

Vol. 6 No.2 September 2010

ISSN : 1829 - 7773

# **IKESMA**

**JURNAL ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**



**Diterbitkan Oleh :  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER**

<b>IKESMA</b>	<b>Vol. 6</b>	<b>No. 2</b>	<b>Halaman 74 - 169</b>	<b>Jember September 2010</b>	<b>ISSN : 1829 - 7773</b>
---------------	---------------	--------------	-----------------------------	----------------------------------	-------------------------------



# **IKESMA**

**Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat**  
**Vol. 6 No. 2 September 2010**

Diterbitkan sejak Maret 2005 berisi tulisan yang diangkat dari hasil penelitian atau kajian analisis-kritis di bidang ilmu kesehatan masyarakat

## **Dewan Penyunting**

### **Penanggung Jawab**

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

### **Ketua Penyunting**

Nuryadi, S.KM., M.Kes.

### **Sekretaris Penyunting**

Leersia Yusi Ratnawati, S.KM., M.Kes.

### **Anggota Penyunting**

dr. Pudjo Wahjudi, M.S.

Drs. Thohirun, M.S., M.A.

Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes.

Rahayu Sri Pujiati, S.KM., M.Kes.

Sulistiyani, S.KM., M.Kes.

Anita Dewi PS., S.KM., M.Sc.

### **Penyunting Ahli**

Prof. dr. R. Bambang Wirjatmadi, M.S., MCN., Ph.D., Sp.GK. (UNAIR)

Prof. Dr. Tjipto Suwandi, dr., M.OH., Sp.OK. (UNAIR)

Prof. Soedjajadi Keman, dr., M.S., Ph.D. (UNAIR)

Prof. Dr. Sudijanto Kamso, dr., S.KM. (UI)

Prof. Dr. Ir. Tejasari, M.Sc. (UNEJ)

Dr. Sudarti, M.Kes. (UNEJ)

dr. Adang Bachtiar, M.PH., Sc.D. (UI)

### **Pelaksana Administrasi**

Mahfud Husairi

Dany Rahman

## **Terbit dua kali setahun, Maret & September**

**Alamat penyunting** : FKM Universitas Jember Jln. Kalimantan I/93 Jember 68121

Telp/Fax. 0331-322995, 337878

Contact Person : 085258752604

---

Penyunting menerima sumbangan tulisan yang belum pernah diterbitkan di media lain dengan persyaratan pemuatan naskah disajikan pada cover luar bagian dalam

**IKESMA**  
**Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Evaluasi Pengelolaan Limbah Padat Melalui Analisis Swot (Studi Pengelolaan Limbah Padat Di Kabupaten Jember)	74 - 88
<i>Rahayu Sri Pujiati, Putri Kurnia Sari</i>	
Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecacatan Pada Penderita Kusta Baru Di Rumah Sakit Kusta Kediri	89 - 100
<i>Pudjo Wahjudi, Ulfa Azimatul Khoiriah</i>	
Analisis Dan Perancangan Sistem Informasi Posyandu Untuk Mendukung Surveilans Berbasis Masyarakat	101 - 110
<i>Abu Khoiri</i>	
Timah Hitam Dan Kesehatan	111 - 122
<i>Anita Dewi Moelyaningrum</i>	
Gaya Hidup Seksual Waria Non Pekerja Seks Komersial Kota Semarang	123 - 134
<i>Dewi Rokhmah, Yennike Tri Herawati</i>	
Variasi Terapi Gigi Dengan Diagnosa Pulpitis Pada Puskesmas Di Kabupaten Jember Tahun 2008	135 - 143
<i>Kiswaluyo</i>	
Hubungan Status Sosial Orang Tua Dengan Kekerasan Fisik Pada Anak Umur 3-6 Tahun Di Kabupaten Jember	144 - 156
<i>Gumiarti</i>	
Determinan Kejadian Anak Balita Gizi Buruk Dan Gizi Kurang Usia 6-24 Bulan Pada Keluarga Non Miskin Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang	157 - 169
<i>Sulistiyani, Lita Dwi Listyowati, Farida Wahyu Ningtyias</i>	



## PENGANTAR PENYUNTING

Pada terbitan edisi September 2010 ini jurnal IKESMA memuat berbagai topik dalam lingkup kesehatan masyarakat. Berbagai kajian yang mayoritas dari hasil penelitian bidang epidemiologi, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, kependudukan, administrasi kebijakan kesehatan, gizi masyarakat dan perilaku kesehatan masyarakat disajikan pada terbitan ini. Kontribusi penulis pada edisi ini juga makin berimbang yakni jumlah kontribusi dari dalam program studi mencapai 75% dari delapan artikel yang dimuat. Ini menunjukkan bahwa ada peningkatan minat dosen dalam FKM untuk menulis artikel ilmiah sesuai dengan tujuan IKESMA untuk memotivasi dosen FKM menulis artikel ilmiah.

Penyunting masih mengundang pemerhati atau peneliti bidang kesehatan masyarakat untuk memberikan sumbangan pikirannya yang dapat disajikan dalam media ini demi tersebarkannya informasi penting terbaru kepada pembaca. Akhirnya semoga kehadiran jurnal IKESMA ini dapat memberikan kontribusi yang berarti bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang ilmu kesehatan masyarakat.

