



**DETERMINAN KEJADIAN ANAK BALITA GIZI BURUK DAN GIZI  
KURANG USIA 6-24 BULAN PADA KELUARGA NON MISKIN  
(Studi Kualitatif di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman  
Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang)**

**SKRIPSI**

Oleh

**Lita Dwi Listyowati  
NIM 082110101103**

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

2010



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif. Pembangunan di bidang gizi diarahkan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat (Dirjen Binkesmas,2010). Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima serta akal pikiran yang cerdas (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007).

Pada saat ini, Indonesia mengalami kesulitan dalam proses penyediaan SDM yang berkualitas tersebut dikarenakan Indonesia menghadapi masalah gizi ganda yaitu masalah gizi kurang dan masalah gizi lebih. Hal ini bertolak belakang dengan keberhasilan pemerintah dalam Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2005-2009 dimana pemerintah mampu meningkatkan produksi pangan disertai dengan perbaikan distribusi pangan, perbaikan ekonomi dan peningkatan daya beli masyarakat yang telah banyak memperbaiki keadaan gizi masyarakat. Namun, kenyataannya sampai sekarang Indonesia masih memiliki empat masalah gizi kurang yaitu Kurang Energi Protein (KEP), Anemia Gizi Besi (AGB), Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI) dan Kurang Vitamin A (KVA) (Dirjen Binkesmas, 2010).

Masalah gizi pada hakekatnya adalah masalah kesehatan masyarakat, namun penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Menyadari hal itu, peningkatan status gizi masyarakat memerlukan

kebijakan yang menjamin setiap anggota masyarakat untuk memperoleh makanan yang cukup jumlah dan mutunya. Masalah gizi di Indonesia dan di negara berkembang pada umumnya masih didominasi oleh masalah kurang energi protein (KEP) (Supariasa et al, 2002).

Permasalahan gizi memiliki dimensi luas, tidak hanya masalah kesehatan tetapi juga masalah sosial, ekonomi, budaya, pola asuh, pendidikan, dan lingkungan. Faktor pencetus munculnya masalah gizi dapat berbeda antar wilayah ataupun antar kelompok masyarakat, bahkan akar masalahnya dapat berbeda antar kelompok usia balita (Sihadi, 2009). Pertumbuhan dan perkembangan balita di usia dua tahun pertama sangat berpengaruh pada kelangsungan hidup dan masa depannya. Oleh karena diperlukan pemenuhan gizi dan kesehatannya. Pada usia dua tahun pertama balita merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang paling pesat dibandingkan dengan kelompok umur lainnya. Oleh karena itu, di masa keemasan (*golden period*) ini perlu intervensi kesehatan dan gizi harus diberikan secara optimal pada periode ini untuk menjamin kelangsungan hidup dan tumbuh kembang anak. (Anonim, 2009).

Hasil survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, menunjukkan bahwa persentase anak balita gizi buruk di Indonesia sebesar 5,4%. Walaupun angka ini menurun dibandingkan hasil Susenas tahun 2005 (8,8%), tetapi menunjukkan bahwa anak balita gizi buruk masih menjadi masalah kesehatan masyarakat utama jika di suatu daerah ditemukan gizi buruk >1 % maka termasuk masalah berat (Sihadi, 2009). Sedangkan Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Jawa Timur tahun 2007, prevalensi gizi kurang dan buruk di Provinsi Jawa Timur adalah 17,4% dan sudah mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (<20%) dan MDGs 2015 (18,5%). Prevalensi gizi buruk berdasarkan berat badan menurut umur di Jawa Timur yaitu 4,81%, sedangkan di Kabupaten Lumajang gizi buruk berdasarkan berat badan menurut umur sebesar 3,1% masih dibawah target nasional perbaikan gizi tahun 2015 yaitu kurang dari 5% (Dirjen Binkesmas,2010).

Gizi buruk ini sering terjadi pada anak-anak khususnya anak balita. Sebagian besar diantara anak balita ini sangat mudah berlanjut menjadi gizi buruk setelah disapih atau pada masa transisi. Pada anak yang berstatus gizi kurang memiliki resiko kematian yang lebih tinggi dari pada anak-anak yang berstatus gizi baik (Solihin, 2005). Keadaan gizi kurang, terutama gizi buruk menurunkan daya tahan tubuh terhadap berbagai penyakit, terutama infeksi juga akan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental dan jaringan otak yang akan mengurangi kualitas sumber daya manusia Indonesia, selain itu kita ketahui bahwa anak merupakan tunas bangsa yang kelak menjadi sumber daya manusia yang dapat diandalkan. Oleh karena itu anak harus dijamin tumbuh dan berkembang secara optimal. Status gizi anak pada awal pertumbuhannya sangat menentukan mutu tumbuh kembang di dalam periode kehidupan selanjutnya. Menurut UNICEF, terdapat dua faktor langsung penyebab kurang gizi pada anak balita, yaitu faktor tingkat konsumsi dan penyakit infeksi dimana keduanya saling mempengaruhi. Sebagai contoh adalah anak balita yang tidak mendapat cukup makanan bergizi seimbang memiliki daya tahan yang rendah terhadap penyakit sehingga mudah terserang infeksi. Sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) dapat mengakibatkan asupan gizi tidak dapat diserap tubuh dengan baik sehingga berakibat pada gizi buruk baik (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007).

Selain faktor di atas yang mempengaruhi status gizi adalah kualitas pola asuh anak yang ada di dalam keluarga itu sendiri. Berdasarkan hasil pemantauan status gizi Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur yang dilaksanakan di 38 kabupaten/kota diperoleh hasil bahwa penyebab terjadinya gizi buruk pada anak balita sejumlah 40,7% adalah karena pola asuh yang salah. (Dinkes Jatim, 2009).

Setiap keluarga baik di desa atau di kota berkewajiban mengasuh anak menuju kedewasaan dan kemandirian dimasa depan. Pola asuh anak dalam setiap keluarga tidak selalu sama. Secara keseluruhan mutu asuhan dan perawatan anak yang kurang memadai disebabkan kurangnya pengetahuan dan perhatian ibu, merupakan pokok

pangkal terjadinya malapetaka yang menimpa bayi dan anak-anak yang membawa mereka ke jurang kematian (Moehji, 2000).

Gizi baik pada keluarga miskin, menekankan masalah gizi sebagai masalah kesehatan yang bukan hanya menyangkut masalah ekonomi, tetapi juga menjadi faktor sosial, budaya, pola asuh, pola perawatan, pendidikan dan lingkungan. Pada dasarnya, penyebab gizi buruk sangat banyak dan bervariasi. Beberapa faktor dapat berdiri sendiri atau terjadi bersama-sama. Faktor tersebut adalah faktor ekonomi, sosial, budaya, pendidikan, gangguan metabolisme, penyakit jantung bawaan atau penyakit bawaan lainnya (Judarwanto, 2008).

Perlu diperhatikan bahwa kenyataan status gizi buruk tidak hanya terjadi pada keluarga miskin, tetapi seperti data yang ditunjukkan di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang kasus gizi buruk banyak terjadi juga di keluarga non miskin. Gizi buruk/kurang tidak hanya karena kurang gizi pada keluarga miskin saja. Ada juga dari keluarga yang secara ekonomi mampu tapi pola asuhnya buruk. Misalnya kedua orang tua sibuk bekerja, sehingga anak balita terlantar kurang diperhatikan kebutuhan gizinya. Berdasarkan penelitian di Pakistan tentang *Determinants In Children Between six Months To Five Years Of Age In Bahawalpur* bahwa anak balita gizi buruk akibat kurang perhatian karena ditinggalkan orangtuanya bekerja ada sejumlah 34%. Sedangkan faktor lainnya penyebab gizi buruk dikarenakan penyakit infeksi. Hasil pemantauan status gizi Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2009 bahwa kejadian gizi buruk disebabkan karena adanya penyakit penyerta yaitu sejumlah 28,8%. Berdasarkan penelitian di Pakistan tahun 2007 disebutkan bahwa dari gizi buruk yang dijadikan sampel ada sekitar 71% disertai dengan penyakit kelainan jantung, kanker paru, gangguan lambung dan diare (Badar S *et al*, 2007). Hal ini menunjukkan bahwa gizi buruk selain disebabkan karena asupan makan yang kurang sehingga mengakibatkan ketidakseimbangan berat badan menurut umur juga bisa terjadi karena faktor penyakit infeksi dan penyakit lainnya seperti jantung dan paru-paru.

Fenomena yang mulai menjangkit kalangan keluarga mampu ini sebagai tren baru, sehingga ekonomi tidak menjamin anak-anak balitanya berstatus gizi baik (Wichaksono, 2010). Dari data hasil bulan intensifikasi penimbangan 2010 di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang sejumlah 555 anak (0,72%) berstatus gizi buruk dan sejumlah 329 anak (59,27%) diantaranya berasal dari keluarga non miskin. Sedangkan di wilayah Puskesmas Rogotruman yang merupakan puskesmas di wilayah perkotaan dimana akses informasi tentang kesehatan mudah diterima serta akses ke fasilitas pelayanan kesehatan yang juga dapat dengan mudah untuk dijangkau masih memiliki jumlah anak balita gizi buruk sebanyak 40 anak (0,6%) dan yang berasal dari keluarga non miskin sejumlah 13 anak (32,5%), sedangkan anak balita gizi kurang sejumlah 539 anak (8,3%) dan yang berasal dari keluarga non miskin sejumlah 358 anak (66,4%). Pada Golongan umur 6-24 bulan ada sejumlah 42 anak balita (11,5%) yang berstatus gizi buruk dan gizi kurang. (Dinkes Kab. Lumajang, 2010). Padahal asumsinya adalah dengan keluarga yang cukup ekonominya maka cukup pula dalam pemenuhan kebutuhan akan pangan.

Hal ini menunjukkan penyimpangan negatif (*negative deviance*) yang berkaitan dengan kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan anak-anak tertentu dengan anak-anak lain di dalam lingkungan keluarga non miskin, dimana sebagian anak-anak lain tersebut mempunyai status gizi baik. Untuk mencegah terjadinya status gizi buruk pada keluarga non miskin, maka perlu lebih untuk diketahui dan dipelajari akar masalahnya selain faktor ekonomi, sehingga penanggulangan masalah gizi kurang dapat teratasi.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, dapat dirumuskan permasalahan apa faktor determinan yang menyebabkan terjadinya gizi buruk dan gizi kurang anak balita usia 6–24 bulan di keluarga non miskin.

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor determinan terjadinya gizi buruk dan gizi kurang pada anak balita usia 6-24 bulan dari keluarga non miskin.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji karakteristik anak meliputi: umur anak & jenis kelamin anak, berat badan lahir, jarak kelahiran, urutan anak dan status gizi anak;
- b. Mengkaji karakteristik keluarga anak balita meliputi: umur ibu, tingkat pendidikan, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu, jumlah anggota keluarga, pengeluaran untuk makan;
- c. Mengkaji pola asuh anak meliputi: pemberian ASI, pemberian kolostrum, pemberian MP-ASI, usaha ibu terhadap anak tidak mau makan, adanya pengasuh selain ibu, pemantauan pertumbuhan anak, waktu pengasuhan ibu pada anak serta pola konsumsi anak balita yang terdiri dari kalori, karbohidrat, protein dan lemak
- d. Mengkaji riwayat penyakit infeksi yang diderita anak balita.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu sarana untuk menumbuhkembangkan khasanah ilmu pengetahuan, wawasan dan keterampilan dalam membuat laporan penelitian yang bersifat ilmiah di bidang gizi kesehatan masyarakat terutama mengenai faktor determinan yang mempengaruhi kejadian gizi buruk dan gizi kurang pada keluarga non miskin.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan kajian bagi Dinas Kesehatan dan puskesmas untuk mengembangkan program dan intervensi yang tepat dalam upaya mencegah dan menanggulangi gizi buruk dan gizi kurang pada keluarga non miskin serta dapat dimanfaatkan sebagai referensi untuk pengembangan dan penelitian lebih lanjut.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Status Gizi

Status Gizi (*nutrition status*) adalah suatu ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* (keadaan gizi) yaitu keadaan yang diakibatkan dari keseimbangan *intake* dan pengeluaran untuk organisme. Menurut Supriasa *et al* (2002), gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi, sedangkan zat gizi (*nutrient*) adalah ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses-proses kehidupan. Zat gizi disebut juga *nutrient*, sari makanan yang penting untuk kesehatan tubuh meliputi karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.

