

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR POLA ASUH ORANG TUA PADA BALITA
BAWAH GARIS MERAH (BGM) DI WILAYAH KERJA PUBLIC
HEALTH CENTER BUNGAH KABUPATEN GRESIK**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh:

FATHIYA LUTHFIL YUMNI

010511010B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2009**

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR POLA ASUH ORANG TUA PADA
BALITA BAWAH GARIS MERAH (BGM) DI WILAYAH
KERJA PUBLIC HEALTH CENTER BUNGAH KABUPATEN
GRESIK**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL



Oleh:

FATHIYA LUTHFIL YUMNI

010511010B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2009**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Surabaya, Agustus 2009

Yang Menyatakan

FATHIYA LUTHFIL YUMNI
NIM : 010511010B

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 21 Agustus 2009

Oleh

Pembimbing I

Esty Yunitasari, S.Kp. M Kes

NIP : 132 306 153

Pembimbing II

Elida Ulfiana, S.Kep., Ns

NIP: . 139 060 786

Mengetahui :
Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan
Univesitas Airlangga Surabaya

Dr. Nursalam. M. Nurs (Hons)

NIP : 140238226

MOTTO

*“MAKA SESUNGGUHNYA BERSAMA KESULITAN ADA
KEMUDAHAN. SESUNGGUHNYA BERSAMA KESULITAN
ADA KEMUDAHAN”*

Surat Al-Insyiroh

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“ANALISIS FAKTOR POLA ASUH ORANG TUA PADA BALITA BAWAH GARIS MERAH (BGM) DI WILAYAH KERJA PUBLIC HEALTH CENTER BUNGAH KABUPATEN GRESIK”**. Skripsi ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmatNya, mukjizatNya, dan segala pertolonganNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours), selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Sarjana Keperawatan .
3. Esty Yunitasari, S.Kp., M.kes selaku pembimbing pertama. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya. Terima kasih untuk semua perhatian atas kemajuan penyelesaian skripsi saya.

4. Elida Ulfiana, S. Kep., Ns selaku pembimbing kedua. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya. Terima kasih untuk semua perhatian atas kemajuan penyelesaian skripsi saya.
5. I Ketut Suidiana, Drs., M.Si selaku penguji proposal dan skripsi. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya. Terima kasih untuk semua perhatian atas kemajuan penyelesaian skripsi saya.
6. Eka Misbahatul Mar'ah, S.Kep., Ns selaku penguji proposal. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya. Terima kasih untuk semua perhatian atas kemajuan penyelesaian skripsi saya.
7. Segenap dosen dan staf pendidikan, tata usaha serta perpustakaan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
8. drg. Tity Karyati selaku kepala Public health center Bungah yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami dalam menyelesaikan skripsi dalam Program Studi Sarjana Keperawatan .
9. Bu Ruroh dan mabak Ami selaku petugas kesehatan di Public health center Bungah yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami dalam menyelesaikan skripsi dalam Program Studi Sarjana Keperawatan .

10. Ayah dan Ibuku tercinta, terima kasih atas semua cinta, do'a, kasih sayang, dan dukungan yang tak terbatas.
11. Adikku tersayang Pangestu Dwipa Airlangga, terima kasih atas kasih sayang yang tak terhingga, dukungan, semangat, dan do'a untuk mbak.
12. Saudara-saudara di KTB 4B Mbak yulis S.Ag , Andita Rochil S.Ked. dek Arsa, mbak Iria, dan dek Pica, terima kasih atas kasih sayang yang tak terhingga, dukungan, semangat, dan do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
13. Peni S.Kep terima kasih atas segala masukan, bantuan, semangat, dan pertolongannya, semoga Allah membalas segala kebaikan ukhty.
14. terima kasih tak terhingga pada pak sobirin, mbak ifa, dan dek azmi, terima kasih atas segala masukan, bantuan, semangat, dan pertolongannya, semoga Allah membalas segala kebaikan kalian.
15. Sahabat-sahabatku : Renie, Devia, Irma, Erni, Aulia, Yayan, Laili, dek laila '08, Dita, Sinta Ngesti, dan Ifa, Saras, Ria, Silvy Dwi. Terima kasih atas persahabatan dan persaudaraan serta dukungan yang kalian berikan.
16. saudara-saudaraku seperjuangan A5 terima kasih atas persaudaraan selama ini , semoga tali silaturahmi kita akan terus terjalin.

Dan semua pihak yang telah membantu skripsi ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan kekhilafan yang telah saya perbuat. Semoga Allah SWT senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan.

Saya menyadari bahwa skripsi ini kiranya jauh dari kesempurnaan, namun besar harapan saya skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak khususnya profesi keperawatan.

Surabaya, Agustus 2009

Penulis

ABSTRACT**THE ANALYZE FACTOR OF CARES PATTERN FROM PARENT TO THE PRESCHOOL WHO GET BGM****Cross Sectional Study In The Public Health Center Bungah Kabupaten Gresik****By: Fathiya Luthfil Yumni**

The pattern of take care from the parent to the preschool is very important to be risk become BGM especially from their mother to decide the nutrient and development of children. The pattern of take cares are consist of giving meat to children in the family; the pattern of healthy care; the interaction between housemaid and children; and the role of father. This study was aimed to analyze the pattern of the parent to preschool children within nutrient status BGM in Public health center Bungah Kab. Gresik

The design that used in this study was cross sectional design from preschool who get BGM in Public health center Bungah Kab. Gresik. In this study used purposive sampling taken according inclusion criteria. Total sample was 14 respondents. The independent variables were mother of children who get BGM, mothers had good communication, mother ready to be respondent, and citizenship in the Bungah. Data were collected by food recall questionnaire, questionnaire, and structured interview and then analyzed using Spearman Rho (r) with level of significance of 0,05.

The result showed that the correlation between cares pattern and the habit of parent by giving meal (take kalori) was not significant ($p= 0,536$, $r= -0.181$). In other hand the pattern of healthy care had correlation with their cares pattern ($p=0,000$, $r= -1,000$). Interaction between housemaid and children had correlation with their cares pattern ($p=0,014$, $r= -0,638$). Education of father had correlation with their cares pattern ($p=0,000$, $r= -0,779$). The income had correlation with their cares pattern. In addition, a number of family had correlation with cares pattern.

It can be concluded that the cares pattern had no correlation with giving meal. But it has correlation with healthy care, the interaction with preschool, education of father, income, and number of family. Further studies should larger respondent and better healthy services from parent to their children who get BGM in Public health center Bungah, Gresik.

Keywords : cares pattern of parent, preschool children BGM

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB 1 PENDAHULUAN 1	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... 7	
2.1 Bawah Garis Merah (BGM)	7
2.1.1 Pengertian Bawah Garis Merah (BGM)	7
2.1.2 Strategi Penemuan Bawah Garis Merah (BGM).....	7
2.1.3 Tanda-tanda Bawah Garis Merah (BGM)	11
2.2 Klasifikasi Status Gizi	14
2.2.1 Klasifikasi Status Gizi Menurut Standart Baku Nasional	15
2.2.2 Klasifikasi Kekurangan Energi Protein (KEP)	15
2.3 Penyebab Bawah Garis Merah (BGM)	19
2.3.1 Pola Asuh	21
2.4 Bawah Lima Tahun (BALITA)	30
2.4.1 Pengertian Balita	30
2.4.2 Ciri Khas Perkembangan Balita	30
2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pola Asuh Balita	33
2.5.1 Karakteristik Balita	33
2.5.2 Karakteristik Pengasuh	34
2.5.3 Peran Ayah	37
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL41	
3.1 Kerangka Konseptual	41
3.2 Hipotesa.....	42

BAB 4 METODE PENELITIAN	43
4.1 Desain Penelitian	43
4.2 Kerangka Kerja Penelitian	45
4.3 Populasi, Sampel ,Besar Sampel dan Sampling	45
4.3.1 Populasi	45
4.3.2 Sampel	45
4.3.3 Sampling	45
4.4 Identifikasi Variabel	46
4.4.1 Variabel Independen	46
4.5 Definisi Operasional	47
4.6 Pengumpulan Data dan Pengolahan Data	49
4.6.1 Instrumen Penelitian	49
4.6.2 Lokasi dan Waktu	49
4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data	50
4.6.4 Analisis Data	50
4.7 Etik Penelitian	50
4.7.1 Surat Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	50
4.7.2 Tanpa Nama (<i>Anonymity</i>)	50
4.7.3 Kerahasiaan (<i>Confidentially</i>)	51
4.8 Keterbatasan Penelitian.....	51
 BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	 52
5.1 Hasil Penelitian	52
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	53
5.1.2 Karakteristik Demografi Responden	54
5.1.3 Variabel yang Diukur.....	57
5.1.4 Data Khusus	58
5.2 Pembahasan	61
5.2.1 Pemberiaan Makanan (Konsumsi Kalori	61
5.2.2 Perawatan Kesehatan	63
5.2.3 Interaksi Pengasuh dengan Balita	64
5.2.4 Peran Ayah.....	67
 BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....	 69
6.1 Simpulan.....	69
6.2 Saran.....	71
 DAFTAR PUSTAKA	 72
LAMPIRAN	75

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tabel klasifikasi status gizi menurut baku WHO-NCHS	14
Tabel 2.2	Tabel klasifikasi status gizi menurut Gomez	18
Tabel 2.3	Tabel klasifikasi status gizi menurut Jellife	18
Tabel 2.4	Tabel klasifikasi status gizi Welcome Trust	18
Tabel 2.5	Angka kecukupan energi dan protein usia sekolah	25
Tabel 2.6	Kebutuhan energi menurut Ebrahim	25
Tabel 2.7	Perbandingan persentase protein susu sapi dan beras	26
Tabel 4.1	Definisi Operasional pola asuh orang tua pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di Public health center Bungah Kabupaten Gresik	46
Tabel 5.1	Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) Dengan Pola Asuh Orang Tua Dalam Pemberian (Konsumsi Kalori) Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009 ..	59
Tabel 5.2	Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) Dengan Pola Perawatan Kesehatan Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009.....	60
Tabel 5.3	Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) Dengan Interaksi Pengasuh dengan Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009.....	60
Tabel 5.4	Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) Dengan Pendidikan Ayah Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009	61
Tabel 5.5	Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) Dengan Penghasilan Keluarga Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik 27 -29 Juli 2009	61
Tabel 5.6	Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) Dengan Jumlah Anggota Keluarga Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kartu Menuju Sehat (KMS)	8
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual	40
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Penelitian	43
Gambar 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ayah Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009	54
Gambar 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009.....	54
Gambar 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ayah Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009.....	55
Gambar 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009.....	55
Gambar 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009.....	56
Gambar 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan Keluarga Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009.	56
Gambar 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009.	57
Gambar 5.8	Distribusi Berdasarkan Konsumsi Kalori Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009	57
Gambar 5.9	Distribusi Berdasarkan Pola Perawatan Kesehatan Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009.....	58
Gambar 5.10	Distribusi Berdasarkan Interaksi Pengasuh dengan Balita Di Public health center Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009.	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal	75
Lampiran 2	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian	76
Lampiran 3	Surat Keterangan Telah Menyelesaikan Penelitian.....	77
Lampiran 4.	Lembar Permohonan Menjadi Responden	78
Lampiran 5.	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	79
Lampiran 6.	Data Demografi	80
Lampiran 7.	Kuesioner Pola Pengasuhan Orang Tua Pemberian Makanan	82
Lampiran 8.	Kuesioner Pola Pengasuhan Orang Tua Perawatan Kesehatan	84
Lampiran 9.	Kuesioner Pola Pengasuhan Orang Tua Tentang Interaksi Pengasuh dengan Balita	85
Lampiran 10.	Kategori Status Gizi Berdasarkan Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U) Anak Laki-laki Umur 0-60 bulan.....	86
Lampiran 11.	Kategori Status Gizi Berdasarkan Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U) Anak Perempuan Umur 0-60 bulan ...	87
Lampiran 12	Angka Kecukupan Gizi 2004 bagi Orang Indonesia.....	88
Lampiran 13	Bahan Makanan Penukar Ukuran Rumah Tangga (URT)	89
Lampiran 14	Tabulasi data.....	95
Lampiran 15	Tabulasi data Balita BGM	96
Lampiran 16	Data SPSS	97

