

**HUBUNGAN POLA ASUH IBU DENGAN STSTUS GIZI ANAK BALITA
USIA 1 – 3 TAHUN PADA PUSKESMAS WAMENE KOTA
KABUPATEN JAYAWIJAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Guna
Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Gizi**



DISUSUN OLEH :

ISAI KOMBA
NIM : 201 20 307

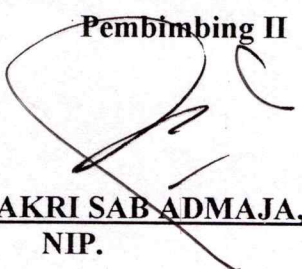
**DEPERTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
PROGRAM DIPLOMA III GIZI
TAHUN 2005**

HALAMAN PENGESAHAN

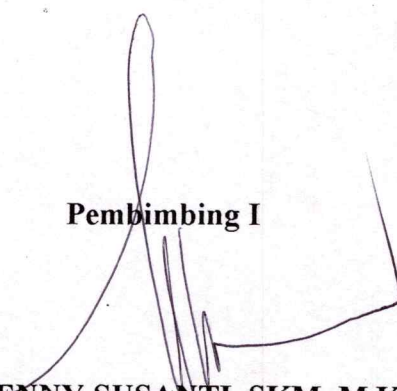
Judul : Hubungan Polah Asuh Ibu Dengan Status Gizi Anak Balita Umur 1 – 3
Tahun Puskesmas Wamena Kota Distrik Wamena Kota
Kabupaten Jayawijaya.

Diterima dan Disetujui Untuk Dipertahankan
Pada Ujian Karya Tulis Ilmiah

Pembimbing II

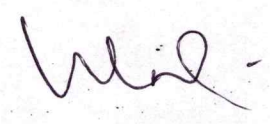

SAKRI SAB ADMAJA, SKM
NIP.

Pembimbing I


GUTIT ENNY SUSANTI, SKM, M.KES
NIP. 140 075 010

Mengetahui,

Ketua Jurusan Gizi


IR. MARLIN P. GULTOM, M.KES
NIP. 140 201 581

KATA PENGANTAR

Segala puji saya panjatkan hanya kepada Allah Yang Maha Kuasa kerana atas segala karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul ***“Hubungan Pola Asuh Ibu Dengan Status Gizi Anak Balita 0 – 3 Tahun Pada Puskesmas Wamena Kota Kabupaten Jayawijaya”***.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis telah banyak memperoleh baik moril maupun material dari berbagai pihak sehingga terlaksananya tulisan ini, oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada semua pihak atas bantuannya, khususnya kepada :

1. Bapak Jan Piet Rumaikewi, SKM. MM. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Papua yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Ir. Marlin P. Gultom, M.Kes. selaku Ketua Jurusan Gizi yang turut memberikan dorongan dan arahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Enni Gulit Susanti, SKM, M.Kes. selaku Dosen Pembimbing I telah banyak memberikan pengarahan pada penulisan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Sakri Sab Admaja, SKM. Selaku Dosen Pembimbing II telah memberikan pengarahan untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak Crismen Silitonga, SKM, MKM. Telah memberikan bimbingan, masukan dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini
6. Nonce Tabuni, istriku yang tercinta telah membantu berpartisipasi aktif selama mengikuti pendidikan sampai menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
7. Ichon B. F. Komba, anakku yang selalu bersama menemani, menuruti perintah dalam menyelesaikan study.
8. Lius T. Komba, anakku selalu bersama menemani dan menghibur, menuruti perintah selama dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Keluarga Kenius Tabuni, SH. Yang telah membantu dalam doa dan dana menunjang pendidikan dari awal sampai akhir menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Keluarga Kenius Tabuni, SH. Yang telah membantu dalam doa dan dana menunjang pendidikan dari awal sampai akhir menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Keluarga Drs. Ishak Tabuni, MM. selalu mendorong, memberikan motifasi menunjang dengan dana selama mengikuti pendidikan
11. Keluarga Alip Tabuni, Omku yang tercinta yang selama ini telah membantu pendidikan sampai menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
12. Keluarga Bertus Tabuni, ST. selalu memberikan motifasi, bantuan dana dalam mengikuti pendidikan
13. Malkis Tabuni, Ponakanku yang tercinta selalu ada perhatian dalam kekurangan membantu dana dalam mengikuti pendidikan samapai menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
14. Elyas Wenda, S.PAK, Kakaku yang tercinta telah membantu dana, masukan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
15. Keluarga Kepas G. Komba, S.Sos, Kakak yang terkasih, membantu dengan doa, dan dan moril yang besar selama mengikuti pendidikan
16. Engganu Komba, Kakakku yang tercinta, telah membantu memberikan tempat tinggal.
17. Mince Komba, Kakakku yang tercinta yang selalu membantu dana selama mengikuti pendidikan
18. Keluarga Yonius Wenda, telah membantu dana selama mengikuti pendidikan
19. Labansi, SKM, telah membantu dana dan memberikan data gizi Kabupaten Jayawijaya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
20. Pemda Kabupaten Jayawijaya, telah membantu dana untuk menyelesaikan pendidikan ini sampai selesai
21. Barius Wenda, adikku yang terkasih yang telah membantu dana dalam menyusun karya tulis ini.
22. Ikatan Pelajar Mahasiswa Pemuda Masyarakat Jayawijaya Daerah Pyramid di Jayapura yang selalu memberikan motifasi, dorongan lewat doa dan dana serta selalu menyatu membagi kasih suka maupun duka di Kota Jayapura selama mengikuti pendidikan ini.

Namun demikian kritikan dan saran yang konstruktif dari berbagai pihak sangat diharapkan mengingat keterbatasan waktu dengan kemampuan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, penulis berharap agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi pihak yang membantu kami.

Semoga Tuhan berkati kita semua terima kasih.

Jayapura, 1 Oktober 2005

Penulis

MOTTO

**BERSUKA CITALAH, SENANTIASA TETAPLAH BERDOA,
MEGUCAP SYUKURLAH DALAM SEGALA HAL, SEBAB
ITULAH YANG DIKEHENDAKI ALLAH DI DALAM YESUS
KRISTUS BAGI KAMU.**

1 TES 5 : 16 -18

PERSEMBAHAN :

Karya Tulis Ilmiah ini kupersembahkan kepada :

1. Isteri dan anakku yang terkasih, yang telah menemani dan membagi suka dan duka selama menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Jayapura
2. Orang tuaku di kampung halaman, Wamena, Pyramid, Logatpaga yang tidak jenuh-jenuhnya membantu dana, dana, doa dan memberikan motivasi menyelesaikan Pendidikan Politeknik Kesehatan Jayapura.
3. Seluruh rekan-rekan yang tidak bisa disebutkan namanya satu-persatu yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

DAFTAR TABEL

TABEL 5.1. Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Sikap Dalam Mengasuh Anak Umur 1 – 3 Tahun	32
TABEL 5.2. Distribusi Jumlah Respoden Berdasarkan Praktek Tindakan Dalam Mengasuh Anak Umur 1 – 3 Tahun.....	32
TABEL 5.3. Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pola Asuh Anak Umur 1 – 3 Tahun	33
TABEL 5.4. Distribusi Jumlah anak Umur 1 -3 Tahun (sampel) Berdasarlan Status Gizi BB/U – WHO NCHS	33
TABEL 5.5. Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pola Asuh dan Status Gizi anak Umur 1 – 3 Tahun	33
TABEL 5.6. Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pola asuh Dengan Status Gizi Anak Umur 1 – 3 Tahun.....	34

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	3
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	4
A. Pola Asuh Ibu	4
B. Sikap Ibu dalam Merawat Anak	5
C. Praktek dalam Pola Asuh Gizi	6
D. Tinjauan Status Gizi	7
E. Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi	10
F. Gizi Balita	11
BAB III. KERANGKA KONSEP	22
A. Landasan Teori	22
B. Kerangka Teori	23
C. Hubungan Antar Variabel	24
D. Hipotesis	24
E. Definiai Operasional dan Kriteria Obyektif	24
BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN	27
A. Jenis Penelitian	27
B. Tempat dan Waktu Penelitian	27
C. Populasi dan Sampel	27
D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data	28

E. Alat Dan Bahan Penelitian	29
F. Pengolahan dan Penyajian Data.....	30
BAB V. HASIL AN PEMBAHSAN	31
A. Hasil.....	32
B. Pembahasan.....	35
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	38
A. Kesimpulan	38
B. saran.....	38
DAFTAR PUSTAKA	39
LAMPIRAN	
- Kuisioner	
- Tabel Untuk Status Gizi	

ABSTRAK

Latar belakang : Akar masalah Gizi adalah krisis Ekonomi secara langsung, kemiskinan, rendahnya Pendidikan dan kurangnya keterampilan merupakan pokok masalah gizi. Penyebab langsung masalah gizi adalah asupan makanan dan adanya penyakit infeksi., penyebab langsung adalah persediaan makanan di rumah, perawatan anak dan pelayanan kesehatan.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pola asuh ibu dengan status gizi anak balita usia 1-3 tahun di Puskesmas Wamena kota kabupaten Jayawijaya.

Metode : Metode penelitian yang digunakan adalah Cross Sectional dengan tabel

Hasil : Dalam penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna secara statistis antara pola asuh ibu dengan status gizi anak balita $P = 0,267$ ($p > 0,05$) akan tetapi banyak faktor yang berpengaruh misalnya konsumsi makanan dan penyakit infeksi.

Kesimpulan : Dari hasil penelitian ini adalah tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pola asuh ibu dengan status anak balita di Puskesmas Wamena Kota Jayawijaya, walaupun di tabel lain masih ada menunjukkan ada angka, pendidikan ibu, umur ibu, pekerjaan orang tua.

Status gizi bisa saja dipengaruhi oleh Intake makanan kurang, penyakit infeksi parasit.

Kata Kunci : Pola asuh Ibu – Status Gizi – Balita

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu faktor penentu terciptanya sumber daya manusia adalah terjaminnya kondisi gizi yang baik pada periode tumbuh kembang anak. Indikator gizi tersebut ditunjukkan dengan masyarakat yang mempunyai masalah gizi diharapkan meningkatkan kemandirian intelektualitas suatu produktivitas sumber daya manusia (Depkes RI, 1999)

Masalah gizi berkaitan dengan krisis ekonomi sedangkan kemiskinan, rendahnya pendidikan dan kurang keterampilan merupakan pokok masalah gizi. Penyebab tidak langsung masalah gizi adalah persediaan makanan di rumah, perawatan anak dan ibu hamil dan pelayanan kesehatan. Penyebab langsung dan masalah gizi adalah asupan makanan dan penyakit infeksi parasit. Krisis ekonomi saat ini sudah sampai kepada kesulitan yang tinggi, karena rendahnya daya beli masyarakat untuk memenuhi kebutuhan bahan makanan sehari-hari tidak terpenuhi kebutuhan pangan dan berakibat timbulnya masalah kekurangan gizi, khususnya pada kelompok rentan, seperti bayi dan anak balita, ibu hamil dan ibu menyusui.

Krisis ekonomi saat ini telah berakibat lebih parah terhadap krisis gizi di mana 60 - 70% anak menderita kurang gizi (Aritonang, 2000)

Kejadian gizi buruk pada bayi berusia di bawah enam bulan memberikan indikasi bahwa pola pemberian ASI (Air Susu Ibu) dan makanan pendamping ASI masih belum memadai (SDKI 1997). Pada tahun 1999 diperkirakan 1,7 juta anak balita menderita gizi buruk dari jumlah ini 170.000 anak berada dalam tingkat berat yang disebut *meramus* dan *Kwasiorkor*. Sementara itu Depkes RI mendapat laporan dari daerah-daerah bahwa sampai bulan Desember 1999 tercatat 24.000 anak menderita gizi buruk, berarti masih kira-kira 146.000 anak gizi buruk belum diketahui di mana mereka berada. Perilaku asuh anak menjadi sangat penting karena ternyata sekitar 30% kejadian gizi buruk di masyarakat terjadi pada keluarga yang tergolong tidak miskin.