Menurut Solihin (2005), status gizi adalah keadaan seseorang yang merupakan gambaran sejauh mana orang tersebut telah memperhatikan nilai gizi dari makanan yang dikonsumsinya. Sedangkan Suhardjo (2003) mendefinisikan bahwa status gizi adalah suatu keadaan tubuh yang disebabkan oleh konsumsi penyerapan dan penggunaan makanan oleh jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsinya.

#### 2.1.1 Klasifikasi status gizi

Menurut Suhardjo (2003) status gizi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Status gizi lebih, terjadi karena sumber energi yang masuk dalam tubuh melebihi energi yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas;
- b. Status gizi baik atau normal, merupakan suatu keadaan dimana terjadi keseimbangan antara zat-zat gizi yang masuk kedalam tubuh dengan yang diperlukan untuk pertumbuhan dan untuk menghasilkan energi;

- c. Status gizi buruk, merupakan akibat kurang terpenuhinya kebutuhan zat gizi dalam waktu lama sehingga dapat menyebabkan penyulit defisiensi.

### 2.1.2 Penentuan Status Gizi

Pada penentuan gizi buruk secara antropologi, dapat dilakukan pengukuran fisik yang meliputi berat badan, tinggi/ panjang badan, lingkaran lengan atas dan dibandingkan dengan standar. Penentuan gizi buruk yang umum dilakukan secara antropometri yang umum dilakukan adalah memimbang berat badan yang dibandingkan dengan umur anak. Salah satu standar antropometri yang biasa digunakan antara lain adalah WHO-NCHS (*National Center Health Statistics*).

Tabel 2.1 Baku Antropometri Menurut Standar WHO-NCHS

| Indikator                       | Status Gizi | Keterangan        |
|---------------------------------|-------------|-------------------|
| Berat Badan menurut Umur (BB/U) | Gizi lebih  | >2 SD             |
|                                 | Gizi baik   | -2 SD s/d 2 SD    |
|                                 | Gizi kurang | < -2 SD s/d -3 SD |
|                                 | Gizi buruk  | < -3 SD           |

Sumber : Depkes RI, 2003

Berdasarkan baku Standart WHO-NCHS status gizi berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U) dapat dibagi menjadi empat yaitu: (Supriasa *et al*, 2002)

- Gizi lebih untuk *over weight*, termasuk kegemukan dan obesitas;
- Gizi baik untuk *well nourished*;
- Gizi kurang untuk *under weight* yang mencakup *mild* dan *moderate* PCM (*Protein Calori Malnutrition*);
- Gizi buruk untuk *severe* PCM, termasuk marasmus, marasmik-kwasiokor dan kwasiokor.

## 2.2 Gizi Buruk

Menurut *World Health Organization* (WHO), gizi buruk adalah salah satu masalah gizi akibat konsumsi makanan yang tidak cukup mengandung energi dan protein serta karena adanya gangguan kesehatan. Anak disebut gizi buruk apabila berat badannya kurang dari berat badan normal. Pada umumnya penderita gizi buruk berasal dari keluarga yang berpenghasilan rendah (Pamungkassiwi, 2006).

Gizi buruk adalah status gizi menurut berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan *Z-score* <-3 dan atau dengan tanda-tanda klinis (marasmus, kwasiorkor dan marasmus-kwasiorkor) (Depkes RI, 2005). Gizi buruk juga diartikan seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu (Supariasa *et al*, 2002). Gizi buruk merupakan salah satu tipe dari kekurangan gizi yang disebabkan oleh masukan makanan, pencernaan atau absorpsi protein atau kalori yang tidak adekuat (Soegeng, 2004).

Gizi kurang atau gizi buruk adalah kurangnya pemasukan energi dan protein sehingga mengakibatkan kelainan yang sulit atau tidak disembuhkan dan menghambat dalam perkembangan selanjutnya (Suhardjo, 2003). Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun yang diukur dari korelasi berat badan dengan umur sesuai standar (Iksan *et al*, 2004).

Menurut Almatsier (2004), kurang gizi adalah penyakit yang disebabkan kekurangan makanan sumber energi secara umum dan kekurangan sumber protein. Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG) (Depkes, 2004).

## 2.3 Gejala Klinis Gizi Buruk

### 2.3.1 Penyakit KEP (Kurang Energi Protein)

Menurut Supariasa *et al* (2002) KEP adalah seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari

dan atau gangguan penyakit tertentu. Anak disebut KEP apabila berat badannya kurang dari 80% indeks berat badan menurut umur (BB/U) baku WHO-NCHS. KEP merupakan defisiensi gizi (energi dan protein) yang paling berat dan meluas terutama pada anak balita.

a. Tanda klinis

1) Rambut

- a) Kurang bercahaya (*lack of lustre*): rambut kusam dan kering;
- b) Rambut tipis dan jarang (*thinness and sparseness*);
- c) Rambut kurang kuat/ mudah putus (*straightness*);
- d) Kekurangan pigmen rambut (*depigmentation*): berkilat terang, terang pada ujung, mengalami perubahan warna : coklat gelap/ terang, coklat merah/ pirang dan kelabu;
- e) Tanda bendera (*flag sign*) dikarakteristikkan dengan pita selang-seling dari terang/ gelapnya warna sepanjang rambut dan mencerminkan episode selang-seling.

2) Wajah

- a) Penurunan pigmentasi (*diffuse depigmentation*) yang tersebar berlebih apabila disertai anemia;
- b) Wajah seperti bulan (*moon face*), wajah menonjol ke luar, lipatan naso labial;
- c) Pengeringan selaput mata (*conjunctiva xerosis*);
- d) Bintik bintil (*Bilots spots*);
- e) Pengeringan kornea (*cornea xerosis*).

3) Mata

- a) Selaput mata pucat;
- b) Keratomalasia, keadaan permukaan halus/ lembut dari keseluruhan bagian tebal atau keseluruhan kornea;
- c) *Angular palpebritis*.

4) Bibir

- a) *Angular stomatitis*;

b) Jaringan parut angular;

c) *Cheilosis*.

5) Lidah

a) Edema dari lidah;

b) Lidah mentah atau scarlet;

c) Lidah magenta;

d) Atrofi papila (*papilla atrophic*).

6) Gigi

a) *Mottled enamel*;

b) Karies gigi;

c) Pengikisan (*attrition*);

d) Hipolasia enamel (*enamel hypoplasia*);

e) Erosi email (*enamel erosion*).

7) Gusi

*Spongy bleeding gums*, yaitu bunga karang keunguan atau merah yang membengkak pada papila gigi bagian dalam dan atau tepi gusi.

8) Kulit

a) Xerosis, yaitu keadaan kulit yang mengalami kekeringan tanpa mengandung air;

b) *Follicular hyperkeratosis*;

c) *Petechiae*. Bintik haemorrhagic kecil pada kulit atau membran berlendir yang sulit dilihat pada orang kulit gelap;

d) *Pellagrous rash* atau dermatosis (spermatitis). Lesi kulit pelagra yang khas adalah area simetris, terdemarkasi (batas) jelas, berpigmen berlebihan dengan atau tanpa pengelupasan kulit (*exfoliasi*);

e) *Flaky-paint rash* atau dermatosis;

f) *Scrotal and vulval dermatosis*;

g) Lesi dari kulit skrotum atau vulva, sering terasa sangat gatal. Infeksi sekunder bisa saja terjadi.

9) Kuku

*Koilonychia*, yaitu keadaan kuku bagian bilateral cacat berbentuk sendok pada kuku orang dewasa atau karena sugestif anemia (kurang zat besi). Kuku yang sedikit berbentuk sendok dapat ditemukan secara umum hanya pada kuku jempol dan pada masyarakat yang sering berkaki telanjang.

## b. Metode Penentuan

Menurut Supriasa *et al* (2002), untuk mendeteksi Kurang Energi Protein (KEP), maka perlu dilakukan pemeriksaan (inspeksi) terhadap target organ yang meliputi:

- 1) Kulit seluruh tubuh terutama wajah, tangan dan kaki;
- 2) Otot-otot;
- 3) Rambut;
- 4) Mata;
- 5) Hati;
- 6) Muka;
- 7) Gerakan motorik.

## 2.4 Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita

### 2.4.1 Faktor yang Secara Langsung Mempengaruhi Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita

Kejadian Gizi Buruk pada anak balita mengarah pada kondisi kurang gizi pada anak balita. Kondisi kurang gizi ini secara langsung dapat dipengaruhi oleh:

#### a. Konsumsi makanan yang tidak adekuat

Konsumsi makanan yang tidak adekuat mengarah pada makanan yang dikonsumsi oleh anak balita kurang memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat gizi seimbang. Konsumsi makan yang tidak seimbang akan menimbulkan ketidakcukupan pasokan zat gizi ke dalam sel-sel tubuh (Indrawani, 2007).

Defisiensi zat gizi yang paling berat dan meluas terutama di kalangan anak ialah akibat kekurangan zat gizi sebagai akibat kekurangan konsumsi makanan dan hambatan mengabsorpsi zat gizi. Zat energi digunakan oleh tubuh sebagai sumber tenaga yang tersedia pada makanan yang mengandung karbohidrat, protein yang digunakan oleh tubuh sebagai pembangun yang berfungsi memperbaiki sel-sel tubuh. Kekurangan zat gizi pada anak disebabkan karena anak mendapat makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pertumbuhan badan anak atau adanya ketidakseimbangan antara konsumsi zat gizi dan kebutuhan gizi dari segi kuantitatif maupun kualitatif (Moehji, 2003).

Menurut Soekirman (1999) dalam Amin *et al.* (2004) menyatakan bahwa penyebab dari tingginya prevalensi gizi kurang secara langsung adalah adanya asupan gizi yang tidak sesuai antara yang dikonsumsi dengan kebutuhan tubuh, dimana asupan gizi secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola pengasuhan terhadap anak yang diberikan oleh ibu. Hal ini senada dengan pernyataan Irawan (2004) yang menyebutkan bahwa gizi kurang dan gizi buruk adalah manifestasi karena kurangnya asupan dari protein dan energi dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi AKG dan biasanya juga terdapat kekurangan dari beberapa nutrisi lainnya. Konsumsi makanan yang tidak adekuat ini erat pula kaitannya dengan keadaan infeksi pada anak balita. Anak yang tidak cukup mendapatkan makanan maka daya tahannya akan melemah sehingga mudah diserang infeksi yang akan mengurangi nafsu makan sehingga pada akhirnya dapat menderita gizi kurang (Depkes, 2001).

b. Konsumsi makanan PMT-Pemulihan (PMT-P) yang tidak adekuat

Salah satu upaya pemerintah dalam mengatasi gizi buruk adalah dengan PMT-P. PMT-P bertujuan memulihkan keadaan gizi anak balita gizi buruk melalui pemberian makanan dengan kandungan gizi yang terukur sehingga kebutuhan gizi anak balita terpenuhi. Sasaran PMT-P adalah anak balita gizi buruk yang dirawat di tingkat rumah tangga (Wonatorey *et al.*, 2006). Terpenuhinya kebutuhan gizi anak balita tergantung dari asupan zat gizi anak balita. Bagi anak balita gizi kurang ataupun gizi buruk yang mendapat PMT-P, maka asupan zat gizi anak balita yang

dimaksud adalah semua makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh anak balita dalam satu hari sebelumnya, terdiri dari makanan yang berasal dari paket PMT-P dan makanan yang diberikan sehari-hari (Wonatorey *et al.*, 2006). Dalam penelitiannya, Amin *et al.* (2004) mengungkapkan bahwa semakin baik asupan gizi maka semakin baik status gizi anak dan ditemukan adanya hubungan yang bermakna. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan Soekirman (1999) bahwa asupan gizi berpengaruh pada status gizi yang baik akan tercipta status gizi yang baik (Amin *et al.*, 2004). Oleh karena itu, konsumsi makanan PMT-P yang tidak adekuat juga akan berpengaruh terhadap status gizi anak balita.

