



**HUBUNGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR BALITA
(ASUH, ASAH, DAN ASIH) DENGAN PERKEMBANGAN
BALITA YANG BERSTATUS BGM DI DESA
SUKOJEMBER KECAMATAN JELBUK
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

Nurul Arifah

NIM 092310101049

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2013

PENGESAHAN

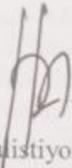
Skripsi berjudul “Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita (Asuh, Asah, dan Asih) dengan Perkembangan Balita yang Berstatus BGM di Desa Sukojejer Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari : Kamis

tanggal : 26 September 2013

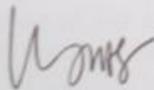
tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Tim Penguji
Ketua,



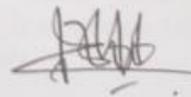
Ns. Lantin Sulistiyorini, M. Kes.
NIP 197803232005012002

Anggota I,



Iis Rahmawati, S. Kp., M. Kes.
NIP 197509112005012001

Anggota II,



Ns. Erti I. Dewi, M. Kep., Sp. Kep. J.
NIP 198110282006041002

Mengesahkan,
Ketua Program Studi,



dr. Sujono Kardis, Sp. KJ
NIP 194906101982031001

Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita (Asuh, Asah, dan Asih) dengan Perkembangan Balita yang Berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember (*The Correlation Between Malnourished Under-Five Children's Development with Their Basic Needs (Foster, Hone, and Compassion) Fullfillment in Sukojember Village, Jelbuk Sub-District, Jember*)

Nurul Arifah

Nursing Science Study Program, Jember University

ABSTRACT

Under-five children's development are influenced by parenting style. In malnourished children (under-red-line children), parenting style especially in fullfilling their basic needs influenced children's growth and development. The objective of this study is to examine the correlation of under-five children's basic needs (foster, hone, and compassion) fullfillment with malnourished children's development in Sukojember Village, Jelbuk Sub-District, Jember. This study is a crosssectional research with 28 samples acquired by total sampling method. Data were collected by using measure instrument of the study contained basic needs fullfillment questionnaire and developmental measurement for under-five children. Simple linear regression test was used to analyze data with the p value of 0.005 which is under α value (0.05). The coefficient of determination is 0.268 with r values of 0.519. this means there is a significant correlation between the variables. The result proved there is a correlation between malnourished under-five children's development with their basic needs fullfillment. The recommendation of this study for the next researcher is to analyze which under-five children's basic needs affect their development most.

Keywords : basic needs, development, under-red-line

RINGKASAN

Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita (Asuh, Asah, dan Asih) dengan Perkembangan Balita yang Berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember; Nurul Arifah, 092310101049; 2013; xviii + 110 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Perkembangan balita merupakan perubahan diri balita menuju kematangan yang bersifat progresif dan berkelanjutan. Perkembangan balita dipengaruhi oleh pola asuh orang tua. Pada balita yang mengalami masalah gizi, seperti pada balita BGM pola asuh orang tua khususnya pemenuhan kebutuhan dasar balita mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan balita. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

Desain penelitian ini menggunakan *crosssectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan oleh peneliti adalah *total sampling* dengan jumlah sampel penelitian adalah 28 responden. Penelitian ini dilakukan di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember yang termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Jelbuk. Sumber data dalam penelitian ini terdiri dari data primer berdasarkan hasil wawancara pada responden menggunakan kuesioner pemenuhan kebutuhan dasar balita dan data sekunder didapatkan dari Puskesmas Jelbuk untuk data jumlah balita yang mengalami BGM berdasarkan hasil evaluasi bulan September. Metode pengambilan data yang dilakukan oleh peneliti adalah wawancara dengan menggunakan alat ukur penelitian yaitu kuesioner pemenuhan kebutuhan dasar balita dan pengukuran perkembangan balita. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa univariat yang dibedakan menjadi dua yaitu analisa univariat untuk data numerik dan kategorik. Analisa data untuk data numerik menggunakan nilai *mean*, *median*, dan *modus* yang dilakukan pada variabel usia pengasuh dan usia anak. Analisa univariat untuk data kategorik menggunakan proporsi dan presentase variabel pendidikan pengasuh, pekerjaan

pengasuh, jenis kelamin anak, posisi balita, pemenuhan kebutuhan dasar balita, dan perkembangan balita yang berstatus BGM. Analisa bivariat yang digunakan untuk uji statistika adalah uji *regresi linier* sederhana.

Hasil analisa data univariat dari penelitian ini yaitu usia pengasuh balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember rata-rata berusia 27,04 tahun dengan pendidikan sebagian besar pengasuh adalah SD yaitu berjumlah 20 (71,4%) yang sebagian besar sebagai ibu rumah tangga yaitu 24 orang (85,7%). Karakteristik balita yang mengalami BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember rata-rata berusia 34,54 bulan sebagian besar adalah perempuan, dan sebagian besar merupakan anak bungsu yaitu 13 balita (50%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *regresi linier* sederhana didapatkan hasil *p value* antara variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita dan perkembangan balita adalah 0,005, maka *p value* (0,005) < α (0,05). Nilai koefisien determinasi yaitu 0,269 dengan nilai $r = 0,519$. Jadi terdapat hubungan yang signifikan antara variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

Pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) terdapat hubungan dengan perkembangan balita yang berstatus BGM, namun perkembangan balita yang berstatus BGM tidak hanya dipengaruhi oleh terpenuhinya kebutuhan dasar balita. Faktor lain yang mempengaruhi perkembangan anak diantaranya usia pengasuh, tingkat pendidikan pengasuh, pekerjaan pengasuh, usia anak, jenis kelamin anak, dan posisi anak dalam keluarga. Berdasarkan uraian di atas perkembangan balita yang berstatus BGM berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar anak, namun faktor lain juga dapat mempengaruhi perkembangan balita yang berstatus BGM.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat	9
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	9
1.4.2 Manfaat Bagi Instansi Pendidikan	9
1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan	10
1.4.4 Manfaat Bagi Masyarakat	10
1.5 Keaslian Penelitian	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Kebutuhan Dasar balita	12
2.1.1 Definisi Kebutuhan Dasar Balita	12
2.1.2 Klasifikasi Kebutuhan Dasar Balita	12
2.2 Pertumbuhan Balita	25
2.2.1 Definisi Pertumbuhan	25
2.2.2 Tahapan Pertumbuhan Balita	26
2.3 Perkembangan Balita	28
2.3.1 Definisi Perkembangan	28
2.3.2 Ciri-ciri Perkembangan	29
2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Balita	29
2.3.4 Periode Perkembangan	34
2.3.5 Teori Perkembangan	35
2.3.6 Tahapan Perkembangan Balita	41
2.3.7 Pengukuran Perkembangan Balita	43
2.4 Kebutuhan Gizi Balita	46
2.5 Bawah Garis Merah	50

2.5.1	Definisi Bawah Garis Merah.....	50
2.5.2	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya BGM.....	51
2.5.3	Cara Penentuan BGM.....	55
2.5.4	Masalah Status Gizi.....	57
2.5.5	Cara Pengukuran Status Gizi.....	58
2.6	Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita dengan Perkembangan Balita yang Mengalami BGM.....	60
2.7	Kerangka Teori.....	61
BAB 3.	KERANGKA KONSEPTUAL	62
3.1	Kerangka Konseptual	62
3.3	Hipotesis	63
BAB 4.	METODE PENELITIAN.....	64
4.1	Jenis Penelitian	64
4.2	Populasi dan Sampel	64
4.2.1	Populasi Penelitian	64
4.2.2	Sampel Penelitian	64
4.2.3	Kriteria Sampel Penelitian.....	65
4.3	Tempat Penelitian	66
4.4	Waktu Penelitian	66
4.5	Definisi Operasional	66
4.6	Pengumpulan data	68
4.6.1	Sumber data	68
4.6.2	Teknik pengumpulan data	68
4.6.3	Alat pengumpulan data	69
4.6.4	Uji validitas dan uji reliabilitas	70
4.7	Rencana Pengolahan Data dan Analisa Data	73
4.7.1	<i>Editing</i>	73
4.7.2	<i>Coding</i>	73
4.7.3	<i>Processing/Entry</i>	75
4.7.4	<i>Cleaning</i>	75
4.7.5	Teknik Analisa Data.....	75
4.8	Etika Penelitian	77
BAB 5.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	79
5.1	Hasil Penelitian.....	80
5.2	Pembahasan	88
5.3	Keterbatasan Penelitian	102
5.4	Implikasi Keperawatan	102
BAB 6.	SIMPULAN DAN SARAN.....	104
6.1	Simpulan	104
6.2	Saran.....	105
6.2.1	Bagi Intansi Pendidikan	105
6.2.2	Bagi Institusi Kesehatan.....	105
6.2.3	Bagi Bagi Masyarakat	106
6.2.4	Bagi Peneliti	106
	DAFTAR PUSTAKA	110
	LAMPIRAN.....	111

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia telah menjalin kerjasama internasional melalui program MDGs (*Milenium Development Goals*) yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Indikator pertama dari MDGs yaitu menanggulangi kemiskinan dan kelaparan dicapai melalui 2 target yaitu menurunkan jumlah penduduk yang berpendapatan kurang dari 1\$ per hari menjadi setengahnya dan menurunkan jumlah penduduk yang menderita kelaparan menjadi setengah dari jumlah awal pada tahun 2015 (Republik Indonesia dan UNICEF, 2008). Upaya pengurangan jumlah penduduk yang menderita kelaparan dilakukan pemerintah dengan merancang beberapa indikator untuk melakukan pemantauan keberhasilan, diantaranya prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk, pengurangan jumlah penduduk yang berada di bawah garis konsumsi minimum yaitu 2100 kkal per kapita per hari (Republik Indonesia dan UNICEF, 2008).

Gizi buruk dan gizi kurang merupakan 50% penyebab angka kematian bayi dan anak di seluruh dunia (WHO dalam Menkes RI, 2011). Kekurangan gizi biasanya terjadi secara tersembunyi dan sering tidak tampak dengan pengamatan biasa (Sulistiyani, 2010). Gizi buruk dan gizi kurang merupakan status gizi balita setelah balita melewati status BGM dalam KMS (Kartu Menuju Sehat). Balita yang berstatus BGM belum dapat dikatakan sebagai gizi buruk ataupun gizi kurang, namun BGM merupakan garis pertanda kewaspadaan yang memerlukan

pemeriksaan lanjutan untuk menentukan status gizi balita tersebut akan masuk gizi kurang atau sudah tergolong gizi buruk (Depkes dalam Arisman, 2010).

Jumlah balita yang mengalami BGM menurut Depkes (2007) di seluruh Indonesia sebesar 828.388 kasus atau 6,6% dari seluruh balita yang ditimbang. Balita yang berat badannya di bawah garis merah dari balita yang ditimbang, tertinggi di Provinsi Jawa Timur sebesar 29,6% atau 437. 637 kasus dan Nusa Tenggara Timur sebesar 28,53% atau 86. 389 kasus (Depkes, 2007). Berdasarkan laporan profil kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2010) jumlah kasus BGM di Jawa Timur sebesar 44. 449 balita.

Hasil sensus penduduk tahun 2010 jumlah penduduk di Kabupaten Jember sebesar 2.332.726 jiwa dengan jumlah anak berusia 0-4 tahun 185.884 jiwa (BPS Kabupaten Jember, 2012). Jumlah anak usia 0-4 tahun di Kabupaten Jember yang tinggi tidak diimbangi dengan kesehatan optimal pada balita yang tercermin dari tingginya prevalensi balita yang berada di Bawah Garis Merah (BGM) dengan jumlah kasus tahun 2012 sebesar 3574 kasus (Dinkes Kabupaten Jember, 2012).

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan jumlah kasus balita BGM di Kabupaten Jember tertinggi pertama terjadi di Kecamatan Jelbuk sebesar 6,25 persen. Tertinggi kedua ditempati oleh Kecamatan Arjasa yaitu 5,47 persen kasus, dan peringkat ketiga diduduki oleh Kecamatan Sumberbaru dengan 5,17 persen kasus BGM (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2012). Laporan Puskesmas Jelbuk Maret 2013 Kecamatan Jelbuk memiliki 86 kasus balita berstatus BGM. Wilayah SukoJember sebagai peringkat pertama kasus BGM tertinggi yaitu sebesar 21 kasus balita mengalami BGM berdasar hasil laporan Juli 2013

(Puskesmas Jelbuk, 2013). Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti didapatkan hasil bahwa perkembangan anak yang mengalami BGM berada pada status perkembangan yang normal menurut tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, namun hasil pengukuran perkembangan menunjukkan 2 dari 3 anak yang berstatus BGM mengalami tahap perkembangan yang meragukan (Puskesmas Jelbuk, 2013).

Permasalahan gizi pada anak di Jawa Timur berdasarkan laporan bulanan seksi gizi Dinkes Jatim (2012) disebabkan oleh beberapa faktor dari yang tertinggi yaitu pola asuh, kemiskinan, penyakit menular, dan karena penyebab lain. Kejadian malnutrisi menjadi beban ganda masalah kesehatan di Indonesia (Azwar dalam Sulistiyani, 2010). Penyebab tingginya kejadian malnutrisi di Indonesia adalah pembangunan ekonomi, politik, dan sosial yang tidak optimal, sehingga menyebabkan terjadinya kemiskinan, rendahnya ketahanan pangan dan gizi, masyarakat berpendidikan rendah, munculnya berbagai masalah kesehatan. Hal tersebut yang menyebabkan daya beli, akses pelayanan masyarakat menjadi rendah, dan berdampak pada terganggunya pola asuh anak, dan rendahnya akses masyarakat pada layanan kesehatan. Masalah tersebut menjadi penyebab tidak langsung permasalahan gizi pada anak (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dalam Sulistiyani, 2010).

Masalah gizi pada balita di Indonesia perlu segera ditangani, dengan berbagai program pemerintah dan penelitian yang berguna untuk mencari solusi yang paling efektif. Dampak yang dapat terjadi jika tidak segera dilakukan upaya penanganan adalah semakin tingginya angka kematian bayi akibat gizi buruk,

meningkatnya biaya perawatan kesehatan yang dibebankan pada keluarga (khususnya pada keluarga miskin), semakin tingginya angka kejadian penyakit kronis, dan terganggunya kemampuan belajar dan kognitif anak yang termasuk dalam masalah perkembangan anak (Soekirman dalam Sulistiyani, 2010).

Program untuk penanganan permasalahan gizi telah dianalisa dengan hasil bahwa kasus malnutrisi pada anak terjadi lebih karena kurangnya perhatian dari keluarga khususnya ibu (asih) dan masih terkait secara tidak langsung dengan kemiskinan seperti kurangnya informasi pada ibu yang miskin tentang perawatan anak atau hanya sedikit memiliki waktu untuk mengasuh bayinya (Republik Indonesia dan UNICEF, 2008). Sulistiyani (2010) mengungkapkan bahwa pola asuh berpengaruh secara signifikan terhadap munculnya permasalahan gizi pada anak. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Emiralda (2006) mengemukakan bahwa pola asuh mempengaruhi terjadinya balita malnutrisi di wilayah kerja Puskesmas Montasik, Kecamatan Montasik, Kabupaten Aceh Besar. Pola asuh yang berpengaruh adalah pemenuhan kebutuhan dasar anak yang terdiri dari asuh, asah, dan asih.

Kebutuhan dasar anak yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak diantaranya kebutuhan asuh, asah, dan asih. Kebutuhan asuh merupakan kebutuhan dasar yang menunjang pertumbuhan otak dan pertumbuhan jaringan dalam tubuh, seperti kebutuhan sandang, pangan, papan, kebersihan diri, imunisasi, dan rekreasi (Soetjningsih dan Roesli dalam Sulistiyani, 2010). Kebutuhan asuh dapat dikatakan sebagai kebutuhan primer bagi balita, apabila kebutuhan ini tidak dapat dipenuhi akan menimbulkan dampak negatif bagi

pertumbuhan dan perkembangan anak. Salah satu dampak negatif bagi anak yang kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi akan mengalami kegagalan pertumbuhan fisik, penurunan IQ, penurunan produktivitas, penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi penyakit, dan peningkatan risiko terjangkit penyakit dan mengalami kematian lebih tinggi (Rahmawati, 2008). Dampak lain jika kebutuhan ini tidak dipenuhi akan menyebabkan tidak optimalnya perkembangan otak (Soedjatmiko, 2009).

Kebutuhan asah adalah kebutuhan yang menunjang stimulasi kecerdasan anak, seperti pemberian alat permainan edukasi sehingga anak lebih cerdas dengan bermain (Soetjiningsih dan Roesli dalam Sulistiyani, 2010). Kebutuhan stimulasi pada anak akan berpengaruh pada berbagai kecerdasan anak (Soedjatmiko, 2009). Stimulasi yang dapat diberikan kepada anak diantaranya stimulasi psikososial dan stimulasi sosial. Dampak yang muncul akibat tidak terpenuhinya kebutuhan stimulasi atau asah pada anak dapat mengalami berbagai penyimpangan perilaku, seperti hilangnya citra diri, rendah diri, penakut, tidak mandiri, dan berlaku sebaliknya menjadi agresif dan menjadi anak yang tidak tahu malu. Pertumbuhan dan perkembangan anak tidak akan optimal jika hal tersebut terjadi (Chamidah, 2009).

Kebutuhan asih merupakan kebutuhan anak untuk mengembangkan kasih sayang, spiritual anak, kemandirian, kebutuhan rasa aman dan nyaman, rasa memiliki dan kemandirian (Soetjiningsih dan Roesli dalam Sulistiyani, 2010). Anak yang tidak mendapatkan rasa aman dan nyaman dalam keluarga akan membentuk anak tidak memiliki rasa kepercayaan dasar (yaitu kepercayaan

kepada orang tua) yang dapat membuat anak mengalami gangguan kepribadian *schizoid* (anak menjadi tertutup atau *introvert* dan mudah depresi apabila mendapat stres). Anak yang tidak berhasil dalam proses kemandirian, anak akan cenderung memiliki sifat ragu dan malu yang berlebihan dan dapat menimbulkan pembentukan kepribadian yang paranoid. Dampak secara fisiologis yang timbul pada anak fase anal apabila ibu atau pengasuh terlalu keras dan menekan pada anak (kebutuhan asih tidak dipenuhi) anak dapat mengalami obstipasi (sembelit) dan bahkan dapat terjadi *encopresis* (sering mengeluarkan feses sembarangan) yang diakibatkan karena penolakan anak terhadap perlakuan orang tua (Sunaryo, 2004). Kekurangan kasih sayang pada tahun pertama kehidupan anak akan menyebabkan efek negatif pada fisik, mental, dan sosial anak yang disebut dengan *sindrom deprivasi maternal* (Soetjiningsih, 1995).

Kebutuhan asuh, asah, dan asih harus dipenuhi sejak janin dalam kandungan karena kebutuhan di atas saling mempengaruhi. Kebutuhan fisik tidak terpenuhi, akan menyebabkan gizi kurang dan perkembangan otak tidak maksimal. Kebutuhan emosi dan kasih sayang tidak terpenuhi menyebabkan kecerdasan emosi anak menjadi rendah. Kebutuhan stimulasi tidak diberikan optimal, maka perkembangan kecerdasan anak tidak maksimal. Ketiga kebutuhan dasar tersebut harus diberikan secara bersamaan terutama di usia 3 tahun pertama kehidupan anak (Soedjatmiko, 2009).

Kebutuhan dasar asuh, asah, dan asih secara langsung mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak di usia balita (Soetjiningsih, 1995). Usia balita adalah masa anak mengalami perkembangan sangat cepat pada kemampuan

berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelegensi. Balita akan mengalami pertumbuhan dasar yang dapat mempengaruhi dan menentukan pertumbuhan dan perkembangan balita pada tahap pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya (Rahmawati, 2008).

Pertumbuhan dan perkembangan anak akan optimal jika kebutuhan dasar anak dapat terpenuhi secara maksimal (Sulistiyani, 2010). Pertumbuhan dan perkembangan balita akan terganggu jika anak mengalami masalah gizi (Sulistiyani, 2010). Upaya yang dilakukan pemerintah untuk menanggulangi kasus BGM salah satunya adalah pemberian PMT pemulihan pada anak selama 90 hari yang dilakukan oleh kader kesehatan (Depkes, 2010). Fokus program untuk menangani BGM yang telah dirancang hanya kebutuhan nutrisi.

Hal tersebut berkebalikan dengan yang telah diungkapkan Soedjatmiko (2009) yang menyatakan bahwa kebutuhan asuh, asah, dan asih harus terpenuhi secara bersamaan untuk mengoptimalkan pertumbuhan perkembangan anak, sehingga program tersebut juga belum dapat bekerja secara optimal. Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan Puskesmas Jelbuk telah melakukan program untuk menanggulangi masalah BGM yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi balita yang berstatus BGM, namun berdasarkan observasi pemberian PMT tidak secara rutin diberikan dan kandungan yang diberikan dalam PMT bukan makanan yang sesuai dengan kebutuhan anak, salah satu contoh makanan PMT yang diberikan yaitu berupa biskuit jajanan anak. Puskesmas Jelbuk belum mengadakan program terkait dengan penyuluhan dan pemantauan pemenuhan kebutuhan dasar balita BGM oleh pengasuh (Puskesmas Jelbuk, 2013).

