

JURNAL SAINSTEK (SAINS DAN TEKNOLOGI)

Efek *Low Level Laser Therapy* (LLLT) Terhadap Makrofag Penghasil *Fibroblast Growth Factor 1* (FGF-1) pada Proses Penyembuhan Luka Bakar Derajat II Mencit Jantan yang diberikan *Silver Sulfadiazine* Topikal
(*Nindya Shinta, I Ketut Suidiana, Troef Soemarno*)

Pengembangan Sistem Keamanan Kendaraan Bermotor Secara Elektronik Dengan Menggunakan Mikrokontroler *AT90S313* (*Misto, Deden Lutansa, Rusgiyanto*)

Penggunaan Serbuk Gergajian Kayu dan Penambahan Pupuk N,P,K Terhadap Produksi Jamur Tiram Coklat (*Pleurotus cystidiosus*) (*Imam Mudakir*)

Peranan Likopen terhadap Nuclear Factor- κ Beta (NF-B) Sel Endotel yang Diinduksi Leptin (*Heni Fatmawati*)

Gangguan Kognitif Ringan pada Perokok dan Non Perokok
(*Bayu Aji, Alif Mardijana*)

Ekspresi TNF- α Makrofag di Rongga Mulut Tikus Wistar yang diberi Konsumsi Ekstrak Cair Daun Mimba (*Azadirachta Indica*)
(*Nuzulul Hikmah, I Dewa Ayu Ratna Dewanti*)

Penggunaan *Ionic Liquid* Berbasis Kation Imidazolium dalam Reaksi Hidrolisis Enzimatis pada Xilan (*Ika Oktavianawati*)

Kajian Struktur Senyawa Turunan Asam Naftil Propionat sebagai Kandidat Obat Antiradang bukan Steroid (*Indah Purnama Sary*)

An Ethno-botanical Study: Uses of Several Wild Plants or Weeds as Vegetables at Andongrejo Village, Tempurejo District, Jember Regency (*Umiyah*)

Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) pada Anak Balita Non Gakin di daerah Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi Kabupaten Banyuwangi
(*Farida Wahyu N, Anik Kusumawati, Sulistiyani*)



LEMBAGA PENELITIAN
UNIVERSITAS JEMBER

Jurnal Sainstek (Sains dan Teknologi)
ISSN : 1412-8136

Penasehat
Rektor Universitas Jember

Penanggung Jawab
Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember

Ketua Penyunting
Dr. Ir. Cahyoadi Bowo

Penyunting Ahli
Prof. Drs. Agus Subekti, M.Sc, Ph.D
Prof. Dr. Ir. Wiwik Sri Wahyuni, M.S
Prof. Drs. Bambang Kuswandi, M.Sc, Ph.D
Drg. Achmad Gunadi, M.S, Ph.D
Dr. Ir. Cahyoadi Bowo
Dr. Ir. Tri Chandra Setiawati, M.Si
Dr. Kahar Muzakar, M.Si
Drg. Mei Syafriadi, MD.Sc, Ph.D

Penyunting Pelaksana
Dra. Hari Sulistyowati, M.Sc
Drs. Didik Sugeng Pambudi, M.S
Subhan Arif Budiman, S.P, M.P

Pelaksana Tata Usaha
Sugiarto
Martinus Haryanto
Melia Tri Ratnani
Ayunda Kumala Nusantarawati

Alamat Penyunting dan Tata Usaha
Lembaga Penelitian Universitas Jember
Kampus Bumi Tegalboto Jl. Kalimantan 37 Jember 68121
Telp./Fax. (0331) 337818, 339385
e-mail: jst@lemlit.unej.ac.id

Penerbit
Lembaga Penelitian Universitas Jember

Jurnal Sainstek (Sains dan Teknologi) merupakan sarana publikasi hasil penelitian dalam bidang IPTEK, khususnya ilmu-ilmu eksakta yang dilakukan oleh para peneliti baik di lingkungan Universitas Jember maupun di luar lingkungan Universitas Jember. Jurnal Sainstek terbit sekali setahun dengan kemungkinan penambahan penerbitan (edisi khusus).

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah-Nya Jurnal Sainstek (SAINS dan TEKNOLOGI) Vol. 9 No. 1 tahun 2010 ini dapat diterbitkan. Dalam edisi ini disajikan 10 artikel yang merupakan hasil-hasil penelitian dari berbagai bidang, seperti bidang kesehatan, fisika, biologi, farmasi, dan kimia. Penulis adalah Dosen yang berasal dari dalam maupun dari luar lingkungan Universitas Jember.

Di tengah-tengah kesibukan rutinitas sebagai seorang Dosen, melalui jurnal ini, Dewan Redaksi selalu mengharapkan partisipasi aktif dari semua Dosen, baik dengan mengirimkan artikelnya maupun dengan memberikan kritik serta saran untuk peningkatan kualitas Jurnal ini. Melalui upaya menerbitkan jurnal Sainstek tepat waktu dan berkualitas diharapkan mampu mengembangkan IPTEK, khususnya di Jember.

Pada kesempatan ini disampaikan ucapan terima kasih kepada semua penulis artikel, para Reviewer dan semua pihak yang membantu penerbitan Jurnal ini. Semoga jurnal ini bermanfaat bagi semua pembaca.

