



**POLA ASUH DAN TINGKAT KONSUMSI PADA BALITA GIZI
KURANG DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUMBERSARI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh
Fajriyatul Arifah Husna
NIM 142110101202

**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**POLA ASUH DAN TINGKAT KONSUMSI PADA BALITA GIZI
KURANG DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUMBERSARI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

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

Oleh
Fajriyatul Arifah Husna
NIM 142110101202

**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap rasa syukur Alhamdulillah dan cinta yang begitu mendalam kehadiran Allah SWT saya dapat menyelesaikan tugas akhir skripsi ini dengan tepat waktu. Skripsi ini dengan sepenuh hati saya persembahkan kepada orang-orang yang telah memberikan warna indah dalam hidup saya :

1. Kedua orang tua terkasih ayah saya Bapak Hasanudin dan ibu saya Ibu Nurul Widat, mertua Bapak Darwis dan ibu Suniyati, serta suami dan anak tercinta mas Imam Barizi dan adik Ahmad Idris Mawardi Al-Fatimi yang selalu dalam lindungan Allah SWT. Tiada kata yang bisa menggantikan segala sayang, usaha, semangat, dukungan spiritual, dukungan material, do'a yang selalu dilantunkan sehingga dapat menambah semangat dan tanpa putus asa untuk segera menyelesaikan skripsi ini sebagai tugas akhir program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat. Terimakasih Allah karena telah menjadikan mereka berkah untuk saya selama ini.
2. Teruntuk kakak dan adik-adik (Arini, Adid, dan Fira) yang telah memberikan segala inspirasi serta motivasinya kepada saya.
3. Segelas coklat untuk kalian (teman Alih Jenis 2014) para sahabat yang selalu menghangatkan hidupku dan memberikan semburat warna di tugas akhir ini. Kalian yang selalu ada (walau tidak sampai akhir) di setiap langkahku ☺ Tanpa kalian tugas akhir ini akan seratus kali lebih berat untuk diselesaikan. Terima kasih yang takkan pernah habis untuk kalian yang telah menciptakan sebuah cerita denganku, kalian akan terkenang selamanya. Kalian adalah keluarga dan rumah kedua bagiku ☺.
4. Bapak dan ibu guru dari TK, SD, SMP, SMA, hingga Perguruan Tinggi. Terima kasih atas semua ilmu dan bimbingan yang telah diberikan kepada saya. Semoga ilmu yang telah diberikan kepada saya bermanfaat baik untuk keluarga maupun masyarakat.
5. Almamater saya mulai dari TK Alhidayah 37, SD NU 16 Rowotengah, SMP Plus Darus Sholah, SMA Unggulan BPPT Darus Sholah, Akademi Kebidanan Plus dr. Soebandi Jember, hingga Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Motto

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain).

Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.”

(Terjemahan QS. Al-Insyirah, 6-8)



Departemen Agama Republik Indonesia 2002. Al-Qur'an dan Terjemahan. Surabaya: Terbit Terang Surabaya

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fajriyatul Arifah Husna

NIM : 142110101202

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi saya yang berjudul : *Pola Asuh dan Tingkat Konsumsi di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali dalam penyebutan sumber pustaka yang telah dicantumkan di dalamnya, dan penelitian ini belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan merupakan hasil plagiat. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isi karya ini, sebagaimana telah sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 15 Juli 2019

Yang menyatakan,

Fajriyatul Arifah Husna

NIM. 142110101202

HALAMAN PEMBIMBING

SKRIPSI

**POLA ASUH DAN TINGKAT KONSUMSI PADA BALITA GIZI
KURANG DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUMBERSARI
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Fajriyatul Arifah Husna

NIM. 142110101202

Pembimbing :

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

Dosen Pembimbing Anggota : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Pola Asuh dan Tingkat Konsumsi Pada Balita Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Sumpersari Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Senin
Tanggal : 15 Juli 2019
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Pembimbing

Tanda Tangan

DPU : Sulistiyani, S.KM., M.Kes.

NIP. 19760615 200212 2 002

(.....)

DPA : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes.

NIP. 19801009 200512 2 002

(.....)

Penguji

Ketua : Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH

NIP. 19840605 200812 2 001

(.....)

Sekretaris : Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.

NIP. 19831113 201012 2 006

(.....)

Anggota : Dwi Handarisasi, S.Psi., M.Si

NIP. 19750513 199703 2 004

(.....)

Mengesahkan

Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.

NIP. 19800516 200312 2 002

RINGKASAN

Pola Asuh dan Tingkat Konsumsi Pada Balita Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember; Fajriyatul Arifah Husna; 142110101202; 2019; 86 Halaman; Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Gizi kurang disebabkan karena konsumsi gizi yang tidak mencukupi kebutuhannya dalam waktu tertentu. Kekurangan berat badan pada anak yang sedang tumbuh merupakan masalah serius (Adriyani, 2014:237). Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang balita secara nasional menurut indikator BB/U pada tahun 2013 adalah 19,6%, terdiri dari 5,7% gizi buruk dan 13,9% gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%) terlihat meningkat. Untuk mencapai sasaran MDG tahun 2015 yaitu 15,5% maka prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4.1% dalam periode 2013 sampai 2015 (Risksedas, 2013:252)

Persentase gizi kurang berdasarkan indikator BB/U terdapat 5,71% pada tahun 2012 (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2012:67). Berdasarkan hasil PSG tahun 2014, Jawa Timur sudah berhasil mencapai angka dibawah target MDGs (15,0%) dan Renstra (15,0%) yakni sebesar 12,3% (Berat Badan Kurang 10,3% dan Berat Badan Sangat Kurang 2,0%) (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2014:28). Kasus gizi kurang di Kabupaten Jember tahun 2017 sebanyak 7,69%. Wilayah kerja Puskesmas Sumpalsari menjadi yang tertinggi ketiga yaitu 18,24% sedangkan pada tahun sebelumnya cenderung rendah. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan pola asuh dan tingkat konsumsi pada balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif. Populasi pada penelitian ini sebanyak 60 balita, sampel yang digunakan yaitu total sampling dan respondennya (ibu/pengasuh balita) sebanyak 46 Responden. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner mengenai karakteristik balita, karakteristik keluarga dan pola asuh. Hasil penelitian yang telah dilakukan pada ibu balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember yaitu karakteristik balita

adalah 74% balita berusia 12-24 bulan, berjenis kelamin laki-laki 61% dan berat badan lahir rendah 50%. Sedangkan karakteristik ibu meliputi pendidikan ibu 96,8% tamat SMA, 74%. Ayah bekerja 100% pekerjaan Ayah mayoritas yaitu swasta sebanyak 59% (27 orang), ibu sebagai ibu rumah tangga 61% memiliki pengetahuan baik 48%, pendapatan <UMK 54%, keluarga kecil 48%. sedangkan karakteristik keluarga Pola asuh meliputi kelengkapan imunisasi semua lengkap 100%, pemberian kolostrum 89%, pemberian ASI Eksklusif 52%, pemberian MP-ASI secara tepat 61% yang terdiri dari usia pemberian MP-ASI yang tepat 61%, frekuensi pemberian yang tepat 43%, jenis pemberian MP-ASI yang tepat 85%. Tingkat konsumsi energi >AKG 43%, protein >AKG 50%, lemak >AKG 39% dan karbohidrat >AKG 48%

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian yaitu Bagi Puskesmas yaitu membahas rencana kunjungan rumah untuk meningkatkan pemantauan pertumbuhan Balita Gizi Kurang dalam Minlok internal, Kerjasama sinergitas antara bagian gizi dengan Bidan Desa untuk menyusun program yang efektif dan efisien untuk pencegahan dan penanggulangan Gizi Kurang Tenaga gizi menyusun siklus menu sesuai dengan kebutuhan gizi balita dan didistribusikan melalui Posyandu, Puskesmas mengadakan pelatihan pemberian ASI eksklusif, penyusunan menu gizi seimbang dan demo masak terkait pemberian MP-ASI yang baik dan benar sesuai dengan Usia, jenis, frekuensi dan jumlah pemberian MP-ASI serta pola asuh gizi pada umumnya. Selain itu juga diadakan peningkatan keterampilan bagi kader posyandu untuk mengoptimalkan fungsi posyandu. Bagi Masyarakat khususnya ibu Balita yaitu: Aktif melakukan pemantauan status gizi setiap bulan, Masyarakat bersifat terbuka dan dapat bekerjasama untuk menerima informasi dan ilmu pengetahuan untuk terciptanya pola pengasuhan anak yang baik dan Menerapkan pola asuh yang benar untuk meningkatkan status gizi Balita. Bagi Peneliti selanjutnya yaitu: Menambah Variabel penelitian tentang sanitasi dan kebersihan lingkungan, Menambahkan variabel penelitian tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan Menambahkan variabel penelitian tentang Budaya masyarakat sekitar yang berkaitan dengan pantangan, tahayul dan tabu terhadap makanan.

SUMMARY

Fostering Patterns and Consumption Levels in Less Nutritious Toddlers in the Work Area of Summersari Health Center Jember Regency; Fajriyatul Arifah Husna; 142110101202; 2019; 86 pages; Nutrition Department of Public Health, Faculty of Public Health, University of Jember.

Malnutrition is caused by inadequate needs of nutrients consumption in a certain time. underweight in growing children is a serious problem (Adriyani, 2014: 237). National prevalence of poor nutrition and malnutrition according to the BB / U indicators in 2013 was 19.6%, consisting of 5.7% poor nutrition and 13.9% malnutrition. When compared with the national prevalence rate in 2007 (18.4%) and in 2010 (17.9%) it was increased. The achievement of 2015 MDG target was 15.5%, the national prevalence of malnutrition must be reduced by 4.1% in the 2013 to 2015 period (Risksedas, 2013: 252)

Percentage of malnutrition based on BB / U indicators was 5.71% in 2012 (East Java Health Profile, 2012: 67). Based on the results of the 2014 PSG, East Java has managed to reach the number below the MDG target (15.0%) and Strategic Plan (15.0%) was 12.3% (underweight was 10.3% and very underweight Loss was 2,0%) (East Java Health Profile, 2014: 28). The Cases of malnutrition in Jember regency in 2017 were 7.69%. The working area of the Summersari Community Health Center is the third highest, which is 18.24%, while in the previous year it tends to be low. The purpose of this study is to describe fostering pattern and consumption levels in less nutritious toddler in the working area of Summersari Health Center, Jember Regency.

This type of this research was descriptive research. The population in this study were 60 toddlers, the sample used was total sampling and the respondents (mother / caregiver toddler) as many as 46 respondents. The instrument used was a questionnaire regarding the characteristics of toddlers, family characteristics and the parenting. The results of the research carried out on mothers of toddlers in the working area of Summersari Health Center, Jember Regency. The characteristics of toddlers were 74% aged 12-24 months, male toddlers was 61% and low birth weight was 50%. The maternal characteristics include maternal education was 96.8% and

graduated from high school was 74%. The working fathers was 100% and mostly on private sector worker on 59% (27 people). Mothers as housewives was 61% and mother with good knowledge was 48%, the income <UMK 54%, the small families was 48%. While the family characteristics of fostering patterns include all the complete immunization 100%, giving colostrum 89%, exclusive breastfeeding 52%, giving MP-ASI exactly 61% which consists of the age of giving MP-ASI right 61%, the frequency of giving 43 %, the exact type of MP-ASI administration is 85%. Energy consumption level> 43% AKG, protein> 50% AKG, fat> 39% AKG and carbohydrate> 48% AKG

The Suggestions are given based on the results of research for Health Center (Puskesmas) to discussing plans on visiting house to improve the monitoring growth of undernutrition in Internal Toddlers, Cooperation synergy between the nutrition department and Village Midwives to develop effective and efficient programs for prevention and management of malnutrition. Nutrition health personnel for developing menu to the nutritional needs of children and is distributed through Posyandu, Puskesmas conducts exclusive breastfeeding training, arranges a balanced nutrition menu and cooking demonstration related to the provision of good and correct MP-ASI according to age, type, frequency and amount of MP-ASI and parenting nutrition in general. In addition, skills upgrading for posyandu cadres also should be held to optimize the function of the posyandu. For the society, especially mothers of toddlers should be active on monitoring of nutritional status every month, the society should be open and work together to receive information and knowledge to create a good pattern of child care and apply correct parenting to improve fostering patterns and the nutritional status of children. For the next researcher should be Adding research variables on environmental sanitation and cleanliness, Adding research variables on clean and healthy lifestyle (PHBS) and Adding research variables about the culture of the surrounding community relating to abstinence, superstition and taboo on food.

PRAKATA

Puji Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat, nikmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Pola Asuh Dan Tingkat Konsumsi Pada Balita Gizi Kurang Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pembaca serta menjadi pertimbangan dalam upaya peningkatan status gizi di Kabupaten Jember khususnya di Puskesmas Sumpalsari.

Skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya pembimbing dari berbagai pihak. Oleh sebab itu, kami menyampaikan beribu-ribu terima kasih dan penghormatan yang tiada tara kepada Ibu Sulistiyani, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing utama (DPU) dan Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing anggota (DPA) yang telah memberikan petunjuk, koreksi, dan saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat yakni:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Ninna Rohmawati, S.Gz., M.PH selaku Kepala Bagian Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan sebagai Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing saya selama menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Serta sebagai Ketua Penguji yang telah memberikan masukan, saran dan membantu memperbaiki skripsi ini.
3. Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes sebagai Sekretaris Penguji
4. Ibu Dwi Handarisasi, S.Psi., M.Si sebagai Anggota Penguji

5. Kepala puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember atas ijinnya sehingga saya dapat melakukan penelitian di Wilayah kerja Puskesmas Sumpalsari Kabupaten Jember dengan lancar;
6. Seluruh dosen, staf dan karyawan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
7. Teman-teman peminatan gizi yang telah banyak memberikan saran untuk kemajuan dan perbaikan skripsi ini;
8. Semua pihak yang belum tersebut tetapi berkontribusi dalam penyelesaian skripsi ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan masyarakat pada umumnya serta rekan-rekan mahasiswa pada khususnya.