Data Susenas tahun 1998 menunjukkan bahwa balita mengalami kurang energi protein mencapai 33,4%, hal ini berarti sekitar 8 juta balita terancam kelangsungan tumbuh kembangnya, yang sangat merugikan masa depan bangsa.

Jika memasuki angkatan kerja 20 tahun yang akan datang, diperkirakan tidak memiliki daya saing yang amat diperlukan di era globalisasi karena mereka kecenderungan terhambat (LIPI, 2000)

Hasil survei pada balita penderita kurang energi protein dengan sampel 300 balita di Kabupaten Jayawijaya pada tahun 2001 diperoleh gambaran bahwa terdapat 96 balita (31,7%) kurang energi protein ringan, 177 balita (59,3%) kurang protein sedang dan 27 balita (9%) kurang protein berat. Dari 27 balita yang menderita kurang energi protein berat terdapat 24 marasmus, 2 balita kwasiorkor dan 1 balita marasmus - kwasiorkor. Jenis pekerjaan kepala keluarga dari balita kurang protein tersebut 51,5% petani, 6,4% tidak bekerja, 5,0% sebagai buruh dan 2,2% bekerja di bidang swasta.

Sementara laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya tahun 2001 bahwa status gizi balita di Puskesmas Wamena Kota pada tahun 2001 sebagai berikut, dari 1011 balita yang ada di wilayah kerja Puskesmas Wamena kota, 814 balita yang diukur dengan hasil 9 balita (1,1%) status gizi buruk, 75 balita (9,25%) status gizi kurang, 716 (87,96%) status gizi baik dan 14 balita (1,7) status gizi lebih, jumlah total kurang energi protein 10,32% (Dinkes Kab. Jayawijaya, 2001)

Mencermati kondisi di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul hubungan antara pola asuh ibu (sikap dan praktek dengan status gizi anak balita di PKM Wamena Kota Kabupaten Jayawijaya.

B. Rumusan Masalah

Selain asupan gizi dan keadaan kesehatan anak yang secara langsung menentukan status gizi, pola asuh ibu diduga sangat berperan, sejauh ini belum banyak informasi tentang pola asuh yang nyata dilakukan ibu.

1. Bagaimana gambaran pola asuh ibudan status gizi anak 1 – 3 tahun di Puskesmas Wamena Kota?
2. Apakah ada hubungan pola asuh ibu dengan status gizi anak usia 1 – 3 tahun di Puskesmas Wamena Kota Kabupaten Jayawijaya?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan pola asuh ibu denga status gizi anak balita di Puskesmas Wamena Kota di Kabupaten Jayawijaya.

2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran pola asuh ibu terhadap anak usia 1 – 3 tahun dengan status hubungan sikap ibu dalam merawat anak dengan status gizi anak balita.
2. Untuk mengetahui staus gizi anak 1 – 3 tahun
3. Untuk mengetahui hubungan pola asuh ibu dengan status gizi anak 1 – 3 tahun.

D. Manfaat Penelitian

1. Sebagai bahan pertimbangan dan pengalaman bagi penulis dalam menambah wawasan ilmu pengetahuan di bidang penelitian
2. memberikan informasi pada ibu mengenai pentingnya memberikan pola asuh yang baik dalam pencapaian tumbuh berkembang anak secara optimal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pola Asuh Ibu

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2000), disebutkan Pola berarti sistem, cara kerja. Asuh berarti menjaga (merawat dan mendidik) anak kecil. Jadi yang dimaksud dengan pola asuh ibu adalah cara kerja atau model yang digunakan oleh ibu dalam merawat dan mendidik anak.

Menurut **Soekirman** (2000), perawatan atau pola asuh ibu terhadap anak yang baik merupakan hal yang sangat penting, karena akan mempengaruhi proses tumbuh kembang anak balita. Pola pengasuh anak adalah sikap atau perilaku ibu atau pengasuh yang lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, kasih sayang dan sebagainya. Pola asuh ibu pada anaknya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan tentang pengasuh anak yang baik, peranan dalam keluarga atau masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari dan kebiasaan keluarga dan atau masyarakat dan sebagainya dari ibu atau pengasuh anak.

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

Orang tua sering memaksa anak makan tanpa memperhatikan kebutuhan anak akan makanan, membuat anak tidak pernah dapat membedakan rasa lapar dan kehausan untuk makan, serta menganggap makan sebagai hukuman bagi anak. Orang tua atau pengasuh yang sering memaksa anak makan, menyebabkan anak tidak menghargai makan dan mempermainkan makanan tersebut, sehingga anak tidak pernah belajar makan dengan benar, selain itu jarang memberikan variasi makan pada anak dapat pula menyebabkan anak sulit menyesuaikan dengan makanan baru (**Nurdadi**, 2000).

Sikap atau ucapan orang tua yang didengar oleh anak yang menyatakan bahwa makanan itu tidak enak akan dianggap benar oleh anak, sehingga anak

tidak mau makan. Anak dapat juga tidak makan makanan sama sekali, walaupun lapar hanya untuk menolak makanan sebagai tanda menentang orang tua, adanya masalah emosional yang mendalam (*deep seated emosional problem*), misalnya anak tidak senang (*the unhappy child*) karena hubungan yang tidak baik antara ibu dan anak (Markum, 1991).

Menurut Nelson (1994), perasaan yang dikandung oleh ibu akan menentukan latar belakang emosional. ibu yang berada dalam keadaan tegang, cemas, mudah tersinggung atau secara emosional labil, lebih besar kemungkinannya untuk mengalami kesulitan dalam memberikan makan pada anak.

B. Sikap Ibu Dalam Merawat Anak

Menurut Notoadmojo (1997), sikap merupakan reaksi atau respons yang tertutup dari seseorang terhadap sesuatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Sikap dikatakan sebagai suatu respons evaluatif. Respons hanya timbul apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya reaksi individual. respons evaluatif berarti bahwa bentuk reaksi yang dinyatakan sebagai sikap itu timbul di dasari oleh proses evaluasi dari dalam diri individu yang memberikan kesimpulan terhadap stimulus dalam bentuk nilai baik - buruk, positif - negatif, menyenangkan - tidak menyenangkan, yang mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap objek sikap. Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang, yaitu komponen kognitif, komponen afektif dan komponen konatif. Komponen kognitif, merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional, dan komponen konatif, merupakan aspek

kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang (Azwar, 2002).

Menurut Notoadmojo (1997), sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yang menerima (*receiving*), merespons (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*). Menerima, diartikan bahwa orang (Subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek), misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian terhadap ceramah tentang gizi. Merespons, berarti memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Hal ini merupakan suatu indikasi dari sikap. Menghargai adalah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan sesuatu masalah, hal ini merupakan suatu indikasi sikap ketiga, misalnya seorang Ibu mengajak Ibu lain mendiskusikan masalah gizi, ini membuktikan bahwa ibu tersebut mempunyai sikap positif terhadap gizi. Bertanggung jawab, merupakan sikap paling tinggi, misalnya seorang Ibu menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau orang tua sendiri (Notoadmojo, 1997).

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung, dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung, dapat dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden apakah sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju.

C. Praktek Dalam Pola Asuh Gizi.

Menurut Notoadmojo (1997), suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya dari istri, orang atau mertua dan lain – lain. Praktek dapat dibagi dalam beberapa tingkatan, yaitu: persepsi, respon terpimpin, mekanisme, dan adaptasi. Persepsi adalah tahap mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang

akan diambil, hal ini merupakan praktek tingkat pertama, misalnya seorang ibu dapat memilih makanan bergizi tinggi bagi anaknya. Respon terpimpin, bila seseorang dapat melakukan suatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh, hal ini merupakan indikator praktek tingkat dua, misalnya seorang ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci, memotong dan akhirnya memasak. Tahap mekanisme, apabila dapat melakukan suatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu merupakan sudah kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga, misalnya seorang ibu yang mengimunisasikan bayinya pada umur - umur tertentu tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain. Adaptasi merupakan suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut, misalnya ibu dapat memilih dan memasak makanan bergizi tinggi berdasarkan bahan yang murah dan sederhana.

Praktek, merupakan perbuatan atau tindakan nyata. Pengukuran praktek dapat dilakukan secara tidak langsung, yaitu dengan wawancara terhadap kegiatan - kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (recall). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Praktek atau tindakan seseorang tidak harus didasari oleh pengetahuan atau sikap.

Faktor yang mempengaruhi pola asuh ibu adalah pendidikan, pengetahuan, tingkat pendapatan keluarga, keterampilan dan pekerjaan.

D. Tinjauan Status Gizi

a. Pengertian dan Klasifikasi

Status gizi adalah status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrien (Moejji, 2000).

Menurut Soekirman (2000), status gizi diartikan sebagai keadaan kesehatan fisik seseorang atau kelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau kombinasi dari ukuran gizi tertentu. Penilaian status gizi (*nutritional assessment*) adalah pengukuran yang didasarkan pada data antropometrik, biokimiawi dan riwayat diet. Status gizi (gizi lebih, baik,

kurang dan buruk) dapat diketahui dengan membandingkan indeks BB/ U dan BB/ TB dengan baku antropometri yang digunakan di Indonesia, yaitu baku WHO – NCHS.

Gizi buruk, adalah keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi, protein dan makanan sehari-hari dalam waktu yang cukup lama. Gizi lebih (*obesitas*) adalah penimbunan lemak yang berlebihan secara umum pada jaringan subkutan atau jaringan lainnya di seluruh tubuh. sering dikaitkan dengan kelebihan berat badan (*over weight*), walaupun tidak selalu identik (Nelson, 1994). Kurang Energi Protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi. Klasifikasi Kurang Protein dibedakan menjadi tiga kategori, yaitu kurang energi perotein ringan, bila hasil penimbangan berat badan pada KMS terletak pada pita kuning atau bila berat badan menurut umur 70 – 79 % Baku Median WHO – NHCS, kurang Energi Protein sedang, bila hasil penimbangan berat badan pada KMS 60 – 69 % Baku Median WHO – NHCS, dan Kurang Energi Protein berat/gizi buruk bila hasil penimbangan BB/ U < 60 % Baku Median WHO – NHCS. Pada KMS tidak ada garis pemisah Kurang Energi Protein sedang (Depkes, 1999).

Menurut Soekirman (2000), status gizi diukur dengan BB / U atau TB / U dikatakan normal apabila angka atau nilainya terletak antara minus 2 SD sampai Plus 2 SD dari nilai median standar WHO. Status gizi baik, bila hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom -2 SD dan lebih kecil dari angka pada kolom +2 SD status gizi kurang, bila hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom -3 SD dan lebih kecil dari angka pada kolom -2 SD. Status gizi buruk, bila hasil ukur lebih kecil dari angka pada kolom -3 SD. Status gizi lebih atau gemuk, bila hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada kolom +2 SD.

b. Gejala Klinis

Gejala klinis buruk secara garis besar dapat dibedakan sebagai, marasmus, Kwasiorkor dan marasmus – kwasiorkor. Tanda-tanda klinis tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 1. Gambar Klinis Gizi Buruk (Modul AKZI, 2000)

BAGIAN	KWASORKOR	MARASMUS
Tubuh	Edama di seluruh tubuh, terutama punggung kaki. Otot mengecil, lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk, ada pembesaran Hati.	Tampak sangat kurus, tampak tulang terbungkus kulit. Perut cekung, iga gambang/tulang rusuk menonjol.
Wajah	Membulat dan sembab (<i>moon face</i>).	Seperti orang tua
Mata	Pandangan sayu tipis.	Tidak bercahaya
Rambut	kemerahan seperti rambut jagung, mudah dicabut tanpa terasa sakit.	Kusam
Mental	Apatis dan rewel.	Cengeng dan rewel.
Kulit	Kelainan kulit berupa bercak merah mudah yang meluas dan berubah warna menjadi warna coklat kehitaman dan terkelupas.	Kulit berkeriput.
Penyakit infeksi	Umumnya bersifat akut, anemia dan diare.	Jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada, Umumnya bersifat kronis, diare kronik atau kontipasi/susah buang air besar
Marasic – Kwasorkor : gambaran klinik merupakan campuran dari beberapa gejala klinik Kwasiorkor dan marasmus, disertai edama yang tidak mencolok.		