Dewan Redaksi

Daftar Isi

Efek <i>Low Level Laser Therapy</i> (LLLT) Terhadap Makrofag Penghasil <i>Fibroblast Growth Factor 1</i> (FGF-1) pada Proses Penyembuhan Luka Bakar Derajat II Mencit Jantan yang diberikan <i>Silver Sulfadiazine</i> Topikal (Nindya Shinta, I Ketut Suidana, Troef Soemarno)	1 - 10
Pengembangan Sistem Keamanan Kendaraan Bermotor Secara Elektronik Dengan Menggunakan Mikrokontroler AT90S313 (Misto, Deden Lutansa, Rusgiyanto)	11 - 20
Penggunaan Serbuk Gergajian Kayu dan Penambahan Pupuk N,P,K Terhadap Produksi Jamur Tiram Coklat (<i>Pleurotus cystidiosus</i>) (Imam Mudakir)	21 - 27
Peranan Likopen terhadap Nuclear Factor- κ Beta (<i>NF-κB</i>) Sel Endotel yang Diinduksi Leptin (Heni Fatmawati)	28 - 35
Gangguan Kognitif Ringan pada Perokok dan Non Perokok (Bayu Aji, Alif Mardijana)	36 - 44
Eksresi TNF- α Makrofag di Rongga Mulut Tikus Wistar yang diberi Konsumsi Ekstrak Cair Daun Mimba (<i>Azadirachta Indica</i>) (Nuzulul Hikmah, I Dewa Ayu Ratna Dewanti)	45 - 49
Penggunaan <i>Ionic Liquid</i> Berbasis Kation Imidazolium dalam Reaksi Hidrolisis Enzimatik pada Xilan (Ika Oktavianawati)	50 - 58
Kajian Struktur Senyawa Turunan Asam Naftil Propionat sebagai Kandidat Obat Antiradang bukan Steroid (Indah Purnama Sary)	59 - 67
An Ethno-botanical Study: Uses of Several Wild Plants or Weeds as Vegetables at Andongrejo Village, Tempurejo District, Jember Regency (Umiyah)	68 - 71
Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) pada Anak Balita Non Gakin di daerah Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi Kabupaten Banyuwangi (Farida Wahyu N, Anik Kusumawati, Sulistiyani)	72 - 84

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN KURANG ENERGI PROTEIN (KEP) PADA ANAK BALITA NON GAKIN DI DAERAH PERKOTAAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SOBO KECAMATAN BANYUWANGI KABUPATEN BANYUWANGI

Farida Wahyu N¹, Anik Kusumawati², Sulistiyani¹

Abstract: Protein-Energy Malnutrition of children under five is not only happened on poor family, but on non-poor family also. This research was an observasional analitic that analyzed determinant of the incidence Protein-Energy Malnutrition of children under five in non-poor family in rural area in the working area Sobo Public Health Center, Banyuwangi. Samples in this research was 75 children under five in non-poor family with their mother in the working area Sobo Public Health Center, Banyuwangi, which collected by proportional random sampling. The result showed characteristics sample in this research was mostly on range age 25-36 and 37- 48 month, sex was women and had zero interval birth year. Family characteristic of sample was they on small family and they had no problem in economic because they had high salary. It's means they can reserve good food and another need for their children. The characteristic of mother was they had low level on education but they had high level of nutrition knowledge, which they had from newspaper or television. Determinant of the incidence Protein-Energy Malnutrition of children under five in non-poor family in rural area in the working area Sobo Public Health Center, Banyuwangi was carbohidrate consumption, practice of exclusive breastfeeding and practice of pre-lacteal foods and the most influenced factor was practice exclusive breastfeeding. Suggested to given the children breast milk until 6 month without anything else to make imun on their body which prevent them from malnutrition.

Keywords : Protein-Energy Malnutrition, non poor family, determinant

Pendahuluan

Kurang energi protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan gangguan penyakit tertentu sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi (AKG) (Soekirman, 2000). Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan bahwa pada tahun 2003, terdapat sekitar 5 juta (27,5%) balita mengalami gizi kurang dan 1,5 juta (8,3%) anak mengalami gizi buruk. Pada akhir tahun 2005, Komite Penanganan Kemiskinan Pemerintah Provinsi Jawa Timur mencatat bahwa jumlah penderita gizi buruk di Jatim mencapai 50.072 anak balita dan dari total tersebut diketahui jumlah kasus gizi buruk yang ditangani hanya sebanyak 2.761 kasus saja. Hasil pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2005 juga menunjukkan bahwa di Jawa Timur terdapat 19,3% anak balita KEP, yang terdiri

16,6% anak balita gizi kurang dan 2,7% dengan gizi buruk (Depkes RI, 2006). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar pada tahun 2007 menunjukkan bahwa didapatkan sebanyak 52,3% anak balita kurang energi protein adalah berasal dari keluarga non gakin (Dinkes Karanganyar, 2008).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Banyuwangi tahun 2008, Kabupaten Banyuwangi selama tiga tahun terakhir mengalami peningkatan prevalensi KEP berturut-turut. Prevalensi KEP Kabupaten Banyuwangi menurut indeks BB/U pada tahun 2006 sebesar 1,29%, tahun 2007 sebesar 1,96% dan pada tahun 2008 sebesar 2,06%. Pada tahun 2008 menurut indeks BB/U, Puskesmas Sobo merupakan salah satu wilayah perkotaan yang memiliki prevalensi KEP tinggi yaitu 82%. Dari prevalensi balita KEP tersebut sebagian besar 86,94% adalah berasal dari keluarga non gakin. Selain itu pencapaian ASI

¹Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

²Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Eksklusif wilayah kerja Puskesmas Sobo hanya 53,12%, kurang dari target yang telah ditentukan.

Usia dibawah lima tahun (balita) terutama pada usia 1-3 tahun merupakan masa pertumbuhan yang cepat baik fisik maupun otak. Sehingga memerlukan kebutuhan gizi yang paling banyak dibandingkan masa-masa berikutnya. Pada masa ini anak sering mengalami kesulitan makan, apabila kebutuhan nutrisi tidak dipenuhi dengan baik maka akan mudah terjadi kurang energi protein (Marizza, 2006). Terjadinya gizi kurang pada anak balita tidak selalu didahului oleh terjadinya bencana kurang pangan dan kelaparan seperti halnya pada gizi buruk pada orang dewasa. Artinya, dalam keadaan pangan di pasar berlimpahpun, masih mungkin terjadinya kasus gizi kurang pada anak balita. Oleh karena itu KEP pada anak balita sering disebut juga sebagai masalah kelaparan yang tersembunyi atau *Hidden Hunger* (Soekirman, 2000). Hal ini berarti masalah gizi buruk bisa terjadi pada keluarga non miskin.

Menurut Safawi (2009), menyatakan bahwa penyebab masih terdapatnya kasus gizi buruk yang menimpa keluarga non miskin adalah karena keluarga tersebut tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang masalah gizi dan kesehatan. Penyebab penting dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 2007). Kurangnya pengetahuan ibu dalam mengolah makanan yang ada atau kurang baiknya pilihan menu dapat mengakibatkan makanan yang disajikan tidak bisa memenuhi kebutuhan gizi anaknya sehingga dalam waktu yang cukup lama dapat mengakibatkan anak balita mengalami kurang energi protein (Khumaidi, 1994). Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian Lestari (2002), yang menyatakan bahwa ada hubungan antar tingkat kecukupan energi dengan status gizi anak balita.