Jember, 15 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Praktis	5
1.4.2 Manfaat Teoritis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Pola Asuh.....	6

2.1.1 Pengertian Pola Asuh.....	6
2.2Tingkat Konsumsi Makan	12
2.2.1Definisi Tingkat Konsumsi makan	12
2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Konsumsi Makan... ..	15
2.3Gizi Kurang	17
2.3.1Pengertian Gizi Kurang	17
2.3.2Penyebab Gizi Kurang	18
2.4 Karakteristik Balita.....	20
2.5 Karakteristik Keluarga.....	22
2.6 Kerangka Teori.....	24
2.7 Kerangka Konsep.....	25
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	28
3.1Jenis Penelitian.....	28
3.2Tempat dan Waktu Penelitian	28
3.2.1Tempat Penelitian	28
3.2.2Waktu Penelitian	29
3.3Penentuan Populasi dan Sampel Penelitian	29
3.3.1Populasi Penelitian.....	29
3.3.2Sampel Penelitian	30
3.3.3Teknik Pengambilan Sampel	30
3.4Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	30
3.4.1Variabel Penelitian.....	30
3.4.2DefinisiOperasional	31
3.5Data dan Sumber Data	38
3.6Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	38
3.6.1Teknik Pengumpulan Data.....	38
3.6.2Instrumen Pengumpulan Data.....	40
3.7Teknik Penyajian dan Analisis Data	41
3.7.1 Teknik Penyajian Data.....	41
3.7.2 Teknik Analisis Data	42
3.8 Validitas Reliabilitas Instrumen	42

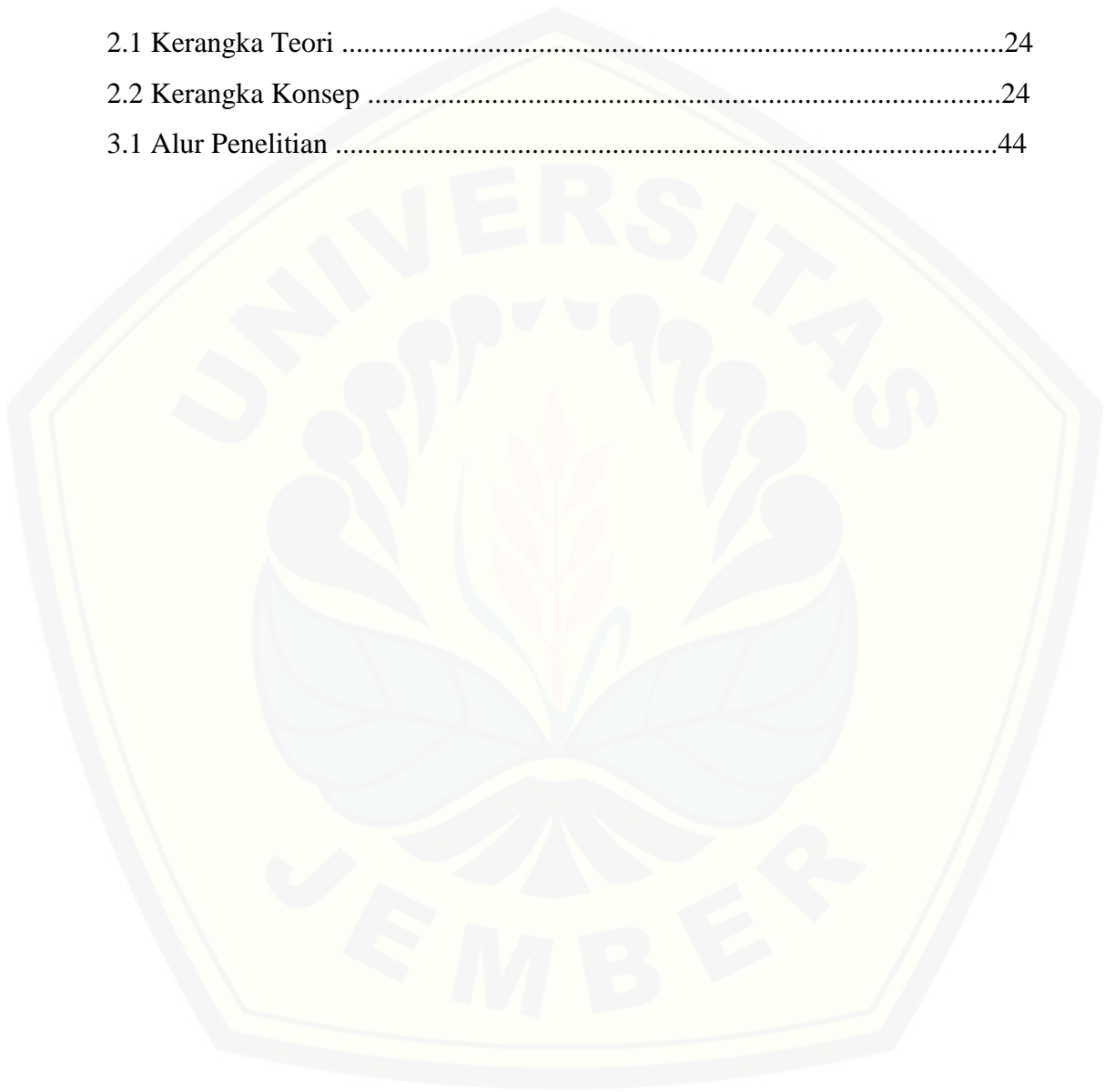
3.8.1 Uji Validitas.....	42
3.8.2 Reliabilitas Instrumen.....	43
3.9 Alur Penelitian.....	44
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	45
4.1 Hasil Penelitian.....	45
4.1.1 karakteristik Balita.....	45
4.1.2 Karakteristik Keluarga	46
4.1.3 Pola Asuh.....	47
4.1.4 Tingkat Konsumsi.....	49
4.2 Pembahasan.....	50
4.2.1 karakteristik balita dan Keluarga Balita.....	50
4.2.2 pola asuh dan tingkat konsumsi.....	58
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	67
4.4 Kelemahan Penelitian.....	68
BAB 5. PENUTUP.....	69
5.1 Kesimpulan.....	69
5.2 Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA.....	71
LAMPIRAN.....	76

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Kebutuhan Zat Gizi Makro Balita Berdasarkan AKG 2013	13
3.1 Definisi Operasional	31
4.1 Distribusi Karakteristik Balita Gizi Kurang	45
4.2 Distribusi Karakteristik Keluarga Balita Gizi Kurang	46
4.3 Distribusi Pola Asuh Balita Gizi Kurang	48
4.4 Distribusi Tingkat Konsumsi Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat	50

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	24
2.2 Kerangka Konsep	24
3.1 Alur Penelitian	44



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Persetujuan (<i>informed consent</i>)	76
B. Kuesioner Penelitian	77
C. Angket Pengetahuan Ibu Tentang Gizi	80
D. <i>Form Recall</i> 2x24 jam	82
E. Contoh Hasil <i>Recall</i>	83
F. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	84
G. Ijin Penelitian dari BAKESBANGPOL-LINMAS Kabupaten Jember.....	85
H. Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember	86
I. Dokumentasi Penelitian	87

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

AKG	= Angka Kecukupan Gizi
ASI	= Air Susu Ibu
BB	= Berat Badan
BOK	= Bantuan Operasional Kesehatan
DEPKES	= Departemen Kesehatan
DINKES	= Dinas Kesehatan
ISPA	= Infeksi Saluran Pernafasan Atas
KEMENKES	= Kementerian Kesehatan
LILA	= Lingkaran Lengan Atas
MA	= Madrasah Aliyah
MAK	= Madrasah Aliyah Keagamaan
MI	= Madrasah Ibtidaiyah
MINLOK	= Mini Lokakarya
MP-ASI	= Makanan Pendamping Air Susu Ibu
MTS	= Madrasah Tsanawiyah
PERMENKES	= Peraturan Menteri Kesehatan
PMT	= Pemberian Makanan Tambahan
PUSKESMAS	= Pusat Kesehatan Masyarakat
POSYANDU	= Pos Pelayanan Terpadu
RI	= Republik Indonesia
SD	= Sekolah Dasar
SMA	= Sekolah Menengah Akhir
SMK	= Sekolah Menengah Kejuruan
SMP	= Sekolah Menengah Pertama
SPSS	= <i>Statistical Product and Service Solutions</i>
UU	= Undang-Undang
WHO	= <i>World Health Organization</i>
YANKES	= Pelayanan Kesehatan

Daftar Notasi

$\%$	= Persentase
$/$	= Atau
$<$	= Kurang dari
\leq	= Kurang dari samadengan
$>$	= Lebih dari
\geq	= Lebih dari samadengan
p	= <i>p-value</i>
α	= <i>Alpa</i>



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gizi kurang disebabkan karena konsumsi gizi yang tidak mencukupi kebutuhannya dalam waktu tertentu. Kekurangan berat badan pada anak yang sedang tumbuh merupakan masalah serius (Adriyani, 2014:237). Sedangkan menurut Riskesdas (2013:249), gizi kurang berdasarkan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) dengan nilai $Zscore \geq -3,0$ s/d $Zscore < -2,0$. Gizi kurang pada balita, membawa dampak negatif terhadap pertumbuhan fisik maupun mental, yang selanjutnya akan menghambat prestasi belajar. Akibat lainnya adalah penurunan daya tahan, menyebabkan hilangnya masa hidup sehat balita, serta dampak yang lebih serius adalah timbulnya kecacatan, tingginya angka kesakitan dan percepatan kematian.

Masalah gizi merupakan masalah yang multidimensi, dipengaruhi oleh berbagai faktor penyebab. Penyebab langsung gizi kurang adalah konsumsi makan tidak seimbang, baik dari segi jumlah maupun mutu asupan gizinya. Selain itu juga dapat disebabkan karena asupan zat gizi yang tidak dapat dimanfaatkan oleh tubuh secara optimal karena ada gangguan penyerapan akibat adanya penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung adalah tidak cukup tersedianya pangan dirumah tangga, kurang baiknya pola pengasuhan anak terutama dalam pola pemberian makan pada balita, kurang memadainya sanitasi dan kesehatan lingkungan serta kurang baiknya pelayanan kesehatan (Sulistiyani, 2011:20-21). Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi gizi kurang adalah pola asuh dan konsumsi makanan Balita.

Pada tahap dasar, kebutuhan seorang anak adalah pangan. Ini merupakan unsur utama untuk pertumbuhan anak, agar anak dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan kemampuan genetiknya. kebutuhan dasar anak untuk tumbuh dapat digolongkan menjadi 3, yaitu asuh, asih, dan asah. Kerangka konseptual proses tumbuh kembang anak menurut Ismael yang dikutip oleh Moeljono, dalam Soetjningsih, 2012:12 menjabarkan kebutuhan anak pada Asuh, Asih, dan Asah.

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang secara umum digolongkan menjadi 3 kebutuhan dasar yaitu kebutuhan fisik Biomedis (Asuh), kebutuhan emosi atau kasih sayang (Asih), dan kebutuhan akan stimulasi mental (Asah) (Titi, dalam Soetjiningsih, 2012:14)

Pola asuh adalah menunjukkan kebutuhan bayi untuk pertumbuhan otak dan pertumbuhan suatu jaringan, sehingga sangat dibutuhkan nutrisi atau makanan yang bergizi (Sulistiyani, 2011:10). Pemberian makan yang baik sangat penting untuk asupan nutrisi, tidak hanya dari segi apa yang dimakan anak, tapi sikap ibu juga berperan. Misalnya saja adanya kehadiran ibu untuk mengawasi anak makan. Dengan pemberian makan yang baik maka akan menunjang status gizi anak. Hal ini sesuai dengan penelitian Pratiwi *et al* (2016) bahwa persentase balita dengan status gizi kurang paling banyak pada balita dengan pola asuh makan rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Suciati Ningsih (2015) dengan hubungan perilaku ibu dengan status gizi kurang pada anak mengatakan ada hubungan perilaku pemberian makan yang diberikan orang tua dipengaruhi oleh pendidikan orang tua terhadap status gizi kurang. Suwiji (2006) melakukan penelitian mengenai hubungan praktik pola asuh gizi yang terdiri atas praktik pemberian makan/minuman *pralakteal*, kolostrum, ASI dan MP-ASI dengan status gizi. Hasil analisis menunjukkan ada hubungan positif antara keempat aspek pola asuh gizi tersebut dengan status gizi. Penelitian Husin (2008) di wilayah terkena tsunami di Kabupaten Pidie, Nangroe Aceh Darussalam (NAD), menunjukkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara ketiga aspek pola asuh (pemberian makan, praktek kebersihan dan sanitasi lingkungan, serta perawatan anak saat sakit) dengan status gizi balita. Masyarakat tidak memberikan makanan yang bervariasi kepada anak balita.

Pola asuh gizi anak akan selalu terkait dengan kegiatan pemberian makan untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Kebutuhan zat gizi anak akan tercukupi dengan diberikannya pola asuh yang baik dan memadai (Istiany dan Ruslianti, 2013:133). Konsumsi makan berpengaruh terhadap status gizi anak. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan otak, kemampuan

kerja, dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat gizi esensial (Almatsier, 2004:9). Pola asuh yang salah terjadi pada keluarga mampu yang kurang memperhatikan keseimbangan gizi makan anaknya, sedangkan gizi kurang akibat kurang makan biasanya terjadi pada keluarga miskin (Sulistiyani, 2011:9).

Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang balita secara nasional menurut indikator BB/U pada tahun 2013 adalah 19,6%, terdiri dari 5,7% gizi buruk dan 13,9% gizi kurang. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%) terlihat meningkat. Perubahan terutama pada prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4% tahun 2007, 4,9% pada tahun 2010, dan 5,7% tahun 2013. Sedangkan prevalensi gizi kurang naik sebesar 0,9% dari 2007 dan 2013. Untuk mencapai sasaran MDG tahun 2015 yaitu 15,5% maka prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4,1% dalam periode 2013 sampai 2015 (Risksedas, 2013:252)

Persentase gizi kurang berdasarkan indikator BB/U terdapat 5,71% pada tahun 2012 (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2012:67). Berdasarkan hasil PSG tahun 2014, Jawa Timur sudah berhasil mencapai angka dibawah target MDGs (15,0%) dan Renstra (15,0%) yakni sebesar 12,3% (Berat Badan Kurang 10,3% dan Berat Badan Sangat Kurang 2,0%) (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2014:28)

Kejadian gizi kurang di Kabupaten Jember dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2017 cenderung mengalami penurunan dan ada satu kali peningkatan yaitu dari tahun 2012 ketahun 2013. Gizi kurang pada tahun 2011 sebanyak 14,50%, kemudian pada tahun 2012 turun menjadi 13,04% untuk tahun 2013 mengalami peningkatan menjadi 13,93% sedangkan pada tahun 2014 kembali mengalami penurunan menjadi 9,54% pada tahun 2015 turun menjadi 8,75% untuk tahun 2016 sebanyak 8,31% dan tahun 2017 sebanyak 7,69%. Kasus gizi kurang pada tahun 2017 tertinggi adalah wilayah kerja Puskesmas Tempurejo yaitu 21,54%, tertinggi kedua yaitu wilayah kerja Puskesmas Mayang sebesar 20,87% dan wilayah kerja Puskesmas Summersari menempati posisi tertinggi ketiga sebesar 18,24%. Peneliti tertarik melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Summersari karena sebelumnya wilayah kerja Puskesmas Summersari ini angka kejadian gizi

kurangnya cenderung rendah yaitu dari tahun 2013 sebanyak 1,63% kasus gizi kurang, tahun 2014 0,00% atau tidak terdapat kasus gizi kurang, pada tahun 2015 angka kejadian gizi kurang naik menjadi 9,00%, kemudian pada tahun 2016 turun menjadi 2,60% dan untuk tahun 2017 naik menjadi 18,24% serta menjadi tertinggi ketiga di Kabupaten Jember dan wilayah kerja Puskesmas Sumbersari terletak di kota dengan akses secara geografis mudah, pada setiap desa di Kecamatan Sumbersari sudah tersedia Puskesmas pembantu dan Ambulan Desa sehingga bisa dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan, akses untuk mendapatkan makanan juga mudah, tersedia pasar dan banyak tukang sayur keliling (LB3 Gizi Dinkes Jember, 2017).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Sumbersari pada bulan Juli 2018, untuk kejadian gizi kurang dari bulan Januari sampai dengan bulan Juli 2018 terdapat 60 balita gizi kurang (Puskesmas Sumbersari, 2018). Hasil wawancara yang telah dilakukan dengan ahli gizi di Puskesmas Sumbersari bahwa kasus balita gizi kurang yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari disebabkan karena pola asuh serta konsumsi makan yang mengandung zat gizi kurang terpenuhi. Untuk makanan sehari-hari yang diberikan kurang bervariasi, sehingga anak merasa bosan dan makanan yang diberikan kurang memenuhi zat gizi, asal anak mau makan, orang tua menuruti makanan yang disukai oleh anak walaupun kandungan zat gizinya rendah tetap diberikan maka tingkat konsumsi energi, protein, lemak, Karbohidrat sehari-hari kurang terpenuhi.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pola asuh dan tingkat konsumsi makan pada balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Bagaimana pola asuh dan tingkat konsumsi pada Balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mendeskripsikan pola asuh dan tingkat konsumsi pada balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik Balita berdasarkan umur balita, jenis kelamin, dan berat badan lahir;
- b. Mengidentifikasi karakteristik keluarga berdasarkan tingkat pendidikan ibu, pekerjaan orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, pengetahuan ibu tentang gizi;
- c. Mendeskripsikan pola asuh balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember berdasarkan pemberian kolostrum, pemberian ASI Eksklusif, pemberian MP-ASI, kelengkapan imunisasi;
- d. Mendeskripsikan tingkat konsumsi makan meliputi tingkat konsumsi energi, protein, lemak, karbohidrat.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Secara Praktis