Sumber. (Modul AKZI, 200)

Anak dengan obesitas akibat diet kalori tinggi, tidak hanya lebih berat tetapi juga lebih tinggi dari anak seusia, seperti juga terlihat dari umur tulangnya lebih melanjut. Ditinjau dari diagnostik dari pada berat badan. Pada raut muka nampak hidung dan mulut yang relatif kecil dengan berbentuk ganda (Wilson, 1994).

E. Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi

Banyak faktor yang mempengaruhi status gizi. Menurut **Steven** (2000), faktor yang mempengaruhi gizi pada kelompok rawan, yaitu faktor individu, faktor keluarga dan masyarakat. Faktor keluarga berupa akses pangan rumah tangga, pola pengasuhan (ibu dan anak) dan pelayanan kesehatan. Faktor masyarakat, yaitu ketahanan pangan dan kemiskinan. Faktor - faktor tersebut merupakan akibat dari timbulnya masalah dasar, yaitu ekonomi politik dan krisis sosial.

Menurut **Aritonang** (2000), teori lain sebagai penyebab kurang gizi meliputi beberapa tahapan, baik penyebab langsung, tidak langsung, pokok masalah dan akar masalah gizi. Menurut **Soekirman** (2000), dijelaskan sebagai berikut :

Pertama, penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Timbulnya gizi kurang tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik, tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita kurang gizi. Demikian juga pada anak yang makan tidak cukup baik, maka daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian mudah diserang infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita kurang gizi. Pada kenyataan keduanya baik makanan dan penyakit secara bersama - sama merupakan penyebab kurang gizi (**Steven**, 2000).

Kedua, penyebab tidak langsung yaitu, ketahanan pangan keluarga, pola pengasuhan anak (*household food security*) serta pelayanan kesehatan dan lingkungan. Ketahanan pangan di keluarga, adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup dan baik mutu gizinya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga terutama ibu untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan kembang dengan sebaik - baiknya secara fisik, mental dan sosial. Pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Ketiga faktor ini saling berhubungan.

Ketahanan pangan keluarga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan dan daya beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan.

Pola mengasuh anak berupa sikap dan perilaku ibu dan pengasuh lain dalam hal kedekatan dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan fisik dan mental status gizi, pendidikan umum, pengetahuan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau dimasyarakat, sifat pekerjaan sehari - hari, adat kebiasaan, keluarga dan masyarakat dari ibu atau pengasuh anak.

Faktor tidak langsung yang lain adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan pelayanan kesehatan yang baik serta sarana kesehatan yang baik. Semakin tersedia air bersih yang cukup untuk keluarga serta jangkauan keluarga terhadap pelayanan dan sarana kesehatan, semakin kecil resiko anak terkena penyakit.

Ketiga faktor tidak langsung tersebut saling berkaif dan bersumber pada akar masalah, yaitu pendidikan ekonomi keluarga serta keterampilan memanfaatkan sumber daya keluarga dan masyarakat. Akhirnya semuanya dapat berpangkal pada masalah pokok yang lebih besar di masyarakat dan bangsa secara keseluruhan, seperti ekonomi, politik dan sosial.

F. Gizi Balita

Makin bertambah umur anak, makin bertambah pula kebutuhan makanannya, secara kualitas maupun kuantitas saat berumur 1-2 tahun perlu di perkenalkan pola makanan secara lengkap. Pola makanan orang dewasa. Diperkenalkan pada balita adalah pola hidangan sehari - hari dengan menu seimbang yang terdiri dari sumber zat tenaga (roti, nasi, mie, atau tepung-tepungan), sumber zat pembangun (susu, daging, ikan, telur, tahu, tempe, kacang-kacangan), sumber zat pengatur (sayur dan buah-buahan terutama yang berwarna). Jenis makanan balita adalah harus mudah dicerna dan merangsang agar tidak mengganggu pencernaan dan ginjal. Jadwal pemberian makanan yang

tepat bagi balita adalah tiga kali makanan utama dan dua kali makanan selingan (Sulistijani, 2001).

Pemberian makanan harus dalam jumlah yang cukup yaitu yang sesuai dengan keperluan sehari-hari. Pemberian makanan yang mengandung energi berlebihan akan menimbulkan keadaan obesitas, sedangkan zat gizi esensial yang diberikan secara berlebihan untuk jangka waktu yang panjang akan mengakibatkan penimbunan zat gizi tersebut dan dapat merupakan racun bagi tubuh. Sebaiknya pemberian energi yang kurang dari pada kebutuhan untuk jangka waktu yang lama akan menghambat pertumbuhan, bahkan akan mengurangi cadangan energi dalam tubuh, hingga terjadi keadaan gizi kurang maupun buruk (Pudjiadi, 2001).

- **Pertumbuhan dan Perkembangan**

Pertumbuhan dan perkembangan dengan istilah populer tumbuh kembang merupakan suatu proses yang berlangsung sejak konsepsi sampai dewasa dengan melalui tahap tumbuh kembang (Achir, 1988; Santoso, 1988). Proses ini pada dasarnya mencakup dua peristiwa yang berbeda tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan (Soetjiningsih, 1995).

Di dalam buku kuliah I Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (1985) disebutkan bahwa pertambahan besar dalam aspek fisik akibat multiplikasi sel dan bertambahnya jumlah zat interseluler, sedangkan perkembangan menurut Soetjiningsih (1985) adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing sistem organ dapat memenuhi fungsinya.

Banyak sekali faktor yang akan mempengaruhi proses tumbuh kembang ini, yang secara garis besar dibagi dalam dua golongan, yaitu faktor hereditas yang menentukan potensi bawaan dan faktor lingkungan yang akan menentukan tercapainya potensi bawaan (staf Pengajar FKUI, 1985; Achi, 1988) Yosoprawoto, 1988). Dan faktor lingkungan yang paling menentukan tercapainya tumbuh kembang adalah makanan (Ebrahim, 1978) yang harus

disesuaikan dengan kebutuhan anak yang sedang tumbuh (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985).

- **Makanan Anak**

Pemberian makanan pada anak dari aspek klinis bertujuan untuk memenuhi kebutuhan nutrien yang adekuat untuk kebutuhan hidup terutama untuk melakukan aktivitas fisik dan psikomotor juga untuk melatih dan mendidik kebiasaan makan yang baik (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985; Santoso, 1988 dkk, 1988).

- **Pengertian Nutrisi**

Sutardjo dan kawan-kawan (1988) mendefinisikan nutrisi sebagai sejumlah proses yang berhubungan dengan pertumbuhan, pemeliharaan dan perbaikan jaringan-jaringan tubuh secara keseluruhan atau unsur-unsur pokoknya saja. Makanan untuk anak harus memenuhi beberapa syarat, antara lain memenuhi kecukupan energi dan semua zat gizi yang sesuai dengan umur anak, susunan hidangan disesuaikan antara bentuk dan porsi makanan dengan daya terima, toleransi dan keadaan faali anak serta memperhatikan kebersihan perorangan dan lingkungan. Sehingga untuk memenuhi hal tersebut maka makanan anak sehat dibagi menjadi dua golongan, yaitu makan utama dan makanan setengah padat. Makanan utama ini dapat berupa ASI atau pengganti ASI (PASI) dalam keadaan tertentu, sedangkan makan setengah padat dapat berupa buah-buahan, biskuit, makanan setengah lembek atau makanan orang dewasa (Sutardjo dkk, 1988)

- **Air Susu Ibu (ASI)**

Asi merupakan makanan terbaik untuk anak (Indrawati, 1988; Sutardjo dkk, 1988). ASI mempunyai banyak keunggulan bila dibandingkan dengan susu lain. ASI mengandung berbagai gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan dalam susunan yang cukup dan mengandung berbagai antibodi yang dapat mencegah berbagai penyakit infeksi. ASI juga memberikan

nutrien yang bebas dari kuman dan selalu dalam bentuk segar serta suhu yang edeal. Pemberian ASI ini juga akan memberikan kedekatan dan kasih sayang antara ibu dan anak (Staf Pengajar IKA, 1985).

Oleh karena itu, menyusukan bayi selalu dianjurkan bila ibu dan bayinya dalam keadaan sehat dan tidak terdapat kelainan yang dapat menghambat proses penyusuan bayi (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985), misal : Ibu menderita penyakit menular atau ibu dalam keadaan emosi yang labil (Erlan dan Nusantara, 1987).

Pemberian ASI hendaknya dilakukan sedini mungkin dan jangan sampai ada makanan lain selain ASI yang dimakan pertama kali. Morley (1979) menemukan bahwa bayi yang sesegera mungkin disusui setelah dilahirkan (dalam 60 menit pertama) lebih jarang mengalami infeksi dan menunjukkan keadaan gizi yang lebih baik dalam tahun pertama kehidupannya. Hal ini dikarenakan pada produksi susu yang dihasilkan pada hari-hari pertama, yang disebut kolostrum mengandung lebih banyak protein khususnya Immunoglobulin (Ig), mineral dan vitamin A yang juga membantu pencernaan bayi (Sutardjo dkk, 1988).

Jangka waktu pemberian ASI pada bayi saat ini belum ada kesepakatan, namun dianjurkan sampai anak berusia 18-24 bulan (Ebrahim, 1978; Morley, 1979; Staf Pengajar IKA FKUI, 1985; Sutardjo dkk, 1988; WHO, 1988). Hal ini disebabkan karena ASI masih merupakan sumber protein yang penting bagi anak (Ebrahim, 1978). Apabila suatu hal ASI tidak mencukupi atau tidak dapat diproduksi sama sekali, maka anak harus mendapat pengganti ASI (Erlan & Nasatio, 1987).

Pemberian ASI sebaiknya tidak dibatasi dan diberikan kapan saja anak memerlukannya. Pemberian ASI yang tidak terbatas ini berarti memberikan sumber yang cukup bagi anak, tetapi perlu diusahakan juga jarak waktu dua pemberian tidak lebih cepat dari tiga jam. Hal ini penting karena untuk memberikan kesempatan kepada anak untuk mengosongkan lambungnya dan memberi waktu cukup untuk ibu memproduksi kembali air susunya (Pudjiadi, 1983; Husaini dan Anwar, 1986).

- **Penganti Air Susu Ibu (PASI)**

Penganti ASI (PASI) juga dikenal dengan istilah makanan buatan (artificial-feeding), dan biasanya dibuat dari susu sapi yang diolah sedemikian rupa sehingga susunan gizinya hampir sama dengan ASI (Erlan & Nusatio, 1987; Sutardjo dkk, 1987).

Sebernarnya susu buatan ini kurang nilainya bila dibandingkan dengan ASI, karena susu buatan ini dapat menyebabkan anak kekurangan gizi akibat pembuatannya yang terlalu diencerkan (Staf Pengajar IKA FKUI , 1985 ; Ebrahim, 1982).

Umumnya makanan buatan ini diberikan kepada anak dalam bentuk susu botol (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985). Berdasarkan penelitian Enoch dan Abunain pada tahun 1988, mendapatkan bayi yang minum susu botol ternyata menderita mencret tiga kali lebih banyak dari pada bayi yang mendapat ASI, dan hasil ini bermakna secara statistik. Hal tersebut dikarenakan adanya penggunaan botol dalam pemberian susu botol ini kepada anak akan memudahkan timbulnya infeksi (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985; Ebrahim, 1982). Selain itu, pemberian susu botol pada hari-hari pertama setelah lahir dianggap kurang bijaksana walau pun dengan alasan sebagai penambah ASI (Husaini dan Anwar, 1986). Oleh sebab itu, susu buatan yang berfungsi sebagai penambah ASI hendaknya diberikan sesudah pemberian ASI dan sebaiknya diberikan dengan sendok atau gelas gaar tidak mengganggu proses menyusui lebih lanjut (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985).