Jember, September 2010

Penyunting

**Determinan Kejadian Anak Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang Usia 6-24 Bulan  
Pada Keluarga Non Miskin di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan  
Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang**

***The Determinant of the incidence of children under five malnourished and  
underweight aged 6-24 months in non-poor family in the working area Rogotrunan  
District Health Center Lumajang, Lumajang.***

Sulistiyani\*, Lita Dwi Listyowati\*\*, Farida Wahyu Ningtyias'

**ABSTRACT**

*This research is a qualitative study that analyzed the determinant factor is the occurrence of malnutrition among children under the age of 6-24 months of non-poor families in the working area Rogotrunan District Health Center Lumajang, Lumajang. The target of this research is the mother of a toddler, who has a child under five with poor nutrition or malnutrition 6-24 months of age on non-poor families as much as 8 informants. The samples taken by purposive. The results showed that characteristics of children under five who became the subject of research is mostly women. Although the nutritional status of all children under five in this study were malnourished and underweight but their weight at birth was normal, all born with a weight > 2500 grams. Spacing of all children under five with a brother or sister is more than 2 years, and nearly all children under five was the second child. The characteristics of mothers, the average education level is high, and most are workers. The level of nutrition knowledge of mothers is enough. Based on the informant in-depth interview study that parenting becomes a major determinant, although the level of higher education and high levels of maternal knowledge but in terms of child care that is the practice of exclusive breastfeeding and complementary breastfeeding is really not done well. In terms of time less than the maximum care and parenting than mothers who tend to be left to the maid or grandmother for informants who worked without any special attention by the mother also helped support the occurrence of malnutrition and undernourishment among the children.*

**Key words:** *malnourished, underweight, non-poor family*

---

\* Sulistiyani dan Farida Wahyu Ningtyias adalah Dosen Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

\*\* Lita Dwi Listyowati adalah Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember



## PENDAHULUAN

Permasalahan gizi merupakan masalah yang sangat kompleks, tidak hanya masalah kesehatan tetapi juga masalah sosial, ekonomi, budaya, pola asuh, pendidikan, dan lingkungan. Faktor pencetus munculnya masalah gizi dapat berbeda antar wilayah ataupun antar kelompok masyarakat, bahkan akar masalahnya dapat berbeda antar kelompok usia anak balita. Pada usia dua tahun pertama anak balita merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang paling pesat dibandingkan dengan kelompok umur lainnya. Oleh karena itu, di masa keemasan (*golden period*) ini intervensi kesehatan dan gizi harus diberikan secara optimal untuk menjamin kelangsungan hidup dan tumbuh kembang anak (Ratnawati, *et al.*, 2010).

Hasil survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, menunjukkan bahwa persentase anak balita gizi buruk di Indonesia sebesar 5,4%. Walaupun angka ini menurun dibandingkan hasil Susenas tahun 2005 (8,8%), tetapi menunjukkan bahwa anak balita gizi buruk masih menjadi masalah kesehatan masyarakat utama jika di suatu daerah ditemukan gizi buruk >1 % maka termasuk masalah berat. Sedangkan Riskesdas Jawa Timur tahun 2007, prevalensi gizi kurang dan buruk di Provinsi Jawa Timur adalah 17,4% dan sudah mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (<20%) dan MDGs 2015 (18,5%). Prevalensi gizi buruk berdasarkan berat badan menurut umur di Jawa Timur yaitu 4,81%, sedangkan di Kabupaten Lumajang gizi buruk berdasarkan berat badan menurut umur sebesar 3,1% masih di bawah target nasional perbaikan gizi tahun 2015 yaitu kurang dari 5% (Dirjen Binkesmas, 2010).

Menurut UNICEF, terdapat dua faktor langsung penyebab kurang gizi pada anak balita, yaitu faktor tingkat konsumsi dan penyakit infeksi dimana keduanya saling mempengaruhi. Selain itu, yang mempengaruhi status gizi adalah kualitas pola asuh anak yang ada di dalam keluarga itu sendiri. Gizi baik pada keluarga miskin, menekankan masalah gizi sebagai masalah kesehatan yang bukan hanya menyangkut masalah ekonomi, tetapi juga menjadi faktor sosial, budaya, pola asuh, pola perawatan, pendidikan dan lingkungan. Pada dasarnya, penyebab gizi buruk sangat banyak dan bervariasi. Beberapa faktor dapat berdiri sendiri atau terjadi bersama-sama. Faktor tersebut adalah faktor ekonomi, sosial, budaya, pendidikan, gangguan metabolisme, penyakit jantung bawaan atau penyakit bawaan lainnya (Judarwanto, 2008).

Perlu diperhatikan bahwa kenyataan status gizi buruk tidak hanya terjadi pada keluarga miskin, tetapi seperti data yang ditunjukkan di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang kasus gizi buruk banyak terjadi juga di keluarga non miskin (*negative deviance*). Fenomena yang mulai menjangkit kalangan keluarga mampu ini sebagai tren baru, sehingga ekonomi tidak menjamin anak-anak balitanya berstatus gizi baik (Wichaksono, 2010).