Secara praktis hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu pengetahuan kesehatan khususnya dibidang gizi masyarakat tentang pola asuh dan tingkat konsumsi makan terhadap balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

1.4.2 Secara Teoritis

a. Bagi Puskesmas Sumbersari

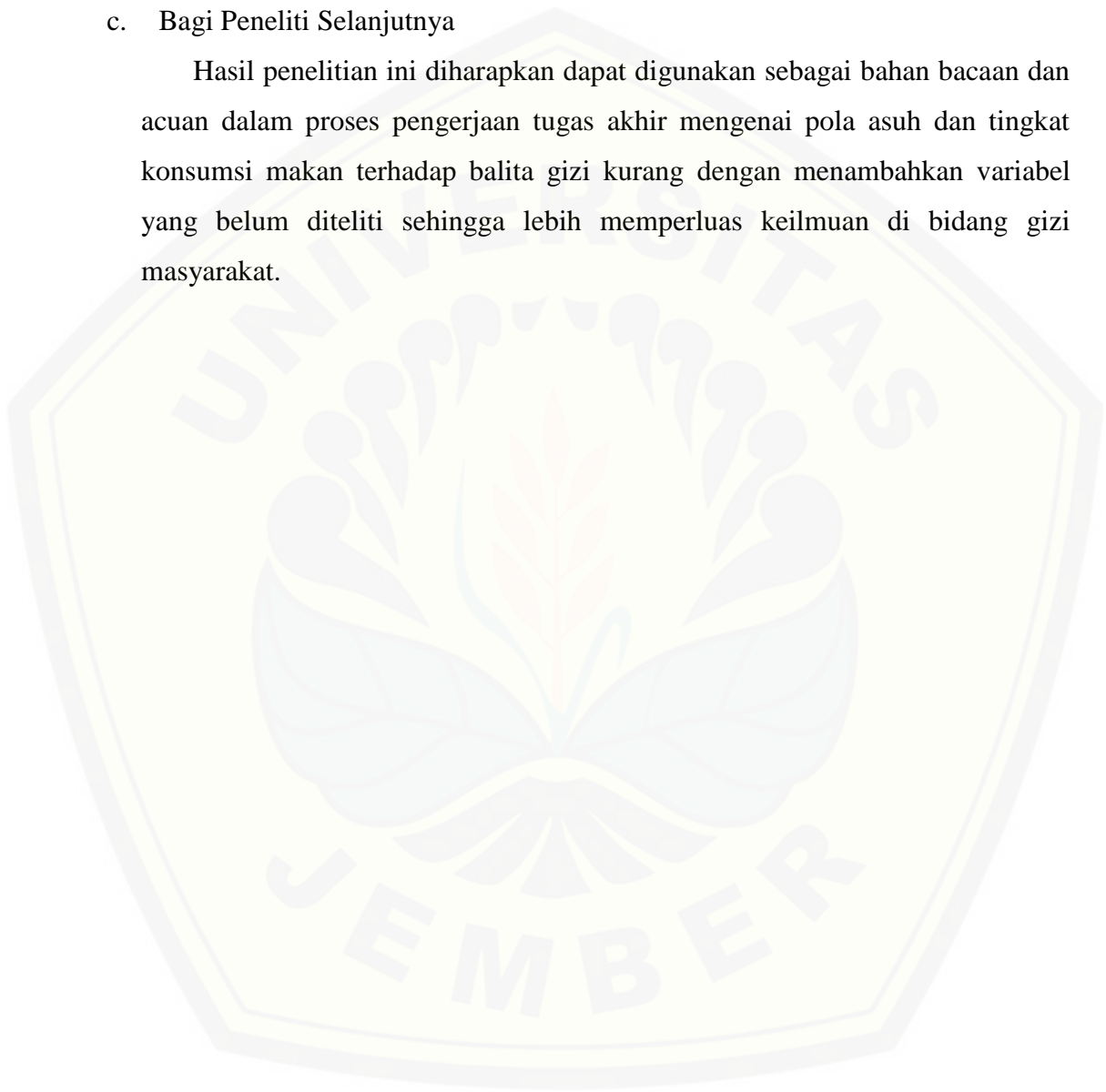
Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk perencanaan program pencegahan dan penanggulangan gizi kurang khususnya pada balita secara efektif dan efisien sehingga dapat menurunkan prevalensi gizi kurang pada Balita di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember.

b. Bagi Masyarakat khususnya Ibu Balita

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pembelajaran untuk mengubah pola asuh masyarakat terhadap balita terutama balita dengan status gizi kurang dengan menerapkan pola pengasuhan yang benar

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan bacaan dan acuan dalam proses pengerjaan tugas akhir mengenai pola asuh dan tingkat konsumsi makan terhadap balita gizi kurang dengan menambahkan variabel yang belum diteliti sehingga lebih memperluas keilmuan di bidang gizi masyarakat.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pola Asuh

2.1.1. Pengertian Pola Asuh

Pola asuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola asuh anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Pola asuh menunjukkan kebutuhan bayi untuk pertumbuhan otak dan pertumbuhan suatu jaringan, sehingga 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 perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kesegaran jasmani, rekreasi, dll (Sulistiyani, 2011:).

Pola asuh anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kedekatannya dengan anak, memberikan makan makan, merawat kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari si ibu atau pengasuh anak. Gizi kurang 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. Pola asuh anak berpengaruh secara signifikan terhadap timbulnya kasus gizi buruk (Sulistiyani, 2011).

Kebutuhan fisik-biomedis (Asuh) menurut Soetjningsih (2012:14) meliputi:

- a. Pangan/gizi merupakan kebutuhan terpenting
- b. Perawatan kesehatan dasar, antara lain imunisasi, penimbangan bayi/anak yang teratur, pengobatan kalau sakit, dll

- c. Papan/pemukiman yang layak
- d. Hygine perorangan dan kesehatan lingkungan
- e. Sandang/pakaian
- f. Kesegaran jasmani dan rekreasi

Menurut LIPI (2000:123) aspek kunci pola asuh gizi :

1) Perawatan dan perlindungan bagi anak

Bentuk perawatan bagi anak dimulai sejak bayi baru lahir sampai dewasa misalnya sejak bayi baru lahir yaitu memotong tali pusat, kelengkapan imunisasi, pemberian vitamin A, obat cacing, multivitamin serta perawatan pada saat balita sakit. Perlindungan bagi anak berupa pengawasan waktu bermain dan pengaturan tidur. Setiap orang tua wajib untuk memberikan perawatan dan perlindungan bagi anaknya. Masa lima tahun pertama merupakan masa yang akan menentukan bentuk fisik, psikis, maupun intelegensinya sehingga masa ini akan mendapatkan perawatan yang intensif (Sulistijani dan Herlianty, 2003:54).

Praktek perawatan kesehatan anak dalam keadaan sakit merupakan salah satu aspek pola asuh yang mempengaruhi gizi anak. Kesehatan anak harus mendapatkan perhatian dari para orang tua yaitu dengan cara segera membawa anaknya yang sakit ke tempat pelayanan kesehatan (Soetjiningsih, 2008:123). Imunisasi menurut Depkes RI (20013:4) merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Pemberian imunisasi harus sedini mungkin dan lengkap, imunisaasi dasar yang harus diberikan kepada bayi dan balita antara lain pemberian imunisasi HB 0, BCG, DPT 1-3, HB 1-3, dan campak. Jadwal pemberian imunisasi dasar menurut Kemenkes RI (2013) adalah sebagai berikut :

- a. Umur 0 bulan: Hepatitis B0
- b. Umur 1 bulan: BCG, Polio 1
- c. Umur 2 bulan: DPT-HB-Hib 1, Polio 2
- d. Umur 3 bulan: DPT-HB-Hib 2, Polio3
- e. Umur 4 bulan: DPT-HB-Hib 3, Polio 4
- f. Umur 9 bulan: Campak

Suplemen gizi yang berkaitan dengan keluarga balita adalah memberikan kapsul vitamin A biru pada bayi 6-11 bulan pada bulan Februari atau Agustus dan memberikan kapsul vitamin A merah pada balita usia 12-59 bulan, pada bulan Februari dan Agustus.

2) Pemberian kolostrum

Kolostrum adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama setelah bayi lahir (4-7 hari) yang berwarna kekuning-kuningan dan lebih kental karena mengandung banyak vitamin, protein, dan zat kekebalan yang penting untuk kesehatan bayi dari penyakit infeksi (Depkes RI, 2005). Kolostrum sangat penting untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi terhadap penyakit. Namun demikian, masih banyak ibu yang tidak memberikan kolostrum kepada bayinya. Hal tersebut sebagian besar disebabkan oleh ketidaktahuan terhadap manfaat kolostrum bagi bayi. Kebanyakan ibu di pedesaan yang persalinannya ditolong oleh dukun yang belum terlatih selalu membuang kolostrum dengan alasan bahwa ASI tersebut mengandung bibit penyakit. Beberapa daerah juga memiliki tradisi yang mengharuskan membuang kolostrum. Keadaan ini semakin diperburuk dengan sedikitnya penyuluhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan gizi masyarakat (Depkes RI, 2000). Proverawati dan Rahmawati (2010:14) juga menyebutkan bahwa di berbagai daerah kolostrum sengaja diperah dengan tangan dan dibuang. Ada anggapan bahwa pemberian kolostrum perlu dihindarkan karena mereka percaya keluarnya air susu yang sebenarnya hanya mulai pada hari ketiga.

3) Pemberian ASI Eksklusif

Bayi yang diberikan ASI eksklusif merupakan bayi yang hanya diberikan ASI saja tanpa ada tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih atau tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur, susu, biskuit, bubur nasi dan tim. Pemberian ASI eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya 6 bulan. Setelah bayi berumur 6 bulan, maka harus diperkenalkan dengan makanan padat, sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih. Para ahli menemukan bahwa manfaat ASI akan meningkat jika bayi hanya diberikan ASI saja selama 6 bulan kehidupan. Peningkatan ini sesuai

dengan lamanya pemberian ASI eksklusif serta lamanya pemberian ASI bersama-sama dengan makanan padat setelah usia 6 bulan (Depkes RI, 2006:3). Menurut Istiany dan Rusilanti (2013:71), Air Susu Ibu (ASI) memiliki beberapa keunggulan, diantaranya adalah sebagai berikut:

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

Meskipun sudah jelas ASI memiliki banyak manfaat bagi bayi, namun masih banyak ibu yang tidak memberikan ASI kepada bayinya

4) Pemberian MP-ASI

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

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

- a.

d. Usia 6-8 bulan

Air Susu Ibu (ASI) diberikan setiap bayi menginginkan sedikitnya 8 kali sehari, pagi, siang, maupun malam. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang diberikan adalah berupa bubur susu, pisang, pepaya lumat halus, air jeruk, air tomat saring. Secara bertahap sesuai pertambahan umur berikan bubur tim lumat ditambah kuning telur/ ayam/ ikan/ tempe/ tahu/ daging sapi/ wortel/ bayam/ kacang hijau/ santan/ minyak. Pemberian makan setiap hari disesuaikan dengan umur, yaitu umur 6 bulan sebanyak 2 x 6 sendok makan peres, umur 7 bulan sebanyak 2-3 x 7 sendok makan peres, umur 8 bulan sebanyak 3 x 8 sdm peres.

e. Usia 9-11 bulan

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

f. Usia 12-24 bulan

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

5) Kebersihan diri dan peralatan makan

Kesadaran tentang kebersihan lingkungan yang terdiri dari kebersihan diri (*personal hygiene*) yang masih kurang menjadi salah satu penyebab kurang gizi terutama dinegara berkembang seperti Indonesia (Nency dan Tohar dalam Sulistiyani, 2010:12). Sulistijani dan Herlianty (2001:40) mengatakan bahwa lingkungan sehat perlu diupayakan dan dibiasakan tetapi tidak dilakukan sekaligus, harus perlahan-lahan dan terus menerus. Lingkungan sehat terkait dengan keadaan

bersih, rapi dan teratur. Maka, anak perlu dilatih untuk mengembangkan sifat-sifat sehat seperti berikut :

- a. Mandi 2 kali sehari
- b. Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan
- c. Makan teratur 3 kali sehari
- d. Menyikat gigi sebelum tidur
- e. Buang air kecil pada tempatnya/WC

Peralatan makan yang tidak dicuci dapat menyebabkan organisme atau bibit penyakit yang tertinggal akan berkembangbiak dan akan mencemari makanan yang akan diletakkan di atasnya. Makanan yang kurang bersih dan sudah tercemar dapat menyebabkan penyakit seperti diare dan cacingan. Begitu juga dengan si pembuat makanan dan peralatan yang dipakai seperti sendok, mangkok, gelas, piring, dan sebagainya sangat menentukan bersih atau tidaknya makanan.

6) Waktu Pengasuhan Ibu

Anak balita belum dapat mengurus dirinya sendiri sehingga diperlukan peran perilaku orang tua. Namun ibu bekerja dapat menyebabkan berkurangnya waktu pengasuhan anak yang mengakibatkan berkurangnya peran ibu dalam menyediakan zat gizi yang pada akhirnya berpengaruh pada status gizi balita.

2.2 Tingkat Konsumsi Makan

2.2.1. Definisi Tingkat Konsumsi Makan

Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh didalam susunan hidangan dan perbandingannya yang satu terhadap yang lain. Kuantitas menunjukkan kuantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Kalau susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari sudut kualitas maupun kuantitasnya, maka tubuh akan mendapat kondisi kesehatan gizi yang sebaik-baiknya. Konsumsi yang menghasilkan kesehatan gizi yang sebaik-baiknya, disebut dengan konsumsi yang adekuat. Kalau konsumsi baik kualitasnya dan dalam jumlah yang melebihi kebutuhan tubuh, dinamakan konsumsi berlebih,

maka akan terjadi suatu keadaan gizi lebih. Sebaliknya konsumsi yang kurang baik kualitasnya, akan memberikan kondisi kesehatan gizi kurang atau kondisi defisiensi (Sediaoetama, 2010:25)

Setiap anak memerlukan asupan zat gizi yang baik dan seimbang. Hal ini berarti bahwa setiap balita memerlukan gizi dengan menu seimbang dan porsi yang tepat, tidak kurang maupun lebih, melainkan disesuaikan dengan kebutuhan tubuhnya. Secara garis besar masalah gizi timbul akibat ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran zat gizi, yaitu asupan melebihi keluaran, atau sebaliknya, disamping kesalahan dalam memilih bahan makanan untuk dimakan (Istiany dan Rusilanti, 2013:128).

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

Tabel 2.1 Kebutuhan zat gizi makro anak balita berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) rata-rata perhari tahun 2013

Golongan umur	BB (kg)	PB (cm)	Energy (Kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
0-6 bulan	6	61	550	12	34	58
7-11 bulan	9	71	725	18	36	82
1-3 tahun	13	91	1125	26	44	155

Sumber : Kemenkes RI (2013)

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

- a. Di atas AKG : > 120% AKG
- b. Normal : 90-120% AKG
- c. Defisit tingkat ringan : 80-89% AKG
- d. Defisit tingkat sedang : 70-79% AKG
- e. Defisit tingkat berat : <70% AKG (Supariasa *et al.*, 2012)

Masa balita merupakan masa kehidupan yang sangat penting dan perlu perhatian yang serius. Pada masa ini berlangsung proses tumbuh kembang yang sangat pesat yaitu pertumbuhan fisik dan perkembangan psikomotorik, mental dan

sosial sehingga balita perlu memperoleh zat gizi dari makanan sehari-hari dalam jumlah yang tepat dan kualitas yang baik (Adriani dan Wirjatmadi, 2014:206).