- **Makanan Setengah Padat**

ASI dalam jumlah cukup merupakan makanan terbaik yang dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selama 3-4 bulan pertama (Samsudin, 1985; Sutardjo dkk, 1988; WHO, 1988), bahkan dapat sampai anak berusia 6 bulan (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985; Husaini dan Anwar, 1986).

Sesudah usia 6 bulan produksi ASI mulai menurun dan sekresi ASI tidak bisa mengikuti lajunya kebutuhan anak untuk pertumbuhan (WHO, 1986). Supaya anak tetap dapat tumbuh dengan sempurna maka mulai usia 6

bulan anak perlu mendapat sumber nutrisi lain selain ASI. Oleh karena itu pada usia ini anak perlu mendapat makanan setengah padat (Husaini dan Anwar, 1986).

Makanan pendamping mutlak diperlukan pada saat sekresi ASI menurun dengan ASI tetap sebagai makanan utama (Ebrahim, 1982). Pemberian ASI ini dimaksudkan untuk menambah dan melengkapi zat-zat gizi yang kurang terdapat pada ASI atau PASI dan juga untuk melatih dan membiasakan anak dengan makanan yang akan dimakan dikemudian hari serta melatih kebiasaan makan yang baik (Ismail, 1986; Sutardjo dkk, 1988).

Pemberian makanan setengah padat hendaknya dilakukan secara perlahan dan bertahap disesuaikan dengan daya tahan dan kebutuhan anak akan energi dan disesuaikan dengan daya terima anak dan juga selera anak (Soedibyo, 1986).

Pemberian makanan setengah padat harus sudah diberikan pada saat anak berusia 6 bulan (Husaini dan Anwar, 1986), berpendapat bahwa sebelum usia 6 bulan anak harus sudah mulai diberikan makanan tambahan selain ASI secara bertahap sehingga pada usia 6 bulan anak sudah terbiasa menerima makanan lain disamping ASI. Hal ini untuk menghindari pemberian makanan secara tiba-tiba pada anak, karena dengan pemberian secara bertahap anak sudah mulai belajar beradaptasi dengan makanan barunya.

Makanan pendamping pertama kali diberikan pada saat anak berusia 4 bulan, hal ini karena fungsi pencernaan anak tampak sudah mulai bekerja dengan baik. Mulai usia ini bayi sudah dapat menerima makanan dalam kekentalan yang terbatas (WHO, 1988), oleh karena itu makanan yang diberikan harus banyak mengandung air (Ebrahim, 1982). Makanan yang banyak mengandung air ini dinamakan makanan lunak yang merupakan makanan dalam bentuk halus atau lumat yang diberikan sebagai peralihan dari ASI/PASI ke makanan padat (Sutardjo, 1988). Dan makanan anak seusia ini sebaiknya hanya mengandung campuran dua jenis makanan atau yang biasanya disebut dengan istilah Basic-mixed serta harus mengandung banyak nilai gizinya (Soedibyo, 1988).

Tidak ada keuntungan memberikan makanan pendamping bentuk padat sebelum anak berusia 4 bulan (Soedibyo, 1988) Pudjiadi (1983) menyebutkan bahwa pemberian makan padat yang terlalu dini dapat memberikan akibat yang kurang baik seperti terjadinya hiperosmolaritas, peningkatan berat badan yang terlalu cepat sehingga dapat terjadi obesitas dan mudah terjadi alergi. Anak yang mulai makan makanan lunak sebelum usia 4 bulan biasanya akan sedikit minum air, sehingga akan tumbuh kurang baik.

Usia 6 bulan anak sudah dapat menerima bahan makanan yang lebih padat karena gigi-giginya sudah mulai tumbuh (Ebrahim, 1978). Makanan dengan konsentrasi lebih padat ini dinamakan lembek yang merupakan peralihan makanan lunak ke makanan keluarga (Sutardjo dkk, 1988). Makanan lembek ini dapat diberikan dengan campuran lebih dari dua jenis bahan atau muliti-mixed (Soedibyo, 1988).

Usia 7 bulan anak sudah mulai belajar mengunyah, sehingga pada usia 9 bulan dapat diberi makanan yang agak kasar sampai berusia setahun (Soedibyo, 1988).

Anak berusia lebih dari setahun sudah dapat diberi makanan keluarga, akan tetapi harus tetap dipertahankan sampai anak berusia dua tahun karena ASI masih tetap merupakan sumber protein yang penting (Ebrahim, 1982), walaupun ASI sudah bukan sebagai makanan utama tetapi makanan pelengkap (Haryoko & Parmono, 1978).

Ebrahim (1982) dan Santoso (1988) menganjurkan agar makanan anak setiap harinya mengandung sumber zat tenaga (misalnya : beras, ikan, telur atau tahu) dan sumber zat pengatur misalnya sayuran dan buah-buahan.

- **Pola Pemberian Makanan Pada Anak**

Pola pemberian makanan menurut Indrawati (1988) tergantung pada kebiasaan makan, keadaan sosial ekonomi, pengertian dan kesadaran tentang gizi, serta persediaan makanan setempat. Pola pemberian makanan ini akan menentukan proses tumbuh kembang yang optimal (Santoso, 1988). Sehingga pemberian makanan yang tidak tepat akan membawa dampak yang besar

(Idrawati, 1988) selain itu pemberian makanan yang terlalu dipaksakan akan mengakibatkan gangguan pada saluran pencernaan (Soedibyo, 1988).

Pola pemberian makanan yang tidak sesuai dengan konsep kesehatan seringkali masih terjadi di masyarakat kita. Lubis dkk (1985) menemukan anak-anak dengan keadaan gizi buruk lebih banyak ditemukan pada anak yang mendapat makanan setengah padat pada usia 0 – 4 bulan dibandingkan dengan usia 4 – 6 bulan sedang Wbisono (1989) mendapatkan pemberian makanan setengah padat baru pada usia lebih dari 6 bulan akan lebih banyak mengakibatkan anak menderita gizi kurang. Keadaan gizi yang tidak baik ini juga lebih banyak didapatkan pada anak yang hanya mendapat susu botol dibandingkan dengan anak yang minum ASI atau kombinasi ASI dengan susu botol (Effendi, 1980). Pemberian makanan secara bertahap baik jumlah, bentuk maupun jenisnya sesuai dengan kemampuan dan daya terima anak akan memberikan pertumbuhan dan perkembangan yang memuaskan (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985).

- **Pola Tradisional**

Pola tradisional makanan secara tradisional adalah pola pemberian makanan menurut pengalaman dan pengetahuan nenek moyang yang diwariskan secara turun temurun. Pola ini telah memberikan dasar dan ciri khas makanan Indonesia, yaitu menempatkan ASI kemudian nasi sebagai makanan utama bagi anak (Ismangoen, 1988). Pola tradisional ini telah menganjurkan pola pemberian ASI selama mungkin seperti yang biasa dijumpai dimasyarakat tradisional di pedesaan (Morley, 1979)

Meskipun dikalangan masyarakat pemberian ASI sudah banyak dipraktekkan samapai anak berusia dua tahun atau lebih, namun masih banyakpula dijumpai adanya pemberin ASI yang terlalu singkat, seperti yang ditemukan oleh Effendy dkk (1980). Mereka mendapatkan adanya 62,96% anak sudah tidak mendapat ASI sebelum 3 bulan. Yekti dkk (1989) juga masih menemukan adanya anak usia 0-24 bulan yang mendapatkan makanan prelakteal (48%) dan 50% diantaranya berupa kelapa muda, sementara

Sutjipto dkk (1979) menemukan 50% anak mendapat susu botol sebelum usia 1 bulan. Pemberitaan makanan prekteal dan susu botol pada usia tersebut tidak dapat dibenarkan karena justru akan menyebabkan terganggunya proses menyusui (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985).

Pada pola tradisional ini, selain memberikan makanan prelakteal seperti madu/air gula, kelapa muda, dan teh, pemberian biskuit Meri atau pun bubur tepung masih banyak ditemukan pada saat anak berumur kurang dari 4 tahun. Hal ini didukung oleh penelitian Effendy di RS Karya di Semarang yang menemukan pemberian makanan padat pada anak berusia 0-1 bulan sebenarnya lebih dari 60%.

Ada hal-hal yang merugikan seperti tersebut di atas mengakibatkan sering terjadi gangguan baik kurang gizi maupun gangguan pencernaan yang akan mengganggu pertumbuhan anak (Santoso, 1988). Lubis dkk (1985) menemukan anak-anak dengan keadaan gizi buruk lebih banyak ditemukan pada anak yang mendapat makanan pendamping pada usia 0-4 bulan dibandingkan dengan usia 4-6 bulan sedang Wibisono (1989) mendapatkan pemberian makanan pendamping pada usia lebih dari 6 bulan akan lebih banyak mengakibatkan anak menderita gizi kurang.

- **Pola Pemberian Makanan Pada Anak Yang Sesuai Dengan Kesehatan**

Pola pemberian yang sesuai dengan kesehatan adalah pola pemberian makanan pada anak menurut konsep kesehatan, yang merupakan penyempurnaan pola tradisional (Ismangoen dkk, 1986; Santoso, 1988).

Makanan anak menurut pola kesehatan dibagi menjadi tiga macam pola makanan berupa ASI atau PASI bila benar-benar diperlukan, makanan pendamping yang merupakan sumber energi, zat pengatur dan air minum yang bersih (Santoso, 1988).

Berdasarkan pemberian makanan dengan memberikan ASI, pola kesehatan dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu pola umum dan pola khusus.

Pola umum ini merupakan pola bagi anak yang mendapat ASI dalam jumlah yang cukup untuk kebutuhan selama dalam proses tumbuh kembang. Pemberian makanan prelakteal harus dihindari dan ASI diberikan sampai anak berupa dua tahun atau lebih

Pemberian makanan pendamping dimulai saat anak berusia 4 bulan, dan usia 2 bulan sudah dapat diberikan sari buah segar. Pemberian makanan pendamping sebagai permulaan harus yang encer dan selanjutnya ditingkatkan konsentrasinyamenjadi lebih padat (Santoso, 1988).

Pola khusus adalah pemberian makanan khusus pada anak yang kurang atau sama sekali tidak mendapat ASI dengan berbagai alasan. Pemberian PASI pada anak yang masih amendap[atkan ASI disesuaikan dengan kebutuhan dan dianjurkan menggunakan sengol atau gelas, sedang untuk anak yang sama sekali tidak mendapatkan ASI dapat diberikan PASI dengan menggunakan botol. Makanan pendamping untuk anak golongan ini juga diberikan secara bertahap sesuai pola umum (Santoso, 1988).

Pola pemberian makanan pada anak sesuai dengan konsep kesehatan menurut dr. Maria Suryabudhi (1994):

1. Umur 0 - 4 bulan : ASI
2. Umur 5 – 6 bulan : ASI, bubur tepung, biskuit, sari buah.
3. Umur 6 – 8 bulan : ASI, bubur tepung, nasi tim dengan sayur dan Daging, biskuit, sari buah
4. Umur 8 – 10 bulan : ASI, nasi tim, biskuit, buah-buahan
5. Umur 10 – 12 bulan : ASI, nasi tim, buah-buahan
6. Umur . 12 bulan : ASI/susu kanak-kanan dan makanan orang dewasa.