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk mencari solusi dari permasalahan dengan melakukan sebuah penelitian tentang pemenuhan kebutuhan dasar anak yaitu asuh, asih, dan asah dengan perkembangan anak pada balita dengan status BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian yaitu adakah hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (Asuh, Asah, dan Asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik umum responden yaitu usia pengasuh, pekerjaan, pendidikan pengasuh, usia balita, jenis kelamin balita, posisi balita pada balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

- b. Mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan dasar balita (Asuh, Asah, dan Asih) pada balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.
- c. Mengidentifikasi perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.
- d. Menganalisa hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (Asuh, Asah, dan Asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menjadi pengalaman untuk membuat penelitian lain. Hasil dari penelitian ini juga dapat menambah pengetahuan peneliti tentang perkembangan anak balita, BGM, dan pelaksanaan pemenuhan kebutuhan dasar balita.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi dan pustaka bagi mahasiswa mengenai perkembangan balita yang berstatus BGM dan pemenuhan kebutuhan dasar balita.

1.4.3 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat bagi institusi kesehatan sebagai upaya awal skrining perkembangan balita yang berstatus BGM, dan menambah informasi bagi institusi pelayanan kesehatan lebih meningkatkan peran serta keluarga dalam peningkatan perkembangan balita.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan masyarakat tentang perkembangan balita dan meningkatkan fungsi keluarga dalam peningkatan perkembangan anaknya melalui pemenuhan kebutuhan dasar balita khususnya pada balita yang berstatus BGM.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh Suci Aurora (2011) berjudul Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Tumbuh Kembang (Asuh dan Asah) dengan Tumbuh Kembang Anak Usia 6-24 bulan di Kelurahan Andalas Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang Tahun 2010. Penelitian ini berhasil menemukan hubungan bermakna antara pemenuhan kebutuhan (Asuh dan Asah) terhadap tumbuh kembang anak yang berusia 6-24 bulan.

Emiralda (2007) melakukan penelitian tentang Pengaruh Pola Asuh Anak terhadap Terjadinya Malnutrisi di Wilayah Kerja Puskesmas Montasik Kecamatan Montasik Kabupaten Aceh Besar. Desain penelitian yang digunakan adalah desain penelitian dengan pendekatan *crosssectional*. Uji analisa data yang digunakan

adalah uji regresi logistik. Hasil penelitian ini ditemukan adanya pengaruh pola asuh dengan prevalensi kejadian malnutrisi di wilayah Kerja Puskesmas Montasik Kecamatan Montasik Kabupaten Aceh Besar.

Peneliti ingin mengangkat hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. Peneliti melakukan penelitian dengan desain analitik *crosssectional*. Teknik sampling yang digunakan oleh peneliti adalah *total sampling*. Responden penelitian ini adalah balita dan pengasuh balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. Uji yang digunakan adalah *regresi linier* sederhana untuk mengetahui hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita dengan perkembangan balita.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kebutuhan Dasar Balita

2.1.1 Definisi Kebutuhan Dasar Balita

Kebutuhan dasar manusia merupakan suatu hal yang dibutuhkan manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis (Potter dan Perry dalam Hidayat, 2006). Kebutuhan dasar balita merupakan kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan balita yang optimal (Soetjiningsih dalam Nursalam, 2005).

2.1.2 Klasifikasi Kebutuhan Dasar Balita

Awal pertumbuhan anak memiliki fase pertumbuhan dan perkembangan yang progresif sehingga perlu adanya optimalisasi pemenuhan segala kebutuhan anak di masa awal pertumbuhan (Wong, 2008). Pola asuh anak sangat berpengaruh pada munculnya masalah gizi pada anak. Pola asuh yang berpengaruh tersebut diantaranya kebutuhan dasar anak yang terdiri dari asuh, asah, dan asih. Soetjiningsih (dalam Nursalam, 2005) membagi kebutuhan balita menjadi 3 yaitu:

a. Asuh

Soetjiningsih dan Roesli (dalam Sulistiyani, 2010) menyatakan bahwa asuh menunjukkan kebutuhan bayi dalam mendukung pertumbuhan otak dan jaringan tubuh, sehingga bayi membutuhkan nutrisi yang penuh dengan makanan bergizi. Kebutuhan asuh merupakan kebutuhan fisik dan biologis

yang meliputi kebutuhan nutrisi, imunisasi, kebersihan badan dan lingkungan tempat tinggal, pengobatan, bergerak dan bermain. Kebutuhan fisik dan biologis ini berpengaruh pada pertumbuhan fisik yaitu otak, alat penginderaan, dan alat gerak yang digunakan oleh anak untuk mengeksplorasi lingkungan, sehingga berpengaruh pada kecerdasan anak, apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka kecerdasan anak juga ikut terganggu (Soedjatmiko, 2009). Soetjningsih (1995) mengemukakan bahwa asuh merupakan kebutuhan yang berupa kebutuhan fisik dan menggolongkan kebutuhan ini menjadi beberapa indikator yaitu:

- 1) Zat Gizi Seimbang

Keadaan kesehatan gizi bergantung pada tingkat konsumsi makanan yang dihidangkan mengandung semua kebutuhan tubuh (Soegeng dan Anne, 2004). Sekjen PBB (Perserikatan Bangsa Bangsa) Kofi Annan menyatakan gizi yang baik dapat mengubah kehidupan anak dengan meningkatkan pertumbuhan secara fisik, perkembangan mental anak, melindungi kesehatannya, dan menjadi dasar produktivitas masa depan anak (Depkes dalam Sulistiyani, 2010). Masa tumbuh kembang anak membutuhkan zat gizi lengkap seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan mineral. Kebutuhan diatas jika tidak terpenuhi akan menghambat proses tumbuh kembang pada tahap selanjutnya (Hidayat, 2006). Kebutuhan kalori dan protein harian yang dianjurkan bagi bayi hingga remaja akan memperjelas kebutuhan pemenuhan gizi seimbang bagi anak (Wong, 2008).

Tabel 2.1 Kebutuhan kalori dan protein harian yang dianjurkan selama masa remaja

Usia (Tahun)	Kecukupan Energi (Kkal/Kg)	Protein (G)
bayi		
0-½	108	13
½-1	98	14
anak-anak		
1-3	102	16
4-6	90	24
7-10	70	28
pria		
11-14	55	45
15-18	45	49
wanita		
11-14	47	46
15-18	40	44

Sumber: Data dari *Food and Nutrition Board: Recommended daily allowances*, ed 10, dalam Wong (2008).

2) Perawatan Kesehatan Dasar

Perawatan kesehatan anak merupakan suatu tindakan yang berkesinambungan dan terdiri dari pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Tindakan pencegahan primer dilakukan untuk mencegah resiko tinggi terkena penyakit, seperti melakukan imunisasi dan penyuluhan pada orang tua tentang diare (Behrman,dkk, 1999). Perawatan kesehatan dasar yaitu perawatan yang harus dilakukan pada anak dan harus dipenuhi diantaranya imunisasi lengkap, pemberian ASI, penimbangan secara teratur, dan memberikan pengobatan ketika anak sakit (Soetjningsih, 1995).

3) Perumahan (Tempat Tinggal)

Rumah merupakan tempat yang menjadi tujuan akhir seseorang. Rumah dijadikan sebagai tempat berlindung dari cuaca dan kondisi lingkungan sekitar, menyatukan keluarga, meningkatkan tumbuh kembang kehidupan seseorang. Rumah yang sehat akan meningkatkan kualitas kesehatan fisik dan psikologis penghuninya. Kriteria rumah sehat menurut WHO dalam Wicaksono (2009) yaitu:

- a) Rumah harus dapat digunakan untuk terlindung dari hujan, panas, dingin, dan untuk tempat istirahat
- b) Rumah memiliki bagian untuk tempat tidur, memasak, mandi, mencuci, dan kebutuhan buang air
- c) Rumah dapat melindungi penghuninya dari kebisingan dan bebas dari pencemaran
- d) Rumah dapat melindungi penghuninya dari bahan bangunan yang berbahaya
- e) Rumah dapat memberikan rasa aman dan nyaman bagi penghuninya dan tetangga
- f) Terbuat dari bahan bangunan yang kokoh dan dapat melindungi penghuninya dari gempa, keruntuhan, dan penyakit menular

Keadaan tempat tinggal yang layak dengan konstruksi bangunan yang tidak berbahaya bagi penghuninya juga merupakan faktor yang mempengaruhi secara tidak langsung pertumbuhan dan perkembangan anak. Jumlah penghuni rumah yang tidak berdesak-desakan akan

menjamin kesehatan penghuninya. Adanya ventilasi dan cahaya yang masuk ke dalam rumah juga merupakan hal yang penting bagi syarat rumah sehat (Soetjiningsih, 1995). Menurut Tim Familia (2006) rumah memiliki pengaruh sangat besar terhadap perkembangan anak. Sebagai salah satu contohnya apabila rumah lembab akan menjadi faktor pencetus anak menderita penyakit paru-paru, namun jika di dalam rumah terdapat elemen-elemen alam, akan memberikan inspirasi orang yang berada di dalamnya.

4) Pakaian

Kebutuhan rasa aman dan nyaman yang diberikan pada anak dapat diberikan melalui pemenuhan kebutuhan pakaian pada anak. Pakaian merupakan sebuah bentuk perlindungan dan kehangatan yang diberikan untuk mencegah dan melindungi anak dari berbagai benda yang dapat membahayakan anak. Pakaian juga dapat meningkatkan percaya diri anak dalam lingkungan sosialnya (Hidayat, 2007).

5) Kebersihan Diri dan Lingkungan

Kesadaran tentang kebersihan lingkungan yang terdiri dari kebersihan diri (*personal hygiene*) dan sanitasi lingkungan yang masih kurang menjadi salah satu penyebab kekurangan gizi utamanya di negara berkembang seperti Indonesia (Nency dan Tohar dalam Sulistyani, 2010). Kebutuhan sanitasi lingkungan yang sehat akan mencegah anak terinfeksi dari kuman yang masuk melalui lingkungan yang tidak baik. Lingkungan yang bersih akan membantu mewujudkan hidup sehat, sehingga anak

tidak akan mengalami gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangan (Narendra dalam Hidayat, 2008).

6) Kesegaran Jasmani dan Rekreasi

Olahraga secara teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, menambah aktifitas fisiologis dan stimulasi terhadap perkembangan otot anak. Anak akan menjadi pusat perhatian dari orang tua, sehingga kebersamaan dalam keluarga sangat dibutuhkan oleh anak dengan cara berkumpul bersama atau dengan melakukan rekreasi (Sujono dan Sukarmin, 2009). Kebutuhan rekreasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menyegarkan pikiran dan badan. Rekreasi juga dapat digunakan sebagai hiburan (Graha, 2007).

b. Asah

Soetjiningsih dan Roesli dalam Sulistiyani (2010) menyebutkan bahwa kebutuhan asah merupakan kebutuhan rangsangan atau stimulasi yang dapat meningkatkan perkembangan kecerdasan anak secara optimal. Kebutuhan asah berhubungan dengan perkembangan psikomotor anak. Pemberian ASI eksklusif pada anak akan melatih anak untuk berhubungan dengan manusia lainnya khususnya dengan ibunya, sehingga perkembangan psikososial anak dapat mulai berkembang dengan baik.

Kebutuhan asah (kebutuhan stimulasi mental secara dini) merupakan awal dari proses pembelajaran, mendidik, dan merangsang perkembangan anak yang dilatih sedini mungkin, utamanya pada anak berusia 4-5 tahun yang merupakan *golden year* anak. Latihan dan perangsangan perkembangan anak

sedini mungkin akan membentuk anak memiliki etika, kepribadian yang baik, arif, dan memiliki kecerdasan, kemandirian, keterampilan, produktivitas yang baik (Rahmawati, 2008).

Stimulasi menjadi suatu kebutuhan penting bagi anak, namun pemberian stimulasi juga harus memperhatikan waktu yang tepat yaitu saat anak siap menerima stimulasi dari luar. Saat anak siap menerima stimulasi dari luar maka fase ini disebut periode kritis. Saat anak dalam periode kritis, maka stimulasi akan berdampak positif, namun apabila periode kritis terlewatkan maka stimulasi tidak berpengaruh bagi anak (Gunarsa, 2004).

Stimulasi untuk tumbuh kembang anak dapat dilakukan dengan memberikan permainan atau bermain dengan anak. Bermain adalah kegiatan anak untuk mempraktikkan keterampilan, berekspresi atas pemikirannya, anak menjadi kreatif, dan persiapan untuk anak menjadi berperilaku dewasa. Bermain memberikan stimulasi pada kemampuan kognitif dan afektif yang merupakan sebuah kebutuhan bagi anak sebagaimana kebutuhan fisik lainnya. Bermain dapat membuat anak tumbuh dengan kematangan fisik, emosional, mental, dan anak berkembang menjadi anak yang kreatif, cerdas, dan penuh inovasi (Hidayat, 2007).

Orang tua harus mengetahui maksud dan tujuan permainan sebelum permainan itu diberikan kepada anak. Fungsi dari bermain diantaranya adalah membantu perkembangan motorik dan sensorik anak, membantu perkembangan kognitif anak, meningkatkan kemampuan sosialisasi anak, dan meningkatkan kreativitas (Hidayat, 2007).

Tindakan stimulasi tidak hanya bersumber dari permainan melainkan berbagai aktivitas, seperti latihan gerak, berbicara, berpikir, kemandirian, dan sosialisasi. Stimulasi sesuai dengan umur dan prinsip stimulasi. Aktivitas stimulasi dilakukan dengan prinsip bahwa stimulasi merupakan sebuah ungkapan kasih sayang pada anak, bermain dengan anak. Stimulasi dilakukan bertahap dan berkelanjutan sesuai dengan tahap perkembangan anak (Suherman, 2000).

Beberapa stimulasi yang dapat diberikan pada anak sesuai dengan usianya menurut Suherman (2000) yaitu:

1) Anak usia 0-3 bulan

Stimulasi yang dapat diberikan dengan mengajak bayi berbicara dengan lembut, dipeluk, dinyanyikan lagu akan menstimulasi kemandirian bayi. Stimulasi kecerdasan anak dilakukan dengan mengajak anak berbicara dan mendengarkan berbagai suara seperti suara burung, suara musik, ataupun radio. Motorik kasar anak dapat distimulasi dengan melatih bayi mengangkat kepala pada posisi telungkup dan mengajak anak memperhatikan benda bergerak.

2) Anak usia 3-6 bulan

Stimulasi yang diberikan pada anak usia 3-6 bulan untuk melatih kemandirian dengan melatih bayi mencari sumber suara. Stimulasi bicara dan bahasa dilakukan dengan melatih bayi menirukan bunyi dan kata. Stimulasi pada motorik kasar dilakukan dengan melatih bayi menyangga

leher dengan kuat. Motorik halus anak dapat dilatih dengan melatih anak mengambil benda-benda kecil.

3) Anak usia 6-9 bulan

Anak usia 6-9 bulan dapat distimulasi dengan melatih anak menirukan kata-kata yang disebutkan untuk meningkatkan kemampuan bicara, bahasa, dan kecerdasan. Motorik kasar anak dilatih dengan berjalan dan berpegangan. Anak diajarkan untuk memasukkan dan mengeluarkan benda dari sebuah wadah untuk melatih motorik halus anak. Anak juga mulai diajarkan untuk bermain dengan orang lain untuk melatih kemandirian anak.

4) Anak usia 9-12 bulan

Anak pada usia 9-12 bulan sudah mampu berjalan dan belajar berbicara, sehingga stimulasi yang dapat diberikan untuk melatih motorik kasar anak dengan melatih anak berjalan sendiri, sedangkan untuk melatih motorik halus anak dilakukan dengan mengajak anak belajar menggelindingkan bola.

5) Anak usia 1 tahun- 5 tahun

Mulai anak memasuki masa toddler hingga prasekolah anak telah mulai memasuki masa bermain, sehingga anak membutuhkan kesenangan sendiri dari alat bermain yang dimilikinya. Banyak orang menganggap masa bermain anak tidak perlu mendapat perhatian khusus, sehingga banyak orang tua yang tidak mempertimbangkan pemberian permainan yang mengandung unsur pendidikan untuk anak (Hidayat, 2007). Permainan yang

tepat untuk mengoptimalkan perkembangan anak adalah dengan permainan dramatik atau pura-pura, misalnya anak-anak mulai memerankan kebiasaan hidup sehari-hari, membayangkan bekerja pada salah satu profesi seperti yang anak lihat di lingkungannya (Wong, 2008).

c. Asih

Kebutuhan yang dipenuhi dari rasa kasih sayang dan luapan emosi. Orang tua terkadang melupakan pentingnya binaan tali kasih sayang (asih) antara anak dan orang tua dibentuk sejak anak masih di dalam kandungan hal ini akan dapat dirasakan juga oleh anak (Soetjiningsih, 1995). Kebutuhan asih merupakan kebutuhan bayi guna mendukung perkembangan emosi, kasih sayang, dan spiritual anak (Soetjiningsih dan Roesli dalam Sulistiyani, 2010).

Kebutuhan asih juga dapat memberikan rasa aman jika dapat terpenuhi dengan cara kontak fisik dan psikis sedini mungkin dengan ibu. Pemenuhan kebutuhan asih dipenuhi dengan tidak mengutamakan hukuman pada anak dengan kemarahan, namun orang tua dapat lebih banyak memberikan contoh bagi anak dengan penuh kasih sayang (Rahmawati, 2008). Soetjiningsih (1995) menggolongkan kebutuhan asih menjadi beberapa yaitu:

1) Kasih Sayang Orang Tua

Kasih sayang merupakan sebuah perwujudan kebutuhan asih yang dapat memberikan ketentraman secara psikologis pada anak (Hidayat, 2007). Anak berusaha mendapatkan cinta, kasih sayang, dan perhatian dari orang tuanya. Sumber cinta dan kasih sayang dari seorang bayi adalah orang tuanya terutama pada ibu melalui komunikasi dari kata-kata yang

diucapkan dan perlakuan ibu pada anaknya (Sujono dan Sukarmin, 2009). Terpenuhinya kebutuhan kasih sayang akan membuat perasaan anak bahagia, tenteram, dan aman. Terpenuhinya kebutuhan kasih sayang juga tercermin dari hubungan yang terjalin dengan baik antara orang tua, keluarga, dan lingkungan sekitar (Hidayat, 2007).

2) Rasa Aman dan Nyaman

Faktor lingkungan menyebabkan anak mengalami perubahan-perubahan yang dapat membuat anak merasa terancam. Anak yang sedang berada pada kondisi terancam mengalami ketidakpastian dan ketidakjelasan, sehingga anak membutuhkan dukungan dari orang tua yang dapat mengurangi rasa takut yang dihadapi anak. Rasa aman dan nyaman dapat terwujud dengan kehangatan dan rasa cinta dari orang tua, serta kestabilan keluarga dalam mengendalikan stres (Sujono dan Sukarmin, 2009). Kebutuhan rasa aman dan nyaman juga ditunjukkan dengan penerimaan anak oleh orang tua, pemenuhan segala kebutuhan anak, anak selalu diperhatikan, didukung dengan hubungan yang baik dalam sebuah keluarga (Hidayat, 2007).

3) Harga Diri

Bayi dan anak memiliki kebutuhan harga diri dan ingin merasa dihargai (Hidayat, 2007). Anak selalu ingin merasa dihargai dalam tingkah lakunya. Anak merasa berbeda dengan orang lain disekitarnya, sehingga anak juga butuh dihargai (Sujono dan Sukarmin, 2009). Anak selalu ingin

mendapat tempat dihati keluarganya dan selalu ingin diperhatikan oleh orang-orang disekelilingnya (Hidayat, 2007).

4) Dukungan atau Dorongan

Dukungan dan dorongan dari lingkungan sangat diperlukan oleh anak dalam pengembangan dirinya, karena dengan adanya dukungan atau dorongan dari orang disekitarnya terutama keluarga akan menjadi motivasi besar bagi anak menjadi lebih baik lagi (Soetjiningsih, 1995). Dukungan dan dorongan yang diberikan oleh orang tua dengan melakukan stimulasi pada anak untuk melalui tahap perkembangannya dengan optimal (Hidayat, 2007). Orang tua yang dapat memberikan dukungan pada anak akan membentuk anak yang memiliki kepercayaan diri (Tim Pustaka Familia, 2006)

5) Rasa Memiliki

Bayi dan anak memiliki kebutuhan rasa memiliki seperti halnya pada orang dewasa. Anak merasa segala sesuatu yang telah dimilikinya harus dijaga agar tidak diambil oleh orang lain (Hidayat, 2007). Rasa memiliki membuat individu untuk menggabungkan diri dengan orang lain dan dapat diterima oleh orang lain (Potter dan Perry, 2005).

6) Kebutuhan untuk mendapatkan pengalaman dan kesempatan

Pengalaman merupakan suatu hal yang berharga bagi anak. Anak akan merasa lebih percaya diri dan merasakan kesuksesan dari pengalaman yang didapatkannya, dan digunakan dalam kehidupannya sehari-hari. Pengalaman-pengalaman yang didapatkan oleh anak perlu mendapatkan

penghargaan agar dapat membuat anak menjadi lebih berkembang (Hidayat, 2007). Orang tua juga perlu memberikan kesempatan untuk anak mengeksplorasi lingkungannya. Orang tua harus belajar mengetahui batasan tertentu untuk membiarkan anak, sehingga anak memiliki kesempatan mengembangkan kreatifitasnya dan tidak selalu dilarang oleh orang tuanya (Tim Pustaka Familia, 2006).

7) Mandiri

Kemandirian merupakan kemampuan untuk berusaha dan berupaya dengan diri sendiri (Potter dan Perry, 2005). Kemandirian juga dapat diartikan sebagai sebuah kemampuan untuk memikirkan, merasakan, dan melakukan sesuatu sendiri dan tidak bergantung pada orang lain. Kemandirian menurut Harvighurst terdiri dari aspek intelektual (kemauan seseorang untuk berpikir dan menyelesaikan masalahnya sendiri), aspek sosial (kemauan untuk membina hubungan dengan orang lain disekitarnya), aspek emosi (kemauan mengelola emosinya sendiri), aspek ekonomi (kemauan untuk mengelola kebutuhan ekonominya). Salah satu bentuk kemandirian yang telah ditunjukkan anak adalah kemauan anak untuk mengeksplorasi lingkungan sejak bayi (Tim Pustaka Familia, 2006).