Kebutuhan gizi pada balita di antaranya :

a. Energi

Angka kecukupan energi (AKG, 2013) balita usia 0-6 bulan 550 kkal, 7-11 bulan 725 kkal, 1-3 tahun 1125 kkal, dan 4-6 tahun 1600 kkal. Kebutuhan energi balita dengan umur, gender, dan ukuran tubuh yang sama bervariasi. Cara paling baik untuk menilai cukup tidaknya asupan energi balita adalah dengan mengamati laju pertumbuhan yang dapat dibandingkan dengan grafik pertumbuhan, dan mengukur lemak tubuh (Istiany dan Rusilanti, 2014:123).

b. Protein

Angka kecukupan protein (AKG, 2013) yang dianjurkan untuk balita usia 0-6 bulan 12 gr, 7-11 bulan 18 gr, 1-3 tahun 26 gr, dan 4-6 tahun 35 gram. Penilaian terhadap asupan protein anak harus didasarkan pada kecukupan untuk pertumbuhan, mutu protein yang dimakan, kombinasi makanan dengan kandungan asam amino esensial yang saling melengkapi bila dimakan bersama, dan kecukupan asupan vitamin mineral dan energi (Istiany dan Ruslianti, 2014:124)

c. Lemak

Angka kecukupan lemak (AKG, 2013) yang dianjurkan untuk balita usia 0-6 bulan 34 gr, 7-11 bulan 36 gr, 1-3 tahun 44 gr, dan 4-6 tahun 62 gram. Lemak harus ada dalam makanan dan jumlah lemak yang ada dalam hidangan di Indonesia pada umumnya memadai. Masukan lemak setelah umur 6 bulan sebanyak 30 – 35% dari jumlah energi seluruhnya masih dianggap normal, akan tetapi seharusnya tidak lebih rendah (Adriani dan Wirjatmadi, 2014:209).

d. Karbohidrat

Angka kecukupan karbohidrat (AKG, 2013) yang dianjurkan untuk balita usia 0-6 bulan 58 gr, 7-11 bulan 82 gr, 1-3 tahun 155 gr, dan 4-6 tahun 220 gram. Dianjurkan 60 – 70 % energi total berasal dari karbohidrat. Karbohidrat diperlukan anak-anak yang sedang tumbuh sebagai sumber energi. Sebaiknya

karbohidrat yang dimakan terdiri dari polisakarida seperti yang terdapat dalam beras, gandum, kentang dan sayuran. Gula yang terdapat dalam minuman manis, selai, kue, gula-gula dan coklat harus dibatasi dan tidak melebihi 10% dari jumlah energi (Adriani dan Wirjatmadi, 2014:210).

e. Vitamin dan Mineral

Vitamin dan mineral esensial merupakan zat gizi yang penting bagi pertumbuhan dan kesehatan. Pada usia anak balita 1 – 5 tahun sering mengalami kekurangan vitamin A, B, dan C sehingga anak perlu mendapat 1 – 1½ mangkuk atau 100 – 150 gram sayur sehari. Pilihlah buah-buahan berwarna kekuning-kuningan atau jingga dan buah-buahan yang asam seperti pepaya, pisang, mangga, nanas dan jeruk (Adriani dan Wirjatmadi, 2014:211).

2.2.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Konsumsi Makan

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat konsumsi makan, yaitu :

a. Umur

Usia akan mempengaruhi asupan makanan melalui sejumlah proses biologis (misalnya pertumbuhan), konteks dan gaya atau *fashion* yang mutakhir, faktor sosial dan faktor psikologis (Gibney, 2008:31). Kebutuhan untuk bayi dan anak merupakan kebutuhan zat gizi yang memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan yang memuaskan (Almatsier, 2009:8). Metabolism anak sebetulnya tidak berbeda dengan metabolisme orang dewasa, hanya anak-anak lebih aktif perkembangan tubuhnya, hingga untuk itu diperlukan bahan ekstra. Lebih muda umur seorang anak, lebih banyak zat makanan yang diperlukan untuk tiap kilogram berat badannya (Tjokronegoro dan Utama, 2005). Oleh karena itu kebutuhan zat gizi berbeda-beda sesuai dengan kelompok umur.

b. Jenis Kelamin

Sejak awal usia kanak-kanak sudah diakui bahwa asupan makanan bervariasi menurut jenis kelamin. Survey pola makan di Eropa memperhatikan perbedaan konsumsi makan antara pria dan wanita. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa kaum pria memiliki asupan produk daging, alkohol, dan

gula yang lebih tinggi dan asupan buah, sayuran, dan produk rendah lemak yang lebih rendah dibandingkan dengan wanita. Selain itu secara umum, kaum wanita memiliki kebutuhan energi yang lebih rendah daripada pria karena massa tubuh wanita yang lebih rendah (Gibney 2008:32).

c. Distribusi makanan dalam keluarga

Dalam hal pangan ada budaya yang memprioritaskan anggota keluarga tertentu untuk mengkonsumsi hidangan keluarga yang telah disiapkan yaitu umumnya kepala keluarga. Anggota keluarga lainnya menempati urutan prioritas berikutnya, dan yang paling umum mendapatkan prioritas terbawah adalah golongan ibu rumah tangga. Apabila hal yang demikian itu masih dianut dengan kuat oleh keluarga yang bersangkutan, maka dapat saja timbul distribusi konsumsi pangan yang tidak baik diantara anggota keluarga (Suhardjo, 2005:9)

d. Pendapatan keluarga

Besarnya pendapatan keluarga akan mempengaruhi daya beli keluarga terhadap makanan. Apabila daya beli suatu keluarga rendah, maka mengakibatkan tingkat konsumsi juga rendah dan tidak sesuai dengan jumlah zat gizi yang dianjurkan (Guhardja *et al.*, 1993:27). Selain itu keterbatasan penghasilan keluarga turut menentukan mutu makanan yang disajikan. Tidak dapat disangkal bahwa penghasilan keluarga akan turut menentukan hidangan yang disajikan untuk keluarga sehari-hari, baik kualitas maupun jumlah makanan (Marimbi, 2010)

e. Budaya

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaruh budaya antara lain sikap terhadap makanan, penyebab penyakit, kelahiran anak, dan produksi pangan. Dalam hal sikap terhadap makanan, masih banyak terdapat pantangan, tahayul, tabu dalam masyarakat yang menyebabkan konsumsi makanan menjadi rendah (Supriasa *et al.*, 2012:177)

f. Pengetahuan

Pengetahuan gizi merupakan pengetahuan tentang makanan dan zat gizi, sumber-sumber zat gizi makanan, makanan yang aman dikonsumsi sehingga tidak menimbulkan penyakit dan cara mengolah makanan yang baik agar zat gizi dalam makanan tidak hilang serta bagaimana hidup sehat (Notoatmodjo dalam Indra dan Wulandari, 2013). Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan yang pada akhirnya akan berpengaruh pada keadaan gizi yang bersangkutan. Pengetahuan gizi yang tidak memadai, kurangnya pengertian tentang kebiasaan makan yang baik, serta pengertian yang kurang tentang kontribusi dari berbagai jenis makanan akan menimbulkan masalah kecerdasan dan produktivitas (Indra dan Wulandari, 2013)

g. Ketersediaan pangan

Daerah kekeringan atau musim kemarau yang panjang menyebabkan kegagalan panen. Kegagalan ini menyebabkan persediaan pangan ditingkat rumah tangga menurun yang berakibat pada asupan gizi yang kurang (Nursalam dalam Hasdianah *et al.*, 2014:39)

2.3. Gizi Kurang

2.3.1. Pengertian Gizi Kurang

Gizi kurang disebabkan karena konsumsi gizi yang tidak mencukupi kebutuhannya dalam waktu tertentu. Kekurangan berat badan pada anak yang sedang tumbuh merupakan masalah serius (Adriyani, 2014:237). Sedangkan menurut RISKESDAS (2013:249), gizi kurang berdasarkan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) dengan nilai $Zscore \geq -3,0$ s/d $Zscore < -2,0$. Gizi kurang pada balita, membawa dampak negatif terhadap pertumbuhan fisik maupun mental, yang selanjutnya akan menghambat prestasi belajar. Akibat lainnya adalah penurunan daya tahan, menyebabkan hilangnya masa hidup sehat balita, serta dampak yang lebih serius adalah timbulnya kecacatan, tingginya angka kesakitan dan percepatan kematian.

2.3.2. Penyebab Gizi Kurang

Unicef (1988) dalam Alamsyah (2013:116) menjelaskan tentang penyebab masalah gizi kurang yaitu :

a. Penyebab Langsung

1) Konsumsi makan

Konsumsi makanan seseorang berpengaruh terhadap status gizi orang tersebut. Status gizi baik terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja, dan kesehatan secara optimal. Sedangkan status gizi kurang terjadi apabila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial. Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat gizi dalam jumlah yang berlebihan sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan (Istiany dan Rusilanti, 2014:5).

Kegiatan sosial, ekonomi, dan budaya suatu keluarga, suatu kelompok masyarakat, suatu negara, atau suatu bangsa mempunyai pengaruh yang kuat dan kekal terhadap apa, kapan dan bagaimana penduduk makan. Jumlah jenis pangan dan jenis serta banyaknya bahan pangan dalam pola makanan di suatu negara atau daerah tertentu, biasanya berkembang dari pangan setempat atau dari pangan yang telah ditanam di tempat tersebut untuk jangka waktu yang panjang. Di samping itu, kelangkaan pangan dan kebiasaan bekerja dari keluarga juga berpengaruh terhadap pola makan (Baliwati dan Roosita, 2004:43)

2) Penyakit infeksi

Konsumsi makanan dan infeksi dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit. Penyakit infeksi merupakan penyakit yang banyak berhubungan dengan terjadinya kekurangan gizi di negara berkembang. Infeksi yang sering terjadi pada anak adalah penyakit saluran pernapasan atas, bawah, diare dan kulit (Istiany dan Rusilanti, 2014:130).

b. Penyebab Tidak Langsung

Ada 3 (tiga) penyebab tidak langsung yang menyebabkan gizi kurang yaitu :

1) Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai

Ketahanan pangan keluarga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan dan daya beli keluarga serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Ketahanan keluarga juga terkait dengan jumlah anggota keluarga. Apabila besar keluarga semakin banyak, maka kebutuhan pangannya akan semakin banyak pula (Sulistiyani, 2010:10).

Besar keluarga juga akan mempengaruhi jumlah dan jenis makanan yang tersedia dalam keluarga. Pada taraf ekonomi yang sama, pemenuhan kebutuhan makanan yang menjadi lebih mudah pada keluarga yang memiliki jumlah anggota keluarga yang lebih sedikit. Keluarga yang besar dibarengi dengan distribusi makanan yang tidak merata akan menyebabkan balita dalam keluarga tersebut menderita kurang gizi (Suhardjo, 2003:46).

Selain itu, Baliwati dan Roosita (2004:111) menyatakan bahwa pengetahuan atau sumberdaya manusia (*human capital*) serta sumberdaya sosial dapat mempengaruhi ketersediaan dan stabilitas pangan sehingga berpengaruh pada ketahanan pangan. Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010:139).

2) Pola pengasuhan anak kurang memadai

Pola asuh anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, dan memberi kasih sayang. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan, dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, dan adat kebiasaan keluarga (Sulistiyani, 2010:10). Kelompok orang dengan pendidikan tinggi memiliki kecenderungan

memilih bahan makanan sumber protein dan akan berusaha menyeimbangkan dengan kebutuhan gizi lain (Sulistyoningsih, 2011:54).

3) Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai

Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi, dan sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktik bidan atau dokter, rumah sakit dan persediaan air bersih. Selain pelayanan kesehatan, faktor lingkungan juga berpengaruh terhadap status gizi. Faktor lingkungan yaitu berupa akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan kebersihan lingkungan. Makin tersedia air bersih yang cukup untuk keluarga serta makin dekat jangkauan keluarga terhadap pelayanan dan sarana kesehatan, ditambah dengan pemahaman ibu tentang kesehatan gizi yang baik, makin kecil anak resiko terkena penyakit dan kekurangan gizi termasuk KEP (Sulistiyani, 2010:12).

Berbagai faktor langsung dan tidak langsung yang telah disebutkan berkaitan dengan pokok masalah yang ada di masyarakat dan akar masalah yang bersifat nasional. Pokok masalah berkaitan erat dengan rendahnya tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan kemiskinan. Akar masalah adalah gizi adalah terjadinya krisis ekonomi, politik dan sosial.

2.4 Karakteristik Balita

a. Umur

Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat (Supriasa *et al.*, 2012:38). Kelompok masyarakat rawan (*vulnerable*) terhadap pangan dan gizi dapat dibedakan sesuai dengan (Baliwati dan Roosita, 2004:24).

- (1) Lokasi tempat tinggalnya, disebut rawan ekologis, misalnya daerah terpencil
- (2) Kedudukan/posisinya di masyarakat, disebut rawan sosio-ekonomi, misalnya kelompok miskin

(3) Umur dan jenis kelamin, disebut rawan biologis.

Kebutuhan zat gizi berbeda antara laki-laki dan perempuan, terutama pada usia dewasa (Sulistyoningsih, 2011:56).

Balita merupakan kelompok usia yang sangat rentan terhadap terjadinya kekurangan pangan atau gizi. Menurut Notoatmodjo (2011:232), kelompok rentan gizi adalah suatu kelompok di dalam masyarakat yang paling mudah menderita gangguan kesehatannya atau rentan karena kekurangan gizi. Kelompok-kelompok rentan gizi ini terdiri dari :

- (1) Kelompok bayi umur 0-1 tahun
- (2) Kelompok di bawah lima tahun (balita) : 1-5 tahun
- (3) Kelompok anak sekolah, umur 6-12 tahun
- (4) Kelompok remaja, umur 13-20 tahun
- (5) Kelompok ibu hamil dan menyusui
- (6) Kelompok usia (usia lanjut).

b. Berat Badan Lahir

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir. Berat badan digunakan untuk mendiagnosa bayi normal atau BBLR. Dikatakan berat lahir normal apabila berkisar antara 2500 – 4000 gram, sedangkan dikatakan BBLR apabila berat bayi lahir kurang dari 2500 gram. Pada masa bayi sampai balita, berat badan dapat digunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi (Supariasa *et al.*, 2012:39). Apabila pada masa kehamilan mengalami kekurangan gizi, maka bayi yang dilahirkan akan lahir dengan berat badan rendah (BBLR). Kondisi ini akan mengganggu perkembangan mental dan kemampuan motorik. Anak yang dilahirkan dengan berat badan rendah berpotensi menjadi anak dengan gizi kurang bahkan menjadi buruk (Sulistiyani, 2010:5).

c. Jenis Kelamin

Hasil penelitian Dewi (2008), 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. Penelitian Ihsan *et al.* (2012), menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan

asosiasi yang signifikan antara jenis kelamin status gizi balita. Menindikasikan bahwa baik anak balita laki-laki maupun perempuan, keduanya mempunyai kemungkinan yang relative sama mengalami status gizi kurang. Kebutuhan zat gizi balita laki-laki berbeda dengan perempuan. Biasanya kebutuhan gizi untuk anak laki-laki cenderung lebih tinggi karena memiliki aktivitas fisik lebih tinggi. Anak laki-laki biasanya mendapatkan prioritas yang lebih tinggi dalam hal makanan dibandingkan dengan anak perempuan. Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa penelitian gizi lebih banyak terdapat pada anak perempuan daripada anak laki-laki (Khumaidi dalam Suhendri, 2009).