Data hasil bulan intensifikasi penimbangan 2010 di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang menunjukkan sejumlah 555 anak (0,72%) berstatus gizi buruk dan sejumlah 329 anak (59,27%) diantaranya berasal dari keluarga non miskin. Sedangkan di



wilayah Puskesmas Rogotrungan yang merupakan puskesmas di wilayah perkotaan masih memiliki jumlah anak balita gizi buruk sebanyak 40 anak (0,6%) dan yang berasal dari keluarga non miskin sejumlah 13 anak (32,5%), sedangkan anak balita gizi kurang sejumlah 539 anak (8,3%) dan yang berasal dari keluarga non miskin sejumlah 358 anak (66,4%). Pada Golongan umur 6-24 bulan ada sejumlah 42 anak balita (11,5%) yang berstatus gizi buruk dan gizi kurang (Dinkes Kabupaten Lumajang, 2010).

Berdasarkan fakta tersebut peneliti bertujuan untuk mengetahui determinan kejadian gizi buruk dan Gizi Kurang Usia 6-24 Bulan Pada Keluarga Non Miskin (*negative deviance*) di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang.

#### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan sasaran dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita berusia 6-24 bulan yang berstatus gizi buruk dan gizi kurang berdasarkan hasil laporan bulan intensifikasi penimbangan 2010 di Puskesmas Rogotrungan Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive* dan ditemukan 8 informan.

Penelitian dilakukan dengan menggunakan observasi, wawancara secara mendalam (*indepth interview*) dan dokumentasi. Observasi digunakan untuk Wawancara mendalam digunakan untuk melihat pola konsumsi anak, waktu kebersamaan orang tua dengan anak, dan melihat secara langsung upaya-upaya yang dilakukan oleh ibu bila anak tidak mau makan. *Indepth interview* digunakan untuk mengetahui pola asuh anak yang meliputi pemberian kolostrum, pemberian ASI,MP-ASI, tingkat pengetahuan ibu, usaha ibu terhadap anak yang tidak mau makan dan usaha ibu merangsang anak makan, faktor pola pengasuh ibu yang meliputi adanya pengasuh selain ibu, pemantauan pertumbuhan anak dan waktu pengasuhan ibu pada anak. Sedangkan dokumentasi digunakan untuk mendokumentasikan hasil observasi dan wawancara mendalam dalam foto-foto dan rekaman hasil wawancara.

Penyajian dan analisis data penelitian disajikan dalam bentuk bahasa yang tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli responden, cukup rinci tanpa adanya interpretasi dan evaluasi dari peneliti kemudian berdasarkan ungkapan dan bahasa asli responden tersebut dapat dikemukakan temuan peneliti yang akan didiskusikan atau dijelaskan dengan perspektif atau teori-teori yang telah ada. Keabsahan data dicek dengan menggunakan metode triangulasi.



## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Keluarga Anak Balita

Karakteristik ibu meliputi umur, struktur keluarga, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengetahuan tentang gizi, sedangkan yang dimaksud dengan informan adalah ibu atau pengasuh dari anak balita usia 6-24 bulan yang berstatus gizi buruk dan gizi kurang dari keluarga non miskin.

Dari hasil penelitian diperoleh 8 (delapan) informan yang ditentukan secara *purposive* yaitu sampai dengan informan ke-8, penambahan informan dihentikan oleh karena sudah tidak ada variasi lain dari variabel yang ditentukan.

Umur ibu yang menjadi informan berkisar antara 34 - 45 tahun dengan struktur keluarga merupakan keluarga inti (*nuclear family*), dengan jumlah anggota keluarga 3-5 orang. Sebagian besar ibu mempunyai tingkat pendidikan tinggi dan bekerja dengan jenis pekerjaan sebagai pegawai negeri sipil (PNS) dan swasta. Tingkat pendapatan berkisar antara 1.500.000 - 3.000.000 rupiah per bulan. Sebagian besar ibu mempunyai tingkat pengetahuan gizi yang baik.

### Karakteristik Anak Balita

Karakteristik anak balita meliputi umur, jenis kelamin, berat badan waktu lahir, jarak kelahiran, urutan anak dan riwayat penyakit infeksi. Anak balita yang menjadi subjek penelitian berumur antara 9 - 23 bulan, 7 anak berjenis kelamin perempuan dan 1 anak berjenis kelamin laki-laki. Semua anak mempunyai berat lahir > 2500 gram, mempunyai jarak kelahiran dengan saudaranya > 2 tahun dan merupakan anak ke-2.

