai-nilai keseharian serta ritual-ritual yang tetap dilestarikan dan dijaga kelangsungannya.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan, menurut bidan Desa Kemiren dan tokoh masyarakat Desa Kemiren masih terdapat pola pengasuhan yang kurang baik yang diberikan kepada anak balita. Beberapa ibu balita masih memberikan makanan lain sebelum ASI setelah bayinya lahir. Mereka menganggap bahwa ASI baru keluar beberapa hari kemudian. Selanjutnya bayi

segera diberikan makanan seperti pisang sebelum usia mencukupi ketika mereka berfikir bahwa anaknya menangis karena merasa lapar. Selain itu, ketika ibu sedang bekerja, anak balita yang berusia kurang 6 bulan diberikan makanan tambahan karena mereka menganggap ASI yang diberikan masih kurang. Pengasuhan gizi yang kurang baik juga ditunjukkan dengan masih adanya anggapan orang tua bahwa bayi tidak baik diberikan pisang mas dan makanan ikan laut. Dimungkinkan hal-hal tersebut terjadi akibat kurangnya pengetahuan dan keyakinan yang sudah melekat.

2.11 Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita

Secara langsung status gizi salah satunya dipengaruhi asupan zat gizi baik secara kuantitas maupun kualitas. Salah satu faktor yang secara tidak langsung mempengaruhi status gizi adalah pola asuh anak (Sulistiyani, 2011:9). Kebutuhan zat gizi anak akan tercukupi dengan diberikannya pola asuh gizi yang baik dan memadai. Pola asuh gizi anak akan selalu terkait dengan kegiatan pemberian makan untuk memenuhi kebutuhan gizinya yang akhirnya akan berkontribusi terhadap status gizi (Istiany dan Rusilanti, 2013:133).

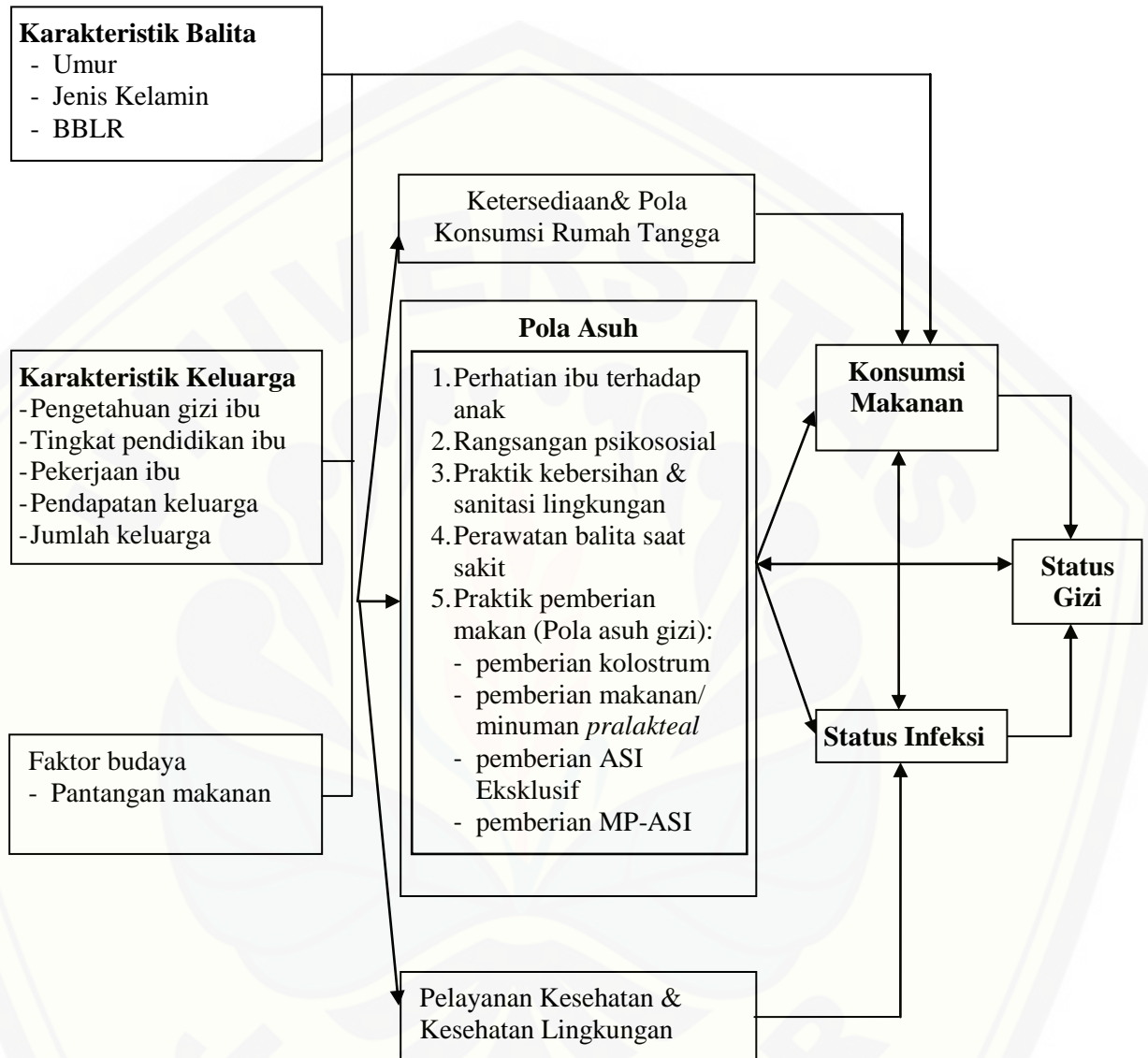
Aspek dalam pola asuh yang tidak kalah penting adalah perawatan kesehatan anak, yang meliputi praktik kebersihan dan perawatan saat anak sakit. Menurut Soetjiningsih (1995:14) perawatan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar anak, dimana di dalamnya adalah imunisasi, pemberian ASI, higiene perorangan, penimbangan anak secara teratur, pengobatan saat sakit. Selain jenis dan jumlah makanan yang harus disesuaikan dengan kebutuhan anak, makanan yang disiapkan untuk anak harus diperhatikan kebersihannya. Jika anak mulai mengkonsumsi makanan pelengkap atau makanan buatan maka penyimpanan dan higienitasnya perlu diperhatikan (Istiany dan Rusilanti, 2013:135). Perawatan anak dalam keadaan sakit berkaitan dengan menjaga status kesehatan anak dan menjauhkan dari penyakit. Peranan ibu dalam masalah kesehatan anak sangat penting.

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi anak. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat gizi

yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat gizi esensial. Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat gizi dalam jumlah berlebihan, sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan (Almatsier, 2004:9).



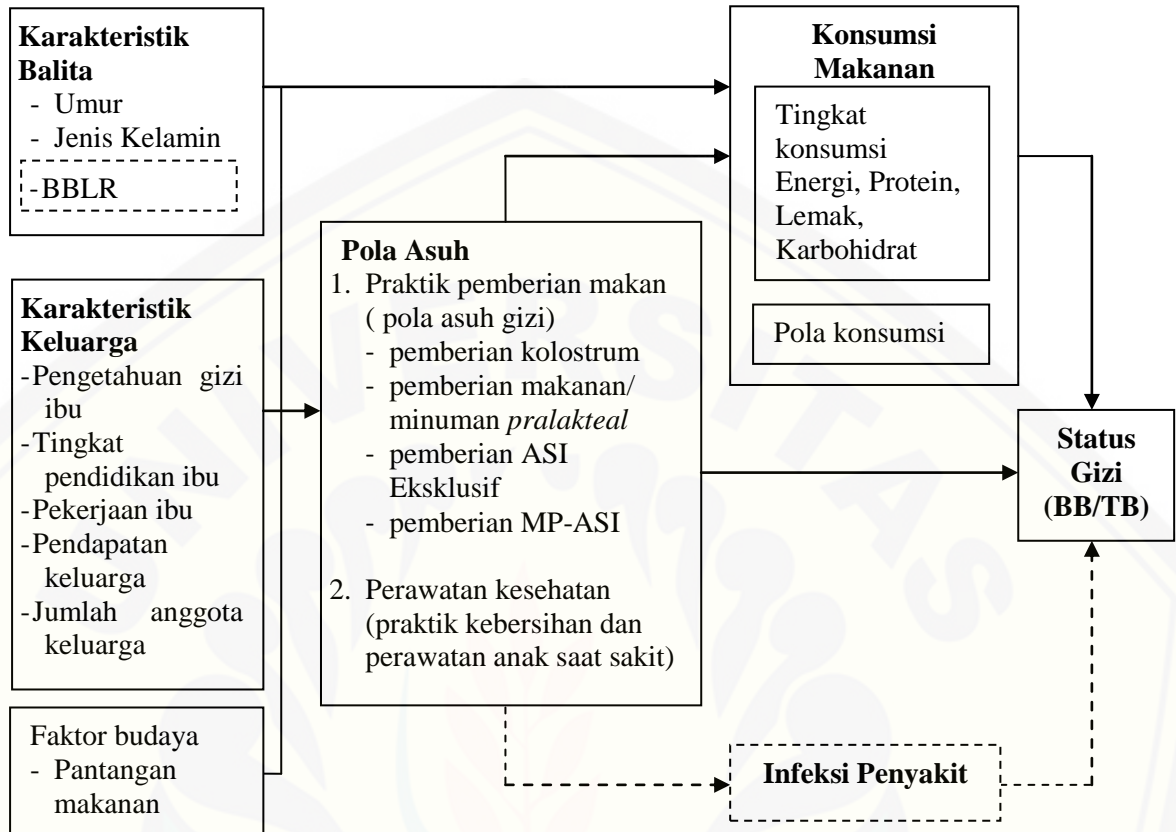
2.12 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

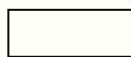
Sumber: Modifikasi dari Teori Apriadji (1986) dalam Lubis (2008), UNICEF (1998) dalam Adisasmito (2000), dan Engle *et al* (1997) dalam Lubis (2008)

2.13 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



: diteliti



: tidak diteliti

Berdasarkan kerangka konsep penelitian di atas dapat diketahui bahwa status gizi anak balita secara langsung dapat dipengaruhi konsumsi makanan dan status infeksi. Namun dalam penelitian ini faktor status infeksi tidak diteliti. Konsumsi makanan dipengaruhi umur dan jenis kelamin anak balita serta pola asuh. Pola asuh berkaitan dengan karakteristik keluarga balita dan kebudayaan yang ada, salah satunya pantangan makanan. Sehingga faktor-faktor tersebut juga mempengaruhi status gizi anak balita.

Pola asuh meliputi praktik pemberian makan dan perawatan kesehatan. Praktik pemberian makan meliputi pemberian kolostrum, makanan/ minuman *pralakteal*, ASI eksklusif, dan MP-ASI. Perawatan kesehatan meliputi praktik kebersihan atau *hygiene* dan perawatan saat anak sakit. Pola asuh secara langsung mempengaruhi konsumsi anak balita, yaitu terkait dengan praktik pemberian makanan. Kebutuhan zat gizi anak akan tercukupi dengan adanya praktik pemberian makan yang baik dan memadai pada anak.

Faktor karakteristik keluarga anak balita berperan dalam praktik pola asuh terhadap anak balita. Tingkat pengetahuan ibu tentang gizi akan membentuk sikap terhadap masalah gizi yang pada gilirannya akan mendorong menyediakan makanan sehari-hari untuk mencukupi kebutuhan gizi anak balita. Pengetahuan berkaitan dengan pendidikan dimana tingkat pendidikan akan membentuk pengetahuan ibu. Selanjutnya adalah status pekerjaan ibu. Ibu yang bekerja dan yang tidak bekerja memiliki perbedaan dalam hal pengasuhan anak. Ibu yang bekerja memiliki waktu yang lebih sedikit dibanding ibu yang tidak bekerja. Pendapatan keluarga akan menentukan kuantitas dan kualitas pangan yang dikonsumsi. Jumlah anggota keluarga juga termasuk salah satu faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita. Anak-anak yang tumbuh dalam keluarga besar dengan keadaan ekonomi lemah dapat menderita karena penghasilan keluarga harus digunakan oleh banyak orang.

Kebudayaan juga menentukan kapan seseorang, khususnya balita, boleh dan tidak boleh mengonsumsi suatu makanan, meskipun tidak semua yang dipantang masuk akal dan baik dari sudut pandang kesehatan. Unsur-unsur budaya mampu menciptakan kebiasaan makan penduduk yang kadang-kadang bertentangan dengan prinsip ilmu gizi. Berbagai budaya memberikan peranan dan nilai yang berbeda terhadap pangan.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. (Notoatmodjo, 2005:135). Apabila ditinjau dari keterlibatan peneliti, penelitian ini tergolong dalam penelitian observasional, yaitu peneliti hanya mengamati subyek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian, bukan memberi perlakuan atau intervensi terhadap subyek penelitian. Data yang telah diperoleh selanjutnya dikumpulkan, diolah, disajikan, dan diinterpretasikan sesuai dengan tujuan penelitian (Budiarso, 2003:14).

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional* jika ditinjau dari waktu pelaksanaannya, yaitu pengumpulan variabel sebab dan akibat dilakukan secara bersama-sama dalam waktu yang bersamaan dan sekaligus (Notoatmodjo, 2010b:26). Data mengenai karakteristik anak balita, karakteristik keluarga balita, factor budaya, pola asuh, konsumsi makanan, dan status gizi anak balita dikumpulkan secara bersama-sama dalam waktu yang bersamaan dan sekaligus.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi. Lokasi ini dipilih karena status gizi balita kurus dan sangat kurus (BB/TB) tertinggi nomor 4 di Kecamatan Glagah. Selain itu peneliti memilih Desa Kemiren karena desa tersebut merupakan desa using yang paling memegang teguh kekhasan budaya dan adat istiadat Suku Using. Desa Kemiren dijadikan sebagai Desa Wisata Using.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober 2014 sampai dengan April 2015. Kegiatan dimulai dengan penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian sampai penyusunan laporan.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010b:115). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak balita usia 6-24 bulan di Desa Kemiren terhitung pada bulan November 2014 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, yaitu sebanyak 36 anak balita (Puskesmas Pembantu Desa Kemiren, 2014b).

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah syarat umum yang harus dipenuhi oleh peserta agar dapat disertakan ke dalam penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:22). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Anak balita yang terdaftar dalam buku posyandu
- 2) Ibu anak balita bersedia menjadi responden
- 3) Responden tercatat sebagai warga asli Desa Kemiren saat penelitian dilakukan.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan peserta yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:22). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah anak balita yang mengalami penyakit infeksi pada 1 bulan terakhir dan yang mengalami BBLR.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari populasi yang diambil dari keseluruhan objek penelitian dan dianggap mewakili seluruh populasi (Sugiyono, 2011:81). Sampel dari penelitian ini adalah total populasi.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki kelompok lain (Notoatmodjo, 2010b:103). Adapun variabel dalam penelitian ini adalah :

a. Variabel Terikat (*dependent variabel*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2010b:104). Variabel terikat pada penelitian ini adalah status gizi anak balita.

b. Variabel Bebas (*independent variabel*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau sebab dari variabel terikat (Notoatmodjo, 2010b:104). Variabel bebas penelitian ini adalah karakteristik anak balita, karakteristik keluarga anak balita, faktor budaya (pantangan makan), pola asuh dan konsumsi makanan.

3.4.2 Definisi Operasional

Menurut Nazir (2009:126) definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberikan arti atau menspesifikan kegiatan, ataupun memberikan operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut. Menurut Notoatmodjo (2010b:112) definisi operasional adalah uraian yang membatasi setiap istilah atau frasa kunci yang dipergunakan dalam penelitian dengan makna tunggal dan terukur. Definisi operasional bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen.

Definisi operasional dan cara pengukuran yang akan digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.1 sebagai berikut :

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, dan Hasil Ukur

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran
Variabel Terikat				
1	Status Gizi	Perbandingan berat badan terhadap panjang badan (BB/PB) yang diukur secara antropometri dan dibandingkan dengan nilai baku rujukan WHO 2005.	- Mengukur BB menggunakan dacin. - Mengukur PB menggunakan <i>lengthboard measurement</i> .	Indeks BB/PB: 1. Sangat kurus: < -3SD 2. Kurus: -3 SD s/d < -2 SD 3. Normal: -2 SD s/d 2 SD 4. Gemuk: > 2 SD (Kemenkes RI, 2011)
Variabel Bebas				
2	Karakteristik Anak balita			
	a. Umur	Lama waktu hidup anak yang dihitung mulai dari tanggal lahir anak sampai pada saat pengumpulan data berdasarkan perhitungan bulan usia penuh (<i>completed month</i>)	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. 6-11 bulan 2. 12-24 bulan
	b. Jenis Kelamin	Pengelompokan anak balita berdasarkan ciri genital (laki-laki atau perempuan)	Observasi	Klasifikasi: 1. Laki-laki 2. Perempuan
3	Karakteristik Keluarga			
	a. Tingkat Pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan formal terakhir ibu anak balita yang dicapai dan tamat (berdasarkan ijazah terakhir)	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. Dasar (tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD, tidak tamat SMP/ sederajat, tamat SMP/ sederajat, tidak tamat SMA/ sederajat) 2. Menengah (tamam SMA, SMK, atau sederajat) 3. Tinggi (yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi) (Depdiknas, 2003)
	b. Status Pekerjaan Ibu	Kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh ibu dengan maksud untuk memperoleh bantuan penghasilan untuk keluarganya, baik yang terikat jam kerja maupun tidak terikat jam kerja	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. Bekerja 2. Tidak bekerja
	c. Tingkat pengetahuan ibu	Kemampuan ibu dalam menjawab pertanyaan dalam angket	Wawancara dengan kuesioner	Berdasarkan jawaban dari tes yang berkaitan dengan variabel tingkat pengetahuan responden

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran
	tentang gizi	pengetahuan pangan/gizi balita, ASI dan MP-ASI, pertumbuhan dan kesehatan anak.		(ibu anak balita responden) dengan skor tiap item: 1. Benar = 1 2. Salah = 0 Skor pengetahuan dibagi 3 yaitu: 1. Pengetahuan baik apabila skor > 80% 2. Pengetahuan sedang apabila skor 60-80% 3. Pengetahuan kurang apabila skor < 60% (Baliwati <i>et al</i> , 2004)
	d. Jumlah Anggota Keluarga	Banyaknya orang yang tinggal dalam satu rumah dan menjadi tanggungan keluarga tersebut	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. Besar : > 7 orang 2. Sedang : 5-7 orang 3. Kecil : ≤ 4 orang (BKKBN, 2008)
	e. Pendapatan Keluarga	Pemasukan yang diperoleh keluarga dalam satu bulan baik pemasukkan inti maupun tambahan	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. < UMK Banyuwangi Rp. 1.240.000,- 2. ≥ UMK Banyuwangi Rp. 1.240.000,- (Gubernur Jatim, 2013)
4	Pantangan Makanan	Jenis makanan yang tidak boleh diberikan kepada anak balita dengan alasan tertentu.	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. Ada, jenis... 2. Tidak ada
5	Pola Asuh			
	a. Praktik pemberian makan (pola asuh gizi)	Perilaku ibu terhadap anak balita yang meliputi pemberian kolostrum, makanan/minuman <i>pralakteal</i> , ASI Eksklusif, dan MP-ASI.	Wawancara dengan kuesioner	Penilaian dilakukan dengan memberikan skor 1 jika jawaban tepat dan 0 jika jawaban tidak tepat. Skor dibagi menjadi 2 kategori, sehingga dari 7 soal dicari mediannya untuk batas penilaian $\text{Median} = \frac{\text{skor max} - \text{skor min}}{2}$ $\text{Median} = \frac{7-0}{2} = 3,5 \approx 4$ Klasifikasi: 1. Baik, jika benar dalam melakukan praktik pola asuh gizi ≥ 4 2. Kurang, jika benar dalam melakukan praktik pola asuh gizi < 4
	1) Pemberian kolostrum	Perilaku ibu dalam memberikan ASI yang pertama kali keluar, kental dan biasanya berwarna kekuningan kepada anak saat baru	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. Ya = 1 2. Tidak = 0

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran
		lahir		
2)	Pemberian makanan/minuman <i>pralakteal</i>	Perilaku ibu dalam memberikan makanan/minuman yang kepada bayi sebelum ASI keluar, misalnya air kelapa, air tajin, madu, pisang, susu bubuk, susu sapi, air gula, dan sebagainya	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. Ya = 0 2. Tidak = 1
3)	Pemberian ASI Eksklusif	Perilaku ibu dalam memberikan ASI saja tanpa makanan dan/atau minuman lain sampai usia anak 6 bulan	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. Ya, jika ASI saja diberikan sampai anak usia 6 bulan = 1 2. Tidak, jika ASI saja diberikan sampai anak usia < 6 bulan = 0
4)	Usia Pemberian MP-ASI	Usia bayi saat pertama kali mendapat makanan atau minuman selain ASI	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: 1. Tepat, jika MP-ASI diberikan saat anak usia 6 bulan tepat = 1 2. Tidak tepat, jika MP-ASI diberikan saat anak usia < 6 atau > 6 bulan = 0
5)	Jenis MP-ASI	Makanan atau minuman selain ASI yang diberikan pada anak usia 6-24 bulan yang sesuai dengan usianya.	Wawancara dengan kuesioner	Ketentuan: 1. 6-8 bulan: bubur susu, pisang, papaya lumat halus, air jeruk, air tomat saring. Secara bertahap sesuai pertambahan umur diberi bubur tim lumat. 2. 9-11 bulan: bubur, nasi tim, atau nasi lembik. 3. 12-24 bulan: makanan keluarga secara bertahap sesuai kemampuan anak (Depkes RI, 2009) Klasifikasi : 1. Tepat, jika MP-ASI yang diberikan sesuai dengan ketentuan = 1 2. Tidak tepat, jika MP-ASI yang diberikan tidak sesuai dengan ketentuan = 0
6)	Frekuensi dan jumlah pemberian MP-ASI	Seringnya dan banyaknya pemberian makanan selain ASI pada anak usia 6-24 bulan dalam sehari	Wawancara dengan kuesioner	Ketentuan: 1. 6-8 bulan: sesuai umur a. 6 bulan: 2 kali 6 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 12 sendok makan peres. b. 7 bulan: 2-3 kali 7 sendok makan peres atau total dalam sehari 14-21 sendok makan peres. c. 8 bulan: 3 kali 8 sendok makan peres atau total

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran
				dalam sehari adalah 24 sendok makan peres.
				<ol style="list-style-type: none"> 2. 9-12 bulan: frekuensi 3 kali dengan porsi sesuai umur. <ol style="list-style-type: none"> a. 9 bulan: 9 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 27 sendok makan peres. b. 10 bulan: 10 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 30 sendok makan. c. 11 bulan: 11 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 33 sendok makan. 3. 1-2 tahun: 3 x 1/3 porsi makan orang dewasa atau total dalam sehari adalah 1 porsi makan orang dewasa. (Depkes RI, 2009) Klasifikasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tepat, jika banyaknya MP-ASI yang diberikan sesuai dengan ketentuan = 1 2. Tidak Tepat, jika banyaknya MP-ASI yang diberikan tidak sesuai dengan ketentuan = 0
	7) Ragam/variasi MP-ASI	Macam makanan atau minuman selain ASI yang diberikan pada anak balita usia 6-24 bulan yang terdiri atas makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah yang tersedia dalam menu makan satu hari.	Wawancara dengan kuesioner	Klasifikasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan pokok: nasi jagung, ubi jalar, singkong, talas dan hasil olahan seperti mie dan bihun 2. Lauk-pauk: daging, ayam, ikan, kerang, telur, hati, tahu, tempe, dan sebagainya. 3. Sayur: wortel, tomat merah, bayam, kangkung, sawi hijau, dan sebagainya. 4. Buah: pisang, papaya, jeruk, dan sebagainya. Klasifikasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tepat, jika keempat poin 1-4 terpenuhi (ada pada setiap penyajian) = 1 2. Tidak Tepat, jika keempat poin 1-4 tidak terpenuhi (tidak ada pada setiap penyajian) = 0
	b. Perawatan kesehatan	Perilaku ibu terhadap anak balitanya terkait dengan <i>personal hygiene</i> dan sanitasi serta perawatan saat	Wawancara dengan kuesioner	Penilaian dilakukan dengan memberikan skor 1 jika jawaban tepat dan 0 jika jawaban tidak tepat. Skor dibagi menjadi 2 kategori, sehingga dari 21 soal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran
		anak sakit.		dicari mediannya untuk batas penilaian $Median = \frac{skor\ max - skor\ min}{2}$
				Klasifikasi: 1. Baik, jika jawaban benar ≥ 12 2. Kurang, jika jawaban benar < 12
6	Konsumsi Makanan			
	Tingkat Konsumsi			
	1) Tingkat Konsumsi Energi	Perbandingan Energi aktual (nyata) dengan kecukupan Energi yang dinyatakan dalam persen. Tingkat konsumsi Energi dilihat dari hasil <i>food recall</i> 2x24 jam kemudian dibandingkan dengan % AKG tahun 2012	Wawancara dengan form <i>food recall</i> 2 X 24 hours	Klasifikasi 6. Di atas AKG : $> 120\%$ AKG 7. Normal : 90-120% AKG 8. Defisit tingkat ringan : 80 - 89% AKG 9. Defisit tingkat sedang : 70 - 79% AKG 10. Defisit tingkat berat : $< 70\%$ AKG (Depkes RI dengan modifikasi, dalam Supariasa <i>et al</i> , 2012)
	2) Tingkat Konsumsi Protein	Perbandingan Protein aktual (nyata) dengan kecukupan Protein yang dinyatakan dalam persen. Tingkat konsumsi Protein dilihat dari hasil <i>food recall</i> 2x24 jam kemudian dibandingkan dengan % AKG tahun 2012	Wawancara dengan form <i>food recall</i> 2 X 24 hours	Klasifikasi 1. Di atas AKG : $> 120\%$ AKG 2. Normal : 90-120% AKG 3. Defisit tingkat ringan : 80 - 89% AKG 4. Defisit tingkat sedang : 70 - 79% AKG 5. Defisit tingkat berat : $< 70\%$ AKG (Depkes RI dengan modifikasi, dalam Supariasa <i>et al</i> , 2012)
	3) Tingkat Konsumsi Lemak	Perbandingan Lemak aktual (nyata) dengan kecukupan Lemak yang dinyatakan dalam persen. Tingkat konsumsi Lemak dilihat dari hasil <i>food recall</i> 2x24 jam kemudian dibandingkan dengan % AKG tahun 2012	Wawancara dengan form <i>food recall</i> 2 X 24 hours	Klasifikasi 1. Di atas AKG : $> 120\%$ AKG 2. Normal : 90-120% AKG 3. Defisit tingkat ringan : 80 - 89% AKG 4. Defisit tingkat sedang : 70 - 79% AKG 5. Defisit tingkat berat : $< 70\%$ AKG (Depkes RI dengan modifikasi, dalam Supariasa <i>et al</i> , 2012)
	4) Tingkat Konsumsi Karbohidrat	Perbandingan Karbohidrat aktual (nyata) dengan kecukupan Karbohidrat yang dinyatakan dalam persen. Tingkat	Wawancara dengan form <i>food recall</i> 2 X 24 hours	Klasifikasi 1. Di atas AKG : $> 120\%$ AKG 2. Normal : 90-120% AKG 3. Defisit tingkat ringan : 80 - 89% AKG 4. Defisit tingkat sedang : 70 -

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran
		konsumsi Karbohidrat dilihat dari hasil <i>food recall</i> 2x24 jam kemudian dibandingkan dengan % AKG tahun 2012		79% AKG 5. Defisit tingkat berat : < 70% AKG (Depkes RI dengan modifikasi, dalam Supariasa <i>et al</i> , 2012)
a.	Pola konsumsi sumber energi, protein, sayuran, buah, dan lain-lain.	Gambaran tentang jenis dan frekuensi konsumsi sejumlah makanan sumber energi, protein, sayuran, buah, dan lain-lain selama periode harian, mingguan, dan bulanan .	Wawancara dengan <i>food frequency questi onnaire (FFQ)</i>	Penilaian: 1. > 1 x sehari 2. 1 x sehari 3. 3-6 x seminggu 4. 1-2 x seminggu 5. 2 x sebulan 6. Tidak pernah Klasifikasi: 1. Sering: poin 1-3 2. Jarang: poin 4 & 5 3. Tidak pernah : poin 6 (Gibson, 2005)

3.5 Data dan Sumber Data

Sumber data adalah subjek dari mana data dapat diperoleh (Arikunto, 2006:107). Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini terdiri atas data primer dan data sekunder.