PERSETUJUAN PROPOSAL

PROPOSAL INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 22 Juni 2009

Oleh:

Pembimbing I

Esty Yunitasari, S.Kp., M. Kes
NIP. 132 306 153

Pembimbing II

Elida Ulfiana, S.Kep. Ns
NIK. 139 060 786

Mengetahui

a.n Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga Surabaya

Penjabat Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief S.Kp., M.Kes
NIP. 132 295 670

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI PROPOSAL

Telah diuji,

Pada tanggal, 30 Juni 2009

PANITIA PENGUJI

Ketua: Esty Yunitasari, S.Kp., M. Kes (.....)
NIP.132 306 153

Anggota: 1. Elida Ulfiana, S.Kep. Ns (.....)
NIK.139 060 786

2. Dr. I Ketut Sudiana, drs., M. si (.....)
NIP.130 877 636

3. Eka Misbahatul Mar'ah, S.Kep. Ns (.....)
NIK. 139 080 825

Mengetahui

a.n Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga Surabaya

Penjabat Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief S.Kp., M.Kes
NIP. 132 295 670

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji	iv
Halaman Daftar Isi	vi
Halaman Daftar Tabel.....	vii
Halaman Daftar Gambar	viii
Halaman Daftar Lampiran.....	ix
Halaman Daftar Singkatan	ix
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Teori.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsumsi Makan Mahasiswa	7
2.1.1 Konsumsi Makan Seimbang	7
2.1.2 Definisi Konsumsi Makan Mahasiswa	10
2.1.3 Definisi Konsumsi Makan Mahasiswa yang Tinggal di Kos dan yang Tinggal Bersama Orang Tua.....	12
2.1.4 Beberapa Faktor yang Mempengaruhi Konsumsi Makan.....	15
2.1.5 Metode Penilaian Konsumsi Makan Mahasiswa	33
2.1.6 Metode <i>Food Recall Diet</i> 24 Jam.....	38
2.1.8 Kesalahan Pengukuran Konsumsi Makanan	42
2.1.9 Validasi Pengukuran Konsumsi Makanan.....	43
2.2 Teori Perilaku Kesehatan Skinner	46
2.2.1 Konsep Perilaku.....	46
2.2.2 Perilaku Kesehatan.....	49
2.3 Kadar Kolesterol Darah	55
2.3.1 Definisi Kolesterol.....	55
2.3.2 Pengaruh Gizi terhadap Kolesterol dan Kesehatan.....	62
2.3.3 Pemeriksaan Kadar Kolesterol Darah.....	93
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	101
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	101
3.2 Hipotesis Penelitian	103
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	104
4.1 Rancangan Penelitian dan Kerangka Operasional.....	104
4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel.....	105

4.3 Variabel Penelitian.....	107
4.4 Bahan Penelitian.....	109
4.5 Instrumen Penelitian	109
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	110
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	110
4.8 Cara Analisis Data.....	112
4.9 Masalah Etik.....	114
Daftar Pustaka.....	115

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tabel <i>Food Recall Diet</i> 24 Jam.....	41
Tabel 2.3	Klasifikasi Lipoprotein.....	96
Tabel 4.1	Definisi Operasional Perbedaan Konsumsi Makan antara Mahasiswa FKp UNAIR yang Tinggal di Kos dan yang Tinggal Bersama Orang Tua terhadap Kadar Kolesterol Darah.....	108

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Logo Tri Guna Makanan.....	9
Gambar 2.2	Teori Stimulus-Organisme-Respon Skinner.....	49
Gambar 2.3	Proses terjadinya Penyakit Jantung Koroner.....	80
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Perbedaan Konsumsi Makan antara Mahasiswa FKp UNAIR yang Tinggal di Kos dan yang Tinggal Bersama Orang Tua terhadap Kadar Kolesterol Darah (Teori SOR Skinner).....	101
Gambar 4.1	Skema Penelitian <i>Cross Sectional</i> Perbedaan Konsumsi Makan antara Mahasiswa FKp UNAIR yang Tinggal di Kos dan yang Tinggal Bersama Orang Tua terhadap Kadar Kolesterol Darah...	104
Gambar 4.2	Kerangka Kerja Perbedaan Konsumsi Makan antara Mahasiswa FKp UNAIR yang Tinggal di Kos dan yang Tinggal Bersama Orang Tua terhadap Kadar Kolesterol Darah.....	105

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Rencana Biaya Penelitian.....	119
Lampiran 2 Jadwal Penelitian.....	119
Lampiran 3 Instrumen Penelitian.....	120

DAFTAR SINGKATAN

(HDL)	<i>High Density Lipoprotein</i>
(IDL)	<i>Intermediate Density lipoprotein</i>
(LDL)	<i>Low Density Lipoprotein</i>
(MUFA)	<i>Monounsaturated fatty acid</i>
(PUFA)	<i>Polyunsaturated fatty acid</i>
(SAFA)	<i>Saturated fatty acid</i>
(VLDL)	<i>Very Low Density Lipoprotein</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Makanan bergizi sangat penting bagi balita. Masa balita merupakan masa paling penting dalam melahirkan generasi pintar dan sehat. Masalah gagalnya penanganan balita bukan akibat pembawaan, melainkan merupakan proses usaha yang kurang berhasil. Hal ini dapat dilihat dari data yang menunjukkan perbandingan yang sangat berbeda antara kondisi bayi yang lahir di negara berkembang dan bayi yang lahir di negara maju. Di Indonesia misalnya, masih banyak bayi yang lahir dengan berat badan di bawah 2500 gram, artinya di bawah berat badan normal, sementara itu di beberapa negara maju berat badan lahir rata-rata 3800 gram. Hal ini disebabkan kondisi ekonomi mereka yang telah maju di samping adanya kesadaran dan pengetahuan orang tua tentang gizi keluarga. Pola asuh orang tua pada balita memegang peranan cukup penting dalam risiko terjadinya kasus balita Bawah Garis Merah (BGM) terutama karena peran orang tua khususnya ibu, dalam menentukan status gizi dan perkembangan anak. Anak balita sangat tergantung pada orang lain terutama ibunya, karena itu ibu dituntut untuk dapat memberikan perhatian khusus kepada anaknya yang berkaitan dengan pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan watak dan kemampuan anak (Wijadja.,2003). Bawah Garis Merah (BGM) adalah balita yang ditimbang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS (Kartu Menuju Sehat). Definisi Operasional BGM adalah balita BGM yang ditemukan disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (Dinas Kesehatan Jawa Tengah,

2005). Status gizi yang baik pencapaiannya tidak hanya dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Pola asuh adalah pola pendidikan yang diberikan orang tua pada anak-anaknya, setiap anak membutuhkan cinta, perhatian dan kasih sayang yang akan berdampak terhadap perkembangan fisik, mental, dan emosionalnya, kasih sayang dari kedua orang tua ini merupakan dasar kehidupan bagi si anak dan menjadi modal utama rasa aman, terlebih ketika dia mengeksplor dunianya (Ekaradiansyah, 2007). Di Kabupaten Gresik, jumlah kasus bawah garis merah (BGM) yang ditemukan berdasarkan BB/U meningkat setiap tahun dari tahun 2004 sampai tahun 2006 sebesar 1006 pada 2004, 13508 kasus pada tahun 2005, dan 6759 kasus pada tahun 2006. Menurun pada tahun 2007 menjadi 1390 kasus, dan meningkat kembali pada tahun 2008 menjadi 1591 kasus (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2009). Penelitian dilakukan di Puskesmas Bungah karena kasus balita Bawah Garis Merah (BGM) di Bungah cukup tinggi. Data atau penelitian yang mengungkapkan pola asuh orang tua yang digunakan pada balita belum ada.

Data yang diperoleh dari *World Health Organization* tahun 2005 menunjukkan bahwa 60% dari keseluruhan kematian yang terjadi pada balita di negara berkembang disebabkan oleh gizi buruk. Pada saat ini masih terdapat 110 Kabupaten/Kota di Indonesia yang mempunyai prevalensi di atas 30% (berat badan menurut umur) (Dinas Kesehatan Purworejo, 2005). Berdasarkan hasil survey Pemantauan Status Gizi (PSG) yang dilakukan oleh Subdin Kesga Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur pada tahun 2006 diketahui bahwa di Jawa Timur terdapat 17,5% balita yang menderita Kurang Energi Protein (KEP), terdiri dari 2,6% balita gizi buruk dan 14,96% balita gizi kurang (Departemen Kesehatan RI,

2006). Sesuai catatan Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik, pada tahun 2008 terdapat total kasus balita bawah garis merah (BGM) sebanyak 1591. Di wilayah Puskesmas Bungah terdapat 38 kasus balita Bawah Garis Merah (BGM) dari total 3588 balita. Menurut Titi (1993) dalam Soetjiningsih (1998) pada tahap pertama kehidupan seorang anak, hubungan mesra dan selaras antara ibu atau pengasuh selain ibu merupakan syarat utama untuk menjamin tumbuh kembang yang baik fisik dan mental maupun psikososial balita. Peran dan kehadiran ibu secepat mungkin disisi bayi akan menciptakan rasa aman bagi bayinya. Rendahnya partisipasi ayah dan sedikitnya pengalaman pengasuh dalam mengasuh balita akan mempengaruhi pengasuhan balita terutama dalam praktik pemberian makanan tambahan pada balita yang dapat menyebabkan balita mengalami malnutrisi.

Balita Bawah Garis Merah (BGM) atau kurang kalori dan protein pada dasarnya terjadi karena defisiensi energi dan defisiensi protein, disertai susunan hidangan yang tidak seimbang (Sediaoetama, A. D., 2006). Bawah Garis Merah (BGM) disebabkan secara tidak langsung oleh pola asuh kurang memadai dan sanitasi atau kesehatan lingkungan kurang baik serta akses pelayanan kesehatan terbatas. Akar masalah tersebut berkaitan erat dengan rendahnya tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan kemiskinan keluarga (Dinas Kesehatan Purworejo, 2005).

Upaya penanganan yang dilakukan pemerintah telah banyak dilakukan. Upaya perbaikan gizi di Indonesia dibedakan menjadi dua metode yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) selama 90 hari dan Metode *Positive Deviance* (PD) dengan pendekatan pemberdayaan keluarga (Suharyati, 2006). Dengan demikian, dengan adanya analisis pada pola asuh orang tua terhadap

kejadian balita Bawah Garis Merah (BGM), diharapkan dapat membantu menanganai masalah balita Bawah Garis Merah (BGM).

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana hubungan pola asuh pemberian makanan orang tua dengan status gizi pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di wilayah Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik?
2. Bagaimana hubungan pola asuh perawatan kesehatan orang tua dengan status gizi pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di wilayah Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik?
3. Bagaimana hubungan pola asuh orang tua tentang interaksi pengasuh dengan status gizi pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di wilayah Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik?
4. Bagaimana hubungan pola asuh orang tua tentang peran ayah dengan status gizi pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di wilayah Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisa pola asuh orang tua terhadap balita dengan status gizi Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.