- **Pengukuran Pertumbuhan Anak (mengenai status gizi anak)**

Pertumbuhan anak pada umumnya dipantau dan diukur dengan antropometri gizi. Hal ini berdasarkan dari salah satu teori pertumbuhan, yaitu Teori Deprivasi pertumbuhan yang menjelaskan bahwa :

Seseorang dilahirkan dengan membawa suatu potensi pertumbuhan genetik dalam suatu kurva pertumbuhan tetap, yang akan dicapai bila ia sehat dan mendapat cukup energi dan zat-zat gizi (Satoto, 1991)

Penilaian keadaan gizi anak sebagai pencerminan kecukupan gizi, oleh sebab itu merupakan parameter yang penting untuk menilai tumbuh kembang dan status kesehatan anak (Samsudin, 1985) karena status gizi anak pada saat ini merupakan pencerminan kecukupan konsumsi zat-zat gizi masa sebelumnya serta penyakit yang pernah dideritanya, yang berarti bahwa status gizi anak saat ini merupakan hasil akumulasi makanan dan pengaruh penyakit sebelumnya (Enoch dan Abunain, 1988). Sehingga untuk menentukan status gizi anak diperlukan variabel-variabel yang disebut status gizi (Zahari, 1988), dan berdasarkan hasil pengamatan Ravindran (1986) ukuran yang paling sering digunakan dalam pengukuran antropometri untuk menentukan status nutrisi anak adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan ukuran antropometri lingkar kepala, karena dari kedua data tersebut dapat diketahui apakah seorang anak menderita gangguan pertumbuhan atau tidak (Staf Pengajar IKA FKUI, 1985) di mana gangguan pertumbuhan yang dapat dijumpai menurut Geefhuysen (1986) dapat berupa retardasi pertumbuhan konstitusional (misalnya osteopati herediter, khondroodistrofi herediter), retardasi pertumbuhan endokrin (misalnya hipotiroidisme, hormon seks yang abnormal), retardasi pertumbuhan akibat deprivasi mental, retardasi akibat defisiensi yodium, dan retardasi pertumbuhan akibat proses metabolik (misalnya anemis dan insufisiensi renal).

BAB III

KERANGKA KONSEP

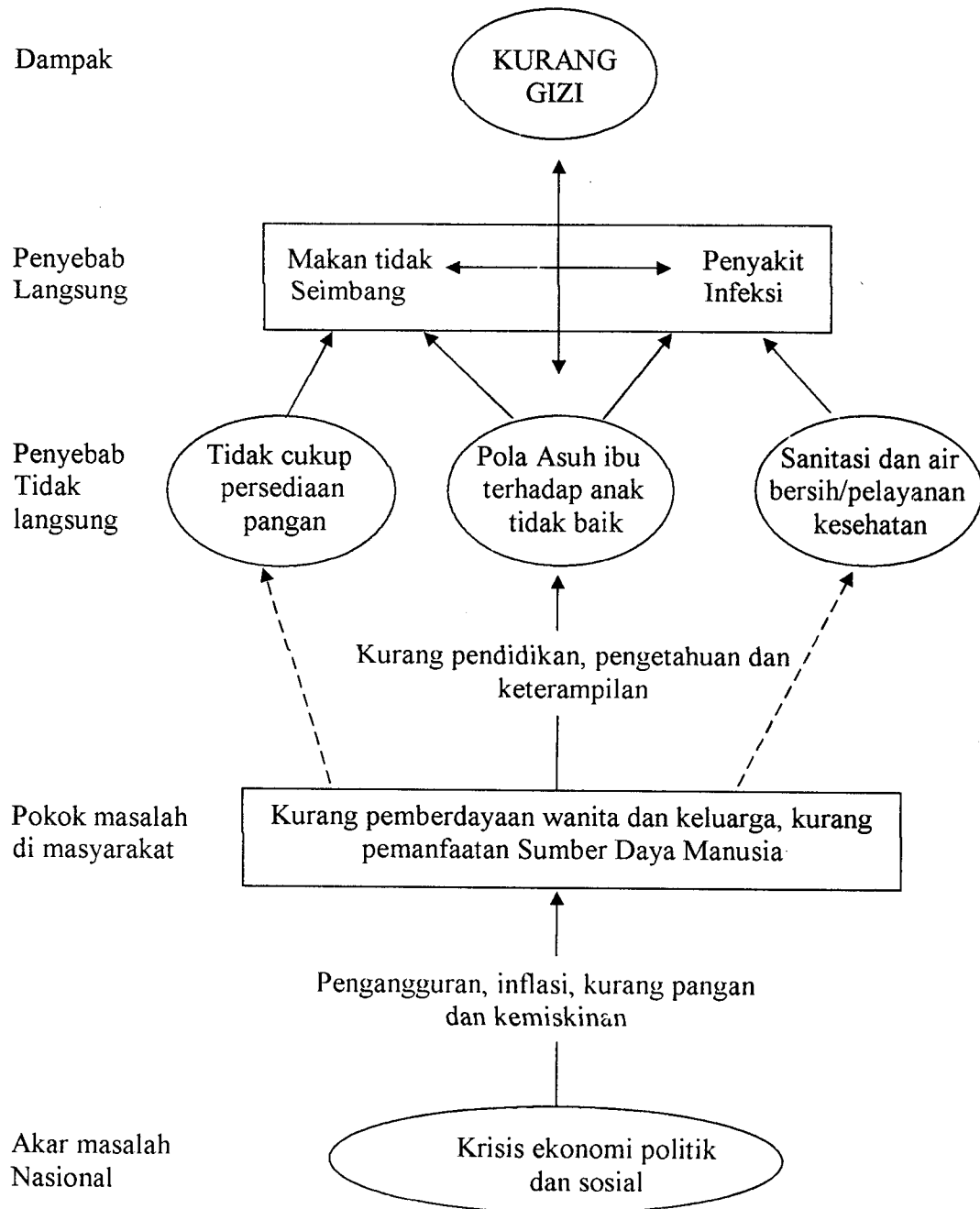
A. Landasan Teori

Faktor-faktor penyebab kurang gizi adalah sebagai berikut :

Faktor penyebab langsung gangguan gizi pada balita adalah makanan tidak seimbang, asupan zat gizi, pola makanan dan penyakit infeksi, muncet, tidak ada nafsu makan, demam, cacingan, malaria. Faktor penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan Ibu terhadap anak, sanitasi dan air bersih, jangkauan atau jarak pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan (Soekirman, 2000). Penyebab lain adalah, kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan yang mengakibatkan ibu tidak perlu meminta pertolongan tenaga kesehatan atau tempat pelayanan kesehatan yang ada dan rendahnya pengetahuan, pendidikan dan keterampilan dasar ibu merupakan faktor penyebab mendasar karena sangat mempengaruhi kemampuannya dalam mengolah sumber daya yang ada untuk mendapatkan kecukupan bahan makanan.

Pokok masalah di masyarakat adalah kurangnya pemberdayaan wanita dan keluarga serta pemanfaatan sumber daya masyarakat, pengangguran, inflasi, kurang pangan, dan kemiskinan. Sedangkan akar masalah nasional adalah krisis ekonomi sosial dan politik mengakibatkan tingkat pendapatan keluarga rendah dan berdampak pada kekuarangan gizi di masyarakat.

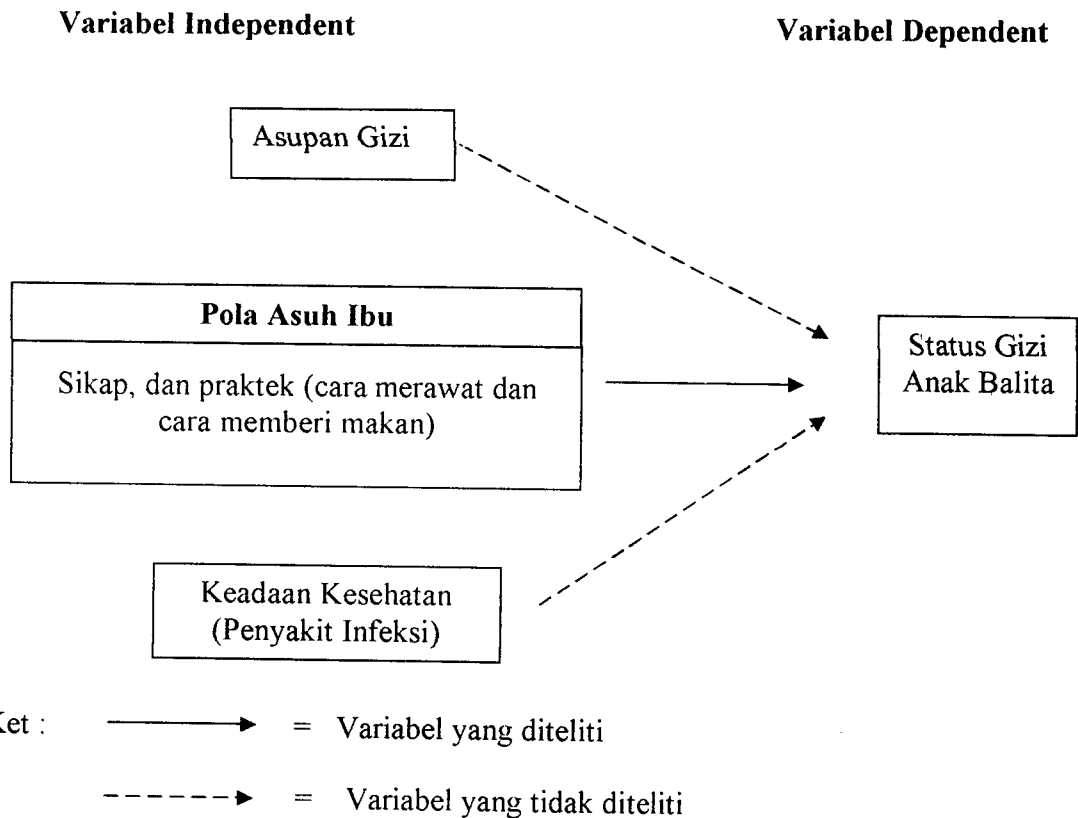
B. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori

*Sumber : Faktor Penyebab Status Gizi Kurang
(WHO, 1997)*

C. Hubungan Antar Variabel



Gambar 3. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

Ada hubungan antara pola asuh (sikap dan praktek) Ibu dengan status gizi anak balita.

E. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif

1. Pola asuh yang dimaksud dalam penelitian ini adalah menyangkut sikap dan praktek ibu dalam mengasuh anak, dilihat dari hal cara merawat dan cara memberi makan pada anak balita.

KO = Baik, apabila sikap dan praktek kategori baik

= Kurang, apabila sikap dan praktek kategori kurang

- a. Sikap adalah reaksi atau tanggapan ibu dalam mengasuh anak yang meliputi cara merawat dan memberi makan pada anak balita, dengan kesehatan baik apabila, skor pernyataan yang diperoleh ≥ 36 . Jelek, jika apabila skor pernyataan < 36 . Untuk mengukur sikap digunakan skala sikap dengan pernyataan favorable sangat setuju = 4, setuju = 3, ragu-ragu = 2, tidak setuju = 1, dan sangat tidak setuju = 0, sedangkan pernyataan unfavorable bila menjawab ya = 1 dan tidak = 0. Skor total menunjukkan sikap ibu, skala pengukuran interval, sikap ibu dinyatakan tidak baik apabila total skor ≤ 36 (berdasarkan perhitungan median).
 - b. Praktek adalah tindakan nyata ibu dalam mengasuh anak berupa cara merawat dan memberikan makan pada anak balita. Untuk mengukur praktek digunakan kuisioner, pernyataan favorabel bila jawaban ya, diberi skor 2 dan tidak diberi skor 1, sedangkan pernyataan *unfavorabel* bila jawaban ya diberi skor 1 dan tidak diberi skor 2. total skor menunjukkan praktek Ibu dalam mengasuh balita, skala pengukuran interval. Praktek Ibu tidak baik apabila total nilai $\leq 32,0$ (berdasarkan perhitungan median)
2. Anak balita adalah anak berusia 0 sampai 36 bulan
 3. Pendidikan adalah tingkat pendidikan formal yang diselesaikan oleh ibu balita, skala pengukuran ordinal (tinggi, rendah). Kategori pengukuran untuk pendidikan rendah adalah tidak sekolah sampai tamat SD, sedangkan kategori pendidikan tinggi adalah sampai tamat SLTP sampai tamat Perguruan Tinggi
 4. Status gizi adalah status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan Nutrien (Moehji, 2000). Status gizi diartikan sebagai keadaan fisik seseorang atau sekelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau sekelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau kombinasi dari ukuran gizi tertentu, penelitian status gizi adalah pengukuran yang berdasarkan indeks BB/U, dengan baku antropometri yang digunakan di Indonesia, yaitu Buku WHO-NCHS (Soekirman, 2000). Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi, protein, dan makanan sehari-hari dalam waktu cukup lama, Nelson,

1994. Status gizi diukur dengan BB/U dikatakan normal angka atau nilainya terletak antara - 2 SD sampai + 2 SD dari nilai median standar WHO.