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasanya dilakukan oleh peneliti (Sugiarto, 2003). Data primer dalam penelitian ini adalah karakteristik anak balita, karakteristik keluarga anak balita, faktor budaya, pola asuh, konsumsi makanan, dan status gizi anak balita. Data tersebut diperoleh dari wawancara langsung dengan responden.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang dikumpulkan melalui pihak kedua. Data sekunder dalam penelitian ini adalah data mengenai jumlah anak balita usia 6-24 bulan dan data anak yang mengalami penyakit infeksi pada 1 bulan terakhir, anak balita yang mengalami penyakit infeksi dalam 1 bulan terakhir, dan anak balita yang mengalami BBLR yang diperoleh dari Puskesmas Pembantu Desa Kemiren.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, diantaranya :

a. Wawancara

Menurut Nazir (2009:193), wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dengan penjawab dengan menggunakan alat yang dinamakan panduan wawancara. Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan wawancara langsung kepada responden untuk memperoleh data mengenai karakteristik anak balita, karakteristik keluarga anak balita, faktor budaya, pola asuh, dan asupan makan zat gizi makro (tingkat konsumsi dan pola konsumsi) anak balita. Data tingkat konsumsi didapatkan dengan wawancara langsung 2 kali 24 jam pada hari yang tidak berurutan dalam satu minggu dengan menggunakan *form food recall* 24 jam.

- 1) Prosedur pelaksanaan *food recall* 24 jam untuk mengetahui tingkat konsumsi:
 - a) Petugas/ pewawancara menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam Ukuran Rumah Tangga (URT) selama kurun waktu 24 jam yang lalu. Petugas melakukan konversi dari URT ke dalam ukuran berat (gram) dalam menaksir/ memperkirakan kedalam ukuran berat (gram). Pewawancara menggunakan berbagai alat bantu.
 - b) Menganalisis bahan makanan ke dalam zat gizi dengan menggunakan Tabel Komposisi Pangan Indonesia (TKPI).
 - c) Membandingkan dengan Daftar Kecukupan Gizi yang di Anjurkan (DKGA) atau AKG untuk Indonesia tahun 2013.
- 2) Prosedur pelaksanaan metode frekuensi makanan untuk mengetahui pola konsumsi:
 - a) Responden diminta untuk memberi tanda pada daftar makanan yang

tersedia pada *Food Frequency Questionnaires (FFQs)* mengenai frekuensi penggunaannya dan ukuran porsi.

- b) Lakukan rekapitulasi tentang frekuensi penggunaan jenis-jenis bahan makanan terutama bahan makanan yang merupakan sumber-sumber zat gizi tertentu selama periode tertentu pula.

b. Dokumentasi

Menurut Arikunto (2006:206), metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda, dan sebagainya. Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, notulen rapat, dan lain-lain. Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data jumlah anak balita usia 6-24 bulan, anak balita yang mengalami penyakit infeksi dalam 1 bulan terakhir, dan anak balita yang mengalami BBLR.

c. Pengukuran Antropometri

Pengukuran antropometri yang dimaksud adalah pengukuran berat badan dan panjang badan anak balita. Pengukuran berat badan dilakukan dengan menggunakan dacin. Pengukuran panjang badan dilakukan dengan menggunakan *lengthboard measurement*.

1) Prosedur pengukuran berat badan dengan dacin:

- a) Menggantungkan dacin pada dahan pohon, palang rumah, atau penyangga kaki tiga.
- b) Memeriksa apakah dacin sudah tergantung dengan kuat dengan cara menarik dacin ke bawah kuat-kuat.
- c) Sebelum dipakai, bandul geser diletakkan pada angka 0 (nol) dan batang dacin dikaitkan dengan tali pengaman.
- d) Memasang celana timbang, kotak timbang, atau sarung timbang yang kosong pada dacin. Bandul geser tetap pada angka 0 (nol).
- e) Menyeimbangkan dacin yang sudah dibebani celana timbang, kotak timbang, atau sarung timbang dengan cara memasukkan pasir ke dalam kantong plastik.

- f) Anak ditimbang dan seimbangkan dacin.
 - g) Menentukan berat badan anak dengan membaca angka di ujung bandul geser.
 - h) Mencatat hasil penimbangan di atas secarik kertas.
 - i) Geser bandul ke angka 0 (nol), letakkan batang dacin dalam tali pengaman, setelah itu bayi atau anak dapat diturunkan.
- 2) Prosedur pengukuran panjang badan dengan *lengthboard measurement*:
- a) Letakkan pengukur panjang badan pada meja atau tempat yang rata seperti lantai.
 - b) Letakkan alat ukur dengan posisi panel kepala di sebelah kiri dan panel penggeser di sebelah kanan pengukur. Panel kepala adalah bagian yang tidak bisa digeser.
 - c) Tarik geser bagian panel yang bisa digeser sampai diperkirakan cukup panjang untuk menaruh anak balita.
 - d) Baringkan anak dengan posisi terlentang, diantara kedua siku, dan kepala anak menempel pada bagian panel yang tidak bisa digeser.
 - e) Rapatkan kedua kaki dan tekan lutut anak sampai lurus dan menempel pada meja atau tempat menaruh alat ukur. Tekan telapak kaki anak sampai membentuk siku, kemudian geser bagian panel yang bisa digeser sampai persis menempel pada telapak kaki anak.
 - f) Bacalah dan cata panjang badan anak pada skala ke arah angka yang lebih besar.
 - g) Setelah pengukuran selesai, kemudian anak diangkat.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis. Instrumen adalah alat pada waktu peneliti menggunakan suatu metode atau teknik pengumpulan data (Arikunto, 2006:126). Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan adalah sebagai berikut:

- a. Lembar kuesioner untuk data karakteristik anak balita, karakteristik keluarga, faktor budaya, dan pola asuh.
- b. Angket untuk data pengetahuan gizi ibu.
- c. Dacin untuk mengukur berat badan anak balita.
- d. *Lenghtboard measurement* untuk mengukur panjang badan anak balita.
- e. *Form food recall 2 X 24 hours* untuk mengetahui tingkat konsumsi zat gizi makro anak balita.
- f. *Food Frequency Questionnaire (FFQ)* untuk mengetahui pola konsumsi anak balita.
- g. Standar Baku WHO 2005 dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 untuk menentukan klasifikasi status gizi anak balita.

3.7 Uji Validitas dan Realibilitas

Kuesioner yang digunakan sebagai alat ukur dalam suatu penelitian perlu diuji validitas dan reliabilitas agar benar-benar dapat digunakan sebagai alat ukur. Agar diperoleh distribusi nilai pengukuran mendekati normal, maka sebaiknya jumlah responden untuk diuji paling sedikit 20 orang. Pertanyaan yang tidak sesuai dengan nilai yang telah ditentukan (tidak valid) harus diganti atau direvisi di “*drop*” (dihilangkan) (Notoatmodjo, 2010b:166).

3.7.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesasihan suatu instrumen (Arikunto, 2006:144). Validitas dicapai dengan menggunakan alat ukur yang sesuai dengan apa yang diukur. Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Penelitian ini akan menggunakan uji validitas konstruk untuk mengukur setiap item pertanyaan dalam kuesioner sesuai dengan konsep yang diukur (Notoatmodjo, 2010). Uji validitas instrument data menggunakan *Person Product Moment*, keputusan uji jika $r_{hitung} > r_{table}$ maka variabel valid dan jika $r_{hitung} < r_{table}$ maka variabel tidak valid (Sugiyono, 2011:128).

Penelitian pendahuluan dilakukan untuk menguji validitas angket pengetahuan ibu yang dilakukan di Desa Tamansuruh. Desa Tamansuruh terletak di sebelah barat yang juga merupakan batas wilayah Desa Kemiren sebelah barat. Uji validitas dilakukan pada 25 responden. Uji validitas dilakukan dengan cara memberikan angket pengetahuan ibu tentang gizi dan perawatan kesehatan. Hasil uji validasi menunjukkan bahwa terdapat 19 pertanyaan yang dapat dikatakan valid dan ditambahkan satu pertanyaan yang dianggap mendasar dan penting untuk menjadi salah satu item soal dalam penelitian, sehingga total soal dalam angket pengetahuan ibu adalah sebanyak 20 soal.

3.7.2 Uji Realibilitas

Uji reliabilitas dimaksudkan untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang diberikan. Jawaban responden terhadap pertanyaan dikatakan reliabel jika masing-masing pertanyaan dijawab dengan konsisten atau jawaban tidak boleh acak karena masing-masing pertanyaan hendak mengukur hal yang sama (Riwidikdo, 2007). Pengukuran reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara *one shot* atau pengukuran sekali saja. Disini pengukuran dilakukan hanya sekali kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain atau mengukur korelasi antar jawaban pertanyaan. Suatu konstruk variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *alpha* 0,70 – 0,95 (Moleong, 2006).

Uji reliabilitas dalam penelitian ini adalah untuk mengukur reliabilitas angket pengetahuan ibu dengan jumlah 20 pertanyaan. Berdasarkan hasil pengolahan data maka dapat disimpulkan bahwa angket yang digunakan dalam penelitian ini dapat dikatakan reliabel (dapat dipercaya) (nilai α adalah 0,70-0,95).

3.8 Teknik Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

3.8.1 Teknik Pengolahan Data

a. Pemeriksaan data (*editing*)

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai menghimpun data di lapangan. Data yang telah dikumpulkan dari kuisisioner

diperiksa kembali oleh peneliti sebelum data diolah untuk memastikan tidak ada hal yang meragukan atau menyimpang dari rencana dan tujuan yang ditetapkan. Apabila terdapat data yang kurang maka akan ditanyakan kembali kepada responden. Hal ini dilakukan untuk menjaga kualitas data serta menghilangkan keraguan terhadap data yang diperoleh.

b. *Scoring*

Scoring merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang ada pada lembar kuesioner.

c. Tabulasi (*tabulating*)

Tabulating adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya. Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel yang sesuai dengan variabel yang diteliti.

Setelah data yang dibutuhkan terkumpul, maka akan dilakukan pengolahan data menggunakan *software* program pengelola data. Hasil pengolahan data tersebut kemudian diuraikan dalam bentuk teks.

3.8.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar data dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, sehingga data yang disajikan harus sederhana dan jelas agar mudah dibaca dan dipahami. Cara penyajian data penelitian dikelompokkan menjadi tiga yaitu dalam bentuk teks, tabel dan grafik (Notoatmodjo, 2010b:194). Hasil wawancara dan pengukuran dalam penelitian ini, disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tabel tabulasi silang yang kemudian dijelaskan dalam bentuk teks.

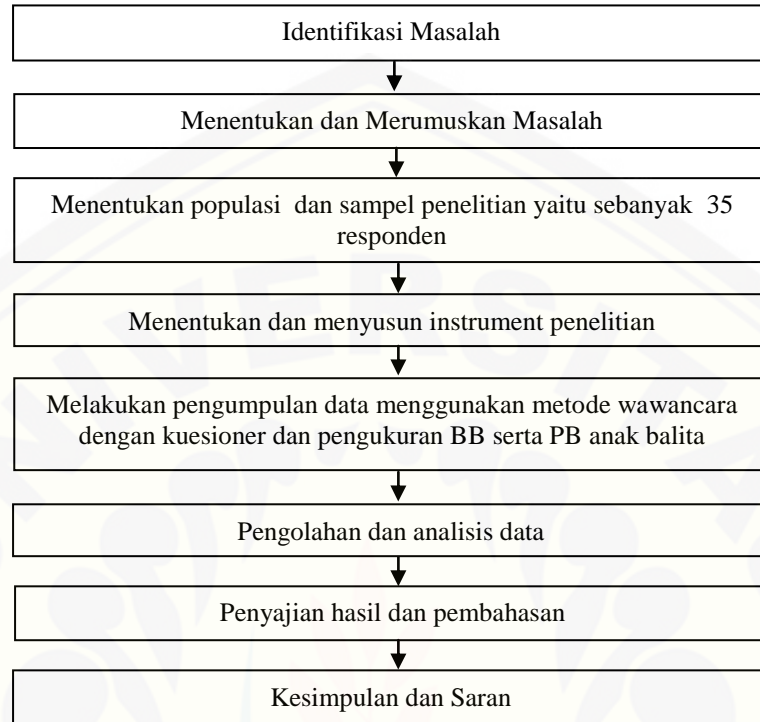
3.8.3 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data tersebut dapat memberikan arti dan makna yang bermanfaat dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data dalam penelitian ini

dilakukan dengan bantuan *software* program pengelola data. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan statistik deskriptif karena penelitian ini dilakukan pada seluruh populasi. Rumusan-rumusan dari statistik deskriptif antara lain ukuran tendensi sentral (mean, median, modus, persentil, kuartil), dispersi, distribusi, tabel persentase, analisis korelasi, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005:190). Deskripsi data disajikan dalam bentuk tabulasi silang (*crosstabs*).



3.9 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Anak Balita, Karakteristik Keluarga Anak Balita, dan Makanan Pantangan

Responden dalam penelitian ini adalah ibu dengan anak balita berusia 6-24 bulan yang terdaftar dalam registrasi posyandu di Desa Kemiren. Dua posyandu terletak di Dusun Krajan, yaitu Posyandu Mawar dan Posyandu Melati. Dua posyandu lainnya terletak di Dusun Kedaleman, yaitu Posyandu Anggrek dan Posyandu Seruni. Kegiatan posyandu dilaksanakan pada hari Selasa minggu pertama, kedua, ketiga, dan keempat secara berurutan mulai dari Posyandu Mawar, Melati, Anggrek, dan Seruni. Jumlah anak balita berusia 6-24 bulan dalam penelitian ini sebanyak 36 anak, namun pada saat penelitian terdapat satu anak balita yang mengalami diare selama beberapa hari sehingga tereksklusi. Jadi jumlahnya sebanyak 35 anak.

a. Karakteristik Anak Balita

Karakteristik anak balita terdiri atas umur dan jenis kelamin. Distribusi karakteristik anak balita disajikan dalam tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Variabel	n	%
Umur		
6-11 bulan	7	20
12-24 bulan	28	80
Total	35	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	19	54,29
Perempuan	16	45,71
Total	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa mayoritas anak balita berada dalam rentang umur 12-24 bulan, yaitu sebesar 80% (28 anak). Berdasarkan jenis kelamin, anak balita lebih banyak yang berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebesar 54,29% (19 anak), sedangkan yang berjenis kelamin perempuan adalah sebesar 45,71% (16 anak).

b. Karakteristik Keluarga Anak Balita

Karakteristik keluarga anak balita dalam penelitian ini terdiri atas tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dan perawatan kesehatan anak, jumlah anggota keluarga, dan pendapatan keluarga. Distribusi karakteristik anak balita disajikan dalam tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Karakteristik Keluarga Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Variabel	n	%
Tingkat Pendidikan Ibu		
Dasar	23	65,71
Menengah	8	22,86
Tinggi	4	11,43
Total	35	100
Status Pekerjaan Ibu		
Bekeja	10	28,57
Tidak Bekerja	25	71,43
Total	35	100
Tingkat Pengetahuan Ibu		
Baik	5	14,29
Sedang	24	68,57
Kurang	6	17,14
Total	35	100
Jumlah Anggota Keluarga		
Kecil	22	62,86
Sedang	13	37,14
Total	35	100
Pendapatan Keluarga		
< UMK Banyuwangi	14	40
> UMK Banyuwangi	21	60
Total	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar ibu anak balita memiliki tingkat pendidikan dasar, yaitu sebesar 65,71% (23 orang). Berdasarkan status pekerjaan ibu, sebagian besar responden tidak bekerja, yaitu sebesar 71,43% (25 orang). Jika dilihat berdasarkan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dan perawatan kesehatan anak, sebagian besar ibu memiliki tingkat pengetahuan sedang, yaitu sebesar 68,57% (24 orang). Distribusi karakteristik keluarga anak balita berdasarkan jumlah anggota keluarga, sebagian besar responden memiliki jumlah anggota keluarga kecil, yaitu sebesar 62,84% (22 orang). Berdasarkan pendapatan keluarga dalam

satu bulan, sebagian besar responden memiliki pendapatan lebih dari UMK Banyuwangi tahun 2014, yaitu sebesar 60% (21 orang).

c. Makanan Pantangan

Makanan pantangan merupakan makanan yang tidak boleh diberikan kepada anak balita karena suatu alasan tertentu. Distribusi makanan pantangan anak balita disajikan dalam tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Makanan Pantangan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Makanan Pantangan	n	%
Ada	12	34,29
Tidak Ada	23	65,71
Total	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa sebagian besar tidak ada makanan pantangan untuk anak balita, yaitu sebesar 65,71% (23 anak), sedangkan sebesar 34,29% (12 anak) ada makanan pantangan bagi anak balita. Jenis makanan yang dipantangkan bagi anak balita adalah makanan pedas, makanan yang mengandung minyak, makanan yang mengandung santan, es, tawon, dan pisang emas.

4.1.2 Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita

Pola asuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola asuh anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Pola asuh dalam penelitian ini terdiri atas pola asuh gizi dan perawatan kesehatan.

a. Pola Asuh

1) Pola Asuh Gizi

Pola asuh gizi terdiri atas 7 kriteria, yaitu pemberian kolostrum, pemberian makanan/ minuman pralakteal, pemberian ASI eksklusif, dan pemberian MP-ASI yang dilihat dari ketepatan waktu pemberian pertama kali,

ketepatan jenis, frekuensi dan jumlah, serta ragam MP-ASI. Pola asuh gizi dikategorikan menjadi baik jika tepat dalam pelaksanaannya pada ≥ 4 kriteria, dan kurang jika tepat dalam pelaksanaannya pada < 4 kriteria. Distribusi pola asuh gizi yang diberikan kepada anak balita disajikan dalam tabel 4.4 sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Pola Asuh Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Pola Asuh Gizi	n	%
Baik	15	42,9
Kurang	20	57,1
Total	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa sebagian besar pola asuh gizi yang diberikan kepada anak balita dalam kategori kurang, yaitu sebesar 57,1% (20 anak) dan sisanya adalah sudah baik yaitu sebesar 42,9% (15 anak).

Berdasarkan kriteria pola asuh gizi, sebagian besar ibu tepat dalam pemberian kolostrum, yakni memberikan kolostrumnya kepada anaknya, yaitu sebesar 88,6% (31 orang). Sama halnya dengan pemberian makanan/ minuman pralakteal, sebagian besar ibu tepat dalam praktiknya, yakni tidak memberikan makanan/ minuman pralakteal, yaitu sebesar 54,3% (19 orang). Berbeda dengan pemberian ASI eksklusif, sebagian besar ibu tidak tepat dalam praktiknya, yakni tidak memberikan ASI eksklusif pada anaknya, yaitu sebesar 62,9% (22 orang).

Kriteria selanjutnya adalah pemberian MP-ASI, sebagian besar ibu tidak tepat dalam waktu pemberian pertama kalinya, yakni diberikan pada usia tepat 6 bulan, yaitu sebesar 68,6% (24 orang). Berbeda dengan jenis MP-ASI, mayoritas ibu tepat dalam memberikan jenis MP-ASI sesuai umur anak balita, yaitu sebesar 94,3% (33 orang). Selanjutnya adalah frekuensi dan jumlah MP-ASI, sebagian besar ibu tidak tepat dalam praktiknya, yaitu sebesar 80% (28 orang). Begitu juga dengan ragam/ variasi MP-ASI, sebagian besar ibu tidak memberikan MP-ASI sesuai dengan ragam menu seimbang, yaitu sebesar 88,6% (31 orang). Berikut adalah distribusi kriteria pola asuh gizi yang disajikan dalam tabel 4.5:

Tabel 4.5 Distribusi Kriteria Pola Asuh Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Variabel	n	%
Pemberian Kolostrum		
Ya	31	88,6
Tidak	4	11,4
Total	35	100
Pemberian Makanan/ Minuman Pralakteal		
Ya	16	45,7
Tidak	19	54,3
Total	35	100
Pemberian ASI Eksklusif		
Ya	13	37,1
Tidak	22	62,9
Total	35	100
Usia Pemberian MP-ASI		
Tepat	11	54,3
Tidak tepat	24	45,7
Total	35	100
Jenis MP-ASI		
Tepat	33	94,3
Tidak tepat	2	5,7
Total	35	100
Frekuensi dan Jumlah Pemberian MP-ASI		
Tepat	7	20
Tidak tepat	28	80
Total	35	100
Ragam/ Variasi MP-ASI		
Tepat	4	11,4
Tidak tepat	31	88,6
Total	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

2) Pola Asuh Perawatan Kesehatan

Pola asuh perawatan kesehatan dalam penelitian ini adalah praktik pengasuhan yang diberikan oleh ibu terhadap anaknya terkait dengan *personal hygiene* dan sanitasi serta perawatan saat anak sakit. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semua ibu memberikan pola asuh perawatan kesehatan yang baik kepada anaknya. Perawatan kesehatan terdiri atas *personal hygiene* dan perawatan saat sakit. Beberapa perilaku dalam *personal hygiene* yang banyak tidak tepat adalah tidak selalu cuci tangan ketika hendak menyusui anak, tidak mencuci payudara ketika hendak menyusui anak, dan tidak dibiasakannya anak memakai sandal saat bermain di luar rumah. Untuk tindakan perawatan saat anak sakit sudah baik, yakni segera melakukan

tindakan pengobatan. Sebagian besar responden membawa ke pelayanan kesehatan. Namun ada beberapa yang melakukan pengobatan sendiri ketika dirasa penyakit anak tidak terlalu parah. Beberapa pengobatan sendiri yang dilakukan yaitu memberikan daun jarak, bawang merah, mengompres anak ketika anak panas, memijatkan anak, ibu makan buah-buahan, memberikan oralit dan jamu kunyit ketika anak diare.

Distribusi pola asuh perawatan kesehatan anak balita disajikan dalam tabel 4.6 sebagai berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Pola Asuh Perawatan Kesehatan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Pola Kesehatan	Asuh Perawatan	n	%
Baik		35	35
Kurang		0	0
Total		35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

b. Konsumsi Makanan

Konsumsi makanan anak balita terdiri atas tingkat konsumsi dan pola konsumsi. Tingkat konsumsi diperoleh dengan cara wawancara dengan menggunakan kuesioner *recall* 2x24 jam kemudian dibandingkan dengan AKG untuk orang Indonesia tahun 2013. Pola konsumsi diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner FFQ.