Menurut Sajogyo (1994), menyatakan bahwa masih terdapatnya keluarga yang mempunyai pendapatan cukup akan tetapi sebagian anaknya KEP, hal ini disebabkan karena cara mengatur belanja keluarga yang

kurang baik. Pendapatan lebih banyak digunakan untuk pembelian barang-barang lain karena pengaruh lingkungan atau kebiasaan dibandingkan dengan belanja untuk pangan. Terdapat juga keluarga yang membeli bahan pangan dalam jumlah cukup tetapi karena kurang pandai memilih jenis pangan berakibat kurangnya mutu dan keragaman pangan yang diperoleh. Selain itu, iklan juga dapat mempengaruhi terhadap jenis pangan yang dibeli. Hal ini juga sependapat dengan Wahid (2007), yang menyatakan bahwa peningkatan pendapatan akan berpengaruh terhadap perbaikan kesehatan dan kondisi keluarga dan selanjutnya berhubungan dengan status gizi. Namun peningkatan pendapatan atau daya beli seringkali tidak dapat mengalahkan pengaruh kebiasaan makan terhadap perbaikan gizi yang efektif. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Agus (dalam Meiyenti, 2006), menyimpulkan bahwa kemiskinan bukan satu-satunya penyebab KEP. Resiko terkena KEP sama peluangnya untuk orang kaya dan orang miskin.

Berdasarkan hasil penelitian Nuryandari (2007), menyatakan bahwa faktor yang berhubungan terhadap kejadian kurang energi protein (KEP) pada balita non gakin adalah jumlah anggota keluarga dalam satu rumah dan pemberian MP-ASI yang tidak tepat. Dari hasil penelitian yang dilakukan balita KEP memiliki keluarga besar yaitu jumlah anggota keluarga lebih dari 4 orang. Jumlah anak yang banyak akan mengakibatkan selain kurangnya kasih sayang dan perhatian pada anak, juga dapat mempengaruhi kebutuhan primer seperti makanan tidak terpenuhi (Soetjningsih, 1998). Pemberian MP-ASI pada balita yang menunya selalu sama setiap hari dapat menurunkan nafsu makan anak balita. Jika nafsu makan tetap buruk selama beberapa waktu maka dapat menyebabkan anak menderita KEP. Pemberian MP-ASI pada periode 6-24 bulan yang tidak tepat dan tidak cukup baik kualitas maupun kuantitasnya dapat menyebabkan anak menderita kurang gizi terutama energi dan protein serta beberapa vitamin penting yang larut dalam lemak (Didinkaem, 2006).

Berdasarkan fakta tersebut peneliti bertujuan untuk menganalisis determinan

kejadian KEP pada anak balita pada keluarga non gakin (*negative deviance*) di daerah perkotaan di wilayah kerja Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional yang bersifat *cross sectional* dengan populasi penelitian anak balita KEP pada keluarga Non gakin pada bulan Januari- September 2009 berdasarkan hasil laporan bulan intensifikasi penimbangan 2009 di Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi. Sampel yang terpilih melalui metode *Proportional Random Sampling* sebanyak 75 anak balita. Variabel bebas pada penelitian ini adalah konsumsi makanan, pola asuh gizi, penyakit infeksi dan pantangan makanan sedangkan untuk variabel terikatnya adalah kejadian kurang energi protein.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan observasi, wawancara dan dokumentasi. Observasi digunakan untuk melihat faktor pola asuh gizi dan sosio budaya setempat yang mempengaruhi kejadian KEP anak balita. Wawancara digunakan untuk mengetahui tingkat konsumsi dan penyakit infeksi yang pernah diderita oleh responden. Sedangkan dokumentasi digunakan untuk mendokumentasikan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan selama penelitian berlangsung.

Data dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk *textural*, tabel frekuensi dan tabulasi silang. Penyajian dalam bentuk tabel merupakan penyajian data dalam bentuk angka yang disusun secara teratur dalam kolom dan baris, penyajian dalam bentuk ini banyak digunakan dalam penulisan laporan penelitian dengan maksud agar pembaca memperoleh gambaran rinci tentang hasil penelitian yang dilakukan (Budiarso, 2003). Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji statistik *regresi ordinal* dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha=0,05$) dengan tujuan untuk mengetahui adanya pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat yang mempunyai skala data ordinal.

Hasil dan Pembahasan Karakteristik Anak Balita Kurang Energi Protein (KEP) Non Gakin

Karakteristik anak balita KEP pada keluarga non miskin (Non Gakin) pada penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, jarak kelahiran dan nomor urut anak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (39,7%) anak balita KEP ringan terdapat pada kelompok umur 37-48 bulan. Sedangkan anak balita KEP sedang mayoritas (52,9%) terdapat pada kelompok umur 25-36 bulan. Menurut Soeditama (2004), anak balita (bawah lima tahun) atau berumur 0-59 bulan merupakan kelompok umur yang paling rentan menderita KEP karena sedang dalam masa pertumbuhan sehingga memerlukan asupan gizi yang memadai baik kualitas maupun kuantitasnya.

Sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa kejadian kurang energi protein pada keluarga non miskin untuk KEP sedang mayoritas terjadi pada rentang usia 25-36 bulan yaitu masa terjadinya pertumbuhan yang cepat (*growth spurt*), baik fisik maupun otak sehingga memerlukan kebutuhan gizi, sedangkan anak balita sering mengalami kesulitan makan sehingga anak balita mudah terjadi kejadian kurang energi protein (KEP). Sedangkan lebih dari usia tiga tahun yaitu 37-48 bulan anak menderita KEP namun berada dalam klasifikasi yang ringan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak balita KEP ringan sebagian besar (64,5%) berjenis kelamin perempuan. Sedangkan anak balita KEP sedang mayoritas (52,9%) berjenis kelamin laki-laki. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryono dan Supardi (2004), Zakaria (2004) dan Dewi (2008) yang menyatakan bahwa jumlah anak balita yang mengalami KEP terjadi pada kelompok jenis kelamin perempuan. Dewi (2008) menyebutkan anak balita perempuan memiliki nafsu makan yang kurang sehingga mempengaruhi pola konsumsi dan tingkat konsumsi yang akan mempengaruhi status gizi pada anak balita.