Skala Pengukuran Ordinal (baik, kurang, buruk)

KO (Kriteria Obyektif)

Status gizi :

Baik : bila hasil ukur lebih besar atau sama dengan angka pada -2 SD dan lebih kecil dari angka pada kolom + 2 SD.

Kurang : - 3 SD dan lebih kecil dari angka pada kolom - 2 SD

Buruk : Bila hasil ukur lebih kecil dari angka pada kolom - 3 SD
(Soekirman, 2000).

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan menggunakan metode *Cross Sectional Study*

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Wamena Kota Kabupaten Jayawijaya

2. Waktu

Penelitian dilaksanakan pada bulan September 2005

C. Populasi dan Sampel

1. Unit observasi pada penelitian ini adalah anak balita usia 1 – 3 tahun masyarakat kelurahan Wamena Kota

2. Populasi

Yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang mempunyai anak balita usia 1 – 3 tahun pada puskesmas Wamena Kota Kabupaten Jayawijaya.

3. Sampel

Yang menjadi sampel adalah anak balita usia 1 – 3 tahun yang terpilih sebagai sampel pada Puskesmas Wamena Kota Kelurahan Wamena Kota Distrik Wamena Kota dengan jumlah sebanyak 50 anak balita.

4. Responden dalam penelitian ini adalah ibu/pengasuh dari anak balita usia 1 -3 tahun yang terpilih sebagai sampel.

D. Jenis Data dan Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan dibantu oleh seorang petugas dari puskesmas yang sudah dilatih terdahulu. Data yang dibutuhkan dan dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner dan kartu menuju sehat (KMS) serta pengukuran berat badan.

Kuisioner digunakan untuk memperoleh data mengenai riwayat pola asuh ibu (sikap, praktek) meliputi cara merawat, memberi makan anak, dan tingkat pendidikan, pengetahuan gizi ibu, pekerjaan orang tua, status sosio ekonomi dan jumlah anggota keluarga.

Kartu menuju sehat (KMS) digunakan untuk menentukan umur pada saat pengambilan data, berdasarkan pada tanggal lahir anak yang tertulis pada KMS tersebut. Hal ini dilakukan untuk memperoleh data umur anak dengan cepat.

Pengukuran berat badan menurut umur BB/U, tinggi badan menurut umur TB/U berdasarkan standar baku WHO-NCHS untuk menentukan status gizi anak.

1. Data Primer

a. Pengetahuan Ibu

Data diperoleh dari hasil wawancara dengan ibu (responden) yang mempunyai anak usia 1 – 3 tahun, wawancara dilakukan dengan daftar pertanyaan untuk mendapatkan informasi pengetahuan ibu tentang pola asuh ibu dengan status gizi anak.

b. Sikap Ibu

Sikap ibu adalah reaksi tanggapan ibu dalam mengasuh anak yang meliputi cara merawat dan memberi makan pada anak balita usia 1 – 3 tahun. Baik apabila skor pernyataan yang diperoleh lebih besar ≥ 36 , jelek apabila skor pernyataan < 36 .

c. Praktek Ibu

Dalam praktek ibu adalah tindakan ibu dalam mengasuh anak berupa cara merawat dan memberi makan pada anak balita. Baik apabila skor jawab responden $\geq 60\%$ dari skor tertinggi (≥ 20), kurang apabila skor jawab responden $< 60\%$ ($< 20\%$)

d. Pola Asuh Ibu

Pola asuh ibu adalah sikap dan paraktek ibu dalam mengasuh anak balita dan merawat serta memberi makan pada anak balita. Baik apabila skor ≥ 36 , jelek skor , 36.

e. Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan ibu adalah pendidikan formal yang diselesaikan oleh ibu balita, skala pengukuran ordinal (Tinggi Rendah), mendapatkan informasi lewat wawancara mendalam melalui Kuisisioner.

f. Status gizi anak balita

Status gizi adalah keadaan gizi anak balita dari hasil penimbangan BB/U, dimana status baik bila hasil BB /U menurut baku media WHO – NCHS adalah $\geq - 2$ SD

2. *Data sekunder*

Data sekunder di peroleh dengan pengambilan data-data awal yang sudah ada di puskesmas Wamena kota, berupa data jumlah anak balita dan data lain berupa keadaan geografis, sosial ekonomi, budaya serta sarana pelayanan kesehatan puskesmas Wamena kota kabupaten Jayawijaya

3. *Cara pengumpulan data.*

Dalam penelitian tadi teknik pengumpulan data melakukan dengan pendekatan dengan wawancara dan observasi kepada responden dengan menggunakan kuisisioner, wawancara meliputi karakteristik Ibu, karakteristik anak balita, sedangkan observasi meliputi melihat langsung sikap ibu, tindakan ibu, praktek nyata ibu, dalam pengasuhan dan pemberian makanan kepada ank balita.

E. Bahan dan Alat.

Alat ukur yang digunakan dalam pelaksanaan penelitian adalah :

- a. Timbangan berat badan berupa timbangan duduk atau timbangan bayi dengan tingkat ketelitiannya, jarum posisi Nol (0).

- b. Timbangan dacin dengan tingkat ketelitian 0,5.
- c. Tabel Berat Badan dibandingkan umur (BB/U), dan membedakan jenis kelamin baku standar WHO-NCHS.
- d. Format kuisioner untuk dapatkan informasi dari subyek yang diteliti dengan wawaancara terinstruktur.

F. Pengolahan dan Penyajian Data.

1. Pengolahan data.

Pengolahan dan penyajian data dilaksanakan secara manual dengan menggunakan kalkulator atau komputer.

2. Penyajian data.

Hasil penelitian setelah diolah selanjutnyadisajikan dalam bentuk tabel distribusi frekwensi, grafik, narasi/penjelasan.

3. Analisa data.

Analisa data untuk menjawab informasi di uji dengan statistik, yaitu untuk melihat hubungan antara dua variabel Defenden dan Indefenden.

Adapun rumus chi-square yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$X^2 = \sum \frac{(E - O)^2}{E}$$

Keterangan :

- X^2 = Harga chi-squaress
- O = Nilai observasi
- E = Nilai yang diharapkan
- Σ = Sigma atau penjumlahan

Dengan penelitian :

- 1. Ho ditolak bila X^2 hitung $> X^2$ tabel pada tingkat kemaknaan 0,05 berarti terdapat hubungan yang bermakna antara fariabel tersebut.
- 2. Ha diterima bila X^2 hitung $< X$ tabel pada tingkat kemaknaan 0,05 berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel tersebut.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Untuk Daerah Penelitian

a. Data Geografi

Luas wilayah Puskesmas Wamena kota 910 Ha

b. Batas Wilayah

- Sebelah Utara berbatasan dengan Puskesmas Kurulu
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Puskesmas Habema
- Sebelah Barat berbatasan dengan Puskesmas Honi-honi
- Sebelah Timur berbatasan dengan Puskesmas Kurima

Puskesmas Wamena kota terdiri dari :

- Kelurahan : 1
- Desa : 13
- Pustu : 5
- BP : 2
- Posyandu : 18

c. Data Demografi

- Jumlah penduduk = 36.390 Jiwa
- Jumlah anak 0 – 1 tahun = 722 jiwa
- Jumlah anak 1 – 5 tahun = 651 jiwa
- Jumlah responden menurut umur 20 – 35 tahun = 39
- Jumlah responden menurut pendidikan rendah adalah tidak selesai sampai SMP = 20 orang
- Jumlah responden menurut pendidikan tinggi adalah selesai SLTA sampai Perguruan Tinggi = 30 orang

- Jumlah responden menurut pekerjaan
 - Pegawai Negeri Sipil = 14 orang
 - Swasta = 15 orang
 - Petani = 21 orang

Hasil penelitian terdapat 50 responden pada ibu yang mempunyai anak batita umur 1 – 3 tahun di Puskesmas Wamena Kota di dapat karakteristik responden sebagai berikut :

A. Hasil Penelitian

Tabel 5.1
Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Sikap Dalam Mengasuh Anak
Umur 1 – 3 tahun di Puskesmas Wamena Kota tahun 2005

No.	Sikap	Jumlah	%
1.	Baik	36	72%
2.	Kurang	14	28%
Jumlah		50	100%

Sumber : Data Primer Yang Diolah

Tabel 5.2
Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Praktek/Tindakan Dalam Mengasuh
Anak Umur 1 – 3 tahun di Puskesmas Wamena Kota tahun 2005

No.	Praktek	Jumlah	%
1.	Baik	38	76%
2.	Kurang	12	24%
	Jumlah	50	100%

Sumber : Data Primer Yang Diolah

Tabel 5.3
Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pola Asuh Anak Umur 1 – 3 tahun
di Puskesmas Wamena Kota tahun 2005

No.	Pola Asuh	Jumlah	%
1.	Baik	31	62%
2.	Kurang	19	38%
Jumlah		50	100%

Sumber : Data Primer Yang Diolah

Tabel 5.4
Distribusi Jumlah Anak Umur 1 – 3 tahun (sampel) Berdasarkan Status Gizi
(BB/U – WHO NCHS) di Puskesmas Wamena Kota tahun 2005

No.	Status Gizi	Jumlah	%
1.	Baik	32	64%
2.	Kurang	18	26%
Jumlah		50	100%

Sumber : Data Primer Yang Diolah

Tabel 5.5
Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pola Asuh dan Status Gizi Anak
Umur 1 – 3 tahun di Puskesmas Wamena Kota tahun 2005

No.	Pola Asuh	Status Gizi		Jumlah
		Kurang	Baik	
1.	Kurang	6	13	19
2.	Baik	12	19	31
	Jumlah	18	32	50

0	E	0 -E	$\frac{(0 - E)^2}{E}$
6	6,8	-0,8	0,094
13	12,1	0,9	0,067
12	11,1	0,9	0,073
19	19,8	-0,8	0,033
			$X^2 = \frac{\sum(0 - E)^2}{E}$

Pada $\alpha 0,05$ $X^2_t = 3,841 \longrightarrow H_0 = 0,267$ berarti tidak ada hubungan ($P > 0,05$), sedangkan $\alpha 0,20$ H_0 ditolak berarti hubungan bermakna atau Pola asuh dengan status gizi ($P < 0,20$).

Tabel 5.6
Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pola Asuh dengan Status Gizi Anak
Umur 1 – 3 tahun di Puskesmas Wamena Kota tahun 2005

No.	Pola Asuh	Status Gizi				Jumlah	
		Kurang		Baik		N	%
		N	%	n	%		
1.	Kurang	6	12,0	13	26,0	19	38,0
2.	Baik	12	24,0	19	38,0	31	62,0
Jumlah		18	36,0	32	64,0	50	100,0

Sumber : Data Primer Yang Diolah

Catatan : % Total

Hubungan Pola Asuh Ibu Dengan Status Gizi Anak Balita

Analisis penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui hubungan antara pola asuh yang meliputi sikap dan praktek ibu dalam mengasuh anak balita dengan status gizi anak balita. Kriteria penilaian yang dipakai berdasarkan Nilai Statistik Chi-Square, kriteria penilaian yang lain adalah dengan p untuk melihat signifikasi atau kemaknaan hubungan, apabila nilai signifikasi ($P < 0,05$ maka dianggap ada hubungan yang bermakna, sebaliknya jika nilai signifikasi ($P > 0,05$) maka tidak ada hubungan yang bermakna.