2. Mengidentifikasi pola asuh orang tua dalam pemberian makanan dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.
3. Mengidentifikasi pola asuh orang tua dalam perawatan kesehatan dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.
4. Mengidentifikasi pola asuh orang tua tentang interaksi pengasuh dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.
5. Mengidentifikasi pola asuh orang tua tentang peran ayah dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.
6. Menganalisa pola asuh orang tua dalam pemberian makanan dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.
7. Menganalisa pola asuh orang tua dalam perawatan kesehatan dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.
8. Menganalisa pola asuh orang tua tentang interaksi pengasuh dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.
9. Menganalisa pola asuh orang tua tentang peran ayah dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Untuk menambah ilmu dan pengetahuan keperawatan anak dan komunitas tentang pola asuh orang tua terhadap balita dengan status gizi Bawah Garis Merah (BGM).

1.4.2 Manfaat praktis

1. Perawat dan ahli gizi

Dapat memberi masukan bagi para praktisi kesehatan tentang pola asuh orang tua terhadap kejadian balita Bawah Garis Merah (BGM).

2. Kader Posyandu dan praktisi kesehatan KIA atau KB

Dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menanggulangi masalah balita dengan status gizi Bawah Garis Merah (BGM) di wilayah kerjanya.

3. Dinas kesehatan

Dapat dijadikan sebagai sarana pengembangan status kesehatan balita dan sebagai bahan masukan atau informasi dalam mencegah meluasnya dan meningkatnya kasus balita Bawah Garis Merah (BGM).

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Bawah Garis Merah (BGM)

2.1.1 Pengertian Bawah Garis Merah (BGM)

Bawah Garis Merah (BGM) adalah balita yang ditimbang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS (Kartu Menuju Sehat) (Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2005). Definisi Operasional Bawah Garis Merah (BGM) adalah balita Bawah Garis Merah (BGM) yang ditemukan disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2005). KEP sedang dan berat apabila terletak di bawah garis merah (BGM) (Departemen Kesehatan RI, 2000). Pengelola program gizi di lapangan, Bawah Garis Merah (BGM) dikenal dengan istilah KEP sedang dan berat termasuk dalam KEP total (Dinkes RI, 2001).

2.1.2 Strategi Penemuan Bawah Garis Merah (BGM)

Penemuan kasus Bawah Garis Merah (BGM) menurut Dinas Kesehatan RI, 2002 dapat diketahui melalui penimbangan posyandu. Posyandu ini harus dilengkapi dengan KMS (Kartu Menuju Sehat) dapat diketahui perkembangan berat badan balita, N (naik), T (tidak naik) atau BGM (Bawah Garis Merah). Jadi, kasus Bawah Garis Merah (BGM) dapat berasal dari :

1. Anak BGM, T dan kurus hasil penimbangan posyandu
2. Anak yang langsung diperiksa petugas kesehatan dari puskesmas
3. Anak yang langsung diperiksa petugas kesehatan dari rumah sakit

Penggunaan KMS telah dianjurkan oleh WHO sebagai standar pertumbuhan anak sehat, dan UNICEF juga mengadopsinya sebagai komponen integral pada pelayanan kesehatan primer secara menyeluruh yang sangat bermanfaat bagi negara berkembang (Soetjningsih, 1995).

Pelopor penggunaan KMS adalah David Morley di Desa Imesi, Nigeria. Kartu ini digunakan untuk menggambarkan garis pertumbuhan anak selama 5 tahun pertama kehidupannya.

KMS tidak hanya penting untuk strategi penemuan Bawah Garis Merah (BGM) tetapi juga untuk upaya pencegahannya, memantau pertumbuhan fisik dan perkembangan balita. Di dalam KMS tidak hanya mencantumkan hasil penimbangan saja tetapi juga mengintrepetasikan tumbuh kembang balita berdasarkan usia mereka, petunjuk pemberian makanan yang sehat terutama ASI, catatan pemberian imunisasi dan vitamin A, serta penatalaksanaan diare di rumah. Morley juga menambahkan pendapat sederhana, perkembangan psikomotorik pada KMS agar ibu tahu perkembangan anaknya, yaitu :

1. Kemampuan duduk
2. Berjalan kurang lebih 10 langkah tanpa bantuan (9-18½ bulan)
3. Mengucapkan sepatah kata (10-21 bulan)
4. Kemampuan berbahasa beberapa kata (18½ bulan-3 bulan)

Standar baku yang digunakan dalam KMS di Indonesia adalah standart Harvard, dengan indikator BB/U dengan kriteria sebagai berikut (Soetjningsih, 1995) :

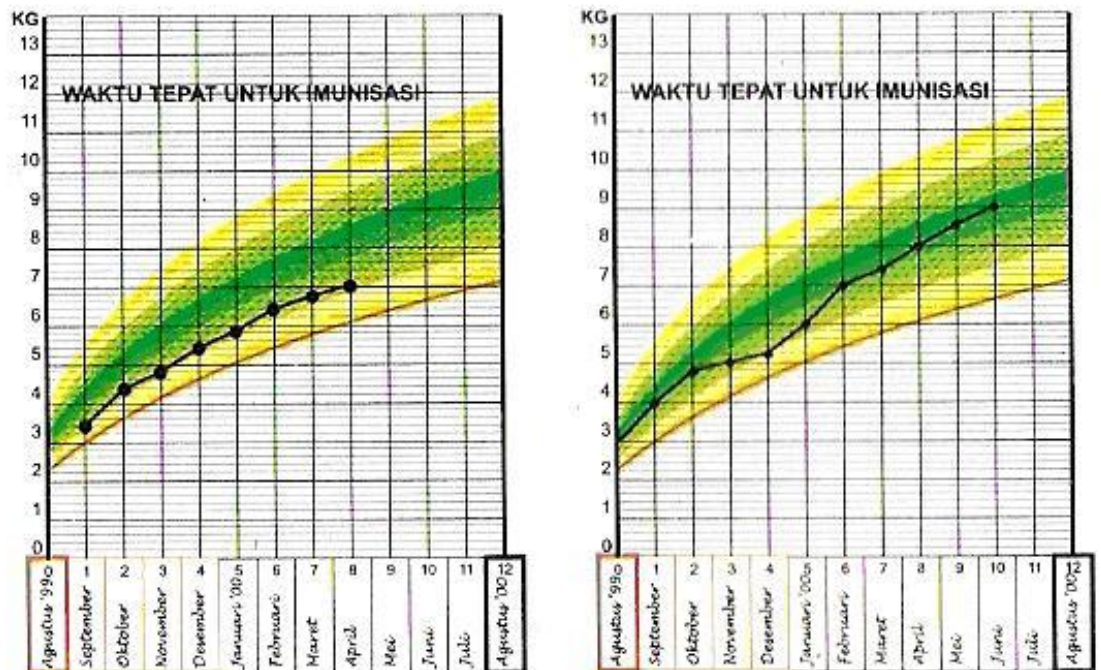
1. Garis paling atas berada di 50 persentil standart Harvard berada dalam skala warna batas atas garis hijau (garis berat sehat) disebut garis patokan 100.

Patokan 100 berarti anak 100% dari patokan berat sehat sesuai usia yang ditentukan.

2. Garis kedua berada di 80 persentil standart Harvard berupa garis putus-putus yang berada di bawah garis hijau (garis batas gizi baik dan gizi kurang (*Cut of point*) berdasarkan median $-2SD$) disebut garis patokan 80.
3. Garis ketiga berada di 60 persentil standard Harvard dengan warna garisnya merah (garis batas gizi kurang atau gizi buruk) disebut garis patokan 60.

Garis-garis patokan tersebut dapat dipakai untuk membuat penggolongan tingkat gizi anak menjadi 4 kategori :

1. Gizi lebih bila berat badan per usia berada di atas patokan 100.
2. Gizi baik bila berat badan per usia berada di antara garis patokan 100 dan 80
3. Gizi kurang bila berat badan per usia berada di antara garis patokan 80 dan 60
4. Gizi buruk bila berat badan per usia berada di bawah garis patokan 60



Gambar 2.1 Kartu Menuju Sehat Depkes RI (2009)

Penilaian status gizi di seluruh wilayah Indonesia menggunakan standar baku WHO-NCHS agar tercapai keseragaman dalam pengukurannya. Selain itu dalam standar baku WHO-NCHS terdapat daftar tabel yang digunakan untuk menghitung sebagai persen terhadap median, persentil, dan Z-skor median.

Metode pengukuran yang sering digunakan untuk deteksi status gizi adalah pengukuran antropometri. Pemilihan antropometri ini karena antropometri memiliki keunggulan-keunggulan (Supariasa, 2002):

1. Prosedurnya sederhana, aman dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar.
2. Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli, tetapi cukup dengan tenaga yang sudah terlatih.
3. Alatnya murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat dipesan dan dibuat di daerah setempat.
4. Metode ini tepat dan akurat karena dapat dibakukan

Indeks berat badan menurut tinggi badan digunakan untuk mengetahui status gizi karena pada keadaan baik, berat badan anak akan berbanding lurus dengan tinggi badannya. Bila terjadi kondisi yang memburuk dalam waktu singkat, berat badan akan berubah karena sifatnya labil sedangkan tinggi badan tidak banyak berpengaruh. Akibatnya berat badan dalam waktu singkat akan menjadi tidak seimbang dengan tinggi badannya. Oleh karena itu, indeks BB/TB merupakan indeks yang sensitif untuk memberikan indikasi tentang masalah gizi saat ini atau masalah gizi akut. Disaat lain BB/TB ini tidak sensitif terhadap masalah gizi kronis karena indeks ini tidak menggunakan referensi usia (Jahari, 2002).

Keuntungan penggunaan indeks BB/TB menurut Hastoety, 2002 diantaranya adalah :

1. Lebih baik untuk anak usia > 2 tahun.
2. Indikator yang baik untuk mendapatkan proporsi tubuh normal dan untuk membedakan anak yang kurus atau gemuk.
3. Tidak memerlukan data usia yang sering tidak tepat.
4. Pengukuran obyektif dan dapat memberi hasil sama jika diulang.

Kelemahan penggunaan indeks BB/TB diantaranya adalah :

1. Menyebabkan estimasi yang rendah tentang KEP.
2. Memerlukan 2 atau 3 alat pengukuran.
3. Memerlukan biaya lebih mahal dan sulit dibawa kemana-mana.
4. Memerlukan waktu lebih lama untuk latihan petugas pengukur.
5. Memerlukan paling sedikit dua orang untuk mengukur anak.

2.1.3 Tanda-Tanda Bawah Garis Merah (BGM)

1. Tanda-Tanda Antropometris

Balita dapat diklasifikasikan gizi sedang jika BB/U 70%-79,9% baku median WHO-NCHS, gizi kurang 60%-69,9% baku median WHO-NCHS, gizi buruk < 60% baku median WHO-NCHS.

2. Tanda Secara Klinis

Orang yang mengidap gejala klinis KEP ringan dan sedang pada pemeriksaan yang tampak hanya klinis. Gejala klinis KEP berat secara garis besar dapat dibedakan menjadi tiga yaitu marasmus, kwashiorkor serta marasmic-kwashiorkor dan masing-masing memperlihatkan gejala klinis yang berbeda (Depkes RI, 1997).