### Pola Asuh Anak Balita Pemberian Kolostrum

Pada penelitian ini dari hasil wawancara kepada informan, rata-rata mereka memberikan kolostrum pada balitanya. Para informan yang mengerti arti dan manfaat kolostrum mereka semua memberikan ASI yang keluar pertama pada bayinya. Seperti hasil wawancara di bawah ini:

*"Iya mbak, saya berikan soalnya setelah anak saya lahir, bayi saya langsung menyusu pada saya sehingga kolostrum itu saya berikan pada bayi, kata bu bidan kolostrum itu untuk kekebalan bayi....." (informan 1)*

Sedangkan pada 2 informan yang tidak mengetahui arti kolostrum tapi mereka tetap memberikan ASI yang pertama kali keluar karena oleh bidan setelah bayi lahir langsung diberikan pada ibu untuk diberikan ASI. Seperti pada pernyataan informan dibawah ini:

*".....Anak saya setelah lahir langsung diberikan ASI karena begitu lahir langsung diberikan ke saya bu....." (informan 5)*



Para informan tersebut telah melakukan tindakan yang benar dengan tidak membuang kolostrum. Kolostrum mengandung zat kekebalan IgA untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare. Kolostrum mengandung karbohidrat dan lemak rendah yang dapat memenuhi kebutuhan bayi. Selain itu juga banyak mengandung sel darah putih, melindungi terhadap infeksi, mengandung pencahar yang berguna untuk membersihkan mekonium dan membantu mencegah bayi kuning/ikterus. Kolostrum juga kaya akan vitamin A sehingga dapat mengurangi keparahan infeksi (Depkes RI, 2001).

### **Pemberian ASI Eksklusif**

Pada penelitian ini pemberian ASI Eksklusif yaitu bayi hanya diberikan Air Susu Ibu saja mulai lahir hingga bayi berumur 6 bulan. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan didapatkan hasil bahwa ada 4 informan yang memberikan ASI secara eksklusif pada bayinya, sedangkan yang tidak memberikan ASI secara eksklusif juga ada 4 informan. Adapun alasan dari informan yang tidak memberikan ASI eksklusif karena ASI tidak keluar, bekerja, cuti habis, bayi menangis terus. Seperti hasil wawancara dengan informan di bawah ini:

*".....saya memberikan ASI saja sampai 3 bulan saja mbak, karena saya harus bekerja, bulan pertama saya kerja, saya masih sering pulang untuk menyusui, tetapi karena sungkan ijin pulang terus, dan meninggalkan jam mengajar, dan kalo saya pulang anak saya masih tidur sehingga saya beri susu formula ini. Akhirnya saya bantu anak saya dengan susu formula, Tapi kalo saya pulang kerja ASI saya tetap saya berikan pada anak saya. Anak yang pertama juga demikian mbak, hanya sampai umur 3 bulan saja, kemudian saya bantu dengan susu formula" (informan 1)*

Pernyataan dari informan di tersebut kurang benar, sebetulnya meskipun ibu bekerja, ibu bisa melakukan pemerahan ASI yang bisa dijadikan persediaan disaat ibu bekerja. Memerah ASI berguna untuk mengurangi bengkak pada payudara, mencegah puting lecet, mengurangi sumbatan atau ASI stasis dan yang terpenting adalah dengan memerah ASI dapat mempertahankan produksi ASI supaya tetap banyak (Depkes RI, 2001). Berdasarkan hasil wawancara pada informan yang bekerja, mereka rata-rata tidak tahu cara memerah ASI yang benar. Selain itu juga mereka tidak punya keinginan untuk memerah asi untuk diberikan pada bayinya selama ibu bekerja. Keadaan ini menyebabkan mereka lebih memilih memberikan susu bantu/ formula pada bayinya dari pada ASI. Pemberian susu jenis ini berakibat bayi mereka tidak mendapatkan ASI secara eksklusif.

Pada informan yang menyebutkan bahwa tidak memberikan ASI eksklusif karena ASI tidak keluar, hal ini juga kurang benar. Penyebab ASI tidak keluar bisa dikarenakan kurangnya ASI disusukan pada bayi, posisi menyusui yang salah serta perlekatan yang kurang benar sehingga menyebabkan tidak adanya dorongan untuk membentuk



prolaktin yang dapat memacu produksi ASI. Menyusui pada umumnya akan berhasil apabila kondisi ibu tenang dan bayi melekat dengan sempurna pada payudara ibu. Posisi menyusui yang benar sesuai dengan formula 4 butir kunci, yaitu kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus, wajah bayi harus menghadap payudara dengan hidung berhadapan dengan puting, ibu harus memeluk badan bayi dekat dengan badannya, ibu harus menyangga seluruh badan bayi. Dan satu yang paling penting supaya ASI tetap keluar terus yaitu dengan memberikan ASI pada bayi sesering mungkin dan selama dia mau (Depkes RI, 2001).

Pentingnya pemberian ASI eksklusif bagi bayi karena ASI memiliki zat-zat gizi yang paling lengkap, mudah dicerna dan diserap secara efektif oleh tubuh serta melindungi bayi terhadap infeksi. ASI adalah cairan hidup yang mengandung sel-sel darah putih, imunoglobulin, enzim dan hormon, serta protein spesifik yang pasti cocok untuk bayi. ASI mengandung AA dan DHA dengan proporsi yang sesuai kebutuhan bayi, asam lemak esensial (Omega 3 dan 6), protein, multivitamin dan mineral lengkap mudah diserap secara sempurna. Demikian sempurnanya, kandungan mineral di ASI sama sekali tidak mengganggu ginjal si bayi yang masih sangat lemah. ASI juga membantu ibu mendapatkan kembali berat badan sebelum hamil sekaligus berperan sebagai alat kontrasepsi alamiah (Depkes RI, 2001).