Kemandirian anak sebagian besar dipengaruhi oleh peran pola asuh dan lingkungan sekitarnya, bukan pengaruh faktor genetik. Anak yang mandiri memiliki ciri khas diantaranya anak lebih senang memecahkan masalahnya sendiri daripada mengkhawatirkan masalahnya, tidak takut mengambil risiko atas keputusannya, percaya terhadap pemikiran sendiri

sehingga anak tidak banyak meminta bantuan pada orang lain, memiliki kontrol pada dirinya sendiri (Tim Pustaka Familia, 2006).

Ketiga kebutuhan di atas harus diberikan secara bersamaan sejak janin hingga anak lahir, karena ketiga kebutuhan di atas saling berpengaruh. Tidak terpenuhinya salah satu kebutuhan di atas akan menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan anak tidak optimal (Soedjatmiko, 2009). Proses pertumbuhan dan perkembangan anak berbeda-beda, sehingga kebutuhan dasar anak harus dipenuhi dengan optimal. Proses tumbuh kembang dapat berjalan lambat atau cepat bergantung dari internal individu dan lingkungan (Hidayat, 2006). Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang secara langsung maupun tidak langsung memberikan efek besar terhadap tumbuh kembang anak. Pemenuhan kebutuhan anak tersebut terdiri dari kebutuhan dasar asuh, asah, dan asih yang bertujuan agar anak dapat tumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial (Sulistiyani, 2006).

2.2 Pertumbuhan Balita

2.2.1 Definisi Pertumbuhan

Pertumbuhan menurut Potter dan Perry (2005) merupakan suatu perubahan yang dapat diukur dengan perubahan pada aspek fisik yang mengalami peningkatan akibat penambahan jumlah sel. Wong (2008) mendefinisikan pertumbuhan sebagai perubahan jumlah dan ukuran sel di seluruh tubuh dengan cara membelah diri dan sintesis protein, sehingga menghasilkan perubahan jumlah dan berat sel. Opini peneliti menyimpulkan bahwa pertumbuhan

merupakan perubahan secara kuantitatif dari tubuh akibat pembelahan sel dan sintesis protein yang hasilnya dapat diukur.

2.2.2 Tahapan Pertumbuhan Balita

Pertumbuhan fisik memiliki pola yang terarah menurut Hidayat (2006), yang terdiri dari:

a. Masa Neonatus (0-28 hari)

Masa ini merupakan masa awal hidup di luar uterus atau biasa disebut *ekstrauterin*. Fase ini terjadi adaptasi oleh seluruh organ tubuh. Penyesuaian lingkungan dimulai dari organ pernafasan dengan dimulainya pertukaran gas dengan frekuensi 35-50 kali per menit, mengembangnya ukuran jantung, adanya reflek gerakan untuk memenuhi kebutuhan gizinya seperti menghisap dan menelan. Fase penyesuaian selanjutnya adalah pengeluaran feses serta mekonium. Penyesuaian pada organ ginjal ditandai dengan urin anak masih berwarna merah muda karena masih adanya senyawa urat. Penyesuaian organ hati juga belum optimal yang ditandai dengan terbentuknya faktor pembekuan darah, karena belum adanya flora usus yang membantu penyerapan vitamin K (Hidayat, 2006). Berat badan anak akan meningkat 150-200 gram per minggu. Tinggi badan anak akan meningkat 2,5 cm per bulannya, lingkar kepala anak meningkat 1,5 cm per bulannya (Sujono dan Sukarmin, 2009).

b. Masa Bayi (29 hari - 12 bulan)

Pertumbuhan anak pada masa ini ditandai dengan peningkatan berat badan pada usia 1-4 bulan berat badan bayi meningkat antara 700-1000 gram per bulan, saat bayi berumur 4-8 bulan peningkatan berat badan hanya berkisar 500-600 gram per bulan, dan saat bayi berumur 8-12 bulan peningkatan berat badan hanya sebesar 250-450 gram per bulannya. Pertumbuhan tinggi badan cukup stabil dan tidak mengalami perubahan yang cepat dalam pertumbuhan tinggi badan. Tinggi badan bayi hingga usia 12 bulan diperkirakan mencapai 75 cm. Pertumbuhan di atas dapat terjadi secara normal apabila kebutuhan bayi terpenuhi dengan optimal (Hidayat, 2006).

Fontanel posterior bayi mulai menutup, bayi juga mengeluarkan *saliva* berlebih karena belum adanya koordinasi menelan *saliva*. Saat anak berusia 6-7 bulan mulailah tumbuh gigi susu bayi. Pada usia 8-9 bulan anak sudah mulai dapat duduk, anak lebih sering memasukkan tangan ke mulut, bayi juga mulai tengkurap dan merangkak (Sujono dan Sukarmin, 2009).

c. Masa Todler (13-36 bulan)

Pertumbuhan anak pada usia ini ditandai dengan penambahan berat badan rata-rata 1,8-2,7 kg per tahun. Pertumbuhan tinggi badan juga mengalami peningkatan rata-rata 7,5 cm per tahun. Lingkar kepala anak pada tahun kedua mengalami peningkatan 2,5 cm dan sama dengan lingkar dada anak. Masa toddler juga memiliki karakteristik penonjolan abdomen, hal ini dikarenakan otot abdomen yang kurang berkembang. Jumlah gigi primer 20 buah saat anak berusia 30 bulan (Rahmawati, 2008).

Hidayat (2006) mengemukakan bahwa peningkatan berat badan anak saat berusia 24 bulan mencapai 4 kali berat badan lahir dan tinggi badan anak mencapai setengah tinggi badan orang dewasa. Saat anak mencapai 36 bulan anak mengalami peningkatan berat badan 2-3 kg per tahunnya, dan peningkatan tinggi badan 6-8 cm per tahunnya, lingkar kepala anak menjadi sekitar 50 cm.

d. Masa Prasekolah (37-72 bulan)

Masa ini anak mengalami penambahan berat badan sebesar 2 kg per tahun. Tinggi badan anak juga mengalami penambahan rata-rata 6,75-7,5 cm setiap tahun. Masa ini anak mengalami perubahan pola makan dan umumnya anak mengalami kesulitan makan (Hidayat, 2006). Postur tubuh anak pra sekolah tidak lagi menyerupai anak toddler, anak usia pra sekolah mulai bertubuh langsing dan tegap, namun pertumbuhan otot dan tulang pada masa ini masih belum matur. Pada masa ini sebagian besar anak telah mulai belajar *toilet training* (Wong, 2008).

2.3 Perkembangan Balita

2.3.1 Definisi Perkembangan

Perkembangan merupakan proses perluasan kemampuan melalui proses belajar dan maturasi (Wong, 2008). Rahmawati (2008) mengemukakan bahwa perkembangan adalah perubahan dalam diri seseorang yang bersifat progresif dan berkesinambungan dari lahir hingga meninggal. Opini peneliti perkembangan

merupakan sebuah proses perubahan yang dimulai sejak lahir hingga meninggal untuk mencapai maturasi atau kematangan.

2.3.2 Ciri-ciri Perkembangan

Ciri-ciri dari perkembangan menurut Rahmawati (2008) adalah:

- a. terjadi perubahan pada fisik (adanya perubahan tinggi badan dan berat badan) dan psikis (semakin bertambahnya kosakata, dan kematangan pemikiran dan imajinasi kreatif) seseorang.
- b. adanya perubahan proporsi
- c. mulai menghilangnya tanda-tanda lama dan mulai diperolehnya tanda-tanda baru

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Balita

Menurut Wong (2008) perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

a. Keturunan

Adanya hubungan erat karakteristik orang tua yang diturunkan pada anak, seperti tinggi badan, berat badan dan laju pertumbuhan (Wong, 2008). Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa genetik orang tua yang diturunkan kepada anak meliputi pembawaan jenis kelamin, ras, rambut, warna mata, pertumbuhan fisik, sikap tubuh, beberapa keunikan psikologis yang lebih mendalam. Karakteristik fisik (bentuk tubuh, gambaran diri, keganjilan fisik) juga diturunkan dari orang tua. Hal tersebut dapat

mempengaruhi pertumbuhan dan interaksi anak dengan lingkungannya (Wong, 2008). Ras atau suku bangsa juga mempengaruhi tumbuh kembang anak, hal ini dapat dilihat dari suku tertentu memiliki ciri tertentu, seperti orang Eropa memiliki postur tubuh lebih besar dan tinggi dibandingkan orang Asia (Hidayat, 2006).

b. Nutrisi

Nutrisi merupakan faktor penting yang mempengaruhi pertumbuhan (2008). Anak sangat membutuhkan nutrisi dalam masa tumbuh kembangnya, diantaranya zat gizi tersebut adalah protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan air. Kebutuhan nutrisi yang tidak terpenuhi atau kurang terpenuhi dapat membuat proses tumbuh kembang anak terhambat (Hidayat, 2006).

c. Hubungan Interpersonal

Hubungan anak dengan orang terdekat akan mempengaruhi perkembangan intelektual, emosi, dan kepribadian anak. Orang terdekat yang memberikan stimulus kuat pada anak diantaranya pengasuh, keluarga, saudara kandung, dan teman sebaya. Pengasuh adalah individu yang sangat berpengaruh di awal kehidupan anak. Pengasuh dapat memberikan seluruh kebutuhan dasar bayi diantaranya makanan, kehangatan, kenyamanan, dan kasih sayang (Wong, 2008).

Keluarga juga memberikan pengaruh pada anak melalui nilai, kepercayaan, adat istiadat, dan interaksi dan komunikasi antar anggota keluarga, sehingga membentuk hubungan interpersonal yang baik dan

memberikan pengaruh pada perkembangan anak dengan lingkungan sosialnya (Potter dan Perry, 2005). Saudara kandung merupakan teman sebaya pertama dari anak yang akan membantu anak belajar berhubungan dan berinteraksi dengan kelompok sebaya di luar keluarga pada periode selanjutnya (Wong, 2008). Teman sebaya akan memberikan lingkungan yang baru dan berbeda bagi anak (Potter dan Perry, 2005).

d. Faktor Neuroendokrin

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa pusat pertumbuhan terletak di bagian hipotalamus yang mengatur pertumbuhan secara genetik. Adanya hubungan fungsional yang diyakini mempengaruhi pertumbuhan yang terletak di antara hipotalamus dan sistem endokrin. Data sebuah penelitian menunjukkan bahwa sistem saraf perifer juga dapat mempengaruhi pertumbuhan, hal tersebut ditunjukkan dari otot yang kurang mendapat suplai saraf perifer akan mengalami degenerasi otot. Namun, penelitian ini tidak dijelaskan secara tuntas terkait efek dari ketiadaan suplai darah (Wong, 2008).

e. Tingkat Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi keluarga mempengaruhi proses tumbuh kembang anak data ini berdasarkan sebuah penelitian (Wong, 2008). Anak dari keluarga yang berstatus ekonomi tinggi maka kebutuhan gizi akan terpenuhi dibandingkan dengan anak dari keluarga berstatus ekonomi rendah (Hidayat, 2006).

f. Penyakit

Sejumlah gangguan genetik mengakibatkan perubahan pertumbuhan dan perkembangan pada anak (Wong, 2008). Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa sakit atau luka menyebabkan gangguan pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Sifat dan durasi penyakit yang berkepanjangan akan mengakibatkan ketidakmampuan pemenuhan tugas perkembangan pada tahap selanjutnya.

g. Bahaya Lingkungan

Bahaya lingkungan merupakan hal yang sangat dikhawatirkan oleh pengasuh terhadap kesehatan dan keamanan anak (Wong, 2008). Lingkungan tersebut terdiri dari lingkungan prenatal dan pascanatal. Lingkungan prenatal yang berbahaya bagi anak adalah faktor gizi ibu hamil, zat kimia, obat-obatan yang dikonsumsi ibu, kebiasaan merokok ibu saat hamil, radiasi dari luar yang merusak jaringan otak janin, infeksi dalam kandungan, stres yang dialami ibu, dan hormon-hormon yang berpengaruh pada pertumbuhan janin seperti, somatotropin, plasenta, tiroid, dan insulin (Hidayat, 2006).

Lingkungan pascanatal adalah lingkungan *ekstrauterin*. Lingkungan pascanatal yang berbahaya bagi anak diantaranya radiasi dan zat kimia yang berbahaya seperti air, udara, dan makanan yang terkontaminasi zat berbahaya seperti asap rokok, boraks, dan air yang terkontaminasi limbah (Wong, 2008). Lingkungan pascanatal yang juga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak diantaranya budaya di lingkungan, kesehatan tempat

tinggal, posisi anak dalam keluarga, dan kebiasaan berolahraga (Hidayat, 2006).

h. Stres pada Masa Anak-anak

Anak yang tidak mampu memenuhi tuntutan lingkungan sosialnya akan mengalami stres. Kemampuan anak dalam mengatasi stres dipengaruhi oleh usia, temperamen, situasi kehidupan, dan status kesehatan anak. Stres berlebihan yang dialami oleh anak akan menimbulkan dampak serius pada kesehatan dan perilaku anak. Pengasuh atau orang tua harus mengenali tanda-tanda anak stres, sehingga pengasuh dapat melakukan antisipasi terhadap stres anak dengan memberikan kontak fisik dan menenangkan anak (Wong, 2008).

i. Pengaruh Media Masa

Media memberikan pengaruh besar terhadap perkembangan anak. Media memberikan berbagai macam informasi pada anak, sehingga anak juga memiliki pengetahuan luas di luar lingkungan keluarganya. Isi dari media tersebut dapat mempengaruhi secara langsung persepsi, sehingga banyak terjadi dampak kurang baik akibat media seperti perilaku kekerasan atau kriminalitas. Anak-anak juga lebih mudah mengidentifikasi orang dan karakter yang digambarkan melalui buku, film, video, program televisi, dan iklan yang ada di berbagai media (Wong, 2008).

2.3.4 Periode Perkembangan

Periode usia perkembangan menurut Wong (2008) adalah

a. Periode Pranatal

Periode ini terjadi mulai fase konsepsi hingga bayi lahir berusia dua minggu. Periode ini merupakan periode yang sangat penting karena kesehatan bayi sangat tergantung semuanya dari kesehatan ibu.

b. Masa Bayi

Periode ini terjadi saat bayi telah lahir hingga berusia satu tahun. Masa ini merupakan masa penyesuaian bagi bayi di lingkungan *ekstrauterin* dan bagi orang tua mulai menyesuaikan diri dengan peran baru. Bayi mulai membentuk rasa percaya pada orang-orang yang berada disekitarnya dan menjadi dasar hubungan interpersonal dengan orang sekitarnya. Fase ini merupakan peningkatan kemampuan afeksi, kognitif, dan psikomotor bayi.

c. Masa Kanak-Kanak Awal

Fase ini dilalui oleh anak berusia 1-3 tahun. Anak mulai memiliki aktivitas sendiri di luar dengan temannya, sehingga anak memerlukan keterampilan bahasa. Anak mulai belajar mandiri dan membentuk konsep diri. Perkembangan psikomotor pada fase ini terus berlanjut semakin pesat.

d. Masa Kanak-Kanak Pertengahan

Fase ini dimulai pada saat anak berusia 6-11 tahun atau biasa disebut dengan fase usia sekolah. Fase ini mengharuskan anak berinteraksi lebih banyak dengan teman sebayanya dibandingkan dengan keluarga, sehingga

dalam fase ini merupakan fase krisis pembentukan dan perkembangan konsep diri anak.

e. Masa Kanak-Kanak Akhir

Fase ini biasa disebut dengan fase pubertas yaitu saat anak berusia 11-19 tahun. Anak mengalami masa transisi antara periode anak dan usia dewasa. Anak mengalami maturasi fisik dan kepribadian yang disertai dengan kematangan emosional yang tidak stabil. Remaja pada fase ini lebih menonjolkan dan berfokus pada diri sendiri bukan pada identitas kelompok lagi.

2.3.5 Teori Perkembangan Anak

Perkembangan anak didefinisikan oleh beberapa ahli yang memunculkan beberapa teori perkembangan anak, diantaranya:

a. Teori Perkembangan Psikoseksual oleh Sigmund Freud

Freud menjelaskan bahwa bahwa insting seksual merupakan sesuatu yang penting dalam perkembangan kepribadian. Istilah *psikoseksual* menjelaskan bahwa berkaitan dengan segala hal kesenangan yang sensual (Wong,2008). Teori perkembangan yang dikemukakan Freud menyebutkan bahwa pada setiap tahapannya memiliki ciri dan waktu tertentu, sehingga diharapkan berjalan secara terus-menerus (Sujono dan Sukarmin,2009).

Adapun tahapan perkembangan psikoseksual Freud adalah:

1. Tahap Oral (Lahir-1 Tahun)

Pusat kesenangan pada tahapan ini berada pada aktivitas oral seperti mengisap, menggigit, memasukkan sesuatu ke dalam mulut, mengunyah, dan berbicara. Anak dapat memilih bentuk pemuasan kebutuhan yang diinginkan dan memberikan indikasi kepribadian yang akan dibentuk oleh anak (Wong, 2008). Orang tua tidak diijinkan memberikan intervensi pada anak, seperti membentak karena dapat berakibat negatif pada kepribadian anak, seperti anak menjadi penakut, tidak kreatif, dan tidak dapat mandiri (Sujono dan Sukarmin, 2009). Anak yang tidak berhasil melalui tahapan ini dengan baik, maka akan memuaskan kebutuhan ini dengan cara yang lain di kemudian hari, seperti nantinya anak lebih senang mengunyah permen karet, merokok, makan berlebih, atau memasukkan benda ke dalam mulut, seperti bulpoin (Potter dan Perry, 2005).

2. Tahap Anal (1-3 Tahun)

Tahapan anal berada pada masa toddler. Anak akan merasakan kepuasan atau kenikmatan berasal dari anus seperti aktivitas retensi dan pengeluaran feses (Potter dan Perry, 2005). Suasana yang terjadi saat *toilet training* dapat memberikan dampak tertentu bagi kehidupan anak (Wong, 2008). Masalah yang mungkin ditemui saat pelaksanaan *toilet training* diantaranya anak mengalami konstipasi, kelambatan, dan kesakitan (Potter dan Perry, 2005). Orang tua disarankan untuk tidak

memarahi anak saat anak belum dapat melakukan *toilet training* dengan benar. Orang tua yang memarahi anak saat mengalami kegagalan pada tahap ini (seperti anak masih sering kencing di celana, anak tidak dapat menyiram saat buang air besar dengan bersih) anak akan berusaha menahan dan tidak memberitahukan orang tuanya saat anak ingin BAB atau BAK. Kewajiban orang tua pada fase ini adalah mengajarkan anak konsep bersih, ketepatan waktu, dan cara mengontrol diri utamanya dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi (Sujono dan Sukarmin,2009).

3. Tahap Falik (3-6 Tahun)

Pusat kesenangan sensual anak pada alat genital. Anak akan lebih sering memegang alat genitalnya dan lebih senang berdekatan dengan orang tua yang berlawanan jenis (Sujono dan Sukarmin,2009). Masturbasi dimulai pada fase ini dan keingintahuan tentang seksual menjadi terbukti. Masalah yang dapat terjadi pada fase ini adalah *Oedipus* dan *Electra* kompleks, *penis envy*, dan ansietas (Wong 2008). Anak yang mengalami hambatan pada fase falik akan menjadi pribadi yang pemalu, takut, dan justru lancang sebagai ekspresi dari kegagalan (Potter dan Perry, 2005).

4. Periode Laten (6-12 tahun)

Tahapan ini anak berpusat pada kegiatan di luar rumah seperti mencari ilmu pengetahuan, mencari banyak teman dan bermain (Wong, 2008). Tugas orang tua saat anak dalam fase ini adalah memantau

pergaulan anak, sebab kesalahan dalam bergaul anak akan menjadi tidak terkontrol dan nakal (Sujono dan Sukarmin,2009).

5. Tahap Genital (12 tahun ke atas)

Kesenangan sensual berpusat pada alat genitalia. Tahapan ini mulai diproduksi hormon seksual yang mampu memberikan stimulasi perkembangan heteroseksual (Potter dan Perry, 2005). Tahapan akhir ini merupakan masa pubertas yang ditandai dengan maturasi sistem reproduksi dan produksi hormon-hormon reproduksi (Wong, 2008). Anak belajar untuk menentukan identitas diri, dan mulai ada perasaan senang pada lawan jenis saat berada pada fase ini. Masalah yang mungkin dihadapi anak dalam fase ini adalah anak menjadi ragu-ragu dalam mengambil suatu keputusan. Tugas orang tua pada fase ini adalah memberikan solusi terbaik atas permasalahan yang dihadapi oleh anak (Sujono dan Sukarmin,2009).

b. Teori Perkembangan Psikososial Anak oleh Erick Ericson (1963)

Teori perkembangan Erick Ericson dibuat berdasarkan teori perkembangan Freud. Eric membagi setiap tahap perkembangan menjadi dua komponen yaitu aspek menyenangkan dan tidak menyenangkan. Perkembangan tahap selanjutnya bergantung pada penyelesaian konflik tahap sebelumnya (Wong, 2008). Tahapan perkembangan psikososial menurut Erick Ericson dalam Sujono dan Sukarmin (2009) adalah sebagai berikut:

1. Percaya *vs* tidak Percaya (lahir- 1 tahun)

Pemenuhan kebutuhan dasar bayi untuk makan, minum, rasa nyaman, kasih sayang menghasilkan kepercayaan dari anak pada orang disekelilingnya (Potter dan Perry, 2005). Hubungan yang harmonis antara ibu dan anak dengan perwujudan pemenuhan kebutuhan anak merupakan pengalaman dasar dari rasa percaya bagi anak (Sujono dan Sukarmin, 2009). Pemenuhan kebutuhan dasar balita yang tidak adekuat oleh orang tua akan menimbulkan rasa tidak percaya, rasa takut, dan anak mudah curiga pada orang tua (khususnya) dengan perilaku makan, tidur, dan eliminasi yang buruk (Potter dan Perry, 2005).