1) Tingkat Konsumsi Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat

Tingkat konsumsi makanan anak balita yang diteliti adalah tingkat konsumsi zat gizi makro, yaitu energi, protein, lemak, dan karbohidrat. Diketahui bahwa tingkat konsumsi energi anak balita sebagian besar di atas AKG, yaitu sebesar 45,7% (16 anak). Sebesar 20% (7 anak) memiliki tingkat konsumsi energi dalam kategori normal. Jika kategori defisit tingkat ringan, sedang, dan berat digabungkan, maka tingkat konsumsi energi anak balita dalam kategori defisit adalah sebesar 34,3% (12 anak). Tingkat konsumsi protein anak balita sebagian besar di atas AKG, yaitu sebesar 80% (28 anak). Sebesar 11,4% (4 anak) memiliki tingkat konsumsi protein dalam kategori normal dan sebesar 8,6% (3 anak) memiliki tingkat konsumsi protein kategori defisit tingkat berat. Tingkat konsumsi lemak anak balita sebagian besar di atas

AKG, yaitu sebesar 40% (14 anak). Sebesar 25,7%, (9 anak) memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori defisit tingkat berat. Jika kategori defisit tingkat ringan, sedang, dan berat digabungkan, maka tingkat konsumsi lemak anak balita sebagian besar dalam kategori defisit, yaitu sebesar 45,7% (16anak). Tingkat konsumsi karbohidat anak balita sebagian besar di atas AKG, yaitu sebesar 51,4% (18 anak). Sebesar 25,7%, (9 anak) memiliki tingkat konsumsi karbohidrat dalam kategori normal. Jika kategori defisit tingkat ringan, sedang, dan berat digabungkan, maka tingkat konsumsi karbohidrat dalam ketegori defisit adalah sebesar 28,9% (8 anak). Distribusi tingkat konsumsi makanan anak balita disajikan dalam tabel 4.7 sebagai berikut:

Tabel 4.7 Distribusi Tingkat Konsumsi Makanan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Tingkat Makanan	Konsumsi	n	%
Energi			
Di atas AKG		16	45,7
Normal		7	20
Defisit tingkat ringan		5	14,3
Defisit tingkat sedang		4	11,4
Defisit tingkat berat		3	8,6
Total		35	100
Protein			
Di atas AKG		28	80
Normal		4	11,4
Defisit tingkat ringan		0	0
Defisit tingkat sedang		0	0
Defisit tingkat berat		3	8,6
Total		35	100
Lemak			
Di atas AKG		14	40
Normal		5	14,3
Defisit tingkat ringan		4	11,4
Defisit tingkat sedang		3	8,6
Defisit tingkat berat		9	25,7
Total		35	100
Karbohidrat			
Di atas AKG		18	51,4
Normal		9	25,7
Defisit tingkat ringan		5	14,3
Defisit tingkat sedang		2	5,7
Defisit tingkat berat		1	2,9
Total		35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

2) Pola Konsumsi Makanan

Pola konsumsi makanan anak balita terdiri atas pola konsumsi makanan sumber energi, sumber protein nabati, sumber protein hewani, sayuran, dan buah-buahan. Kategori untuk menyatakan pola konsumsi yang digunakan adalah sering, jarang, dan tidak pernah. Berikut adalah distribusi pola konsumsi masing-masing jenis makanan.

a) Pola Konsumsi Makanan Sumber Karbohidrat

Makanan sumber karbohidrat yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah nasi, mie, roti, jagung, singkong, ubi, dan kentang. Distribusi pola konsumsi makanan sumber energi anak balita disajikan dalam tabel 4.8 sebagai berikut:

Tabel 4.8 Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Karbohidrat Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

No	Bahan Makanan	Sering		Jarang		Tidak Pernah		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Nasi	35	100	0	0	0	0	35	100
2	Mie	8	22,9	18	51,4	9	25,7	35	100
3	Roti	24	68,6	7	20	4	11,4	35	100
4	Jagung	7	20	26	74,3	2	5,7	35	100
5	Singkong	5	14,3	20	57,1	10	28,6	35	100
6	Ubi	4	11,4	21	60	10	28,6	35	100
7	Kentang	12	34,3	23	65,7	0	0	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.8 dapat diketahui bahwa makanan sumber karbohidrat yang sering dikonsumsi semua anak balita adalah nasi. Makanan sumber karbohidrat yang sering dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita setelah nasi adalah roti, yaitu sebesar 68,6% (24 anak). Makanan sumber energi yang jarang dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah jagung, yaitu sebesar 74,3% (26 anak), sedangkan makanan sumber energi yang tidak pernah dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah singkong dan ubi, yaitu sebesar 28,6% (10 anak).

b) Pola Konsumsi Makanan Sumber Protein Nabati

Makanan sumber protein nabati yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah tahu, tempe, kacang hijau, dan kedelai. Distribusi pola konsumsi makanan sumber protein nabati anak balita disajikan dalam tabel 4.9 sebagai berikut:

Tabel 4.9 Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Protein Nabati Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

No	Bahan Makanan	Sering		Jarang		Tidak Pernah		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Tahu	18	51,4	14	40	3	8,6	35	100
2	Tempe	21	60	12	34,3	2	5,7	35	100
3	Kacang hijau	2	5,7	21	60	12	34,3	35	100
4	Kedelai	3	8,6	22	62,9	10	28,6	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.9 dapat diketahui bahwa makanan sumber protein nabati yang sering dikonsumsi sebagian besar anak balita adalah tempe, yaitu sebesar 60% (21 anak), setelah itu adalah tahu, yaitu sebesar 51,4% (18 anak). Makanan sumber protein nabati yang jarang dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah kedelai, yaitu sebesar 62,9% (anak), sedangkan makanan sumber protein nabati yang tidak pernah dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah kacang hijau, yaitu sebesar 34,3% (12 anak).

c) Pola Konsumsi Makanan Sumber Protein Hewani

Makanan sumber protein hewani yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah telur ayam, daging ayam, daging sapi, ikan laut, ikan asin, ikan pindang, lele, udang, dan hati ayam. Distribusi pola konsumsi makanan sumber protein hewani anak balita disajikan dalam tabel 4.10 sebagai berikut:

Tabel 4.10 Distribusi Pola Konsumsi Makanan Sumber Protein Hewani Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

No	Bahan Makanan	Sering		Jarang		Tidak Pernah		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Telur ayam	20	57,1	12	34,3	3	8,6	35	100
2	Daging ayam	19	54,3	12	34,3	4	11,4	35	100
3	Daging sapi	12	34,3	21	60	2	5,7	35	100
4	Ikan laut	29	82,9	2	5,7	4	11,4	35	100
5	Ikan asin	2	5,7	10	28,6	23	65,7	35	100
6	Ikan pindang	0	0	19	54,3	16	45,7	35	100
7	Lele	0	0	10	28,6	25	71,4	35	100
8	Udang	4	11,4	23	65,7	8	22,9	35	100
9	Hati ayam	2	5,7	13	37,1	20	57,1	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.10 diketahui bahwa makanan sumber protein hewani yang sering dikonsumsi sebagian besar anak balita adalah ikan laut, yaitu sebesar 82,9% (29 anak). Makanan sumber protein hewani yang jarang

dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah udang, yaitu sebesar 65,7% (23 anak), sedangkan makanan sumber protein nabati yang tidak pernah dikonsumsi oleh sebagian besar responden adalah lele, yaitu sebesar 57,1% (20 anak).

d) Pola Konsumsi Sayur

Sayur yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah bayam, daun kelor, kacang panjang, wortel, buncis, sawi hijau, dan labu siam. Sayur yang sering dikonsumsi oleh semua anak balita adalah bayam, setelah itu adalah daun kelor, yaitu sebesar 91,4% (32 anak). Sayur yang jarang dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah sawi hijau, yaitu sebesar 77,1% (27 anak). Sayur yang tidak pernah dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah labu siam, yaitu sebesar 48,6% (17 anak). Distribusi pola konsumsi sayuran anak balita disajikan dalam tabel 4.11 sebagai berikut:

Tabel 4.11 Distribusi Pola Konsumsi Sayuran Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

No	Bahan Makanan	Sering		Jarang		Tidak Pernah		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Bayam	35	100	0	0	0	0	35	100
2	Daun Kelor	32	91,4	1	2,9	2	5,7	35	100
3	Wortel	12	34,3	23	65,7	0	0	35	100
4	Buncis	9	25,7	24	68,6	2	5,7	35	100
5	Sawi hijau	1	2,9	27	77,1	7	20	35	100
6	Labu siam	0	0	18	51,4	17	48,6	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

e) Pola Konsumsi Buah

Buah-buahan yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah pisang, pepaya, jeruk, apel, semangka, mangga, anggur. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa buah yang sering dikonsumsi sebagian besar anak balita adalah pisang, yaitu sebesar 51,4% (18 anak), setelah itu adalah pepaya, yaitu sebesar 34,3% (12 anak). Buah yang jarang dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah mangga, yaitu sebesar 82,9% (29 anak), sedangkan buah yang tidak pernah dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah buah pir, yaitu sebesar 51,4% (18 anak).

Distribusi pola konsumsi buah anak balita disajikan dalam tabel 4.12 sebagai berikut:

Tabel 4.12 Distribusi Pola Konsumsi Buah Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

No	Bahan Makanan	Sering		Jarang		Tidak Pernah		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Pisang	18	51,4	17	48,6	0	0	35	100
2	Pepaya	12	34,3	21	60	2	5,7	35	100
3	Jeruk	11	31,4	21	60	3	8,6	35	100
4	Apel	1	2,9	26	74,3	8	22,9	35	100
5	Semangka	10	28,6	20	57,1	5	14,3	35	100
6	Mangga	3	8,6	29	82,9	3	8,6	35	100
7	Anggur	3	8,6	19	54,3	13	37,1	35	100
8	Pir	2	5,7	15	42,9	18	51,4	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

c. Status Gizi

Status gizi anak balita dinilai berdasarkan indeks BB/PB. Berdasarkan indeks tersebut, status gizi diklasifikasikan menjadi sangat kurus, kurus, normal, dan gemuk. Distribusi status gizi anak balita disajikan dalam tabel 4.13 sebagai berikut:

Tabel 4.13 Distribusi Status Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Status Gizi	n	%
Sangat Kurus	0	0
Kurus	1	2,86
Normal	33	94,28
Gemuk	1	2,86
Total	35	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.13, diketahui bahwa mayoritas anak balita memiliki status gizi normal, yaitu sebesar 94,28% (33 anak). Terdapat masing-masing satu anak (2,86%) yang memiliki status gizi kurus dan gemuk.

4.1.3 Status Gizi Berdasarkan Karakteristik Anak Balita, Karakteristik Keluarga Anak Balita, Makanan Pantangan, Pola Asuh, dan Tingkat Konsumsi

a. Status Gizi Berdasarkan Karakteristik Anak Balita

Anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar berumur 12-24 bulan, yaitu sebesar 81,8% (27 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus berumur 6-11 bulan, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk berumur

12-24 bulan. Berdasarkan jenis kelamin, anak balita yang berstatus gizi normal berjenis sebagian besar kelamin laki-laki, yaitu sebesar 57,6% (19 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus dan gemuk berjenis kelamin perempuan. Distribusi status gizi berdasarkan karakteristik anak balita disajikan dalam tabel 4.14 sebagai berikut:

Tabel 4.14 Distribusi Status Gizi berdasarkan Karakteristik Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik Anak Balita	Status Gizi					
	Kurus		Normal		Gemuk	
	n	%	n	%	n	%
Umur						
6-11 bulan	1	100	6	18,2	0	0
12-24 bulan	0	0	27	81,8	1	100
Total	1	100	33	100	1	100
Jenis Kelamin						
Laki-laki	0	0	19	57,6	0	0
Perempuan	1	100	14	42,4	1	100
Total	1	100	33	100	1	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

b. Karakteristik Keluarga Anak Balita

Anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar tingkat pendidikan ibunya adalah pendidikan dasar, yaitu sebesar 66,7% (22 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus tingkat pendidikan ibunya dasar, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk tingkat pendidikan ibunya menengah.

Distribusi status gizi anak balita berdasarkan status pekerjaan ibu, anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar ibunya tidak bekerja, yaitu sebesar 72,7% (24 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus ibunya tidak bekerja, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk ibunya bekerja.

Distribusi status gizi anak balita berdasarkan tingkat pengetahuan ibu, anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar tingkat pengetahuan ibunya dalam kategori sedang, yaitu sebesar 66,7% (22 anak). Begitu pula anak balita yang berstatus gizi kurus dan lebih tingkat pengetahuan ibunya dalam kategori sedang.

Distribusi status gizi anak balita berdasarkan jumlah anggota keluarga, anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar tinggal dalam keluarga

kecil, yaitu sebesar 63,6% (21 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus tinggal dalam keluarga kecil, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk tinggal dalam keluarga sedang.

Distribusi status gizi anak balita berdasarkan pendapatan keluarga, anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar pendapatan keluarganya > UMK Banyuwangi tahun 2014, yaitu sebesar 60,6% (20 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus pendapatan keluarganya < UMK Banyuwangi, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk pendapatan keluarganya > UMK Banyuwangi tahun 2014. Distribusi status gizi berdasarkan karakteristik keluarga anak balita disajikan dalam tabel 4.15 sebagai berikut:

Tabel 4.15 Distribusi Status Gizi berdasarkan Karakteristik Keluarga Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Karakteristik Keluarga Anak Balita	Status Gizi					
	Kurus		Normal		Gemuk	
	n	%	n	%	n	%
Tingkat Pendidikan Ibu						
Dasar	1	100	22	66,7	0	0
Menengah	0	0	7	21,2	1	100
Tinggi	0	0	4	12,1	0	0
Total	1	100	33	100	1	100
Status Pekerjaan Ibu						
Bekerja	0	0	9	27,3	1	100
Tidak Bekerja	1	100	24	72,7	0	0
Total	1	100	33	100	1	100
Tingkat Pengetahuan Ibu						
Baik	0	0	5	15,2	0	0
Sedang	1	100	22	66,7	1	100
Kurang	0	0	6	18,2	0	0
Total	1	100	33	100	1	100
Jumlah Anggota Keluarga						
Kecil	1	100	21	63,6	0	0
Sedang	0	0	12	36,4	1	100
Total	1	100	33	100	1	100
Pendapatan Keluarga						
< UMK Banyuwangi	1	100	13	39,4	0	0
> UMK Banyuwangi	0	0	20	60,6	1	100
Total	1	100	33	100	1	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

c. Status Gizi Berdasarkan Makanan Pantangan

Distribusi status gizi berdasarkan ada tidaknya makanan pantangan anak balita disajikan dalam tabel 4.16 sebagai berikut:

Tabel 4.16 Distribusi Status Gizi berdasarkan Makanan Pantangan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Makanan Pantangan	Status Gizi					
	Kurus		Normal		Gemuk	
	n	%	n	%	n	%
Ada	0	0	11	33,3	1	100
Tidak ada	1	100	22	66,7	0	0
Total	1	100	33	100	1	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.16 diketahui bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar tidak memiliki pantangan makanan, yaitu sebesar 66,7% (22 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus tidak memiliki pantangan makan, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk memiliki pantangan makanan.

d. Status Gizi Berdasarkan Pola Asuh

1) Pola Asuh Gizi

Distribusi status gizi berdasarkan pola asuh gizi anak balita disajikan dalam tabel 4.17 sebagai berikut:

Tabel 4.17 Distribusi Status Gizi berdasarkan Pola Asuh Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Pola Asuh Gizi	Status Gizi					
	Kurus		Normal		Gemuk	
	n	%	n	%	n	%
Kurang	0	0	19	57,6	1	100
Baik	1	100	14	42,4	0	0
Total	1	100	33	100	1	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.17 diketahui bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki pola asuh yang kurang, yaitu sebesar 57,6% (19 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus memiliki memiliki pola asuh yang baik, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk memiliki pola asuh yang kurang.

2) Pola Asuh Perawatan Kesehatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal, kurus, dan gemuk semua diberikan pola asuh perawatan kesehatan yang baik oleh ibu. Distribusi status gizi berdasarkan pola asuh perawatan kesehatan anak balita disajikan dalam tabel 4.18 sebagai berikut:

Tabel 4.18 Distribusi Status Gizi berdasarkan Pola Asuh Perawatan Kesehatan Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Pola Asuh Perawatan Kesehatan	Status Gizi					
	Kurus		Normal		Gemuk	
	n	%	n	%	n	%
Kurang	0	0	0	0	0	0
Baik	1	100	33	100	1	100
Total	1	100	33	100	1	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

e. Status Gizi Berdasarkan Tingkat Konsumsi Makanan

1) Tingkat Konsumsi Energi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki tingkat konsumsi energi di atas AKG, yaitu sebesar 45,5% (15 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus memiliki tingkat konsumsi energi dalam kategori normal, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk memiliki tingkat konsumsi energi di atas AKG.

Distribusi status gizi berdasarkan tingkat konsumsi energi anak balita disajikan dalam tabel 4.19 sebagai berikut:

Tabel 4.19 Distribusi Status Gizi berdasarkan Tingkat Konsumsi Energi Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Tingkat Konsumsi Energi	Status Gizi					
	Kurus		Normal		Gemuk	
	n	%	n	%	n	%
Di atas AKG	0	0	15	45,5	1	100
Normal	1	100	6	18,2	0	0
Defisit tingkat ringan	0	0	5	15,2	0	0
Defisit tingkat sedang	0	0	4	12,1	0	0
Defisit tingkat berat	0	0	3	9,1	0	0
Total	1	100	33	100	1	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

2) Tingkat Konsumsi Protein

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki tingkat konsumsi protein di atas AKG, yaitu sebesar 78,8% (26 anak). Begitu juga dengan anak balita yang berstatus gizi kurus dan gemuk juga memiliki tingkat konsumsi protein di atas AKG. Distribusi status gizi berdasarkan tingkat konsumsi protein anak balita disajikan dalam tabel 4.20 sebagai berikut:

Tabel 4.20 Distribusi Status Gizi berdasarkan Tingkat Konsumsi Protein Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Tingkat Konsumsi Protein	Status Gizi					
	Kurus		Normal		Gemuk	
	n	%	n	%	n	%
Di atas AKG	1	100	26	78,8	1	100
Normal	0	0	4	12,1	0	0
Defisit tingkat ringan	0	0	0	0	0	0
Defisit tingkat sedang	0	0	0	0	0	0
Defisit tingkat berat	0	0	3	9,1	0	0
Total	1	100	33	100	1	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

3) Tingkat Konsumsi Lemak

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki tingkat konsumsi lemak di atas AKG, yaitu sebesar 42,4% (14 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori defisit tingkat sedang dan gemuk memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori normal.

Distribusi status gizi berdasarkan tingkat konsumsi lemak anak balita disajikan dalam tabel 4.21 sebagai berikut:

Tabel 4.21 Distribusi Status Gizi berdasarkan Tingkat Konsumsi Lemak Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Tingkat Konsumsi Lemak	Status Gizi					
	Kurus		Normal		Gemuk	
	n	%	n	%	n	%
Di atas AKG	0	0	14	42,4	0	0
Normal	0	0	4	12,1	1	100
Defisit tingkat ringan	0	0	4	12,1	0	0
Defisit tingkat sedang	1	100	2	6,1	0	0
Defisit tingkat berat	0	0	9	27,3	0	0
Total	1	100	33	100	1	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.21 diketahui bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki tingkat konsumsi lemak di atas AKG, yaitu sebesar 42,4% (14 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori defisit tingkat sedang dan gemuk memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori normal.

4) Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Distribusi status gizi berdasarkan tingkat konsumsi karbohidrat anak balita disajikan dalam tabel 4.22 sebagai berikut:

Tabel 4.22 Distribusi Status Gizi berdasarkan Tingkat Konsumsi Karbohidrat Anak Balita Usia 6-24 Bulan Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi

Tingkat Karbohidrat	Konsumsi	Status Gizi					
		Kurus		Normal		Gemuk	
		n	%	n	%	n	%
Di atas AKG		1	100	16	48,5	1	100
Normal		0	0	9	27,3	0	0
Defisit tingkat ringan		0	0	5	15,2	0	0
Defisit tingkat sedang		0	0	2	6,1	0	0
Defisit tingkat berat		0	0	1	3	0	0
Total		1	100	33	100	1	100

Sumber: Data primer terolah, 2014

Berdasarkan tabel 4.22 diketahui bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki tingkat konsumsi karbohidrat di atas AKG, yaitu sebesar 48,5% (16 anak). Begitu juga anak balita yang berstatus gizi kurus dan gemuk juga memiliki tingkat konsumsi karbohidrat di atas AKG.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Anak Balita, keluarga Anak Balita, dan Makanan Pantangan

a. Karakteristik Anak Balita

Karakteristik anak balita dalam penelitian ini terdiri atas umur dan jenis kelamin. Usia balita merupakan masa yang rawan gizi dan dianggap sebagai penentu derajat kesehatan masyarakat. Sejak anak dalam kandungan hingga berumur 2 tahun merupakan masa emas yang kritis untuk tumbuh kembang fisik, mental dan sosial (Sulistiyani, 2011:7). Anak usia 0-24 bulan merupakan kelompok umur yang sangat rentan terhadap berbagai penyakit infeksi dan membutuhkan zat gizi yang relatif lebih tinggi dibanding kelompok umur lainnya (Martoreil dan Habicth, 1986 dalam Supadi, 2001). Masalah gizi yang terjadi pada suatu golongan umur tertentu, dapat mempengaruhi status gizi pada periode siklus berikutnya (*intergenerational impact*) (Sulistiyani, 2011:5).

Peneliti mengkategorikan variabel umur anak balita menjadi dua yaitu umur 6-11 bulan dan umur 12-24 bulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas anak balita berada dalam rentang umur 12-24 bulan, yaitu sebesar 80% (28 anak), sedangkan sisanya sebesar 20% (7 anak) berada dalam rentang umur 6-11 bulan. Faktor umur menjadi dasar dalam pemenuhan kebutuhan zat gizi. Masing-masing kelompok umur berbeda kebutuhan zat gizinya. Seperti yang tercantum dalam Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata perhari yang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2013, diketahui bahwa kecukupan zat gizi berbeda antar kelompok umur. Sebagai contoh adalah energi. Anak dengan rentang usia 0-6 bulan, 7-11 bulan, dan 1-3 tahun kebutuhan energinya berturut-turut adalah sebesar 550 kkal, 725 kkal, dan 1125 kkal. Kartasapoetra dan Marsetyo (2008:22) mengatakan bahwa umur adalah salah satu faktor yang dapat menentukan kebutuhan gizi seseorang, semakin tinggi umur semakin menurun kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehingga membutuhkan energi yang lebih besar.

Karakteristik anak balita selanjutnya adalah jenis kelamin. Jenis kelamin juga merupakan salah satu faktor penentu kebutuhan zat gizi jika dilihat dari aktivitas fisik. Kebutuhan zat gizi berbeda antara laki-laki dan perempuan. Anak laki-laki lebih banyak melakukan aktivitas fisik sehingga memerlukan energi yang lebih banyak dibanding perempuan (Almatsier, 2010). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita berdasarkan jenis kelamin hampir sebanding, anak balita lebih banyak yang berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebesar 54,29% (19 anak), sedangkan yang berjenis kelamin perempuan adalah sebesar 45,71% (16 anak). Berbeda dengan penelitian Muchlis, dkk (2011), bahwa karakteristik sampel berdasarkan jenis kelamin lebih banyak yang berjenis kelamin perempuan, yaitu terdapat 119 (50,2%) perempuan dan 118 balita (49,8%) laki-laki. Jenis kelamin juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kebutuhan zat gizi, misalnya energi. Salah satu faktor yang mempengaruhi kebutuhan energi adalah metabolisme basal. Metabolisme basal dapat diartikan sebagai jumlah energi yang diperlukan untuk melaksanakan berbagai proses dasar bagi kehidupan seperti kegiatan seluler,

detak jantung, dan respirasi. Kebutuhan basal dipengaruhi oleh ukuran badan seseorang sehingga kebutuhan energi basal laki-laki akan lebih besar daripada kebutuhan wanita (Beck, 2011:77).

b. Karakteristik Keluarga Anak Balita

1) Tingkat pendidikan ibu

Tingkat pendidikan dalam penelitian ini dikategorikan menjadi dasar, menengah dan tinggi. Pendidikan dasar jika tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD, tidak tamat SMP/ sederajat, tamat SMP/ sederajat, tidak tamat SMA/ sederajat. Pendidikan menengah jika tamat SMA, SMK, atau sederajat. Pendidikan tinggi adalah pendidikan yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi (Depdiknas, 2003). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu anak balita memiliki tingkat pendidikan dasar, yaitu sebesar 65,71% (23 orang). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Lubis (2008), bahwa pendidikan responden sebagian besar tingkat pendidikan responden adalah pendidikan dasar, sebesar 65%.

Ibu adalah seseorang yang bertanggung jawab dalam pengasuhan dan penentuan status gizi anaknya. Pendidikan dalam hal ini dikaitkan dengan pengetahuan akan berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan zat gizi. salah satu contoh prinsip yang dimiliki seseorang dengan pendidikan rendah biasanya adalah ‘ yang penting mengenyangkan’, sehingga porsi bahan makanan sumber karbohidrat lebih banyak dibanding dengan kelompok bahan makanan yang lain. Sebaliknya, kelompok orang dengan pendidikan tinggi cenderung memilih bahan makanan sumber protein dan akan berusaha menyeimbangkan dengan kebutuhan gizi lain (Sulistyoningsih, 2011:54). Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. (Suhardjo, 2003).

2) Status pekerjaan ibu

Status pekerjaan ibu dapat mempengaruhi perilaku anak untuk makan. Jika ibu bekerja di luar rumah, hal ini memiliki risiko tidak dapat langsung menyiapkan dan memberikan makan pada keluarga dan anak-anaknya karena

waktu lebih cenderung digunakan untuk bekerja, sehingga peranan ibu dalam hal menyiapkan makanan terpaksa dikerjakan orang lain. Hendaknya ibu yang bekerja di luar rumah dapat membagi waktu dengan baik antara pekerjaan dan tugas penyelenggaraan makan keluarga terutama anak (Suhardjo, 2003).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu tidak bekerja, yaitu sebesar 71,43% (25 orang). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Supadi (2002) yang menyatakan bahwa ibu balita lebih banyak yang tidak bekerja (71.5%). Hasil penelitian ini juga serupa dengan penelitian Linda dan Hamal (2011) yang menyatakan bahwa ibu balita lebih banyak yang tidak bekerja (74.8%). Ibu yang tidak bekerja secara langsung selama 24 jam bertanggung jawab atas pengasuhan anaknya, baik pengasuhan dalam pemberian makan maupun perawatan kesehatan, yang nantinya akan berkontribusi dalam status gizi.

Hasil penelitian Diana (2006), mengemukakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pola asuh makan dengan pekerjaan ibu. Ibu bekerja di luar rumah dapat menyebabkan anak tidak terawat, sebab anak balita sangat bergantung pada pengasuhnya atau anggota keluarga yang lain. Selain itu, ibu yang bekerja di luar rumah cenderung memiliki waktu yang lebih terbatas untuk melaksanakan tugas rumah tangga dibandingkan ibu yang tidak bekerja.