Sebagian besar anak balita KEP ringan (37,9%) dan anak balita KEP sedang (35,5%) memiliki jarak kelahiran 0 tahun yang berarti merupakan anak pertama dari

keluarga tersebut. Anak dengan nomor urut pertama mempunyai kecenderungan untuk menderita KEP jika terjadi "kesundulan" pada ibu sehingga anak pertama harus disapih terlalu cepat oleh ibu (< 2 tahun memperoleh ASI). Selain itu prioritas gizi yang salah pada keluarga menunjuk pada kondisi keluarga yang biasanya lebih memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih besar (seperti ayah atau kakak tertua) dibandingkan anak balita (terutama yang berusia dibawah dua tahun) sehingga apabila makan bersama-sama maka anak balita akan kalah (Rasni, 2009). Padahal pada usia balita, terutama pada usia 1-3 tahun merupakan masa pertumbuhan yang cepat (*growth spurt*), baik fisik maupun otak sehingga memerlukan kebutuhan gizi yang paling banyak dibandingkan masa-masa berikutnya.

Karakteristik Keluarga Anak Balita Kurang Energi Protein (KEP) Non Gakin

Karakteristik keluarga anak balita KEP Non Gakin meliputi jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan Ibu, pekerjaan Ibu, tingkat pendapatan keluarga, pengeluaran keluarga untuk konsumsi makanan dan tingkat pengetahuan tentang gizi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar anak balita KEP ringan (62,1%) dan anak balita KEP sedang (70,6%) mempunyai jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang. Jumlah anggota keluarga yang kecil sebenarnya menguntungkan karena distribusi makanan dalam keluarga akan lebih baik dalam jumlah dan lebih merata. Selain itu kondisi ini juga didukung oleh tingkat pendapatan keluarga yang diatas UMR Kabupaten Banyuwangi, karena semua responden pada penelitian ini termasuk dalam kategori keluarga non miskin. Kejadian KEP pada anak balita di keluarga non miskin ini merupakan bentuk dari *negative deviance*, timbulnya masalah gizi (KEP) pada keluarga dengan tingkat ekonomi yang baik, yang seharusnya tidak terjadi. Keadaan ini kemungkinan berhubungan dengan faktor lain seperti tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu anak balita KEP

ringan sebagian besar (56,9%) tergolong tingkat pendidikan rendah. Sedangkan tingkat pendidikan ibu anak balita KEP sedang mayoritas (64,7%) tergolong tingkat pendidikan menengah. Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Suryono dan Supardi (2004), yang menyebutkan bahwa faktor pendidikan ibu yang kurang dari SMA memiliki kemungkinan 1,3 kali lebih banyak terjadinya status gizi kurang pada anak balita dibandingkan ibu yang berpendidikan lebih dari SMA. Tingkat pendidikan diasumsikan berbanding lurus dengan tingkat pengetahuan ibu. Dengan tingkat pendidikan yang rendah, maka akses ibu terhadap informasi yang terkait dengan kesehatan dan gizi akan rendah sehingga pengetahuannya juga akan rendah. Namun hal ini tidak sejalan dengan yang terjadi di tempat penelitian, karena sebagian besar ibu mempunyai tingkat pengetahuan dalam kategori tinggi. Hal ini kemungkinan karena informasi tentang kesehatan dan gizi tidak hanya didapat dari pendidikan formal, melainkan bisa dari media massa maupun pendidikan non formal seperti pelatihan maupun penyuluhan tentang kesehatan dan gizi. Sanjur (dalam Wahid, 2002) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan formal ibu rumah tangga berhubungan positif dengan perbaikan dalam pola konsumsi pangan keluarga dan pola pemberian makanan pada bayi dan anak.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas status pekerjaan ibu anak balita KEP ringan (74,1%) dan anak balita KEP sedang (58,8%) adalah ibu tidak bekerja. Keberadaan ibu yang tidak bekerja seharusnya mempermudah ibu untuk memantau tumbuh kembang anaknya. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari (2005), yang menyatakan bahwa anak yang memiliki ibu tidak bekerja memiliki status gizi yang lebih baik dibandingkan anak balita yang memiliki ibu yang bekerja. Hal ini dapat disebabkan karena meskipun ibu tidak bekerja ibu memiliki praktik pola asuh yang salah terhadap anak balitanya misalnya sebagian besar tidak memberikan ASI eksklusif, pola pemberian MP-ASI yang tidak baik, serta adanya penyakit infeksi pada balita.

Tingkat Konsumsi Energi, Karbohidrat, Protein dan Lemak Anak Balita KEP Non Gakin di perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi

Energi sangat dibutuhkan oleh seseorang baik anak-anak, remaja, dan orang tua untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik serta otaknya. Energi diperlukan manusia untuk bergerak atau melakukan pekerjaan fisik dan juga menggerakkan proses-proses dalam tubuh seperti sirkulasi darah, denyut jantung, pernafasan, pencernaan, dan proses-proses fisiologis lainnya. Menurut penelitian ada hubungan langsung antara kuantitas panas yang dihasilkan oleh suatu aktivitas dengan energi melebihi dari yang diperoleh dari makanan kecuali jika menggunakan cadangan energi dalam tubuh, namun kebiasaan ini dapat

mengakibatkan kurang gizi khususnya energi (Suhardjo dan Kusharto, 2000).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat konsumsi energi anak balita KEP ringan mayoritas (36,2%) tergolong baik. Sedangkan tingkat konsumsi energi anak balita KEP sedang mayoritas (35,4%) tergolong kurang. Tingkat konsumsi energi yang kurang dari angka kecukupan gizi dapat mengakibatkan anak lebih cenderung menderita KEP sedang. Keadaan ini dikarenakan meskipun anak mengkonsumsi makanan sumber energi dalam frekuensi sering namun dalam hal kuantitasnya termasuk kurang sehingga kebutuhan anak tidak terpenuhi dan anak berisiko terkena KEP. Distribusi tingkat konsumsi anak balita pada Non Gakin dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Tingkat Konsumsi Energi, Karbohidrat, Protein dan Lemak Anak Balita Kurang Energi Protein (KEP) Non Gakin di Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi tahun 2009

No	Tingkat Konsumsi Energi	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Baik	21	36,2	3	17,6	24	32
2	Sedang	16	27,6	3	17,6	19	25,3
3	Kurang	18	31	6	35,4	24	32
4	Defisit	3	5,2	5	29,4	8	10,7
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

No	Tingkat Konsumsi Karbohidrat	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Baik	23	39,7	1	5,9	24	32
2	Sedang	18	31	5	29,4	23	30,7
3	Kurang	14	24,1	9	52,9	23	30,7
4	Defisit	3	5,2	2	11,8	5	6,7
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

No	Tingkat Konsumsi Protein	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Baik	14	22,5	1	5,9	15	20
2	Sedang	11	29,3	10	58,8	21	28
3	Kurang	27	36,2	4	23,5	31	41,3
4	Defisit	6	12	2	11,8	8	10,7
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

Lanjutan Tabel 1.