c. Penyakit infeksi

WHO (1976) dalam Suryono dan Supardi (2004) mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap status gizi adalah infeksi, distribusi zat gizi pada anggota keluarga, ketersediaan pangan serta penghasilan rumah tangga. Anak-anak dengan gizi buruk daya tahannya menurun sehingga mudah terserang infeksi. Penyakit infeksi yang sering diderita oleh anak dengan gizi buruk adalah diare dan ISPA (United Nation, 1997 dalam Suryono dan Supardi, 2004). Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa anak gizi buruk dengan gejala klinis umumnya disertai dengan penyakit infeksi seperti diare, ISPA, tuberkulosis (TB) serta penyakit infeksi lainnya (Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2007). Menurut Scrimshaw *et al.* (1959) dalam Supriasa (2001) menyatakan bahwa ada hubungan yang sangat erat antara infeksi (bakteri, virus dan parasit) dengan malnutrisi. Mereka menekankan interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi dan juga infeksi akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat malnutrisi. Mekanisme patologisnya dapat bermacam-macam, baik secara sendiri-sendiri maupun bersamaan, yaitu:

- 1) Penurunan asupan zat gizi akibat kurangnya nafsu makan, menurunnya absorpsi dan kebiasaan mengurangi makan pada saat sakit;
- 2) Peningkatan kehilangan cairan atau zat gizi akibat penyakit diare, mual atau muntah dan perdarahan yang terus-menerus;

3) Meningkatnya kebutuhan, baik dari peningkatan kebutuhan akibat sakit (*human host*) dan parasit yang terdapat di dalam tubuh.

d. Penyakit bawaan

Penyebab gizi buruk sangat banyak dan bervariasi. Beberapa faktor bisa berdiri sendiri atau terjadi bersama-sama. Di Kabupaten Kulonprogo, Kepala Dinas Kesehatan Kulonprogo, dr. Lestaryono, M.Kes. mengungkapkan bahwa cukup banyak anak gizi buruk di Kabupaten Kulonprogo yang faktor utama penyebabnya adalah penyertaan penyakit bawaan seperti *hydrocephalus* dan jantung bawaan dimana tingkat keberhasilannya relatif kecil (Judarwanto, 2008).

e. Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Bayi baru lahir memerlukan kebutuhan yang sangat spesifik karena pada hari-hari pertama kehidupannya memerlukan adaptasi fisiologis dan psikologis dari lingkungan intra uterin ke lingkungan ekstra uterin. Perawatan yang dibutuhkan terutama berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi, kebersihan diri, perawatan tali pusat dan kebutuhan istirahat tidur (Sacharin, 1996 dalam Rohmah *et al.*, 2008). Pada bayi dengan berat lahir rendah maka perlu dilakukan perawatan yang lebih ekstra terutama terkait dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi, karena akan berpengaruh terhadap status gizinya. Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir kurang dari 2500 gram (2,5 kilogram). Keadaan anak balita gizi kurang dimulai pada bayi dengan BBLR yang mempunyai risiko lebih tinggi untuk meninggal dalam lima tahun pertama kehidupan. Bayi non BBLR dengan asupan gizi kurang dari kebutuhan serta masa rentan terinfeksi kuman penyakit di awal kehidupan dapat mengakibatkan penurunan status gizi. Angka tertinggi yang menunjukkan adanya penurunan status gizi anak balita lahir non BBLR di Indonesia terdapat pada kelompok umur 18–24 bulan. Semakin kecil dan semakin prematur bayi maka semakin tinggi risiko kekurangannya (Hadi, 2005).

#### 2.4.2 Faktor yang Secara Tidak Langsung Mempengaruhi Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita

##### a. Karakteristik Anak balita

##### 1) Umur

Anak balita (bawah lima tahun) atau berumur 0-59 bulan merupakan kelompok umur yang paling rentan menderita KEP karena sedang dalam masa pertumbuhan sehingga memerlukan asupan gizi yang memadai baik kualitas maupun kuantitasnya (Soeditama, 2004). Masa anak-anak 1-5 tahun merupakan masa dimana kegiatan fisik anak meningkat. Menurut Marizza (2006), pertumbuhan seorang anak pada usia anak balita sangat pesat sehingga memerlukan asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhannya. Berdasarkan hal tersebut, apabila asupan gizi pada masa anak balita tidak tercukupi maka akan mengarah pada kondisi kenaikan berat badan yang tidak memadai sehingga anak balita menjadi BGM. Selain itu, usia anak balita terutama pada usia 1-3 tahun merupakan masa pertumbuhan yang cepat (*growth spurt*), baik fisik maupun otak sehingga memerlukan kebutuhan gizi yang paling banyak dibandingkan masa-masa berikutnya. Pada masa ini anak sering mengalami kesulitan makan, apabila kebutuhan nutrisi tidak ditangani dengan baik maka akan mudah terjadi kekurangan energi protein (Marizza, 2006).

##### 2) Jenis Kelamin

Menurut Almatsier (2005), tingkat kebutuhan pada anak laki-laki lebih banyak jika dibandingkan dengan perempuan. Begitu juga dengan kebutuhan energi, sehingga laki-laki mempunyai peluang untuk menderita KEP yang lebih tinggi daripada perempuan apabila kebutuhan akan protein dan energinya tidak terpenuhi dengan baik. Kebutuhan yang tinggi ini disebabkan aktivitas anak laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan anak perempuan sehingga membutuhkan gizi yang tinggi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Suryono dan Supardi (2004), yang menyatakan bahwa jumlah anak balita yang mengalami KEP maupun Non-KEP mayoritas perempuan (58,5%). Selain itu hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2008), menunjukkan bahwa sebanyak 61,6% anak balita perempuan memiliki nafsu

makan yang kurang sehingga mempengaruhi pola konsumsi dan tingkat konsumsi yang akan mempengaruhi status gizi pada anak balita.

### 3) Jarak Kelahiran

Jarak kelahiran anak yang terlalu dekat dan jumlah anak yang terlalu banyak akan mempengaruhi asupan zat gizi dalam keluarga (Supariasa *et al.*, 2002). Keluarga dengan banyak anak apalagi yang selalu ribut akan berpengaruh pada ketenangan jiwa dan secara tidak langsung akan menurunkan nafsu makan. Sebuah keluarga yang memiliki jarak kelahiran yang terlalu dekat dengan anak sebelumnya akan mengalami kerepotan untuk mengurusnya karena anak-anak tersebut masih belum bisa mandiri mengurus dirinya sendiri.

### 4) Nomor Urut Anak

Dalam acara makan bersama seringkali anak-anak yang lebih kecil mendapatkan jatah yang kurang mencukupi. Jumlah anak yang banyak pada keluarga yang keadaan sosial ekonominya cukup akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak. Sedangkan pada keluarga dengan keadaan sosial ekonomi yang kurang, jumlah anak yang banyak akan mengakibatkan selain kurangnya kasih sayang dan perhatian pada anak juga kebutuhan primer seperti makanan, sandang dan perumahan pun tidak terpenuhi. Terkait dengan kejadian kurang energi protein, nomor urut anak berhubungan dengan prioritas gizi dalam keluarga. Prioritas gizi yang salah pada keluarga menunjuk pada kondisi yang biasanya lebih memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih besar (seperti ayah atau kakak tertua) dibandingkan anak balita (terutama yang berusia dibawah dua tahun) sehingga apabila makan bersama-sama maka anak balita akan kalah (Rasni, 2009).

### b. Karakteristik Sosial Ekonomi Keluarga

#### 1) Jumlah Anggota Keluarga

Banyaknya anggota keluarga akan mempengaruhi konsumsi pangan. Hubungan sangat nyata antara besar keluarga dan kurang gizi pada masing-masing keluarga. Jumlah anggota keluarga yang semakin besar tanpa diimbangi dengan

meningkatnya pendapatan akan menyebabkan pendistribusian konsumsi pangan akan semakin tidak merata (Wahid,2007). Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga besar mungkin hanya cukup untuk mencegah timbulnya gangguan gizi pada keluarga besar. Jumlah anak yang menderita kelaparan pada keluarga besar, empat kali lebih besar dibandingkan dengan keluarga kecil. Anak-anak yang mengalami gizi kurang pada keluarga beranggota banyak, lima kali lebih besar dibandingkan dengan keluarga beranggota sedikit. Semakin besar jumlah anggota keluarga maka pengeluaran untuk makan besar pula dan proporsi makan setiap individu keluarga akan berkurang sehingga mereka memperoleh makanan dengan kuantitas dan kualitas yang rendah. Hasil penelitian yang dilakukan Alam (2002), juga menyatakan bahwa anak dalam keluarga kecil memiliki pola dan tingkat konsumsi makanan yang lebih baik jika dibandingkan dengan anak dalam keluarga besar.

## 2) Tingkat Pendidikan Ibu

Ibu merupakan pendidikan pertama dalam keluarga, untuk itu ibu perlu menguasai berbagai pengetahuan dan keterampilan. Pendidikan ibu disamping merupakan modal utama dalam menunjang perekonomian rumah tangga juga berperan dalam pola penyusunan makanan untuk rumah tangga. Menurut Wahid, (2007) menyatakan bahwa tingkat pendidikan formal ibu rumah tangga berhubungan positif dengan perbaikan dalam pola konsumsi pangan keluarga dan pola pemberian makanan pada bayi dan anak. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi konsumsi melalui pemilihan bahan pangan. Orang yang berpendidikan lebih tinggi cenderung memilih makanan yang lebih baik dalam jumlah dan mutunya dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah (Moehjie, 2002). Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Suryono dan Supardi (2004), yang menyebutkan bahwa faktor pendidikan ibu yang kurang dari SMA memiliki kemungkinan 1,3 kali lebih banyak terjadinya status gizi kurang pada anak batita dibandingkan ibu yang berpendidikan lebih dari SMA.

Dari studi yang telah dilakukan, pola pengasuhan anak berpengaruh terhadap timbulnya gizi buruk. Anak yang diasuh ibunya sendiri dengan kasih sayang, apalagi ibunya berpendidikan, mengerti soal kecukupan gizi untuk anak meskipun dalam keadaan miskin ternyata anaknya lebih baik. Unsur pendidikan perempuan berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak.(Wahid, 2007).

Kurangnya pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan keluarga untuk dapat memecahkan masalah gizi keluarga dan masyarakat sangat berpengaruh terhadap kondisi keluarga tersebut terutama tentang pola asuh anak. Kurangnya pendidikan dan pengetahuan tentang pola asuh anak dapat menyebabkan pola asuh anak yang tidak memadai sehingga mengakibatkan anak tidak suka makan atau tidak diberikan makanan seimbang dan juga dapat memudahkan terjadinya infeksi yang berakhir dengan kondisi KEP (Soekirman, 2000).

### 3) Status Pekerjaan Ibu

Menurut Siswono dalam Adhawiyah (2005) kehidupan ekonomi keluarga akan lebih baik pada keluarga dengan ibu bekerja jika dibandingkan dengan keluarga yang hanya menggantungkan kehidupan ekonomi pada kepala keluarga atau ayah. Kehidupan ekonomi keluarga yang lebih baik akan memungkinkan keluarga mampu memberikan perhatian yang layak bagi asupan gizi anak balita. Seorang ibu bekerja adalah ibu yang tiga hari atau lebih dalam seminggu meninggalkan bayinya 4 jam/hari atau lebih dalam satu waktu. Padahal seorang anak usia 0-5 tahun masih sangat tergantung dengan ibunya. Anak balita masih perlu bantuan dari orang tua untuk melakukan tugas pribadinya dan mereka akan belajar dari hal-hal yang dilakukan oleh orang-orang disekitarnya. Ibu yang bekerja akan mengurangi kuantitas untuk menemani anaknya di rumah. Anak yang memiliki ibu tidak bekerja memiliki status gizi yang lebih baik dibandingkan anak balita yang memiliki ibu yang bekerja (Adhawiyah, 2005).

### 4) Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga adalah jumlah semua hasil perolehan yang didapat oleh anggota keluarga dalam bentuk uang sebagai hasil pekerjaannya. Pendapatan

keluarga meliputi penghasilan utama ditambah dengan hasil-hasil lain. Pendapatan keluarga mempunyai peranan penting terutama dalam memberikan efek terhadap taraf hidup mereka. Efek disini lebih berorientasi pada kesejahteraan dan kesehatan, dimana perbaikan pendapatan akan meningkatkan tingkat gizi masyarakat. Pendapatan akan menentukan daya beli terhadap pangan dan fasilitas lain (pendidikan, perumahan, kesehatan) yang dapat mempengaruhi status gizi. Adanya hubungan antara pendapatan dan status gizi telah banyak dikemukakan para ahli (Wahid, 2007).