2.5 Karakteristik Keluarga

Karakteristik menurut Nurhayati dalam Aini (2010) adalah demografi yang berkaitan dengan struktur penduduk, umur, jenis kelamin dan status ekonomi sedangkan data kultural mengangkat tingkat pendidikan, pekerjaam agama, adat istiadat, penghasilan dan sebagainya.

1) Umur ibu

Umur ibu menjadi indikator dalam kedewasaan dalam setiap pengambilan keputusan untuk melakukan sesuatu yang mengacu pada setiap pengalamannya. Umur adalah salah satu aspek sosial yang berpengaruh terhadap perilaku. Ibu merupakan sosok yang memegang peranan penting dalam mengurus anak balita, sehingga pengetahuan dan keterampilan ibu sangat dibutuhkan. Umur ibu juga mempengaruhi bagaimana seorang ibu merawat anaknya, karena semakin matang usia maka semakin banyak pengalaman dan pengetahuan tentang merawat anak. Apabila usia ibu masih relative muda, maka pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki akan berbeda dengan ibu yang usianya berada di atasnya. Hal ini mempengaruhi akan mempengaruhi pemberian makan kepada anak balita, karena ibu tersebut akan memberikan sesuai apa yang diketahuinya (Suhardjo, 2003:33)

2) Tingkat pendidikan ibu

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 (Moehji, 2002:4). Dari kepentingan gizi keluarga, pendidikan diperlukan agar lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi dalam keluarga, dan bisa mengambil tindakan secepatnya (Suhardjo, 2003:64)

3) Pekerjaan orang tua

Pekerjaan dalam arti luas adalah aktifitas utama yang dilakukan oleh manusia. Berdasarkan penelitian Isnansyah (2006), menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dengan status gizi balita. Ibu yang tidak bekerja secara otomatis tidak akan mendapatkan penghasilan sehingga ada kemungkinan kurang mencukupi kebutuhan gizi balita sehari-hari.

4) Jumlah anggota keluarga

Jumlah anggota keluarga merupakan banyaknya anggota rumah tangga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang tinggal dan hidup bersama dengan anak balita dalam satu rumah. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga yang besar mungkin cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut, tetapi tidak cukup untuk mencegah gangguan gizi pada keluarga yang besar tersebut (Suhardjo, 2003:45)

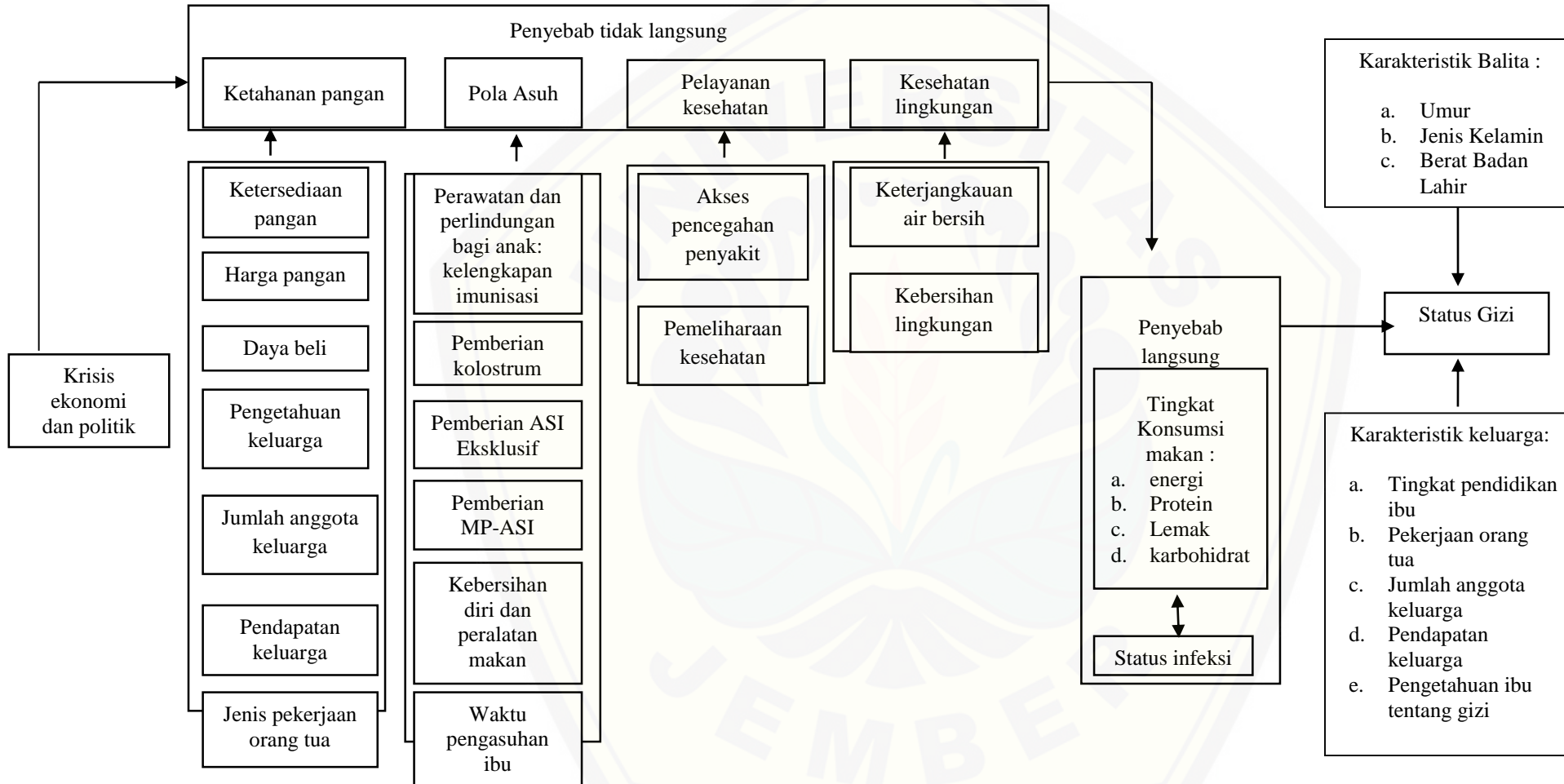
5) Pendapatan keluarga

Pendapatan yang diperoleh dalam keluarga merupakan faktor yang menentukan dalam kualitas dan kuantitas dalam pemilihan makanan. Pendapatan yang tinggi berpengaruh terhadap perbaikan kesehatan dan status gizi. Sedangkan pendapatan yang rendah mengakibatkan lemahnya daya beli makanan sehingga tidak memungkinkan dalam mengatasi kebiasaan makan dengan cara-cara tertentu secara efektif terutama untuk anak mereka (Notoatmodjo, 2007:208)

6) Pengetahuan ibu tentang gizi

Penelitian Nugrahani (2005), terdapat hubungan yang bermakna mengenai pengetahuan ibu tentang pola pemberian dan jenis makanan pada anak. Dimana semakin tinggi pengetahuan ibu maka ibu akan memberikan makanan dengan pola yang benar dan sebaliknya ibu mempunyai pengetahuan yang rendah maka akan memberikan makan dengan pola yang salah.

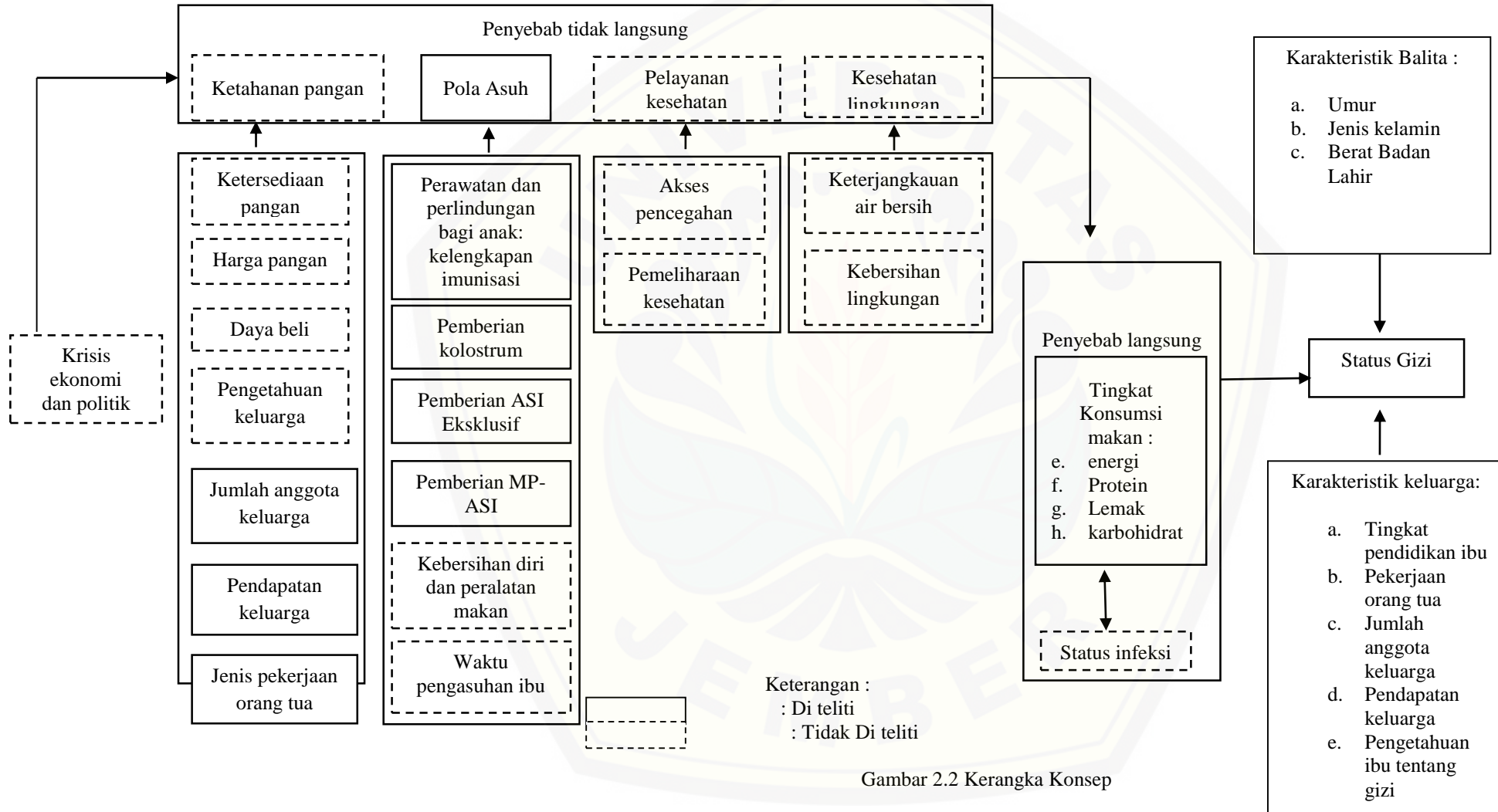
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi teori UNICEF (1990), Sulistiyani (2010), Istiani dan Rusilanti (2014), Baliwati dan Roosita (2004), Notoatmodjo (2003), Suhardjo (2003)

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Konsep dari penelitian yang akan dilakukan merupakan penyederhanaan dari kerangka teori. Penelitian yang akan dilakukan meliputi karakteristik balita (umur, jenis kelamin, berat badan lahir, karakteristik keluarga (umur ibu, pendidikan ibu, jenis pekerjaan orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, pengetahuan ibu tentang gizi), mendeskripsikan pola asuh balita gizi kurang berdasarkan: pemberian kolostrum, pemberian ASI Eksklusif, pemberian MP-ASi serta kelengkapan imunisasi yang termasuk pada perawatan dan perlindungan bagi anak, dan mendeskripsikan tingkat konsumsi makan meliputi: tingkat konsumsi energi, protein, lemak dan karbohidrat. Status gizi dipengaruhi secara langsung oleh asupan gizi. Semakin baik asupan gizi balita, maka status gizi balita juga semakin baik.

Masa balita merupakan masa yang rentan mengalami kekurangan gizi. Sehingga konsumsi makanan sangat penting untuk menunjang status gizi balita. Tingkat konsumsi makanan balita yang sesuai dengan kebutuhan gizi balita akan membuat balita berada dalam status gizi normal. Sebaliknya jika tingkat konsumsi makanan balita tidak sesuai dengan kebutuhann gizi balita akan membuat balita berada dalam status gizi tidak normal. Status gizi juga dipengaruhi oleh status infeksi.

Pendidikan ibu sangat berperan penting terhadap tingkat konsumsi balita. Ibu dengan pendidikan yang baik cenderung lebih memperhatikan asupan makanan balita. Disaat ibu mendapatkan pendidikan yang baik, ibu dapat menerima segala informasi tentang bagaimana menjaga kesehatan balita, bagaimana menjaga konsumsi makanan balita, makanan yang baik untuk balita, dan sebagainya. Selain diperlukan pendidikan yang baik, pengetahuan ibu tentang gizi balita juga berperan dalam menjaga konsumsi makan dan status gizi balita. Ibu dengan pengetahuan tentang gizi yang baik cenderung akan memberikan makanan yang baik untuk balita.

Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang makanan yang dikonsumsi oleh balita, karena orang tua dapat memenuhi semua kebutuhan anak dengan baik. Orang tua dengan pendapatan yang memadai dapat memberikan makanan yang beranekaragam dan sehat untuk menunjang status gizi balita. Jenis

makanan yang dikonsumsi balita juga dapat dipengaruhi dengan jenis pekerjaan yang dilakukan kepala keluarga.

Jumlah anggota keluarga juga dapat mempengaruhi status gizi balita. Keluarga dengan jumlah anak yang banyak maka perhatian orang tua akan terbagi. Konsumsi makan balita akan kurang perhatian dan dapat menimbulkan kekurangan gizi. Keluarga dengan jumlah anak yang sedikit maka perhatian orang tua akan lebih fokus sehingga konsumsi makan balita juga lebih diperhatikan.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif (Notoatmodjo, 2005:135). Apabila ditinjau dari keterlibatan peneliti, penelitian ini tergolong dalam penelitian observasional, yaitu peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian, bukan memberi perlakuan atau intervensi terhadap subjek penelitian. Data yang telah diperoleh selanjutnya dikumpulkan, diolah, disajikan, dan diinterpretasikan sesuai dengan tujuan penelitian (Budiarto, 2003:14). Peneliti ingin meneliti tentang gizi kurang, kemudian menggambarkan penyebab gizi kurang yaitu pola asuh dan tingkat konsumsi makan.

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

3.2. Tempat dan waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember. Lokasi ini dipilih karena trend kejadian gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari sebelumnya cenderung rendah yaitu dari tahun 2013 sebanyak 1,63% kasus gizi kurang, tahun 2014 0,00% atau tidak terdapat kasus gizi kurang, pada tahun 2015 angka kejadian gizi kurang naik menjadi 9,00%, kemudian pada tahun 2016 turun menjadi 2,60% dan untuk tahun 2017 naik menjadi 18,24% serta menjadi tertinggi ketiga dan wilayah kerja Puskesmas Sumbersari terletak di kota dengan akses secara geografis mudah, pada setiap desa

di kecamatan Sumbersari sudah tersedia puskesmas pembantu dan Ambulan Desa sehingga bisa dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan, akses untuk mendapatkan makanan juga mudah, tersedia pasar dan banyak tukang sayur keliling.

3.2.2 Waktu Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada bulan Januari 2018 sampai dengan penyelesaian pengolahan data hingga siding pada bulan Juli 2019

3.3. Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Dalam penelitian kuantitatif, populasi diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian di tarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:80). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita yang berstatus gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember dari bulan Januari sampai dengan bulan Juli 2018 sebanyak 60 Balita gizi kurang.

Kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti dalam populasi balita di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember, diantaranya sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:130). Penentuan kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Bersedia untuk dijadikan sampel penelitian dengan memberikan *informed concent* pada ibu.
- 2) Anak Balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember Kabupaten Jember

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:130). Penentuan kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Balita dalam keadaan sakit seperti : ISPA dan Diare
- 2) Usia balita ≤ 6 bulan

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono dalam Sarwono, 2010:82). Sampel dalam penelitian ini adalah balita dengan status gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember, serta ibu balita yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2009:81). Pada penelitian ini, teknik pengambilan sampelnya menggunakan *total sampling*.

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.3 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau nilai dari suatu subjek/objek maupun kegiatan yang mempunyai variasi dan ditetapkan oleh peneliti guna untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2015:38). Variabel merupakan ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain. Adapun variabel penelitian dalam penelitian ini adalah karakteristik Balita (umur balita, jenis kelamin, dan berat badan lahir), karakteristik keluarga (umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, pengetahuan ibu tentang gizi), pola asuh balita gizi kurang (pemberian kolostrum, pemberian ASI Eksklusif, pemberian MP-ASI, kelengkapan imunisasi) dan tingkat konsumsi makan meliputi: tingkat konsumsi energi, protein, lemak, karbohidrat.

3.4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian batasan variabel yang dimaksud tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoadmojo, 2012:112). Definisi operasional penelitian ini adalah sebagai berikut :



Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala	Kriteria
1. Karakteristik Balita					
a.	Umur Balita	Lama waktu hidup balita mulai lahir sampai dengan dilakukan wawancara berdasarkan hitungan bulan usia penuh (<i>completed month</i>)	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Interval	a. 12-24 bulan b. 25-36 bulan c. 37-48 bulan d. 49-59 bulan (Badan Pusat Statistik, 2005)
b.	Jenis Kelamin	Pengelompokan balita berdasarkan ciri genital	Observasi	Nominal	a. Laki-laki b. Perempuan (Badan Pusat Statistik, 2012)
c.	Berat Badan Lahir	Berat badan balita saat dilahirkan yang tercantum dalam Kartu Menuju Sehat (KMS)	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Interval	a. Rendah: <2500 gram b. Normal: 2500-4000 gram c. Lebih: ≥4000 gram (Supriasa <i>et al</i> , 2012)
2. Karakteristik Keluarga					
b.	Pendidikan Ibu	Jenjang sekolah formal terakhir yang pernah ditempuh ibu	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	a. Tidak/belum pernah sekolah b. Tidak tamat SD/MI c. Tamat SD/MI d. Tamat SMP/MTS e. Tamat SMA/MA f. Tamat D1/D2/D3 g. Tamat PT (Risksdas, 2013)
c.	Jenis Pekerjaan Orangtua				
1)	Pekerjaan Ayah	Kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh ayah dengan maksud untuk memperoleh penghasilan untuk keluarganya	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. Bekerja (Pegawai pemerintah/pegawai swasta, petani, nelayan, buruh, pedagang, lainnya,.....) b. Tidak bekerja

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala	Kriteria
2)	Pekerjaan Ibu	Kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh ibu dengan maksud untuk memperoleh penghasilan untuk keluarganya	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. Bekerja (Pegawai pemerintah/pegawai swasta, petani, nelayan, buruh, pedagang, lainnya,.....) b. Ibu Rumah Tangga
d.	Pendapatan Keluarga	Jumlah uang yang didapatkan keluarga dalam setiap bulan	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. <Rp. 1.916.983 b. ≥Rp. 1.916.983 (UMK Kabupaten Jember, 2018)
e.	Jumlah anggota Keluarga	Banyaknya orang yang tinggal dalam satu rumah dengan balita dan menjadi tanggungan kepala rumah tangga	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. Kecil: ≤4 b. Sedang: 5-7 c. Besar: >7 (BKKBN, 2008)
f.	Pengetahuan Ibu Tentang Gizi	Pemahaman ibu tentang zat gizi yang terkandung dalam minuman (ASI) dan makanan yang dikonsumsi anak	Pengisian angket pengetahuan	Ordinal	Pengetahuan ibu diukur dengan menggunakan 20 pertanyaan dengan kriteria skor pada setiap pertanyaan, yaitu: a. Benar = 1 b. Salah = 0 Dengan ketentuan : a. Nilai maksimal $20 \times 1 = 20$ b. Nilai minimal $20 \times 0 = 0$ Dikategorikan dalam persentase sebagai berikut: a. Kurang: <60% (jawaban benar) b. Cukup: 60-80% (jawaban benar) c. Baik bila: >80% (jawaban benar)
3.	Pola Asuh				
a.	Perawatan dan perlindungan bagi anak (status imunisasi)	Melakukan imunisasi dasar pada anak balita sesuai dengan umurnya yang dilihat dari buku KIA atau buku catatan kesehatan dari puskesmas atau bidan desa yang meliputi HB0, BCG, DPT, Polio dan Campak	Data Sekunder (buku KIA)		1. Lengkap (HB0, BCG, DPT, Polio dan Campak diberikan sesuai umur balita) 2. Tidak lengkap (jika imunisasi kurang dari salah satu diatas dan tidak diberikan sesuai dengan umur balita)

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala	Kriteria
b.	Pemberian Kolostrum	Pemberian ASI yang berwarna kekuningan dan kental yaitu pada hari pertama setelah bayi dilahirkan sampai kurang lebih empat hari	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. Ya b. Tidak, alasan.....
c.	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian ASI saja kepada bayi baru lahir sampai usia 6 bulan, tanpa pemberian makanan maupun minuman tambahan lainnya	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Nominal	a. Ya (ASI saja sampai bayi berumur 6 bulan) b. Tidak (jika bayi diberikan PASI dan MP-ASI sejak sebelum berumur 6 bulan), alasan.....
d.	Pemberian MP-ASI	Makanan pendamping ASI yang diberikan kepada bayi mulai usia lebih dari 6 bulan. Diberikan tepat usia, jenis, frekuensi dan jumlahnya	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	a. Tepat: jika jenis, frekuensi dan jumlah pemberian MP-ASI sesuai dengan usia anak Tidak tepat: jika jenis, frekuensi dan jumlah pemberian MP-ASI tidak sesuai dengan usia anak
1)	Usia Pemberian MP-ASI	Usia bayi pada saat pertama kali bayi diberikan makanan atau minuman pendamping ASI (selain ASI)	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	a. Tepat : jika diberikan pada usia >6 bulan b. Tidak tepat: jika diberikan pada usia ≤6 bulan

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala	Kriteria
2)	Jenis MP-ASI	Berbagai macam dan bentuk makanan yang diberikan pada anak yaitu ASI, MP-ASI, sari buah, bubur saring, nasi tim, makanan utama (makanan pokok, lauk-pauk, sayuran, buah-buahan dan susu/ASI) yang disesuaikan dengan kebutuhan dan usia bayi	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	<p>Ketentuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Usia 6-8 bulan : ASI, Makanan Lumat (bubur susu, bubur saring, sari buah, bubur tepung), sayuran, lauk pauk, biscuit, yang dilumatkan Usia 9-11 bulan : ASI, Makanan Lembek (bubur biasa), roti, nasi tim, sayuran, lauk-pauk. Atau makanan yang dicincang yang mudah ditelan anak. Usia 12-24 bulan : ASI, makanan keluarga nasi, sayuran, lauk pauk, buah-buahan serta makanan selingan lainnya). <p>(Kemenkes, 2011)</p> <p>Klasifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tepat, jika MP-ASI yang diberikan sesuai dengan ketentuan = 1 Tidak tepat, jika MP-ASI yang diberikan tidak sesuai dengan ketentuan= 0

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala	Kriteria
3)	Frekuensi dan Jumlah Pemberian MP-ASI	Sering dan banyaknya jumlah pemberian MP-ASI	Wawancara menggunakan kuesioner	Nominal	<p>Ketentuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 6-8 bulan: sesuai umur <ol style="list-style-type: none"> a. 6 bulan: 2 kali 6 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 12 sendok makan peres. b. 7 bulan: 2-3 kali 7 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 14-21 sendok makan peres. c. 8 bulan: 3 kali 8 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 24 sendok makan peres. 2. 9-12 bulan: frekuensi 3 kali dengan porsi sesuai umur. <ol style="list-style-type: none"> a. 9 bulan: 9 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 27 sendok makan peres. b. 10 bulan: 10 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 30 sendok makan peres c. 11 bulan: 11 sendok makan peres atau total dalam sehari adalah 33 sendok makan peres 3. 1-2 tahun: 3 x 1/3 porsi makan orang dewasa atau total dalam sehari adalah 1 porsi makan orang dewasa <p>(Depkes RI, 2009)</p> <p>Klasifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tepat, jika banyaknya MP-ASI yang diberikan sesuai dengan ketentuan = 1 <p>Tidak tepat, jika banyaknya MP-ASI yang diberikan tidak sesuai dengan ketentuan = 0</p>
Tingkat Konsumsi					
4.	Makan				

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala	Kriteria
a.	Tingkat Konsumsi Energi	Jumlah rata-rata konsumsi energi harian yang didapat dari konversi semua makanan yang dikonsumsi anak balita perhari yang diukur dengan metode <i>recall</i> 2x24 jam dan dibandingkan dengan AKG	Wawancara dengan menggunakan lembar <i>recall</i> 2x24 jam	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> a. Defisit tingkat berat <70% AKG b. Defisit tingkat sedang 70-79% AKG c. Defisit tingkat ringan 80-89% AKG d. Normal 90-119% AKG e. Lebih \geq120% AKG (Kusharto dan Supariasa, 2014)
b.	Tingkat Konsumsi Protein	Jumlah rata-rata konsumsi protein harian yang didapat dari hasil konversi semua makanan yang dikonsumsi anak balita perhari yang diukur dengan metode <i>recall</i> 2x24 jam dan dibandingkan dengan AKG	Wawancara dengan menggunakan lembar <i>recall</i> 2x24 jam	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> a. Defisit tingkat berat <70% AKG b. Defisit tingkat sedang 70-79% AKG c. Defisit tingkat ringan 80-89% AKG d. Normal 90-119% AKG e. Lebih \geq120% AKG (Kusharto dan Supariasa, 2014)
c.	Tingkat Konsumsi Lemak	Jumlah rata-rata konsumsi lemak harian yang didapat dari hasil konversi semua makanan yang dikonsumsi anak balita perhari yang diukur dengan metode <i>recall</i> 2x24 jam dan dibandingkan dengan AKG	Wawancara dengan menggunakan lembar <i>recall</i> 2x24 jam	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> a. Defisit tingkat berat <70% AKG b. Defisit tingkat sedang 70-79% AKG c. Defisit tingkat ringan 80-89% AKG d. Normal 90-119% AKG e. Lebih \geq120% AKG (Kusharto dan Supariasa, 2014)
d.	Tingkat Konsumsi Karbohidrat	Jumlah rata-rata konsumsi karbohidrat harian yang didapat dari hasil konversi semua makanan yang dikonsumsi anak balita perhari yang diukur dengan metode <i>recall</i> 2x24 jam dan dibandingkan dengan AKG	Wawancara dengan menggunakan lembar <i>recall</i> 2x24 jam	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> a. Defisit tingkat berat <70% AKG b. Defisit tingkat sedang 70-79% AKG c. Defisit tingkat ringan 80-89% AKG d. Normal 90-119% AKG e. Lebih \geq120% AKG (Kusharto dan Supariasa, 2014)

3.5 Data dan Sumber Data

Berdasarkan sumbernya, jenis data dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Data Primer

Data primer adalah data yang langsung diperoleh dari sumber utama, individu atau perseorangan. Biasanya didapatkan melalui wawancara dan pengisian kuesioner oleh responden (Sugiyono, 2014:137). Data primer dalam penelitian ini meliputi karakteristik balita, karakteristik keluarga, pola asuh, tingkat konsumsi makan yang didapat melalui metode wawancara dan penilaian status gizi kurang dengan mengukur anak balita.

2) Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh secara tidak langsung baik dari buku literatur, arsip-arsip dan dokumen-dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media lain yang dapat dibaca dan dipelajari (Sugiyono, 2014:137). Data sekunder yang mendukung penelitian ini diperoleh dari LB3 Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang meliputi data jumlah gizi kurang dan dari Puskesmas Summersari meliputi data jumlah balita gizi kurang.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dengan tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dan sasaran penelitian (responden) dengan menggunakan panduan wawancara yang berisi pertanyaan yang telah disiapkan (Notoadmodjo, 2012:139). Pada penelitian ini, peneliti melakukan wawancara langsung kepada ibu Balita gizi kurang untuk memperoleh data mengenai karakteristik balita dan karakteristik keluarga meliputi usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan dan tingkat pendidikan, pengetahuan ibu tentang gizi kurang, tingkat konsumsi makan, kebutuhan gizi pada balita.

b. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2010:134). Dokumentasi dilakukan dengan melihat, mencatat dan pengambilan gambar keadaan responden.

c. Pengukuran

Menurut Purwanti (2008:4) pengukuran dapat diartikan sebagai upaya yang dilakukan untuk memberikan angka pada suatu gejala, peristiwa atau benda, sehingga hasil pengukuran selalu berupa angka. Dalam penelitian ini data tentang kejadian status gizi kurang diperoleh dari data status gizi BB/U balita dengan melakukan pengukuran antropometri berat badan menurut umur. kemudian data yang didapat dikonversikan kedalam bentuk nilai yang terstandar (*z-score*) dengan menggunakan baku rujukan WHO 2005.

a. Alat pengukur berat badan (*bathroom scale*) untuk mengukur berat badan anak balita

Cara mengukur berat badan anak balita menggunakan *Bathroom scale* (Risksdas, 2007)

- 1) Jarum penunjuk berat badan harus menunjukkan angka nol (0)
- 2) Anak yang akan ditukur berat badannya menggunakan pakaian seminimal mungkin
- 3) Anak diminta naik ke alat timbang dengan posisi kaki tepat ditengah alat tetapi tidak menutupi jendela baca
- 4) Perhatikan posisi kaki anak tepat ditengah alat timbang, dengan sikap tenang (tidak bergerak-gerak) dan kepala tidak menunduk (pandangan lurus kedepan)
- 5) Angka dikaca jendela alat timbang akan muncul, dan tunggu sampai jarum tidak berubah (statis)
- 6) Catat angka yang ditunjukkan oleh jarum sebagai nilai ukur berat anak
- 7) Minta anak turun dari alat timbang

Data konsumsi makan diperoleh dari penilaian survei konsumsi yang merupakan metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Tingkat konsumsi zat gizi yang meliputi tingkat konsumsi energi, tingkat konsumsi protein, tingkat konsumsi lemak dan tingkat konsumsi karbohidrat menggunakan metode *recall 2x24 jam*.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan peneliti untuk membantu peneliti memperoleh data yang dibutuhkan (Arikunto, 2010:265). Adapun instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Kuesioner adalah teknik pengumpulan data oleh peneliti yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2012:142). Kuisisioner dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data terkait karakteristik balita berdasarkan umur, jenis kelamin, berat badan lahir, dan karakteristik keluarga meliputi umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan orangtua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, dan tingkat pendidikan.
- b. Angket merupakan kuesioner yang langsung diisi oleh responden sendiri yang berisi tentang pengetahuan gizi ibu
- c. *Form recall 2x24 jam* untuk mengetahui tingkat konsumsi makan yang meliputi tingkat konsumsi energi, protein, lemak dan karbohidrat. Berikut ini langkah-langkah penggunaan metode *recall 2x24 jam*:

- 1) Metode *Food Recall 2x24 jam*

Langkah pelaksanaan *recall 2x24 jam*, sebagai berikut:

- (1) Petugas atau pewawancara menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam ukuran rumah tangga (URT) selama kurun waktu 24 jam yang lalu. Dalam membantu responden mengingat apa yang dimakan, perlu diberi penjelasan kegiatannya seperti waktu baru bangun, setelah sembahyang, pulang dari sekolah, bangun tidur siang, dan sebagainya. Selain dari makanan utama, makanan ringan atau jajanan juga perlu dicatat, termasuk makanan yang dimakan diluar rumah.