PEMBAHASAN

Sesuai dengan tujuan penelitian hipotesisi didasari oleh landasan teori dalam penelitian ini ternyata hasil penelitian menunjukkan bahwa pola asuh ibu tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik terhadap status gizi anak balita misalnya konsumsi makanan yang kurang dan penyakit infeksi parasit berdasarkan distribusi responden menurut umur, pendidikan walaupun menunjukkan dalam tabel ada angka namun tidak ada hubungan status gizi yang bermakna, jadi dalam pola asuh baik, status gizi baik akan bermakna.

Akar masalah gizi adalah krisis ekonomi secara berlangsung dan penyebab langsung adalah asupan makanan Intake makanan kurang mengandung zat-zat gizi, dan penyakit infeksi parasit yang membuat status gizi kurang.

Walaupun hubungan pola asuh ibu dengan status gizi secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna akan tetapi masih angka masih menunjukkan berarti bukan tidak ada hubungan tetapi ada hubungan namun tingkat kemiskinan sangat tinggi

B. Pembahasan

Sesuai dengan tujuan penelitian ini dan hipotesis yang didasari oleh landasan teori dalam penelitian ini, ternyata hasil penelitian menunjukkan bahwa pola asuh ibu tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik terhadap status gizi anak balita. Sedangkan pendidikan ibu mempunyai hubungan yang bermakna terhadap status gizi anak balita. Pembahasan dalam penelitian ini akan penulis uraikan terutama pada masalah yang sesuai dengan tujuan penelitian.

1. Hubungan pola asuh ibu dengan status gizi anak balita

Berdasarkan tinjauan teori pola asuh ibu meliputi sikap dan praktek ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberi makan, merawat, kebersihan, serta memberi kasih sayang (Soekirman, 2000). Dengan mempertimbangkan keterbatasan yang ada maka dalam penelitian ini pola asuh ibu yang dapat diteliti adalah meliputi sikap dan praktek ibu dalam mengasuh anak, yang dilihat dari sikap dari praktek cara merawat dan memberi, makan pada anak balita.

Sikap ibu dalam Mengasuh anak berdasarhan hasil perhitungan (tabel 3) hubungan antara sikap ibu dalam mengasuh anak dengan status gizi anak balita ternyata tidak ada hubungan yang bermakna ($P>0,05$).

Sesuai pendapat Notoatmojo (1997), bahwa manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari tindakan yang tertutup, sikap merupakan kesiapan atau untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas tetapi merupakan predisposisi tindakan. Pendapat yang sama dikemukakan oleh Azwar (2002), sikap dikatakan sebagai suatu respon evaluatif. Respon evaluatif diartikan bahwa bentuk reaksi yang dinyatakan sebagai sikap itu timbul didasari oleh proses evaluasi dalam diri individu yang memberi kesimpulan

terhadap stimulus dalam bentuk nilai-nilai buruk. Sebagai potensi reaksi terhadap objek sikap. Dengan mengetahui sikap tidak berarti dapat memprediksi kenyataan sikap seseorang, untuk mendukung kebenaran prediksi diperlukan suatu tindakan.

Dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan sikap seseorang terhadap kondisi tertentu karena wujud sikap tidak dapat langsung dinilai, hal ini disebabkan adanya berbagai faktor yang mempengaruhi sikap seseorang. Dalam penelitian ini dapat diartikan bahwa antara sikap ibu yang baik maupun sikap ibu yang tidak baik dalam mengasuh anak, tidak ada hubungannya dengan status gizi anak balita.

Hal ini juga didukung dengan data yang diperoleh melalui wawancara mendalam bahwa dalam hal pengasuhan anak, ibu berpendapat sangat setuju jika anak diasuh oleh ibunya sendiri, dirawat dan dipenuhi kebutuhannya. Sikap ibu dalam mengasuh anak balita ini juga dipengaruhi oleh faktor pendidikan yang sebagian besar berpendidikan tinggi dan dalam penelitian ini setelah dilakukan analisis ternyata pendidikan ibu mempunyai hubungan yang bermakna terhadap status gizi anak balita.

Praktek ibu dalam mengasuh anak sesuai hasil analisis (tabel 3), dapat dinyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara praktek ibu yang baik dan praktek ibu yang tidak baik dalam mengasuh anak dengan status gizi anak balita. Dapat diartikan bahwa praktek tidak berpengaruh terhadap status gizi anak balita.

Pola asuh ibu yang dilihat dari komponen sikap dan praktek dalam mengasuh balita ternyata diperoleh hasil (tabel 3), bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pola asuh ibu dengan status gizi anak balita ($p < 0,05$). Dapat diartikan bahwa pola asuh ibu yang baik dan pola asuh ibu yang tidak baik berpengaruh terhadap status gizi balita.

2. Hubungan Pendidikan Ibu Dengan Status Gizi anak Balita

Pendidikan ibu balita sebagai variabel pengganggu pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa rendahnya tingkat pendidikan ibu secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan status gizi anak balita. Menurut Winkel (1996), pendidikan formal merupakan pendidikan terencana, terorganisir dan dilaksanakan di dalam kelas. Melalui proses ini seseorang belajar memperoleh pengetahuan pemahaman, keterampilan dan sikap serta nilai-nilai yang menghantarkan orang yang belajar tersebut kearah kedewasaan dalam bertindak.

Sesuai dengan pendapat Winkel tersebut dapat diartikan bahwa pendidikan formal merupakan sarana yang dapat mengubah pola pikir, sikap dan tindakan seseorang kearah kualitas pribadi yang lebih baik, karena dengan tingkat pendidikan formal yang semakin tinggi akan membantu seseorang unruk memperoleh pengetahuan dan pemahaman serta nilai-nilai yang membantu seseorang untuk berfikir rasional.

Seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima dan mampu memahami pesan atau informasi dari pada yang berpendidikan rendah. Pendidikan ibu yang semakin tinggi akan membantunya dalam mempertimbangkan keputusan dan menentukan sikap serta tindakannya dalam mengasuh anak yang baik. Dalam penelitian ini didapatkan tingkat pendidikan ibu yang tinggi dan ada hubungannya dengan status gizi baik pada anak balita dan sebaliknya tingkat pendidikan ibu yang rendah ada hubungannya dengan status gizi kurang dan buruk pada anak balita.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan analisa hasil penelitian, maka kesimpulan yang diperoleh adalah secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pola asuh (sikap dan praktek) ibu dengan status gizi anak balita

B. Saran

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang praktek ibu dalam pola pengasuhan anak terhadap status gizi anak balita dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
2. Untuk petugas kesehatan perlu terus melakukan kegiatan penyuluhan yang terkait dengan pola asuh dan status gizi anak balita.

DATA STATUS GIZI BALITA

No.	Sampel	Jenis Kelamin	Tanggal Lahir	BB	Status Gizi			Tanggal Penimbangan	Umum (Bulan)
					Jelek	Kurang	Baik		
1	3	3	4	5	6	7	8	9	10
1	01	L	2 Oktober 2003	15			V	20 September 2005	33
2	02	P	3 Agustus 2003	12		V		20 September 2005	25
3	03	L	12 April 2004	12			V	20 September 2005	17
4	04	L	6 Maret 2003	10.5				20 September 2005	20
5	05	P	20 Pebrusari 2004	12.3			V	20 September 2005	19
6	06	P	2 Nopember 2004	12.5			V	20 September 2005	20
7	07	L	17 Maret 2004	10.5		V		20 September 2005	18
8	08	L	8 Desember 2003	14			V	13 September 2005	31
9	09	P	16 September 2003	9	V			13 September 2005	24
10	10	L	5 Mei 2004	11		V		13 September 2005	16
11	11	P	8 Juni 2003	13.5		V		13 September 2005	26
12	12	L	13 Oktober 2004	12.5		V		13 September 2005	21
13	13	L	20 Oktober 2004	11			V	13 September 2005	21
14	14	P	23 Mei 2004	10			V	13 September 2005	16
15	15	L	28 Juni 2004	11			V	13 September 2005	15
16	16	P	05 September 2005	10			V	13 September 2005	12
17	17	L	11 Januari 1900	11			V	13 September 2005	14
18	18	L	9 Pebruari 2004	11.5			V	13 September 2005	19
19	19	P	25 Nopember 2003	12		V		13 September 2005	32
20	20	P	18 Pebruari 2004	12			V	13 September 2005	19
21	21	L	4 Oktober 2003	10.1	V			20 September 2005	33
22	22	L	6 Juni 2004	10			V	20 September 2005	15
23	23	L	14 Maret 2004	10.5		V		20 September 2005	18
24	24	P	19 Maret 2003	14			V	20 September 2005	30
25	25	P	26 Oktober 2003	14			V	20 September 2005	33
26	26	P	23 April 2003	12		V		13 September 2005	20
27	27	L	07 September 2004	11.5			V	13 September 2005	12
28	28	L	3 Mei 2004	12			V	20 September 2005	16
29	29	L	12 Januari 2004	11		V		20 September 2005	20
30	30	L	15 Juli 2004	11			V	13 September 2005	14
31	31	P	10 Maret 2004	10		V		13 September 2005	18
32	32	L	24 Agustus 2004	12			V	13 September 2005	13

1	3	3	4	5	6	7	8	9	10
33	33	L	1 Desember 2003	14			V	13 September 2005	31
34	34	L	10 Juli 2003	12		V		20 September 2005	26
35	35	L	16 Februari 2003	15			V	20 September 2005	31
36	36	L	5 Mei 2003	12.5		V		20 September 2005	28
37	37	P	2 Nopember 2004	12			V	13 September 2005	20
38	38	L	19 Maret 2004	12			V	20 September 2005	18
39	39	L	16 Mei	11			V	20 September 2005	16
40	40	L	3 Oktober 2004	12			V	20 September 2005	21
41	41	P	20 Nopember 2004	13			V	20 September 2005	20
42	42	L	05 September 2004	11			V	20 September 2005	12
43	43	P	1 Agustus 2004	11			V	20 September 2005	13
44	44	P	03 September 2003	11		V		20 September 2005	24
45	45	L	20 Mei 2004	11.5		V		20 September 2005	16
46	46	P	13 Maret 2004	10.8		V		20 September 2005	18
47	47	L	20 Maret 2004	11			V	20 September 2005	18
48	48	L	16 Juli 2003	13			V	20 September 2005	26
49	49	L	7 Juli 2003	12		V		20 September 2005	31
50	50	L	6 Januari 2004	12.5			V	20 September 2005	20
Jumlah					2	16	32		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
30	30		V	V		V	V			V			V	V	V		V	V
31	31	V		V		V				V	V			V				
32	32	V	V							V		V		V				
33	33				V	V				V	V			V				
34	34	V				V				V				V				
35	35	V		V		V				V				V				
36	36	V		V		V				V				V				
37	37	V		V		V				V				V				
38	38	V		V		V				V				V				
39	39		V				V			V				V				
40	40		V				V			V				V				
41	41						V			V				V				
42	42	V					V			V				V				
43	43	V					V			V				V				
44	44	V					V			V				V				
45	45						V			V				V				
46	46	V					V			V				V				
47	47						V			V				V				
48	48	V					V			V				V				
49	49	V					V			V				V				
50	50	V					V			V				V				
Jumlah		32	18	33	17	31	19			30	20	14	36	39	11	2	16	32