3) Tingkat pengetahuan ibu

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010a:139). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dan perawatan kesehatan anak sebagian besar dalam kategori sedang, yaitu sebesar 68,57% (24 orang). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Supadi (2002) yang menyatakan bahwa pengetahuan responden tentang gizi, kesehatan, dan pola asuh sebagian besar dalam kategori sedang.

Pengetahuan ibu ini akan dapat menentukan sikap dan perilaku dalam mengasuh anaknya. Dengan pengetahuan yang tinggi diharapkan seorang ibu dapat mengaplikasikannya dalam sikap dan perilakunya yang tepat dalam mengasuh anak dimana dalam hal ini adalah pemberian makan dan perawatan kesehatan yang nantinya dapat menentukan keadaan gizi seorang anak. Tingginya tingkat pengetahuan seseorang diharapkan akan lebih baik juga keadaan gizinya.

4) Jumlah anggota keluarga

Jumlah anggota keluarga juga termasuk salah satu faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita. Hal ini berkaitan dengan bagaimana seorang ibu memberikan pangan terhadap balita dalam hal kuantitas. Menurut Suhardjo (2003) anak yang tumbuh dalam keluarga besar maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua yang menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda perlu zat gizi yang relatif lebih banyak daripada anak-anak yang lebih tua. Dengan demikian anak-anak yang lebih muda mungkin tidak diberi cukup makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizinya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki jumlah anggota keluarga kecil, yaitu sebesar 62,84% (22 orang). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Hidayati (2011) yang menyatakan bahwa ditemukan sebagian besar responden memiliki keluarga kecil (≤ 4 orang) yaitu 58,8%. Anak-anak yang tumbuh dalam keluarga besar dengan keadaan ekonomi lemah dapat menderita karena penghasilan keluarga harus digunakan oleh banyak orang. Semakin banyak jumlah anggota keluarga makan akan semakin bervariasi aktivitas, pekerjaan dan selernya, sehingga jumlah anggota keluarga berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan gizi yang dipengaruhi oleh konsumsi makanan. Faktor selera dari masing-masing anggota keluarga sangat berpengaruh karena tidak semua anggota keluarga menyukai jenis makanan yang sama. (Suhardjo, 2003). Sebaliknya, anak yang tumbuh dalam keluarga kecil kemungkinan keadaan gizinya akan lebih baik. Hal tersebut akan berkaitan juga dengan faktor lainnya dimana ibu sangat

berperan dalam menyiapkan makanan yang bergizi bagi anggota keluarganya khususnya anak.

5) Pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga adalah besarnya rata-rata penghasilan yang diperoleh dari seluruh anggota keluarga. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pendapatan lebih dari UMK Banyuwangi tahun 2014, yaitu sebesar 60% (21 orang).

Terdapat hubungan yang erat antara pendapatan dan gizi yang didorong oleh pengaruh yang menguntungkan dari pendapatan yang meningkat bagi perbaikan kesehatan dan masalah keluarga lainnya yang berkaitan dengan keadaan gizi. Apabila penghasilan keluarga meningkat, penyediaan lauk pauk pada umumnya juga meningkat mutunya (Suhardjo, 2003).

Meningkatnya pendapatan akan meningkatkan peluang untuk membeli pangan dengan kuantitas dan kualitas yang lebih baik, begitupun sebaliknya. Namun, tingginya pendapatan yang tidak diimbangi dengan pengetahuan yang cukup dapat menyebabkan seseorang menjadi sangat konsumtif dalam pola makan sehari-hari, sehingga pemilihan suatu bahan makanan lebih didasarkan pada pertimbangan selera saja dibandingkan dengan aspek gizi (Sulistyoningsih, 2011:53). Hal tersebut juga berdampak buruk jika diterapkan untuk menyiapkan konsumsi bagi anak yang akan menciptakan kebiasaan makan yang salah dan akan berpengaruh terhadap keadaan gizinya.

c. Makanan Pantangan

Faktor budaya atau kepercayaan dapat mempengaruhi pantangan dalam mengonsumsi jenis makanan tertentu. Pantangan yang didasari oleh kepercayaan pada umumnya mengandung perlambang atau nasihat yang dianggap baik ataupun tidak baik yang lambat laun akan menjadi kebiasaan atau adat. Kebudayaan suatu masyarakat memiliki kekuatan yang cukup besar untuk mempengaruhi seseorang dalam memilih dan mengolah pangan yang akan dikonsumsi (Sulistyoningsih, 2011:53).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar tidak ada makanan pantangan untuk anak balita, yaitu sebesar 65,71% (23 anak), sedangkan

sebesar 34,29% (12 anak) ada makanan pantangan bagi anak balita. Jenis makanan yang dipantangkan atau tidak boleh diberikan untuk anak balita adalah makanan pedas, makanan yang mengandung minyak, makanan yang mengandung santan, es, tawon, dan pisang emas. Beberapa alasan responden tidak memberikan makanan tersebut antara lain adalah anak belum waktunya diberikan makanan pedas dan makanan yang bersantan. Menurut responden makanan yang berminyak dan es tidak boleh diberikan kepada anak karena bisa menyebabkan batuk. Tawon tidak boleh diberikan kepada anak karena anak mengalami alergi. Pisang emas tidak boleh diberikan atau dipantangkan bagi beberapa di daerah ini masih ada kepercayaan jika memberikan pisang emas kepada anak maka anak akan sulit atau lama untuk bisa berbicara. Pisang emas tidak boleh diberikan hanya pada saat anak belum bisa berbicara. Dalam 100 gram pisang mas memiliki kandungan energi sebesar 127 kilokalori, protein 1,4 gram, karbohidrat 33,6 gram, lemak 0,2 gram, kalsium 7 miligram, fosfor 25 miligram, dan zat besi 0,8 miligram. Selain itu di dalam buah pisang mas juga terkandung vitamin A sebanyak 79 IU, vitamin B1 0,09 miligram dan vitamin C 2 miligram (Mahmud *et al*, 2009). Hal tersebut menunjukkan bahwa pisang mas memiliki kandungan gizi yang baik jika dikonsumsi anak.

Hasil penelitian ini hampir serupa dengan penelitian Sukandar (2006) tentang makanan tabu di Banjar, Jawa Barat, yang menunjukkan hasil bahwa terdapat 6 jenis makanan yang ditabukan bagi anak balita, yaitu makanan pedas, kerupuk, makanan berminyak, pisang bagja, sirup, dan tunggir ayam. Alasan makanan pedas dan berminyak tidak boleh diberikan kepada anak balita adalah dapat menyebabkan pilek dan diare. Berbeda dengan pisang emas, di Banjar, Jawa Barat, pisang emas tidak ditabukan bagi anak balita, melainkan bagi wanita dan laki-laki dewasa karena pisang emas digunakan untuk sesajen nenek moyang.

4.2.2 Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita

a. Pola Asuh

Pola asuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh

kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola asuh anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Semuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan, ketrampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari ibu atau pengasuh anak (Sulistiyani, 2011:11).

Kerangka konseptual yang dikemukakan oleh UNICEF yang dikembangkan lebih lanjut oleh Engle *et al* (1997) dalam Lubis (2008) menekankan bahwa tiga komponen makanan – kesehatan – asuhan merupakan faktor yang berperan dalam menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Engle *et al* mengemukakan bahwa pola asuh meliputi 6 hal yaitu : (1) perhatian / dukungan ibu terhadap anak, (2) pemberian ASI (Air Susu Ibu) atau makanan pendamping pada anak, (3) rangsangan psikososial terhadap anak, (4) persiapan dan penyimpanan makanan, (5) praktik kebersihan atau higiene dan sanitasi lingkungan, (6) perawatan balita dalam keadaan sakit seperti pencari pelayanan kesehatan. Pemberian ASI dan makanan pendamping pada anak serta persiapan dan penyimpanan makanan tercakup dalam praktik pemberian makan (Engle *et al*, 1997 dalam Lubis, 2008).

1) Pola asuh gizi

Pola asuh gizi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah perilaku ibu terhadap anak balitanya terkait 7 hal, yang meliputi pemberian kolostrum, pemberian makanan/ minuman pralakteal, pemberian ASI eksklusif, dan pemberian MP-ASI yang dilihat dari ketepatan waktu pemberian pertama kali, ketepatan jenis, frekuensi dan jumlah, serta ragam MP-ASI. Pola asuh gizi dikategorikan menjadi dua, yaitu baik dan kurang. Pola asuh baik jika tepat dalam pelaksanaannya pada ≥ 4 kriteria, dan pola asuh kurang jika tepat dalam pelaksanaannya pada < 4 kriteria. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pola asuh gizi yang diberikan kepada anak balita kategori kurang, yaitu sebesar 57,1% (20 anak) dan sisanya adalah sudah baik yaitu

sebesar 42,9% (15 anak). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Husin (2008), dimana dari 82 responden sebesar 59,8% (48 orang) pola asuh pemberian makan dalam kategori baik, sedangkan sebesar 40,2% (33 orang) pola asuh pemberian makan dalam kategori kurang.

Ibu sangat berperan dalam memberikan pengasuhan terhadap anak. Ibu yang bertanggung jawab atas anak sehingga anak mendapatkan asupan makanan yang bergizi sesuai kebutuhan tubuh. Jumlah dan kualitas makanan yang dibutuhkan untuk konsumsi anak penting untuk dipikirkan, direncanakan, dan dilaksanakan oleh ibu sebagai pengasuh, yang nantinya akan berkontribusi terhadap status gizi anak.

Selain pola asuh gizi secara umum, telah dijelaskan bahwa dalam penelitian ini juga dilihat kriteria-kriteria dalam pola asuh gizi. Kriteria yang pertama adalah pemberian kolostrum. Sebagian besar ibu tepat dalam pemberian kolostrum, yakni memberikan kolostrumnya kepada anaknya, yaitu sebesar 88,6% (31 orang). Ketika melahirkan anaknya ibu segera memberikan air susu yang pertama keluar untuk anaknya. Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama setelah bayi lahir (4-7 hari) yang berwarna kekuning-kuningan dan lebih kental karena mengandung banyak vitamin, protein, dan zat kekebalan yang penting untuk kesehatan bayi dari penyakit infeksi (Depkes RI, 2005). Kolostrum sangat penting untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi terhadap penyakit. Keputusan ibu untuk memberikan kolostrum kepada bayinya sudah sangat tepat. Penolong persalinan turut mendukung diberikannya kolostrum kepada bayi. Persalinan sebagian besar dibantu oleh bidan setempat yang memberikan dorongan pula kepada ibu untuk memberikan kolostrumnya kepada bayi yang baru lahir.

Sama halnya dengan pemberian kolostrum, pemberian makanan/minuman pralakteal sebagian besar ibu tepat dalam praktiknya, yakni memberikan makanan/minuman pralakteal, yaitu sebesar 54,3% (19 orang). Beberapa ibu memberikan madu kepada anaknya. Selain itu juga diberikan susu formula. Mereka memberikan susu formula beralasan bahwa ASI belum bisa diproduksi dengan lancar pada hari-hari pertama, sehingga anak

membutuhkan susu. Keputusan ibu untuk memberikan minuman pralakteal ini tidak tepat. Makanan atau minuman *pralakteal* sebaiknya tidak diberikan kepada bayi karena dapat menimbulkan beberapa kerugian bagi bayi, diantaranya adalah bayi tidak mau menghisap susu dari payudara karena pemberian makanan akan menghentikan rasa lapar, diare sering terjadi karena makanan yang diberikan mungkin tercemar, bayi akan bingung menghisap puting susu ibunya jika pemberian makanan lewat botol, dan aluran pencernaan bayi belum cukup kuat untuk mencerna makanan selain ASI.

Kriteria selanjutnya adalah pemberian ASI eksklusif. Sebagian besar ibu tidak tepat dalam praktiknya, yakni tidak memberikan ASI eksklusif pada anaknya, yaitu sebesar 62,9% (22 orang). Sama halnya dengan minuman pralakteal, susu formula banyak diberikan kepada anak sebelum usia anak 6 bulan. Ibu menganggap pemberian susu formula akan memberikan gizi yang baik bagi anaknya sebelum diberikan makanan tambahan selain ASI. Susu formula juga dijadikan asupan pengganti ASI karena ASI tidak keluar sejak bayi lahir. Selain susu formula, sebagian ibu sudah memberikan makanan tambahan seperti pisang dan bubur untuk anak sebelum usia 6 bulan. Ibu menganggap anak merasa lapar dan sudah waktunya diberikan makanan tambahan selain ASI.

Para ahli menemukan bahwa manfaat ASI akan meningkat jika bayi hanya diberikan ASI saja selama 6 bulan kehidupan. Peningkatan ini sesuai dengan lamanya pemberian ASI eksklusif serta lamanya pemberian ASI bersama-sama dengan makanan padat setelah usia 6 bulan (Depkes RI, 2006). Istiany dan Rusilanti (2013:71) mengatakan bahwa Air Susu Ibu (ASI) memiliki beberapa keunggulan, diantaranya adalah sebagai berikut:

- 5) Air Susu Ibu (ASI) mengandung zat kekebalan tubuh yang dapat mencegah anak terkena penyakit infeksi.
- 6) Air Susu Ibu (ASI) meningkatkan kecerdasan anak dibanding yang tidak mendapatkan ASI.

- 7) Air Susu Ibu (ASI) mengandung energi dan zat gizi lainnya yang paling sempurna serta cairan hidup yang sesuai kebutuhan bayi hingga berumur 6 bulan. Setelah 6 bulan ASI masih tetap dibutuhkan sampai usia 2 tahun.
- 8) Air Susu Ibu (ASI) bersih, sehat, aman, mudah dicerna, dan selalu tersedia dalam suhu yang sesuai.

Kriteria selanjutnya adalah pemberian usia pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI), sebagian besar ibu tidak tepat dalam waktu pemberian pertama kalinya, yakni diberikan pada usia kurang atau lebih dari 6 bulan, yaitu sebesar 68,6% (24 orang). Sebagian besar ibu memberikan makanan pendamping ASI sebelum usia 6 bulan, dan terdapat dua anak yang diberikan makanan pendamping ASI pada usia lebih dari 6 bulan karena anak belum mau atau susah untuk diberikan makanan lain. Selanjutnya adalah jenis MP-ASI, mayoritas ibu tepat dalam memberikan jenis MP-ASI sesuai umur anak balita, yaitu sebesar 94,3% (33 orang). Berbeda dengan jenis MP-ASI, frekuensi dan jumlah MP-ASI sebagian besar ibu tidak tepat dalam praktiknya, yaitu sebesar 80% (28 orang). Begitu juga dengan ragam/ variasi MP-ASI, sebagian besar ibu tidak memberikan MP-ASI sesuai dengan ragam menu seimbang, yaitu sebesar 88,6% (31 orang).

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan yang diberikan pada bayi yang telah berusia 6 bulan karena ASI tidak lagi memenuhi kebutuhan gizi bayi. Makanan pendamping ASI (MP-ASI) diberikan pada bayi disamping ASI. Bayi sebaiknya harus tetap diberikan ASI paling tidak sampai usia 24 bulan. Selanjutnya MP-ASI diberikan untuk menutupi zat-zat gizi yang terkandung dalam ASI. Jadi, MP-ASI bukan sebagai pengganti ASI, melainkan sebagai pelengkap atau pendamping ASI (Krisnatuti, 2002). Pemberian MP-ASI yang terlalu dini (sebelum bayi berusia 6 bulan) akan menurunkan konsumsi ASI dan dapat menyebabkan gangguan pencernaan/ diare (WHO dalam Setiawan, 2009).

Selain tepat umur pertama kali pemberian MP-ASI, frekuensi, jumlah, jenis, dan ragam MP-ASI juga harus tepat. Frekuensi makanan yang dibutuhkan anak untuk mencapai energi yang dianjurkan tergantung pada

kepadatan energi dari makanan. Karena lambung anak ukurannya kecil, maka pemberian makan yang sering adalah penting (Istiany dan Rusilanti, 2013). Ragam MP-ASI mayoritas tidak tepat karena dalam menu makanan satu hari jarang orang tua yang memberikan buah kepada anaknya. Biasanya anak hanya diberikan makanan pokok dengan sayur saja, lauk saja, atau keduanya.

2) Pola asuh perawatan kesehatan

Data mengenai perawatan kesehatan dalam penelitian ini diperoleh dengan menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan terkait *personal hygiene* dan perawatan saat anak sakit. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa seluruh responden memiliki pola asuh perawatan kesehatan yang baik. Beberapa perilaku dalam *personal hygiene* yang banyak tidak tepat adalah tidak selalu mencuci tangan dan payudara ketika hendak menyusui anak. Beberapa ibu mengaku bahwa terlalu repot jika harus mencuci tangan dan payudaranya terlebih dahulu ketika hendak menyusui anaknya. Jika tangan tidak terlalu kotor tidak perlu mencuci tangan. Selain itu ibu juga ingin segera menyusui anaknya karena anak sudah menangis. Tindakan selanjutnya yang tidak baik adalah anak tidak memakai alas kaki atau sandal ketika bermain di luar rumah. Beberapa ibu mengakui bahwa anak tidak terbiasa memakai alas kaki.

Selanjutnya adalah tindakan perawatan saat anak sakit. Tindakan perawatan saat anak sakit sudah baik, yakni segera melakukan tindakan pengobatan. Sebagian besar responden membawa ke pelayanan kesehatan. Namun ada beberapa yang melakukan pengobatan sendiri ketika dirasa penyakit anak tidak terlalu parah. Beberapa pengobatan sendiri yang dilakukan yaitu memberikan daun jarak, bawang merah, mengompres anak ketika anak panas, memijatkan anak, ibu makan buah-buahan, memberikan oralit dan jamu kunyit ketika anak diare.

Menurut UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, pengobatan tradisional diartikan sebagai salah satu upaya pengobatan dan atau perawatan cara lain di luar ilmu kedokteran dan atau ilmu keperawatan, mencakup cara (metoda), obat dan pengobatnya yang mengacu kepada pengetahuan, dan

keterampilan turun temurun baik yang asli maupun yang berasal dari luar Indonesia dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat.

Bawang merah untuk penurun panas anak dipercaya oleh orang tua di Desa Kemiren dimana penggunaannya adalah dengan cara dihaluskan dan dicampur dengan minyak kayu putih kemudian dikompreskan di ubun-ubun serta dioleskan di bagian tubuh lainnya. Menurut Wijayakusuma (2009:56) bawang merah merupakan salah satu bahan yang digunakan sebagai ramuan tradisional untuk penurun panas anak. Bawang merah tersebut dihaluskan dan biasanya dicampurkan dengan buah jeruk nipis yang diperas dan minyak kelapa. Pemakaiannya adalah dengan mengompreskan campuran bahan-bahan tersebut pada ubun-ubun anak. Bawang merah memiliki kandungan minyak atsiri, sikloaliin, metilaliin, kaemferol, kuersetin dan floroglusin yang efektif untuk menurunkan suhu tubuh (Reinisa, 2014).

Daun jarak digunakan untuk penurun panas anak dengan mengompreskan pada ubun-ubun dan diletakkan di atas perut. Sudirga (2004) menyebutkan bahwa salah satu tanaman yang digunakan oleh masyarakat Desa Trunyan untuk penurun panas adalah daun jarak. Daun jarak mengandung Alkaloid, amalinin, serpentin, minyak lemak dan enzim lipolitik.

Tindakan pengobatan demam atau panas pada anak selanjutnya adalah dengan mengompres. Tindakan ini sudah tepat untuk dilakukan. Hal ini dikarenakan manusia mempunyai komponen-komponen dalam menjaga keseimbangan energi dan keseimbangan suhu tubuh, diantaranya adalah hipotalamus, asupan makanan, kelenjar keringat, pembuluh darah kulit dan otot rangka. Manusia juga memiliki mekanisme untuk menurunkan suhu tubuh apabila tubuh memperoleh terlalu banyak panas dari aktifitas otot rangka atau dari lingkungan eksternal yang panas. Suhu tubuh harus diatur karena kecepatan reaksi kimia sel-sel bergantung pada suhu tubuh dan panas yang berlebihan dapat merusak protein sel (Sherwood, 2001 dalam Purba, 2010). Pemberian kompres hangat memberikan sinyal ke hipotalamus menyebabkan terjadinya vasodilatasi. Hal ini menyebabkan pembuangan/ kehilangan energi/panas melalui kulit meningkat (berkeringat), diharapkan akan terjadi

penurunan suhu tubuh sehingga mencapai keadaan normal kembali. Pemberian kompres hangat ini dilakukan secara berulang-ulang dan lakukan evaluasi suhu tubuh anak setelah 20 menit (Budiartha, 2009).

Tindakan pengobatan selanjutnya yang dilakukan jika anak sakit di Desa Kemiren adalah pijat anak. Orang tua di daerah ini biasanya memijatkan anak ke dukun pijat setempat. Mereka beranggapan bahwa anak rewel karena badannya terasa sakit atau kecapaian, sehingga bisa diatasi dengan pijat. Pijat ditinjau dari segi kesehatan memang banyak manfaatnya. Suatu pengobatan sederhana yaitu sentuhan tangan manusia merupakan salah satu alat yang sangat efektif dalam menghilangkan sakit pada tubuh, mengurangi stres dan memacu relaksasi, yaitu apa yang dikenal dengan pijat (Rosalina, 2007 dalam Nuryanti dan Arifah, 2011). Para pakar telah dapat membuktikan secara ilmiah bahwa terapi sentuh dan pijat bayi mempunyai banyak manfaat. Terapi pijat dapat menghasilkan perubahan fisiologis yang menguntungkan dan dapat diukur secara ilmiah, antara lain melalui pengukuran kadar *cortisol* ludah, kadar *cortisol* plasma secara radioimmunoassay, kadar hormon stres (*catecholamine*), air seni, dan pemeriksaan EEG (*electro encephalogram*, gambaran gelombang otak) (Roesli, 2001:5). Field (2004) dalam Nuryanti dan Arifah (2011) berpendapat bahwa dengan pijat bayi dapat lebih meningkatkan berat badan, menunjukkan kemajuan yang lebih baik dalam hal emosional, kemampuan sosial, temperamennya lebih tenang dan terjadi penurunan hormon stres dalam urin. Hasil penelitian Nuryanti dan Arifah (2011) menyatakan bahwa lebih dari setengah jumlah responden atau sebanyak 66,7 % tidak mengalami sakit karena melakukan terapi pijat secara teratur. Sebesar 33,3 % mengalami sakit disebabkan karena banyak faktor lain yang mempengaruhi frekuensi sakit itu sendiri. Dalam hasil penelitian ini mayoritas responden yang melakukan terapi pijat jarang sakit disebabkan karena teraturnya orang tua responden dalam memijatkan bayi mereka. Pada bayi yang tidak di pijat sering sakit di sebabkan karena tidak terjadi peningkatan hormon gastrointestinal yang berfungsi sebagai penyerapan makanan sehingga bayi menjadi malas

untuk menyusu yang mengakibatkan ASI yang di produksi sedikit sehingga kekebalan bayi tidak meningkat dan menjadikan bayi sering sakit.

Selain manfaat yang diperoleh, pijat pada anak juga memiliki efek samping yang merugikan bagi anak. Efek samping dari kesalahan pemijatan di antaranya adalah pembengkakan, terdapatnya lebam, adanya rasa sakit pada bayi sehingga bayi menjadi rewel, pergeseran urat, cidera, bahkan bisa menyebabkan kematian pada bayi. Risiko pijat bayi tersebut biasanya disebabkan oleh kelalaian praktisi pijat dalam memijat, salah pijat, dan kurangnya pengetahuan pemijat (Andria, 2011). Pemijatan adalah teknik relaksasi yang lembut dan jarang menyebabkan efek samping. Namun bila pemijatan dilakukan terlalu dalam, dapat menyebabkan perdarahan pada organ vital seperti hati dengan adanya pembentukan penumpukan darah (Subakti, 2008).

Pengobatan tradisional yang dilakukan untuk anak yang diare salah satunya adalah dengan memberikan jamu kunyit. Marni (2014) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa kunyit dijadikan sebagai jamu cekok untuk mengobati diare pada anak. Alasan orang tua memberikan jamu cekok adalah khasiat jamu yang sangat efektif untuk menyembuhkan diare, dan efek samping yang ditimbulkan lebih sedikit dibanding obat-obat kimia. Beberapa teori dalam penelitiannya menyebutkan bahwa bahan jamu yang juga bermanfaat terhadap penyembuhan diare adalah kunyit (*Curcuma domestica*). Tanaman obat sejenis empon-empon ini sering digunakan secara turun-temurun sebagai obat mencret, radang, sakit perut dan sebagainya. Ekstrak kunyit menunjukkan efek antiinflamasi, antibakteri, antioksidan, antiulkus dan gastroprotektif. Kunyit mempunyai sifat mengobati gangguan lambung (stomakhikum), merangsang keluarnya gas diperut (karminativum), dan memiliki zat antiradang, sehingga dapat digunakan untuk mengobati perut kembung, mencret dan sebagai zat anti radang.

b. Konsumsi Makanan

1) Tingkat Konsumsi Makanan

a) Tingkat Konsumsi Energi

Usia bayi dan balita membutuhkan energi untuk meningkatkan berat badan, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan, melakukan aktivitas fisik ketika tidur dan bangun, mengatur suhu tubuh, metabolisme makanan, serta untuk proses penyembuhan dari sakit. Energi diperoleh dari karbohidrat, lemak, dan protein yang terkandung dalam makanan sehari-hari (Sulistyoningsih, 2011). Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata perhari yang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2013 diketahui bahwa kebutuhan energi anak balita dibedakan berdasarkan umur dan berat badan serta panjang badan. Anak dengan rentang usia 0-6 bulan, 7-11 bulan, dan 1-3 tahun kebutuhannya berturut-turut adalah sebesar 550 kkal, 725 kkal, dan 1125 kkal.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 35 anak balita tingkat konsumsi energi sebagian besar di atas AKG, yaitu sebesar 45,7% (16 anak). Sebesar 20% (7 anak) memiliki tingkat konsumsi energi dalam kategori normal. Sebesar 34,3% (12 anak) tingkat konsumsi energi dalam kategori defisit (penggabungan dari kategori defisit tingkat ringan, sedang, dan berat). Energi diperoleh dari karbohidrat, protein, dan lemak yang terdapat dalam makanan yang dikonsumsi. Karbohidrat, protein, dan lemak mengandung unsure karbon (C), hydrogen (H), dan oksigen (O) yang jika dioksidasi menghasilkan energi (Tejasari, 2005:4).