- (2) Pewawancara melakukan konversi dari URT kedalam ukuran berat dalam (gram). Dalam menaksir atau memperkirakan kedalam ukuran berat (gram) pewawancara menggunakan berbagai alat bantu seperti ukuran rimah tangga (piring, gelas, sendok, dan lain-lain) atau model dari makanan (*food model*). Makanan yang dikonsumsi dapat dihitung dengan alat bantu ini atau dengan menimbang langsung contoh makanan yang dikonsumsi
- (3) Membandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG) bangsa Indonesia tahun 2013
- (4) Menhitung konsumsi gizi individu dengan cara menyesuaikan perbedaan berat badan ideal dalam AKG dengan berat badan aktual berdasarkan rumus.

$$\text{Konsumsi Gizi Individu} = \frac{\text{Berat Badan Aktual}}{\text{Berat Badan Standar}} \times \text{AKG}$$

- (5) Menghitung tingkat konsumsi energi, protein, lemak dan karbohidrat dengan rumus sebagai berikut

$$\text{Tingkat Konsumsi Gizi} = \frac{\text{Rata-rata Konsumsi Zat Gizi}}{\text{Konsumsi Gizi Individu}} \times 100\%$$

- (6) Tingkat konsumsi gizi dinyatakan dalam persen klasifikasi tingkat konsumsi gizi makro menurut Depkes RI dengan modifikasi (Kusharto *et al*, 2014) yaitu defisit tingkat berat jika <70% AKG, defisit tingkat sedang jika 70-79% AKG, defisit tingkat ringan jika 80-89% AKG, normal jika 90-119% AKG dan lebih jika >120% AKG.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan digambarkan sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian (Notoatmodjo, 2012:188). Dalam penelitian hasil disajikan secara teks, tabel, dan grafik. Untuk mempermudah analisis, maka sebelum data disajikan akan dilakukan beberapa hal sebagai berikut:

a. Pemeriksaan data (*editing*)

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuisisioner perlu disunting (edit) terlebih dahulu. Editing adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuisisioner (Notoatmodjo, 2012:174-176).

b. Pengkodean data (*coding*)

Setelah semua kuisisioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau *coding* yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. *Coding* atau memberi kode ini sangat berguna dalam memasukkan data (Notoatmodjo, 2012:177).

c. Pembuatan Tabulasi Data (*tabulating*)

Kegiatan ini dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel-tabel sesuai dengan variabel yang diteliti.

3.7.2 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data bertujuan memperoleh gambaran dari hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian (Notoadmodjo, 2010:180). Analisis data merupakan tahap data diolah dan dianalisis dengan teknik-teknik tertentu. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis multivariat.

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

3.8.1 Uji validitas

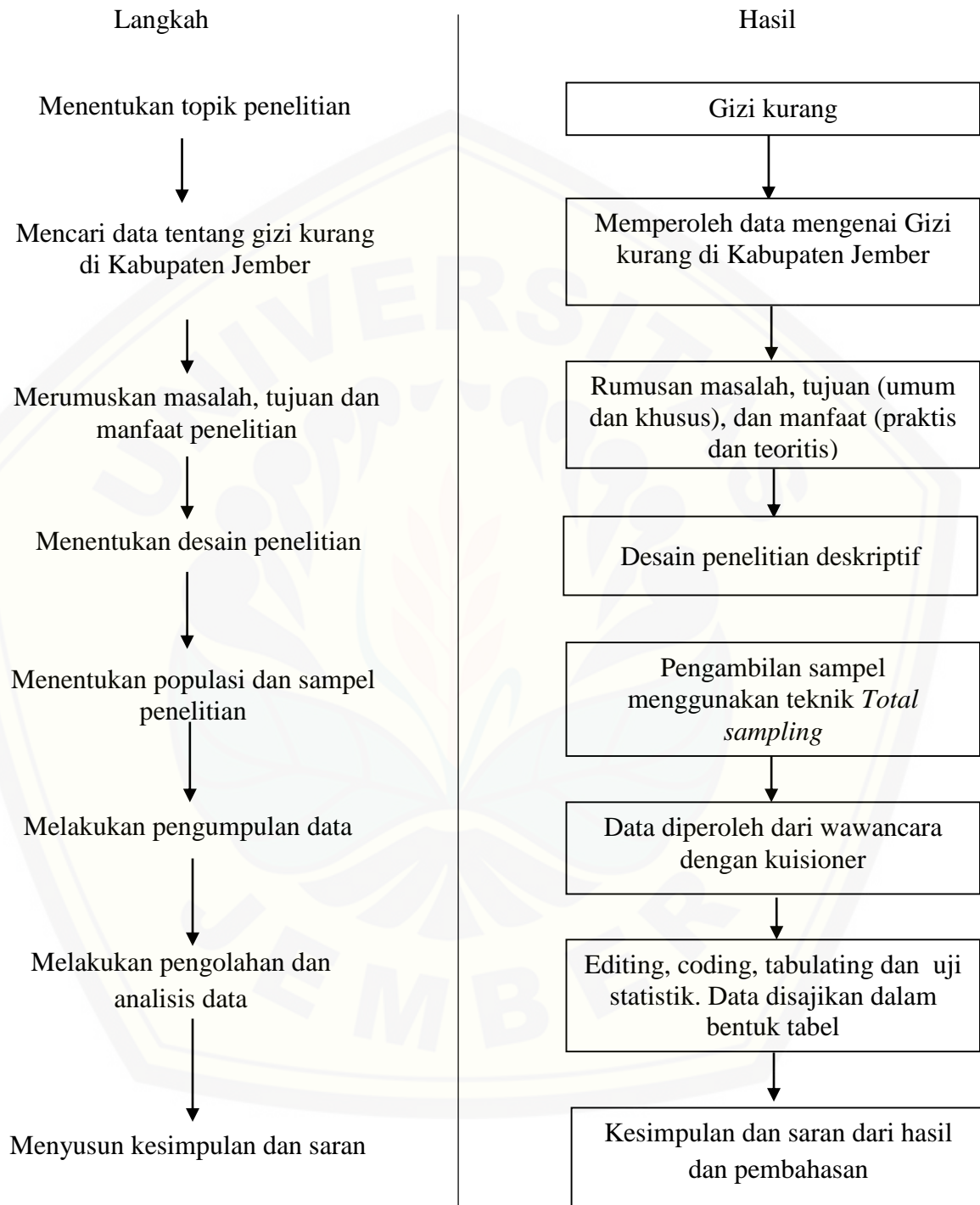
Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoadmodjo, 2010:164). Pengukuran tingkat validitas dalam penelitian ini dilakukan terhadap ibu balita di wilayah kerja Puskesmas Jember Kidul Kabupaten Jember karena karakteristiknya sama dengan wilayah Sumbersari dengan cara wawancara menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan pada ibu yang memiliki anak balita. Uji validitas instrument data menggunakan rumus kolerasi *Pearson Product Moment*, keputusan uji r hitung $< r$

tabel maka variabel tidak valid. Taraf signifikansi yang digunakan adalah 0,05. Hasil uji Validitas menunjukkan bahwa semua pertanyaan valid.

3.8.2 Reliabilitas Instrumen

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat dapat dipercaya atau diandalkan (Notoatmodjo, 2010:168). Perhitungan reliabilitas harus dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validasi. Pengujian realibilitas pada penelitian ini menggunakan rumus realibilitas α dengan uji *alpha cronbach* yaitu mengukur homogenitas item-item pertanyaan. Suatu alat dapat dinyatakan reliabel apabila α adalah $> 0,60-0,80$. Uji Reliabilitas instrument dalam penelitian ini untuk mengukur angket pengetahuan ibu tentang gizi. Berdasarkan hasil pengolahan data maka dapat disimpulkan bahwa angket yang digunakan dikatakan reliabel (dapat dipercaya) karena hasil perhitungan menunjukkan nilai *alpha cronbach* = $>0,60-0,80$ yaitu 0,720

3.9 Alur Penelitian



BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian Pola Asuh Dan Tingkat Konsumsi Pada Balita Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Mayoritas anak balita berada dalam rentang umur 12-24 dan lebih banyak yang berjenis kelamin laki-laki dan setengah dari balita Lahir dengan berat badan rendah.
- b. Mayoritas tingkat pendidikan ibu adalah tamat SMA, semua Ayah bekerja dan pekerjaan paling banyak adalah swasta, ibu mayoritas sebagai ibu rumah tangga, jumlah anggota keluarga yaitu tergolong keluarga kecil, jumlah pendapatan kurang dari UMK Jember tahun 2018 dan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dalam kategori baik
- c. Status kelengkapan imunisasi semua balita lengkap, Sebagian besar ibu memberikan kolostrumnya kepada anaknya, hampir setengah dari ibu tidak memberikan ASI eksklusif, mayoritas usia pemberian MP-ASI tidak tepat, jenis MP-ASI mayoritas tepat, dan untuk frekuensi dan jumlah pemberian MP-ASI hampir setengah dari ibu tidak tepat pemberiannya.
- d. Tingkat konsumsi energi, protein, lemak, dan karbohidrat semua di atas AKG

5.2 Saran

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

- a. Bagi Puskesmas
 - 1) Puskesmas membahas rencana kunjungan rumah untuk meningkatkan pemantauan pertumbuhan Balita Gizi Kurang dalam Minlok internal

- 2) Kerjasama sinergitas antara bagian gizi dengan Bidan Desa untuk menyusun program yang efektif dan efisien untuk pencegahan dan penanggulangan Gizi Kurang
 - 3) Tenaga gizi menyusun siklus menu sesuai dengan kebutuhan gizi balita dan didistribusikan melalui Posyandu
 - 4) Puskesmas mengadakan pelatihan pemberian ASI eksklusif, penyusunan menu gizi seimbang dan demo masak terkait pemberian MP-ASI yang baik dan benar sesuai dengan Usia, jenis, frekuensi dan jumlah pemberian MP-ASI serta pola asuh gizi pada umumnya. Selain itu juga diadakan peningkatan keterampilan bagi kader posyandu untuk mengoptimalkan fungsi posyandu.
- b. Bagi Masyarakat khususnya ibu Balita
- 1) Aktif melakukan pemantauan status gizi setiap bulan
 - 2) Masyarakat bersifat terbuka dan dapat bekerjasama untuk menerima informasi dan ilmu pengetahuan untuk terciptanya pola pengasuhan anak yang baik.
 - 3) Menerapkan pola asuh yang benar untuk meningkatkan status gizi Balita
- c. Bagi Peneliti selanjutnya
- 1) Menambah Variabel penelitian tentang sanitasi dan kebersihan lingkungan
 - 2) Menambahkan variabel penelitian tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
 - 3) Menambahkan variabel penelitian tentang Budaya masyarakat sekitar yang berkaitan dengan pantangan, tahayul dan tabu terhadap makanan

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M., & Wirjatmadi, B. 2012. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta : Kencana Prenada Media Group
- Adriani, M., dan Wirjatmadi, B. 2014. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana.
- Almatsier, S. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Umum.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur penelitian suatu pendekatan pektik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2008. *Program Keluarga Berencana di Indonesia*. Jakarta: BKKBN.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember. 2018. *UMK Jember Tahun 2018*. Jember: BPS Kabupaten Jember.
- Baliwati, Y., dan Roosita. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Swadaya : Jakarta.
- Beck, M. E. 2011. *Ilmu Gizi dan Diet*. Yogyakarta: ANDI
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta : EGC.
- Datesfordate, A. H., Kundre, R., Rottie, J. V. 2017. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) dengan Status Gizi Bayi Pada Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bahu Manado. *Jurnal Keperawatan*, 5(2): 1-7
- Diana, F.M. 2006. Hubungan Pola Asuh dengan Status Gizi Anak Batita di Kecamatan Kuranji Kelurahan Pasar Ambacang Kota Padang Tahun 2004. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. Vol 1 No.1 2006
- Dinkes Kabupaten Jember. 2018. *LB3 Gizi tahun 2017*. Dinkes Kabupaten Jember.
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. 2014. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2014*. Surabaya. Dinkes Provinsi Jawa Timur.

- Depkes RI. 2000. *Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. 2005. *Gizi dalam Angka Sampai Dengan Tahun 2003*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Lokal Tahun 2006*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. 2009. *Pedoman Penugasan Kartu Menuju Sehat (KMS) Balita*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Departemen Kesehatan R.I. 2012. *Peraturan Pemerintah RI Nomor 33 tahun 2012 Tentang Pemberian ASI Eksklusif*. Jakarta : Depkes RI
- Departemen Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). [serial Online]. <http://www.depkes.go.id.pdf>. [15 Agustus 2018].
- Fransiska, M., Rina., Sanggara, V. O., Gustin, R. K. 2015. Hubungan Status Gizi, Status Imunisasi dan ASI Eksklusif Dengan Kejadian ISPA Pada Anak Balita. *Jurnal Kesehatan STIKes Prima Nusantara Bukittinggi*, 6(2): 8-13
- Hidayah, W. 2010. Hubungan Pola Asih, Asuh dan Asah dengan Status Gizi dan Perkembangan Balita. *Tesis*. Universitas Airlangga : Fakultas kesehatan Masyarakat
- Husin, C.R. 2008. Hubungan Pola Asuh Anak dengan Status Gizi Balita Umur 24-59 Bulan Di Wilayah Terkena Tsunami Kabupaten Pidie propinsi Nangroe Aceh Darussalam 2008. *Tesis*. Medan: Sekolah Pascasarjana USU.
- Ihsan, M, Hiswani, dan Jemadi. 2012. faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak di Desa Teluk Rumbia Kecamatan Singkil Kabupaten Aceh Singkil Tahun 2012. *Jurnal Vol 2, No 1*. Medan: FKM USU.
- Indra, D. dan Wulandari, Y. 2013. *Prinsip Dasar Ahli Gizi*. Jakarta: Dunia Cerdas.
- Isnansyah, Y. (2006). Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak bawah lima tahun di Desa Tinggarjaya Kecamatan Jatilawang Kabupaten Banyumas. *Skripsi*. Purwokerto: Universitas Jendral Soedirman.
- Istiany, A dan Rusilanti. 2013. *Gizi Terapan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Kalsum, U. 2015. Hubungan Umur Pemberian Pertama Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak 7-36 bulan. *Jambi Medical Journal*, 3(2): 85-99

- Kartasapoetra, G dan Marsetyo. 2008. *Ilmu Gizi (Korelasi Gizi, Kesehatan, dan Produktivitas Kerja)*. Jakarta: Rineka Cipta
- Kemenkes RI. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 42 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Khayati, S. 2011. Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Pada Keluarga Buruh Tani Di Desa Situwangi Kecamatan rakit Kabupaten Banjarnegara. *Skripsi*. Universitas Negeri Semarang : Ilmu Kesehatan Masyarakat
- Khotimah, H., & Kuswandi, K. 2014. Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Status Gizi Balita Di Desa Sumur Bandung Kecamatan Cikulur Kabupaten Lebak Tahun 2013. *Jurnal Obstetika Scientia*, 2(1): 146-162
- Krisnatuti, D. 2002. *Menyiapkan Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Puspa Swara, Anggota IKAPI.
- Kusharto dan Supariasa, I. D. N. 2014. *Survei Konsumsi Gizi*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia. 2000. Widyakarya Nasional pangan dan gizi VII.
- Muchlish, N., Hadju, V. Dan Jafar, N. 2011. Hubungan Asupan Energi dan Protein dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Tamamaung. Universitas Hasanuddin Makassar.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugrahani. 2005. Hubungan pengetahuan ibu terhadap pola pemberian dan jenis makanan pmdamping ASI pada bayi. [serial online] <http://www.skripsistikes.com/2005/04/11/new0025526kp/>. [18 Agustus 2018].
- Novitasari, D. 2012. Faktor-faktor Risiko Kejadian Gizi Buruk Pada Balita yang dirawat di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Skripsi*. Universitas Diponegoro Semarang : Program Pendidikan Sarjana Kedokteran
- Oktavianti, D. 2012. Hubungan antara Tingkat Konsumsi dan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi Anak Balita pada Ibu yang Bekerja di PT Perkebunan Nusantara X (PERSERO) Unit Industry Bobbin Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