No	Tingkat Konsumsi Lemak	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Baik	10	17,2	2	11,8	12	17,3
2	Sedang	27	46,6	13	76,4	40	53,3
3	Kurang	14	24,1	1	5,9	15	18,7
4	Defisit	7	12,1	1	5,9	8	10,7
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

Karbohidrat merupakan sumber utama energi bagi penduduk di seluruh dunia karena banyak didapat di alam dan harganya relatif murah. Satu gram karbohidrat menghasilkan 4 kkal (Almatsier, 2005). Selain itu karbohidrat mempunyai fungsi yang lain yaitu berperan dalam kelangsungan proses metabolisme lemak dan mengadakan suatu aksi penghematan terhadap protein (Suhardjo dan Kusharto, 2000). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat konsumsi karbohidrat anak balita KEP ringan mayoritas (39,7%) tergolong baik. Sedangkan tingkat konsumsi karbohidrat anak balita KEP sedang mayoritas (52,9%) tergolong kurang. Hal ini berarti dengan tingkat kecukupan karbohidrat yang kurang maka anak balita lebih berisiko menderita KEP dalam klasifikasi sedang.

Protein adalah bagian dari semua sel hidup dan merupakan bagian terbesar tubuh sesudah air. Seperlima bagian tubuh adalah protein, setengahnya ada didalam otot, seperlima didalam tulang dan tulang rawan, sepersepuluh didalam kulit, dan selebihnya didalam jaringan lain dan cairan tubuh (Almatsier, 2005). Protein mempunyai fungsi utama yaitu sebagai zat pembangun dalam pertumbuhan jaringan. Selain itu protein juga berfungsi sebagai pengatur kelangsungan proses didalam tubuh dan memberikan tenaga jika keperluannya tidak dapat dipenuhi oleh karbohidrat dan lemak (Tejasari, 2005). Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas tingkat kecukupan protein anak balita KEP ringan (36,2%) tergolong kurang. Sedangkan anak balita KEP sedang (58,8%) tergolong sedang.

Lemak berfungsi sebagai penyedia energi ke-2 setelah karbohidrat. Oksidasi lemak akan berlangsung jika ketersediaan karbohidrat telah menipis akibat asupan karbohidrat yang rendah. Lemak juga berfungsi sebagai protein sparer karena dapat menghemat fungsi protein sebagai pembentuk struktur tubuh karena menunjang letak organ tubuh (Tejasari, 2005). Menurut Almatsier (2005), lemak juga mempunyai fungsi sebagai sumber asam lemak esensial, alat angkut vitamin larut lemak, member rasa kenyang dan kelezatan, sebagai pelumas dan memelihara suhu tubuh. Bobot energi yang dihasilkan per gram lemak adalah 9 kalori. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa tingkat konsumsi lemak dalam keadaan sedang pada anak balita KEP ringan sebanyak 46,6% dan pada anak balita KEP sedang sebanyak 53,3%. Konsumsi makanan yang cenderung dalam kategori kurang ataupun sedang pada sebagian besar anak balita disebabkan kebiasaan makan anak balita yang hanya dua kali sehari yang seharusnya makan tiga kali sehari dalam jumlah yang cukup. Frekuensi makan yang hanya dua kali dalam sehari ini dapat menyebabkan kuantitas makanan anak balita tidak memenuhi sehingga tidak sesuai angka kebutuhan gizi yang dibutuhkan.

Pola Asuh Gizi terhadap Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) pada Anak Balita Non Gakin di Perkotaan Di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas (53%) anak balita diberi kolostrom. anak balita KEP ringan yang mendapatkan kolostrom sebanyak 72,4% dan anak balita KEP sedang sebanyak

64,7%. Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama setelah bayi lahir (4-7 hari) berwarna kuning-kekuningan dan lebih kental karena mengandung banyak vitamin, protein dan zat kekebalan yang penting untuk kesehatan bayi dari penyakit infeksi (Depkes RI, 2005). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Suwiji (2006), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara praktik pemberian kolostrum dengan status gizi balita. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian kurang energi protein (KEP) pada anak balita tidak tergantung kepada pemberian kolostrum pada hari-hari pertama kelahirannya, meskipun secara teori bahan anti dalam kolostrum dapat memberikan kekebalan pada anak balita pada bulan-bulan pertama hidupnya. Hal ini juga dapat terjadi karena anak balita yang menderita kurang energi protein (KEP) terjadi pada anak usia 25-36 bulan sehingga pemberian kolostrum pada masa bayinya tidak terlalu berpengaruh terhadap status gizinya karena kolostrum hanya memberikan kekebalan terhadap infeksi penyakit pada bulan-bulan pertama hidupnya saja. Selain itu juga masih terdapatnya pola asuh gizi yang salah misalnya seperti bayi tidak ASI eksklusif dan adanya pemberian MP-ASI dini.

Makanan *pre lakteal* adalah makanan yang diberikan kepada bayi sebelum diberikan ASI. Pemberian makanan *pre lakteal* ini diberikan pada 1-3 hari pertama setelah kelahiran (Suhardjo, 2007). Makanan *pre lakteal* (makanan sebelum ASI keluar) adalah jenis makanan seperti air kelapa, air tajin, air teh, madu, pisang, yang diberikan pada bayi yang baru lahir sebelum ASI keluar. Hal ini sangat berbahaya bagi kesehatan bayi, dan mengganggu keberhasilan menyusui (Didinkaem, 2006). Berdasarkan hasil tabulasi silang anak balita kurang energi protein KEP mayoritas (53,3%) tidak mendapatkan makanan *pre lakteal*. Praktik ini sudah baik, namun hal ini harus diikuti dengan pemberian ASI eksklusif dan waktu pemberian MP-ASI yang tepat pada balita.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas anak balita (62,7%) tidak mendapatkan ASI eksklusif. Anak balita KEP ringan yang tidak mendapatkan ASI