1) Marasmus

Marasmus dapat terjadi pada anak yang berada dalam kondisi kekurangan nutrisi berat. Anak terkena marasmus disebabkan karena kekurangan protein dan kalori. Menurut Jellife (1989) biasanya marasmus terjadi pada tahun pertama dalam kehidupan. Tanda-tanda marasmus (Dinkes Jatim, 2002) adalah :

- (1) Wajah terlihat seperti orang tua, pipi kempot, tulang pipi dan tulang hidung terlihat lebih menonjol, mata terlihat cekung karena mengecilnya jaringan otot dan sedikitnya jaringan subkutis bahkan sampai tidak ada.
- (2) Kulit terlihat longgar seperti tinggal kulit pembungkus tulang.
- (3) Tulang rusuk terlihat jelas, kulit paha terlihat keriput.
- (4) Tulang belakang tampak lebih menonjol dan kulit di bokong berkeriput disebut sebagai *baggy pant*.
- (5) Terkadang diikuti dengan beberapa tanda lain seperti diare kronis dan tuberculosa.

2) Kwashiorkor

Kwashiorkor akan nampak pada anak yang kekurangan protein. Pada umumnya dapat terjadi pada semua golongan usia. Ada empat tanda yang umumnya nampak pada anak yang terkena kwashiorkor yaitu oedema yang umumnya terjadi di seluruh tubuh dan terutama punggung dan kaki, lambatnya pertumbuhan, pengecilan otot-otot, dan retensi dari beberapa jaringan lemak subkutan, perubahan psikomotor menjadi apatis, malas, tidak menyenangkan, pendiam dan rewel. Menurut Jellife (1989) tanda-tanda lain biasa muncul juga pada anak yang terkena kwashiorkor adalah perubahan

rambut menjadi kusam, tipis, kemerahan seperti rambut, kusut dan mudah rontok, depigmentasi warna kulit, wajah membulat (*moon face*) dan sembab, anemia, gangguan kulit berupa bercak merah menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (dermatosis), pembesaran hati, lesi kulit, pandangan sayu (Dinkes, 2002).

3) Marasmic- kwashiorkor

Tanda-tanda marasmic- kwashiorkor adalah gabungan dari tanda-tanda yang ada pada marasmus dan kwashiorkor, dengan BB/U < 60% (Z-Score baku < -3 SD) WHO-NCHS dan disertai dengan oedema yang tidak mencolok. Cara memeriksa oedema adalah dengan menekan punggung kaki menggunakan jari telunjuk selama beberapa detik, dan akan terlihat cekungan ketika jari diangkat. Cekungan ini bertahan selama beberapa detik dan lakukan pemeriksaan ini pada kedua kaki.

3. Tanda-Tanda Klinis Yang Kadang Menyertai Bawah Garis Merah (BGM)

1) Xerophthalmia

Xerophthalmia adalah kelainan mata yang disebabkan karena kekurangan vitamin A yang berat. Gambaran klinisnya mulai dari buta senja sampai kelainan klinis pada mata yang berat.

2) Anemia

Anemia disebabkan kekurangan zat besi, asam folat, vitamin B₁₂ yang ditandai dengan pucatnya konjungtiva, selaput lendir pada mulut, muka dan telapak tangan.

3) Stomatitis

Stomatitis disebabkan karena kekurangan vitamin B, yang ditandai dengan adanya kelainan pada sudut mulut.

4) Dermatosis

Dermatosis adalah kelainan pada kulit, kondisi kulit melepuh sebagaimana kulit yang terkena luka bakar. Dermatosis awalnya terjadi pada kaki dan tangan (lengan bawah atau tungkai), kemudian dapat menjalar kebagian tubuh yang lain.

2.2 Klasifikasi Status Gizi

Status gizi secara umum dapat diklasifikasikan menjadi empat kelompok utama :

1. Status gizi lebih

Tingkat keadaan gizi yang disebabkan karena konsumsi zat-zat gizi yang berlebihan dibandingkan dengan kebutuhan tubuh.

2. Status gizi baik

Tingkat keadaan gizi dimana semua jaringan tubuh dalam keadaan jenuh oleh semua zat gizi, tubuh terbebas dari penyakit, daya tahan tubuh dan daya kerja optimal.

3. Status gizi kurang

Tingkat keadaan kurang gizi yang dialami karena konsumsi makanan sehari-hari kurang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh.

4. Status gizi buruk

Tingkat keadaan gizi yang dialami karena tubuh menderita kekurangan bermacam-macam zat gizi dalam waktu yang lama dan berlarut-larut sehingga

mengakibatkan menurunnya fungsi dan rusaknya jaringan tubuh tertentu (Supariasa dkk, 2002).

2.2.1 Klasifikasi Status Gizi Menurut Standart Baku Nasional

Tabel 2.1 Tabel Klasifikasi Status Gizi menurut Baku WHO-NCHS

Indeks	Status Gizi	Ambang Batas (SD=Standar Devisiasi)
BB/U	Gizi Lebih Gizi Baik Gizi Kurang Gizi Buruk	Z score > + 2 SD Z score -2 s/d 2 SD Z score -3 s/d < -2 SD Z score < -3 SD
BB/TB	Gemuk Normal Kurus (wasted) Kurus sekali	Z score > +2 SD Z score -2 s/d +2 SD Z score -3 s/d < -2 SD Z score < -3
TB/U	Normal Pendek (Stuted)	Z score 2 SD Z score < -2 SD

Sumber : Adriani (2005)

Catatan : *ada perbedaan untuk laki-laki dan perempuan*

Menurut Baku antropometri WHO-NCHS dalam Depkes R.I (2000), status gizi dibedakan menjadi :

Gizi Lebih : >120% median BB/ U baku WHO-NCHS, 1983

Gizi Baik : 80%-120% median BB/ U baku WHO-NCHS, 1983

Gizi Sedang : 70%-79,9% median BB/ U baku WHO-NCHS, 1983

Gizi Kurang : 60%-69,9% median BB/ U baku WHO-NCHS, 1983

Gizi Buruk : < 60% median BB/ U baku WHO-NCHS, 1983

2.2.2 Klasifikasi Kekurangan Energi Protein

1. Pengertian Kurang Energi Protein (KEP)

Kurang Energi Protein (KEP) yaitu seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dalam makan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi

(AKG). Anak disebut KEP apabila berat badannya kurang dari 80% indeks BB untuk baku standar WHO-NCHS ([www.Gizi Buruk Akibat KEP.LUSA.com](http://www.GiziBurukAkibatKEP.LUSA.com), 2009)

2. Cara Deteksi Kurang Energi Protein (KEP)

Kurang Energi Protein (KEP) dapat dideteksi dengan cara antropometri yaitu mengukur Berat badan (BB) dan umur yang dibandingkan dengan indeks BB untuk standar WHO-NCHS sebagaimana tercantum dalam KMS ([www. Gizi Buruk Akibat KEP.LUSA.com](http://www.GiziBurukAkibatKEP.LUSA.com), 2009)

3. Kriteria Kurang Energi Protein (KEP) Berdasarkan KMS

Kurang Energi Protein (KEP) berdasarkan kriteria KMS dibedakan menjadi tiga, yaitu :

- 1) Kurang Energi Protein (KEP) ringan, bila berat badan menurut umur (BB/U) 70%-80% baku median WHO-NCHS dan atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) 70%-80% baku median WHO-NCHS.
- 2) Kurang Energi Protein (KEP) sedang, bila berat badan menurut umur (BB/U) 60%-70% baku median WHO-NCHS dan atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) 60%-70% baku median WHO-NCHS.
- 3) Kurang Energi Protein (KEP) berat, bila berat badan menurut umur (BB/U) <60% baku median WHO-NCHS dan atau berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) <60% baku median WHO-NCHS.

4. Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP)

1) Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi balita Kurang Energi Protein (KEP) pada dasarnya setiap balita yang berobat atau dirujuk ke rumah sakit dilakukan pengukuran berat badan,

tinggi badan untuk menentukan status gizinya, selain melihat tanda-tanda klinis dan laboratorium. Penentuan status gizi maka perlu direncanakan tindakan sebagai berikut :

- (1) Balita Kurang Energi Protein (KEP) ringan, memberikan penyuluhan gizi dan nasehat pemberian makanan di rumah, bilamana pasien rawat jalan, dianjurkan untuk memberi makanan di rumah (bayi umur < 4 bulan) dan terus diberi ASI sampai usia 3 tahun.
- (2) Balita Kurang Energi Protein (KEP) sedang,
 - (1)) Penderita rawat jalan, diberikan nasehat pemberian makanan dan vitamin serta teruskan ASI dan pantau terus berat badannya.
 - (2)) Penderita rawat inap, diberikan makanan tinggi energi dan protein, dengan kebutuhan energi 20-50% diatas kebutuhan yang dianjurkan (angka kecukupan gizi/AKG) dan diet sesuai dengan penyakitnya.
- (3) Balita Kurang Energi Protein (KEP) berat, harus dirawat inap dan dilaksanakan sesuai pemenuhan kebutuhan nutrisinya.

2) Kegiatan Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP) Balita

Kegiatan Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP) Balita, meliputi :

- (1) Penjaringan Balita Kurang Energi Protein (KEP) yaitu, kegiatan penentuan ulang status gizi balita berdasarkan berat badan dan perhitungan umur balita yang sebenarnya dalam hitungan bulan saat itu. Cara penjaringan yaitu balita dihitung kembali umurnya dengan tepat dalam hitungan bulan, balita ditimbang berat badannya dengan menggunakan timbangan dacin, berdasarkan hasil perhitungan umur dan hasil pengukuran BB tersebut tentukan status gizi dengan KMS atau standar antropometri.

(2) Kegiatan Penanganan Kurang Energi Protein (KEP) balita, meliputi program PMT balita adalah program intervensi bagi balita yang menderita KEP yang ditujukan untuk mencukupi kebutuhan zat gizi balita agar meningkat status gizinya sampai mencapai gizi baik (pita hijau dalam KMS), pemeriksaan dan pengobatan yaitu pemeriksaan dan pengobatan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit penyerta guna diobati seperlunya sehingga balita KEP tidak semakin berat kondisinya, asuhan kebidanan/keperawatan yaitu untuk memberikan bimbingan kepada keluarga balita KEP agar mampu merawat balita KEP sehingga dapat mencapai status gizi yang baik melalui kunjungan rumah dengan kesepakatan keluarga agar bisa dilaksanakan secara berkala, suplementasi gizi/ paket pertolongan gizi hal ini diberikan untuk jangka pendek. Suplementasi gizi meliputi : pemberian sirup zat besi; vitamin A (berwarna biru untuk bayi usia 6-11 bulan dosis 100.000 IU dan berwarna merah untuk balita usia 12-59 bulan dosis 200.000 IU); kapsul minyak beryodium, adalah larutan yodium dalam minyak berkapsul lunak, mengandung 200 mg yodium diberikan 1x dalam setahun.

5. Gomez (1956)

Gomez (1956) merupakan orang pertama yang mempublikasikan cara pengelompokan kasus kurang energi protein. Klasifikasi KEP menurut Gomez didasarkan pada berat badan terhadap usia (BB/U). Berat badan anak diperiksa dinyatakan sebagai presentase dari berat anak seusia yang diharapkan pada baku acuan dengan menggunakan persentil ke 50 baku acuan Harvard. Berdasarkan sistem ini, KEP diklasifikasikan menjadi 3 tingkatan, yang disajikan pada tabel 3.2.