Tingkat konsumsi energi yang sebagian di atas AKG tersebut dimungkinkan karena sumbangan dari ketiga zat gizi makro yang juga berlebih. Konsumsi energi yang berlebih bisa berakibat buruk bagi anak. Jika diet yang dimakan seseorang memberikan energi yang melampaui jumlah yang diperlukan maka makanan yang berlebih itu akan dipakai untuk pembuatan lemak yang dapat disimpan dalam jumlah besar di dalam tubuh (Beck, 2011:79). Demikian juga dengan tingkat konsumsi energi yang kurang atau defisit juga tidak baik bagi anak. Jika tubuh dalam kondisi kekurangan zat

sumber energi maka tubuh akan menggunakan protein untuk membentuk energi dan mengalahkan fungsi utama sebagai zat pembangun. Pada balita kondisi seperti ini berdampak gangguan pada pertumbuhan.

b) Tingkat Konsumsi Protein

Protein merupakan sumber asam amino esensial yang diperlukan untuk zat pembangun, yaitu untuk pertumbuhan dan pembentukan protein dalam serum, hemoglobin, enzim, hormon serta antibodi, mengganti sel-sel tubuh yang rusak, memelihara keseimbangan asam basa cairan tubuh dan sumber energi. Jumlah protein yang diberikan dianggap adekuat jika mengandung asam amino esensial dalam jumlah yang cukup, mudah dicerna dan diserap oleh tubuh, maka protein yang diberikan harus sebagian berupa protein yang berkualitas tinggi seperti protein hewani (Adriani dan Wirjatmadi, 2012:208). Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata perhari yang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2013 diketahui bahwasama halnya dengan kebutuhan energi, kebutuhan protein anak balita dibedakan berdasarkan umur dan berat badan serta panjang badan. Anak dengan rentang usia 0-6 bulan, 7-11 bulan, dan 1-3 tahun kebutuhan protein berturut-turut adalah sebesar 12 gram, 18 gram, dan 26 gram.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat konsumsi protein anak balita sebagian besar di atas AKG, yaitu sebesar 80% (28 anak). Sebesar 11,4%(4 anak) memiliki tingkat konsumsi protein dalam kategori normal dan sebesar 8,6% (3 anak) memiliki tingkat konsumsi protein kategori defisit tingkat berat.

Tingkat konsumsi yang berlebih ini dimungkinkan karena sumbangan protein dari susu formula yang cukup tinggi. Pada saat wawancara *recall* 2x24 jam, susu formula diberikan dalam frekuensi dan jumlah yang banyak sehingga menyumbangkan protein yang tinggi. Selain itu lauk yang sering dikonsumsi anak balita tempe, tahu, dan ikan yang mengandung protein tinggi. Hal ini juga dimungkinkan menjadi penyebab berlebihnya tingkat konsumsi protein anak balita.

Protein yang berlebihan tidak menguntungkan bagi tubuh. Makanan yang tinggi protein biasanya tinggi lemak yang dapat menyebabkan obesitas. Masalah lain yang ditimbulkan oleh berlebihnya protein untuk anak adalah kelebihan asam amino memberatkan ginjal dan hati yang harus memetabolisme dan mengeluarkan kelebihan nitrogen. Kelebihan protein akan menimbulkan asidosis, dehidrasi, diare, kenaikan amoniak darah, kenaikan ureum darah, dan demam (Almatsier, 2004:104).

c) Tingkat Konsumsi Lemak

Lemak merupakan penyumbang energi terbesar dibanding dengan protein dan karbohidrat. Sebagai sumber energi, lemak menghasilkan 9 kkal dalam setiap gramnya. Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata perhari yang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2013 diketahui bahwa kebutuhan lemak anak balita dengan rentang usia 0-6 bulan, 7-11 bulan, dan 1-3 tahun kebutuhan lemak berturut-turut adalah sebesar 34 gram, 36 gram, dan 44 gram.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat konsumsi lemak anak balita sebagian besar di atas AKG, yaitu sebesar 40% (14 anak). Sebesar 25,7%, (9 anak) memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori defisit tingkat berat. Namun jika kategori defisit tingkat ringan, sedang, dan berat digabungkan maka sebagian besar tingkat konsumsi lemak dalam kategori defisit, yaitu sebesar 45,7% (16 anak).

Lemak dioksidasi di dalam tubuh untuk memberikan energi bagi aktivitas jaringan dan guna mempertahankan suhu tubuh. Lemak memiliki nilai energi yang lebih tinggi bila dibanding dengan karbohidrat ataupun protein. Konsumsi lemak yang berlebih atau melampaui batas akan menyumbang energi yang berlebih pula atau melampaui kebutuhan energi. Hal tersebut dapat menimbulkan penimbunan lemak dalam jaringan adipose dan menyebabkan kegemukan (Beck, 2011:19). Selain berfungsi sebagai penyedia energi, lemak juga berfungsi sebagai *protein sparer* (pengaman protein) dimana protein tidak perlu dioksidasi untuk menghasilkan energi karena sudah tercukupi dari lemak. Jika kebutuhan lemak tidak tercukupi maka protein akan dioksidasi untuk

menjadi energi dan fungsi utama protein sebagai zat pembangun tidak bisa maksimal (Tejasari, 2005:44).

d) Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Karbohidrat diperlukan anak-anak yang sedang tumbuh sebagai sumber energi. Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata perhari yang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2013 diketahui bahwa kebutuhan karbohidrat anak balita dengan rentang usia 0-6 bulan, 7-11 bulan, dan 1-3 tahun kebutuhan protein berturut-turut adalah sebesar 58 gram, 82 gram, dan 155 gram.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat konsumsi karbohidrat anak balita sebagian besar di atas AKG, yaitu sebesar 51,4% (18 anak). Sebesar 25,7%, (9 anak) memiliki tingkat konsumsi karbohidrat dalam kategori normal. Masukan karbohidrat yang berlebih biasanya berarti masukan gula yang tinggi. Jika masukan ini melampaui kebutuhan tubuh akan energi, maka akan terjadi konversi karbohidrat yang berlebih menjadi lemak sehingga menimbulkan kegemukan (obesitas) (Beck, 2011:13).

2) Pola Konsumsi

a) Pola Konsumsi Sumber Karbohidrat

Karbohidrat memiliki fungsi penting sebagai penyedia energi utama. Makanan yang termasuk sumber karbohidrat diantaranya adalah beras, gandum, jagung, jenis umbi, gula, dan minyak (Tejasari, 2005:43). Makanan sumber karbohidrat yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah nasi, mie, roti, jagung, singkong, ubi, dan kentang.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa makanan sumber karbohidrat yang sering dikonsumsi oleh semua anak balita adalah nasi. Nasi merupakan makanan pokok bangsa Indonesia. Pemilihan nasi sebagai makanan pokok sudah tepat karena kandungan gizi nasi menduduki peringkat teratas bila dibandingkan dengan jenis bahan makanan pokok yang lainnya. Nasi atau beras memberikan sumbangan pemenuhan kebutuhan energi paling tinggi jika dibanding dengan jagung, singkong, ubi, kentang, dan lainnya. Selain

kandungan karbohidratnya tinggi, kandungan proteinnya juga tinggi dan mengandung vitamin B1 dalam jumlah cukup (Tejasari, 2005:76).

Makanan sumber karbohidrat yang paling sering dikonsumsi setelah nasi adalah roti. Roti yang banyak diberikan pada anak balita adalah roti berwarna sawo matang dan berupa biskuit. Roti banyak diberikan kepada anak karena mudah didapatkan dan biasanya dijadikan sebagai makanan selingan atau pengganti jika anak kurang konsumsi nasi.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebesar 74,3% (26 anak) jarang mengkonsumsi jagung sebagai makanan sumber karbohidrat. Di daerah ini, jagung biasanya diolah dengan cara direbus dan sebagai campuran sayur bening. Responden yang jarang memberikan jagung kepada anaknya karena jarang memasak jagung untuk sayur.

Makanan sumber karbohidrat selanjutnya adalah mie instan. Mie instan merupakan makanan yang sudah umum dikonsumsi oleh semua kalangan. Namun konsumsi mie instan yang sering tidak baik bagi kesehatan terutama pada anak. Mie instan seharusnya tidak diberikan dahulu kepada anak balita, terlebih jika diberikan dalam frekuensi sering. Mie instan dapat menghambat kemampuan anak balita untuk menyerap nutrisi. Setelah sering mengkonsumsi mie instan banyak anak balita mengalami kesulitan menyerap dari makanan yang tepat (Wahyuningsih, 2013).

b) Pola Konsumsi Sumber Protein Nabati

Protein nabati adalah protein yang berasal dari tumbuh-tumbuhan seperti kacang-kacangan. Makanan sumber protein nabati yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah tahu, tempe, kacang hijau, dan kedelai. Kacang hijau dikonsumsi sebagai bubur kacang hijau, sedangkan kedelai dikonsumsi dalam bentuk minuman sari kedelai.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa makanan sumber protein nabati yang sering dikonsumsi sebagian besar anak balita adalah tempe, yaitu sebesar 60% (21 anak), setelah itu adalah tahu, yaitu sebesar 51,4% (18 anak). Responden memberikan tahu dan tempe sebagai lauk dengan cara digoreng.

Hal ini dikarenakan tempe dan tahu mudah didapatkan, murah, dan praktis dalam mengolah dan penyajiannya kepada anak-anak. Pemilihan tempe sebagai sumber protein nabati yang sering diberikan kepada anak sudah tepat. Di antara pangan sumber protein nabati, tempe merupakan pangan bernilai gizi tinggi karena selain zat gizinya tinggi, daya cernanya juga lebih tinggi daripada kacang kedelai sehingga tempe mudah dicerna dan zat gizi yang dikandung lebih mudah diserap oleh tubuh (Tejasari, 2005:73).

c) Pola Konsumsi Sumber Protein Hewani

Protein hewani merupakan protein yang bersumber dari hewan seperti daging, ikan, telur, dan lain-lain. Biasanya sumber protein hewani dijadikan sebagai lauk. Makanan sumber protein hewani yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah telur ayam, daging ayam, daging sapi, ikan laut, ikan asin, ikan pindang, lele, udang, dan hati ayam. Daging sapi sebagian besar dikonsumsi dalam bentuk pentol bakso.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa makanan sumber protein hewani yang sering dikonsumsi sebagian besar anak balita adalah ikan laut, yaitu sebesar 82,9% (29 anak) dan selanjutnya adalah telur ayam, yaitu sebesar 57,1 (20 anak). Ikan laut diolah dengan cara digoreng. Responden menyadari bahwa ikan laut dan telur mengandung protein tinggi yang baik untuk anak. Ikan laut memiliki kepadatan zat gizi yang tinggi. Telur merupakan pangan sumber protein yang baik dan mengandung beberapa zat gizi lainnya seperti kalsium, zat besi, serta vitamin A (Tejasari, 2005:77).

d) Pola Konsumsi Sayur

Sayuran merupakan salah satu bahan makanan yang kaya akan sumber gizi penting. Sayur-sayuran pada hidangan memiliki fungsi untuk memenuhi kebutuhan zat pengatur tubuh. Sayuran merupakan kelompok komoditas pangan yang pada umumnya sangat banyak dikonsumsi oleh masyarakat, baik sebagai sayuran mentah atau (lalapan) atau dengan cara dimasak terlebih dahulu. Sayur yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah bayam, daun kelor, kacang

panjang, wortel, buncis, sawi hijau, dan labu siam. Sayur bayam, daun kelor, dan kacang panjang dikonsumsi dalam bentuk sayur bening. Wortel dan buncis sebagian besar dikonsumsi dalam bentuk sup, sedangkan sawi hijau biasanya sebagai campuran mie.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sayur yang sering dikonsumsi oleh semua anak balita adalah bayam, setelah itu adalah daun kelor, yaitu sebesar 91,4% (32 anak). Bayam dan daun kelor dipilih oleh responden karena jenis sayuran tersebut mudah didapat dan murah. Bahkan sebagian responden tidak perlu membeli sayuran tersebut karena menanam sendiri tanaman sayuran tersebut. Bayam memiliki kandungan berbagai vitamin dan mineral fosfor, kalsium dan zat besi yang merupakan zat gizi mikro yang berpengaruh terhadap pertumbuhan anak balita. Daun kelor merupakan jenis sayuran yang kaya akan zat gizi. Daun kelor mengandung vitamin A 10 kali lipat dari vitamin A pada wortel, vitamin C 7 kali lipat dari vitamin C pada jeruk, kalsium 4 kali lipat dari kalsium pada susu, protein 2 kali lipat dari protein pada yoghurt (Krisnadi, tanpa tahun).

e) Pola Konsumsi Buah

Buah merupakan jenis pangan yang sangat penting untuk dikonsumsi. Sama halnya dengan sayuran, sebenarnya buah mengandung makronutrien yang lengkap yaitu protein, lemak dan karbohidrat, walaupun dalam jumlah relatif kecil jika dibandingkan dengan kandungan mineral dan vitaminnya. Pada jenis buah tertentu dihasilkan cukup banyak energi. Energi yang dihasilkan oleh sebagian besar jenis buah berasal dari karbohidrat (*Amylum*), tetapi ada pula yang berasal dari lemak, seperti alpukat, durian (Sediaoetama, 2008:129). Buah sebagai sumber zat pengatur yaitu vitamin dan mineral sangat diperlukan oleh tubuh manusia bagi kelancaran metabolisme dalam pencernaan makanan untuk menjaga kesehatan (Winarti, 2010:240). Buah-buahan yang dominan dikonsumsi anak balita di Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi adalah pisang, pepaya, jeruk, apel, semangka, mangga, anggur.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa buah yang sering dikonsumsi sebagian besar anak balita adalah pisang, yaitu sebesar 51,4% (18 anak), setelah itu adalah pepaya, yaitu sebesar 34,3% (12 anak). Pisang dan pepaya menjadi buah pilihan yang diberikan kepada anak karena buah ini mudah didapatkan dan murah. Selain itu tekstur pisang dan pepaya yang lembut dan tidak keras cocok untuk diberikan kepada anak balita. Pisang juga diberikan pada awal pengenalan makanan selain ASI setelah anak usia 6 bulan. Pisang dilumat dicampur dengan bubur atau nasi tim. Selain mengandung vitamin dan mineral, pisang dan pepaya juga mengandung karbohidrat dalam jumlah yang cukup, sekitar 12-30 % (Tejasari, 2005:37).

Buah yang jarang dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah mangga, yaitu sebesar 82,9% (29 anak). Mangga merupakan buah musiman. Kebanyakan responden tidak membeli buah mangga khusus untuk diberikan kepada anaknya. Mangga hanya diberikan kepada anak ketika orang tua ingin mengkonsumsi buah tersebut. Buah yang tidak pernah dikonsumsi oleh sebagian besar anak balita adalah buah pir, yaitu sebesar 51,4% (18 anak). Buah pir merupakan buah yang tergolong buah yang tidak terjangkau harganya oleh semua lapisan masyarakat. Kebanyakan buah pir dikonsumsi oleh masyarakat dengan pendapatan menengah ke atas jika buah ini memang bukan buah kesukaan. Responden yang sering memberikan buah pir kepada anak balitanya memang memiliki pendapatan yang tinggi dan juga anak balitanya menyukai buah ini. Jadi hanya sedikit anak balita yang sering mengkonsumsi buah pir.

c. Status Gizi

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu. Salah satu penilaian status gizi anak dilihat berdasarkan antropometri. Penilaian status gizi anak berdasarkan antropometri adalah jenis pengukuran yang paling sederhana dan praktis karena mudah dilakukan dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar (Supariasa *et al*, 2012:36).

Terdapat tiga indeks antropometri untuk menilai status gizi berdasarkan antropometri, salah satunya adalah indeks berat badan menurut panjang badan

(BB/PB). Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/PB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (Supriasa *et al*, 2012:58). Status gizi berdasarkan indeks BB/PB diklasifikasikan menjadi sangat kurus, kurus, normal, dan gemuk (Kemenkes RI, 2011).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas anak balita memiliki status gizi normal, yaitu sebesar 94,28% (33 anak). Terdapat masing-masing satu anak (2,86%) yang memiliki status gizi kurus dan gemuk. Status gizi dipengaruhi oleh beberapa faktor baik secara langsung maupun tidak langsung. Menurut UNICEF (1990), status gizi dipengaruhi oleh faktor langsung dan tidak langsung yang saling terkait. Secara langsung status gizi dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan asupan zat gizi baik secara kuantitas maupun kualitas. Secara tidak langsung status gizi dipengaruhi oleh jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, pola asuh anak, kondisi sanitasi lingkungan, dan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga. Sedangkan sebagai pokok permasalahan di masyarakat adalah rendahnya pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan serta tingkat pendapatan masyarakat (Sulistiyani, 2011:9).

4.2.3 Status Gizi Berdasarkan Karakteristik Anak Balita, Karakteristik Keluarga Anak Balita, Makanan Pantangan, Pola Asuh, dan Tingkat Konsumsi Makanan

a. Status Gizi Berdasarkan Karakteristik Anak Balita

Karakteristik anak balita dalam hal ini adalah umur dan jenis kelamin. Umur dan jenis kelamin merupakan faktor salah satu internal yang dapat mempengaruhi status gizi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar anak balita yang berstatus gizi normal berada dalam rentang umur 12-24 bulan, yaitu sebesar 81,8% (27 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus berada dalam rentang umur 6-11 bulan, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk berada dalam rentang umur 12-24 bulan. Status gizi salah satunya

dipengaruhi oleh konsumsi makanan. Anak usia balita atau 1-3 tahun memiliki karakteristik yang sama yang dikenal dengan konsumen pasif, artinya mereka menerima jenis makanan yang disajikan oleh orang tuanya. Selain itu pada masa ini balita belum dapat menentukan makanannya sendiri dan seringkali makanan anak balita sudah ditentukan jumlahnya dan tidak memilih serta mengambil sendiri mana yang disukainya (Sediaoetama, 2008:12). Hasil penelitian Devi (2010) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang nyata antara sebaran kelompok umur balita dengan status gizi.

Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar anak balita yang berstatus gizi normal berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebesar 57,6% (19 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus dan gemuk berjenis kelamin perempuan. Jenis kelamin tidak memberikan kontribusi besar terhadap status gizi anak balita. Suhendri (2009) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi anak balita. Tidak adanya hubungan antara jenis kelamin anak balita dengan status gizi dapat dimungkinkan karena perbedaan fisik dan anatomi pada anak balita, di samping juga pengaruh faktor genetika dan perbedaan-perbedaan dalam hal perawatan dan pemberian makanan.

b.

Karakteristik Keluarga Anak Balita

Sebagian besar anak balita yang berstatus gizi normal tingkat pendidikan ibunya dasar, yaitu sebesar 66,7% (22 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus tingkat pendidikan ibunya dasar, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk tingkat pendidikan ibunya menengah. Hal ini berkaitan dengan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi, pengasuhan, dan perawatan kesehatan. Sebagian besar anak balita yang berstatus gizi normal tingkat pengetahuan ibunya dalam kategori sedang, yaitu sebesar 66,7% (22 anak). Begitu pula anak balita yang berstatus gizi kurus dan lebih tingkat pengetahuan ibunya dalam kategori sedang.

Tingkat pendidikan rendah tidak selalu berarti seseorang memiliki pengetahuan yang rendah pula. Jika seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi memiliki wawasan pengetahuan yang lebih luas tidak menutup kemungkinan seseorang tersebut memiliki sikap dan perilaku yang

baik, termasuk seorang ibu dalam mengasuh anaknya untuk mendapatkan status gizi yang baik. Pengetahuan tidak hanya didapatkan di bangku sekolah. Pengetahuan cukup yang didapatkan di lain tempat dapat dijadikan sebagai acuan oleh seorang ibu untuk mengasuh anaknya. Begitu juga dengan pendidikan yang tinggi jika tidak diimbangi dengan pengetahuan yang cukup mengenai pengasuhan anak yang baik, hal tersebut tidak menutup kemungkinan seorang ibu kurang baik dalam mengasuh anaknya sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi anak.

Karakteristik selanjutnya adalah status pekerjaan ibu. Sebagian besar anak balita yang berstatus gizi normal ibunya tidak bekerja, yaitu sebesar 72,7% (24 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus ibunya tidak bekerja, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk ibunya bekerja. Anak yang berstatus gizi gemuk selama ibu bekerja diasuh oleh pengasuh pengganti, yaitu neneknya.

Hasil penelitian Suhendri (2009) menunjukkan bahwa balita dengan status gizi kurang sebagian memiliki ibu yang tidak bekerja. Ia mengemukakan bahwa sebagian ibu memiliki waktu yang lebih banyak untuk mengasuh dan merawat anaknya karena ibu tidak bekerja diluar rumah untuk mencari nafkah. Namun hal ini tidak diimbangi dengan pemberian makanan yang seimbang dan bergizi pada anak balitanya. Sebab tanpa diberi jaminan makanan yang bergizi dan pola asuh yang benar, maka anak akan mengalami kekurangan gizi. Ibu yang bekerja mempunyai tingkat pendidikan yang berbeda. Dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diharapkan mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih baik dan akan mempengaruhi sikap ibu dalam pola pemberian makanan terhadap anak balita yang baik. Pada ibu yang bekerja tentu saja waktu yang diberikan kepada anak balitanya akan lebih sedikit daripada ibu yang tidak bekerja, tetapi ibu yang bekerja dapat meningkatkan kualitas gizi untuk balita dengan bertambahnya pendapatan keluarga. Hal ini juga yang dimungkinkan, dengan pendapatan keluarga melebihi cukup, anak diberikan asupan makan yang berlebihan, seperti susu formula karena ASI tidak diberikan secara teratur.

Karakteristik selanjutnya adalah jumlah anggota keluarga. Sebagian besar anak balita yang berstatus gizi normal tinggal dalam keluarga kecil, yaitu sebesar 63,6% (21 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus tinggal dalam keluarga kecil, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk tinggal dalam keluarga sedang. Hal tersebut dimungkinkan berkaitan dengan pendapatan keluarga. Distribusi status gizi anak balita berdasarkan pendapatan keluarga, sebagian besar anak balita yang berstatus gizi normal pendapatannya > UMK Banyuwangi tahun 2014, yaitu sebesar 60,6% (20 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus pendapatannya < UMK Banyuwangi, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk pendapatannya > UMK Banyuwangi tahun 2014. Pendapatan keluarga berkaitan dengan pengeluaran untuk kebutuhan makan anggota keluarganya. Bahan makanan yang tersedia di rumah dapat bergantung pada besar kecilnya pendapatan suatu keluarga. Bahan makanan sehari-hari yang disediakan orang tua untuk anak yang tidak memadai dimungkinkan dapat menyebabkan status gizi anak kurus karena kurangnya asupan gizi sesuai kebutuhan. Sebaliknya, pendapatan keluarga yang cukup dengan tidak diimbangi pengetahuan yang baik juga dapat berdampak buruk bagi anak, misalnya terbentuknya pola makan yang salah (Sulistyoningsih, 2011:53). Hal tersebut yang dimungkinkan dapat menyebabkan anak berstatus gizi gemuk.

Beberapa penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara tingkat pendapatan dengan status gizi anak. Penelitian yang dilakukan oleh Sarah (2008), menunjukkan bahwa ada pengaruh pendapatan keluarga terhadap status gizi anak balita. Artinya, dengan pendapatan keluarga yang besar maka balita pasti akan mendapatkan gizi yang baik pula. Menurut Sajogyo,dkk (1994) dalam Sarah (2006), hal ini dapat disebabkan pada keluarga - keluarga dengan pendapatan tinggi kurang baik dalam mengatur belanja keluarga. Ada juga keluarga-keluarga yang membeli pangan dalam jumlah sedikit memilih jenis pangan yang dibeli berakibat kurangnya mutu dan keragaman pangan yang diperoleh, sehingga dapat mempengaruhi keadaan gizi anak. Namun juga terdapat penelitian yang menyatakan tidak adanya hubungan antara tingkat

pendapatan keluarga dengan status gizi anak. Djola (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendapatan keluarga dengan status gizi anak. Masih ada faktor lain yang lebih berperan terhadap status gizi anak balita.

c. Status Gizi Berdasarkan Makanan Pantangan

Kebudayaan menentukan kapan seseorang boleh dan tidak boleh mengonsumsi suatu makanan (tabu), meskipun tidak semua yang tabu masuk akal dan baik dari sudut pandang kesehatan. Tidak sedikit hal yang ditabukan merupakan hal yang baik jika dilihat dari sudut pandang kesehatan (Sulistyoningsih, 2011:53). Banyak sekali penemuan para peneliti yang menyatakan bahwa faktor sosio-budaya sangat berperan dalam proses konsumsi pangan dan terjadinya masalah gizi di berbagai masyarakat dan negara. Unsur-unsur budaya mampu menciptakan kebiasaan makan penduduk yang kadang-kadang bertentangan dengan prinsip ilmu gizi. Berbagai budaya memberikan peranan dan nilai yang berbeda terhadap pangan (Baliwati *et al*, 2004).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar tidak memiliki pantangan makanan, yaitu sebesar 66,7% (22 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus tidak memiliki pantangan makan, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk memiliki pantangan makanan, yaitu makanan pedas, makanan yang mengandung minyak, dan es. Anak yang berstatus gizi kurus namun tidak memiliki makanan pantangan dimungkinkan karena kurangnya asupan zat gizi dari makanan yang diberikan sehari-hari. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa hal lain yang turut berkontribusi terhadap status gizi anak. Demikian juga dengan anak yang berstatus gizi gemuk. Walaupun ada beberapa makanan yang dipantangkan namun asupan zat gizi dari makanan lain berlebih dimungkinkan hal tersebut lebih berkontribusi terhadap status gizinya. Selain itu, makanan pedas, berminyak, dan es tidak masalah jika dipantangkan atau tidak boleh diberikan kepada anak atau bahkan lebih baik. Adanya pantangan makan bagi

anak balita dapat berkontribusi terhadap status gizi jika makanan yang dipantangkan memiliki kandungan gizi yang penting bagi tubuh anak dan tidak diimbangi dengan konsumsi makanan lainnya yang dapat memenuhi kebutuhan gizinya. Selain itu juga faktor lain mungkin lebih berperan dalam menentukan status gizi anak balita seperti pola asuh dan konsumsi anak balita.

d. Status Gizi Berdasarkan Pola Asuh

1) Pola Asuh Gizi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki pola asuh yang kurang, yaitu sebesar 57,6% (19 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus memiliki pola asuh yang baik, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk memiliki pola asuh yang kurang. Ibu dari anak yang berstatus gizi kurus memberikan pola asuh yang baik terhadap anaknya. Dari ketujuh komponen pola asuh gizi, ibu tepat dalam mempraktikkan lima komponen, yaitu tepat dalam pemberian kolostrum, makanan/ minuman pralakteal, ASI eksklusif, pertama kali pemberian MP-ASI dan jenis MP-ASI. Frekuensi dan jumlah pemberian serta ragam MP-ASI tidak diberikan sesuai ketentuan. Jika hal tersebut dilakukan terus menerus maka akan dapat mempengaruhi asupan zat gizi yang tidak mencukupi sesuai kebutuhan anak. Hal tersebut dimungkinkan yang berkontribusi terhadap status gizi anak.