2. Autonomi *vs* Ragu-ragu (1-3 tahun)

Fase ini anak menunjukkan kemandirian dalam memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri, perilaku anak mengontrol diri sendiri dan lingkungannya (Sujono dan Sukarmin, 2009). Fase autonomi ditunjukkan dengan belajar makan sendiri, melepas dan memakai baju sendiri, belajar berjalan (Potter dan Perry, 2005).

3. Inisiatif *vs* Rasa Bersalah (3-6 tahun)

Tahapan ini membuat anak belajar mengendalikan diri sendiri dan lingkungan sekitarnya. Anak mulai mencari inisiatif sendiri dengan membantu orang yang ada disekelilingnya (Sujono dan Sukarmin, 2009). Perilaku anak pada fase ini ditandai dengan anak sebagai sesuatu yang kuat, imajinatif, dan intrusif. Pembatasan dari orang tua pada fase ini akan membuat inisiatif anak terbatas dan menimbulkan rasa bersalah

pada anak apabila perilakunya berlawanan dengan yang diinginkan orang tuanya (Potter dan Perry, 2005).

4. *Industri vs Inferior* (6-12 tahun)

Tahapan ini anak dapat menghadapi sesuatu dan menyelesaikan tugasnya sehingga dapat menghasilkan sesuatu. Anak belajar sifat kompetisi dari pembelajaran yang mulai didapatkannya di bangku sekolah (Sujono dan Sukarmin, 2009). Kegagalan anak dalam menyelesaikan tugasnya dalam fase ini akan menimbulkan perasaan inferior, ketidaksiuksesan di sekolah, kurangnya perkembangan keterampilan fisik, dan kurangnya keterampilan mencari teman akan menambah perasaan inferior atau rendah diri pada anak (Potter dan Perry, 2005).

5. *Identitas vs Kebingungan Peran* (12-18 tahun)

Anak pada tahapan ini mengalami perubahan fisik dan jiwa, namun anak dalam psikososial masih belum mengalami perubahan seperti orang dewasa. Tahap ini adalah fase anak mencari identitas diri dalam hal seksual, usia, dan kegiatannya (Sujono dan Sukarmin, 2009). Kegagalan pada tahapan ini akan menyebabkan anak mengalami kebingungan peran sehingga menimbulkan rasa rendah diri, isolasi, dan keragu-raguan (Potter dan Perry, 2005).

2.3.6 Tahapan Perkembangan Balita

Adapun tahapan perkembangan anak balita sesuai dengan usianya, diantaranya:

a. Neonatus (0-28 hari)

Perkembangan motorik neonatus dimulai dengan mulai berusaha mengangkat kepala dengan dibantu oleh orang tua, reflek menghisap dan menelan, neonatus mulai belajar menggenggam (Sujono dan Sukarmin, 2009). Perkembangan motorik halus neonatus adalah dengan mengikuti rangsang tengah ketika diberikan pada jari atau tangan (Hidayat, 2006). Perkembangan sosialisasi neonatus mulai berkembang dengan tersenyum pada orang disekitarnya (Sujono dan Sukarmin, 2009). Perkembangan bahasa neonatus dimulai dengan suara tangis bayi untuk berkomunikasi dengan orang tua atau pengasuhnya (Hidayat, 2006).

b. Bayi (29 hari – 12 bulan)

Perkembangan motorik kasar pada anak masa ini mulai dari anak dapat mengangkat kepala saat tengkurap, dapat duduk dengan disokong, berguling dan terlentang miring, bayi berusaha merangkak, duduk dengan kepala tegak, sampai anak dapat duduk tanpa berpegangan, dan mulai belajar berdiri dengan berpegangan (Hidayat, 2006). Perkembangan motorik halus anak pada masa ini adalah anak mulai senang memasukkan tangan ke dalam mulut, memperhatikan suatu benda, memegang benda yang berukuran kecil, sampai akhirnya bayi dapat memindahkan sebuah benda dari satu tangan ke tangan yang lainnya, atau dari sebuah wadah ke tempat lainnya (Sujono dan Sukarmin, 2009).

Perkembangan sosialisasi bayi dimulai dengan bayi tersenyum pada orang yang disekitarnya, bayi mulai mengurangi menangis, mulai usia 6 bulan anak telah mengenali lingkungan sekitarnya sehingga anak akan mengalami ansietas jika berada di luar lingkungannya dan bersama dengan orang yang tidak pernah dilihatnya, bayi juga mulai mengenali perintah, dan mulai mengenali namanya sendiri, ayah dan ibunya atau pengasuhnya (Sujono dan Sukarmin, 2009). Hidayat (2006) menyatakan bahwa perkembangan bahasa anak pada usia ini dimulai dengan anak mampu tertawa, menjerit, mencari sumber bunyi, membunyikan huruf hidup seperti “aah” dan “ooh”, mengoceh, dan bereaksi spontan.

c. Todler (13 – 36 bulan)

Perkembangan motorik kasar anak toddler yaitu sudah dapat berjalan tanpa bantuan, mulai berlari meskipun sering jatuh, dan naik tangga dengan atau tanpa bantuan. Perkembangan motorik halus pada fase ini dimulai dengan anak mampu memegang gelas, membuka kotak, memasukkan jari ke lubang, melempar benda, makan menggunakan sendok, membuka kunci, dan belajar menyusun balok (Sujono dan Sukarmin, 2009).

Perkembangan bahasa anak ditandai dengan perbendaharaan kata anak yang semakin banyak, anak mampu meniru, mengenal, dan merespon orang lain. Perkembangan sosial anak ditandai dengan anak mampu membantu pekerjaan di rumah, menyuapi boneka, mencoba mengganti baju, dan menggosok gigi (Hidayat, 2006).

d. Pra sekolah (37-72 bulan)

Perkembangan motorik kasar anak ditandai dengan anak mampu melompat, berjalan jinjit, menangkap, dan melempar bola. Perkembangan motorik halus anak pra sekolah ditandai dengan anak dapat menggambar kotak, menggambar garis horizontal dan vertikal, belajar memasang dan membuka kancing baju, belajar menulis huruf dan angka, dan belajar mengikat tali sepatu (Sujono dan Sukarmin, 2009).

Perkembangan bahasa pada anak usia pra sekolah ditandai dengan mampu menyebutkan beberapa gambar dan warna, menghitung, menyebutkan kegunaan benda, mengidentifikasi objek berdasarkan suara, menirukan berbagai bunyi kata, memahami arti larangan, dan memberikan respon pada panggilan anggota keluarga yang dekat (Hidayat, 2006).

2.3.7 Pengukuran Perkembangan Anak

Soegeng dan Anne (2004) mengelompokkan perkembangan anak menurut kemampuannya menjadi empat aspek, yang meliputi:

- a. Kemampuan motorik kasar, meliputi kemampuan anak dalam hal melompat, berjalan, dan berlari.
- b. Kemampuan motorik halus, meliputi kemampuan anak dalam melakukan gerakan halus yang memerlukan koordinasi gerakan kecil otot, seperti anak dapat mengancingkan baju, anak dapat mengedipkan mata.
- c. Kemampuan berbicara, berbahasa, dan kecerdasan yaitu kemampuan anak dalam mengungkapkan perasaan dan pendapatnya kepada orang lain dengan

kata-kata yang tepat, mampu berfikir, dan mampu memahami perkataan orang lain dengan baik.

- d. Kemampuan bergaul mandiri adalah kemampuan anak mencari teman dan bergaul dengan teman sebayanya, mengikuti norma dan peraturan yang berlaku, memahami sopan santun, dan dapat memenuhi kebutuhannya sendiri.

Perkembangan anak perlu dipantau sejak dini, untuk mengetahui adanya masalah secara dini. Pemantauan perkembangan anak dikelompokkan berdasarkan usianya, seperti pengelompokan perkembangan anak usia 1-3 tahun, 3-6 tahun yang diukur berdasarkan tolok ukur tertentu. Alat ukur pemantauan perkembangan pada anak yang biasa digunakan adalah *Denver II* dan Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan (KPSP).

a. *Denver II*

Denver II merupakan uji skrining perkembangan untuk anak yang telah diujikan secara luas. *Denver II* merupakan pengembangan dari uji DDST (*Denver Development Screening Test*) dan DDST-R (*Denver Development Screening Test Revisy*). Perbedaan DDST dengan *Denver II* terletak pada tugas perkembangan anak dalam DDST hanya 105, sedangkan pada *Denver II* terdapat 125 tugas perkembangan. Pemeriksaan *Denver II* harus dilakukan oleh tenaga terlatih, sehingga interpretasi yang didapatkan akurat (Wong, 2008). Hasil uji *Denver II* menurut Wong (2008) adalah:

- 1) Normal, jika tidak ada keterlambatan pada skor uji dan maksimal terdapat satu peringatan

- 2) Dicurigai, jika terdapat satu atau lebih keterlambatan dan atau dua atau lebih peringatan
- 3) Tidak dapat diuji, jika anak menolak satu atau seluruh butir pertanyaan sebelah kiri garis usia

b. Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan (KPSP)

KPSP merupakan daftar singkat dari pertanyaan pada orang tua yang digunakan sebagai alat skrining pendahuluan perkembangan anak sampai anak yang berusia enam tahun. KPSP bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hambatan perkembangan anak (Soegeng dan Anne, 2004).

Cara penggunaan KPSP menurut Soegeng dan Anne (2004) adalah sebagai berikut:

- 1) petugas membacakan daftar pertanyaan dan orang tua menjawab sesuai keadaan dan kemampuan anak. Hasil dicatatkan dalam kartu perkembangan anak;
- 2) usia anak ditetapkan menurut tahun dan bulan kelahiran. Usia anak lebih dari 16 hari saat pengukuran, maka usia anak dibulatkan menjadi satu bulan;
- 3) setelah semua jawaban telah dijawab, kemudian diteliti lagi dari seluruh jawaban, dan hitunglah jawaban ya dari 10 pertanyaan tersebut.

Hasil Interpretasi dari KPSP menurut Depkes (1993, dalam Soegeng dan Anne, 2004) adalah sebagai berikut

- 1) Normal (N) : apabila jumlah jawaban ya 9 atau 10

- 2) Ulang (U) : apabila jumlah jawaban ya 7 atau 8, ulangi pemeriksaan KPSP satu minggu kemudian
- 3) Tidak Normal (TN): apabila pada pemeriksaan ulang jawaban ya tetap 7 atau 8, dan saat pemeriksaan awal jumlah jawaban ya kurang dari 7 maka anak perlu segera dirujuk.

Catatan: tes pemeriksaan ini dilakukan paling sedikit 3 bulan sekali pada anak kurang dari 12 bulan, dan 6 bulan sekali pada anak usia 12 bulan atau lebih (Depkes dalam Soegeng dan Anne, 2004).

Perbandingan pengukuran menggunakan *Denver II* dan KPSP telah dilakukan penelitian oleh Hidayat (2010). Hasil penelitiannya menyatakan bahwa KPSP memiliki nilai sensitivitas 95% dan spesifisitas 63% dibandingkan dengan *Denver II*. Namun, kekurangan dari *Denver II* adalah harus dilakukan oleh tenaga terlatih agar tidak menimbulkan kesalahan interpretasi, sedangkan KPSP merupakan kuesioner yang diadaptasi dari *Denver II* yang telah disamakan dengan kondisi di Indonesia dan mudah dilakukan, memiliki keakuratan dengan reliabilitas yang baik (Hidayat, 2010).

2.4 Kebutuhan Gizi Balita

Nutrisi memberikan peranan penting dalam pertumbuhan dan perkembangan saat masa bayi, anak-anak, dan remaja (Rahmawati, 2008). Zat gizi yang diperlukan untuk balita terdiri dari:

a. Kalori atau Energi

Setelah bayi lahir, bayi membutuhkan energi yang lebih besar. Energi yang diperoleh bayi 50% digunakan untuk metabolisme dasar, 25% untuk aktivitas, dan 25% untuk pertumbuhan. Jumlah energi dalam tubuh mempengaruhi proses pembelahan sel dan pembentukan struktur organ (Rahmawati, 2008). Kebutuhan energi yang cukup besar digunakan bayi untuk meningkatkan berat badan, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan, melakukan aktivitas fisik saat tidur dan bangun, mengatur suhu, metabolisme makanan, dan proses penyembuhan saat sakit (Sulistiyoningsih, 2011). Asupan energi didapatkan dari karbohidrat, lemak dan protein yang terkandung dalam makanan bayi (Arisman, 2009).

b. Protein

Protein sangat penting bagi tumbuh kembang anak (Arisman, 2009). Protein merupakan zat pembangun yang diperlukan bayi dan balita untuk membentuk jaringan baru dari struktur organ tubuh seperti tulang, otot, dan gigi. Selain hal di atas protein juga berfungsi memproduksi enzim dan hormon untuk metabolisme tubuh. Protein dalam tubuh juga berfungsi sebagai antibodi untuk mekanisme pertahanan tubuh melawan infeksi penyakit (Rahmawati, 2008). Asupan protein yang kurang akan menyebabkan gangguan pertumbuhan jaringan dan organ tubuh yang berdampak pada terhambatnya pertumbuhan berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala. Asupan protein yang berlebihan juga dapat menyebabkan anak mengalami kebutuhan metabolisme yang dapat memperberat kerja ginjal dan hati

(Sulistiyoningsih, 2011). Dampak yang lebih buruk anak akan mengalami intoksikasi protein, sehingga menimbulkan gejala *letargi*, *hiperamonemia*, dehidrasi, dan diare (Arisman, 2009).

c. Lemak

Lemak merupakan nutrisi yang sangat penting bagi balita karena merupakan sumber energi yang penting untuk pertumbuhan syaraf, menjadi pelindung atau bantalan organ tubuh tertentu (Rahmawati, 2008). Tidak ada rekomendasi khusus terkait kebutuhan lemak dalam tubuh. Pada bayi perlu dipersiapkan 55% energi yang berasal dari lemak (Sulistiyoningsih, 2011). Air susu ibu memberikan kurang lebih 40-50% energi dari lemak tak jenuh yang terkandung didalam ASI. Lemak selain berfungsi untuk memenuhi kebutuhan energi, namun juga untuk memudahkan penyerapan asam lemak esensial, vitamin yang larut dalam lemak, kalsium, dan mineral lainnya (Arisman, 2009).

d. Vitamin

Vitamin adalah suatu zat organik yang diperlukan oleh tubuh untuk pertumbuhan, perkembangan, dan pemeliharaan kesehatan, namun tidak dapat diproduksi sendiri oleh tubuh (Sulistiyoningsih, 2011). Fungsi vitamin dalam tubuh untuk menjadi katalisator organik yang menjalankan reaksi biokimia di dalam tubuh (Rahmawati, 2008). Seluruh kebutuhan vitamin bayi didapatkan dari ASI yang diberikan secara cukup dan pada ibu dengan gizi yang baik, kecuali vitamin D didapatkan oleh bayi melalui penyinaran sinar matahari yang berlangsung selama 10-15 menit setiap harinya (Arisman, 2009).

e. Mineral

Kebutuhan mineral bayi didapatkan dari ASI dan pada makanan pendamping ASI saat bayi mulai memperolehnya. Manfaat mineral ASI bagi bayi adalah untuk pembentukan jaringan tulang dan gigi, memberikan elektrolit untuk otot dan syaraf, mengatur tekanan osmosis tubuh (Sulistiyoningsih, 2011). Sumber mineral dalam tubuh didapatkan dari mineral makro (yang terdiri dari natrium, klor, kalsium, fosfor, magnesium, dan belerang) yang berfungsi sebagai zat aktif dalam metabolisme dan mineral mikro (yang terdiri dari besi, yodium, zink, flour, tembaga, kobalt) yang fungsinya berhubungan dengan enzim tubuh (Rahmawati, 2008).

f. Air

Air merupakan bagaian terbesar dari sel tubuh yaitu 60-70% berat tubuh terdiri dari air (Rahmawati, 2008). Kecukupan air pada bayi merupakan hal yang harus diperhatikan karena bayi rentan terkena penyakit yang akan berdampak pada kehilangan cairan, seperti diare, demam, dan muntah-muntah. Kebutuhan air pada bayi lebih besar dibandingkan dengan pada orang dewasa karena kehilangan air melauai kulit dan ginjal pada bayi lebih besar.

Tabel 2.2 Angka kecukupan gizi pada bayi dan balita

Zat Gizi	Usia			
	0-6 bulan	7-11 bulan	1-3 tahun	4-6 tahun
energi (kkal)	550	650	1000	1550
protein (gram)	10	16	25	39
vitamin A (RE)	375	400	400	450
vitamin D (μg)	5	5	5	5
vitamin E (mg)	4	5	6	7
vitamin K (μg)	5	10	15	20
tiamin (mg)	0,3	0,4	0,5	0,6
riboflavin (mg)	0,3	0,4	0,5	0,6
niacin (mg)	2	4	6	8
asam folat (μg)	65	80	150	200
piridoksin (mg)	0,1	0,3	0,5	0,6
vitamin B12 (μg)	0,4	0,5	0,9	1,2
vitamin C (mg)	40	40	40	45
kalsium (mg)	200	400	500	500
fosfor (mg)	100	225	400	400
besi (mg)	0,5	7	8	9
yodium (μg)	90	120	120	120
seng (mg)	1,3	7,9	8,3	10,3
selenium (μg)	5	10	17	20
mangan (mg)	0,003	0,6	1,2	1,5
flour (mg)	0,01	0,4	0,6	0,9

Sumber: Widya Karya Pangan dan Gizi dalam Alamtsier, dkk (2011)

2.5 Bawah Garis Merah (BGM)

2.5.1 Definisi Bawah Garis Merah (BGM)

Bawah Garis Merah yang disingkat BGM adalah suatu kondisi anak dengan berat badan tidak sesuai dengan umur anak berdasarkan standar yang diketahui secara visual melalui plot pada Kartu Menuju Sehat (KMS) berada di bawah garis merah (PERSAGI, 2009). Balita Bawah Garis Merah (BGM) menurut PERSAGI (2009) adalah balita yang memiliki berat badan pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS.

Irianto dan Endah (2006) mengungkapkan bahwa BGM berarti menandakan anak berstatus gizi buruk, sedangkan BGT (Bawah Garis Titik-titik) berarti menandakan anak berstatus gizi kurang. Pendapat lain dari Arisman (2009)

bahwa balita BGM berdasarkan penentuan KMS belum dapat dikatakan sebagai balita berstatus gizi buruk ataupun gizi kurang, karena garis merah pada KMS versi tahun 2000 berarti “garis kewaspadaan”. Garis kewaspadaan yang dimaksud adalah jika balita berada pada di bawah garis merah ini, maka petugas kesehatan harus melakukan pemeriksaan lanjutan untuk menentukan status gizi balita tersebut melalui indikator antropometri lainnya.

2.5.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya BGM

Faktor penyebab kekurangan gizi menurut Dinas Kesehatan Jawa Timur (2011) yaitu pola asuh dengan kasus sebesar 39,14%, akibat kemiskinan sebesar 32,87%, akibat penyakit penyerta sebesar 24,27%, dan akibat lain-lain sebesar 16,45%.

Faktor yang mempengaruhi kejadian BGM berdasar penelitian yang dilakukan oleh Alfima, dkk (2011) adalah sebagai berikut:

a. Status Ekonomi

Status ekonomi mempengaruhi tercukupinya kebutuhan gizi anak. anak yang lahir di keluarga dengan status ekonom tinggi, maka kebutuhan gizi anak cenderung tercukupi. Berbeda dengan anak yang lahir dengan keluarga status ekonomi rendah maka pemenuhan kebutuhan anak juga akan terganggu atau tidak terpenuhi secara optimal (Hidayat, 2006). Berdasarkan penelitian Alfima, dkk (2011) bahwa status ekonomi keluarga memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kejadian BGM pada balita.

b. Pola Asuh

Pola asuh pada anak merupakan sikap dan perilaku ibu atau pengasuh dalam memberikan kedekatan pada anak, memberikan makan pada anak, merawat kebersihan anak, memberikan kasih sayang. Pemenuhan kebutuhan di atas juga dipengaruhi oleh kesehatan fisik dan mental ibu atau pengasuh, pendidikan ibu atau pengasuh, pengetahuan ibu atau pengasuh, pekerjaan sehari-hari, dan adat dalam keluarga dan masyarakat sekitarnya. Pola asuh anak memiliki pengaruh yang tinggi terhadap munculnya kasus gizi buruk. Pola asuh yang berpengaruh terhadap kebutuhan dasar anak adalah kebutuhan asuh, asah, dan asih. Faktor-faktor yang mempengaruhi pola asuh menurut penelitian Supriatin (2004) adalah :

1) usia pengasuh

Pengasuh merupakan orang yang paling dekat dengan anak dan yang berpengaruh besar di awal kehidupan anak. Pengasuh adalah orang yang memenuhi seluruh kebutuhan anak (Wong, 2008). Faktor usia mempengaruhi kondisi fisik seseorang dan kerentanan terhadap penyakit dipengaruhi juga oleh faktor usia (Chandra, 2008). Kondisi fisik pengasuh berhubungan dengan pola asuh yang diberikan kepada anak (Sulistiyani, 2010).