Tabel 2.2 Tabel Klasifikasi Status Gizi menurut Gomez

Derajat KEP	Berat Badan/usia (%)
I (ringan)	90-76
II (sedang)	75-61
III (berat)	<60

Sumber : S. Gibsont (1990)

6. Jelliffe (1990)

Jelliffe menyusun klasifikasi berdasarkan berat terhadap usia, termasuk penggunaan baku acuan Harvard dengan persentil ke-50. Bedanya, Jelliffe membagi KEP menjadi 4 tingkatan

Tabel 2.3 Tabel Klasifikasi Status Gizi menurut Jellife

kategori	Berat Badan/usia (%)
KEP I	90-80
KEP II	80-70
KEP III	70-60
KEP IV	<60

Sumber : Suharjo (1990)

7. Wellcome Trust

Tabel 2.4 Tabel Klasifikasi Status Gizi menurut Wellcome Trust

Berat Badan % dari baku	Edema	
	Tidak ada	Ada
> 60%	Gizi kurang	Kwashiorkor
< 60%	Marasmus	Marasmik-Kwashiorkor

Sumber : Wirjatmadi (2006)

2.3 Bawah Garis Merah (BGM) secara langsung dipengaruhi oleh tiga hal :

1. Pemberian makanan yang bergizi, dalam hal ini makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu ASI eksklusif (sampai usia 6 bulan), dan sesudah usia 6 bulan tidak mendapatkan makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya.
2. Pola pengasuhan anak, anak yang diasuh ibunya sendiri dengan kasih sayang, apalagi ibunya berpendidikan, mengerti soal pentingnya ASI, manfaat

posyandu dan kebersihan terlihat lebih sehat daripada diasuh orang lain maupun ibunya sendiri tapi tidak memiliki karakteristik ibu tersebut.

3. Pelayanan kesehatan, terutama imunisasi, penanganan diare dengan oralit, tindakan cepat pada balita yang tidak naik berat badan, pendidikan, penyuluhan kesehatan dan gizi, dukungan pelayanan di posyandu, penyediaan air bersih, kebersihan lingkungan dan sebagainya.
4. Penyakit infeksi, pengaruh penyakit infeksi pada balita terhadap status gizi berkaitan dengan keadaan sanitasi dan lingkungan keluarga yang kurang baik (Rahayu Astuti, 2002). Berbagai jenis penyakit infeksi menjadi penyebab kematian tertinggi pada balita di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Penyakit infeksi yang paling menonjol adalah difteri, pertusis, dan tetanus. Penyakit ini mudah menular dan umumnya berkembang di daerah padat, ketiga penyakit ini dapat diantisipasi dengan vaksinasi DPT sedini mungkin (Liputan 6, 2009).

Menurut UNICEF (1988) penyebab kurang gizi pada anak balita memiliki beberapa tahapan, yaitu meliputi : penyebab langsung, penyebab tidak langsung, akar masalah dan masalah pokok (Dinkes 2001).

1. Penyebab langsung yaitu makanan anak yang tidak seimbang dan adanya penyakit infeksi yang diderita anak. Timbulnya gizi kurang tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit.
2. Penyebab tidak langsung yaitu tidak cukupnya ketahanan pangan di keluarga, tidak memadainya **pola pengasuhan anak**, dan tidak memadainya sanitasi, air bersih, serta pelayanan kesehatan dasar.

Berbagai faktor penyebab langsung dan tidak langsung tersebut berkaitan dengan pokok masalah yang ada di masyarakat dan akar masalah yang bersifat nasional. Pokok masalah yang ada di masyarakat dan keluarga dalam mengatasi masalah kerawanan ketahanan pangan, ketidaktahuan pengasuhan anak yang baik, serta ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia.

2.3.1 Pola Asuh

Pola asuh anak adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian, dukungan sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang dengan baik secara fisik, mental maupun sosial (Dinkes, 2001). Bila ibu bekerja maka perawatan anak biasanya diserahkan ke anggota keluarga lain seperti nenek atau kakak si bayi. Menurut *American Psychological Association* (APA) dalam Bumbungan 2003 anak-anak yang diasuh oleh ibunya akan dapat berinteraksi secara positif daripada bila anak diasuh oleh selain ibunya. Menurut UNICEF (1988) pola pengasuhan orang tua terhadap anaknya terdiri atas (Wulandari, 2005) :

1. Pemberian makanan anak dalam keluarga
2. Pola asuh perawatan kesehatan
3. Interaksi pengasuh pada anak
4. Peran ayah

1. Pemberian Makanan

Anak usia lebih dari 1 tahun menunya harus bervariasi untuk mencegah kebosanan. Menu yang sebaiknya diberikan seperti susu, serelia (seperti bubur beras, roti), daging, sup, sayuran dan buah-buahan. Makanan padat yang diberikan

tidak perlu diblender lagi melainkan makanan kasar supaya anak yang sudah mempunyai gigi belajar untuk mengunyah. Ada kalanya anak tidak mau makan dan sebagai penggantinya ibu memberikan susu. Kebiasaan menolak makanan padat akan mengarah ke penolakan segala makanan padat sehingga dietnya hanya terdiri atas susu saja. Ibu harus bertindak tapi dengan sabar karena kekerasan bisa berakibat tidak baik untuk anaknya. Pada saat menolak makanan itu merupakan suatu proses dimana anak ingin menunjukkan keberadaannya dan hal tersebut akan memberikan pengalaman bagi anak.

Hal-hal yang harus diperhatikan pada waktu pemberian makan yang rutin pada anak (Ebrahim, 1992) :

- 1) Jangan sekali-kali memaksakan suatu makanan, karena anak harus belajar menikmati makanannya.
- 2) Setiap makanan yang baru akan ditolak pada awalnya, karena itu pemberian makanan pertama harus sedikit-sedikit agar memberikan kesempatan kepada anak untuk mengembangkan selernya pada makanan tersebut.
- 3) Pemberian makanan harus bervariasi
- 4) Balita harus makan lebih sering daripada orang dewasa, di samping 3 kali sehari balita harus diberikan makanan camilan minimal 2 kali dalam sehari.
- 5) Anak tidak boleh makan dari mangkok bersama, tetapi bagian makanannya dihidangkan pada piring tersendiri dan diusahakan untuk menyuruhnya menghabiskan makanan yang dijatahkan.

Jadwal pemberian makan balita merupakan kelanjutan dari jadwal makan masa bayi dengan penyesuaian, yaitu 3 kali makan utama (pagi, siang, dan malam/sore), dan diantara makan utama diberikan makanan kecil atau jajanan,

serta susu. Buah atau pencuci mulut lainnya dihidangkan bersama dengan makanan utama. Tambahan susu diberikan waktu makan pagi dan sebelum tidur malam.

Jadwal makanan bagi balita 1-5 tahun (Ebrahim, 1992) adalah :

- 1) Usia 12-24 bulan : ASI, bubur (SUN dan sejenisnya), mulai diberi makanan lunak yang disaring, mulai diberi sayuran kaya protein, buah yang lunak kaya vitamin, juga mulai diberi makanan pokok dan bagian dari makanan keluarga.
- 2) > 18 bulan-5 tahun : Perlahan-lahan pemberian ASI mulai dikurangi, pemberian susu formula dan makanan bergizi lainnya mulai ditingkatkan, makanan sama dengan makanan keluarga.

Pemberian makan menurut Markum (1991) dapat dijadwalkan sebagai berikut :

- | | |
|-----------------|---|
| Jam 06.00-08.00 | : makan pagi |
| Jam 11.00 | : jajanan |
| Jam 13.00-14.00 | : makan siang dengan buah |
| Jam 16.00 | : jajanan |
| Jam 19.00-21.00 | : makan malam dengan buah / pencuci mulut |
| Sebelum tidur | : (+ susu 200-250ml) |

Balita dianjurkan minum susu paling sedikit 2 gelas sehari dengan hasil olahannya dalam jumlah yang ekuivalen. Untuk memperoleh susu yang setara dengan susu segar, susu bubuk dicairkan menurut aturan yang tercantum dalam kaleng atau kemasannya. Susu kental manis tidak dapat dicairkan hingga zat gizinya dapat menyerupai susu segar karena kandungan gula tinggi. Oleh karena itu susu kental manis di minum hanya untuk kenikmatan. Porsi susu yang

dianjurkan untuk anak-anak adalah 2 gelas perhari (Almatsier, 2000). Konsumsi susu menurut ahli Khumaidi (2004), pada balita itu baik tapi bukan yang terbaik.

1) Keanekaragaman Makanan yang Disajikan

Keanekaragaman konsumsi dihitung dari banyaknya jenis makanan yang dikonsumsi selama 24 jam sebelumnya melalui tanya ulang terhadap responden dan apabila dilakukan lebih dari 1×24 jam maka diambil rata-ratanya (Roedjito, 1989). Keanekaragaman konsumsi secara mendasar lebih bermanfaat untuk menilai kualitas konsumsi individu. Dari beberapa penelitian ditemukan adanya hubungan atau pengaruh keragaman konsumsi di tingkat kecukupan gizi terutama energi dan protein. Adapun cara menghitung keragaman konsumsi yang dikemukakan oleh Roedjito, tahun 1989 adalah sebagai berikut :

- (1) Konsumsi bahan pangan perorangan atau keluarga disusun menurut data yang paling banyak atau paling sedikit.
- (2) Untuk makanan campuran, susunan jenis bahan pangan penting (tidak termasuk bumbu).
- (3) Hitung banyak pemikiran menurut jenis pangan :
Jenis bahan yang dikonsumsi lebih dari 1 kali dihitung hanya sekali, makanan yang termasuk dalam jajanan dihitung terpisah, minyak atau lemak yang dipakai untuk menggoreng atau menyayur dihitung 1 jenis.
- (4) Banyak jenis pangan yang tertera dalam daftar disebut sebagai skor keanekaragaman konsumsi.
- (5) Penilaian kualitas bisa dikelompokkan sebagai berikut :
 - (1)) Buruk, jika lebih dari 4 jenis bahan makanan sehari
 - (2)) Kurang, jika 5-7 jenis bahan makanan sehari

- (3)) Cukup, jika 8-10 jenis makanan sehari
- (4)) Baik, jika > 10 jenis makanan sehari

Selain itu juga perlu diperhatikan, tentang variasi (keanekaragaman) menu untuk usia balita ini untuk mencegah kebosanan dan melatih anak makan makanan yang bervariasi, tidak hanya susu tetapi juga serelia (seperti bubur beras, roti), daging, sup, sayurang dan buah-buahan. Makanan padat yang diberikan tidak perlu diblender lagi melainkan cukup makanan kasar supaya anak yang sudah mempunyai gigi belajar mengunyah (Lisdiana, 1998).

2) Tingkat Kecukupan Energi Protein

Pertumbuhan masa balita memang lebih lambat daripada bayi tetapi aktivitas mereka meningkat, sehingga untuk menyeimbangkan terhadap besarnya tubuh, kebutuhan zat gizi juga tetap tinggi (Baliwati, 2004). Kekurangan makanan sumber energi dan protein dalam waktu lama dapat menyebabkan KEP (Almatsier, 2003). Dalam keadaan kurang energi yang berat tidak saja terjadi gangguan pertumbuhan, tetapi cadangan dalam tubuh juga berkurang (Jellife, 1989). Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam pemenuhan kebutuhan zat gizi balita menurut Lisdiana, 2004 :

- (1) Bahan makanan sumber energi mutlak dipenuhi.
- (2) Sumber protein yang digunakan hendaknya kombinasi antara nabati dan hewani.
- (3) Untuk mempermudah hendaknya dipilih sumber protein hewani yang tersedia di sekitar lingkungan.
- (4) Jenis makanan yang dipilih harus yang mudah dicerna dan tidak pedas.