Pertambahan pendapatan tidak selalu membawa perbaikan pada konsumsi pangan, karena walaupun banyak pengeluaran uang untuk pangan, mungkin akan makan lebih banyak, tetapi belum tentu kualitas pangan yang dibeli lebih baik. Terdapat hubungan antara pendapatan dan keadaan status gizi. Hal itu karena tingkat pendapatan merupakan faktor yang menentukan kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi. Sejak lama telah disepakati bahwa pendapatan merupakan hal utama yang berpengaruh terhadap kualitas menu (Wahid, 2007).

Dari uraian tersebut dapat diketahui bahwa antara pendapatan dan gizi, jelas ada hubungan yang menguntungkan. Berlaku hampir universal, peningkatan pendapatan akan berpengaruh terhadap perbaikan kesehatan dan kondisi keluarga dan selanjutnya berhubungan dengan status gizi. Namun peningkatan pendapatan atau daya beli seringkali tidak dapat mengalahkan pengaruh kebiasaan makan terhadap perbaikan gizi yang efektif (Wahid, 2007).

##### 5) Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu

Tingkat pengetahuan gizi ibu yang baik dan dilakukan secara terus menerus dapat mengatasi kesalahpahaman yang terjadi tentang pantangan konsumsi makanan tertentu menurut adat atau kebiasaan yang merupakan tradisi turun temurun. Pantangan untuk menggunakan bahan makanan tertentu yang sudah turun temurun dapat mempengaruhi KEP (Pudjiadi, 2001). Menurut Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa terdapat tiga tahapan perilaku yaitu tahu, sikap, dan perilaku itu sendiri. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan

penginderaan terhadap suatu objek tertentu, sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan. Menurut Gerungan (2004), sikap memiliki segi motivasi untuk bertindak, yaitu segi dinamis menuju ke suatu tujuan. Sikap yang tidak disertai oleh kesediaan dan kecenderungan bertindak sesuai dengan pengetahuan merupakan sikap yang berbeda dari kebiasaan tingkah laku.

c. Peran keluarga

Keluarga adalah kumpulan orang yang tinggal bersama pada satu tempat tinggal yang disatukan dengan ikatan perkawinan dan atau darah dan atau adopsi pada dua generasi (keluarga inti) (BKKBN Jember, 2008 dalam Rasni, 2009). Lima fungsi dasar keluarga adalah fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi asuhan kesehatan, fungsi reproduksi dan fungsi ekonomi (Friedman *et al.*, 2003 dalam Rasni, 2009). Terkait dengan fungsi asuhan kesehatan tersebut, keluarga yang berperan baik akan dapat melakukan pemberian asupan makanan anak anak balita sesuai kebutuhannya, terutama orang tua khususnya ibu mempunyai andil yang besar dalam pemberian asupan makanan atau nutrisi pada anak anak balita (Rasni, 2009).

Peran ibu dalam keluarga khususnya dalam rangka pemenuhan asupan nutrisi pada anak anak balita berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu, jenis pekerjaan ibu dan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi. Wanita yang berpendidikan lebih rendah atau tidak berpendidikan biasanya mempunyai anak lebih banyak dibandingkan yang berpendidikan lebih tinggi. Mereka yang berpendidikan rendah umumnya tidak dapat/ sulit diajak memahami dampak negatif dari mempunyai banyak anak (Khomsan *et al.*, 2004). Pendidikan yang rendah, terutama pada perempuan yang umumnya berperan di sektor domestik atau menjadi pengasuh dari anggota keluarga akan menyebabkan anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang, tidak mendapat ASI Eksklusif, tidak mendapat MP-ASI yang tepat serta

kurang mendapat zat gizi makro dan mikro dalam kuantitas dan kualitas yang cukup (Rasni, 2009).

Selain itu, tingkat pendidikan berhubungan dengan status gizi karena dengan meningkatnya pendidikan, kemungkinan akan meningkatkan pendapatan sehingga dapat meningkatkan daya beli makanan (Hartriyanti dan Triyanti dalam Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM-UI, 2007). Terkait dengan pekerjaan ibu, dalam penelitian Suryono dan Supardi (2004) disebutkan bahwa pekerjaan ibu secara statistik tidak berhubungan dengan status gizi anak balita, namun pekerjaan memiliki OR 5,26 yang berarti jika ibu bekerja maka kemungkinan 5,26 kali lebih banyak pengaruhnya terhadap terjadinya gizi buruk dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Keterbatasan pengetahuan ibu tentang gizi merupakan faktor penyebab tidak langsung timbulnya masalah gizi buruk. Pengetahuan gizi ibu adalah tingkat pemahaman ibu tentang pertumbuhan anak anak balita, perawatan dan pemberian makan anak anak balita gizi buruk dan pemilihan serta pengolahan makanan anak anak balita gizi buruk.

Dalam penelitian Wonatorey *et al.* (2006) disebutkan bahwa peningkatan status gizi anak anak balita gizi buruk kemungkinan dipengaruhi oleh meningkatnya pengetahuan gizi ibu dalam pengolahan dan perawatan anak anak balita gizi buruk melalui konseling gizi. Peningkatan pengetahuan gizi ibu ini mempengaruhi praktek pemberian makanan anak balita terutama gizi buruk terutama peran ibu dalam memberikan intervensi PMT-P pada anak balita gizi buruk/ kurang. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Susie *et al.* (2002) dalam Wonatorey *et al.* (2006) menyatakan bahwa penanggulangan gizi buruk, menunjukkan perubahan status gizi baru bisa dilihat setelah anak yang menderita gizi buruk mengikuti program rehabilitasi atau pemulihan selama 6 bulan mencakup aspek media, dietetik dan edukatif.

d. Pola asuh

Menurut Zeitien (2000), pola asuh gizi adalah praktek di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak.

Sedangkan menurut Soekirman (2000), pola asuh adalah berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal memberi makan, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental). Pengasuhan anak oleh Ibu terhadap pemenuhan kebutuhan gizi, perawatan dasar termasuk imunisasi, pengobatan bila sakit, tempat tinggal yang layak, hygiene perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kesegaran jasmani sangat diperlukan (Herwin, 2004).

Gizi buruk akibat kurang makan biasanya terjadi pada keluarga miskin, sedangkan untuk pola asuh yang salah terjadi pada keluarga mampu yang kurang memperhatikan keseimbangan gizi makanan anaknya. Menurut Soekirman (2000) pola asuh anak berpengaruh secara signifikan terhadap timbulnya kasus gizi buruk. Pola asuh yang berpengaruh terhadap kebutuhan dasar anak adalah asah, asih dan asuh (Roesli, 2004):

- a) Asah, menunjukkan kebutuhan akan stimulasi atau rangsangan yang akan merangsang perkembangan kecerdasan anak secara optimal. Ibu yang menyusui merupakan guru pertama yang terbaik bagi bayinya. Seringnya bayi menyusu membuatnya terbiasa berhubungan dengan manusia lain dan dalam hal ini dengan ibunya. Dengan demikian perkembangan sosialnya akan baik dan ia akan mudah berinteraksi dengan lingkungan kelak. Kebutuhan ini juga berkaitan dengan psikomotor dalam perkembangan anak.
- b) Asih menunjukkan kebutuhan bayi untuk perkembangan emosi dan spiritualnya. Yang terpenting disini adalah pemberian kasih sayang dan perasaan aman yang diwujudkan dalam kontak fisik dan psikis sedini mungkin. Seorang bayi yang merasa aman, karena merasa dilindungi akan berkembang menjadi orang dewasa yang mandiri dengan emosi yang stabil.
- c) Asuh menunjukkan kebutuhan bayi untuk pertumbuhan otaknya. Untuk pertumbuhan suatu jaringan sangat dibutuhkan nutrisi atau makanan yang bergizi. Selain itu asuh juga mencerminkan kebutuhan fisik biomedis lainnya

yang meliputi perawatan kesehatan primer seperti imunisasi, papan, *hygiene* dan sanitasi, sandang, kesegaran jasmani dan rekreasi.

Peranan sosial ekonomi keluarga ternyata tidak konsisten sebagai determinan pertumbuhan dan perkembangan anak, karena yang penting bukan keadaan sosial ekonomi itu sendiri, melainkan bagaimana interaksi antara ibu dan anak serta lingkungan dalam mempengaruhi pertumbuhan anak. Pemasalahan yang sering timbul pada anak dengan gizi kurang pada keluarga sejahtera sebenarnya disebabkan karena anak tersebut selalu menolak makanannya. Kadang-kadang anak menolak maka karena ibunya memberi terlalu banyak perhatian. Anak senang mendapat perhatian sehingga cepat mengetahui bahwa untuk memperolehnya ia menolak makan. Jika dalam keadaan ini anak kemudian dipaksa makan maka akan menimbulkan emosi padanya. Emosi dapat menurunkan produksi cairan lambung hingga menghambat fungsi pencernaanya (Pattinama, 2000).

Penolakan makan pada anak kadang juga terjadi karena taste/rasa makanan yang diberikan tidak disukai anak. Namun hal ini tidak disadari oleh para ibu karena menganggap makanan yang diberikan sudah sesuai dengan kondisi anak. Hal ini terutama terjadi pada makanan yang berasal dari produk pabrik. Seharusnya sebelum makanan diberikan pada anak, setidaknya ibu mencicipi makanan tersebut untuk mengetahui taste yang paling disukai anak. Secara psikologis ibu sering kali terpengaruh oleh tekstur makanan yang berbentuk halus sehingga enggan untuk mencicipi (Pattinama, 2000).

Keterlibatan keluarga yang selama 24 jam mendampingi anak yang menderita kekurangan gizi tersebut dapat membantu upaya perbaikan status gizi anak balita tersebut. Perhatian cukup dan pola asuh anak yang tepat akan memberi pengaruh yang besar dalam memperbaiki status gizinya (Herwin, 2004), Karena pada dasarnya seorang anak sangat membutuhkan kehadiran ibu yang merupakan nuansa yang sulit dapat digantikan orang lain (Utoyo, 2000). Menurut Pattinama (2000), seorang ibu yang bekerja diluar rumah mempunyai kesulitan dalam memenuhi kebutuhan anak, baik fisik maupun psikis, terutama kebutuhan akan perawatan yang baik, rangsangan

yang memadai sehingga anak memperoleh asupan gizi yang seimbang. Sebenarnya hal ini dapat teratasi jika ibu dapat melakukan hal sederhana yang dapat menyenangkan anak, misalnya dengan meluangkan sedikit waktu bersama anak. Berdasarkan penelitian Herwin menyatakan bahwa status gizi buruk/ kurang menunjukkan adanya kejadian kerawanan gizi pada keluarga yang disebabkan berbagai multifaktor pada pola pengasuhan dan perawatan anak balita, (Herwin. B. 2004).

Penelitian yang dilakukan Amin *et al.* (2004) menunjukkan adanya hasil uji statistik yang bermakna antara pola asuh dengan status gizi yang artinya semakin baik pola asuh semakin baik status gizi. Hal ini sejalan dengan adanya pola asuh yang baik utamanya asuhan gizi maka status gizi akan semakin baik. Pola asuh yang kurang baik berhubungan dengan pola pemberian ASI dan MP-ASI yang kurang baik serta prioritas gizi yang salah dalam keluarga. Adapun aspek kunci pola asuh gizi adalah:

1) Perawatan dan Perlindungan Bagi Anak

Setiap orang tua berkewajiban untuk memberikan Perawatan dan perlindungan bagi anaknya. Masa lima tahun pertama merupakan masa yang akan menentukan pembentukan fisik, psikis, maupun intelingensinya sehingga masa ini mendapatkan Perawatan dan perlindungan yang intensif (Agoes, *et al*, 2001).

Bentuk Perawatan bagi anak dimulai sejak bayi lahir saat mpai dewasa misal sejak bayi lahir yaitu memotong pusar bayi, pemberian makan dan sebagainya. Perlindungan bagi anak berupa pengawasan waktu bermain dan pengaturan tidur.

2) Pemberian ASI

Menyusui adalah proses memberikan ASI pada bayi. Pemberian ASI berarti menumbuhkan kasih sayang antara ibu dan bayinya yang akan sangat mempengaruhi tumbuh kembang dan kecerdasan anak dikemudian hari. ASI diberikan setelah lahir biasanya 30 menit setelah lahir. Kolostrum merupakan salah satu kandungan ASI yang sangat penting yang keluar 4 -6 hari pertama. Kolostrum berupa cairan yang agak kental dan kasar serta berwarna kekuning-kuningan terdiri dari banyak mineral (natrium, kalium dan klorida) vitamin A, serta zat-zat anti

infeksi penyakit diare, pertusis, difteri dan tetanus. Sampai bayi berumur 6 bulan hanya diberi ASI saja tanpa tambahan bahan makanan dan minuman lain.