eksklusif yaitu sebanyak 60,3% dan anak balita KEP sedang yang tidak mendapatkan ASI eksklusif yaitu sebanyak 70,6%. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryono dan Supardi (2004), yang menyatakan ada hubungan yang bermakna ($p = 0,006$) antara variabel pemberian ASI eksklusif dengan kejadian KEP pada anak balita dengan kemungkinan anak balita yang tidak diberi ASI eksklusif memiliki kemungkinan 2,86 kali mengalami kurang energi protein (KEP). MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan pada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI (Depkes RI, 2006). Pemberian MP-ASI (makanan pendamping ASI) yang terlalu dini (sebelum bayi berumur 6 bulan) menurunkan konsumsi ASI dan dapat menyebabkan gangguan pencernaan/diare. Pemberian MP-ASI antar usia 4-6 bulan (sebelum 6 bulan) hanya jika anak tidak mengalami penambahan berat badan yang adekuat meskipun ASI telah diberikan dengan tepat atau menetek cukup sering tetapi masih tampak lapar (WHO, 2004). Sesuai dengan hasil penelitian bahwa pola pemberian MP-ASI yang kurang baik seperti pemberian MP-ASI yang terlalu dini serta kualitas dan kuantitas yang tidak adekuat akan mengakibatkan kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi sehingga anak lebih cenderung menderita kurang energi protein (KEP).

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa mayoritas (62,7%) pola pemberian MP-ASI pada anak balita kurang energi protein (KEP) adalah tidak baik. Pola pemberian MP-ASI tidak baik pada anak balita KEP ringan sebanyak 60,3% dan pada anak balita KEP sedang sebanyak 70,6%. MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan pada bayi atau anak usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI (Depkes RI, 2006). Pemberian MP-ASI (makanan pendamping ASI) yang terlalu dini (sebelum bayi berumur 6 bulan) menurunkan konsumsi ASI dan dapat menyebabkan gangguan pencernaan/diare. Pemberian MP-ASI antar usia 4-6 bulan (sebelum 6 bulan)

hanya jika anak tidak mengalami penambahan berat badan yang adekuat meskipun ASI telah diberikan dengan tepat atau menetek cukup sering tetapi masih tampak lapar (WHO, 2004). Sesuai dengan hasil penelitian bahwa pola pemberian MP-ASI yang kurang baik seperti pemberian MP-ASI yang terlalu dini serta kualitas dan kuantitas yang tidak adekuat akan mengakibatkan kebutuhan gizi anak tidak

terpenuhi sehingga anak lebih cenderung menderita kurang energi protein (KEP). Distribusi pola asuh gizi anak balita KEP Non Gakin di Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Pola Asuh Gizi Anak Balita KEP Non Gakin di Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi tahun 2009

No	Pemberiaan Kolostrum	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak diberi	16	27,6	6	35,3	22	29,3
2	Diberi	42	72,4	11	64,7	53	70,7
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

No	Pemberiaan Pre lakteal	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak diberi	34	15,5	6	41,2	40	53,3
2	Diberi	24	84,5	11	70,6	35	46,7
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

No	Pemberiaan Asi eksklusif	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak diberi	35	60,3	12	70,6	47	62,7
2	Diberi	23	39,7	5	29,4	28	37,3
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

No	Pola Pemberiaan MP-ASI	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak baik	35	60,3	12	70,6	47	62,7
2	Baik	23	39,7	5	29,4	28	37,3
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

Penyakit Infeksi pada Anak Balita KEP Non Gakin di Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi

Berdasarkan hasil tabulasi silang anak balita kurang energi protein (KEP), diperoleh hasil bahwa seluruh anak balita (100%) mengalami penyakit infeksi. Jenis penyakit infeksi yang diderita anak balita yaitu ISPA 54 anak (72%) dan diare 21 anak

(28%). Anak balita KEP ringan yang menderita penyakit infeksi ISPA yaitu 79,3% dan diare yaitu 20,7%. Sedangkan anak balita KEP sedang yang menderita penyakit infeksi ISPA yaitu 47,1% dan diare yaitu 52,9%. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel 3 dan 4.

Scrimshaw *et al.*, (dalam Supariasa *et al.*, 2002), menyatakan bahwa ada hubungan yang sangat erat antara infeksi (bakteri, virus, dan parasit) dengan malnutrisi. Mereka menekankan interaksi yang sinergis

antara malnutrisi dengan penyakit infeksi, dan juga infeksi akan mempengaruhi status

gizi dan mempercepat malnutrisi.

Tabel 3 Distribusi Penyakit Infeksi Anak Balita Kurang Energi Protein (KEP) Pada Non Gakin di Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi tahun 2009

No	Penyakit Infeksi	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak ada	-	-	-	-	-	-
2	Ada	58	100	17	100	75	100
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

Tabel 4 Distribusi Jenis Penyakit Infeksi Anak Balita Kurang Energi Protein (KEP) Pada Non Gakin di Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi tahun 2009

No	Jenis Penyakit Infeksi	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	ISPA	46	79,3	8	47,1	54	72
2	Diare	12	20,7	9	52,9	21	28
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

Makanan Pantangan (*Food Taboo*) pada Anak Balita Kurang Energi Protein (KEP) Non Gakin di Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh anak balita KEP ringan dan anak balita KEP sedang yaitu 75 anak (100%) tidak mempunyai makanan atau minuman pantangan (*food taboo*). Faktor sosio budaya kebudayaan suatu masyarakat mempunyai kekuatan yang berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan yang akan dikonsumsi. Kebudayaan juga menentukan kapan seseorang boleh atau tidak boleh

memakan suatu makanan (tabu), walaupun tidak semua tabu tidak rasional namun banyak juga jenis tabu yang tidak masuk akal, misalnya anak kecil tidak boleh mengkonsumsi ikan karena dikhawatirkan akan cacangan atau gatal-gatal. Hal ini tentu akan menyedatkan karena ikan merupakan salah satu sumber protein hewani yang seharusnya dikonsumsi oleh balita untuk memenuhi kebutuhan protein dalam tubuhnya. Selengkapnya distribusi makanan pantangan pada anak balita KEP di perkotaan di wilayah kerja Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi Kabupaten Banyuwangi dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5 Distribusi Makanan Pantangan (*Food Taboo*) Anak Balita Kurang Energi Protein (KEP) Pada Non Gakin di Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi tahun 2009