2) pendidikan pengasuh

Tingkat pendidikan di masyarakat yang semakin membaik secara tidak langsung mempengaruhi penurunan angka kesakitan

dan kematian (Chandra, 2008). Berdasarkan penelitian Supriatin (2004) pendidikan pengasuh merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pola asuh makan pada anak.

3) pekerjaan pengasuh

Status pekerjaan mempengaruhi kondisi ekonomi sebuah keluarga (Chandra, 2008). Pekerjaan menentukan pendapatan keluarga untuk memenuhi kebutuhan. Status ekonomi yang tinggi menunjukkan kesejahteraan dan tercukupinya seluruh kebutuhan anak dan keluarga (Sujono dan Sukarmin, 2009).

4) usia anak

Usia seseorang mempengaruhi terjadinya suatu penyakit (Chandra, 2008). Anak merupakan kelompok resiko. Anak memiliki tugas perkembangan sendiri untuk menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Usia anak lebih rentan terkena penyakit cacar, demam, batuk dan pilek (BPS, 2012).

5) jenis kelamin anak

Jenis kelamin mempengaruhi terjadinya suatu penyakit. Penyakit tertentu memiliki frekuensi lebih tinggi dibandingkan pada perempuan atau sebaliknya (Chandra, 2008).

6) posisi anak

Ukuran sebuah keluarga diduga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Keluarga yang memiliki anak lebih dari dua dan posisi saudara kandung dapat menjadi faktor

pemicu keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan anak (Sujono dan Sukarmin, 2009).

c. Frekuensi Penyakit Infeksi

Anak yang mendapatkan makanan cukup baik, namun anak sering terkena penyakit infeksi, seperti diare, demam, TBC (*Tuberculosis*), ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas), demam berdarah, malaria, dan HIV/AIDS akan berdampak pada timbulnya permasalahan gizi apabila terjadi secara terus menerus. Anak yang terlalu sering mengalami penyakit infeksi akan sangat rentan pertahanan tubuhnya, sehingga mengakibatkan permasalahan kesehatan lain juga akan semakin sering terjadi. Berdasar penelitian Alfima, dkk (2011) disebutkan bahwa frekuensi anak terserang penyakit infeksi mempengaruhi secara signifikan kejadian BGM pada balita.

d. Konsumsi Energi

Jumlah energi yang ada di dalam tubuh mempengaruhi proses pembelahan sel dan pembentukan struktur organ tubuh (Rahmawati, 2008). Hal tersebut juga akan berdampak pada pertumbuhan anak. Bayi membutuhkan energi yang cukup besar untuk meningkatkan berat badan, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan, melakukan aktivitas fisik saat tidur dan bangun, mengatur suhu, metabolisme makanan, dan proses penyembuhan saat sakit (Sulistiyoningsih, 2011). Asupan energi didapatkan dari karbohidrat, lemak dan protein yang terkandung dalam

makanan bayi (Arisman, 2009). Kecukupan energi yang dibutuhkan oleh balita dapat dilihat pada Tabel 2.1.

e. **Konsumsi Protein**

Protein merupakan zat gizi yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak (Arisman, 2009). Protein adalah zat gizi yang berfungsi membangun dan membentuk jaringan baru dari struktur organ tubuh seperti tulang, otot, dan gigi (Rahmawati, 2008). Kebutuhan protein yang kurang akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan jaringan dan organ tubuh yang berdampak pada gangguan pertumbuhan berat badan, tinggi badan, dan lingkaran kepala. Kebutuhan protein yang berlebihan juga dapat mengakibatkan anak mengalami kebutuhan metabolisme yang dapat memperberat kerja ginjal dan hati (Sulistiyoningsih, 2011). Berdasarkan penelitian Fitri (2011) terdapat hubungan bermakna antara konsumsi protein dengan kejadian BGM pada balita. Angka kecukupan protein pada anak usia balita dapat dilihat dari Tabel 2.1.

2.5.3 Cara Penentuan BGM

Status balita mengalami BGM atau tidak dapat dilihat dari Kartu Menuju Sehat (KMS). KMS balita adalah kartu yang berisi kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur yang dibedakan berdasarkan jenis kelamin. KMS berfungsi untuk alat pemantau pertumbuhan anak, sebagai catatan pelayanan kesehatan anak, sebagai alat edukasi (Permenkes, 2010). Langkah-langkah pengisian KMS menurut (Permenkes, 2010) yaitu:

- a. Memilih KMS sesuai jenis kelamin anak;
 - b. Mengisi identitas anak dan orang tua di halaman depan KMS;
 - c. Mengisi bulan lahir dan bulan penimbangan anak;
 - d. Mengisi plot berat badan anak sesuai hasil penimbangan;
 - e. Menghubungkan garis pertumbuhan anak bulan ini dengan bulan lalu, jika anak bulan lalu tidak dilakukan penimbangan maka garis pertumbuhan tidak dapat dihubungkan. Setiap kejadian yang dialami anak seperti anak mengalami diare, demam, tidak mau makan saat bulan penimbangan harus dicatatkan dalam KMS;
 - f. Menentukan status pertumbuhan anak dilakukan dengan menilai garis pertumbuhan anak dari garis pertumbuhan ini kita dapat mengetahui anak berada pada garis kuning, hijau, dan merah) dan menggunakan Kenaikan Berat Badan Minimum (KBM) sebagai penentuan status pertumbuhan anak dan berdasarkan KMS terbagi menjadi dua yaitu:
 - 1) Pertumbuhan anak naik, jika grafik berat badan mengikuti garis pertumbuhan atau kenaikan BB sama dengan KBM atau lebih
 - 2) Pertumbuhan anak tidak naik, jika garfik berat badan atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau kenaikan BB kurang dari KBM
- Berdasarkan Permenkes (2010) dijelaskan jika anak tidak mengalami kenaikan berat badan tiga kali berturut-turut maka anak dikatakan berada pada Bawah Garis Merah (BGM).
- g. Mengisi catatan pemberian imunisasi, vitamin A, dan ASI eksklusif.

2.5.4 Masalah Status Gizi

BGM merupakan garis peringatan untuk orang tua dan petugas kesehatan terkait dengan permasalahan gizi atau malnutrisi pada anak (Arisman, 2009). Permasalahan gizi yang sering timbul pada anak diantaranya:

a. Gizi Buruk

Keadaan kurang gizi tingkat berat pada anak dengan indeks antropometri BB/U kurang dari -3 SD dan atau ditemukan tanda-tanda klinis marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor (Depkes RI, 2008).

b. Gizi Kurang

Suatu keadaan yang merupakan masalah gizi dengan ditandai hasil pengukuran indeks antropometri BB/U dengan penghitungan z score -3 SD sampai dengan -2 SD (Kepmenkes, 2010).

c. Gizi Lebih

Kondisi ini terjadi akibat ketidakseimbangan antara energi yang masuk dan energi yang dikeluarkan. Status gizi lebih pada anak ditentukan jika hasil pengukuran BB/U anak dihitung menghasilkan nilai z score >2 SD (Kepmenkes, 2010). Pengurangan berat badan pada anak yang mengalami berat badan berlebih tidak boleh dilakukan sekaligus, karena anak akan kehilangan zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh untuk pertumbuhan (Arisman, 2009).

2.5.5 Cara Pengukuran Status Gizi

Pengukuran status gizi dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri. Penilaian antropometri dilakukan melalui pengukuran dimensi fisik dan komposisi kasar tubuh (Almatsier, 2011). Metode antropometri digunakan untuk mengukur defisiensi gizi berupa penurunan tingkat fungsional dalam jaringan, terutama untuk mengetahui ketidakseimbangan protein, kekurangan energi kronik, malnutrisi sedang, dan dapat menunjukkan riwayat gizi masa lalu. Indeks antropometri adalah kombinasi antara beberapa parameter antropometri (Suyatno, 2009).

Menurut Supariasa (2002) terdapat beberapa jenis indeks antropometri yaitu:

- a. berat badan menurut umur (BB/U) adalah gambaran status gizi seseorang pada saat ini (*current nutritional status*). Hasil interpretasi antropometri BB/U menurut Kepmenkes (2010) sebagai berikut:
 - 1) Balita berstatus gizi buruk jika nilai *z score* anak < -3 SD
 - 2) Balita berstatus gizi kurang jika nilai *z score* anak -3 SD sampai dengan -2 SD
 - 3) Balita berstatus gizi baik jika nilai *z score* anak -2 SD sampai dengan 2 SD
 - 4) Balita berstatus gizi buruk jika nilai *z score* anak > 2 SD
- b. tinggi badan menurut umur (TB/U) merupakan gambaran status gizi masa lampau dan memiliki hubungan dengan status sosial-ekonomi.

Interpretasi hasil pengukuran TB/U menurut Kepmenkes (2010) yaitu:

- 1) Balita tergolong sangat pendek jika hasil penghitungan z score < -3 SD
 - 2) Balita tergolong pendek jika hasil penghitungan z score -3 SD sampai dengan -2 SD
 - 3) Balita tergolong normal jika hasil penghitungan z score -2 SD sampai dengan 2 SD
 - 4) Balita tergolong tinggi jika hasil penghitungan z score >2 SD
- c. berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) yaitu gambaran status gizi saat ini namun tidak tergantung terhadap umur, sehingga tidak dapat memberikan gambaran apakah anak tersebut pendek, cukup tinggi badan atau kelebihan tinggi badan menurut umur. Hasil interpretasi pengukuran BB/TB menurut Kepmenkes (2010) adalah sebagai berikut:

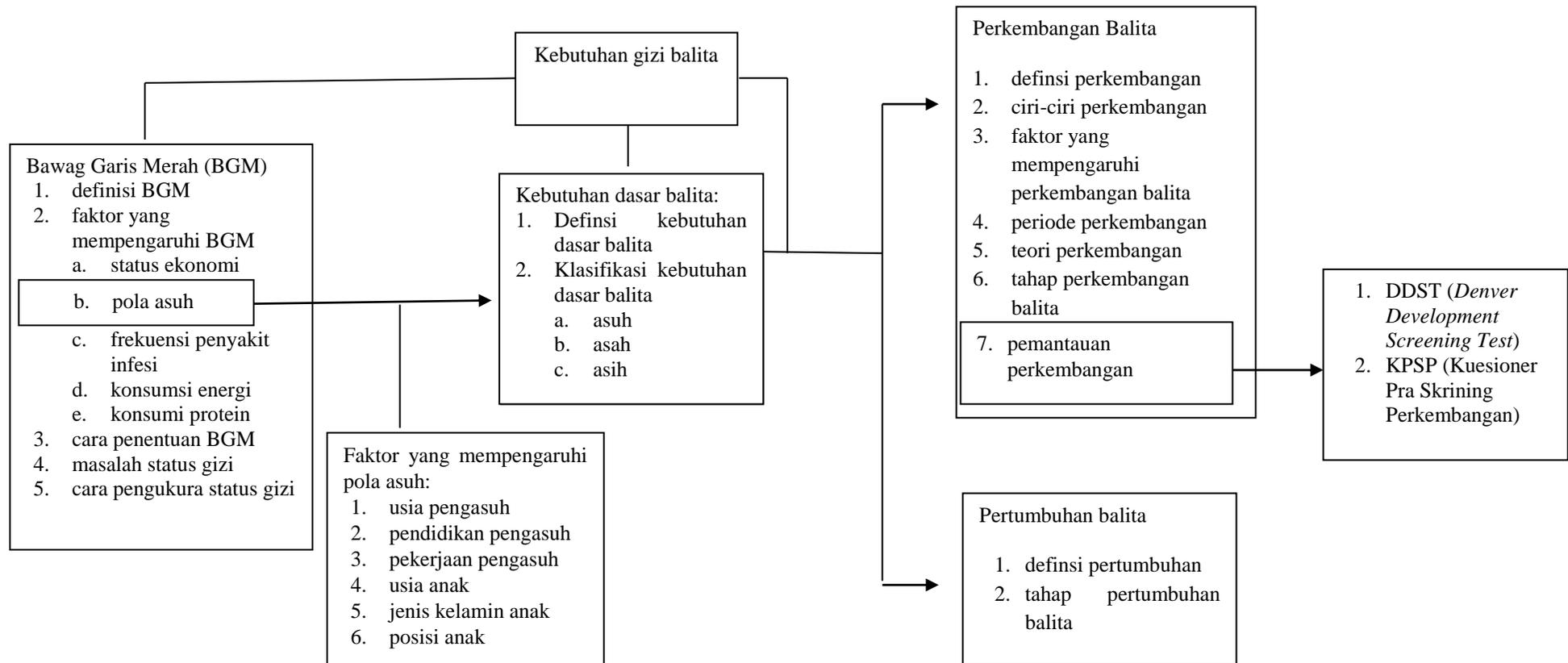
- 1) balita termasuk kategori sangat kurus jika hasil penghitungan nilai z score < -3 SD
- 2) balita termasuk kategori kurus jika hasil penghitungan nilai z score -3 SD sampai dengan -2 SD
- 3) balita termasuk kategori normal jika hasil penghitungan nilai z score -2 SD sampai dengan 2 SD
- 4) balita termasuk kategori gemuk jika hasil penghitungan nilai z score >2 SD

2.6 Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita dengan Perkembangan Balita yang Mengalami BGM

Bayi dan balita dapat tumbuh dengan optimal apabila kebutuhan pokok mereka terpenuhi. Kebutuhan pokok atau kebutuhan dasar tersebut adalah kebutuhan asuh atau kebutuhan fisik dan biologis, kebutuhan asah atau stimulasi dini pada anak, dan kebutuhan asih atau kebutuhan kasih sayang. Kebutuhan ini harus dipenuhi secara bersamaan mulai anak dalam kandungan hingga lahir, karena ketiga kebutuhan tersebut saling berpengaruh satu sama lain (Soedjatmiko, 2009).

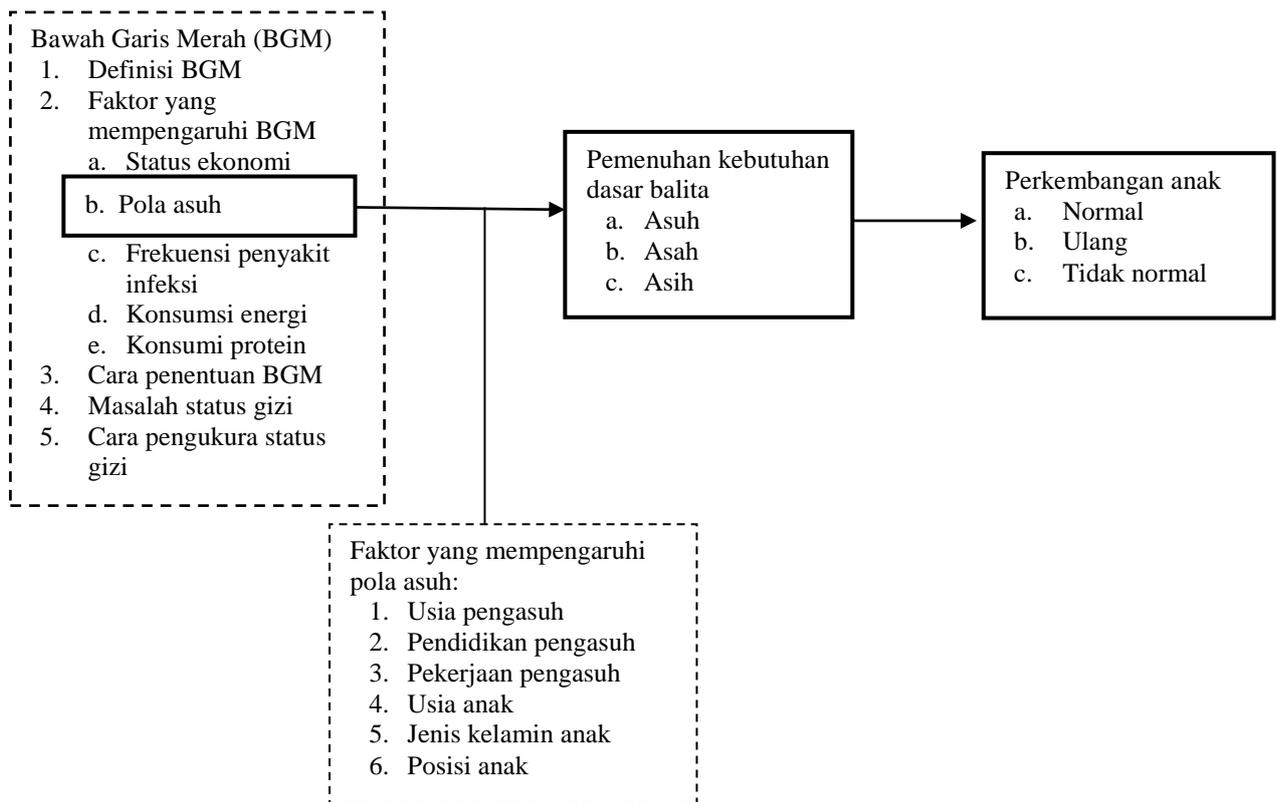
Kebutuhan dasar merupakan salah satu faktor pencetus dari masalah kekurangan gizi, seperti BGM. Kesalahan pola asuh juga dapat mencetuskan masalah kekurangan gizi pada anak balita. Pola asuh yang signifikan mempengaruhi masalah kekurangan gizi yaitu kebutuhan dasar anak asuh, asah, dan asih. Kebutuhan dasar balita yang tidak terpenuhi secara optimal pada anak yang memiliki masalah kekurangan gizi menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan anak tidak berjalan secara optimal (Sulistiyani, 2010).

2.7 Kerangka Teori



BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Keterangan:

 : Variabel yang diteliti

 : Variabel yang tidak diteliti

3.2 Hipotesis

Ho : Tidak ada hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember

Ha : Adanya hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *crosssectional*. Penelitian *crosssectional* adalah penelitian yang mengukur variabel bebas dan variabel terikat pada periode bersamaan. Penelitian *crosssectional* digunakan untuk mengetahui hubungan antara suatu penyakit dan variabel yang ada di masyarakat pada suatu saat tertentu (Chandra, 2008). Variabel yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pemenuhan kebutuhan dasar balita dengan perkembangan balita yang mengalami BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah kumpulan individu dengan kualitas ataupun ciri-ciri tertentu yang telah ditetapkan sesuai tujuan (Nazir, 2009). Populasi penelitian ini adalah seluruh balita yang mengalami BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. Berdasarkan data Puskesmas Jember pada September 2013 balita yang mengalami BGM di Desa Sukojember berjumlah 28 balita.

4.2.2 Sampel Penelitian

Teknik pengambilan sampel akan menggunakan *total sampling* yaitu pengambilan seluruh anggota populasi sebagai sampel (Setiadi, 2007). Besar total

sampel dalam penelitian ini adalah 28 balita yang mengalami BGM di Desa Sukojember Kabupaten Jember.

4.2.3 Kriteria Sampel

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik yang dimiliki oleh subjek penelitian pada populasi target, sehingga subjek dapat dijadikan sampel (Riyanto, 2011). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) balita berstatus BGM yang tinggal bersama pengasuh (orang tua atau nenek) di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember;
- 2) pengasuh dan balita bersedia menjadi responden penelitian;
- 3) balita tidak sedang dalam keadaan sakit
- 4) balita dan pengasuh bertempat tinggal di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi menurut Riyanto (2011) merupakan karakteristik yang tidak boleh ada dalam sampel atau subjek penelitian, jika sampel memiliki karakteristik tersebut maka sampel harus dikeluarkan menjadi subjek penelitian. Kriteria eksklusi dari penelitian, antara lain:

- 1) balita dan pengasuh memenuhi kriteria inklusi namun tidak bersedia menjadi responden penelitian;
- 2) balita dan pengasuhnya berpindah-pindah tempat tinggal

Seluruh sampel penelitian yang berjumlah 28 balita termasuk dalam kriteria inklusi, sehingga jumlah total sampel 28 balita.

4.3 Tempat Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember berdasarkan data yang diperoleh desa ini memiliki insidensi balita dengan BGM tertinggi di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu yang diperlukan dalam penyelesaian penelitian ini Maret – September 2013. Penyusunan proposal penelitian ini dimulai Maret hingga Juli 2013. Waktu yang dibutuhkan untuk pengambilan data dan penyelesaian penelitian ini mulai Agustus hingga September 2013.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi variabel-variabel penelitian yang akan diteliti secara operasional dilapangan, sehingga variabel penelitian menjadi terbatas dan fokus (Riyanto, 2011). Variabel independen penelitian adalah pemenuhan kebutuhan dasar balita yang mengalami BGM, sedangkan variabel dependen dari penelitian ini adalah perkembangan balita. Definisi operasional penelitian dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat pengumpul data	Skala	Hasil Ukur
Variabel independen: Pemenuhan kebutuhan dasar balita yang mengalami BGM	Kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar balita yang mengalami BGM (berdasarkan data KMS dan data Puskesmas Jelbuk) dan kebutuhan tersebut terdiri dari kebutuhan asuh, asah, dan asih	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan asuh <ol style="list-style-type: none"> a. zat gizi seimbang b. perawatan kesehatan dasar c. pakaian d. perumahan e. kebersihan diri dan lingkungan f. kesegaran jasmani dan rekreasi 2. kebutuhan asah 3. kebutuhan asih <ol style="list-style-type: none"> a. kasih sayang orang tua b. rasa aman dan nyaman c. harga diri d. dukungan atau dorongan e. rasa memiliki f. mandiri g. kebutuhan untuk mendapatkan pengalaman dan kesempatan 	Kuesioner yang dibuat oleh peneliti berdasarkan konsep teori	Rasio	Pemenuhan kebutuhan dasar balita dalam satuan poin dengan nilai 0-56
Variabel dependen: Perkembangan balita yang mengalami BGM	Tahapan yang dilalui balita yang mengalami BGM (dilihat berdasarkan KMS dan data dari Puskesmas Jelbuk) untuk mencapai kematangan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. kemampuan pada perkembangan motorik halus 2. kemampuan pada perkembangan motorik kasar 3. kemampuan pada perkembangan bahasa 4. kemampuan pada perkembangan sosialisasi 	Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) yang diadaptasi dari Departemen Kesehatan (1993)	Rasio	Perkembangan balita berdasar Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) dalam satuan poin dengan nilai 0-10
Variabel Perancu: Faktor yang mempengaruhi pola asuh	Faktor lain yang mempengaruhi perkembangan balita BGM yang dapat menimbulkan bias pada hasil data yang didapatkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. usia pengasuh 2. pendidikan pengasuh 3. pekerjaan pengasuh 4. usia anak 5. jenis kelamin anak 6. posisi anak 	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. rasio 2. ordinal 3. nominal 4. rasio 5. nominal 6. nominal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. satuan tahun 2. <SD/SD/SMP/SM A/PT 3. ibu rumah tangga/ PNS/pegawai swasta/ petani./ dan lain-lain 4. satuan tahun 5. L/P 6. Tunggal/sulung/ tengah /bungsu

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Sumber data dari penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh peneliti secara langsung dari subjek penelitian (Chandra, 2008). Data primer dari penelitian ini adalah data dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner dan pengukuran perkembangan anak balita BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember dengan menggunakan KPSP.