Dalam penelitian Suryono dan Supardi (2004) disebutkan bahwa jika tidak diberi ASI eksklusif akan terjadi 2,86 kali kemungkinan balita mengalami gizi buruk dan hal tersebut bermakna secara statistik. Menurut Azwar (2000), masih banyak ibu yang tidak memberikan kolostrum pada bayinya. Selain itu, pemberian ASI terhenti karena ibu kembali bekerja. Di daerah kota dan semi perkotaan ada kecenderungan rendahnya frekuensi menyusui dan ASI dihentikan terlalu dini pada ibu-ibu yang bekerja (Rasni, 2009). Disebutkan pula adanya mitos ataupun kepercayaan/ adat-istiadat masyarakat tertentu yang tidak benar dalam pemberian makanan sebelum ASI, yaitu pemberian air kelapa, air tajin, air teh, madu dan pisang. Makanan yang diberikan pada bayi baru lahir sebelum ASI keluar sangat berbahaya bagi kesehatan bayi dan mengganggu keberhasilan menyusui (Azwar, 2000). Bayi yang diberi susu selain ASI mempunyai resiko 17 kali lebih besar mengalami diare, dan 3 sampai 4 kali lebih besar kemungkinan terkena ISPA dibandingkan dengan bayi yang mendapat ASI (Depkes, 2005)

### 3) Pemberian MP-ASI

Pemberian makanan pendamping ASI harus disesuaikan dengan usia anak balita. Pengaturan makanan baik untuk pemeliharaan, pemulihan, pertumbuhan, serta aktifitas fisik. Makanan pendamping ASI adalah makanan yang diberikan pada bayi yang telah berusia 6 bulan atau lebih karena ASI tidak lagi memenuhi kebutuhan gizi bayi. Pemberian makanan pendamping ASI harus bertahap dan bervariasi dari mulai bentuk bubur kental, sari buah, buah segar, makanan lumat, makanan lembek dan akhirnya makanan padat. Makanan pendamping ASI diberikan pada bayi di samping ASI.

Usia 0-24 bulan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, sehingga sering diistilahkan sebagai periode emas sekaligus periode kritis. Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini bayi dan anak memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal. Sebaliknya apabila bayi

dan anak pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya, maka periode emas akan berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu tumbuh kembang bayi dan anak, baik pada saat ini maupun masa selanjutnya (Depkes RI, 2006). Untuk memenuhi kebutuhan gizi anak-anak balita mulai umur 6 bulan sampai umur 24 bulan. Azwar (2000) mengungkapkan pemberian MP-ASI yang kurang baik meliputi:

- a) Pemberian MP-ASI yang terlalu dini atau terlambat, dimana pemberian MP-ASI sebelum bayi berumur 6 bulan dapat menurunkan konsumsi ASI dan gangguan pencernaan/diare dan jika pemberian MP-ASI terlambat (bayi sudah lewat usia 6 bulan) dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan anak;
- b) Pemberian MP-ASI pada periode umur 6–24 bulan sering tidak tepat dan tidak cukup baik kualitas maupun kuantitasnya. Frekuensi pemberian MP-ASI dalam sehari yang kurang akan berakibat kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi;
- c) Pemberian MP-ASI sebelum ASI pada usia 6 bulan, dimana pada periode ini zat-zat yang diperlukan bayi terutama diperoleh dari ASI. Memberikan MP-ASI terlebih dahulu berarti kemampuan bayi untuk mengonsumsi ASI berkurang yang berakibat menurunnya produksi ASI, hal ini dapat berakibat anak menderita kurang gizi.

#### 4) Penyiapan Makanan

Makanan akan mempengaruhi pertumbuhan serta perkembangan fisik dan mental anak. Oleh karena itu makanan harus dapat memenuhi kebutuhan gizi anak. Penyiapan makanan harus dapat mencukupi kebutuhan gizi anak balita. Pengaturan makanan yaitu pengaturan makanan harus dapat disesuaikan dengan usia anak balita selain untuk mendapatkan gizi pengaturan makanan juga baik untuk pemeliharaan, pemulihan, pertumbuhan, perkembangan serta aktivitas fisiknya (Agoes, *et al*, 2001)

Makin bertambah usia anak makin bertambah pula kebutuhan makanannya, secara kuantitas maupun kualitas. Untuk memenuhi kebutuhannya tidak cukup dari susu saja. Saat berumur 1-2 tahun perlu diperkenalkan pola makanan dewasa

secara bertahap, disamping itu anak usia 1-2 tahun sudah menjalani masa penyapihan. Adapun pola makan orang dewasa yang diperkenalkan pada anak balita adalah hidangan serba-serbi dengan menu seimbang yang terdiri dari:

- a) Sumber zat tenaga misalkan roti, nasi, mie dan tepung-tepungan;
- b) Sumber zat pembangun misalkan susu, daging, ikan, tempe, tahu dan kacang- kacangan;
- c) Sumber zat pengatur misalkan sayur-sayuran dan buah-buahan.

Masa anak balita merupakan awal pertumbuhan dan perkembangan yang membutuhkan zat gizi terutama pada masa anak balita. Kecukupan energi bayi dan anak balita yaitu 0-1 tahun membutuhkan energi 110-120 Kkal/Kg BB, umur 1-3 tahun membutuhkan energi 100 Kkal/Kg BB, dan umur 4-6 tahun memerlukan 90 kkal 90 kkal/kg BB (tabel 2.2).

Tabel 2.2 Kecukupan Energi Bayi dan Anak Balita

| Umur | Kecukupan Energi Laki-Laki dan Perempuan (kkal/kgBB) |
|------|--|
| 0-1  | 110-120  |
| 1-3  | 100  |
| 4-6  | 90   |

Sumber: Widya Karya Pangan dan Gizi, 2004

Protein digunakan untuk membangun sel jaringan tubuh, mengganti sel jaringan tubuh yang rusak atau aus, membuat air susu, protein darah dan untuk menjaga keseimbangan asam basa dari cairan tubuh. Kecukupan protein bayi dan anak balita dalam sehari untuk umur 0-1 tahun memerlukan 2,5 gr/kg BB, 1-3 tahun memerlukan 2 gr/kg BB dan 4-6 tahun memerlukan 1,8 gr/kg BB (tabel 2.2).

Tabel 2.3 Kecukupan Protein Bayi dan Anak Balita dalam Sehari

| Umur | Kecukupan Protein (g/Kg BB) |
|------|-----------------------------|
| 0-1  | 2,5                         |
| 1-3  | 2                           |
| 4-6  | 1,8                         |

Sumber: Widya Karya Pangan dan Gizi, 2004

Semakin bertambah usia, air semakin banyak dibutuhkan. Umur 3-10 hari membutuhkan air 80-150 ml/kgBB/hari, 3-9 bulan membutuhkan 125-160 ml/kg/hari dan umur 1-5 tahun membutuhkan 100-135 ml/kg/BB (tabel 2.3).

Tabel 2.4 Kecukupan Air Bayi dan Anak Balita dalam Sehari

| Kelompok Umur | Kebutuhan Air (ml/ kg BB/ Hari ) |
|---------------|----------------------------------|
| 3 hari        | 80-100                           |
| 10 hari       | 125-150                          |
| 3 bulan       | 140-160                          |
| 6 bulan       | 130-155                          |
| 9 bulan       | 125-145                          |
| 1 tahun       | 120-135                          |
| 2-3 tahun     | 115-125                          |
| 4-5 tahun     | 100-110                          |

Sumber: Penuntun Diit Anak, 1993

Pola makanan yang diberikan yaitu menu seimbang sehari-hari, sumber zat tenaga, sumber zat pembangun, dan sumber zat pengatur. Jadwal pemberian makanan bagi bayi dan anak balita adalah:

- a) Tiga kali makanan utama (pagi, siang, malam);
- b) Dua kali makanan selingan (diantara dua kali makanan utama).

e. Pengasuhan Psiko-Sosial

Manusia sebagai makhluk sosial pada dasarnya tidak hidup sendiri-sendiri tetapi saling membutuhkan antar sesama dalam kehidupan sehari-hari. Pengasuhan psiko-sosial terwujud dalam pola interaksi dengan anak. Interaksi timbal balik antara anak dan orang tua akan menimbulkan keakraban dalam keluarga.

Pengasuhan psiko-sosial ini antara lain terdiri dari cinta dan kasih sayang serta interaksi antara ibu dan anak. Salah satu hak anak adalah untuk dicintai dan dilindungi. Anak memerlukan kasih sayang dan perlakuan yang adil dari orang tuanya. Pengasuhan psiko-sosial ini didasarkan pada frekuensi interaksi antara ibu dan anak. Meningkatkan kedekatan ibu dan anak ditentukan dengan frekuensi interaksi dan sikap sayang selalu senyum dengan anak (Zeitien, 2001).

f. Kebersihan Diri dan Sanitasi Lingkungan.

Lingkungan merupakan faktor yang sangat mempengaruhi proses tumbuh kembang anak. Peran orang tua dalam membantu proses pertumbuhan dan perkembangan anak adalah dengan membentuk kebersihan diri dan sanitasi lingkungan yang sehat. Hal ini menyangkut dengan keadaan bersih, rapi dan teratur. Oleh karena itu anak perlu dilatih untuk mengembangkan sifat-sifat sehat seperti berikut ini:

- 1) Mandi dua kali sehari;
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah tidur;
- 3) Menyikat gigi sebelum tidur;
- 4) Membuang sampah pada tempatnya;
- 5) Buang air kecil pada tempatnya atau WC.

Lingkungan yang buruk dapat menyebabkan penyebaran kuman penyakit. Penyebaran kuman ini akan mengarah pada adanya kontribusi infeksi, dimana infeksi dapat menyebabkan kurangnya nafsu makan sehingga menyebabkan asupan makanan menjadi rendah yang akhirnya menyebabkan kurang gizi (Hartriyanti at al, 2007). Dalam penelitian Suryono dan Supardi (2004) disebutkan bahwa kesehatan lingkungan rumah bermakna secara statistik dan memiliki OR 1,8, artinya lingkungan

rumah yang tidak baik kemungkinannya 1,8 kali lebih banyak pengaruhnya terhadap terjadinya gizi buruk dibandingkan dengan lingkungan rumah yang baik. Satoto dalam Made Amin *et al.* (2004) juga mengungkapkan bahwa hygiene perorangan dan sanitasi lingkungan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap status gizi anak.

g. **Praktik Kesehatan di Rumah dan Pola Pencarian Pelayanan Kesehatan.**

Bayi dan anak perlu diperiksa kesehatannya oleh bidan atau dokter bila sakit sebab mereka masih memiliki resiko tinggi untuk terserang penyakit. Adapun praktek kesehatan yang dapat dilakukan dalam rangka pemeriksaan pemantauan kesehatan adalah:

1) **Imunisasi**

Imunisasi merupakan pemberian kekebalan agar bayi tidak mudah terserang atau tertular penyakit seperti hepatitis B (HB), tuberkulosis, difteri, batuk rejan, tetanus, polio dan campak. Pemberian imunisasi harus sedini mungkin dan lengkap. BCG diberikan pada usia 2 bulan, DPT 1-3 diberikan pada usia 2-5 bulan, HB 1-3 diberikan pada usia 3-5 bulan dan campak diberikan pada usia 6 bulan (tabel 2.4).