#### **Pemberian MP-ASI**

Pada penelitian ini ada 4 informan yang memberikan Makanan Pendamping ASI mulai umur 6 bulan sedangkan 1 informan memberikan MP-ASI mulai umur 5 bulan dan satu informan memberikan MP-ASI pada umur 7 bulan. Seperti pernyataan dibawah ini:

*" Anak saya ini saya beri MP-ASI mulai umur 5 bulan, jenis yang saya berikan bubur sumsum, Cuma sedikit hanya untuk melatih dia saja. Saya cobakan satu hari satu kali, selanjutnya saya beri ASI saya artinya dalam satu hari satu kali bubur sumsum selanjutnya ASI saya..." (informan 4)*

*" Anak saya ini saya beri MP-ASI mulai umur 7 bulan, karena pada umur 6 bulan saya cobakan dia muntah-muntah bu, jenis yang saya berikan bubur instant, ya makanan buatan sendiri, seperti nasi yang dilumatkan dengan sayur dan lauk. Saya cobakan satu hari satu kali, selanjutnya saya beri ASI saya " (informan 6)*

*"Anak saya baik yang pertama maupun yang kedua ini saya berikan MP-ASI pada umur 6 bulan, jenis yang saya berikan ya yang bubur instan itu mbak, soalnya biar cepat, kan saya harus berangkat kerja pagi sekali, kalo hari minggu baru saya berikan makanan bubur yang saya buat sendiri. Alasan diberikan MP-ASI karean kasihan kan mbak, anaknya sudah besar jadi*



*perlu makanan tambahan supaya anak dapat tumbuh dengan baik “  
(informan 1)*

MP-ASI sebaiknya diberikan setelah bayi umur 6 bulan, hal ini disebabkan sistem imun bayi <6 bulan belum sempurna. Pemberian MP-ASI dini sama saja dengan membuka pintu gerbang masuknya berbagai jenis kuman. Apalagi jika tidak disajikan secara higienis. Hasil riset terakhir dari peneliti di Indonesia menunjukkan bahwa bayi yang mendapatkan MP-ASI sebelum ia berumur 6 bulan, lebih banyak terserang diare, sembelit, batuk-pilek dan panas dibandingkan bayi yang hanya mendapatkan ASI eksklusif.

Pada saat bayi berumur 6 bulan ke atas, sistem pencernaannya sudah relatif sempurna dan siap menerima MP-ASI. Beberapa enzim pemecah protein seperti asam lambung, pepsin, lipase, enzim amilase, yang akan diproduksi sempurna pada saat ia berumur 6 bulan. Selain itu dengan memberikan MP-ASI mulai umur 6 bulan dapat mengurangi resiko terkena alergi akibat pada makanan karena saat bayi berumur <6 bulan, sel-sel di sekitar usus belum siap untuk kandungan dari makanan. Sehingga makanan yang masuk dapat menyebabkan reaksi imun dan terjadi alergi (Depkes RI, 2006). Bila balita sudah alergi terhadap sesuatu tentu akan ada batasan-batasan pada makanan yang akan dikonsumsi sehingga dapat mempengaruhi pertumbuhan berat badannya dan juga status gizinya.

Pemberian MP-ASI pada periode umur 6 – 24 bulan sering tidak tepat dan tidak cukup, baik kualitas maupun kuantitasnya. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini (sebelum bayi berumur 6 bulan) dapat menurunkan konsumsi ASI dan gangguan pencernaan. Jika MP-ASI diberikan lewat usia 6 bulan dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan anak. Pemberian ASI yang dilakukan sesudah MP-ASI dapat menyebabkan ASI kurang dikonsumsi. Pada periode ini zat-zat yang diperlukan bayi terutama diperoleh dari ASI. Dengan memberikan MP-ASI terlebih dahulu berarti kemampuan bayi untuk mengkonsumsi ASI akan berkurang, yang berakibat menurunnya produksi ASI. Hal ini dapat berakibat anak menderita kurang gizi (Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000).

Hasil penelitian oleh para pakar menunjukkan bahwa gangguan pertumbuhan pada awal masa kehidupan balita, antara lain disebabkan karena kekurangan gizi sejak bayi dalam kandungan, pemberian MP-ASI terlalu dini atau terlalu lambat, MP-ASI tidak cukup mengandung energi dan zat gizi mikro terutama besi dan seng, perawatan bayi yang kurang memadai dan yang tidak kalah pentingnya adalah ibu tidak berhasil memberi ASI eksklusif kepada bayinya (Karmini *et.al.*, 2006). Dengan beberapa alasan tersebut, maka hendaknya memang pemberian MP-ASI harus tepat waktunya, tidak boleh terlalu dini dan tidak boleh terlambat.



### **Upaya yang Dilakukan Ibu Terhadap Anak yang Tidak Mau Makan**

Pada penelitian ini semua informan bermasalah pada nafsu makan anak, dimana anak balita mereka sangat susah makan. Para informan tersebut selalu berupaya agar anaknya mau makan. Hal yang dilakukan adalah dengan mengajaknya makanan sambil jalan berkeliling keliling dan memberi makan sambil anak bermain.