Data sekunder adalah data yang didapatkan peneliti secara tidak langsung, data tersebut diperoleh dari instansi, institusi terkait, majalah ilmiah, dan hasil penelitian orang lain (Chandra, 2008). Data sekunder penelitian ini yaitu data jumlah balita di Jember, jumlah balita yang berstatus BGM di Kabupaten Jember dan di Puskesmas Jelbuk yang didapatkan dari beberapa instansi terkait, seperti dinas kesehatan Kabupaten Jember, Puskesmas Jelbuk, Biro Pusat Statistik Jember.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan sebuah proses yang sistematis untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti (Nazir, 2009). Teknik atau metode pengumpulan data yang telah dilakukan oleh peneliti adalah teknik wawancara.

Peneliti melakukan *skrining* balita yang mengalami BGM di Desa Sukojember dengan mengikuti kegiatan posyandu. Peneliti melakukan evaluasi KMS balita di bulan September 2013 dengan melihat hasil pengukuran berat

badan balita. Peneliti melakukan pengambilan data dengan cara *door to door*. Peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan proses yang akan dilakukan dalam penelitian dan dilanjutkan dengan penandatanganan lembar *informed consent* setelah responden menyatakan setuju menjadi responden penelitian. Data primer dikumpulkan dengan melakukan wawancara pada pengasuh anak yang berstatus BGM dengan menggunakan kuesioner pemenuhan kebutuhan dasar anak. Peneliti melakukan pengukuran perkembangan anak melalui kuesioner pra skrining perkembangan dengan melakukan pengamatan pada anak dan memberikan pertanyaan pada pengasuh terkait kemampuan anak.

4.6.3 Alat Pengumpul Data

Peneliti menggunakan lembar kuesioner sebagai alat pengumpul data. Lembar kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 2 kuesioner yaitu lembar kuesioner untuk menilai variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita dan lembar kuesioner pra skrining perkembangan.

Pengukuran variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita menggunakan kuesioner dengan menggunakan skala *guttman* dengan dua pilihan jawaban yaitu ya dan tidak. Pertanyaan dalam kuesioner terdiri dari pertanyaan *favorable* atau pertanyaan yang mendukung teori dan pertanyaan *unfavorable* atau pertanyaan yang tidak mendukung teori. Skor untuk pertanyaan *favorable* dengan jawaban ya skor 1 dan jawaban tidak skor 0, sedangkan pertanyaan *unfavorable* diberikan skor 1 untuk jawaban tidak dan skor 0 untuk jawaban ya.

Tabel. 4.2 *Blue print* alat pengumpul data kuesioner penelitian

Variabel	Indikator	Pertanyaan		Jumlah Pertanyaan
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
kebutuhan dasar balita	1. kebutuhan asuh	1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28,	2, 3, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 29, 30, 31, 32	32
	2. kebutuhan asah	34, 36, 37, 38, 39	33, 35, 40, 41	9
	3. kebutuhan asih	42, 43, 44, 46, 47, 49, 52, 53, 56	45, 48, 50, 51, 54, 55	15
Jumlah		34	22	56

Pengukuran variabel perkembangan menggunakan kuesioner pra skrining perkembangan milik Depkes yang mengadaptasi desain kuesioner DDST (*Denver Development Screening Test*) dengan penyesuaian kondisi yang ada di Indonesia. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan, dengan masing-masing pertanyaan berisi komponen yang sama yaitu mengukur indikator perkembangan motorik kasar, motorik halus, sosialisasi, dan kemampuan berbahasa anak sesuai dengan tahap tumbuh kembangnya. Masing-masing pertanyaan memiliki skor 1 untuk jawaban ya, sehingga nilai total dari kuesioner ini adalah 10 jawaban ya, dan jawaban tidak diberikan skor 0.

Tabel 4.3 Interpretasi hasil KPSP

Skor Kuesioner	Interpretasi Hasil
9-10	normal
7-8	meragukan
<7	tidak normal

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Syarat penting pada kuesioner atau alat ukur dalam penelitian adalah kuesioner atau alat ukur tersebut harus valid dan reliabel, oleh karena itu perlu

dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada kuesioner atau alat ukur tersebut (Riyanto, 2011). Uji validitas dan reliabilitas dilaksanakan di Desa Panduman Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember karena desa tersebut memiliki jumlah balita BGM tertinggi ketiga setelah Desa Sucopangepok. Jumlah responden yang digunakan untuk uji validitas dan reliabilitas berjumlah 20 responden sesuai yang diungkapkan Notoatmodjo (2012) bahwa uji coba alat ukur dilakukan dengan jumlah responden minimal 20 responden untuk mendapatkan hasil pengukuran yang mendekati normal. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada alat ukur pemenuhan kebutuhan dasar balita.

a. Uji Validitas

Validitas merupakan ketepatan dalam mengukur variabel yang ingin diukur, sehingga kuesioner yang valid dapat menggambarkan variabel yang diukur dengan benar. Uji validitas suatu instrumen penelitian dilakukan dengan melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Uji validitas yang digunakan untuk mengukur validitas kuesioner adalah *korelasi pearson product moment*. Hasil uji validitas dikatakan valid jika r hitung (r pearson) lebih dari r tabel, jika r hitung (r pearson) kurang dari r tabel maka pertanyaan kuesioner tersebut tidak valid (Riyanto, 2011). Hasil uji validitas yang telah dilakukan mendapatkan hasil dengan membandingkan r hasil $>$ r tabel yaitu 56 pertanyaan valid dari 80 pertanyaan.

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kestabilan hasil ukur dari suatu instrumen. Kuesioner dikatakan reliabel jika jawaban dari pertanyaan-pertanyaan di

kuesioner dijawab dengan jawaban yang sama dan konsisten dari waktu ke waktu. Uji reliabilitas dilakukan setelah pertanyaan dinyatakan valid dengan menggunakan *cronbach alpha*. Hasil uji reliabilitas kuesioner atau alat ukur dinyatakan reliabel jika nilai *cronbach alpha* lebih dari r tabel (Riyanto, 2011).

Tabel. 4.4 Perbedaan Kisi-kisi Instrumen Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita Sebelum dan Sesudah Uji Validitas

Variabel: Pemenuhan kebutuhan dasar balita	Sebelum Uji Validitas		Jumlah Butir	Sesudah Uji Validitas		Jumlah Butir	Validitas	Reliabilitas
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>			
Kebutuhan Asuh	1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 45, 46	2, 4, 5, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 30, 38, 40, 42, 43, 44, 47	47	1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28,	2, 3, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 29, 30, 31, 32	32	-0,319 - 0,863	0,974
Kebutuhan Asah	49, 51, 52, 53, 54	48, 50, 55, 56, 57	10	34, 36, 37, 38, 39	33, 35, 40, 41	9	0,335 – 0,863	0,974
Kebutuhan Asih	58, 59, 60, 62, 63, 64, 67, 70, 72, 74, 75, 78, 80	61, 65, 66, 68, 69, 71, 73, 76, 77, 79	23	42, 43, 44, 46, 47, 49, 52, 53, 56	45, 48, 50, 51, 54, 55	15	-0,348 – 0,711	0,974
Total	49	31	80	34	22	56		

$$df = 20 - 2 = 18, r = 0,444$$

Hasil uji validitas yang telah dilakukan mendapatkan hasil bahwa pertanyaan yang memiliki nilai r hasil kurang dari r tabel (0,444) di *drop out* dari daftar pertanyaan karena nilainya kurang dari r tabel yaitu 24 pertanyaan yang nilainya kurang dari r tabel, sehingga pertanyaan berjumlah 56

pertanyaan. Hasil uji reliabilitas kuesioner pemenuhan kebutuhan dasar balita menunjukkan nilai $r\ alpha$ (0,984) > nilai r tabel (0,444), sehingga 56 pertanyaan tersebut dapat dikatakan reliabel. Alat ukur Kuesioner Praskrining Perkembangan (KPSP) tidak perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas karena KPSP merupakan alat ukur yang sudah baku dari dinas kesehatan. Penelitian Hidayat (2010) menunjukkan hasil bahwa KPSP memiliki nilai sensitivitas sebesar 95% dan spesifitas 63%. Peneliti tidak melakukan uji instrumen pada kuesioner praskrining perkembangan, namun peneliti telah melakukan uji kompetensi untuk mengukur kemampuan peneliti dalam melakukan pengukuran perkembangan dengan KPSP.

4.7 Rencana Pengolahan Data dan Analisa Data

4.7.1 Editing

Proses *editing* dilakukan sendiri oleh peneliti dengan memeriksa ulang kelengkapan data yang telah dikumpulkan peneliti yang terdiri dari data karakteristik responden, data pemenuhan kebutuhan dasar balita, dan data perkembangan balita yang telah dikumpulkan oleh peneliti.

4.7.2 Coding

Peneliti memberikan kode pada hasil data dari kuesioner untuk mempermudah peneliti dalam melakukan analisa data. Peneliti melakukan *coding* pada variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita, perkembangan balita, pendidikan pengasuh, pekerjaan pengasuh, jenis kelamin balita, dan posisi balita. Kode diberikan pada variabel dibawah ini:

a. variabel pemenuhan kebutuhan dasar anak:

- | | |
|---|---------------|
| 1) Kebutuhan dasar anak tidak terpenuhi | diberi kode 0 |
| 2) Kebutuhan dasar anak terpenuhi | diberi kode 1 |

b. variabel perkembangan anak

- | | |
|---------------------------|---------------|
| 1) Hasil tes tidak normal | diberi kode 0 |
| 2) Hasil tes meragukan | diberi kode 1 |
| 3) Hasil tes normal | diberi kode 2 |

c. pendidikan pengasuh

- | | |
|--|---------------|
| 1) Tidak tamat Sekolah Dasar (SD)/ tidak sekolah | diberi kode 0 |
| 2) Sekolah Dasar (SD) | diberi kode 1 |
| 3) Sekolah Menengah Pertama (SMP) | diberi kode 2 |
| 4) Sekolah Menengah Atas (SMA) | diberi kode 3 |
| 5) Perguruan tinggi (DI, DIII, SI) | diberi kode 4 |

d. pekerjaan pengasuh

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1) Ibu rumah tangga | diberi kode 0 |
| 2) PNS | diberi kode 1 |
| 3) Pegawai Swasta | diberi kode 2 |
| 4) Petani | diberi kode 3 |
| 5) Lain-lain | diberi kode 4 |

e. jenis kelamin anak

- | | |
|--------------|---------------|
| 1) Laki-laki | diberi kode 0 |
| 2) Perempuan | diberi kode 1 |

f. Posisi anak

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1) Anak tunggal | diberi kode 0 |
| 2) Anak sulung | diberi kode 1 |
| 3) Anak tengah | diberi kode 2 |
| 4) Anak bungsu | diberi kode 3 |

4.7.3 *Processing/Entry*

Proses memasukkan data dilakukan peneliti dengan memasukkan data yang didapatkan oleh peneliti dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner pemenuhan kebutuhan dasar balita, KPSP, dan karakteristik responden ke dalam program SPSS 17.

4.7.4 *Cleaning*

Peneliti melakukan *cleaning* data dengan melakukan pemeriksaan ulang data yang telah dikumpulkan, data yang telah dikumpulkan oleh peneliti lengkap dalam pengisian kuesioner, sehingga proses ini memudahkan peneliti untuk melakukan pengolahan data.

4.7.5 Teknik Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat yang dilakukan oleh peneliti adalah analisa pada data kategorik dan numerik. Jenis data kategorik peneliti mencari distribusi frekuensi dan presentase dari karakteristik responden yang terdiri dari pekerjaan pengasuh, pendidikan pengasuh, jenis kelamin balita, posisi balita

pada balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. Jenis data numerik dilakukan analisa data dengan mencari *mean*, *median*, dan *modus* pada variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita, variabel perkembangan anak yang mengalami BGM, usia pengasuh, dan usia anak yang mengalami BGM. Variabel dalam penelitian ini variabel *dependent* yaitu perkembangan anak yang berstatus BGM dan variabel *independent* yaitu pemenuhan kebutuhan dasar anak yang berstatus BGM. Analisa data univariat yang dilakukan dalam variabel pemenuhan kebutuhan dasar dan perkembangan balita disajikan menghitung nilai *mean*, *median*, dan *modus*.

Pengkategorian data dilakukan dengan *cut of point* data. Distribusi data yang didapatkan peneliti berdistribusi normal, sehingga peneliti mengkategorikan data dengan metode *cut of point* menggunakan mean dari data.. Jumlah nilai dari setiap item pertanyaan pemenuhan kebutuhan dasar balita dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu terpenuhinya kebutuhan dasar balita dan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar balita. Sedangkan nilai dari setiap item pertanyaan variabel perkembangan balita telah dijumlahkan dan dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu jawaban ya berjumlah 9-10 (perkembangan anak normal), jawaban ya 7-8 (perlu dilakukan pengulangan pengukuran), jumlah jawaban ya kurang dari 7 (perkembangan anak tidak normal).

b. Analisa Bivariat

Penelitian ini merupakan penelitian yang melakukan analisa terhadap dua variabel yaitu variabel numerik dan variabel numerik yaitu variabel

pemenuhan kebutuhan dasar asuh, asih, dan asah dengan variabel perkembangan balita yang mengalami BGM. Analisa data yang dipilih adalah *regresi linier* sederhana karena jenis data dari variabel yang diukur adalah data numerik dan numerik. Peneliti menggunakan uji *regresi linier* sederhana karena tujuan peneliti untuk mengetahui hubungan kedua variabel yang jenis datanya numerik, dengan uji ini peneliti juga dapat mengetahui kekuatan hubungan, dan prediksi nilai variabel dependent dari penelitian ini yaitu variabel perkembangan balita.

4.8 Etika Penelitian

Guna menghindari efek samping yang akan terjadi dari penelitian yang belum dapat diprediksi maka sebuah penelitian memerlukan sebuah etik untuk memberikan perlindungan pada responden (Potter dan Perry, 2005). Adapun pertimbangan etis yang dapat menjadi masalah diantaranya:

a. *Informed Consent*

Prosedur memberikan informasi kepada responden terkait dengan penelitian, implikasi penelitian, tujuan dan prosedur penelitian. Papalia, Diane E.. *et. al* (2008) menegaskan bahwa *informed consent* ada saat responden telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan menghindari terjadinya eksploitasi terhadap responden. Penerapan *informed consent* dalam penelitian ini diawali dengan menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur penelitian. Peneliti selanjutnya meminta persetujuan responden untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan, responden yang setuju harus menandatangani lembar *consent* yang disediakan oleh peneliti.

b. Kerahasiaan

Kerahasiaan adalah suatu tindakan menjaga dan menjamin informasi yang telah diberikan oleh responden tidak akan diketahui oleh orang lain untuk mengidentifikasi responden selain peneliti. Peneliti menjaga kerahasiaan informasi yang menyangkut privasi responden seperti data pribadi tentang alamat dan usia pengasuh. Seluruh informasi di atas tidak disebarluaskan di luar kepentingan penelitian ini.

c. *Anonimity*

Anonimity yaitu suatu tindakan peneliti dalam menjaga kerahasiaan identitas responden dengan cara tidak dapat mencantumkan identitas responden dalam data penelitian yang akan dipaparkan. Penerapan *anonimity* dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti dengan tidak menuliskan nama responden dalam kuesioner penelitian, namun menggunakan inisial responden serta dituliskan nomor responden pada setiap lembar wawancara, sehingga memudahkan peneliti dalam menjaga kerahasiaan identitas responden.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *crosssectional*. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. Desa Sukojember termasuk dalam wilayah Kecamatan Jelbuk yang terdiri dari desa yaitu Desa Jelbuk, Desa Panduman, Desa Sukowiryo, Desa Sukojember, Desa Sucopangepok, dan Desa Suger Kidul.

Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 12 September 2013. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling* yaitu sejumlah 28 balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember. Pengambilan data menggunakan kuesioner pemenuhan kebutuhan dan kuesioner praskrining perkembangan (KPSP). Peneliti melakukan wawancara kepada pengasuh dan mengukur perkembangan balita secara *door to door*. Wawancara menggunakan kuesioner dilakukan setelah responden menandatangani lembar *informed consent* yang sebelumnya responden telah dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian oleh peneliti. Data hasil pengisian kuesioner diolah melalui beberapa tahapan yaitu *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning*. Hasil dari *coding* dan *scoring* pemenuhan kebutuhan dasar balita dikategorikan menjadi 2 yaitu terpenuhi dan tidak terpenuhi berdasarkan *cut of point* data.

5.1 Hasil Penelitian

Hasil penelitian didapatkan dari hasil analisa univariat pada data karakteristik umum responden yang terdiri dari usia pengasuh, pekerjaan, pendidikan pengasuh, usia balita, jenis kelamin balita, posisi balita, variabel kebutuhan dasar balita dan variabel perkembangan balita yang berstatus BGM. Analisa bivariat untuk menganalisa hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita dengan perkembangan balita yang berstatus BGM.

5.1.1 Distribusi Karakteristik Umum Responden

Karakteristik umum responden penelitian yaitu usia pengasuh, pekerjaan pengasuh, pendidikan pengasuh, usia balita, jenis kelamin balita, dan posisi balita.

Hasil analisa univariat dari karakteristik responden terdapat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia pengasuh dan usia balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember September 2013

Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Minimal-maksimal
Usia Pengasuh	27,04	26	27	6,552	19-50
Usia Anak	34,54	36	36	14,395	7-59

Sumber : Data Primer, September 2013

Tabel 5.1 menunjukkan distribusi responden berdasarkan usia pengasuh balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember rata-rata berusia 27,04 tahun. Usia pengasuh yang paling banyak adalah usia 27 tahun. Tabel 5.1 juga menguraikan distribusi responden berdasarkan usia balita. Usia balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember rata-rata berusia 34,54 bulan. Balita BGM paling banyak berusia 36 bulan.

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan pengasuh, pendidikan pengasuh, jenis kelamin balita, posisi balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember September 2013

Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
Pekerjaan Pengasuh		
a. Ibu rumah tangga	24	85,7
b. Pegawai swasta	1	3,6
c. Petani	3	10,7
Total	28	100
Pendidikan pengasuh		
a. Tidak sekolah	2	7,1
b. SD	20	71,4
c. SMP	5	17,9
d. SMA	1	3,6
Total	28	100
Jenis kelamin balita		
a. Laki-laki	9	32,1
b. Perempuan	19	67,9
Total	28	100
Posisi balita		
a. Tunggal	13	46,4
b. Sulung	1	3,6
c. Bungsu	14	50
Total	28	100

Sumber : Data Primer, September 2013

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi responden berdasarkan pekerjaan pengasuh balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar adalah ibu rumah tangga yang berjumlah 24 orang (85,7%), ibu yang bekerja sebagai petani berjumlah 3 orang (10,7%), dan sisanya bekerja sebagai pegawai swasta yaitu 1 orang (3,6%). Ibu pengasuh balita yang berstatus BGM tidak ada yang bekerja sebagai PNS (Pegawai Negeri Sipil) dan pekerjaan lain yang belum disebutkan dalam tabel.

Distribusi responden berdasarkan pendidikan pengasuh balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember yang ditunjukkan pada tabel 5.2 sebagian besar berpendidikan SD yaitu sebanyak 20 orang (71,4%), pengasuh yang berpendidikan SMP berjumlah 5 orang (17,9%),

pengasuh yang tidak bersekolah berjumlah 2 orang, dan yang paling sedikit adalah pendidikan SMA berjumlah 1 orang (3,6%). Pengasuh balita BGM tidak ada yang berpendidikan di perguruan tinggi.

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi responden berdasarkan jenis kelamin balita. Jenis kelamin balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu 19 balita (67,9%) dan sisanya berjenis kelamin laki-laki yang berjumlah 9 balita (32,1%).

Tabel 5.2 menguraikan distribusi frekuensi berdasarkan posisi balita dalam keluarga. Posisi balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar adalah anak bungsu yaitu 14 balita (50%), sisanya balita dalam posisi anak tunggal dalam keluarga berjumlah 13 orang (46,4%), posisi balita menjadi anak sulung berjumlah 1 balita (3,6%), dan posisi balita sebagai anak tengah tidak ada (0%).