Tabel 2.5 Jadwal Imunisasi Berdasarkan Standar Nasional

| Umur (Bulan) | Jenis Imunisasi    |
|--------------|--------------------|
| 0            | Hepatitis B (HB) 0 |
| 1            | BCG, Polio 1       |
| 2            | DPT-HB 1, Polio 2  |
| 3            | DPT-HB 2, Polio 3  |
| 4            | DPT-HB 3, Polio 4  |
| 9            | Campak             |

Sumber: Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2010

## 2) Pemantauan Pertumbuhan anak

Untuk mengetahui keadaan gizi dan mengenali apakah anak tumbuh normal yaitu dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) yang dibedakan anak balita perempuan dan laki-laki, sebagai alat sederhana yang mudah digunakan di tingkat keluarga. Hal ini dapat dilakukan dengan aktif bila ibu balita mendatangi kegiatan penimbangan posyandu. Pemantauan pertumbuhan balita ini tidak hanya sekedar tahu berapa berat badan anak balita tapi juga mampu menginterpretasikan tentang hasil penimbangan tersebut. Melalui posyandu orang tua dapat melihat pertumbuhan anak melalui penimbangan anak balita, pemberian vitamin A pada bulan Pebruari dan Agustus serta pemberian makanan tambahan (<http://bataviase.co.id/detailberita-10472744.html>)

### h. Prioritas Gizi yang Salah dalam Keluarga

Prioritas gizi yang salah pada keluarga, dimana banyak keluarga yang memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih besar (seperti ayah atau kakak tertua) dibandingkan anak-anak balita (terutama yang berusia dibawah dua tahun) sehingga apabila makan bersama-sama maka anak yang berusia anak balita akan kalah (Rasni, 2009).

### i. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan terhadap anak-anak balita dapat meliputi pelayanan kesehatan di tingkat posyandu, puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya serta terkait pula dengan peran tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang kurang menjangkau masyarakat atau kurang handalnya pemberi pelayanan kesehatan merupakan satu faktor kemungkinan penyebab masalah gizi kurang (Atmarita dan Fallah, 2004). Dalam penelitian Suryono dan Supardi (2004) disebutkan bahwa penimbangan anak balita secara teratur setiap bulan memiliki OR 3,1, artinya walaupun secara statistik tidak bermakna, secara realita dengan adanya penimbangan maka akan terdapat kontrol terhadap kondisi anak balitanya. Faktanya secara statistik, terdapat kemungkinan 3,1 kali lebih banyak

terjadinya gizi buruk pada anak batita yang jarang ditimbang dibandingkan anak batita yang rutin ditimbang setiap bulan di Posyandu.

Penelitian yang dilakukan Amin *et al.* (2004) menunjukkan bahwa perawatan dasar memberikan kontribusi yang lebih besar terhadap status gizi. Hal ini sejalan dengan penelitian Husaini dalam Made Amin *et al.* (2004) yang mengemukakan bahwa dalam upaya memperbaiki status gizi anak, dilakukan upaya pencegahan penyakit menyangkut perawatan dasar terhadap anak yaitu dengan pemberian imunisasi secara lengkap, pemberian vitamin A secara berkala (mengikuti bulan pemberian vitamin A) dan upaya perbaikan sanitasi terhadap anak, ibu dan lingkungan.

j. Sosio-Budaya dan Religi

Kebudayaan suatu masyarakat mempunyai kekuatan yang berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan yang digunakan untuk dikonsumsi. Aspek sosio-budaya pangan adalah fungsi pangan dalam masyarakat yang berkembang sesuai dengan keadaan lingkungan, agama, adat, kebiasaan dan pendidikan masyarakat tersebut. Kebudayaan juga menentukan kapan seseorang boleh atau tidak boleh memakan suatu makanan (tabu), walaupun tidak semua tabu rasional bahkan banyak jenis tabu yang tidak masuk akal. Oleh karena itu, kebudayaan mempengaruhi seseorang dalam konsumsi pangan yang menyangkut pemilihan jenis pangan, pengolahan serta persiapan dan penyajiannya (Khomsan *et al.*, 2004). Suatu pantangan yang berdasarkan agama (Islam) disebut haram hukumnya dan individu yang melanggar pantangan tersebut berdosa. Hal ini disebabkan makanan dan minuman yang dipantangkan mengganggu kesehatan dan jasmani atau rohani bagi pemakannya atau peminumnya. Sementara, pantangan atau larangan yang berdasarkan kepercayaan umumnya mengandung perlambang atau nasihat-nasihat yang dianggap baik dan tidak baik yang lambat-laun menjadi kebiasaan (adat), terlebih dalam suatu masyarakat yang masih sederhana. Tiga kelompok masyarakat yang biasanya mempunyai pantangan makan yaitu anak kecil, ibu hamil dan ibu menyusui (Khomsan *et al.*, 2004).

Pangan yang menjadi pantangan (tabu) bagi anak kecil adalah ikan, terutama ikan asin karena dapat menyebabkan cacangan, sakit mata atau sakit kulit. Kacang-kacangan juga tidak diberikan pada anak-anak karena khawatir perut anak akan kembung (Mudanijah dalam Khomsan *et al.*, 2004). Bayi diberikan minum hanya dengan air putih, memberikan makanan padat terlalu dini, berpantang pada makanan tertentu (misalnya tidak memberikan pada anak makanan dari daging, telur dan santan) dapat menghilangkan kesempatan anak untuk mendapat asupan lemak, protein maupun kalori yang cukup (Rasni, 2009).

#### 2.4.3 Pendapatan Keluarga

Usaha yang dilakukan untuk meningkatkan mutu gizi masyarakat miskin dengan meningkatkan pertumbuhan ekonomi karena dengan pertumbuhan ekonomi akan meningkatkan pendapatan keluarga. Peningkatan pendapatan keluarga akan mempunyai efek pada makanan. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan lain yang menyebabkan orang-orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan. Selain itu keanekaragaman bahan pangan kurang terjamin, karena dengan uang yang terbatas itu tidak akan banyak pilihan. Akan tetapi naiknya pendapatan pada umumnya cenderung tidak dipergunakan untuk pengeluaran yang lebih besar pada konsumsi pangan (Suhardjo, 2003).

Daya beli keluarga sangat ditentukan oleh tingkat pendapatan keluarga. Orang miskin biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatannya untuk makanan. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan orang-orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang dibutuhkan. Ada pula keluarga yang sebenarnya mempunyai penghasilan cukup namun sebagian anaknya berstatus kurang gizi (Sajogyo, 2004).

Pada umumnya tingkat pendapatan naik jumlah dan jenis makanan cenderung untuk membaik tetapi mutu makanan tidak selalu membaik. Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin paling rentan terhadap kurang gizi diantara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling terpengaruh oleh

kekurangan pangan. Jumlah keluarga juga mempengaruhi keadaan gizi (Suhardjo, 2003).

## **2.5 Kriteria Keluarga Non Miskin**

### **2.5.1 Keluarga Miskin**

Kriteria kemiskinan yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) yaitu:

- a. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8m<sup>2</sup> per orang;
- b. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/ bambu/ kayu murahan;
- c. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/ rumbia/ kayu berkualitas rendah/ tembok tanpa diplester;
- d. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/ bersama-sama dengan rumah tangga lain;
- e. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik;
- f. Sumber air minum berasal dari sumur/ mata air tidak terlindung/sungai/air hujan;
- g. Bahan bakar untuk masak sehari-hari adalah kayu bakar/ arang/ minyak tanah;
- h. Hanya mengonsumsi daging/ susu sapi/ ayam potong satu kali dalam seminggu;
- i. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun;
- j. Hanya sanggup makan sebanyak satu/ dua kali dalam sehari;
- k. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di Puskesmas/poliklinik;
- l. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah petani dengan luas lahan 0,5ha, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 680.000,00 per bulan;
- m. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga: tidak sekolah/ tidak tamat SD/ hanya SD;
- n. Tidak memiliki tabungan/ barang yang mudah dijual dengan nilai Rp. 500.000,00, seperti sepeda motor (kredit/ non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

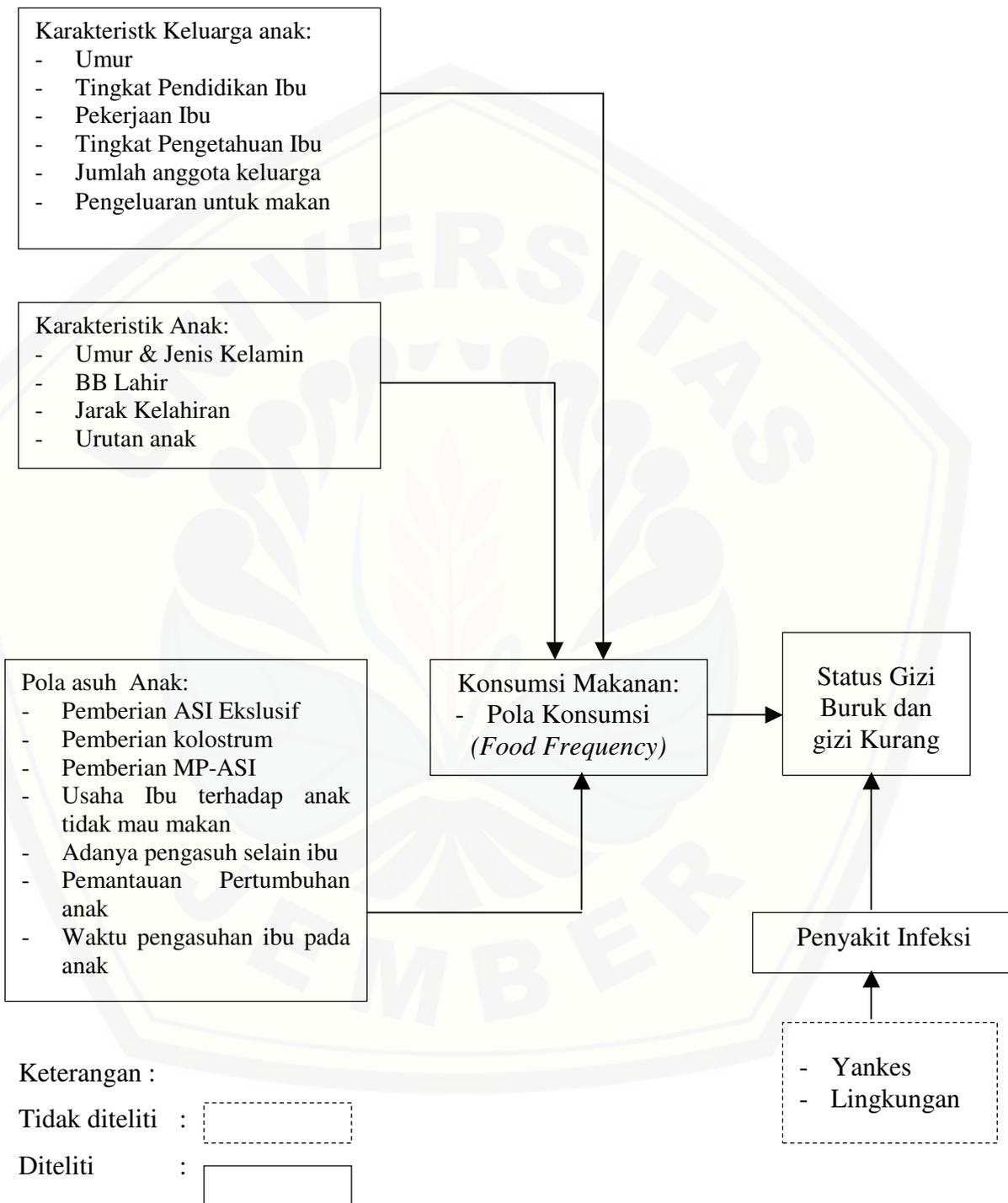
Dalam menentukan status kemiskinan seseorang yaitu dengan melakukan penilaian kondisi sosial ekonomi seseorang dengan 14 (empat belas) kriteria kemiskinan BPS tersebut, dengan ketentuan pokok bahwa seseorang disebut miskin bila memenuhi minimal 10 (sepuluh) kriteria kemiskinan BPS tersebut, dengan 5 (lima) diantara 10 (sepuluh) kriteria kemiskinan yang secara mutlak harus dipenuhi, yaitu:

- a. Hanya sanggup makan sebanyak satu/dua kali dalam sehari;
- b. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di Puskesmas/ poliklinik;
- c. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga: tidak sekolah/ tidak tamat SD/ hanya SD;
- d. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0,5 ha, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 688.000,00 per bulan;
- e. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/ bersama-sama dengan rumah tangga lain;
- f. Memiliki Kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), Ataupun tidak memiliki keduanya tetapi berdasarkan penilaian aparat desa ataupun bidan desa termasuk kategori miskin tetapi tidak memiliki kartu jamkesmas ataupun jamkesda

#### 2.5.2 Keluarga Non Miskin

Keluarga non miskin adalah keluarga yang tidak termasuk dalam kriteria di atas. Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang selain tidak memenuhi 14 kriteria tersebut dan tidak mempunyai kartu jamkesmas ataupun jamkesda.