*".....Ya saya upayakan supaya anak ini mau makan yaitu dengan cara makan sambil jalan-jalan mbak keliling-keliling gang, trus saya dulang bareng kakaknya, pokoknya saya lakukan supaya anak saya mau makan mbak trus saya beri tambahan susu" (informan 1)*

*"....Ya kadang-kadang makannya susah bu, tapi jarang seringnya sih dia mau makan kalo makannya cocok ya itu dengan soto bu, dan bukan tidak mau tapi tidak habis makannya, kalo susah makan ya di dulang sambil jalan-jalan..." (informan 5)*

Upaya yang dilakukan memang sudah benar, akan tetapi bila hal ini dilakukan terus menerus maka akan menimbulkan rasa bosan pada anak dan pengasuh sehingga tindakan seperti itu tidak lagi dapat membuat anak makin banyak makan tapi kelelahan sehingga tidur dan tidak mau makan, sehingga dapat menyebabkan pemenuhan kebutuhan gizinya kurang bisa terpenuhi, seharusnya dilakukan adalah memberi latihan dan pengertian pada anak balita serta berusaha membuat variasi menu pada makannya.

### **Pengasuhan oleh Selain Ibu**

Pada penelitian ini informan yang sehari-hari bekerja pengasuhan anak diberikan kepada nenek atau pembantu. Terdapat sejumlah 4 orang informan yang selama ibu bekerja anak balitanya diasuh oleh pembantunya. Sedangkan terdapat 1 informan yang pengasuhan anak balitanya dilakukan oleh neneknya. Selama ibu bekerja, anak balita di bawah pengasuhan nenek atau pembantu termasuk dalam pemberian makanannya mulai dari jenis, jumlah, dan waktu pemberian makanan. Hal ini menyebabkan pemantauan ibu hanya dapat dilakukan dengan menanyakan apakah anak balita sudah makan atau belum, tanpa penjelasan detail lainnya.

Tapi ada beberapa informan yang hanya kadang-kadang saja bertanya pada pengasuh anak tentang makanan anak. Ini menjadi salah satu penyebab asupan makanan anak balita tidak dapat terpantau, keadaan ini dimungkinkan asupan makan balita yang kurang tanpa sepengetahuan ibunya sehingga berpengaruh pada berat badan balita. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

*"Ya kadang-kadang saya tanya apakah anak ini sudah makan, karena saya pasrahkan sama pembantu saya kalo saya sibuk di toko, tapi saya tahu kalo pembantu saya sedang ndulang anak saya keliling-keliling kalo anak saya pas makannya rewel..." (informan 3)*



*"Iya, tapi ya tidak sering, paling saya tanyakan sudah makan ? tapi tidak pernah tanya habisnya berapa banyak yang dihabiskan oleh anak saya"*  
(informan 4)

Ada informan yang juga selalu menanyakan tentang makanan anak balitanya tentang banyaknya makan anaknya, yang selalu dijawab bahwa anak balitanya makan dalam jumlah banyak dan minum susu juga banyak. Seperti pernyataan informan berikut ini:

*"Iya selalu saya tanya apakah anak saya sudah makan, habisnya seberapa, tapi selalu dijawab mau makannya banyak bu, susunya juga habis banyak, begitu itu beratnya kok ya tidak naik-naik bu, tapi tidak pernah saya tanya seberapa banyaknya" (informan 2)*

Berdasarkan penjelasan di atas menunjukan bahwa pengasuhan anak selain ibu yaitu oleh nenek atau pembantu yang tidak didukung oleh perhatian atau kepedulian ibu untuk menanyakan apa yang dimakan anak dalam satu hari selama ibu bekerja membuat ibu tidak mengetahui tentang kecukupan *intake* makanan anaknya yang bisa dimungkinkan adanya kekurangan *intake* makanan anak balitanya sehingga berakibat anak menjadi kurang gizinya. Selain itu pengasuhan oleh nenek dan pembantu cenderung menuruti segala keinginan dengan alasan supaya anak tidak menangis mengakibatkan anak terkadang mendapatkan makanan yang kurang nilai gizinya sehingga dapat berpengaruh pada status gizinya. Hal ini memperjelas bahwa faktor pengasuh selain ibu mempengaruhi pula kejadian gizi buruk atau gizi kurang pada anak balita umur 6-24 bulan pada keluarga non miskin ini.

### **Waktu Pengasuhan Ibu**

Berdasarkan data di lapangan didapatkan data sebanyak 5 informan ibu yang bekerja. Bagi mereka waktu pengasuhan secara pasti akan berkurang dengan asumsi waktu bekerja dari jam 7 sampai jam 2 siang, maka rata-rata mereka meninggalkan anak sekitar 7 jam. Anak balita dapat diasuh kembali oleh ibu pada sisa waktu sore dan malam hari. Sedangkan ibu yang tidak bekerja asumsinya dapat mengasuh anak dalam satu hari penuh. Artinya bahwa segala kebutuhan makan anak bisa diatur dan ditentukan ibu sehingga pemantauan akan kecukupan gizi anak dapat terlaksana dengan baik.