Ibu dari anak yang berstatus gizi gemuk hanya tepat dalam mempraktikkan tiga komponen pola asuh gizi, yaitu pemberian kolostrum, jenis MP-ASI serta frekuensi dan jumlah MP-ASI. Kemungkinan anak berstatus gizi gemuk karena sejak lahir anak diberikan susu formula hingga saat ini. Frekuensi dan jumlah pemberian susu formula melebihi dari yang dianjurkan.

Berbeda dengan hasil penelitian Lubis (2008), diketahui bahwa praktik pemberian makan yang baik 18,1% berstatus gizi gemuk dan 81,9% berstatus gizi normal. Praktik pemberian makan yang tidak baik 100% berstatus gizi kurus. Husin (2008) menyatakan bahwa pola asuh praktik pemberian makan yang baik sangat mendukung tercapainya status gizi anak

yang baik. Jika anak ditemukan dengan status gizi yang buruk pada praktik pemberian makan yang baik kemungkinan karena faktor lain, yaitu perawatan kesehatan anak yang tidak baik, juga imunisasi yang tidak lengkap sehingga anak mudah terserang penyakit dan dapat saja terjadi kekurangan gizi. Praktik pemberian makan yang tidak baik ditemukan anak status gizi baik. Hal ini terjadi karena baik tidaknya status gizi anak dipengaruhi oleh konsumsi makanan dan kesehatan. Dalam praktik anak yang tidak baik, kemungkinan didukung oleh perawatan dan kesehatan anak yang baik, makan dapat menyebabkan status gizi baik. Jadi praktik pengasuhan atau pola asuh gizi bukan satu-satunya yang mempengaruhi status gizi balita.

2) Pola Asuh Perawatan Kesehatan

Perawatan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah *personal hygiene* dan perawatan saat anak sakit. Praktik kebersihan harus selalu dilakukan dalam merawat anak baik dalam memberikan makan ataupun kegiatan lainnya. Peranan ibu dalam masalah kesehatan anak sangat penting. Jika anak mulai diberikan makanan tambahan maka mereka memiliki risiko terkena infeksi dan kekurangan gizi. Jika anak mulai mengkonsumsi makanan pelengkap atau makanan buatan maka penyimpanan dan higienitasnya perlu diperhatikan (Istiany dan Rusilanti, 2013:135). Perawatan anak dalam keadaan sakit merupakan salah satu aspek pola asuh yang dapat mempengaruhi status gizi anak yang berkaitan dengan menjaga status kesehatan anak dan menjauhkan dari penyakit. Praktik perawatan kesehatan anak meliputi pengobatan penyakit pada anak yang sakit dan tindakan pencegahan terhadap penyakit sehingga anak tidak sampai sakit. Upaya ibu dalam hal mencari pengobatan untuk anak yang sakit dapat dilakukan dengan membawa anak ke tempat pelayanan kesehatan seperti klinik, polindes, puskesmas, atau rumah sakit (Zeitlin, 1990, dalam Husin, 2008).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal, kurus, dan gemuk semua diberikan pola asuh perawatan kesehatan yang baik oleh ibu. Perawatan kesehatan berkaitan dengan timbulnya penyakit yang dapat mempengaruhi status gizi. Semua ibu sadar dalam merawat

anaknya saat sakit yakni dengan segera melakukan tindakan pengobatan baik dengan pengobatan tradisional maupun membawa ke pelayanan kesehatan setempat.

Penelitian yang dilakukan Lubis (2008) menunjukkan bahwa praktik kesehatan yang baik sebesar 18,1% berstatus gizi gemuk dan 81,9% berstatus gizi normal. Praktik kesehatan yang tidak baik 100% berstatus gizi kurus. Berdasarkan uji statistik yang dilakukan disimpulkan bahwa terdapat hubungan status gizi dengan praktik kesehatan.

e. Status Gizi Berdasarkan Tingkat
Konsumsi Makanan

1) Tingkat Konsumsi Energi

Zat gizi makro yang dibutuhkan oleh tubuh terdiri atas karbohidrat, lemak, dan protein. Dalam usaha pencapaian konsumsi yang adekuat, maka dua faktor terpenting yang dapat mempengaruhi konsumsi zat gizi sehari-hari yaitu tersedianya pangan dan pengetahuan gizi. Seseorang akan mampu menyelenggarakan konsumsi yang adekuat bilamana mereka mampu untuk menyediakan bahan pangan karena didukung dengan pandangan yang cukup. Zat gizi yang telah dikonsumsi tersebut akan digunakan oleh tubuh untuk mencapai status gizi yang optimal (Almatsier,2004). Energi diartikan sebagai suatu kapasitas untuk melakukan suatu pekerjaan. Jumlah energi yang dibutuhkan seseorang tergantung pada usia, jenis kelamin, berat badan dan bentuk tubuh. Energi dalam tubuh manusia timbul dikarenakan adanya pembakaran karbohidrat, protein dan lemak. Dengan demikian agar dapat tercukupikebutuhan energinya diperlukan intake zat-zat makanan yang cukup pula ke dalam tubuhnya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki tingkat konsumsi energi di atas AKG, yaitu sebesar 45,5% (15 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus memiliki tingkat konsumsi energi dalam kategori normal, sedangkan anak balita yang berstatus gizi gemuk memiliki tingkat konsumsi energi di atas AKG. Untuk balita yang berstatus gizi gemuk, pada saat dilakukan *recall* balita sudah

diberikan MP-ASI dalam jumlah dan frekuensi yang tepat. Anak balita tersebut juga diberikan susu formula sebelum berusia 6 bulan. Susu formula diberikan dalam frekuensi sering yang melebihi yang dianjurkan. Energi yang disumbangkan dari susu formula tersebut cukup banyak sehingga jika diakumulasikan dengan energi yang disumbangkan dari makanan lain yang diberikan sudah melebihi dari yang dibutuhkan oleh anak balita tersebut. Anak balita yang berstatus gizi kurus masih diberikan ASI dan pada saat dilakukan wawancara *recall*, energi yang disumbangkan dari makanan yang diberikan sudah mencukupi yang dibutuhkan.

Tingkat konsumsi energi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi anak balita. Handono (2010) menemukan adanya hubungan positif yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi balita di Wilayah Kerja Puskesmas Selogiri, diperoleh implikasi semakin baik tingkat asupan energi maka status gizi balita semakin baik. Namun berbeda dengan Muchlis (2011), yang mengemukakan bahwa pada indikator BB/TB hasil *uji chi square* menunjukkan tidak terdapat hubungan antara asupan energi dengan status gizi BB/TB, yang artinya balita dengan asupan energi yang baik maupun beresiko kurang memiliki kemungkinan yang sama berstatus kurus atau sangat kurus.

2) Tingkat Konsumsi Protein

Protein merupakan zat gizi yang paling banyak terdapat dalam tubuh dan sangat penting karena paling erat hubungannya dengan proses-proses kehidupan. Pada masa pertumbuhan protein sangat dibutuhkan untuk membentuk jaringan baru (Yuniastuti, 2008:35). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki tingkat konsumsi protein di atas AKG, yaitu sebesar 78,8% (26 anak). Begitu juga dengan anak balita yang berstatus gizi kurus dan gemuk juga memiliki tingkat konsumsi protein di atas AKG. Anak balita yang berstatus gizi gemuk pada saat dilakukan wawancara *recall*, sama halnya dengan energi, protein yang berlebih disumbangkan oleh susu formula yang diberikan. Anak balita yang berstatus gizi kurus protein yang berlebih dikarenakan pada saat

wawancara *recall* berlangsung makanan sumber protein tinggi yang diberikan adalah lauk berupa tempe dan tahu. Makanan sumber protein nabati ini sering diberikan karena anak balita menyukai jenis makanan tersebut.

Tingkat konsumsi protein adalah salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi anak balita. Penelitian Dewi (2012) menemukan adanya hubungan antara tingkat kecukupan protein dengan status gizi balita berdasarkan indeks BB/TB. Namun demikian juga terdapat penelitian yang menunjukkan tidak adanya hubungan tingkat konsumsi protein dengan status gizi balita. Hasil uji statistik pada penelitian Muchlis (2011) menunjukkan tidak terdapat hubungan antara status gizi BB/TB dengan asupan protein. Dengan demikian tingkat konsumsi protein bukan satu-satunya faktor yang mempengaruhi status gizi balita.

3) Tingkat Konsumsi Lemak

Lemak memiliki fungsi sebagai simpanan energi. Di dalam makanan, lemak berfungsi untuk memberikan rasa gurih, renyah sehingga akan meningkatkan nafsu makan. Status gizi anak balita salah satunya dipengaruhi oleh tingkat konsumsi lemak. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki tingkat konsumsi lemak di atas AKG, yaitu sebesar 42,4% (14 anak). Anak balita yang berstatus gizi kurus memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori defisit tingkat sedang dan gemuk memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori normal. Anak balita yang berstatus gizi gemuk memiliki tingkat konsumsi normal dimungkinkan karena pada saat wawancara *recall* berlangsung, lemak yang disumbangkan oleh susu formula menutupi kekurangan lemak dari makanan lainnya. Anak balita yang berstatus gizi kurus, kurangnya asupan lemak dimungkinkan karena jenis makanan yang diberikan dan yang disukai sedikit mengandung lemak.

Hasil penelitian ini berbeda dengan dengan Oktavianti, 2012 yang menyebutkan bahwa anak yang berstatus gizi normal mayoritas memiliki tingkat konsumsi lemak dalam kategori baik. Berdasarkan uji statistik dalam penelitian tersebut disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat

konsumsi lemak dengan status gizi anak balita. Namun demikian juga terdapat penelitian yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat konsumsi lemak dengan status gizi anak balita. Penelitian Mustapa, dkk (2013) menunjukkan hasil bahwa persentase asupan lemak dengan status gizi kurang lebih besar yaitu 78,2% jika dibandingkan dengan status gizi baik. Persentase asupan lemak cukup dengan status gizi kurang lebih besar yaitu 73,9% dibandingkan dengan status gizi baik. Secara statistik dapat diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara asupan lemak dengan status gizi balita.

Lemak harus cukup diberikan kepada anak. Anak yang diberikan makanan dengan sedikit atau tanpa lemak akan menimbulkan rasa capai dan menghilangkan rasa capai. Selain itu kekurangan asam lemak omega-3 dapat menimbulkan gangguan saraf dan penglihatan. Kekurangan asam lemak esensial dapat menghambat pertumbuhan bayi dan anak-anak, kegagalan reproduksi serta gangguan pada kulit, ginjal, dan hati (Yuniastuti, 2008:31).

4) Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Karbohidrat merupakan salah satu sumber utama energi dan yang paling murah. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak balita yang berstatus gizi normal sebagian besar memiliki tingkat konsumsi karbohidrat di atas AKG, yaitu sebesar 48,5% (16 anak). Begitu juga anak balita yang berstatus gizi kurus dan gemuk juga memiliki tingkat konsumsi karbohidrat di atas AKG. Karbohidrat yang berlebih pada anak balita yang berstatus gizi gemuk dimungkinkan karena karbohidrat yang diperoleh dari makanan pokok, yaitu nasi, sudah mencukupi kemudian ditambah dengan karbohidrat dari susu formula yang diberikan dalam frekuensi yang sering. Begitu juga dengan anak balita yang berstatus gizi kurus, berlebihnya asupan karbohidrat dimungkinkan karena makanan pokok, yaitu nasi, sebagai sumber karbohidrat sudah mencukupi kebutuhan karbohidrat kemudian ditambah dengan makanan sumber karbohidrat lain seperti roti mari yang sering dikonsumsi oleh anak balita tersebut.

Tingkat konsumsi karbohidrat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi anak balita. Hasil penelitian Oktavianti, 2012 menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat konsumsi karbohidrat dengan status gizi anak balita. Namun juga terdapat penelitian yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat konsumsi karbohidrat dengan status gizi anak balita. Penelitian Putri dan Wahyono (2013) menunjukkan hasil bahwa proporsi balita *wasting* lebih banyak pada balita dengan tingkat konsumsi karbohidrat yang tidak cukup. Namun secara statistik, tidak ada hubungan tingkat konsumsi karbohidrat dengan kejadian *wasting* pada anak usia 6-23 bulan di Indonesia.

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian Praktik Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi pada Masyarakat Suku Using Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi), dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Mayoritas anak balita berada dalam rentang umur 12-24 dan lebih banyak yang berjenis kelamin laki-laki. Sebagian besar tingkat pendidikan ibu adalah pendidikan dasar, tingkat pengetahuan ibu dalam kategori sedang, ibu tidak bekerja, jumlah anggota keluarga kecil, dan pendapatan lebih dari UMK Banyuwangi tahun 2014. Terdapat beberapa jenis makanan yang dipantangkan bagi anak balita, yaitu makanan pedas, makanan yang mengandung minyak, makanan yang mengandung santan, es, tawon, dan pisang emas.
- b. Sebagian besar pola asuh gizi yang diberikan kepada anak balita dalam kategori kurang. Sebagian besar ibu memberikan kolostrumnya kepada anaknya, tidak memberikan makanan/ minuman pralakteal, tidak memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif, makanan pendamping ASI (MP-ASI) diberikan tidak tepat pada usia 6 bulan. Mayoritas ibu tepat dalam memberikan jenis MP-ASI sesuai umur anak balita, sebagian besar ibu tidak tepat dalam frekuensi dan jumlah MP-ASI dan tidak memberikan MP-ASI sesuai dengan ragam menu seimbang. Semua ibu memberikan pola asuh perawatan kesehatan yang baik kepada anak balitanya. Tingkat konsumsi energi, protein, lemak, dan karbohidrat anak balita sebagian besar di atas AKG. Makanan sumber karbohidrat yang sering dikonsumsi semua anak balita adalah nasi. Makanan sumber protein nabati yang sering dikonsumsi sebagian besar anak balita adalah tempe. Makanan sumber protein hewani yang sering dikonsumsi sebagian besar anak balita adalah ikan laut. Sayur yang sering dikonsumsi oleh semua anak balita adalah bayam dan daun kelor. Buah yang sering dikonsumsi sebagian besar anak balita adalah pisang. Mayoritas anak balita memiliki status gizi normal berdasarkan indeks BB/PB.

- c. Sebagian besar anak balita berstatus gizi normal dengan umur 12-24 bulan, berjenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan ibunya adalah pendidikan dasar, memiliki ibu yang tidak bekerja, tingkat pengetahuan ibunya dalam kategori sedang, memiliki keluarga kecil, pendapatan keluarganya > UMK Banyuwangi tahun 2014, pola asuh gizi dalam kategori kurang, pola asuh perawatan kesehatan baik, tidak memiliki makanan pantangan, tingkat konsumsi energi, protein, lemak, dan karbohidrat di atas AKG .

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka saran yang dapat diberikan yaitu:

- a. Bagi dinas kesehatan dan puskesmas:
- 1) Memaksimalkan pemberdayaan masyarakat, yakni kader posyandu, dengan mengadakan refreshing penyuluhan gizi tentang pemberian ASI eksklusif, ketepatan jumlah dan frekuensi MP-ASI, pemberian gizi seimbang (makanan beragam) bagi anak balita serta pola asuh gizi pada umumnya. Selain itu juga diadakan peningkatan keterampilan bagi kader posyandu Desa Kemiren untuk mengoptimalkan fungsi posyandu.
 - 2) Mengoptimalkan fungsi meja IV pada setiap kegiatan posyandu yang dilengkapi dengan alat peraga seperti tumpeng makanan sehat (gizi seimbang) dan leaflet yang bisa dibawa pulang oleh ibu atau peserta posyandu. Diharapkan dengan pengetahuan dan keterampilan kader, kader dapat memberikan edukasi kepada para ibu yang nantinya dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu mengenai pola asuh gizi yang baik bagi anak balita.
 - 3) Memberikan pendidikan dan sosialisasi kepada keluarga serta membentuk kelompok pendukung ASI untuk memberikan dukungan dan dorongan kepada ibu untuk memberikan ASI Eksklusif kepada anaknya.
- b. Bagi masyarakat :
- 1) Memanfaatkan bahan makanan yang banyak terdapat di Desa Kemiren dengan membuat variasi menu atau sebagai makanan selingan. Bahan makanan yang pertama adalah daun kelor yang banyak ditanam oleh warga

Desa Kemiren. Selain daun kelor diolah menjadi puding kelor dan brownies kukus kelor. Buah pisang dan pepaya diolah menjadi agar-agar pepaya dan kue pisang kukus tepung beras. Selanjutnya adalah singkong dan ubi jalar diolah menjadi tim singkong dengan bayam, kue lapis singkong pelangi, dan singkong isi pisang bubur ubi dengan kaldu ayam dan *nugget* ubi jalar.

- 2) Masyarakat bersifat terbuka dan bekerjasama untuk menerima informasi dan ilmu pengetahuan untuk terciptanya pola pengasuhan anak yang baik.
- c. Bagi peneliti selanjutnya:
- 1) Meneliti lebih lanjut tentang faktor yang berhubungan dengan pola asuh dan status gizi anak balita pada masyarakat Suku Using di Desa Kemiren atau Desa Olehsari.
 - 2) Meneliti lebih mendalam mengenai faktor budaya selain makanan pantangan yang dimungkinkan mempengaruhi pola konsumsi anak balita pada masyarakat Suku Using di Desa Kemiren atau Desa Olehsari.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M. dan Wirjatmadi, B. 2012. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana
- Adisasmito, W. 2007. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajagrafinsi Persada.
- Almatsier, S. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Umum.
- Almatsier, S. 2010. *Penuntun Diet*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Umum.
- Andria, A. 2011. *Manfaat dan Efek Samping Pijat Bayi*. <http://pakarbayi.com/manfaat-dan-efek-samping-pijat-bayi.html>. [14 Mei 2015].
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Badan Kependudukan dan keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2008. *Program Keluarga Berencana di Indonesia*. Jakarta: BKKBN.
- Badan Pusat Statistik. 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012: Laporan Pendahuluan*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Baliwati, Y. F., Khomsan, A., Dwiriani. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Beck, M. E. 2011. *Ilmu Gizi dan Diet*. Yogyakarta: ANDI
- Budiarta, P., 2009. Kompres Hangat. <http://nursingbegin.com/kompres-hangat/> [6 Maret 2015].
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran: Sebuah Pengantar*. Jakarta: EGC.
- Depdiknas. 2003. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta: Depdiknas.
- Depkes RI. 2000. *Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. 2005. *Gizi dalam Angka Sampai Dengan Tahun 2003*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.

- Depkes RI. 2006. *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Lokal Tahun 2006*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. 2009. *Pedoman Penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) Balita*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat
- Devi, M. 2010. Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita di Pedesaan. *Jurnal Teknologi dan Kejuruan*. Vol. 33 No. 2: 183-192.
- Dewi, L., M., 2012. Kontribusi Kondisi Ekonomi Keluarga Terhadap Status Gizi (BB/TB Skor Z) pada anak usia 3-5 Tahun (Studi di wilayah kerja Puskesmas Sambongpari, Kecamatan Mangkubumi, Kota Tasikmalaya Tahun 2012). *Skripsi*. Tasikmalaya: Ilmu Kesehatan Peminatan Gizi Universitas Siliwangi.
- Diana, F.M. 2006. Hubungan Pola Asuh dengan Status Gizi Anak Batita di Kecamatan Kuranji Kelurahan Pasar Ambacang Kota Padang Tahun 2004. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. Vol 1 No.1 2006.
- Dinkes Kabupaten Banyuwangi. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyuwangi Tahun 2013*. Banyuwangi: Dinkes Kabupaten Banyuwangi.
- Djola, R. 2012. Hubungan antara Tingkat Pendapatan Keluarga dan Pola Asuh dengan Status gizi Anak Balita di Desa Bongkudai Kecamatan Modayag Barat. *Jurnal*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi.
- Gibson, R.S. 2005. *Principle of Nutritional Assesment*. New York: Oxford University Press.
- Gubernur Jawa Timur. 2011. Peraturan daerah Provinsi Jawa Timur No. 11 Tahun 2011. Surabaya: Gubernur Jawa Timur.
- Handono, N. P. 2010. Hubungan Tingkat Pengetahuan Pada Nutrisi, Pola Makan, dan Energi Tingkat Konsumsi Status Gizi Anak Usia Lima Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Selogiri, Wonogiri. *Jurnal Keperawatan* Volume 1 No. 1.
- Hidayati, R. N. 2011. Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Anak dengan Status Gizi Balita di Wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia
- Husin, C.R. 2008. Hubungan Pola Asuh Anak dengan Status Gizi Balita Umur 24-59 Bulan Di Wilayah Terkena Tsunami Kabupaten Pidie propinsi

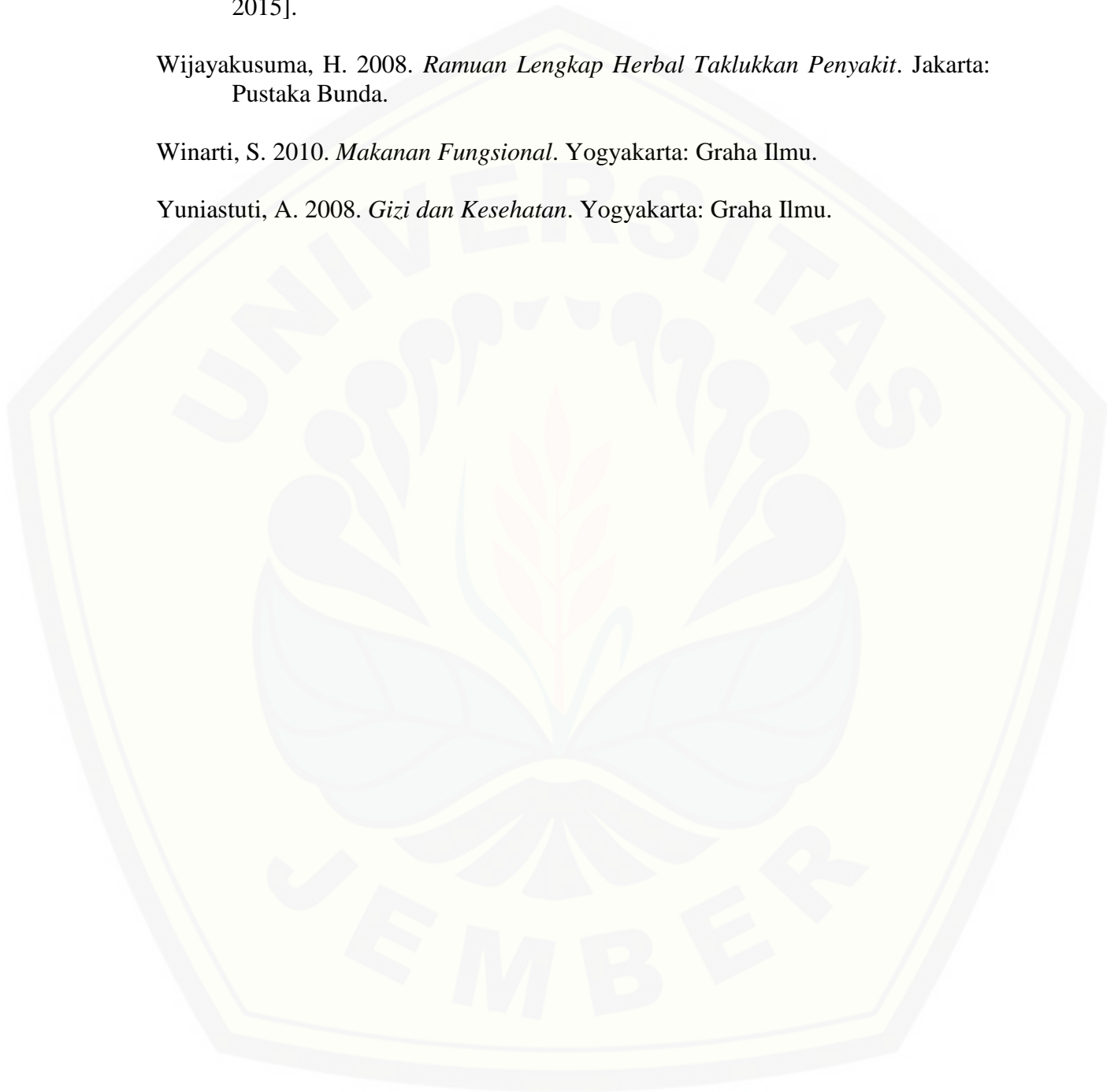
- Nanggroe Aceh Darussalam tahun 2008. *Tesis*. Medan: Sekolah Pascasarjana USU.
- Istiany, A dan Rusilanti. 2013. *Gizi Terapan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Kartasapoetra,G dan Marsetyo. 2008. *Ilmu Gizi (Korelasi Gizi, Kesehatan, dan Produktivitas Kerja)*. Jakarta: Rineka Cipta
- Kemenkes RI. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 747/Menkes/SK/ 2007 tentang Pedoman Operasi Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2011. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2013a. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan Bagi bangsa Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2013b. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 42 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Krisnadi, A. D. (Tanpa Tahun). *Kelor Super Nutrisi*. Jawa Tengah: Kelorina.com
- Krisnatuti, D. 2002. *Menyiapkan Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Puspa Swara, Anggota IKAPI.
- Lubis, R. 2008. Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Anak balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Pantai Cermin Kecamatan Tanjung Pura Kabupaten Langkat Tahun 2008.*Skripsi*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat USU.
- Mahmud, M.K. 2009. *Tabel Komposisi Pangan Indonesia*. Jakarta: Kompas Gramedia.
- Marni. 2014. Khasiat Jamu Cekok terhadap Penyembuhan Diare pada Anak. *Seminar Nasional*. Wonogiri: Akper Giri Satria Husada Wonogiri.
- Menteri Kesejahteraan Rakyat RI. 2012. *Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK)*. Jakarta: Menteri Bidang Kesejahteraan Rakyat RI
- Moleong, L. J. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Rosda Karya.