## 2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Status gizi anak secara langsung dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah konsumsi. Secara tidak langsung melalui konsumsi, beberapa faktor seperti faktor Pola asuh anak yang meliputi pemberian kolostrum, pemberian ASI, MP-ASI usaha ibu terhadap anak yang tidak mau makan dan usaha ibu merangsang anak makan, faktor pola pengasuh ibu yang meliputi adanya pengasuh selain ibu, pemantauan pertumbuhan pada anak dan waktu pengasuhan ibu pada anak turut menentukan status gizi.

Begitu pula halnya dengan karakteristik anak dan ibu juga akan mendukung apakah anak akan berstatus gizi baik atau kurang, dimana karakteristik anak meliputi umur, berat badan lahir, jarak kelahiran, urutan anak serta usia MP-ASI pertama kali diberikan dan karakteristik ibu meliputi usia, pekerjaan, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, jumlah anggota keluarga dan pengeluaran untuk makan. Sedangkan adanya penyakit infeksi yang menyertai dapat memperburuk keadaan status gizi pada anak-anak balita. Ada hubungan sinergis antara penyakit infeksi dengan status gizi anak balita dan juga sebaliknya keadaan status gizi yang buruk dapat menyebabkan anak mudah terserang penyakit infeksi.

Faktor-faktor secara tidak langsung lainnya yang dapat mempengaruhi status gizi adalah pelayanan kesehatan dan lingkungan, tetapi dalam penelitian kali ini faktor-faktor tersebut tidak diteliti.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif yaitu penelitian yang menghasilkan data deskriptif mengenai kata-kata lisan maupun tertulis, dan tingkah laku yang dapat diamati dari orang-orang yang diteliti (Taylor dan bogdan dalam Suyanto, 2005). Sedangkan jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif secara objektif untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Notoatmodjo, 2005)

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian anak balita gizi buruk dan gizi kurang usia 6-24 bulan pada keluarga non miskin di wilayah Puskesmas Rogotrunan Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang.

### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1 Lokasi Penelitian**

Tempat penelitian adalah di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang. Alasan peneliti dalam penentuan lokasi ini dikarenakan wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang merupakan Puskesmas di wilayah perkotaan dan memiliki jumlah balita gizi buruk dan gizi kurang dari keluarga non miskin yang cukup tinggi yaitu sejumlah 17,52 % dan merupakan salah satu Puskesmas yang memiliki prevalensi kasus gizi buruk dan gizi kurang dari keluarga non miskin yang tinggi di Kabupaten Lumajang.

#### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli–Oktober 2010.

### 3.3 Sasaran dan Penentuan Informan Penelitian

#### 3.3.1 Sasaran Penelitian

Sasaran penelitian adalah sebagian atau seluruh anggota yang diambil dari seluruh objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Adapun sasaran yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki balita berusia 6-24 bulan yang berstatus gizi buruk dan gizi kurang berdasarkan hasil laporan bulan intensifikasi penimbangan 2010 di Puskesmas Rogotrunan Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang sebanyak 65 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik purposif (*purposive sampling*), yakni menentukan sampel penelitian dengan cara memilih atau menunjuk anggota populasi secara sengaja untuk dijadikan sampel (Deddy, 2005). Sasaran akan dimasukkan ke dalam penelitian apabila memenuhi kriteria sebagai berikut:

- a. Ibu yang memiliki anak balita umur 6-24 bulan yang berstatus gizi buruk atau gizi kurang dari keluarga non miskin;
- b. Ibu yang memiliki balita yang tercatat pada laporan hasil penimbangan bulan pebruari 2010 di Puskesmas Rogotrunan Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang;
- c. Ibu yang bertempat tinggal di wilayah Puskemas Rogotrunan Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang;
- d. Ibu yang bersedia secara sukarela menjadi responden penelitian.

#### 3.3.2 Penentuan Informan Penelitian

Informan penelitian adalah subjek penelitian yang dapat memberikan berbagai informasi yang diperlukan selama proses penelitian. Informan penelitian ini meliputi beberapa macam seperti:

- a. Informan kunci (*key informan*), yaitu mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Dalam penelitian ini, informan kunci yaitu bidan desa atau pelaksana gizi Puskesmas;

- b. Informan utama, yaitu mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini, informan utama yaitu ibu balita;
- c. Informan tambahan, yaitu mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini, informan tambahan yaitu kader dan tetangga responden (Suyanto, 2005).

Jumlah responden atau informan dalam penelitian ini belum diketahui sebelum peneliti melakukan kegiatan pengumpulan data di lapangan. Hal ini dikarenakan pengumpulan data pada penelitian kualitatif mempunyai tujuan tercapainya kualitas data yang memadai sehingga sampai responden yang keberapa data mencapai titik jenuh karena responden tersebut “ceritanya” sama saja dengan responden sebelumnya (Hamidi, 2004).

Penentuan informan menggunakan penyampelan terbuka sistematis. Terbuka artinya penyampelan ini terbuka bagi orang, tempat, dan situasi yang akan memberikan peluang terbesar untuk mengumpulkan data yang paling relevan mengenai fenomena yang diteliti. Pada penyampelan terbuka, pemilihan terwawancara (*interviewee*) atau lokasi pengamatan sangat tidak terbatas. Penyampelan ini bertujuan untuk mengungkap kategori sebanyak mungkin, bersama sifat dan ukurannya. Sedangkan yang dimaksud dengan penyampelan terbuka secara sistematis, yaitu beranjak dari satu orang/ tempat menuju orang/ tempat lain yang sudah didaftar atau siapa saja yang mau berpartisipasi untuk mencari bukti dari insiden atau peristiwa yang mewakili setiap kategori, lalu menindaklanjuti dengan melaksanakan perbandingan (Anselm dan Corbin, 2007).

### **3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

#### **3.4.1 Variabel Penelitian**

Variabel pada penelitian ini adalah:

- a. Variabel terikat : Kejadian gizi buruk
- b. Variabel Bebas : Faktor determinan, meliputi karakteristik anak (usia, jarak kelahiran, BB lahir, urutan anak, usia MP-ASI pertama kali diberikan),

karateristik keluarga anak (usia, tingkat pendidikan, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu, jumlah keluarga dan pengeluaran untuk makan), pola asuh, (pemberian ASI, pemberian kolostrum, pemberian MP-ASI, usaha ibu terhadap anak tidak mau makan, usaha ibu merangsang anak makan, adanya pengasuh selain ibu, pemantauan pertumbuhan anak dan waktu pengasuhan ibu).

### 3.4.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

| No | Variabel                   | Definisi Operasional  |
|----|----------------------------|---|
| 1. | Karakteristik Keluraga     | Lama waktu hidup ibu saat menjadi responden terhitung maju mulai saat lahir hingga ulang tahun terakhir ibu   |
|    | a. Umur Ibu                |   |
|    | b. Tingkat pendidikan Ibu  | Jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh oleh Ibu yang meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>Pendidikan tingkat dasar (meliputi: tidak sekolah – tamat SD/MI/SMP/MTS)</li> <li>Pendidikan tingkat menengah (meliputi: tidak tamat – tamat SMA/MA/SMK/MAK)</li> <li>Pendidikan tingkat tinggi (meliputi: tamat Diploma/Sarjana/Magister/Spesialis) (UU No 20 Tahun 2003 tentang Sisdiknas).</li> </ol> |
|    | c. Status Pekerjaan Ibu    | Aktivitas sehari-hari seorang Ibu, baik yang terikat jam kerja, kaitannya dengan pengasuhan anak dan perawatan ibu terhadap gizi anak .   |
|    | d. Tingkat Pengetahuan Ibu | Tingkat pemahaman yang dimiliki Ibu tentang makanan bergizi, kolostrum, ASI eksklusif, pemberian Makanan Pendamping ASI   |
|    | e. Jumlah anggota keluarga | Banyaknya orang yang tinggal dalam keluarga anak balita   |
|    | f. Pengeluaran untuk makan | Jumlah uang yang dikeluarkan dalam satu bulan untuk dibelikan makanan keluarga  |
| 2. | Karakteristik anak         | Lama waktu hidup anak balita saat menjadi responden terhitung maju mulai saat lahir hingga ulang tahun anak balita terakhir yang dihitung dalam bulan ( <i>completed month</i> )  |
|    | a. Umur                    |   |

| No | Variabel                                     | Definisi Operasional  |
|----|--|---|
| b. | Jenis kelamin                                | Ciri biologis yang digunakan untuk membedakan laki-laki dan perempuan   |
| c. | Berat Badan Lahir                            | Berat badan anak balita yang diukur atau ditimbang ketika anak balita tersebut lahir  |
| d. | Jarak kelahiran                              | Rentang waktu antara kelahiran satu dengan kelahiran sebelumnya atau selanjutnya.   |
| e. | Urutan anak                                  | Urutan kelahiran anak balita dalam satu keluarga  |
| f. | Status gizi anak                             | Keadaan gizi balita 6-24 bulan yang ditentukan dengan metode antropometri, berdasarkan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U), dibedakan menjadi status berat badan normal (gizi baik), berat badan kurang (gizi kurang) dan berat badan sangat kurang (gizi buruk) dengan standar WHO 2005 |
| 3. | Pola asuh anak                               | Cara ibu merawat anak dengan pemenuhan gizi anak, meliputi pemberian ASI yaitu pemberian kolostrum dan asi eksklusif, Pemberian MP-ASI, usaha ibu terhadap anak yang tidak mau makan, adanya pengasuhan selain ibu, waktu pengasuhan ibu pada anak dan pemantauan pertumbuhan anak.         |
| a. | Pemberian ASI Eksklusif                      | Praktik pemberian Air Susu Ibu selama 6 bulan kepada bayi, tanpa pemberian makanan lain selain Air Susu Ibu   |
| b. | Pemberian kolostrum                          | Praktik pemberian cairan yang keluar pertama kali dari payudara ibu sebelum ASI keluar dan berwarna kekuningan  |
| c. | Pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI)    | Praktik pemberian makanan tambahan selain Air Susu Ibu (ASI) kepada anak balita sebagai pendamping ASI : umur MP-ASI pertama diberikan, jenis, jumlah, variasi makanan, makanan selingan dan frekuensi pemberiannya.  |
| d. | Usaha ibu terhadap anak yang tidak mau makan | Tindakan yang dilakukan ibu supaya anak mau makan   |
| e. | Pengasuhan selain ibu                        | Seseorang yang ikut mengasuh anak selain ibu dan bapak  |
| f. | Waktu pengasuhan ibu                         | Waktu dalam hitungan jam selama satu hari ibu mengasuh anaknya  |

| No | Variabel                       | Definisi Operasional  |
|----|--------------------------------|---|
|    | g. Pemantauan pertumbuhan anak | Tindakan ibu untuk memantau pertumbuhan anaknya dengan mengukur berat badan, tinggi badan serta pemahaman perkembangan status gizinya melalui posyandu atau fasilitas kesehatan lainnya setiap bulan  |
| 4  | Penyakit infeksi               | Ada tidaknya invasi dan pembiakan mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit internal dan eksternal) di jaringan tubuh balita yang secara klinis mungkin tidak tampak namun menimbulkan cedera seluler lokal ditandai dengan gejala-gejala umum penyakit (seperti demam, batuk, sesak napas, bersin-bersin dan lain-lain) yang diderita oleh anak balita Gizi Buruk/Kurang pada 3 bulan terakhir. |
| 5  | Pola Konsumsi                  | Gambaran tentang jenis dan frekuensi konsumsi pangan sumber Karbohidrat, protein dan lemak yang dikonsumsi responden dalam periode harian, mingguan dan bulanan dengan menggunakan <i>Food Frequency Questioner (FFQ)</i>   |

### 3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah kenyataan yang menggambarkan suatu kejadian-kejadian dan kesatuan nyata (Prabu, 2006). Data dapat digunakan sebagai informasi dalam penelitian. Oleh karena itu, data yang dikumpulkan harus akurat dan terjamin validitasnya. Secara umum, data terbagi menjadi dua yaitu data primer dan data sekunder. Adapun yang dimaksud dengan data primer adalah data yang dikumpulkan melalui pihak pertama, biasanya melalui angket, wawancara, jajak pendapat dan lain-lain. Sedangkan yang dimaksud dengan data sekunder adalah data yang dikumpulkan melalui pihak kedua biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam proses pengumpulan data, baik oleh institusi pemerintah maupun swasta (Soedarmayanti dan Hidayat, 2002).