Hal ini sejalan dengan pendapat Sri Mulyati (1990) dalam Himawan (2006), yang menyatakan bahwa perhatian terhadap pemberian makan pada anak yang kurang dapat menyebabkan anak menderita kurang gizi, yang selanjutnya berpengaruh buruk terhadap tumbuh kembang anak dan perkembangan otak mereka.

Salah satu dampak negatif yang dikhawatirkan timbul sebagai akibat dari keikutsertaan ibu-ibu pada kegiatan di luar rumah adalah keterlantaran anak terutama anak balita, padahal masa depan kesehatan anak dipengaruhi oleh pengasuhan dan



keadaan gizi sejak usia bayi sampai anak berusia 5 tahun merupakan usia penting, karena pada umur tersebut anak belum dapat melayani kebutuhan sendiri dan bergantung pada pengasuhnya. Oleh karena itu alangkah baiknya balita yang ditinggalkan dapat dipercayakan kepada pengasuh atau anggota keluarga yang lain untuk dirawat dan diberi konsumsi makanan yang baik.

Sejalan dengan faktor ibu yang bekerja dimana waktu mengasuh anak menjadi berkurang. Hal ini mengakibatkan berkurang pula perhatian ibu tentang pemberian makanan pada anaknya. Faktor ini juga menentukan kejadian balita gizi buruk atau gizi kurang pada anak balita usia 6-24 bulan pada keluarga non miskin ini.

### **Penyakit Infeksi pada Anak Balita**

Pada penelitian ini informan menyebutkan bahwa penyakit infeksi yang diderita oleh anaknya pada 3 bulan terakhir adalah batuk, pilek, diare, dan panas. Seperti pernyataan dibawah ini:

*"...ya mbak, batuk pilek, itu sudah jadi langganan mbak ..."(informan 1)*

*"...ya bu, sakit diare ..." (informan 2)*

*"...ya bu, panas, dia sering panas bu, sedikit-sedikit panas bu..." (informan 5)*

Pernyataan ketiga informan tersebut dapat disimpulkan bahwa salah satu penyebab anak balita menderita gizi kurang atau gizi buruk pada keluarga non miskin karena mereka sering sakit. Akibatnya anak balita tersebut nafsu makannya berkurang, sehingga berat badan anak balita akan cepat turun dan jika keadaan ini berlangsung lama maka dapat menyebabkan kejadian gizi kurang ataupun gizi buruk. Keadaan gizi kurang atau gizi buruk akan lebih cepat terjadi bila anak mengalami diare atau infeksi penyakit lainnya. Selain itu menurut Roosita (dalam Khomsan *et al.*, 2004), status gizi atau tingkat konsumsi pangan adalah suatu bagian penting dari status kesehatan seseorang. Tidak hanya status gizi yang mempengaruhi kesehatan seseorang tapi status kesehatan juga mempengaruhi status gizi. Infeksi dan demam dapat menyebabkan merosotnya nafsu makan atau menimbulkan kesulitan menelan dan mencernakan makanan.

Penyakit infeksi yang diderita anak balita baik itu batuk, pilek, diare dan panas bila sering terjadi tentunya sangat mempengaruhi nafsu makannya. Jika sudah sakit seperti itu maka nafsu makan balita cenderung menurun atau bahkan tidak mau makan sama sekali. Keadaan seperti itu membuat berat badan balita terus menurun dan dapat menyebabkan gizi buruk atau gizi kurang. Bahkan sebagian informan menganggap bila balita terserang penyakit-penyakit tersebut (batuk, pilek) merupakan hal yang biasa, sehingga dibiarkan terlebih dulu setelah tidak kunjung sembuh maka dibawa ke dokter. Ini seperti yang dinyatakan oleh informan di bawah ini:



*".....saya belikan obat sendiri karena dia sudah biasa dengan obat itu bu kalo 3 hari tidak sembuh, saya bawa ke bidan...." (informan 6)*

Berdasarkan uraian di atas, dapat diketahui bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian anak balita gizi buruk dan gizi kurang usia 6-24 bulan pada keluarga non miskin dapat dipaparkan bahwa bila dilihat dari karakteristik ibu, umur ibu semua informan berumur antara 30-45 tahun yang termasuk golongan umur matang dan produktif sehingga mampu untuk mengelola makanan pada balita. Dari tingkat pendidikan ibu, bahwa semua informan termasuk dalam kategori berpendidikan tinggi, sehingga asumsinya bila pendidikan tinggi maka lebih mudah untuk menerima informasi yang berkaitan dengan perilaku dalam mengasuh anak balitanya. Menurut segi tingkat pengetahuannya, sebagian dari mereka memahami tentang makanan bergizi, kolostrum, ASI eksklusif, dan MP-ASI hal ini dapat dilihat dari pernyataan-pernyataan yang disampaikan kepada peneliti berdasarkan panduan wawancara.

Pengetahuan gizi dipengaruhi oleh beberapa faktor, disamping pendidikan yang pernah dijalani, faktor lingkungan sosial dan frekuensi kontak dengan media masa juga mempengaruhi pengetahuan gizi. Salah satu penyebab terjadinya gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 2003).