- Muchlish, N., Hadju, V. Dan Jafar, N. 2011. Hubungan Asupan Energi dan Protein dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Tamamaung. Universitas Hasanuddin Makassar.
- Munawaroh. 2011. *Konsep Tata Ruang Rumah Tiggal pada Masyarakat Using*. Yogyakarta: Balai Pelestarian Sejarah dan Nilai Tradisional Yogyakarta.
- Mustapa, Y., Sirajuddin, S., dan Salam, A. 2013. Analisis Faktor Determinan Kejadian Masalah Gizi pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tilote Kecamatan Tilango Kabupaten Gorontalo Tahun 2013. *Jurnal. Progam Studi Gizi FKM Universitas Hasanudin Makasar*.
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010a. *Ilmu Perilaku Kesehata*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010b. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nuryanti, D.dan Arifah, S. 2011. Hubungan Pijat Bayi dengan Frekuensi Sakit Bayi di Kecamatan Kartasura. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. Volume 05 No. 2.
- Oktavianti, D. 2012. Hubungan Antara Tingkat Konsumsi dan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi Anak Balita Pada Ibu yang Bekerja di PT. Perkebunan Nusantara X (Persero) Unit Industri Bobbin Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. Tidak Diterbitkan. *Skripsi*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Presiden RI. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta: Presiden RI.
- Presiden RI. 2009. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 33 Thاون 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif*. Jakarta: Presiden RI.
- Proverawati, A dan Rahmawati, E. 2010. *Kapita Selektasi ASI & Menyusui*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purba, C. W. P. 2010. Gambaran Pengetahuan Ibu dalam Penatalaksanaan Demam Pada Anak Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kelurahan Pasar Merah Timur Medan Tahun 2010. *Karya Tulis Ilmiah*. Medan: Fakultas Kedokteran USU

- Puskesmas Pembantu Desa Kemiren. 2014a. *Register Operasi Timbang*. Banyuwangi: Puskesmas Pembantu Desa Kemiren.
- Puskesmas Pembantu Desa Kemiren. 2014b. *Buku Posyandu Desa Kemiren*. Banyuwangi: Puskesmas Pembantu Desa Kemiren.
- Putriana, M. 2011. Karakteristik dan Status Kesehatan Calon Jamaah Haji Kabupaten Banyuwangi tahun 2013. Tidak diterbitkan. *Skripsi*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Putri, D. S. K. dan Wahyono, T. Y. M. 2013. Faktor Langsung dan Tidak Langsung yang Berhubungan dengan *Wasting* pada Anak Umur 6-59 Bulan di Indonesia Tahun 2010. *Media Litbangkes* Volume 23 No. 3.
- Reinisa, A. 2014. *Obat Herbal Penurun Panas (Demam) untuk Orang Dewasa dan Anak-Anak*. <http://tipzkesehatan.com/obat-herbal-penurun-panas-untuk-orang-dewasa.html>. [12 Mei 2015].
- Riwidikdo. 2007. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Roesli, U. 2001. *Pedoman Pijat Bayi, Edisi Revisi*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Sarah. M. 2008. Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi dan Pola Asuh Dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pantai Cermin Kecamatan Tanjung Pura Kabupaten Langkat. *Skripsi*. Medan: FKM USU.
- Sastroasmoro, S dan Ismael, S. 2011. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Sediaoetama, A. D. 2008. *Ilmu Gizi*. Jakarta : Dian Rakyat.
- Setiawan, A. 2009. Pemberian PM-ASI Dini dan Hubungannya dengan Kejadian Infeksi pada Bayi 0-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Cipayung, Kota Depok Tahun 2009 (Analisis Data Skunder Puskesmas Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat FKM-UI Tahun 2008). *Skripsi*. Jakarta: FKM-UI
- Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Soetjningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Soetjningsih. 1997. *ASI Petunjuk untuk Tenaga Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Subakti, Y dan Anggarani. 2008. *Keajaiban Pijat Bayi dan Balita*. Jakarta: Wahyu Media.

- Sudirga, S. K. 2004. Pemanfaatan Tumbuhan Sebagai Obat Tradisional di Desa Trunyan Kecamatan Kintamani Kabupaten Bangli. *E;jurnal;bumi-lestari/rtf;sangket.doc /12*.
- Sugiarto. 2003. *Teknik Sampling*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhendri, U. 2009. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak dibawah Lima Tahun (Balita) di Puskesmas Sepatan Kecamatan Sepatan Kabupaten Tangerang Tahun 2009. *Skripsi*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah
- Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sukandar, D. 2006. Makanan Tabu di Banjar Jawa Barat. *Jurnal Gizi dan Pangan*. Volume 01 No 5.
- Sukandar, D. 2007. Makanan Tabu di Barito Kuala Kalimantan Selatan. *Jurnal Gizi dan Pangan*. Vol. 2 No 2.
- Sulistiyani. 2011. *Gizi Masyarakat I Masalah Gizi Utama Di Indonesia*. Jember: Universitas Jember Press.
- Sulistyoningsih, H. 2011. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Supadi, J. 2002. Analisis Faktor-Faktor Pola Asuh Gizi Ibu dengan Status Gizi Anak Umur 0-36 Bulan di Puskesmas Wonosalam II Kabupaten Demak. *Tesis*. Semarang: Program Pascasarjana UNDIP.
- Supariasa, I.D.N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2012. *Penentuan Status Gizi*. Jakarta:EGC.
- Suwiji, E. 2006. Hubungan Pola Asuh Gizi dengan Ststua Gizi pada Balita usia 4-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Medang Kabupaten Blora Tahun 2006. *Tesis*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Tejasari. 2005. *Nilai-Gizi Pangan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Tim Peneliti Antropologi UGM. 2004. *Menyibak Ranah Using (Catatan Etnografis Masyarakat Using)*. Yogyakarta: Mahasiswa Antropologi 2004 UGM .

- Wahyuningsih, M. 2013. *Bahaya Kesehatan yang Mengintai di Balik Nikmatnya Mi Instan*.
<http://health.detik.com/read/2013/06/08/085111/2267724/763/bahaya-kesehatan-yang-mengintai-di-balik-nikmatnya-mi-instan>. [30 Maret 2015].
- Wijayakusuma, H. 2008. *Ramuan Lengkap Herbal Taklukkan Penyakit*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Winarti, S. 2010. *Makanan Fungsional*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Yuniastuti, A. 2008. *Gizi dan Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.



LAMPIRAN A. LEMBAR PERSETUJUAN**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jalan Kalimantan1/93 - Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember (68121)

Telepon (0331) 337878, 322995, 322996, 331743 – Faksimal : (0331) 322995

Laman: www.fkm-unej.ac.id

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

No. telpon/ HP:

Menyatakan setuju untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Fitria Dewi S. R

NIM : 102110101032

Judul : Praktik Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan (studi pada Masyarakat Suku Using di Desa Kemiren Kabupaten Banyuwangi)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun terhadap saya dan keluarga saya, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuisisioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal tersebut diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek (responden) dalam penelitian ini.

Jember, 2014

Responden

(.....)

LAMPIRAN B. KUESIONER PENELITIAN**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jalan Kalimantan1/93 - Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember (68121)

Telepon (0331) 337878, 322995, 322996, 331743 – Faksimal : (0331) 322995

Laman: www.fkm-unej.ac.id

Judul: Praktik Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita Usia
6-24 Bulan (studi pada Masyarakat Suku Using di Desa Kemiren
Kabupaten Banyuwangi)

No. Urut Responden :

Tanggal Wawancara :

I. Karakteristik Keluarga Balita

1. Nama responden :
2. Alamat
 - a. Dusun :
 - b. RT/RW :
3. Pendidikan Terakhir Ibu :
 - a. Tidak sekolah/tidak tamat SD
 - b. SD/MI/ sederajat
 - c. SMP/MTS/ sederajat
 - d. SMA/ sederajat
 - e. Perguruan Tinggi/ akademi
4. Pekerjaan Ibu :
 - a. Bekerja, sebagai...
 - b. Tidak bekerja
5. Jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah :
 - a. ≤ 4 orang
 - b. 5-7 orang
 - c. > 7 orang
6. Pendapatan keluarga perbulan: Rp.

II. Karakteristik Anak Balita

1. Nama Anak Balita :
2. Jenis Kelamin : () laki-laki () perempuan
3. Umur (tanggal lahir) :
4. Berat Badan :kg
5. Tinggi Badan :cm
6. Status Gizi :
(indeks BB/PB)

III. POLA ASUH

a. Praktik Pemberian Makan (Pola Asuh Gizi)

No.	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Keterangan
1.	Apakah ibu memberikan ASI yang pertama keluar, kental dan biasanya berwarna kekuning-kuningan (kolostrum) kepada bayi anda beberapa saat setelah lahir?	a. Ya b. Tidak		
2.	Apakah ibu memberi makanan/ minuman seperti susu formula, air kelapa, air tajin, madu, pisang, sebelum diberikan ASI kepada bayi anda?	a. Ya b. Tidak		
3.	Apakah ibu memberi ASI saja tanpa makanan lain sampai usia 6 bulan kepada bayi anda?	a. Ya b. Tidak		
4.	Kapan ibu pertama kali memberikan makanan tambahan selain ASI (MP-ASI) kepada anak anda? Ketentuan: a. Tepat jika diberikan saat bayi usia tepat 6 bulan b. Tidak tepat jika diberikan saat bayi usia < 6 bulan atau > 6 bulan	a. Tepat b. Tidak tepat		
5.	Jenis MP-ASI apa yang ibu berikan kepada anak? Ketentuan: a. Usia 6-8 bulan: bubur susu, pisang, papaya lumat halus, air jeruk, air tomat saring. Secara bertahap sesuai pertambahan umur diberi bubur tim lumat. b. Usia 9-11 bulan: bubur, nasi tim, atau nasi lembik	a. Tepat (sesuai ketentuan) b. Tidak tepat (tidak sesuai ketentuan)		

	c. Usia 12-24 bulan: makanan keluarga secara bertahap sesuai kemampuan anak			
6.	<p>Berapa kali dan berapa banyak MP-ASI yang diberikan pada anak ibu dalam sehari?</p> <p>Ketentuan:</p> <p>4. 6-8 bulan: sesuai umur</p> <p>d. 6 bulan: 2 kali 6 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 12 sendok makan peres.</p> <p>e. 7 bulan: 2-3 kali 7 sendok makan peres atau total dalam sehari 14-21 sendok makan peres.</p> <p>f. 8 bulan: 3 kali 8 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 24 sendok makan peres.</p> <p>5. 9-12 bulan: frekuensi 3 kali dengan porsi sesuai umur.</p> <p>d. 9 bulan: 9 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 27 sendok makan peres.</p> <p>e. 10 bulan: 10 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 30 sendok makan.</p> <p>f. 11 bulan: 11 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 33 sendok makan.</p> <p>6. 1-2 tahun: 3 x 1/3 porsi makan orang dewasa atau total dalam sehari adalah 1 porsi makan orang dewasa.</p> <p>Contoh: anak berusia 8 bulan diberikan MP-ASI 4 kali sehari dengan porsi setiap kali makan 6 sendok makan maka dikatakan tepat</p>	<p>a. Tepat (sesuai ketentuan)</p> <p>b. Tidak tepat (tidak sesuai ketentuan)</p>		
7.	<p>Apakah dalam menu makan sehari anak selalu diberikan jenis makanan seperti dibawah ini?</p> <p>a. Makanan pokok: nasi jagung, ubi jalar, singkong, talas dan hasil olahan seperti mie dan bihun</p> <p>b. Lauk-pauk: daging, ayam, ikan, kerang, telur, hati, tahu dan tempe, dsb.</p> <p>c. Sayur: wortel, tomat merah, bayam, kangkung, sawi hijau, dsb.</p> <p>d. Buah: pisang, pepaya, jeruk dsb.</p>	<p>a. Ya (jika poin a-d selalu diberikan)</p> <p>b. Tidak (jika salah satu poin a-d ada yang tidak diberikan)</p>		

b. Perawatan Kesehatan

No.	Pertanyaan	Jawaban	Skor	Keterangan
1.	Apakah ibu selalu mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir sebelum memberi makan, menyuapi, atau menyusui anak?	c. Ya d. Tidak		
2.	Apakah ibu selalu membersihkan payudara sebelum menyusui anak?	c. Ya d. Tidak		
3.	Jika anak minum susu botol, apakah botol selalu disterilisasi (dicuci dengan sabun dan dibilas dengan air mengalir lalu direbus dengan air sampai mendidih 5-10 menit) sebelum digunakan?	c. Ya d. Tidak		
4.	Apakah air minum selalu dimasak sampai mendidih dahulu (jika air minum bukan air kemasan)?	a. Ya b. Tidak		
5.	Apakah bahan makanan selalu dicuci dengan air mengalir sebelum dimasak?	a. Ya b. Tidak		
6.	Apakah makanan yang telah dimasak disimpan dalam tempat yang tertutup?	a. Ya b. Tidak		
7.	Apakah ibu selalu mencuci buah-buahan sebelum diberikan kepada anak?	c. Ya d. Tidak		
8.	Apakah peralatan makan dan masak segera dicuci setelah digunakan?	a. Ya b. Tidak		
9.	Apakah air yang digunakan untuk mencuci alat masak dan makan yang telah dipakai adalah air mengalir?	a. Ya b. Tidak		
10.	Apakah peralatan makan dan masak dicuci dengan menggunakan sabun?	a. Ya b. Tidak		
11.	Apakah ibu memandikan anak ≥ 2 kali dalam sehari?	a. Ya b. Tidak		
12.	Apakah ibu memotong kuku anak 1 minggu sekali?	a. Ya b. Tidak		
13.	Apakah anak selalu memakai sandal saat bermain di luar rumah?	a. Ya b. Tidak		
14.	Apakah sarana air bersih yang digunakan memenuhi syarat kesehatan (tidak berbau, berasa, dan berwarna)?	a. Ya b. Tidak		
15.	Apakah anak dan anggota keluarga yang lain selalu BAB di jamban?	a. Ya b. Tidak		

16.	Apakah anak ibu mendapatkan imunisasi lengkap? (berdasarkan KMS)	a. Ya b. Tidak		
17.	Apakah ibu rutin (1 bulan sekali) membawa anak ibu ke posyandu untuk kegiatan pemantauan pertumbuhan anak? (berdasarkan KMS)	a. Ya b. Tidak		
**	Penyakit apa yang pernah diderita anak anda?	a. Demam b. Diare c. ISPA d. Tipus e. Demam berdarah f. Lainnya, sebutkan:		
18.	Apakah yang ibu lakukan ketika anak ibu sakit?	a. Segera melakukan tindakan penyembuhan b. Dibiarkan dulu jika penyakit masih ringan		
	Jika jawaban 'a', tindakan apa yang dilakukan?	1) Diobati sendiri 2) Dibawa ke pelayanan kesehatan		
	Jika jawaban '1)', bagaimana cara penyembuhan yang dilakukan?	Jelaskan cara penyembuhan masing-masing penyakit yang pernah diderita:		
	Apakah alasan ibu memilih untuk melakukan pengobatan sendiri?			
	Jika jawaban '2)', kemana ibu membawa anak ibu yang sakit?	a) Puskesmas pembantu b) Praktik bidan c) Praktik dokter d) Puskesmas e) Rumah sakit		
19.	Apakah ASI tetap diberikan seperti biasanya ketika anak sakit?	a. Ya b. Tidak		
20.	Apakah anak tetap mendapatkan MP-ASI sesuai umurnya ketika anak sakit?	a. Ya b. Tidak		
21.	Apakah ibu mendampingi anak ibu selama sakit?	a. Ya b. Tidak		

IV. Pantangan Makanan

1. Apakah ada makanan yang dilarang (pantangan makanan) untuk anak anda? (baik makanan pokok, lauk, sayur, buah, atau yang lainnya)
 - a. Ada, sebutkan.....
 - b. Tidak ada
2. Jika ada, apa alasan ibu tidak memberikan makanan tersebut untuk anak anda?

.....

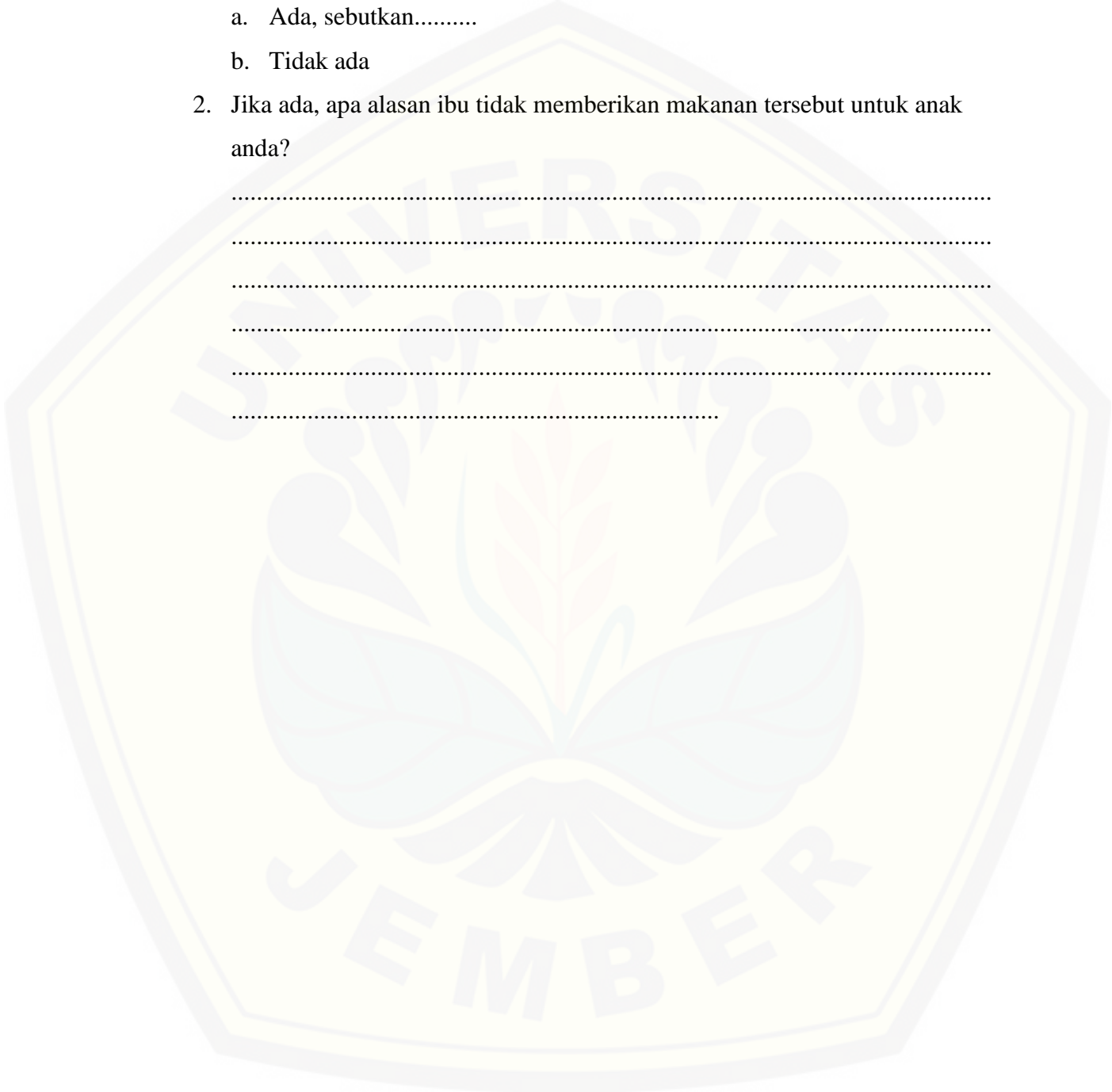
.....

.....

.....

.....

.....



LAMPIRAN C. ANGKET PENGETAHUAN IBU

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jalan Kalimantan1/93 - Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember (68121)
Telepon (0331) 337878, 322995, 322996, 331743 – Faksimal : (0331) 322995
Laman: www.fkm-unej.ac.id

Judul: Praktik Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita Usia
6-24 Bulan (studi pada Masyarakat Suku Using di Desa Kemiren
Kabupaten Banyuwangi).

Nama Responden :
Nama Balita :
Alamat :
Tanggal Wawancara :

PETUNJUK PENGISIAN :

Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan ibu untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dengan jujur dan apa adanya.

Petunjuk: berilah tanda silang (X) pada jawaban yang benar

1. Apakah yang dimaksud dengan kolostrum?
 - c. Air susu yang pertama keluar dan berwarna putih
 - d. Air susu yang pertama keluar, kental, dan berwarna kekuningan
 - e. Air susu yang berwarna putih dan kental
2. Apa yang dimaksud dengan ASI Eksklusif?
 - a. ASI yang diberikan kepada bayi sampai umur 2 tahun
 - b. ASI yang diberikan kepada bayi sampai umur 6 bulan tanpa tambahan makanan lain
 - c. ASI yang diberikan kepada bayi sampai umur 6 bulan dengan tambahan makanan lain

3. Apakah keunggulan diberikannya ASI kepada anak?
 - a. Sama seperti diberikan susu formula
 - b. Membangun kekebalan tubuh bayi, murah, mendekatkan hubungan ibu dan anak
 - c. Dapat menambah nafsu makan ketika sudah besar
4. Kapan sebaiknya pertama kali anak diberikan makanan atau minuman selain ASI?
 - a. Ketika anak dirasa sudah mau makan
 - b. Saat usia anak sudah 6 bulan
 - c. Satu minggu setelah anak lahir
5. Apa yang dimaksud dengan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)?
 - a. Makanan selain ASI yang diberikan kepada bayi ketika bayi tidak mau menyusui lagi
 - b. Makanan yang diberikan kepada bayi ketika ibu merasa bayi perlu makanan tambahan selain ASI
 - c. Makanan selain ASI yang diberikan kepada bayi setelah bayi berumur 6 bulan
6. Apa manfaat diberikannya MP-ASI kepada anak?
 - a. Akan mengenyangkan anak
 - b. Agar anak terhindar dari penyakit
 - c. Agar kebutuhan zat gizi anak terpenuhi
7. Makanan apa yang diberikan kepada bayi yang berumur 9-11 bulan?
 - a. Makanan keluarga sesuai kemampuan anak
 - b. Bubur kasar
 - c. Nasi tim, nasi lembik
8. Makanan apa yang diberikan kepada balita yang berumur 12-24 bulan?
 - a. Bubur tim lumat
 - b. Makanan keluarga sesuai kemampuan anak
 - c. Bubur kasar

9. Seberapa banyak makanan yang diberikan kepada anak usia 6 bulan?
 - a. 6 sendok makan 2 kali sehari atau total dalam sehari adalah 12 sendok makan
 - b. 6 sendok makan 3 kali sehari atau total dalam sehari adalah 18 sendok makan
 - c. Tergantung kemauan anak
10. Seberapa banyak makanan yang diberikan kepada anak usia 9-11 bulan?
 - a. 9-11 sendok makan 2 kali makan
 - b. 9-11 sendok makan 3 kali sehari
 - c. Tergantung kemauan anak
11. Zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh anak balita terdiri dari:
 - a. Karbohidrat, Protein, dan Lemak
 - b. Karbohidrat, Protein, Lemak, Vitamin, dan Mineral
 - c. Karbohidrat, Protein, dan Vitamin
12. Pilihan menu makan di bawah ini yang paling bergizi adalah:
 - a. Nasi putih, tempe, sayur
 - b. Nasi putih, tempe, sayur, pisang, susu
 - c. Nasi putih, sayur, ayam, pisang
13. Kelompok bahan makanan dibawah ini yang banyak mengandung zat tenaga/ karbohidrat adalah:
 - a. Buncis, wortel, bayam
 - b. Nasi, ubi, mie
 - c. tahu, tempe, ayam
14. Bahan makanan yang termasuk sumber protein nabati:
 - a. Telur, daging, ikan
 - b. Wortel, bayam, buncis
 - c. Tempe, tahu, kacang merah
15. Bahan makanan yang termasuk sumber lemak:
 - a. Nasi, ubi, mie
 - b. Mentega, minyak kelapa

c. Bayam, buncis, wortel

16. Pemenuhan zat gizi seimbang bagi tubuh anak bermanfaat untuk:

- a. Membuat anak lincah
- b. Membuat anak tidak mudah menangis
- c. Membuat tubuh anak menjadi sehat

17. Bagaimanan cara menilai bahwa anak anda cukup gizinya?

- a. Bayi/ balita memiliki tubuh yang gemuk/ montok
- b. Anak terlihat aktif dan lincah
- c. Berat badan bayi/ balita berada di atas garis merah pada KMS