Data primer dalam penelitian ini adalah karakteristik keluarga anak yang meliputi pekerjaan ibu, tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pengeluaran untuk

makan keluarga, pola asuh anak yang diperoleh dari responden. Dari hasil wawancara secara mendalam (*indepth interview*) dan dokumentasi mendukung data kualitatif yang dikumpulkan. Sedangkan data sekunder diperoleh dari hasil laporan bulan intensifikasi penimbangan tahun 2010 Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang. Dengan demikian, dapat dipastikan bahwa sumber data yang digunakan adalah sumber data responden, karena data yang diperoleh langsung dari responden atau informan (Arikunto, 1998). Hal ini dikarenakan peneliti melakukan wawancara secara mendalam untuk penelitian kualitatif.

### **3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1 Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Secara umum metode pengumpulan data dapat dibagi atas beberapa kelompok yaitu metode dengan menggunakan pertanyaan, metode pengamatan langsung dan metode khusus (Nazir, 2003). Berdasarkan beberapa metode pengumpulan data tersebut, pada penelitian ini metode yang digunakan adalah wawancara secara mendalam (*indepth interview*) dan dokumentasi. Data pada penelitian ini akan dikumpulkan dengan cara sebagai berikut:

a. Observasi

Observasi digunakan untuk pengamatan dan pencatatan dengan sistematik tentang fenomena yang diteliti. Metode observasi dilakukan untuk memperoleh lebih banyak keterangan dari masalah yang akan diteliti, sehingga memperoleh gambaran yang jelas. Menurut Nasution (dalam Wahyuni, 2007) observasi sebagai eksplorasi, selain diperoleh gambaran yang jelas mungkin juga petunjuk pemecahannya dengan cara mengamati kejadian di lapangan dalam upaya memperoleh data yang diperlukan berkaitan dengan faktor determinan yang mempengaruhi kejadian gizi buruk dan gizi kurang pada anak balita 6- 24 bulan di Puskesmas Rogotruran Kecamatan Lumajang Kabupaten Lumajang yang terdiri dari Pola konsumsi dengan melakukan *food*

*frequency* dan melihat secara langsung upaya-upaya yang dilakukan oleh ibu bila anak tidak mau makan.

b. Wawancara mendalam (*indepth interview*)

Metode wawancara yaitu proses untuk memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden dengan bantuan *interview guide* (panduan wawancara) (Nazir, 2003). Peneliti menggunakan teknik wawancara ini karena informasi yang diperoleh lebih akurat, dimana keuntungan keuntungan teknik ini adalah peneliti dapat menangkap suasana batin responden seperti perasaan gelisah, takut, terkejut, gembira bahkan jawaban bohong dapat segera dideteksi (Sujanto, 2005). Wawancara mendalam adalah teknik pengumpulan data yang didasarkan pada percakapan secara intensif dengan suatu tujuan (Marshall dan Rossman, 1989). Teknik wawancara secara mendalam (*indepth interview*) dilakukan peneliti dengan memberi pertanyaan-pertanyaan penyelidikan untuk menggali lebih lanjut suatu keterangan (*probe question*) (Nazir, 2003). Untuk memperoleh informasi yang akurat dari penyelidikan tersebut, peneliti dapat memberikan sedikit penjelasan tentang pertanyaan yang diberikan. Wawancara secara mendalam dalam penelitian ini akan dilakukan untuk mengambil data Pola asuh anak yang meliputi pemberian kolostrum, pemberian ASI,MP-ASI, tingkat pengetahuan ibu, usaha ibu terhadap anak yang tidak mau makan dan usaha ibu merangsang anak makan, faktor pola pengasuh ibu yang meliputi adanya pengasuh selain ibu, pemantauan pertumbuhan anak dan waktu pengasuhan ibu pada anak .

c. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Dokumentasi dilakukan untuk merekam pembicaraan dan juga dapat merekam suatu perbuatan yang dilakukan oleh responden pada saat wawancara (Nazir, 2005). Menurut Moloeng (2001) dokumentasi adalah setiap bahan tertulis maupun film yang telah disiapkan karena adanya permainan dari seorang penyelidik. Data yang akan didokumentasikan adalah KMS (Kartu Menuju Sehat), karakteristik Anak,

karakteristik ibu dan semua hasil wawancara akan direkam dengan menggunakan *tape recorder*, serta proses wawancara didokumentasikan dalam bentuk foto-foto.

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan sebagai sarana yang dapat diwujudkan dalam bentuk benda (Riduan, 2005). Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah *interview guide* (panduan wawancara) untuk metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam dengan bantuan alat perekam suara dan alat tulis. Apabila ada responden yang tidak dapat berbahasa Indonesia, maka akan ada penerjemah yang dalam wawancara hanya bertindak sebagai penerjemah tanpa ada intervensi. Sedangkan, instrumen untuk pengamatan langsung, peneliti menggunakan kamera foto agar lebih efisiensi waktu.

## 3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

### 3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini dalam bentuk cerita detail sesuai bahasa dan pandangan responden. Hasil wawancara secara mendalam pada penelitian kualitatif dikumpulkan dan diupayakan untuk dideskripsikan berdasarkan ungkapan, bahasa, cara berpikir, pandangan subjek penelitian (Hamidi, 2004).

Penyajian data penelitian secara kualitatif disajikan dalam bentuk bahasa yang tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli responden, cukup rinci tanpa adanya interpretasi dan evaluasi dari peneliti (Lincoln dan Guba dalam Hamidi, 2004) kemudian berdasarkan ungkapan dan bahasa asli responden tersebut dapat dikemukakan temuan peneliti yang akan didiskusikan atau dijelaskan dengan perspektif atau teori-teori yang telah ada.

### 3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data dilakukan sejak awal turun ke lokasi melakukan pengumpulan data, dengan cara “mengangsur atau menabung” informasi, mereduksi, mengelompokkan dan seterusnya sampai terakhir memberi interpretasi. Analisis data secara kualitatif pada prinsipnya berfokus dalam bentuk induksi–interpretasi–konseptualisasi. Induksi dalam hal ini adalah peneliti mengumpulkan dan menyajikan data sebagai tahap awal untuk membuktikan adanya perspektif dimana data dikumpulkan dan dianalisis setiap meninggalkan lapangan.

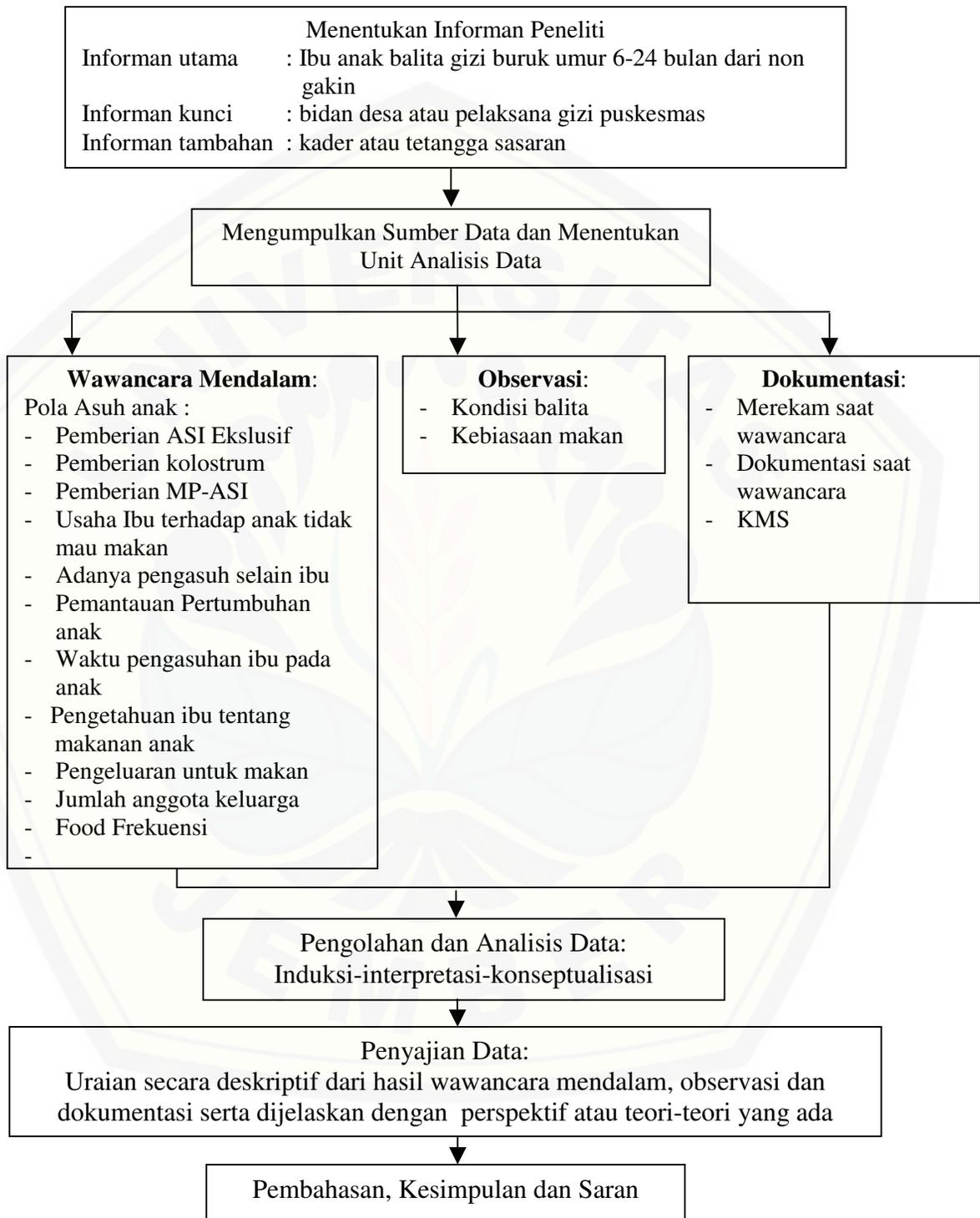
Secara umum proses analisis telah dimulai sejak peneliti menetapkan fokus permasalahan dan lokasi penelitian, kemudian lebih intensif pada saat turun ke lapangan. Interpretasi maksudnya adalah peneliti mulai menangkap secara jelas respon–respon responden sehingga dapat memberi penjelasan terhadap pernyataan responden yang tersembunyi dibalik pandangan dan tindakan mereka. Sedangkan tahap akhir adalah konseptualisasi yaitu responden bersama peneliti memberikan pernyataan singkat tentang apa yang sebenarnya dialami oleh responden serta keinginan apa yang tersembunyi dibalik informasi yang mereka berikan (Hamidi, 2004).

Pada penelitian ini juga menggunakan triangulasi sebagai teknik untuk mengecek keabsahan data. Pengertian triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain dalam membandingkan hasil wawancara terhadap objek penelitian (Moloeng, 2004). Triangulasi dapat dilakukan dengan menggunakan teknik yang berbeda yaitu wawancara, observasi dan dokumen. Triangulasi ini selain digunakan untuk mengecek kebenaran data juga dilakukan untuk memperkaya data, selain itu triangulasi juga dapat berguna untuk menyelidiki validitas tafsiran peneliti terhadap data, karena itu triangulasi bersifat reflektif ( Nasution, 2003).

Menurut Nasution triangulasi dengan sumber artinya membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Pada penelitian ini untuk mengecek kebenaran dari apa yang disampaikan oleh responden sehingga mencapai kepercayaan terhadap data dan informasi responden maka ditempuh langkah sebagai berikut:

- a. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan yaitu pengamatan di KMS mengenai berat badan balita, umur, tanggal lahir dengan hasil wawancara;
- b. Membandingkan keadaan seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan masyarakat dari berbagai kelas (dengan bidan desa, petugas gizi Puskesmas, tetangga dan tokoh masyarakat desa) yaitu tingkat kehadiran ibu anak balita, ada tidaknya penyuluhan di meja IV posyandu yang di bandingkan dengan hasil wawancara dengan bidan desa atau petugas gizi puskesmas
- c. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara, keadaan klinis anak balita dan anak pada saat makan dengan hasil hasil wawancara;

### 3.8 Kerangka Operasional (Alur Penelitian)



Gambar 3.1 Kerangka Operasional Penelitian