Kecukupan gizi rata-rata bagi anak-anak prasekolah menurut Angka Kecukupan Gizi 2004 bagi Orang Indonesia disajikan pada tabel 2.5.

Tabel 2.5 Angka Kecukupan Energi dan Protein Usia Prasekolah

Golongan usia	Berat (kg)	Tinggi (cm)	Energi (kkal)	Protein (gram)
1-3 tahun	12	89	1220	23
1-4 tahun	18	108	1720	32

Sumber : Wirjatmadi (2006)

Contoh perhitungan menggunakan AKG :

Seorang balita berusia 3 tahun 5 bulan dengan berat badan 14 kg. Hitung kebutuhan energi dan protein balita tersebut

Berdasarkan tabel 2.5, berat badan standar balita usia 3 tahun 5 bulan adalah 12 kg. Jadi, kebutuhan gizi balita tersebut adalah :

Energi : $14/12 \times 1220 = 1.423,33$ kkal

Protein : $14/12 \times 23 = 26,83$ kkal

Kebutuhan energi oleh tubuh sangat bervariasi tergantung usia (Ebrahim, 1992). Kebutuhan energi menurut Ebrahim disajikan pada tabel 2.6.

Tabel 2.6 Kebutuhan Energi menurut Ebrahim

<i>Age</i>	<i>Requirement</i>
1 tahun	100 cal/kg/24 hrs
5 tahun	75 cal/kg/24 hrs

Sumber : Wirjatmadi (2006)

Untuk kebutuhan protein pada usia ini juga tinggi, karena merupakan masa pertumbuhan cepat. Selama masa bayi, kebutuhan setiap harinya adalah 2,5-3,5 gr/kg/hari dan pada masa balita, kebutuhannya sebesar 2-3 gr/kg/hari. Protein hewani (susu, telur, daging, ikan) lebih unggul daripada protein yang berasal dari sumber-sumber nabati (kacang-kacangan, sereal, dan lain-lain) karena keseimbangannya yang baik dan kandungan asam amino esensialnya yang lebih

tinggi. Jika protein dari nabati saja maka intakenya harus lebih besar dan dietnya harus lebih beragam, karena kekurangan protein nabati satu akan diimbangi dengan zat gizi lain. Dengan makanan yang bervariasi maka zat gizi juga akan saling melengkapi antara zat satu dengan yang lain.

Pemberian bahan makanan sumber protein harus mempertimbangkan nilai protein pada setiap makanan, seperti kandungan protein dalam makanan kering dan tidak saja melihat persentase protein dalam makanan tersebut. Contohnya, adalah perbandingan kandungan protein dalam susu sapi dan beras (nasi). Perbandingan persentase protein susu sapi dan beras disajikan pada tabel 2.7.

Tabel 2.7 Perbandingan persentase protein susu sapi dan beras

Jenis zat gizi	Susu sapi	Beras
% protein	3	7
% total nutrient kering	15	95
% air	85	5
Proporsi protein/total nutrient kering	$3/15=0,2$	$7/95=0,07$

Sumber : Ebrahim (1992)

Jadi, sekalipun tampaknya pesentase protein dalam susu sapi rendah, kenyataannya susu sapi merupakan sumber protein yang lebih tinggi daripada beras.

Klasifikasi tingkat konsumsi individu berdasarkan Buku Pedoman Petugas Gizi Puskesmas, Depkes RI (1990) dibagi menjadi empat cut of point masing-masing sebagai berikut :

1. Baik : 100 % AKG
2. Sedang : 80-90 % AKG
3. Kurang : 70-80 % AKG
4. Defisit : < 70 % AKG

3) Pola Konsumsi Pangan

Pola konsumsi pangan adalah jumlah makanan dan jenis serta banyak bahan makan dalam pola pangan di suatu negara yang berkembang dari pangan setempat (Suhardjo, 1986). Konsumsi makanan merupakan macam atau jumlah bahan makanan yang dikonsumsi seseorang atau sekelompok orang dalam suatu waktu, biasanya berkembang dari pangan setempat atau dari pangan yang telah ditanam ditempat tersebut. Disamping itu kelangkaan pangan dan kebiasaan bekerja dari keluarga, berpengaruh pula terhadap pola makan. Menurut Suharjo (1988) di beberapa daerah pedesaan di Asia Tenggara kebiasaannya hanya makan satu-dua kali sehari, termasuk pedesaan atau kelompok keluarga yang berpenghasilan kurang di Indonesia kebiasaannya. Kedua kebiasaan tersebut mungkin berkembang sekitar jam kerja yang panjang yang diperlukan dalam cara bertani padat karya, kalau hanya makan satu-dua kali sehari bagi balita sangat kurang, karena seharusnya balita tidak boleh dibiarkan berjam-jam tidak makan. Seharusnya mereka makan 5-6 kali sehari (Anonim, 1995). Keluarga umumnya hanya makan dua kali sehari yaitu pada pagi dan sore, dan diantara selang makan tersebut anak juga jarang diberi makanan selingan. Hal ini mungkin yang menjadi salah satu sebab kurangnya masukan kalori dan protein pada balita. Oleh sebab itu, menurut Lisdiana sebaiknya sedapat mungkin diupayakan bagi balita agar menambah frekuensi makan menjadi tiga kali, atau memberikan makanan selingan yang cukup antara dua waktu makan (Lisdiana, 1998).

Frekuensi konsumsi pangan dapat diketahui melalui *food frequency Questionary*. Pola konsumsi yang didapat dari metode ini bersifat kualitatif (Badan Ketahanan Pangan Jatim, 2005)

4) Pantangan Makanan

Sehubungan dengan pangan biasanya dipandang pantas makan, dijumpai banyak pola pantangan, tahayul, dan larangan pada beragam kebudayaan dan daerah yang berlainan. Orang dapat menentukan apa yang akan digunakan sebagai makanan, untuk siapa, dan dalam keadaan bagaimana makanan tersebut dimakan, karena makanan tidak hanya memuaskan rasa lapar tetapi juga memberi rasa senang (Baliwati, 2004).

Di berbagai daerah, makanan yang bergizi dihindarkan dari anak-anak, karena takut akibat-akibat yang disebabkan makanan tersebut. Di beberapa wilayah Indonesia misalnya, ikan dilarang untuk anak-anak karena menurut kepercayaan mereka, ikan akan menyebabkan penyakit cacangan, sakit mata, atau sakit kulit. Di tempat lain, kacang-kacangan yang kaya protein seringkali tidak diberikan kepada anak-anak karena khawatir perut anaknya akan kembung (Suhardjo, 1988).

2. Pola Asuh Perawatan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan gizi serta sarana kesehatan yang lain seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan dan dokter. Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan karena jauh atau tidak mampu membayar, kurangnya pendidikan, dan pengetahuan merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia, hal itu berdampak juga pada status gizi anak (Bumbungan, 2003).

Menurut Pudjiadi, 2003 penyakit gangguan gizi seperti kurang energi protein yang terjadi pada golongan balita usia ini karena mereka berasal dari golongan sosio-ekonomi rendah dan jarang mengunjungi balai pengobatan. Pemerintah berusaha supaya anak-anak dapat perawatan kesehatan yang baik dengan tersebarnya balai pengobatan (puskesmas) di kota maupun desa dan posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), tujuannya adalah untuk memberi nasihat gizi.

2.4 Bawah Lima Tahun (Balita)

2.4.1 Pengertian Balita

Bawah Lima Tahun atau sering disingkat sebagai Balita merupakan salah satu periode usia manusia setelah bayi sebelum anak awal. Rentang usia balita dimulai dari dua sampai dengan lima tahun, atau biasa digunakan perhitungan bulan yaitu usia 24-60 bulan. Periode usia ini disebut juga sebagai usia prasekolah.

2.4.2 Ciri Khas Perkembangan Balita

1. Perkembangan Fisik

Pertambahan berat badan menurun, terutama di awal balita. Hal ini terjadi karena balita menggunakan banyak energi untuk bergerak.

2. Perkembangan psikologis

1) Psikomotor

Terjadi perubahan yang cukup drastis dari kemampuan psikomotor balita yang mulai terampil dalam pergerakannya (*lokomotion*). Mulai melatih kemampuan motorik kasar misalnya berlari, memanjat, melompat, berguling, berjinjit, menggenggam, melempar yang berguna untuk mengelola keseimbangan tubuh dan mempertahankan rentang atensi.

Pada akhir periode balita kemampuan motorik halus anak juga mulai terlatih seperti meronce, menulis, menggambar, menggunakan gerakan *pincer* yaitu memegang benda dengan hanya menggunakan jari telunjuk dan ibu jari seperti memegang alat tulis atau mencubit serta memegang sendok dan menyuapkan makanan kemulutnya, mengikat tali sepatu.

2) Kognitif

Pada periode usia ini pemahaman terhadap obyek telah lebih ajeg. Balita memahami bahwa obyek yang diaembunyikan masih tetap ada, dan akan mengetahui keberadaan obyek tersebut jika proses penyembunyian terlihat oleh mereka. Akan tetapi jika proses penghilangan obyek tidak terlihat, balita mengetahui benda tersebut masih ada, namun tidak mengetahui dengan tepat letak obyek tersebut. Balita akan mencari pada tempat terakhir ia melihat obyek tersebut. Oleh karena itu pada permainan sulap sederhana, balita masih kesulitan untuk membuat prediksi tempat persembunyian obyek sulap.

Kemampuan bahasa balita bertumbuh dengan pesat. Pada periode awal balita yaitu usia dua tahun kosa kata rata-rata balita adalah 50 kata, pada usia lima tahun telah menjadi diatas 1000 kosa kata. Pada usia tiga tahun balita mulai berbicara dengan kalimat sederhana berisi tiga kata dan mulai mempelajari tata bahasa dari bahasa ibunya. contoh kalimat: Usia 24 bulan: "Haus, minum"
Usia 36 bulan: "Aku haus minta minum"

3) Sosial dan Individu

Pada periode usia ini balita mulai belajar berinteraksi dengan lingkungan sosial diluar keluarga, pada awal masa balita, bermain bersama berarti bersama-sama berada pada suatu tempat dengan sebaya, namun tidak bersama-sama dalam

satu permainan interaktif. Pada akhir masa balita, bermain bersama berarti melakukan kegiatan bersama-sama dengan melibatkan aturan permainan dan pembagian peran.

Balita mulai memahami dirinya sebagai individu yang memiliki atribut tertentu seperti nama, jenis kelamin, mulai merasa berbeda dengan orang lain dilingkungannya. Mekanisme perkembangan ego yang drastis untuk membedakan dirinya dengan individu lain ditandai oleh kepemilikan yang tinggi terhadap barang pribadi maupun orang signifikannya sehingga pada usia ini balita sulit untuk dapat berbagi dengan orang lain.

4. Pendidikan dan pengembangan

Cara belajar yang dilakukan pada usia prasekolah ini melalui bermain serta rangsang dari lingkungannya, terutama lingkungan rumah. Terdapat pula pendidikan di luar rumah yang melakukan kegiatan belajar lebih terprogram dan terstruktur, walau tidak selamanya lebih baik.

1) Bermain

(1) Permainan peran, melatih kemampuan pemahaman sosial
contoh: permainan sekolah, dokter-dokteran, ruman-rumahan dll.

(2) Permainan imajinasi melatih kemampuan kreativitas anak

(3) Permainan motorik, melatih kemampuan motorik kasar dan halus.