5.1.2 Distribusi Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita yang Berstatus BGM

Analisa univariat dari variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita terdiri dari nilai *mean* yaitu 33,07 dengan nilai *median* dan *modus* adalah 33. Variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita dikategorikan berdasarkan *cut of point* data dengan mengacu pada distribusi data. Cara mengidentifikasi distribusi data diantaranya dengan grafik histogram dan kurva normal, menggunakan nilai *skewness* dan *standart error*, uji *komolgorov smirnov*.

Peneliti menggunakan teknik membagi nilai *skewness* dengan *standart error skewness*. Distribusi data normal jika hasil bagi keduanya ≤ 2 . Nilai *skewness* variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita adalah 0,162 dan *standart error of skewness* adalah 0,441. Hasil bagi keduanya yaitu 0,367, sehingga dapat disimpulkan variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita berdistribusi normal. Variabel ini dikategorikan dengan metode *cut of point* yang mengacu pada *mean* data karena distribusi data normal. Peneliti mengkategorikan variabel pemenuhan kebutuhan dasar menjadi kebutuhan dasar balita terpenuhi jika skor yang diperoleh $\geq 33,07$ dan kebutuhan dasar balita tidak terpenuhi jika skor yang diperoleh $< 33,07$. Proporsi variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita dapat dilihat di tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pemenuhan kebutuhan dasar balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember September 2013

Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
Pemenuhan kebutuhan dasar balita		
a. Terpenuhi	10	35,7
b. Tidak terpenuhi	18	64,3
Total	28	100

Sumber : Data Primer, September 2013

Tabel 5.3 menunjukkan distribusi data pemenuhan kebutuhan dasar balita. Kebutuhan dasar balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar tidak terpenuhi yaitu 18 balita (64,3%) dan sisanya berjumlah 10 balita (35,7%) dinyatakan memenuhi kebutuhan dasar balita.

Hasil penelitian terhadap 28 responden didapatkan sebagian besar balita berstatus BGM kebutuhannya tidak terpenuhi. Kebutuhan dasar balita terdiri dari

tiga kebutuhan yaitu kebutuhan asuh, asah, dan asih. Ketiga kebutuhan tersebut terangkum dalam tabel 5.4.

Tabel 5.4 Distribusi responden menurut kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember September 2013

Variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita	Frekuensi pemenuhan kebutuhan dasar balita				Total	
	Terpenuhi		Tidak terpenuhi		f	%
	F	%	F	%		
Kebutuhan asuh	13	46,4	15	53,6	28	100
Kebutuhan asah	11	39,3	17	60,7	28	100
Kebutuhan asih	13	46,4	15	53,6	28	100

Sumber: Data Primer, September 2013

Tabel 5.4 menunjukkan uraian dari variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita yang terdiri dari kebutuhan asuh, asah, dan asih. Distribusi data pada kebutuhan asuh adalah normal karena didapatkan hasil bagi *skewness* dengan *standart error* adalah 0,88 yaitu hasil bagi dari 0,390 dengan 0,441, sehingga *cut of point* mengacu pada nilai *mean* yaitu 17,4. Kebutuhan asuh anak terpenuhi jika skor yang diperoleh $\geq 17,4$ dan kebutuhan asuh anak tidak terpenuhi jika skor yang diperoleh $< 17,4$. Hasil yang didapatkan sebagian besar balita kebutuhan asuh tidak terpenuhi yaitu sebanyak 15 responden (53,6%) dan 13 responden kebutuhan asuhnya terpenuhi yaitu sebesar 13 responden (46,4%).

Distribusi data kebutuhan asah balita adalah berdistribusi normal dengan hasil bagi *skewness* dengan *standart error* adalah 0,92 dari hasil bagi 0,410 dengan 0,441, sehingga *cut of point* data menggunakan nilai mean dari data yaitu 6,4. Kebutuhan asah balita tidak terpenuhi jika mendapatkan skor $< 6,4$ dari 9

pertanyaan dan kebutuhan asah terpenuhi jika mendapatkan skor $\geq 6,4$. Jumlah responden yang mampu memenuhi kebutuhan asah anaknya yaitu sebanyak 11 responden (39,3%) dan sebagian besar responden tidak dapat memenuhi kebutuhan asah anak yaitu sebesar 17 responden (60,7%).

Data kebutuhan asih anak berdistribusi normal yang ditunjukkan dengan hasil bagi nilai *skewness* dengan *standart error* yang mendapatkan nilai sebesar -0,09 dari hasil bagi -0,41 dengan 0,441, sehingga *cut of point* data menggunakan nilai *mean* yaitu 8,4. Kebutuhan asih tidak terpenuhi jika skor yang didapatkan $< 8,4$ dan kebutuhan asih terpenuhi jika skor yang didapatkan $\geq 8,4$. Hasil yang didapatkan sebagian besar responden tidak memenuhi kebutuhan asih anak yaitu 15 responden (53,6%) dan responden yang dapat memenuhi kebutuhan asih anak sebesar 13 responden (46,4%).

5.1.3 Distribusi Perkembangan Balita yang Berstatus BGM

Perkembangan balita yang berstatus BGM diukur dengan kuesioner praskrining perkembangan (KPSP). Nilai *mean* dari variabel perkembangan balita adalah 8,14. Nilai *median* dan *modus* dari variabel ini adalah 8. Interpretasi hasil pengukuran perkembangan anak telah terdapat standar baku yang dikategorikan menjadi 3 yaitu anak normal jika skor yang didapatkan bernilai ≥ 9 jika skor yang didapatkan 7-8 maka anak dikatakan meragukan, dan jika skor yang didapatkan < 7 maka anak dapat dikatakan mengalami keterlambatan perkembangan.

Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember September 2013

Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
Perkembangan balita		
a. Perkembangan normal	9	32,1
b. Perkembangan anak meragukan	18	64,3
c. Keterlambatan perkembangan	1	3,6
Total	28	100

Sumber : Data Primer, September 2013

Berdasarkan tabel 5.5 menguraikan perkembangan anak sebagian besar dikatakan meragukan yaitu 18 balita (64,3%). Balita yang perkembangannya normal berjumlah 9 balita (32,1%) dan sisanya tidak normal yaitu 1 balita (3,6%).

5.1.4 Analisa Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita dengan Perkembangan Balita yang Berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember

Analisa hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember dengan menggunakan uji statistik *regresi linier* sederhana dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Analisis regresi pemenuhan kebutuhan dasar balita dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember

Variabel	R	R ²	Persamaan Garis	p value
Pemenuhan kebutuhan dasar balita	0,519	0,269	Perkembangan Balita= -3,100 + 0,340 * Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita	0,005

Sumber: Data Primer, September 2013

Tabel 5.6 di atas menunjukkan hasil uji *regresi linier* sederhana dengan hasil nilai koefisien determinasi 0,269 artinya persamaan garis regresi yang didapatkan dapat menerangkan 26,9 % variasi nilai perkembangan balita. Nilai *p value* $(0,005) < \alpha (0,05)$ dengan tingkat kepercayaan 95%, maka dapat disimpulkan bahwa model *regresi linier* sederhana cocok dengan data yang ada atau H_0 ditolak berarti ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan kebutuhan dasar balita dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. Hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita dengan perkembangan balita yang berstatus BGM menunjukkan hubungan yang sedang berdasarkan nilai $r = 0,519$ dan menunjukkan pola positif yang berarti semakin tinggi nilai pemenuhan kebutuhan dasar balita, maka semakin tinggi pula nilai perkembangan balita. Persamaan garis yang didapatkan yaitu:

$$Y = a + bX$$

$$\text{Perkembangan balita} = -3,100 + 0,340 * (\text{pemenuhan kebutuhan dasar balita})$$

Persamaan tersebut dapat membantu memperkirakan perkembangan anak jika kita mengetahui nilai pemenuhan kebutuhan dasar balita. Misalnya peneliti ingin mengetahui perkembangan balita jika diketahui nilai pemenuhan kebutuhan dasar balita sebesar 33 maka:

$$\text{Perkembangan balita} = -3,100 + 0,340 * (\text{pemenuhan kebutuhan dasar balita})$$

$$\text{Perkembangan balita} = -3,100 + 0,340 * (33)$$

$$\text{Perkembangan balita} = 8,12$$

Prediksi *regresi linier* sederhana tidak menghasilkan angka yang tepat, seperti perkembangan anak tepat 8,12, sehingga skor perkembangan diprediksi melalui *standart error of the estimated (SEE)* yaitu sebesar 0,878, sehingga variasi variabel dependen = $Z * SEE = 1,96 * 0,878 = \pm 1,72$. Nilai prediksi diolah dengan nilai variasi variabel dependen yaitu $8,12 \pm 1,72$. Jadi pada tingkat kepercayaan 95% untuk nilai pemenuhan kebutuhan dasar balita 33 diprediksi skor perkembangan balita antara nilai 6,4 sampai 9,84.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Karakteristik Responden

Hasil dari tabel 5.1 diketahui distribusi responden berdasarkan usia pengasuh balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember rata-rata berusia 27,04 tahun. Wong (2008) mengatakan bahwa usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi orang tua untuk melaksanakan peran pengasuh karena usia yang terlalu muda atau terlalu tua akan mempengaruhi pengasuhan yang diberikan orang tua kepada anak. Faktor usia juga mempengaruhi keadaan fisik seseorang rentan terhadap penyakit (Chandra, 2008). Kondisi fisik pengasuh berhubungan dengan pola asuh yang diberikan kepada anak (Sulistiyani, 2010). Usia 27 tahun tergolong dalam usia dewasa muda berdasarkan teori Eric Erickson (dalam Potter dan Perry, 2005). Tugas perkembangan yang harus dilalui pada usia dewasa muda adalah membina keintiman dengan lawan jenis, membentuk keluarga baru, belajar mengasuh anak, membina rumah tangga, dan bekerja untuk memenuhi kebutuhannya sendiri

(Potter dan Perry, 2005). Berdasarkan penelitian Dewi (2011) mengemukakan bahwa semakin tua usia ibu (pengasuh), maka pola asuh pemberian makan dan praktik kesehatan akan semakin baik. Uraian di atas memperkuat hasil penemuan peneliti bahwa usia 27 tahun dapat dikatakan sebagai usia yang sudah cukup matang secara fisik dan mental untuk dapat membina rumah tangga, sehingga dapat memenuhi kebutuhan anak sesuai dengan periode pertumbuhan dan perkembangan anak.

Distribusi responden berdasarkan pekerjaan pengasuh balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar adalah ibu rumah tangga yang berjumlah 24 orang (85,7%). Ibu rumah tangga menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah seorang wanita yang mengatur dan melakukan berbagai macam pekerjaan rumah tangga (tidak bekerja). Pekerjaan menentukan status ekonomi sebuah keluarga. Status ekonomi yang tinggi menunjukkan kebutuhan keluarga yang terpenuhi seutuhnya (Sujono dan Sukarmin, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Septherina (2005) mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan status gizi balita. Hasil penelitian Dewi (2011) mengungkapkan bahwa pekerjaan orang tua atau pengasuh mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal tersebut disebabkan oleh kurangnya waktu yang diberikan oleh orang tua untuk memberikan stimulasi perkembangan dan pemenuhan kebutuhan pertumbuhan anak. Ibu yang bekerja mengurangi waktunya untuk memberikan stimulasi perkembangan pada anak (Dewi, 2011). Uraian di atas berkebalikan dengan hasil yang didapatkan oleh peneliti bahwa pengasuh pada anak yang berstatus BGM

sebagian besar adalah ibu rumah tangga atau tidak bekerja. Ibu yang tidak bekerja memiliki waktu lebih banyak untuk mengasuh pertumbuhan dan perkembangan anak, namun anak justru mengalami masalah pertumbuhan.

Hasil pengolahan data distribusi responden berdasarkan pendidikan pengasuh balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember dapat diketahui sebagian besar berpendidikan SD yaitu sebanyak 20 orang (71,4%). Penelitian Supriatin (2008) mengemukakan bahwa faktor pendidikan orang tua merupakan salah satu penyebab rendahnya pola asuh makan pada anak sehingga rendahnya tingkat pendidikan menggambarkan keterbatasan pengetahuan pengasuh. Ariani dan Mardhani (2012) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa pendidikan orang tua berpengaruh pada perkembangan anak. Tingkat pendidikan pengasuh mempengaruhi informasi yang dimiliki pengasuh tentang cara mengasuh anak, serta mempengaruhi kecepatan penyerapan informasi dari media massa terkait dengan akses informasi tentang kebutuhan gizi anak dan kebutuhan yang menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak.

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi responden berdasarkan usia balita. Usia balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember rata-rata berusia 34,54 bulan. Anak usia 1-3 tahun berada pada masa periode emas pertumbuhan dan perkembangan anak. Periode usia 1-3 tahun merupakan periode yang sangat penting untuk pencapaian perkembangan dan pertumbuhan intelektual anak (Wong, 2008). Tubuh memerlukan cukup banyak zat gizi untuk mengoptimalkan tahap tumbuh kembang anak. Masalah kesehatan

yang muncul dan masalah kurangnya zat gizi pada anak akan dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan hasil penelitian Alfima (2006) tentang yang menunjukkan usia balita merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya BGM. Penelitian yang dilakukan Ariani dan Mardhani (2012) menjelaskan bahwa usia anak dapat mempengaruhi perkembangan anak. Berdasarkan uraian di atas memperkuat hasil penelitian yang menunjukkan sebagian besar balita yang berstatus BGM berusia 1-3 tahun karena periode ini adalah masa keemasan pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga apabila terjadi masalah kesehatan pada masa ini akan memiliki pengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan anak.

Tabel 5.2 menguraikan distribusi responden berdasarkan jenis kelamin balita. Jenis kelamin balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu 19 balita (67,9%) dan sisanya berjumlah laki-laki yaitu 9 balita (32,1%). Wong (2008) menjelaskan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan. Hasil penelitian Werdiningsih (2012) menyatakan bahwa jenis kelamin akan berhubungan dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda antara anak laki-laki dan anak perempuan. Hurlock (1997) menjelaskan bahwa jenis kelamin mempengaruhi aktivitas bermain anak. Penelitian Eka, dkk (2007) mengemukakan bahwa aktivitas bermain akan mempengaruhi perkembangan anak. Anak perempuan lebih sedikit melakukan permainan yang menghabiskan energi dibandingkan anak laki-laki. Hal di atas bukan dikarenakan anak perempuan mengalami gangguan kesehatan,

melainkan stigma dan harapan masyarakat bahwa anak perempuan harusnya menjadi anak yang lembut dan bertingkah laku halus. Uraian di atas mendukung hasil yang didapatkan oleh peneliti bahwa sebagian besar balita yang berstatus BGM adalah berjenis kelamin perempuan.

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi frekuensi berdasarkan posisi balita dalam keluarga. Posisi balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar adalah anak bungsu yaitu 14 balita (50%). Karakteristik anak bungsu menurut (Wong) 2008 yaitu anak bungsu dituntut untuk beradaptasi dengan saudara kandungnya sejak lahir, sehingga anak lebih mudah beradaptasi dengan orang lain. Keluarga yang memiliki anak lebih dari dua dengan saudara kandung dapat menjadi faktor pemicu keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan anak karena anak diharuskan berbagi kebutuhan dengan saudara kandungnya (Sujono dan Sukarmin, 2009). Anak yang memiliki saudara kandung dengan jarak berdekatan akan menimbulkan *sibling* pada anak yaitu ketidaksukaan dan kecemburuan anak saat muncul anggota baru dalam keluarga. Hasil penelitian Yulindar (2012) mengemukakan bahwa di antara semua anggota keluarga, anak yang paling kecil yang paling terpengaruh terhadap kekurangan pangan. Uraian di atas menunjang hasil penelitian bahwa sebagian besar anak yang berstatus BGM adalah anak terakhir dalam keluarga.

5.2.2 Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita

Hasil penelitian ini menunjukkan distribusi data pemenuhan kebutuhan dasar balita. Kebutuhan dasar balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember

Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar tidak terpenuhi yaitu 18 balita (64,3%) dan sisanya berjumlah 10 dinyatakan memenuhi kebutuhan dasar balita (35,7%). Hal ini membuktikan bahwa kebutuhan dasar balita yang mengalami BGM masih belum terpenuhi. Kebutuhan dasar balita merupakan kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan balita yang optimal. Kebutuhan dasar balita terdiri dari kebutuhan asuh, asah, dan asih (Soetjiningsih dalam Nursalam, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan kebutuhan asuh, asah, dan asih anak tidak dipenuhi oleh orang tua. Hal tersebut ditunjang dari hasil penelitian bahwa sebagian besar kebutuhan asuh anak tidak terpenuhi yaitu 15 responden (53,6%), kebutuhan asah anak tidak terpenuhi sebesar 17 responden (60,7%), dan kebutuhan asih anak yang tidak terpenuhi sebesar 15 responden (53,6%). Ketiga kebutuhan di atas harus diberikan secara bersamaan sejak janin hingga anak lahir, karena ketiga kebutuhan di atas saling berpengaruh. Tidak terpenuhinya salah satu kebutuhan di atas akan menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan anak tidak optimal (Soedjatmiko, 2009). Proses pertumbuhan dan perkembangan anak berbeda-beda, sehingga kebutuhan dasar anak harus dipenuhi dengan optimal. Proses tumbuh kembang dapat berjalan lambat atau cepat bergantung dari internal individu dan lingkungan (Hidayat, 2006).

Kebutuhan asuh merupakan kebutuhan dasar yang berfungsi untuk meningkatkan pertumbuhan otak dan pertumbuhan jaringan dalam tubuh contoh kebutuhan asuh diantaranya kebutuhan makanan, tempat tinggal, perawatan kesehatan, kebersihan diri, dan rekreasi (Soetjiningsih dan Roesli dalam

Sulistiyani, 2010). Kebutuhan asah adalah kebutuhan yang dapat meningkatkan stimulasi kecerdasan anak, seperti pemberian alat permainan edukasi sehingga anak lebih cerdas dengan bermain (Soetjiningsih dan Roesli dalam Sulistiyani, 2010). Kebutuhan asih merupakan kebutuhan anak untuk mendapatkan kasih sayang dari orang tua dan lingkungan, kemandirian anak, kebutuhan rasa aman dan nyaman anak (Soetjiningsih dan Roesli dalam Sulistiyani, 2010).

Penelitian Werdiningsih (2012) menemukan hubungan peran ibu dalam pemenuhan kebutuhan dasar anak yang terdiri dari kebutuhan asuh, asah, dan asih terhadap perkembangan motorik halus, motorik kasar, dan personal sosial anak pra sekolah usia 3-6 tahun di TK Baptis Setia Bakti Kediri. Pemenuhan kebutuhan dasar anak (asuh, asah, dan asih) tidak terpenuhi diasumsikan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pekerjaan pengasuh. Pekerjaan dalam keluarga menentukan status ekonomi keluarga. Status ekonomi keluarga yang tinggi menunjukkan kebutuhan keluarga yang dapat terpenuhi seluruhnya (Sujono dan Sukarmin, 2009). Hasil penelitian yang dilakukan Dewi (2011) mengungkapkan bahwa pekerjaan pengasuh mempengaruhi pemenuhan kebutuhan anak yang terdiri dari kebutuhan untuk pertumbuhan dan stimulasi.

Tingkat pendidikan pengasuh dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan dasar (asuh, asah, dan asih) anak, menurut penelitian Supriatin (2008) menunjukkan bahwa pendidikan pengasuh merupakan salah satu penyebab rendahnya pola asuh makan pada anak dan rendahnya pendidikan pengasuh menggambarkan keterbatasan pengetahuan pengasuh tentang kebutuhan dasar yang dibutuhkan anak. Tingkat pendidikan pengasuh yang sebagian besar adalah

SD menggambarkan pengetahuan yang dimiliki pengasuh tentang berbagai macam kebutuhan dasar anak yang harus dipenuhi juga terbatas, sehingga pemenuhan kebutuhan dasar anak tidak terpenuhi dengan baik.

Hasil penelitian diperoleh data bahwa sebagian besar responden tidak memenuhi kebutuhan dasar anak sebanyak 18 responden (64,3%). Hal ini dikarenakan pengetahuan responden tentang pemenuhan kebutuhan dasar balita masih terbatas. Hal ini juga didukung dengan pengasuh belum dapat membedakan kebutuhan dasar anak yang berstatus BGM dan anak normal, sehingga kebutuhan tersebut disamakan dengan kebutuhan anak yang tidak mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) harus dipenuhi secara optimal, karena proses pertumbuhan dan perkembangan masing-masing anak berbeda (Hidayat, 2006).

5.2.3 Perkembangan Balita yang Berstatus BGM

Berdasarkan pengolahan data yang telah dilakukan menguraikan perkembangan anak sebagian besar dikatakan meragukan yaitu 18 balita (64,3%). Balita yang perkembangannya normal berjumlah 9 balita (32,1%) dan sisanya tidak normal yaitu 1 balita (3,6%). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2010) mengemukakan bahwa perkembangan balita mengacu pada bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian.

Perkembangan anak normal jika anak dapat menunjukkan dan mencapai tugas perkembangan anak sesuai dengan tahapan usia anak. Perkembangan anak

tidak normal jika anak tidak dapat melaksanakan tugas perkembangan (perkembangan motorik kasar, motorik halus, kemampuan berbahasa, kemampuan sosialisasi) sesuai usia perkembangannya, seperti anak usia 59 bulan tidak dapat mengayuh sepeda roda tiga yang seharusnya sudah dilalui pada usia 36 bulan (Sunarti, 2009). Tingkat perkembangan anak meragukan jika hasil observasi perkembangan anak yang tidak sesuai dengan pernyataan dalam KPSP tidak lebih dari 2 kemampuan (Depkes RI, 2005).