No	Makanan pantangan (<i>Food Taboo</i>)	Status KEP				Total	
		Ringan		Sedang		n	%
		n	%	n	%		
1	Tidak ada	-	-	-	-	-	-
2	Ada	58	100	17	100	75	100
	Jumlah	58	100	17	100	75	100

Faktor yang Berpengaruh terhadap Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) Pada Anak Balita Non Gakin

Faktor yang berpengaruh terhadap kejadian kurang energi protein (KEP) pada anak balita non gakin diperkotaan di wilayah kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan

Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi dapat diketahui melalui hasil analisis menggunakan uji statistik *regresi ordinal* dengan memasukkan semua variabel bebas. Dari hasil uji statistik regresi ordinal didapatkan nilai signifikansi ($p < 0,05$) dapat dilihat pada tabel 6 sebagai berikut:

Tabel 6 Nilai Signifikansi Hasil Analisis Statistik Uji Regresi Ordinal

No	Variabel	Klasifikasi	Signifikansi (p)
1	Tingkat Konsumsi Energi	Baik	0,269
		Sedang	0,182
		Kurang	0,135
2	Tingkat Konsumsi Karbohidrat	Defisit	.
		Baik	0,062
		Sedang	0,039
3	Tingkat Konsumsi Protein	Kurang	0,363
		Defisit	.
		Baik	0,668
4	Tingkat Konsumsi Lemak	Sedang	0,753
		Kurang	0,656
		Defisit	.
5	Pemberian Kolostrum	Baik	0,688
		Sedang	0,975
		Kurang	0,217
6	Pemberian Makanan <i>Pre lakteal</i>	Defisit	.
		Tidak	0,188
		Ya	.
7	Pemberian ASI eksklusif	Tidak	0,046
		Ya	.
		Tidak	0,028
8	Pemberian MP-ASI	Ya	.
		Pola tidak baik	0,715
		Pola Baik	.
9	Penyakit Infeksi	Ada	.
		Tidak ada	.
		Tidak ada	.
10	Pantangan makanan (<i>Food Taboo</i>)	Tidak ada	.

Berdasarkan tabel 6 dapat dilihat bahwa terdapat 3 (tiga) variabel yang memiliki nilai signifikansi ($p < 0,05$) atau yang berpengaruh terhadap kejadian KEP pada anak balita non gakin di daerah perkotaan wilayah kerja puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi Kabupaten Banyuwangi yaitu tingkat konsumsi karbohidrat, pemberian makanan *pre lakteal*, dan pemberian ASI eksklusif. Hasil analisis menggunakan uji statistik regresi ordinal didapatkan bahwa pemberian ASI eksklusif memiliki nilai signifikansi paling kecil ($p = 0,028$) diantara nilai signifikansi (p) yang

lain. Hal ini menunjukkan bahwa dalam penelitian ini faktor pemberian ASI eksklusif inilah yang merupakan faktor yang paling mempengaruhi terjadinya kurang energi protein pada anak balita non gakin diperkotaan di wilayah kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi.

Menurut Suhardjo dan Kusharto (1999), orang-orang yang mengalami kekurangan karbohidrat dimana karbohidrat mempunyai fungsi yang utama sebagai penghasil energi, maka orang tersebut akan membakar banyak asam amino (protein) dan

lemak untuk menghasilkan energi. Akibatnya orang-orang tersebut akan mengalami kehilangan banyak protein yang berfungsi membangun jaringan tubuh. Akan tetapi bila kebutuhan tenaga bisa dicukupi oleh karbohidrat, maka tubuh cukup mengoksidasinya tanpa harus mempergunakan protein yang sebenarnya mempunyai fungsi yang lebih penting sebagai zat pembangun. Soegeng *et al.*, (2004), menyatakan bahwa anak sering mengalami beberapa masalah makan, salah satunya yaitu nafsu makan. Sebagian besar anak balita kurang energi protein ini mengalami sulit makan nasi dalam jumlah yang cukup, sehingga hal ini dapat mempermudah terjadinya kondisi kurang energi protein pada anak balita.

Hasil analisis menggunakan regresi ordinal menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian makanan *pre lakteal* terhadap kejadian kurang energi protein dengan nilai signifikansi ($p = 0,046$) $< \alpha$. Hal ini sesuai dengan penelitian Prahesti (2001), yang menyatakan bahwa ada hubungan praktik pemberian makanan *pre lakteal* dengan gangguan pertumbuhan pada anak usia 0-12 bulan. Adapun alasan ibu memberikan makanan *pre lakteal* ini karena pada hari-hari pertama ASI belum keluar dan bayi tampak menangis sehingga ibu anak balita merasa kasihan dan menganggap bayi lapar akhirnya ibu anak balita memberikan makanan *pre lakteal*. Adapun jenis makanan yang diberikan pada anak balita kurang energi protein KEP yaitu antara lain madu, susu formula, dan air kelapa muda.

Menurut Roesli (2004), ASI eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. Pemberian ASI eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 6 bulan. Dalam penelitian ini, praktik pemberian ASI eksklusif mayoritas tidak dilakukan oleh ibu anak balita. Dari hasil penelitian ibu memberikan ASI saja pada anak balita hanya selama 4 bulan pertama saja, seharusnya untuk dapat dikatakan ASI eksklusif harus selama 6 bulan pemberian

ASI tanpa makanan tambahan yang lain. Adapun alasan ibu tidak memberikan ASI eksklusif karena anak balita dari awal lahir tidak mau menyusu, jadi dari sejak awal lahir balita langsung diberi susu formula sehingga tanpa pemberian ASI, ada juga responden yang memberika ASI bersama-sama dengan susu formula.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

Hasil penelitian yang berjudul "Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) pada Anak Balita Non Gakin di Perkotaan (Studi pada anak balita KEP non gakin di wilayah kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Karakteristik anak balita kurang energi protein (KEP) non gakin di perkotaan yaitu untuk anak balita KEP ringan mayoritas berumur 25-36 bulan, berjenis kelamin perempuan, jarak kelahiran 0 tahun dan nomor urut anak pertama. Sedangkan untuk anak balita KEP sedang mayoritas berumur 37-48 bulan, berjenis kelamin laki-laki, jarak kelahiran 0 tahun dan nomor urut anak kedua.
- b. Karakteristik keluarga anak balita kurang energi protein (KEP) non gakin di perkotaan yaitu untuk anak balita KEP ringan mayoritas tergolong keluarga kecil, tingkat pendidikan ibu rendah, ibu tidak bekerja, pendapatan lebih dari UMK, pengeluaran untuk makan cukup, pengetahuan gizi ibu tinggi. Sedangkan untuk anak balita KEP sedang mayoritas tergolong keluarga kecil, tingkat pendidikan ibu tergolong menengah, ibu tidak bekerja, pendapatan lebih dari UMK, pengeluaran untuk makan cukup, pengetahuan gizi ibu tinggi.
- c. Faktor yang mempengaruhi kejadian kurang energi protein (KEP) pada anak balita non gakin di perkotaan wilayah kerja Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi yaitu tingkat konsumsi karbohidrat,

pemberian makanan *pre lakteal*, dan pemberian ASI eksklusif.