Motorik Kasar contoh: *spider web*, permainan palang, permainan keseimbangan dll
Motorik halus: meronce, mewarnai, menyuap

2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pola Asuh Balita

2.5.1 Karakteristik Anak Balita

1. Usia Balita

Pada balita yang berusia 1-5 tahun pertumbuhan mereka tidak sepesat masa bayi, tetapi aktivitas mereka lebih banyak. Berdasarkan data yang ada, kelompok ini rawan terhadap penyakit infeksi dan kurang gizi (Lisdiana, 1998). Kondisi yang merugikan penyediaan makanan bagi kelompok balita (As'ad, 2002) adalah :

1. Anak balita masih dalam periode transisi dari makanan bayi ke makanan orang dewasa jadi memerlukan adaptasi.
2. Anak balita dianggap kelompok usia yang belum berguna bagi keluarga sehingga anak tidak diperhatikan dan pengurusannya sering diserahkan kepada saudaranya yang lebih tua, mereka sering belum cukup pengalaman dan ketrampilan untuk mengurus anak dengan baik.
3. Ibu sudah mempunyai anak lagi atau sudah bekerja penuh sehingga tidak lagi dapat memberikan perhatian kepada anak balita apalagi mengurusnya.
4. Anak balita masih belum dapat, mengurus dirinya sendiri dengan baik dan belum dapat mendapatkan sendiri apa yang diperlukannya untuk makanannya.
5. Anak balita mulai turun ke tanah dan berkenalan dengan berbagai kondisi yang memberikan infeksi atau penyakit lain padahal tubuhnya belum cukup mempunyai imunitas atau daya tahan melawan penyakit atau menghindarkan kondisi lain yang membahayakan bagi dirinya.

2. Jenis Kelamin Balita

Pada masyarakat tradisional wanita mempunyai status lebih rendah dibandingkan laki-laki. Di masyarakat tertentu juga, ayah mempunyai prioritas

utama atas jumlah dan jenis makanan tertentu dalam keluarga, setelah itu anak laki-laki baru kemudian wanita, anak wanita dan anak yang masih kecil. Hal itu menyebabkan angka kematian bayi dan malnutrisi masih tinggi pada wanita (Khumaidi, 2004).

Pada saat anak berusia 2-3 tahun, perhatian ibu pada anaknya biasanya mulai berkurang, pada kelompok masyarakat tertentu, keadaan ini lebih sering terjadi bagi anak perempuan. Penghentian perawatan oleh ibu sering mengakibatkan terjadinya penghentian pemberian ASI secara mendadak sebelum usia 2 tahun. Hal itu menyebabkan gangguan psikis pada anak dan hilangnya nafsu makan sehingga memperburuk status gizi balita (Depper RI, 1996)

3. Berat Badan Lahir

Berat badan bayi ikut mempengaruhi kejadian malnutrisi karena bayi yang berat badannya rendah mempunyai resiko kematian lebih tinggi. BBLR ini cenderung terjadi karena kekurangan gizi pada ibu selama kehamilan. Kekurangan gizi pada ibu yang lama dan berkelanjutan selama masa kehamilan akan berakibat lebih buruk pada janin dan bisa menyebabkan malnutrisi akut (Soetjningsih, 1998).

2.5.2 Karakteristik Pengasuh

1. Usia Pengasuh

Usia pengasuh juga berpengaruh terhadap pengasuhan balita, seperti bila pengasuhan diserahkan ke kakak perempuan yang biasanya berusia 11-12 tahun, kualitas perhatian terhadapnya sangat kurang karena pengasuhnya juga masih anak-anak. Hal itu akan mempengaruhi pola makan si anak karena bila balita menangis karena lapar tetapi makanan tidak diberikan karena dianggap belum

waktunya makan atau kakaknya sedang asyik bermain (Depper RI, 1996). Selain itu mereka mungkin belum mempunyai kemampuan dan pengalaman pengasuh yang memadai, maka dalam keadaan ini akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak (Bumbungan, 2003).

2. Tingkat Pendidikan Pengasuh

Pendidikan orang tua merupakan faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik. Bagaimana menjaga kesehatan anak, dan pengetahuan gizi (Riyadi, 2005).

Pengasuh balita sebagian besar adalah wanita, di masyarakat masih banyak ditemukan wanita yang buta huruf, hal ini akan membuat masalah ini semakin bertambah prevalensinya karena rendahnya tingkat pendidikan ibu menyebabkan berbagai keterbatasan dalam menangani masalah gizi dan kesehatan keluarga serta anak balitanya (Riyadi, 2005).

3. Pekerjaan Pengasuh

Beban kerja ibu akan dapat mempengaruhi kapasitas pengasuhan anak. Menurut Mc. Guire dan Popkin (1990) bahwa ibu-ibu di negara miskin dan berkembang sebagian besar waktu mereka habis untuk peningkatan ekonomi keluarga, baik di sektor pertanian, industri rumah tangga serta kegiatan produksi lain. Bila dikutip pendapat Bashor (2001) yang dikutip dari Hemas dalam Bumbungan, 2003 saat ini wanita sebagai ibu tidak hanya dituntut masak, macak, manak, tetapi juga dituntut bekerja mencari tambahan pendapatan keluarga.

Sebagai akibat wanita bekerja maka mereka akan memberikan waktu terbatas pada anaknya, sehingga waktu yang mereka berikan untuk mengasuh

anaknyanya adalah waktu luang dan istirahatnya. Bila di ikuti pendapat Leslie (1989) dalam Bumbungan 2003, hubungan antara ibu bekerja (beban kerja) dengan status gizi dan kesehatan anak bisa berdampak positif dan bisa pula berdampak negatif. Dampak positif dari ibu bekerja karena terjadi peningkatan pendapatan ibu yang sekaligus bisa meningkatkan kontrol ibu terhadap pendapatan keluarga. Pada akhirnya akan terjadi peningkatan ketersediaan, distribusi makanan yang baik bagi anak dan akhirnya terjadi peningkatan asupan makanan.

4. Hubungan Pengasuh dengan Balita

Pengasuh yang utama adalah ibu, karena ibu adalah tempat anak mendapatkan kasih sayang yang pertama. Jika ibu bekerja maka biasanya anak di asuh oleh nenek atau keluarga yang lain. Menurut Zeittlin, et.al; 1990 hubungan nenek akan semakin membaik saat nenek menjelang usia setengah baya. Semua rasa kasih sayang dan kelambatan nenek akan diarahkan lebih banyak pada cucu-cucunya. Sikap nenek pada cucu dipenuhi dengan rasa dan emosi yang sama seperti ia menghadapi sendiri (Kartono, 1992).

5. Pengetahuan tentang Gizi dan Tata Cara Mengasuh Anak

Kurangnya pengetahuan tentang gizi oleh pengasuh sangat berpengaruh terhadap terjadinya kurang gizi, karena kurang pengetahuan bisa menyebabkan seseorang tidak bisa memanfaatkan sumber daya yang dimilikinya. Padahal dengan sumber daya tersebut sebenarnya dia bisa meningkatkan gizi keluarganya.

Status ekonomi yang tinggi belum tentu menjamin tercapainya keadaan gizi yang baik bila tidak disertai pengetahuan gizi seperti memilih, menyimpan, memperoleh dan mengolah makanan yang baik, murah, dan bergizi. Pada keluarga yang mampu, pangan dalam jumlah yang cukup dapat dengan mudah

terbeli, tetapi jika kurang pandai memilih jenis pangan yang baik mutu gizi dan keragaman pangannya, maka keluarga tersebut masih belum dapat mencukupi kebutuhan zat gizi yang diperlukan oleh anggota keluarganya (Departemen Pertanian, 1996). Selain pengetahuan gizi juga mempengaruhi konsumsi pangan dan status gizi anak. Pengetahuan yang dimiliki seseorang tentang kebutuhan gizi dapat menentukan jumlah dan jenis bahan pangan yang dikonsumsi (Suharjo, 1996).

2.5.3 Peran Ayah

1. Tingkat Pendidikan Ayah

Ayah sebagai kepala keluarga menentukan keputusan dalam sebuah keluarga tersebut (Guharja, et. Al: 1994). Tingkat pendidikan ayah dan pendapatan keluarga mempunyai korelasi yang erat pada umumnya orang yang berpendidikan tinggi mempunyai kognitif lebih sehingga akan berpengaruh pada kemampuan bekerja baik ditinjau dari segi kuantitas (produksi) maupun kualitas pekerjaan. Hal tersebut akan berpengaruh pada pendapatan keluarga (Guhardja, et. Al., 1994).

2. Pendapatan dan Pengeluaran Keluarga

Pendapatan atau penghasilan keluarga akan dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat (BPS, 2003). Pertambahan pendapatan berhubungan dengan perbaikan gizi karena dengan pendapatan bertambah maka bahan makanan yang dibeli juga bertambah. Anak yang orang tuanya berpenghasilan rendah biasanya diberi makan yang kurang bergizi. Di negara berkembang, masyarakat miskin sebagian besar membelanjakan penghasilannya untuk membeli makan. Studi di India Selatan, keluarga miskin membelanjakan 80% dari penghasilannya

untuk membeli makanan, sedangkan yang serba kecukupan hanya membelanjakan 45% saja.

Jika pendapatan naik maka masyarakat miskin biasanya memanfaatkan untuk penambahan pembelian pangan seperti buah, sayur, dan berbagai jenis bahan pangan lain. Peningkatan pendapatan juga meningkatkan pembelian bahan-bahan yang berprotein tinggi, selain itu peningkatan pendapatan akan menentukan jenis pangan apa yang akan dibeli. Jadi, pendapatan keluarga merupakan faktor penting yang menentukan kualitas maupun kuantitas makanan di keluarga. Peningkatan penghasilan di keluarga akan mempengaruhi daya beli terhadap makanan yang bergizi karena tingkat penghasilan menentukan jenis makanan yang akan dibeli, terutama bagi balitanya (Berg, 1987). Walaupun dijumpai penghasilan yang memadai tapi status gizi kurang. Hal ini disebabkan kurang baiknya pengaturan belanja mutu dan keragaman pangan serta belum terbiasa membuat perencanaan pengeluaran keluarga yang baik (Sayogyo, 1986).

Peningkatan pendapatan bisa membawa perbaikan gizi, hal ini didasarkan pada serangkaian asumsi (Berg, 1989) :

- 1) Peningkatan pendapatan perkapita nasional berarti akan memperbesar dan meningkatkan pendapatan golongan miskin untuk perbaikan gizi.
- 2) Peningkatan pendapatan untuk orang-orang miskin akan segera membawa peningkatan dalam jumlah pembelanjaan makanan untuk keluarga.
- 3) Peningkatan pengeluaran makan oleh keluarga- keluarga miskin akan segera membawa peningkatan dalam jumlah pembelanjaan makanan untuk keluarga.
- 4) Perbaikan gizi keluarga akan sangat berarti pada anggota keluarga yang sangat membutuhkan gizi.

Menurut Khomsan (1996) pengeluaran sering dijadikan pendekatan untuk menaksir pendapatan, namun apabila angka tersebut terjaring ketidakseimbangan ini dapat ditinjau dari 2 segi. Pertama jika pendapatan total lebih besar daripada pengeluaran maka mungkin karena pengeluaran non pangan tidak terjaring dengan baik, kedua jika pendapatan lebih kecil daripada pengeluaran maka hal ini terjadi perkiraan biaya pengeluaran yang terlalu tinggi dan perkiraan pendapatan terlalu rendah. Alasan menggunakan pengeluaran sebagai pendekatan dalam menaksir pendapatan antara lain karena data pengeluaran meliputi penghasilan bertambah dengan hasil-hasil seperti pemakaian tabungan masa lalu, pinjaman, dan pemberian.