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, *Petunjuk Teknik Pemantau Status Gizi Anak Balita*, Dirjen Binkesmas, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta, 1997
- Pedoman Tata Laksana Kurang Energi Protein pada Anak di Puskesmas dan Rumah Tangga Depkes RI, 1999
- Notoadmojo Soekijo, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, 1993
- Aritonang Irianton, 2000, *Krisis Ekonomi : Akar Masalah Gizi*, Cet. Penerbit Media Pressindo, Ygyakarta.
- Indrawati R. 1988, *Pola Pemberian Makan Pada Anak Serta Pengaruhnya Pembangunan Manusia Berkualitas* dalam Soedibyo (ed) Continuing Education Ilmu Kesehatan Anak 71-83 Laboratorium IKA, Unair, Surabaya.
- Jahasi,A-B.1988 *Antropometri Sebagai Indikator Status Gisi Indonesia* 13 (2): 23-30.
- Maria Suryabudhi, 1994, *Cara Merawat Bayi dan Anak*, CV. Pioner Jaya, Bandung.
- Wibosono, B. H. 1989, *Hubungan Pola Menyusui Keadaan dan Sikap Ibu Serta Pemeberian Makanan Tambahan Terhadap Status Gizi Balita*.
- Steven, dkk 2000, *Keterkaitan Antara Krisis Ekonomi, Kemiskinan, Ketahanan Pangan dan Gizi, Dalam Prosiding WidyaKarya Nasional Pangan dan Gizi VII*, Cet. Ke I Jakarta
- Santoso N. B. 1988, *Pola Pemberian Makan minum pada Bayi dan Anak*
- Satoto, 1991, *Tumbuh Kembang Balita dan Faktor-faktor Yang Mempengaruhinya, Simposium Tumbuh Kembang Balita "Anak"*
- Soekirman, 1999/2000, *Ilmu Gizi dan Aplikasinya Untuk Keluarga dan Masyarakat*, Dirjen Pendidikan Tinggi DEPDIKNAS, Jakarta.
- Markum, 1992, *Ilmu Kesehatan Anak EGC*, Jakarta
- LIPI, 2000, *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII*, Cet. I LIPI, Jakarta.

**SIKAP DAN PRAKTEK CARA MERAWAT DAN CARA MEMBERIKAN
MAKANAN PADA ANAK BALITA
(UMUR 12 – 36 BULAN)**

PETUNJUK

Cara mengisi ini dengan memberikan tanda (V) pada pernyataan yang tersedia, sesuai sikap ibu dengan keterangan sebagai berikut :

SS = Sangat Setuju R = Ragu-ragu STS = Sangat Tidak Setuju
S = Setuju TS = Tidak Setuju

SIKAP CARA MERAWAT DAN MEMBERIKAN MAKAN ANAK BALITA

NO	ITEM	PERNYATAAN				
		SS	S	R	TS	STS
1	Sebaiknya anak balita diasuh oleh ibunya					
2	Sebagai ibu tidak perlu secara rutin merawat balitanya					
3	Ibu selalu menemani anak jika anak hendak tidur					
4	Menidurkan anak tidak harus dikamar tidur					
5	Dalam meninabobokan anak, ibu harus mengupayakan dengan digendong atau bercerita (mendongeng)					
6	Pada saat mandi, ibu yang harus memandikan anak balitanya					
7	Sebagai ibu, saya hanya perlu menyiapkan pakaian bila anak selesai mandi					
8	Pada saat anak pipis, ibu harus membantu (membersihkan, menuntun tempat pipis)					
9	Ibu selalu "nyawiki" se usai anak pipis					
10	Sebaiknya anak dibiarkan kemana ia hendak pipis.					
11	Mengikuti kegiatan Posyandu setiap bulan bermanfaat bagi kesehatan balita					
12	Posyandu di tiap RW membantu ibu dalam meningkatkan kesehatan balita.					
13	Sebagai ibu selalu menyiapkan makanan untuk balita					
14	Ibu perlu menyuapi (ndulangi) pada saat anak makan					
15	Pada waktu anak makan harus dimeja makan					
16	Saya selalu mengupayakan agar anak menghabiskan makanannya.					
17	Kadang-kadang ibu tidak ada waktu untuk memberikan makan pada anak.					
18	Seorang ibu harus mengetahui kebutuhan makanan anak sesuai perkembangannya					

**PRAKTEK CARA MERAWAT DAN MEMBERIKAN
MAKAN PADA ANAK BALITA**

NO.	ITEM PERTANYAAN	JAWABAN		SKOR
		YA	TIDAK	
19	Apakah anak balita diasuh oleh ibu sendiri?			
20	Apakah ibu menemani jika anak balita hendak tidur?			
21	Apakah ibu memandikan sendiri anak balitanya?			
22	Apakah ibu menyiapkan pakaian balita sesudah mandi?			
23	Bila anak selesai pipis apakah ibu membantu membersihkannya?			
24	Apakah anak balita ibu sudah diimunisasi lengkap? (BCG, 1x, POLIO 3x, CAMPAK 1x)			
25	Jika anak balita sakit, apakah ibu mengatasi sendiri?			
26	Jika anak balita sakit, apakah ibu memeriksakan ke petugas kesehatan? (PUSKESMAS/DOKTER/BIDAN/PERAWAT)			
27	Apakah ibu menyiapkan sendiri kebutuhan makan anak balita?			
28	Selain makanan pokok, apakah balita diberi makanan lain?			
29	Apakah setiap hari anak balita diberi buah?			
30	Apakah setiap hari anak balita diberi minum susu?			
31	Apakah pemberian makanan dihentikan sewaktu anak bilang kenyang, sekalipun belum habis?			
32	Pada saat anak diberi makan, apakah anak dipaksa menghabiskan makanannya?			
33	Apakah jumlah makanan anak tetap setiap harinya?			
34	Apakah makanan anak berbeda antara pagi sampai sore?			

Tabel 4.2.1. Rujukan BB/U untuk Anak Perempuan Usia 0-36 Bulan

UMUR (bulan)	Nilai BB (kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	MEDIAN	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	1.8	2.2	2.7	3.2	3.6	4.0	4.3
1	2.2	2.8	3.4	4.0	4.5	5.1	5.6
2	2.7	3.3	4.0	4.7	5.4	6.1	6.7
3	3.2	3.9	4.7	5.4	6.2	7.0	7.7
4	3.7	4.5	5.3	6.0	6.9	7.7	8.6
5	4.1	5.0	5.8	6.7	7.5	8.4	9.3
6	4.6	5.5	6.3	7.2	8.1	9.0	10.0
7	5.0	5.9	6.8	7.7	8.7	9.6	10.5
8	5.4	6.3	7.2	8.2	9.1	10.1	11.1
9	5.7	6.6	7.6	8.6	9.6	10.5	11.5
10	5.9	6.9	7.9	8.9	9.9	10.9	11.9
11	6.2	7.2	8.2	9.2	10.3	11.3	12.3
12	6.4	7.4	8.5	9.5	10.6	11.6	12.7
13	6.6	7.6	8.7	9.8	10.8	11.9	13.0
14	6.7	7.8	8.9	10.0	11.1	12.2	13.2
15	6.9	8.0	9.1	10.2	11.3	12.4	13.5
16	7.0	8.2	9.3	10.4	11.5	12.6	13.7
17	7.2	8.3	9.5	10.6	11.8	12.9	14.0
18	7.3	8.5	9.7	10.8	12.0	13.1	14.2
19	7.5	8.6	9.8	11.0	12.2	13.3	14.5
20	7.6	8.8	10.0	11.2	12.4	13.5	14.7
21	7.7	9.0	10.2	11.4	12.6	13.8	15.0
22	7.9	9.1	10.3	11.5	12.8	14.0	15.2
23	8.1	9.3	10.5	11.7	13.0	14.2	15.5
24	8.3	9.4	10.6	11.8	13.2	14.5	16.0
25	8.4	9.6	10.8	12.0	13.5	14.9	16.4
26	8.5	9.8	11.0	12.2	13.7	15.2	16.8
27	8.7	9.9	11.2	12.4	14.0	15.6	17.1
28	8.8	10.1	11.3	12.6	14.2	15.9	17.5
29	8.9	10.2	11.5	12.8	14.5	16.1	17.8
30	9.0	10.3	11.7	13.0	14.7	16.4	18.1
31	9.1	10.5	11.9	13.2	15.0	16.7	18.5
32	9.2	10.6	12.0	13.4	15.2	17.0	18.8
33	9.4	10.8	12.2	13.6	15.4	17.2	19.1
34	9.5	10.9	12.3	13.8	15.6	17.5	19.4
35	9.6	11.0	12.5	13.9	15.8	17.8	19.7
36	9.7	11.2	12.6	14.1	16.1	18.0	20.0

Catatan : Umur 0-23 bulan ditimbang dengan posisi tidur, umur 24 ke atas ditimbang dengan posisi berdiri

Sumber : WHO (1983). Measuring Change in Nutrition Status. WHO, Geneva.

Tabel 4.2.2. Rujukan BB/U untuk Anak Laki-laki Usia 0-36 Bulan

UMUR (bulan)	Nilai BB (kg)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	MEDIAN	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	2,0	2,4	2,9	3,3	3,8	4,3	4,8
1	2,2	2,9	3,6	4,3	5,0	5,6	6,3
2	2,6	3,5	4,3	5,2	6,0	6,8	7,6
3	3,1	4,1	5,0	6,0	6,9	7,7	8,6
4	3,7	4,7	5,7	6,7	7,6	8,5	9,4
5	4,3	5,3	6,3	7,3	8,2	9,2	10,1
6	4,9	5,9	6,9	7,8	8,8	9,8	10,8
7	5,4	6,4	7,4	8,3	9,3	10,3	11,3
8	5,9	6,9	7,8	8,8	9,8	10,8	11,8
9	6,3	7,2	8,2	9,2	10,2	11,3	12,3
10	6,6	7,6	8,6	9,5	10,6	11,7	12,7
11	6,9	7,9	8,9	9,9	10,9	12,0	13,1
12	7,1	8,1	9,1	10,2	11,3	12,4	13,5
13	7,3	8,3	9,4	10,4	11,5	12,7	13,8
14	7,5	8,5	9,6	10,7	11,8	13,0	14,1
15	7,6	8,7	9,8	10,9	12,0	13,2	14,4
16	7,7	8,8	10,0	11,1	12,3	13,5	14,7
17	7,8	9,0	10,1	11,3	12,5	13,7	14,9
18	7,9	9,1	10,3	11,5	12,7	13,9	15,2
19	8,0	9,2	10,5	11,7	12,9	14,1	15,4
20	8,1	9,4	10,6	11,8	13,1	14,4	15,6
21	8,3	9,5	10,8	12,0	13,3	14,6	15,8
22	8,4	9,7	10,9	12,2	13,5	14,8	16,0
23	8,5	9,8	11,1	12,4	13,7	15,0	16,2
24	9,0	10,1	11,2	12,3	14,0	15,7	17,4
25	9,0	10,2	11,4	12,5	14,2	15,9	17,6
26	9,1	10,3	11,5	12,7	14,4	16,1	17,8
27	9,1	10,4	11,7	12,9	14,6	16,3	18,0
28	9,2	10,5	11,8	13,1	14,8	16,6	18,3
29	9,3	10,6	12,0	13,3	15,1	16,8	18,5
30	9,4	10,7	12,1	13,5	15,3	17,0	18,7
31	9,4	10,9	12,3	13,7	15,5	17,2	18,9
32	9,5	11,0	12,4	13,9	15,7	17,4	19,2
33	9,6	11,1	12,6	14,1	15,9	17,6	19,4
34	9,7	11,2	12,7	14,3	16,0	17,8	19,6
35	9,7	11,3	12,9	14,4	16,2	18,0	19,8
36	9,8	11,4	13,0	14,6	16,4	18,3	20,1

Catatan : Umur 0-23 bulan ditimbang dengan posisi tidur, umur 24 ke atas ditimbang dengan posisi berdiri

Sumber : WHO (1983). Measuring Change in Nutrition Status. WHO, Geneva.