- d. Faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian kurang energi protein (KEP) pada anak balita non gakin di perkotaan wilayah kerja Puskesmas Sobo, kecamatan Banyuwangi, Kabupaten Banyuwangi yaitu pemberian ASI eksklusif.

e.

Saran

- a. Bagi Puskesmas Sobo perlu melakukan upaya sebagai berikut:
- 1) Memaksimalkan fungsi posyandu untuk kegiatan konseling gizi agar ibu balita memiliki praktik pola asuh gizi yang baik, serta pemantauan status gizi anak balita terutama anak balita kurang energi protein (KEP) pada balita agar tidak sampai mengarah pada kondisi bawah garis merah (BGM).
 - 2) Memberikan PMT pada anak balita terutama balita kurang energi protein (KEP) dengan memperhatikan nilai gizi yang terkandung sesuai dengan angka kebutuhan gizi (AKG).
- b. Bagi keluarga terutama peran ibu dalam meningkatkan status gizi anak balita KEP, perlu melaksanakan upaya sebagai berikut:
- 1) Peningkatan kualitas dan kuantitas makanan untuk anak balita sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi yang dibutuhkan serta memperbaiki nafsu makan anak misalnya dengan memodifikasi makanan dengan penampilan yang lebih menarik perhatian anak.
 - 2) Mempraktikkan pola asuh gizi yang benar yaitu memberikan kolostrum, tidak memberikan makanan *pre lakteal*, memberikan ASI eksklusif, dan tidak memberikan MP-ASI dini kepada anak balitanya.
- c. Bagi penelitian selanjutnya, disarankan untuk melakukan penelitian pola asuh, asih dan asuh pada anak balita kurang energi protein (KEP) non gakin.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. 2005. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: ECG.
- Depkes RI. 2006. *Penatalaksanaan Gizi Buruk*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat jendral Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Dewi, Yoanita Indra Kumala. 2008. Hubungan Pola Asuh, Asih, dan Asuh Ibu dengan Status Gizi Balita. Surabaya. *Skripsi*: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Didinkaem. 2006. Permasalahan dalam Pemberian Makanan Bayi. [serial online]. <http://www.halalguide.info/content/view/464/71/>. [24 Februari 2009].
- Dinkes Karanganyar, 2008, 692 Anak Balita di Karanganyar Derita Gizi Buruk. http://www.solopos.co.id/index_detail.asp?id=48759 [25 Februari 2009].
- Khumaidi. 1994. *Gizi Masyarakat*. Jakarta: PT BPK Gunung Mulia.
- Lestari. 2002. Hubungan Riwayat Pemberian ASI, Tingkat Konsumsi Energi, Protein Dengan Status Gizi Anak Umur 1-2 Tahun Di Desa Pejagoan, Kecamatan Pejagoan, Kabupaten Kebumen Jawa Tengah. [serial online] <http://www.fkm.undip.ac.id/data/index.php?action=4&idx=1763>. [25 Juni 2009]
- Marizza, Novelia. 2006. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi (Kurang Energi Protein) KEP pada Balita di URJ Dr Soetomo Surabaya. [serial online]. <http://ojs.lib.unair.ac.id/index.php/bprsuds/article/view/1439> [29 Juli 2009]
- Meiyenti, S. 2006. *Gizi dalam Perspektif Sosial Budaya*. Padang: Andalas University Press.
- Nuryandari, Dwi Ruri. 2007. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) pada Balita Non Gakin di Kecamatan Sukorambi Kabupaten Jember. *Skripsi*: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Prahesti, Amy. 2001. *Hubungan Pola Asuh Gizi Dengan Gangguan Pertumbuhan*

- (*Growth Faltering*) Pada Anak Usia 0-12 Bulan di kecamatan Sumowono, Kabupaten Semarang: Semarang Universitas Diponegoro
- Pudjiadi, S. 2001. *Ilmu Gizi Klinik pada Anak*. Jakarta: Gaya Baru Jakarta Balai Penerbit Fakultas Kedokteran UI.
- Roesli, U. 2004. *Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Safawi, Zuber. 2009. *Memutus Rantai Gizi Buruk*. [serial online] <http://www.ahmadheryawan.com/opini-media/kesehatan/2460-memutus-rantai-gizi-buruk>. [12 Juli 2009]
- Sajogyo. 1994. *Menuju Gizi Baik yang Merata di Pedesaan dan di Kota*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Soegeng, Santoso; Ranti, Anne Lies. 2004. *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Soetjiningsih. 1998. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Soekirman, 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Suhardjo dan Kusharto, C.M. 1999. *Prinsip-Prinsip Ilmu Gizi*. Yogyakarta: Kanisus.
- Supriasa, Fajar, Bakhri, 2001. *Penentuan Status Gizi*. Jakarta: EGC Penerbit Buku kedokteran.
- Suryono dan Supardi, 2004. *Resiko Ispa dan Diare Pada Batita Penderita KEP di Kabupaten Sukoharjo* (dalam sains kesehatan). Yogyakarta: Program Studi Ilmu kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada.
- Wahid. 2007. *Konsep Ketahanan Pangan Rumah Tangga*. [serial online] <http://www.damandiri.or.id/file/wahidipbtinjauan.pdf>. [19 Juli 2009]
- WHO. 2004. *Pemberian Makanan Tambahan: Makanan untuk Anak Menyusu*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Zakaria, Hadju, Syam. 2004. *Faktor-Faktor Determinan Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) Pada Anak Umur 6-35 Bulan di Kabupaten Pangkep*. Jakarta: Jurnal MKMI No.2, Volume 1.