- Pantadianan, E., Umboh, A., Warouw, S. 2015. Hubungan Status Gizi dan Berat Lahir Pada Anak Usia 2-3 Tahun. *Jurnal e-Clinic*, 3(1): 118-123
- Pibriyanti, K. dan Tri P. K. 2017. Studi Status Gizi Bayi Usia 6-12 Bulan di Desa Kradenan Kecamatan Trucuk Kabupaten Klaten Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 10(2): 66-73
- Proverawati, A dan Rahmawati, E. 2010. *Kapita Selekta ASI & Menyusui*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Puskesmas Sumpalsari. 2018. LB3 Gizi Puskesmas Sumpalsari bulan Januari-Juli 2018. Puskesmas Sumpalsari.
- Roesli, U. 2004. *Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta : Pustaka Pembangunan swadaya Nusantara
- Rohmani. A. 2010. Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Pada Anak Usia 1-2 Tahun di Kelurahan Lamper Tengah Kecamatan Semarang selatan Kota Semarang. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Semarang : Fakultas Ilmu Kedokteran
- Rumiyati, E. 2011. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Menyusui dengan Pemberian ASI Pertama (Kolostrum) di Rumah Bersalin An-Nisaa Surakarta. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 2(2): 30-36
- Rozali, N. A. 2016. Peranan Pendidikan, Pekerjaan Ibu dan Pendapatan Keluarga Terhadap Status Gizi Balita di Posyandu RW 24 dan 08 Wilayah Kerja Puskesmas Nusukan Kota Surakarta. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta : Fakultas Kedokteran
- Soetjiningsih. 2008. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Soetjiningsih & Ranuh, IG. N. G. 2013. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : EGC
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sulistijani dan Herlianty. 2003. *Menjaga Kesehatan Bayi & Balita*. Jakarta: Puspa Swara.
- Sulistiyani. 2011. *Gizi Masyarakat Masalah Gizi Utama di Indonesia*. Jember: Universitas Jember Press.
- Sulistiyono, P. 2006. Hubungan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah dengan Status Gizi saat usia 1-3 Tahun di Kelurahan Harjamukti Kota Cirebon. *Skripsi*. Cirebon : Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

- Sulistyoningsih, H. 2011. *Gizi untuk kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Supariasa, I.D.N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2012. *Penentuan Status Gizi*. Jakarta:EGC
- Suryani. 2013. Faktor-faktor yang mempengaruhi Ibu Terhadap Kunjungan dan Penimbangan Balita di Posyandu Desa Sua-Sua Kecamatan Teupah Tengah Kabupaten Simeulue. *Skripsi*. Banda Aceh : Stikes U'Budiyah
- Suwiji, E. 2006. Hubungan Pola Asuh Gizi dengan Ststua Gizi pada Balita usia 4-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Medang Kabupaten Blora Tahun 2006. *Tesis*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Tejasari. 2005. *Nilai-Gizi Pangan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Vindriana, V., Kadir, A., Askar, M. 2012. Hubungan Kelengkapan Imunisasi Dengan Status Gizi Pada Balita Usia 1-5 Tahun Di Kelurahan Watonea Wilayah Kerja Puskesmas Katobu Kabupaten Muna. *Jurnal Keperawatan*, 1(2): 177-184
- Wawan dan Dewi. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Widodo, Y. 2008. Strategi Peningkatan Praktek Pemberian ASI Eksklusif. *Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan*, 26(1): 8-31
- Yafelli, D. P., & Muqsith, A. 2015. Hubungan Riwayat Pemberian Kolostrum Dengan perkembangan Bayi Di Puskesmas Banda Sakti Kota Lhokseumawe. *Jurnal Lentera*, 15(13): 12-15

Lampiran A. Lembar Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)Pernyataan Persetujuan (*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Alamat :
No. Telp :

Bersedia menjadi subjek dalam penelitian yang berjudul “*Pola Asuh Dan Tingkat Konsumsi Pada Balita Gizi Kurang Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumpersari Kabupaten Jember*”.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak ataupun resiko apapun pada saya sebagai responden. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Jember, 2019
Responden

()



LAMPIRAN B. KUESIONER PENELITIAN

Interview ke	Waktu Interview	Tempat Interview	Interviewer

Judul : Pola Asuh Dan Tingkat Konsumsi Pada Balita Gizi Kurang Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember

No Responden :

Tanggal wawancara :

A. Karakteristik Balita

Isilah titik-titik dan berilah tanda silang pada jawaban yang menurut anda tepat

Nama :
 Tanggal lahir :
 Jenis kelamin :
 Alamat :
 Jumlah anggota keluarga : orang
 Berat lahir :

B. Karakteristik Keluarga dan Ibu

1. Nama KK/nama Ibu :
2. Alamat :
3. Pendidikan terakhir ibu :
 - a. Tidak sekolah
 - b. Tidak tamat SD/MI
 - c. Tamat SD/MI
 - d. Tamat SLTP/MTS
 - e. Tamat SLTA/MA
 - f. Tamat D1/D2/D3
 - g. Tamat PT
4. Jenis pekerjaan Ibu :
 - a. Bekerja (Pegawai pemerintah/swasta, wiraswasta, petani, nelayan, buruh, pedagang)
 - b. Tidak bekerja

5. Jenis pekerjaan Ayah :
 - a. Bekerja (Pegawai pemerintah/swasta, wiraswasta, petani, nelayan, buruh, pedagang)
 - b. Tidak bekerja
6. Total Pendapatan Keluarga
 - a. \geq UMK Rp.1.916.983,99
 - b. $<$ UMK Rp.1.916.983,99
7. Jumlah anggota keluarga :
 - a. \leq 4 orang
 - b. 5-7 orang
 - c. $>$ 7 orang

C. Pola Asuh

1. Apakah Anda/anggota keluarga memberikan kolostrum (cairan ASI yang pertama kali keluar berwarna kuning keruh)?
 - a. Ya
 - b. Tidak, alasan.....
2. Apakah Anda/anggota keluarga memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan?
 - a. Ya (ASI saja sampai berumur 6 bulan)
 - b. Tidak, alasan.....
3. Apakah Anda pernah memberikan madu, air putih, pisang dan cairan atau makanan lain kepada bayi Anda sebelum usia 6 Bulan ?
 - a. Ya, Sebutkan....., Alasan.....
 - b. Tidak
4. Apakah Anda memberikan makanan atau minuman kepada bayi Anda yang masih berumur $<$ 6 bulan ketika ia sering menangis dan tidak segera berhenti ?
 - a. Ya, alasan.....
 - b. Tidak
5. Pada usia berapa anak anda diberikan MP-ASI ?
 - a. $>$ 6 bulan
 - b. \leq 6 bulan, alasan.....
6. Berapa kali anda memberi makan anak anda dalam sehari ?
 - a. Sesuai
(Usia 6-8 bulan : Makanan lumat diberikan 2-3 kali sehari, Usia 9-11 bulan : Makanan lembik diberikan 3-4 kali sehari, Usia 12-24 bulan : Makanan keluarga diberikan 3-4 kali sehari)
 - b. Tidak sesuai apabila selain dari ketentuan diatas
7. Jenis makanan apa yang anda berikan pada anak anda ?
 - a. Sesuai
(Usia 6-8 bulan : ASI, Makanan Lumat (bubur susu, bubur saring, sari buah, bubur tepung), sayuran, lauk pauk, biscuit, yang dilumatkan Usia

- 9-11 bulan : ASI, Makanan Lembek (bubur biasa), roti, nasi tim, sayuran, lauk-pauk. Atau makanan yang dicincang yang mudah ditelan anak. Usia 12-24 bulan : ASI, makanan keluarga nasi, sayuran, lauk pauk, buah-buahan serta makanan selingan lainnya).
- b. Tidak sesuai apabila selain dari ketentuan diatas
8. Seberapa sering dan seberapa banyak makanan yang anda berikan kepada anak anda ?
- a. Sesuai, apabila pada usia 6-8 bulan: makanan lumat diberikan 2-3 kali sehari, usia 9-11 bulan: makanan lembik diberikan 3-4 kali sehari dan usia 12-24 bulan: makanan keluarga diberikan 3-4 kali sehari.
 - b. Tidak sesuai, apabila selain dari ketentuan diatas
9. Apakah balita anda mendapatkan imunisasi lengkap? (berdasarkan buku KIA)
- a. Ya (HB0, BCG, DPT-HB-Hib 1,2,3, Polio 1,2,3, dan Campak)
 - b. Tidak, alasan.....

LAMPIRAN C. ANGKET PENGETAHUAN TENTANG GIZI

Petunjuk pengisian :

1. Semua pernyataan dibawah ini tentang pengetahuan ibu tentang gizi, pola asuh, dan konsumsi makan
2. Anda diminta untuk memberi tanda silang (x) pada jawaban yang anda anggap paling tepat
3. Apabila menemui pertanyaan yang tidak dimengerti anda dapat menanyakan kepada penanya
4. Anda dimohon menjawab pertanyaan dengan jujur

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Balita sehat adalah balita yang setiap bulan berat badannya bertambah mengikuti pita hijau pada KMS dan tinggi badannya bertambah sesuai umur anak		
2	Kolostrum adalah cairan yang keluar pertama kali, berwarna kuning kental, harus diberikan kepada bayi dan tidak boleh dibuang		
3	ASI eksklusif adalah ASI dan minuman lain yang diberikan kepada bayi hingga usia 6 bulan		
4	Pemberian Makanan pendamping ASI (MP-ASI) diberikan kepada bayi mulai dari bayi lahir agar anak tidak rewel		
5	Protein nabati merupakan jenis protein yang berasal dari hewan seperti ayam, daging, telur dan ikan		
6	Bayam, kangkung, sawi, adalah sumber serat		
7	Manfaat dari makan beraneka ragam makanan pada balita adalah melengkapi kekurangan zat gizi dari berbagai makanan yang menjamin terpenuhinya kecukupan sumber karbohidrat, protein dan lemak,		
8	Sumber energi utama bagi tubuh adalah air		
9	Konsumsi banyak serat menyebabkan susah buang air besar		
10	Makanan selingan adalah makanan yang terdiri dari nasi lumat, bubur saring dan air		
11	Makanan selingan hanya diberikan 1 kali dalam sehari		
12	Salah satu manfaat ASI adalah untuk kekebalan tubuh anak dan kecerdasannya		

13	Makanan sehat dan bergizi adalah makanan yang harganya mahal		
14	Susunan makanan keluarga sehari-hari sebaiknya terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, sayur dan buah		
15	Lemak merupakan salah satu zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh		
16	Nasi, Ubi, Mi, adalah kelompok makanan sumber karbohidrat		
17	Pemenuhan zat gizi seimbang bagi tubuh anak bermanfaat untuk membuat anak lincah		
18	Zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh anak balita terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral		
19	Imunisasi dasar lengkap sesuai buku KIA adalah BCG, Campak dan polio		
20	Imunisasi Polio diberikan dengan cara disuntikkan di lengan		

Kunci jawaban

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

LAMPIRAN D. FORM RECALL 2X24 JAM

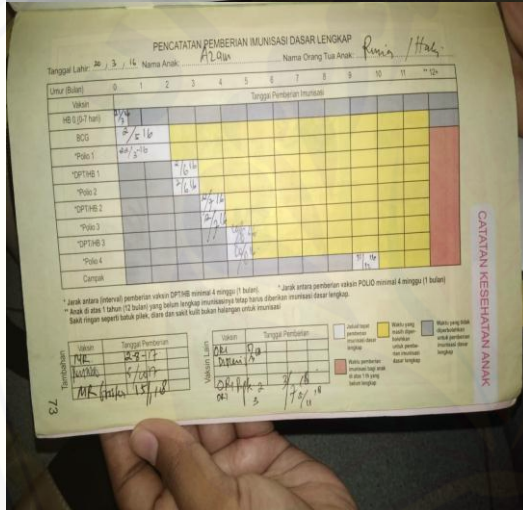
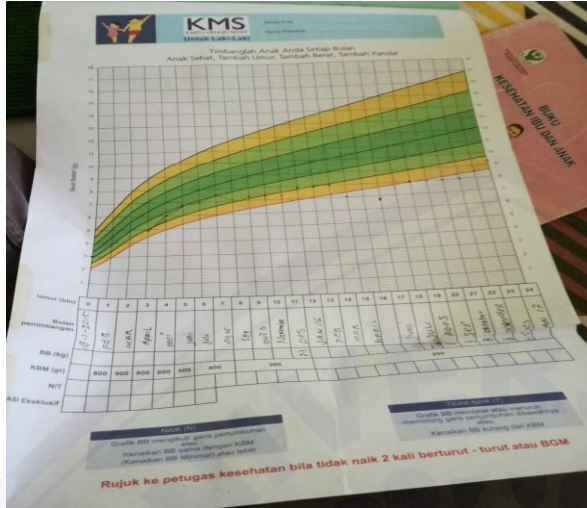
Tanggal :

No. kode responden :

Recall : Hari ke- 1 / Hari ke-2

Waktu makan	Nama masakan	Bahan makanan			Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
		Jenis	Banyaknya					
			URT	Gram				
Pagi/ jam								
Snack								
Siang/ jam								
Snack								
Malam/ jam								
Snack								
Total								

LAMPIRAN E. DOKUMENTASI



Gambar 1. KMS Balita Gizi Kurang

Gambar 2. Kelengkapan Imuisasi



Gambar 3. Pengisian Angket

Gambar 4. Penimbangan Balita



Gambar 5. Balita Gizi Kurang

1. Karakteristik balita

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
kb1	8,77	2,417	,628	,533
kb2	9,09	3,963	,215	,759
kb3	8,71	3,975	,361	,717
jumlah_kb	5,31	1,163	1,000	,145

Pada tabel di atas menyatakan bahwa seluruh instrumen penelitian valid karena memiliki korelasi di atas 0,361 (dengan $n = 30$ dan $\alpha = 0,05$)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,699	4

Hasil perhitungan menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* = 0,699 dinyatakan reliabel karena nilai $\alpha < 0,60 - 0,80$

2. Karakteristik keluarga

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
kk1	18,51	6,669	,005	,657
kk2	18,57	5,840	,343	,580
kk3	18,57	5,605	,448	,554
kk4	18,54	5,608	,446	,554
kk5	18,57	6,076	,242	,604
kk6	17,54	6,432	,097	,637
jumlah_kk	10,03	1,734	1,000	,134

Pada tabel di atas menyatakan bahwa seluruh instrumen penelitian valid karena memiliki korelasi di atas 0,361 (dengan $n = 30$ dan $\alpha = 0,05$)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,616	7

Hasil perhitungan menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* = 0,616 dinyatakan reliabel karena nilai $\alpha < 0,60 - 0,80$

3. Pola asuh

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pa1	16,71	11,034	,171	,729
pa2	16,71	10,092	,502	,688
pa3	16,74	10,314	,440	,697
pa4	16,91	10,434	,681	,689
pa5	16,63	10,476	,330	,709
pa6	16,63	9,534	,657	,664
pa7	16,66	10,114	,463	,692
jumlah_pa	9,00	2,941	1,000	,607

Pada tabel di atas menyatakan bahwa seluruh instrumen penelitian valid karena memiliki korelasi di atas 0,361 (dengan $n = 30$ dan $\alpha = 0,05$)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,720	8

Hasil perhitungan menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* = 0,720 dinyatakan reliabel karena nilai $\alpha < 0,60 - 0,80$