#### **Penyebab Utama Kejadian Gizi Buruk dan Gizi Kurang Pada Anak Balita Usia 6-24 Bulan Pada Keluarga Non Miskin**

Berdasarkan beberapa faktor yang telah dipaparkan di atas faktor yang menjadi penyebab utama pada kejadian gizi buruk atau gizi kurang anak balita usia 6-24 bulan pada keluarga non miskin adalah pola asuh, yaitu pemberian kolostrum, ASI eksklusif, pemberian MP-ASI, pengasuhan selain ibu, usaha ibu supaya anak nafsu makan, dan waktu pengasuhan ibu. Hal ini didukung dari hasil penelitian di Desa Papringan Kecamatan Temayang Kabupaten Bojonegoro menyebutkan bahwa pengasuhan anak terutama peran ibu di dalam pemberian makanan sangat penting sekali.

Interaksi yang baik dan penuh kasih sayang ibu dan anak sangat penting dalam upaya pemberian makanan anak. Banyaknya porsi yang dapat dihabiskan anak tergantung pada bagaimana ibu memberi makan pada anak seperti bagaimana membujuk anak makan, menciptakan situasi yang nyaman saat makan, berperilaku yang ramah terhadap anak saat makan, menghindari pertengkaran sewaktu makan.

#### **SIMPULAN DAN SARAN**

##### **Simpulan**

Anak balita yang menjadi subjek penelitian berumur antara 9-23 bulan, jenis kelamin paling banyak adalah perempuan dengan rata-rata urutan anak ke dua, jarak kelahiran yang paling banyak adalah lebih dari dua tahun. Sebagian besar anak tinggal



dalam keluarga inti (*nuclear family*). Ibu atau informan dalam penelitian ini berumur antara 34-45 tahun, tingkat pendidikan ibu sebageian besar pendidikan tinggi (S1), pekerjaan ibu yang paling banyak adalah Pegawai Negeri Sipil (PNS). Tingkat pendapatan sebagian rata-rata berkisar antara 1.500.000 – 3.000.000 rupiah per bulan.

Faktor yang menjadi penyebab utama pada kejadian gizi buruk atau gizi kurang anak balita usia 6-24 bulan pada keluarga non miskin adalah pola asuh, yaitu pemberian kolostrum, ASI eksklusif, pemberian MP-ASI, pengasuhan selain ibu, upaya ibu supaya anak nafsu makan, dan waktu pengasuhan ibu.

### Saran

Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang perlu diterbitkan suatu panduan pola asuhan gizi yang benar bagi anak balita usia 6-24 bulan terutama mereka yang diasuh oleh pengasuh lain selain ibu bila ibu balita adalah seorang pekerja.

Guna lebih jauh memahami sejauhmana seorang ibu yang bekerja dengan tingkat pendidikan yang tinggi dalam mengasuh anaknya perlu ditindaklanjuti dengan penelitian tentang pengaruh tingkat pendidikan, pengetahuan, status pekerjaan ibu pada kejadian gizi buruk atau gizi kurang yang berkaitan dengan pola asuh balita.

### DAFTAR RUJUKAN

- Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI. 2000. *Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)*. Jakarta: Depkes dan Kesos RI
- Depkes RI. 2001. *Manajemen Laktasi*. Buku Panduan Bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) Lokal*. Jakarta: Program Perbaikan Gizi Masyarakat.
- Dinkes Kabupaten Lumajang. 2010. *Laporan Bulan Intensifikasi Penimbangan Pebruari dan Agustus 2010*. Lumajang: Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.
- Dirjen Binkesmas. 2010. *Rencana Aksi Nasional Pembinaan Gizi 2010-2015*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Himawan. 2006. *Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Gizi Balita dii Kelurahan Sekaran Kecamatan Gunungpati Semarang*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Judarwanto, Widodo. 2008. *Tampilan Klinis dan Komplikasi KEP*. [serial online]. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=944&tbl=artikel>. [19 Mei 2010]



- Karmini, Haryanto, Arif. 2006. *Model Pelaksanaan Pemberian MP-ASI Tradisional yang di perkaya" Fouchtooligosacharida (FOS) terhadap Kejadian Diare dan Status Gizi Bayi Umur 6-11 Bulan.* [serial online] <http://www.p3gizi.litbang.depkes.go/id/Abstrak-lapen2004.html> [18Februari 2009]
- Khomsan, Setiawan, Kusharto, Pranadji, Karsin, Anwar, Riyadi, Hardinsyah, Roosita, Yuliati, Rimbawan, Retnaningsih, Mudanijah, Sibarani dan Baliwati. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi.* Jakarta: Penebar Swadaya.
- Ratnawati LY, Sulistiyani, Wahyuningtyias FW. 2010. *Buku Ajar Gizi Daur Hidup.* Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Suhardjo. 2003. *Perencanaan Pangan dan Gizi.* Jakarta: Bumi Aksara.
- Wichaksono, T. 2010. *Gizi Buruk juga serang keluarga Mampu.* Purwokerto: Media Indonesia.