18. Kegiatan yang dilakukan di posyandu adalah sebagai berikut, kecuali...

- a. Penimbangan berat badan anak
- b. Pemberian makanan jajanan gratis untuk anak
- c. Imunisasi untuk anak

19. Cara merawat anak yang baik adalah sebagai berikut, kecuali:

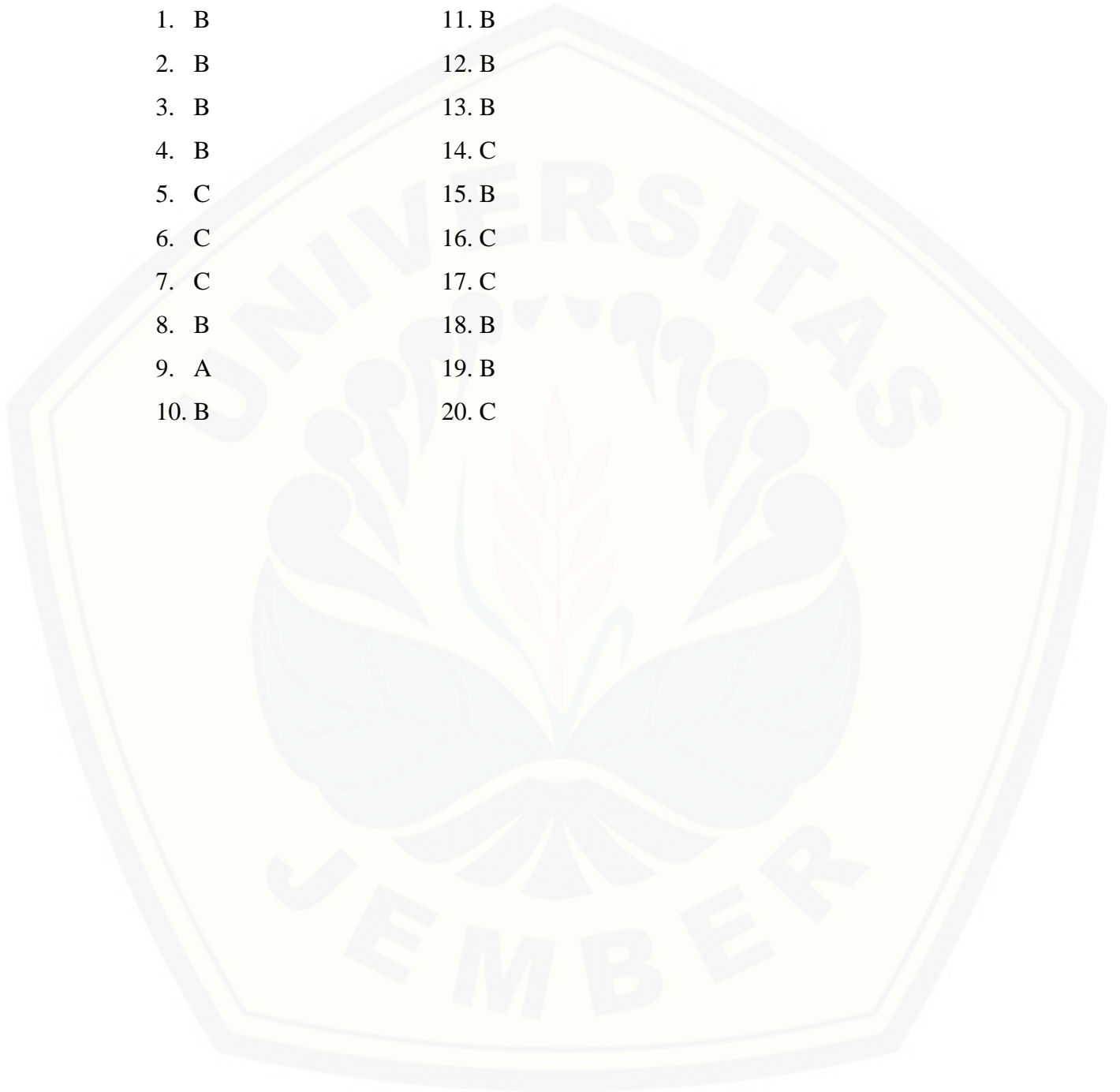
- a. Memandikan anak minimal 2 kali sehari, memotong kuku 1 minggu sekali
- b. Melarang anak bermain di luar rumah
- c. Membiasakan anak cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir

20. Kapan sebaiknya mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun?

- a. Sebelum menyiapkan makanan dan menyusui anak
- b. Sebelum dan sesudah BAB
- c. Semua benar

Kunci Jawaban Angket Pengetahuan

- | | |
|-------|-------|
| 1. B | 11. B |
| 2. B | 12. B |
| 3. B | 13. B |
| 4. B | 14. C |
| 5. C | 15. B |
| 6. C | 16. C |
| 7. C | 17. C |
| 8. B | 18. B |
| 9. A | 19. B |
| 10. B | 20. C |



LAMPIRAN D. KUESIONER *FOOD RECALL 2X24 JAM* dan *FFQ***a. Kuesioner *Food Recall 2x24 Jam***

No. Responden :

Nama responden :

Umur :

BB/TB :

Recall hari ke- :

Hari, tanggal wawancara :

Waktu makan	Nama makanan	Bahan makanan	Banyaknya		Energi (g)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)
			URT	(g)				
Total								

b. Kuesioner Food Frequency Questionnaire (FFQ)

1. Nama Responden :

2. Hari/Tanggal :

No	Nama Bahan Makanan	Frekuensi Konsumsi					
		>1x/hari	1x/hari	3-6x/minggu	1-2x/minggu	2x/bulan	Tidak pernah
1.	Pangan sumber energi						
	a. Nasi putih						
	b. Nasi jagung						
	c. Mie						
	d. Roti						
	e. Singkong						
	f. Ubi						
	g. Kentang						
2.	Pangan sumber protein nabati						
	a. Tahu						
	b. Tempe						
	c. Kacang hijau						
3.	Pangan sumber protein hewani						
	a. Telur ayam						
	b. Daging ayam						
	c. Daging sapi						
	d. Ikan laut segar						
	e. Ikan asin						
	f. Ikan pindang						
	g. Lele						
	h. Udang						
	i. Hati ayam						
4.	Sayuran						
	a. Bayam						
	b. Daun kelor						
	c. Wortel						
	d. Buncis						
	e. Sawi hijau						
	f. Kacang panjang						
	g. Labu siam						
5.	Buah-buahan						
	a. Pisang						
	b. Pepaya						
	c. Jeruk						

No	Nama Bahan Makanan	Frekuensi Konsumsi					Tidak pernah
		>1x/hari	1x/hari	3-6x/minggu	1-2x/minggu	2x/bulan	
	d. Apel						
	e. Semangka						
	f. Mangga						
	g. Anggur						
	h. Pir						



LAMPIRAN E. IZIN PENELITIAN



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan KH.Agus Salim No 109 Telp.0333 – 425119
 B A N Y U W A N G I 68425

Banyuwangi, 01 Nopember 2014

Nomor : 072/835/REKOM/429.204/2014 Kepada .
 Sifat : Biasa Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan
 Lampiran : - 2. Camat Glagah
 Perihal : Rekomendasi Penelitian di -
BANYUWANGI

Menunjuk Surat : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tanggal : 30 Oktober 2014

Nomor : 3065/UN25.1.12/SP/2014

Maka dengan ini memberikan Rekomendasi kepada

N a m a / N I M : Fitria Dewi SR

N I M : 102110101032

Bermaksud melaksanakan Penelitian :

Judul : Praktik Pola Asuh, Konsumsi makanan dan status Gizi Anak Balita
 Usia 6-24 bulan (Studi pada Masyarakat Suku Using Desa
 Kemiren Kecamatan glagah Kabupaten Banyuwangi

Tempat : Desa Kemiren Kecamatan glagah Kabupaten Banyuwangi

Waktu : 01 Nopember 2014 s.d 01 Pebruari 2015

Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat,data/keterangan yang diperlukan dengan ketentuan :

1. Peserta wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku didaerah setempat.
2. Peserta wajib menjaga situasi dan kondisi selalu kondusif.
3. Melaporkan hasil dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.

Demikian harap menjadi maklum.

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN BANYUWANGI
 Kabid Bina Ideologi,Pembauran dan Wawasan
 Kebangsaan
 Ub. Kasubbid Wawasan Kebangsaan



SUBAH KADHIARTO WIJOYO

Penata Tk. I
 NIP. 19580916 198003 1 009

Tembusan :

Sdr. Dekan Fakultas Kesehatan
 Masyarakat Universitas Jember

**Lampiran F. UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS ANGKET
PENGETAHUAN IBU**

A. Hasil Uji Validitas

		total
soal 1	Pearson Correlation	.941**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 2	Pearson Correlation	-.024
	Sig. (2-tailed)	.910
	N	25
soal 3	Pearson Correlation	.036
	Sig. (2-tailed)	.864
	N	25
soal 4	Pearson Correlation	.941**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 5	Pearson Correlation	-.474*
	Sig. (2-tailed)	.017
	N	25
soal 6	Pearson Correlation	.886**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 7	Pearson Correlation	-.476*
	Sig. (2-tailed)	.016
	N	25
soal 8	Pearson Correlation	-.162
	Sig. (2-tailed)	.439
	N	25
soal 9	Pearson Correlation	.941**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 10	Pearson Correlation	.896**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 11	Pearson Correlation	.784**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25

soal 12	Pearson Correlation	.776**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 13	Pearson Correlation	.454*
	Sig. (2-tailed)	.023
	N	25
soal 14	Pearson Correlation	.941**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 15	Pearson Correlation	.784**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 16	Pearson Correlation	-.086
	Sig. (2-tailed)	.682
	N	25
soal 17	Pearson Correlation	.886**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 18	Pearson Correlation	.542**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	25
soal 19	Pearson Correlation	-.346
	Sig. (2-tailed)	.090
	N	25
soal 20	Pearson Correlation	-.246
	Sig. (2-tailed)	.235
	N	25
soal 21	Pearson Correlation	.941**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 22	Pearson Correlation	.784**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25

soal 23	Pearson Correlation	.886**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 24	Pearson Correlation	.022
	Sig. (2-tailed)	.915
	N	25
soal 25	Pearson Correlation	.032
	Sig. (2-tailed)	.879
	N	25
soal 26	Pearson Correlation	.218
	Sig. (2-tailed)	.296
	N	25
soal 27	Pearson Correlation	-.373
	Sig. (2-tailed)	.066
	N	25
soal 28	Pearson Correlation	.784**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	25
soal 29	Pearson Correlation	.466*
	Sig. (2-tailed)	.019
	N	25
soal 30	Pearson Correlation	-.246
	Sig. (2-tailed)	.235
	N	25
total	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	25

B. Hasil Uji Reliabilitas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.823	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
soal 1	19.6800	25.393	.931	.796
soal 2	19.6800	29.977	-.103	.833
soal 3	19.6000	29.667	-.033	.829
soal 4	19.6800	25.393	.931	.796
soal 5	19.7600	32.357	-.537	.849
soal 6	19.7200	25.460	.866	.798
soal 7	19.9200	32.577	-.543	.851
soal 8	19.8400	30.807	-.249	.840
soal 9	19.6800	25.393	.931	.796
soal 10	19.7200	25.460	.866	.798
soal 11	19.9200	25.577	.744	.801
soal 12	19.9600	25.623	.734	.801
soal 13	19.9200	27.410	.375	.816
soal 14	19.6800	25.393	.931	.796
soal 15	19.9200	25.577	.744	.801
soal 16	19.5200	30.010	-.136	.829
saol 17	19.7200	25.460	.866	.798
soal 18	19.8400	26.973	.472	.812
soal 19	19.8400	31.807	-.423	.846
soal 20	19.5600	30.673	-.302	.835
soal 21	19.6800	25.393	.931	.796
soal 22	19.9200	25.577	.744	.801
soal 23	19.7200	25.460	.866	.798
soal 24	19.6400	29.740	-.052	.830
soal 25	20.1600	29.723	-.052	.832
soal 26	19.5200	29.093	.169	.823
soal 27	19.6000	31.333	-.430	.840
soal 28	19.9200	25.577	.744	.801
soal 29	19.8800	27.360	.388	.816
soal 30	19.5600	30.673	-.302	.835

LAMPIRAN G. GAMBARAN UMUM TEMPAT PENELITIAN

Desa Kemiren adalah salah satu desa di Kabupaten Banyuwangi yang mampu mempertahankan tradisi. Masyarakat yang sebagian besar berprofesi sebagai petani ini masih konsisten mempertahankan keaslian unsur-unsur kebudayaan yang diyakini sebagai nilai leluhurnya (Tim Peneliti Antropologi UGM, 2004). Desa Kemiren merupakan salah satu dari 18 desa di Kecamatan Glagah, Kabupaten Banyuwangi, Propinsi Jawa Timur. Desa tersebut telah dikenal oleh banyak orang karena mayoritas masyarakatnya (92%) adalah komunitas Using dan oleh pemerintah dijadikan sebagai “Desa Wisata Using” (Munawaroh, 2011). Desa Kemiren dinilai sebagai pelestari adat Using. Desa Kemiren masih memperlihatkan tata kehidupan sosio-kultural yang mempunyai kekuatan nilai tradisional jika dibandingkan dengan masyarakat Using di desa lainnya (Suprijono, 2013).

Luas wilayah Desa Wisata Using Kemiren adalah seluas 177.054 m² dengan ketinggian wilayah 144 m dpl dan mempunyai permukaan yang bergelombang dan sebagian besar warganya adalah bertani. Desa kemiren terdiri atas dua dusun, yaitu Dusun Krajan dan Dusun Kedaleman yang dibatasi oleh Kantor Desa kemiren. Batas-batas wilayah dari desa ini adalah:

- a) Desa Jambesari Kecamatan Giri di sebelah utara;
- b) Desa Olehsari Kecamatan Glagah di sebelah selatan;
- c) Desa Banjarsari Kecamatan Glagah di sebelah timur;
- d) Desa Tamansuruh Kecamatan Glagah di sebelah barat.

Desa Kemiren merupakan salah satu desa di Kabupaten Banyuwangi yang mampu mempertahankan tradisi. Desa Kemiren ini dijadikan sebagai Desa Wisata Using. Masyarakat yang sebagian besar berprofesi sebagai petani ini masih konsisten mempertahankan keaslian unsur-unsur kebudayaan yang diyakini sebagai nilai leluhurnya (Tim Peneliti Antropologi UGM, 2004:11). Hal tersebut terlihat pada nilai-nilai keseharian, tradisi, serta ritual-ritual yang tetap dilestarikan dan dijaga kelangsungannya.

Berikut adalah tradisi yang tetap dijalan hingga saat ini oleh masyarakat Suku Using Desa Kemiren :

a. Tumpeng Sewu

Tumpeng Sewu adalah selamat massal yang digelar setiap tanggal 1 Dzulhijah oleh masyarakat Desa Kemiren, Kecamatan Glagah, Banyuwangi. Tujuannya adalah sebagai rasa syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas keberkahan yang telah diterima. Tumpeng Sewu diyakini merupakan selamat tolak bala dan menghindarkan dari segala bencana dan sumber penyakit.

Ritual tumpeng sewu ditandai dengan kegiatan dimana setiap rumah membuat nasi dalam bentuk kerucut dengan lauk pauk khas Using, yakni *pecel pithik* (ayam panggang dicampur kelapa) diletakkan di depan rumah. Bentuk mengerucut ini memiliki makna khusus yakni petunjuk untuk mengabdikan pada Sang Pencipta (hablum minallah) di samping kewajiban untuk menyayangi sesama (hablum minannaas). Sementara *pecel pithik* itu mengandung pesan moral yakni *ngucel-ucel barang sithik*. Dapat juga diartikan mengajak orang berhemat dan merasa cukup dengan harta yang dimiliki meskipun sedikit.

Tumpeng Sewu menjadi sebuah ritual yang khas dan tetap sakral. Sebelum makan bersama, warga Desa Kemiren mengawalinya sholat maghrib berjamaah dan doa bersama. Usai makan bersama, selepas isya', warga membaca Lontar Yusuf hingga tengah malam di rumah salah seorang tokoh masyarakat setempat. Lontar Yusuf yang merupakan rangkaian dari ritual ini menceritakan perjalanan hidup Nabi Yusuf.

Selain Tumpeng Sewu, untuk mewujudkan rasa syukur ini warga desa melakukan ritual menjemur kasur (*mepe kasur*) secara masal. Unikinya, semua kasur yang dijemur berwarna hitam dan merah. Menurut Timbul, warna merah dibagian samping ini melambangkan keberanian dan warna hitam di bagian atas kasur ini mengandung arti langgeng atau utuh. Proses *mepe kasur* ini lakukan pagi hari, yakni begitu matahari terbit seluruh warga bergegas mengeluarkan kasur ke depan rumah masing-masing, sambil membaca doa dan memercikkan air bunga di halaman. Tujuannya agar dijauhkan dari balak dan penyakit. Setelah matahari melewati ubun-ubun, semua kasur harus dientas atau dimasukkan. Konon jika

tidak segera dimasukkan kebersihan kasur ini hilang. Masyarakat Using Desa Kemiren meyakini bahwa sumber penyakit datangnya dari tempat tidur, sehingga mereka menjemur kasur di halaman rumah masing - masing agar terhindar dari segala jenis penyakit.

Sebagai penutup *mepe kasur* sore harinya digelar arak-arakan barong. Menjelang selamatan tumpeng sewu, masyarakat Kemiren melakukan selamatan di makam Buyut Cili.

Rangkaian Festival Tumpeng Sewu pada tahun 2014 adalah sebagai berikut:

1. Pukul 09.00 – 14.00 WIB : *mepe kasur*
2. Pukul 09.00 WIB : atraksi gandrung dan kuntulan
3. Pukul 13.00 WIB : Nyekar di Makam Buyut Cili
4. Pukul 16.30 WIB : penanaman bibit duren merah di pertigaan Desa Wisata Using (DWU)
5. Pukul 18.00 – Selesai : Selamatan Tumpeng Sewu
6. Pukul 20.00 WIB : Mocoan Lontar Yusuf.

Sumber: <http://banyuwangikab.go.id/berita-daerah/tumpeng-sewu-di-banyuwangi-festival-2014.html>

b. Barong Ider Bumi

Ritual Upacara adat yang bernama Barong Ider Bumi merupakan ritual upacara bersih desa setiap tanggal 2 Syawal yang dilakukan oleh masyarakat suku osing di Desa Kemiren. Acara ini merupakan agenda tahunan yang rutin di gelar dengan swadaya masyarakat. Dalam ritual Barong Ider Bumi, barong wajib diarak keliling desa dengan diiringi nyanyian macapat (tembang Jawa) yang berisi doa dan pemujaan terhadap Tuhan. Kata ider bumi merupakan penggabungan dari dua kata yaitu 'ider' dan 'bumi'. Ider berarti berkeliling kemana-mana, dan bumi artinya jagat atau tempat berpijak. Dari arti kedua kata tersebut dapat disimpulkan bahwa Ider Bumi adalah kegiatan mengeliling tempat berpijak atau bumi.

Sesuai dengan namanya, inti dari ritual Barong Ider Bumi adalah mengarak barong memutari desa. Sebelum Barong diarak keliling desa, para sesepuh

memainkan angklung di balai desa untuk memulai ritual. Setelah itu, masyarakat mulai berbaris mengarak barong, sambil menabur beras kuning bercampur uang receh di sepanjang perjalanan. Barong diarak dari pintu masuk desa sampai pintu keluar desa sepanjang kurang lebih 3 kilometer, dan kemudian arak-arakan pun berakhir. Ibu-ibu menyiapkan tumpeng dan *pecel pitik* untuk selamat yang digelar di sepanjang jalan desa.

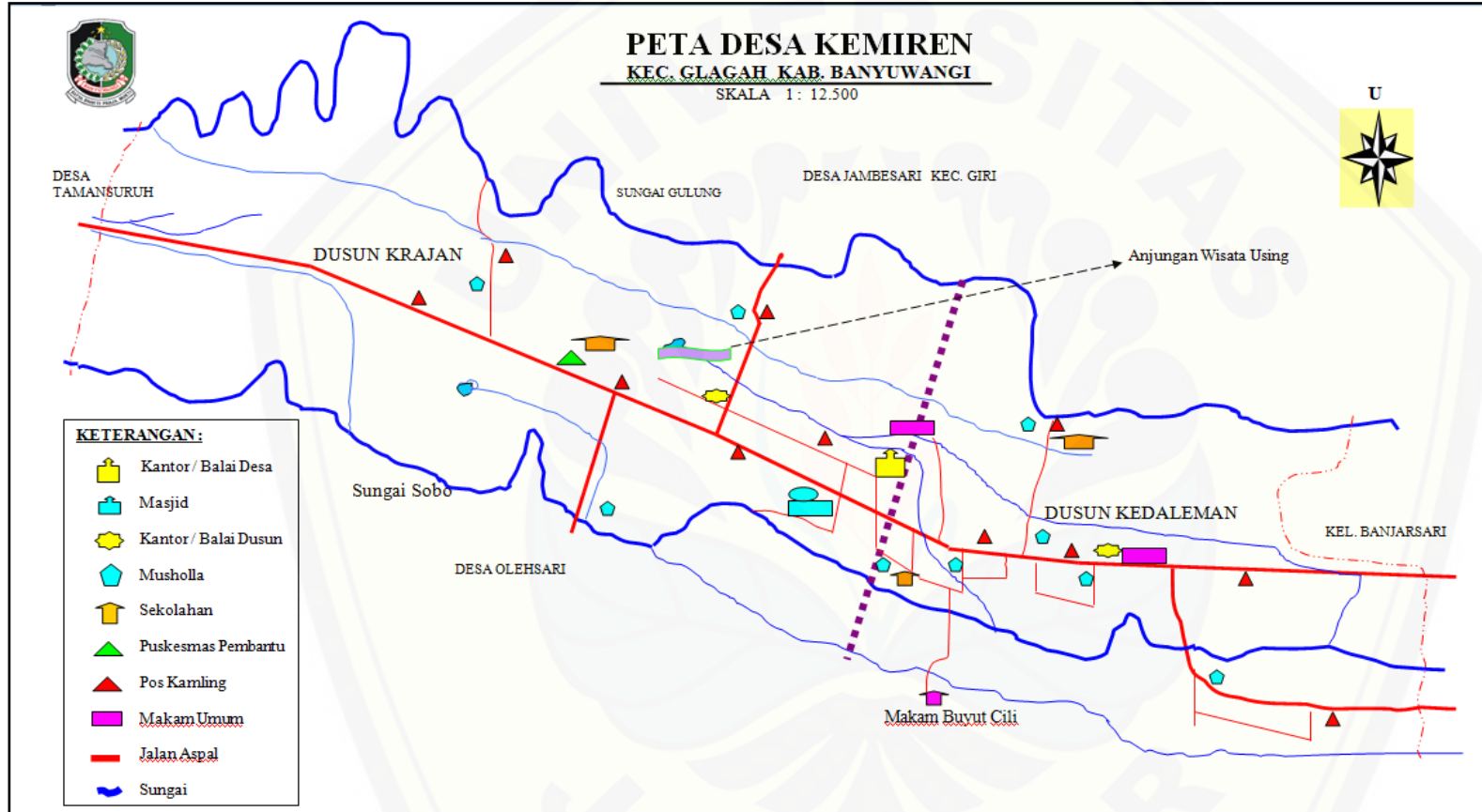
Sumber : <http://www.banyuwangi.us/2012/08/tradisi-barong-ider-bumi-desa-kemiren.html>

c. Ngopi Sepuluh Ewu Kopi

Ngopi Sepuluh Ewu merupakan festival yang rutin dilaksanakan di desa adat Suku Using Kemiren. Festival ngopi ini diinisiasi dari kebiasaan ngopi warga Using Suku Kemiren sebagai cara mempererat jalinan silaturahmi antar masyarakat using yang sudah terkenal keramahan dan keluwesannya dan merupakan contoh mempertahankan tradisi gotong royong. Yang dimaksud ngopi sepuluh ewu adalah kopi disediakan sebanyak sepuluh ribu cangkir. Masing-masing rumah yang berdiri di sepanjang jalan desa adat ini membuat pondok mirip pondok kopi lengkap dengan meja, kursi, teko dan cangkir berisi kopi seduhan yang masih panas. Selain itu masyarakat juga menyajikan aneka jajanan khas pelengkap kopi gratis untuk semua pengunjung seperti rengginang, keripik gadung, ketan, pisang rebus, serabi, lanun, lopis dan klemben (bolu kering khas Banyuwangi). Siapapun yang berkunjung ke Desa Kemiren malam itu dipersilahkan meminum kopi tradisional

Sumber : <http://banyuwangikab.go.id/berita-daerah/festival-ngopi-sepuluh-ewu-laksana-lautan-kopi.html>

Berikut adalah peta Desa Kemiren Kecamatan Glagah Kabupaten Banyuwangi:



LAMPIRAN H. DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1. Responden mengisi angket pengetahuan



Gambar 2. Wawancara dengan responden



Gambar 3. Dacin (alat ukur BB)



Gambar 4. Penimbangan BB balita



Gambar 5. Alat ukur PB



Gambar 6. Pengukuran PB balita



Gambar 7. Pemberian makan pada anak ...10 bulan (status gizi kurus)



Gambar 8. Pemberian makan pada anak



Gambar 9. Anak balita sedang makan dan bermain ...21 bulan (status gizi gemuk)



Gambar 10. Anak balita sedang makan dan bermain



Gambar 11. Tanaman kelor yang ditanam di halaman belakang rumah



Gambar 12. Sayur daun kelor jagung dan tempe (contoh menu makanan anak balita)



Gambar 13. proses pengolahan bahan makanan



Gambar 14. Bawang merah dan minyak telon untuk penurun panas



Gambar 15. Pemijatan anak oleh dukun pijat



Gambar 16. Rumah Adat Using



Gambar 17. Patung Barong petunjuk menuju Desa Kemiren



Gambar 18. Pintu Masuk Kawasan Desa Wisata Using Kemiren