Tingkat perkembangan anak meragukan belum dapat dikatakan perkembangan anak tidak normal, namun anak juga tidak dapat dikatakan normal untuk memastikan tingkat perkembangan anak normal atau tidak normal perlu dilakukan tes ulang pada 2 minggu setelah pengukuran yang pertama. Hal yang harus diperhatikan dalam pengukuran ulang adalah penghitungan usia anak dengan benar, penentuan alat ukur yang tepat untuk anak sesuai usia perkembangannya (Depkes RI, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan perkembangan anak yang berstatus BGM adalah meragukan, sehingga belum dapat ditentukan perkembangan anak normal atau mengalami keterlamabatan. Perkembangan balita dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut Wong (2008) diantaranya keturunan, nutrisi, hubungan interpersonal, faktor neuroendokrin, tingkat sosial ekonomi, penyakit, bahaya lingkungan stres pada masa anak-anak, pengaruh media masa. Hal tersebut mendukung penelitian ini yang telah mengukur beberapa faktor yang mempengaruhi perkembangan yaitu faktor nutrisi dan interpersonal anak yang termasuk dalam kebutuhan dasar anak (asuh, asah, dan asih).

Gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat diakibatkan oleh pola asuh orang tua yang kurang tepat. Salah satu pola asuh orang tua yang berpengaruh terhadap permasalahan gizi yaitu pemenuhan kebutuhan dasar anak yaitu kebutuhan asuh, asah dan asih (Sulistiyani, 2010). Gambaran pemenuhan kebutuhan dasar pada balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember masih belum dapat memenuhi kebutuhan balitanya dengan jumlah 18 balita (63,4%). Hal inilah yang dapat mempengaruhi optimal tidaknya perkembangan balita, oleh karena itu kebutuhan dasar anak harus dipenuhi secara optimal untuk mencapai hasil perkembangan balita yang optimal.

Perkembangan balita bawah garis merah sebagian besar memiliki tingkat perkembangan meragukan dengan menggunakan alat ukur KPSP (Kuesioner Praskrining Perkembangan) dalam penelitian yang dilakukan oleh Luthfia (2012) dalam penelitiannya yang berjudul Gambaran Perkembangan Balita dengan Status Nutrisi di Bawah Garis Merah di Kelurahan Bubulak Kota Bogor dengan hasil 27 responden (49,1%) pada tingkat perkembangan meragukan dan 25 responden (45,5%) pada tingkat perkembangan tidak normal. Berdasarkan uraian di atas status bawah garis merah balita mempengaruhi perkembangan balita.

Perkembangan balita juga dipengaruhi oleh pengasuh. Berdasarkan penelitian Dewi (2011) menunjukkan bahwa semakin tua usia pengasuh, maka pola asuh pemberian makan dan praktik kesehatan akan semakin baik, sehingga perkembangan dan pertumbuhan anak juga akan semakin baik. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pengasuh berusia 27 tahun yang dapat dikatakan

cukup matang dalam memberikan pengasuhan pada anak, sehingga anak dapat melalui periode pertumbuhan dan perkembangan dengan baik.

Pekerjaan pengasuh memiliki pengaruh terhadap perkembangan anak. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pengasuh adalah ibu rumah tangga yaitu sebanyak 24 orang (85,7%) . Hal ini berkebalikan dengan hasil penelitian Dewi (2011) yang menjelaskan bahwa pekerjaan pengasuh mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak, karena waktu yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan anak berkurang.

Pendidikan pengasuh mempengaruhi perkembangan anak. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu berpendidikan SD. Hal ini didukung hasil penelitian Ariani dan Mardhani (2012) yang menyatakan bahwa pendidikan pengasuh berpengaruh terhadap perkembangan anak. tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi akses informasi yang didapatkan pengasuh untuk melakukan stimulasi pada anak.

5.2.4 Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita dengan Perkembangan Balita yang Berstatus BGM

Soetjiningsih (dalam Nursalam, 2005) mengemukakan bahwa kebutuhan dasar balita merupakan kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan balita yang optimal. Kebutuhan dasar balita termasuk dalam pola asuh orang tua yang mempengaruhi permasalahan kurang gizi. Kebutuhan dasar balita terdiri dari kebutuhan dasar asuh, asah, dan asih (Soetjiningsih dalam Nursalam, 2005).

Kebutuhan asuh, asah, dan asih harus dipenuhi sejak janin dalam kandungan karena kebutuhan di atas saling mempengaruhi (Soedjatmiko, 2009). Kebutuhan asuh menurut Soetjiningsih (1997) adalah kebutuhan fisik yang terdiri dari zat gizi seimbang, perawatan kesehatan dasar, perumahan, pakaian, kebersihan diri dan lingkungan, kesegaran jasmani dan rekreasi. Kebutuhan asah menurut Soetjiningsih dan Roesli dalam Sulistiyani (2010) yaitu kebutuhan stimulasi yang dapat meningkatkan kecerdasan perkembangan otak. Kebutuhan asih adalah kebutuhan yang mendukung perkembangan emosi dan spiritual anak (Soetjiningsih dan Roesli dalam Sulistiyani, 2010).

Kebutuhan fisik anak yang tidak terpenuhi, akan menyebabkan gizi kurang dan perkembangan otak tidak maksimal. Kebutuhan emosi dan kasih sayang tidak terpenuhi menyebabkan kecerdasan emosi anak menjadi rendah. Kebutuhan stimulasi tidak diberikan optimal, maka perkembangan kecerdasan anak tidak maksimal. Ketiga kebutuhan dasar tersebut harus diberikan secara bersamaan terutama di usia 3 tahun pertama kehidupan anak (Soedjatmiko, 2009).

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *regresi linier* sederhana pada tabel 5.6 menunjukkan hasil *p value* 0,005 dengan alpha (5%) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara variabel pemenuhan kebutuhan dasar balita dengan perkembangan balita yang berstatus BGM. Penelitian yang dilakukan oleh Werdiningsih (2012) mengemukakan bahwa terdapat hubungan peran ibu dalam pemenuhan kebutuhan dasar dengan perkembangan motorik kasar, motorik halus, dan personal sosial anak pra sekolah usia 3-6 tahun di TK Baptis Setia Bakti Kediri dengan nilai *p value* motorik halus adalah 0,001,

nilai *p value* motorik kasar 0,007, dan nilai *p value* perkembangan personal sosial 0,001. Perkembangan anak yang mengalami BGM menurut hasil penelitian Lutfia (2012) sebagian besar responden berada pada tingkat perkembangan meragukan. Hal di atas mendukung hasil penelitian bahwa terdapat hubungan pemenuhan kebutuhan dasar anak dengan perkembangan anak yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

Hubungan antara kedua variabel juga didukung dengan nilai koefisien determinasi penelitian yaitu 0,269. Nilai koefisien determinasi tersebut memiliki arti persamaan regresi yang diperoleh dapat menerangkan 26,9% variasi nilai perkembangan balita yang berstatus BGM. Jadi, perkembangan balita dipengaruhi oleh kebutuhan dasar sebesar 26,9% dan sisanya sebesar 73,1% perkembangan dipengaruhi oleh faktor lain. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan anak menurut Wong (2008) yaitu faktor keturunan, nutrisi, hubungan interpersonal, faktor neuroendokrin, tingkat sosial ekonomi, penyakit, bahaya lingkungan, stres pada masa anak-anak, dan pengaruh media masa. Penelitian Fatimah (2012) menguraikan bahwa perkembangan berhubungan dengan pola asuh orang tua pada anak. Uraian di atas mendukung hasil penelitian bahwa kebutuhan dasar mempengaruhi perkembangan sebesar 26,9% dan faktor yang mempengaruhi perkembangan menurut Wong (2008) yang termasuk dalam kebutuhan dasar balita adalah nutrisi dan hubungan interpersonal. Faktor lain yang mempengaruhi perkembangan sebesar 73,1% terdiri dari faktor keturunan, neuroendokrin anak, tingkat sosial ekonomi keluarga, penyakit anak, bahaya lingkungan, stres pada masa anak-anak, dan pengaruh media masa.

Hasil uji statistik yang dilakukan menunjukkan nilai $r = 0,519$. Menurut Colton (dalam Rasni, 2010) kekuatan hubungan dua variabel secara kualitatif dibagi menjadi empat, dan rentang nilai $r = 0,519$ berada pada rentang $r = 0,300 - 0,599$ yang diartikan memiliki kekuatan hubungan sedang. Kekuatan antara kedua variabel adalah sedang dan berpola positif yang artinya jika semakin tinggi nilai pemenuhan kebutuhan dasar balita, maka semakin tinggi nilai perkembangan balita yang berstatus BGM. Penelitian Aurora (2011) menunjukkan bahwa kebutuhan dasar asuh dan asah memiliki hubungan yang bermakna dengan perkembangan anak berusia 6-24 bulan. Adanya hubungan antara pemenuhan kebutuhan dasar dengan perkembangan balita tersebut dikarenakan balita berada dalam ketergantungan pemenuhan kebutuhannya berasal dari pengasuh (Soetjiningsih, 1998). Berdasarkan uraian di atas pemenuhan kebutuhan dasar anak berbanding lurus dengan perkembangan yang dapat dicapai oleh anak.

Hasil dan pembahasan penelitian yang telah diuraikan di atas dapat diketahui bahwa terdapat hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM. Pengasuh yang belum optimal dalam memenuhi kebutuhan anak baik secara fisik, kasih sayang dan kebutuhan stimulasi akan berdampak pada pencapaian perkembangan anak. Upaya pemenuhan kebutuhan dasar dan perkembangan anak juga dipengaruhi oleh karakteristik dari responden seperti usia pengasuh, pekerjaan pengasuh, pendidikan pengasuh, usia anak, jenis kelamin anak dan posisi anak dalam keluarga.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Hasil penelitian ini memiliki keterbatasan penelitian yaitu analisa data yang digunakan tidak membedakan kebutuhan mana yang paling dibutuhkan oleh anak yang berstatus BGM, sehingga data yang diperoleh kurang spesifik. Pengukuran perkembangan pada penelitian hanya dilakukan satu kali karena desain penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah *croossectional* yang hanya boleh melakukan pengukuran variabel dengan frekuensi satu kali pengukuran, sehingga tidak dapat menentukan secara pasti anak mengalami perkembangan normal atau tidak normal.

Penelitian dilaksanakan di Desa Sukojember Kecamatan Kabupaten Jember. Teknik pengambilan data yang dilakukan peneliti adalah dengan *door to door*. Hal ini kurang efektif jika jumlah responden cukup banyak, sehingga untuk penelitian selanjutnya perlu dianalisa teknik pengambilan data selain *door to door*, seperti mengikuti kegiatan posyandu masing-masing dusun.

5.4 Implikasi Keperawatan

Implikasi penelitian ini bagi keperawatan yaitu melaksanakan fungsi perawat yang melaksanakan upaya pencegahan primer dan sekunder, diantaranya:

- a. Melaksanakan peran perawat sebagai edukator dengan melakukan pendidikan kesehatan tentang kebutuhan dasar balita yang harus dipenuhi orang tua karena kebutuhan dasar asuh, asah, dan asih adlah kebutuhan yang tidak dapat dipisahkan dan dapat mempengaruhi perkembangan anak.

- b. Melakukan *skrining* perkembangan balita untuk mencegah terjadinya dampak keterlambatan perkembangan anak yang tidak diketahui oleh tenaga kesehatan, sehingga melalui penelitian ini perawat dapat melaksanakan tugasnya untuk melakukan pencegahan sekunder dengan melakukan pengukuran perkembangan anak utamanya yang mengalami permasalahan gizi yaitu BGM untuk mencegah adanya keterlambatan perkembangan anak.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa hubungan pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagai berikut:

- a. Usia pengasuh balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember rata-rata berusia 27,04 tahun dengan pendidikan sebagian besar pengasuh adalah SD yaitu berjumlah 20 (71,4%) yang sebagian besar sebagai ibu rumah tangga yaitu 24 orang (85,7%). Karakteristik balita yang mengalami BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember rata-rata berusia 34,54 bulan sebagian besar adalah perempuan 19 balita (67,9%), dan sebagian besar merupakan anak bungsu yaitu 13 balita (50%).
- b. Kebutuhan dasar balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar tidak terpenuhi yaitu berjumlah 18 balita (64,3%).
- c. Perkembangan Balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember sebagian besar memiliki status perkembangan meragukan yaitu 18 balita (64,3%).

- d. Ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan kebutuhan dasar balita (asuh, asah, dan asih) dengan perkembangan balita yang berstatus BGM di Desa Sukojember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan terkait dengan hasil dan pembahasan penelitian tersebut adalah:

a. Bagi Institusi Pendidikan

- 1) Pengenalan alat ukur KPSP (Kuesioner Praskrining Perkembangan) dalam pengukuran perkembangan sebagai salah satu alternatif alat pengukuran perkembangan anak selain DDST.
- 3) Melakukan kerja sama dengan tenaga kesehatan terkait yaitu puskesmas untuk lebih mengoptimalkan peran perawat dalam mendeteksi dini perkembangan anak utamanya anak yang mengalami masalah kesehatan.

b. Bagi Institusi Kesehatan

Perawat puskesmas perlu melakukan perannya sebagai edukator untuk menjelaskan bahwa kebutuhan dasar bagi balita tidak hanya kebutuhan fisik namun ada tiga kebutuhan yaitu kebutuhan asuh, asah, dan asih. Ketiga kebutuhan tersebut harus dipenuhi secara optimal sehingga perkembangan anak normal. Perawat puskesmas juga perlu meningkatkan skrining perkembangan balita. Perawat puskesmas juga perlu mengikuti pelatihan pengukuran perkembangan balita dengan menggunakan KPSP, selain itu perawat puskesmas juga perlu melakukan kunjungan rumah tidak hanya pada saat posyandu utamanya pada anak

yang mengalami BGM atau permasalahan gizi lainnya untuk melakukan pemantauan perkembangan anak.

c. Bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian ini memberikan saran pada masyarakat yaitu:

- 1) Peran aktif pengasuh dan keluarga untuk mengevaluasi dan memonitor perkembangan anak sesuai dengan tahapan usianya
- 2) Perhatian tokoh masyarakat setempat dalam bidang kesehatan balita utamanya pertumbuhan dan perkembangan balita, seperti melalui peningkatan keaktifan masyarakat untuk mengikuti posyandu..

e. Bagi Peneliti

Hasil dan pembahasan dari penelitian tersebut diharapkan dapat menjadi suatu referensi bagi mahasiswa keperawatan dalam:

- 1) Mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai kebutuhan dasar balita (asuh, asah dan asih) dengan mencari kebutuhan yang paling dibutuhkan oleh balita, sehingga pemenuhan kebutuhan dasar balita dapat dioptimalkan.
- 2) Pengukuran perkembangan balita menggunakan alat ukur KPSP tidak hanya dilakukan satu kali pengukuran untuk mendapatkan hasil uji yang lebih tepat.
- 3) Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk lebih menyempurnakan kuesioner pemenuhan kebutuhan dasar balita dengan komponen yang lebih kompleks.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfima, dkk. 2011. *Faktor - faktor yang Mempengaruhi Bawah Garis merah Balita*. [Serial online]. http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&cad=rja&ved=0CGwQFjAI&url=http%3A%2F%2Ffk.ub.ac.id%2Fartikel%2Fid%2Ffiledownload%2Fkebidanan%2FMAJALAH%2520ALFIMA%2520RAHASTI.pdf&ei=WyfxUfyIcuxrAf_5oGABA&usg=AFQjCNHYW84DS480NOgSXbzMa046Gzltcw&sig2=y08-xlpcE_lpwNHmxJIuaQ. Diakses tanggal 27 Juli 2013
- Almatsier, dkk. 2011. *Gizi Seimbang dalam daur Kehidupan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Ariani dan Mardhani. 2012. *Usia Anak dan Pendidikan Ibu sebagai Faktor Risiko Gangguan Perkembangan Anak*. Malang: Universitas Brawijaya
- Arisman. 2009. *Gizi dalam Daur Kehidupan: Buku Ajar Ilmu Gizi*. Jakarta: EGC
- BPS Indonesia. 2011. *Statistik Indonesia 2011*. Jakarta: BPS Indonesia
- BPS Kabupaten Jember. 2012. *Kabupaten Jember dalam Angka Jember Regency in Figures 2012*. Kabupaten Jember: BPS Kabupaten Jember
- Chandra, Budiman. 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Depkes RI. 2010. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Depkes RI. 2008. *Sistem Kewaspadaan Dini KLB Gizi Buruk*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes RI
- Depkes RI. 2007. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2005: Masyarakat yang Mandiri untuk Hidup Sehat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia
- Dinkes Jatim. 2012. *Selayang Pandang 2011*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jawa Timur
- Dinkes Jatim. 2010. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

- Fitri. 2011. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Underweight pada Balita Umur 7-59 bulan di Wilayah Puskesmas Leuwimunding Kabupaten Majalengka*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah
- Graha, Chairinniza. 2007. *Keberhasilan Anak di Tangan Orang Tua*. Jakarta: PT Gramedia
- Gunarsa, Singgih D. 2004. *Bunga Rampai Psikologi Perkembangan: dari Anak sampai Usia Lanjut*.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2007. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat, Aziz Alimul. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Keperawatan Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika
- Irianton dan Endah. 2006. *Busung Lapar*. Yogyakarta: Media Pressindo
- Kepmenkes RI Nomor 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak
- Lutfiah, Lulu. 2012. *Gambaran Perkembangan Balita dengan Status Nutrisi Bawah Garis Merah di Kelurahan Bubulak Kota Bogor (Skripsi)*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah
- Nursalam. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta; Salemba Medika
- Menkes RI. 2012. *Data Informasi Kesehatan Provisni Jawa Timur*. Jakarta: Pusat Data Informasi Kementerian Kesehatan
- Menkes RI. 2011. *Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Menkes RI. 2012. *Kinerja Kegiatan Pembinaan Gizi Tahun 2012*. Jakarta: direktorat Bina Gizi Kementerian Kesehatan
- Nenggala, Asep Kurnia. 2006. *Pendidikan Jasmani, Olahraga, dan Kesehatan untuk Kelas VII Sekolah Menengah Pertama* Jakarta.: Grafindo Media Pratama
- Ningtyas, Farida Wahyu. 2010. *Penentuan Status Gizi secara Langsung*. Jember: Jember University Press
- Permenkes Nomor 155/Menkes/Per/I/2010 tentang Penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) Bagi Balita

- PERSAGI.2009. *Kamus Gizi Pelengkap Kesehatan Keluarga*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Potter dan Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Rahmawati, Iis. 2008a. *Diktat Kuliah :Kebutuhan Nutrisi pada Anak*. Jember: Universitas Jember
- Rahmawati, Iis. 2008b. *Diktat Kuliah :Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Jilid I*. Jember: Universitas Jember
- Republik Indonesia dan UNICEF. 2008. *Milenium Developmet Goals*.
- Septherina, Y. 2010. *Gambaran Pola Asuh dan Sosial Ekonomi Keluarga BGM di Puskesmas Buhit dan Puskesmas Harian di Kabupaten Samosir (Skripsi)*. Medan: Universitas Sumatera Selatan
- Soedjatmiko. 2009. *Cara Praktis Membentuk Anak sehat, Tumbuh Kembang Optimal, Kreatif, dan Cerdas Multipel*. Jakarta: Kompas Media Nusantara
- Soegeng dan Anne. 2004. *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta: PT Rineka Cipta dan PT Bina Adiaksara
- Soetjningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC
- Suherman. 2000. *Buku Saku Perkembangan Anak*. Jakarta: EGC
- Sujono, Riyadi dan Sukarmin. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sulistiyani. 2010. *Buku Ajar Gizi Masyarakat I: Masalah Gizi Utama d Indonesia*. Jember: Jember University Press
- Sulistiyoningsih, Hariyani. 2011. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sunarti. 2009. *Mengasuh Anak dengan Hati Tantangan yang Menyenangkan*. Jakarta: Elex Media Komputindo
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Supariasa, et al. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.

- Supartini, Yupi. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC
- Supriatin, Atiq. 2004. *Analisa Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pola Asuh Makan dan Hubungannya dengan Status Gizi Balita*. Bogor: Institut Pertanian Bogor
- Suyatno. 2009. *Antropometri sebagai Indikator Status Gizi*. [serial online]. <http://suyatno.blog.undip.ac.id/files/2009/11/anthropometri-gizi.pdf> [diakses tanggal 16 April 2013].
- Syafei, Sahlan. 2006. *Mendidik Anak*. Bogor: PT. Ghalia Indonesia
- Tim Pustaka Familia. 2006. *Membuat Prioritas: Melatih Anak Mandiri*. Yogyakarta: Kanisius
- Tim Pustaka Familia. 2006. *Menepis Hambatan Tumbuh Kembang*. Yogyakarta: Kanisius
- Werdiningsih, Ayu. 2012. *Peran Ibu dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Anak terhadap Perkembangan Anak Usia Prasekolah* (Skripsi). Jurnal Stikes
- Wicaksono, Andie A. 2009. *Menciptakan Rumah Sehat*. Depok: Penebar Swadaya
- Wong dkk. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC
- Yulindar, Vivin. 2012. *Gambaran Pola Asuh dan Tingkat Sosial Ekonomi Keluarga Bawa Garis Merah di Wilayah Puskesmas Saigon Kecamatan Pontianak Timur* (Skripsi). Pontianak: Universitas Tanjung Pura