3. Jumlah Anggota Keluarga

Hubungan antara laju kelahiran yang tinggi dan kurang gizi, sangat nyata pada masing-masing keluarga. Sumber pangan keluarga akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makanannya jika yang harus diberi makan jumlahnya sedikit. 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.

Anak-anak yang tumbuh di keluarga miskin paling rawan terhadap kurang gizi daripada anggota keluarga yang lain karena anak yang paling kecil biasanya paling berpengaruh oleh kekurangan pangan. Hal itu disebabkan karena bila besarnya keluarga bertambah, maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak yang lebih muda memerlukan pangan relatif lebih banyak daripada anak-anak yang lebih tua. Dengan demikian,

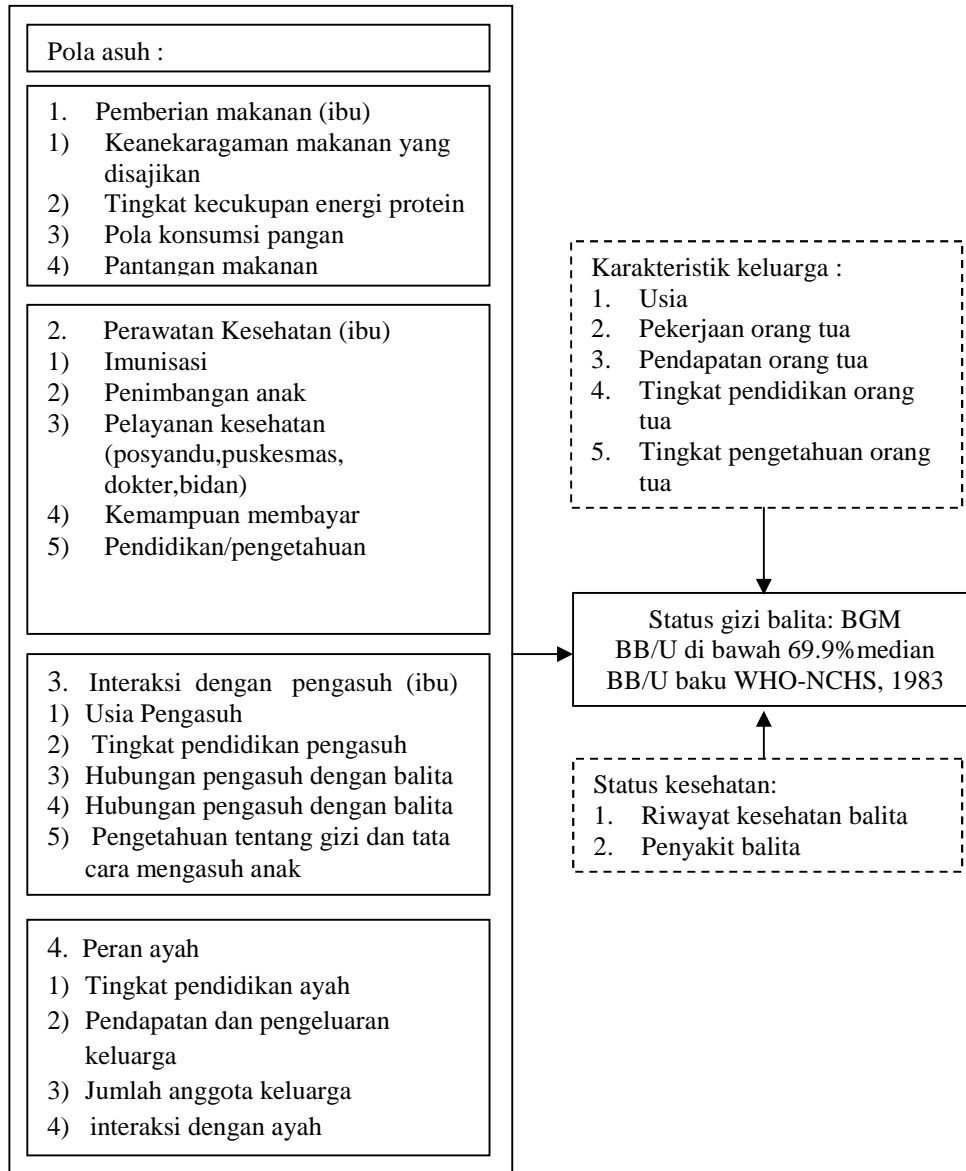
anak-anak yang muda mungkin tidak diberi cukup makan. Kurang energi protein jarang dijumpai bila jumlah anggota keluarganya kecil.

Setelah anak-anak, wanita yang hamil tetapi masih menyusui anaknya akan meningkatkan kerawanan ibu-ibu terhadap rawan gizi. Tetapi, anak dalam jumlah yang lebih kecil dalam suatu keluarga akan mengurangi kerawanan ibu-ibu terhadap kurang gizi (Suhardjo, 1988).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor Pola Asuh Orang Tua Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM)

Keterangan :

Karakteristik keluarga meliputi usia, jenis pekerjaan, pendapatan orang tua, tingkat pengetahuan orang tua, jumlah anggota keluarga, jumlah anak, dan karakteristik balita yang meliputi usia, jenis kelamin, dan berat badan dapat mempengaruhi pola asuh, yaitu pola pemberian makanan yang terdiri dari keanekaragaman makanan yang disajikan, tingkat kecukupan energi protein, pola konsumsi pangan dan pantangan makanan, sehingga dapat berpengaruh terhadap status gizi balita.

Selain karakteristik keluarga dan karakteristik balita, status balita yang dipengaruhi oleh kebutuhan dasar anak, yaitu pola asuh, yaitu pola perawatan kesehatan yang terdiri dari imunisasi, penimbangan anak, pelayanan kesehatan (posyandu, puskesmas, dokter, bidan), ketmampuan membayar, pendidikan atau pengetahuan. Interaksi dengan pengasuh terdiri dari usia pengasuh, tingkat pendidikan pengasuh dan hubungan pengasuh dengan balita. Peran ayah terdiri dari tingkat pendidikan ayah, pendapatan dan pengeluaran keluarga serta jumlah anggota keluarga.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi status gizi balita, antara lain interaksi dengan pengasuh dan peran ayah yang berpengaruh terhadap status kesehatan (meliputi riwayat kesehatan dan penyakit kesehatan) yang akan mempengaruhi status gizi.

3.2 Hipotesa

1. Ada hubungan antara pola asuh orang tua dalam pemberian makanan dengan balita status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM).

2. Ada hubungan antara pola asuh orang tua dalam perawatan kesehatan dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM).
3. Ada hubungan antara pola asuh orang tua tentang interaksi dengan pengasuh pada status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM).
4. Ada hubungan antara pola asuh orang tua tentang peran ayah pada status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM).

BAB 4

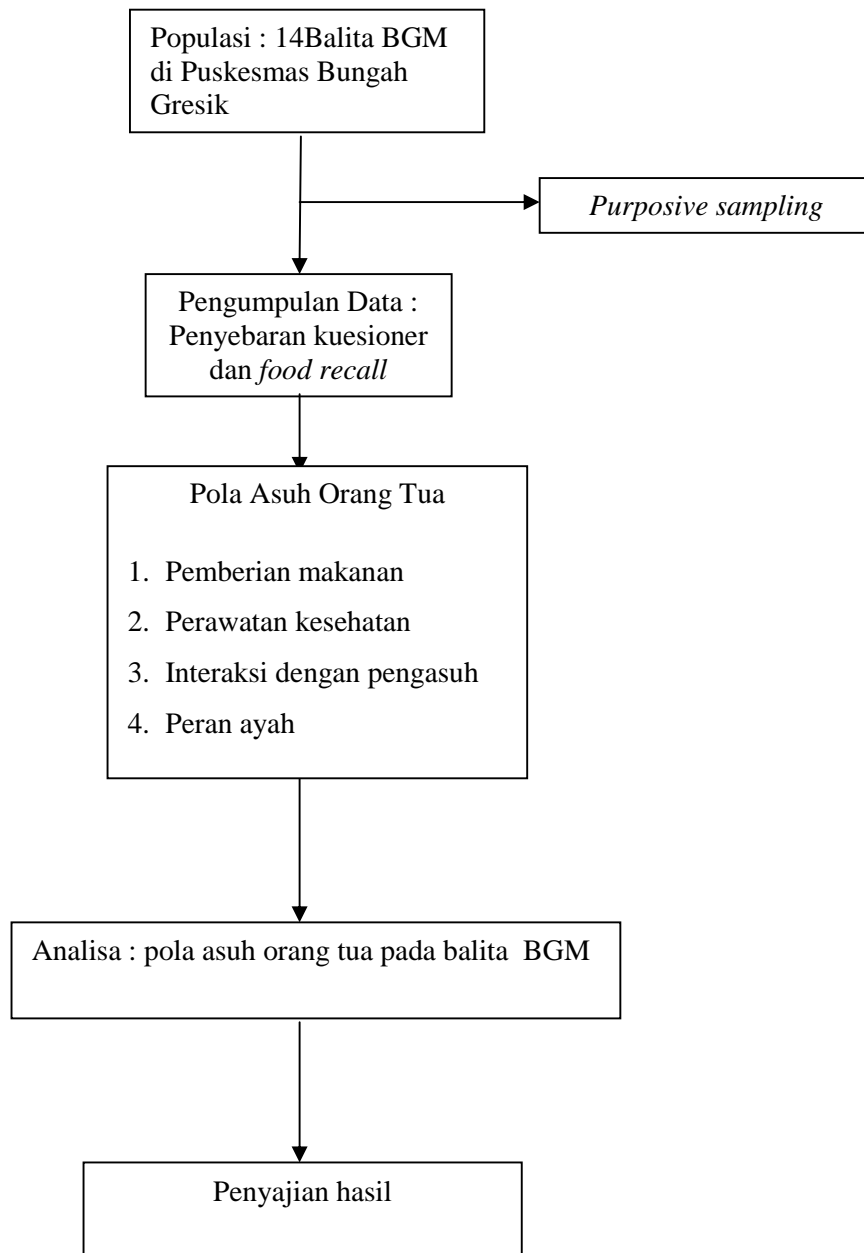
METODE PENELITIAN

Metode merupakan cara yang digunakan untuk memecahkan masalah. Hal yang tercakup di dalam metode penelitian adalah desain penelitian, kerangka kerja, populasi dan sampel, identifikasi variabel dan definisi operasional, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, analisa data, etik penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *cross-sectional*. Penelitian *cross-sectional* adalah penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel hanya satu kali pada satu saat, jadi tidak ada tindak lanjut. Jenis rancangan penelitian yang digunakan yaitu survei. Survei adalah suatu rancangan yang digunakan untuk menyediakan informasi yang berhubungan dengan prevalensi, distribusi, dan hubungan antar variabel dalam suatu populasi, pada survei tidak ada intervensi. Metode yang digunakan dalam mengumpulkan data survei menggunakan tanya jawab dengan penyebaran kuesioner dan *food recall* (Nursalam, 2008).

4.2 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian analisis faktor pola asuh orang tua pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik Juli 2009

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Menurut Sastroasmoro dan Ismail (1995) populasi adalah sekelompok subyek atau data dengan karakteristik tertentu. Populasi penelitian adalah setiap subyek (misalnya manusia : pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan untuk diteliti (Nursalam, 2008). Dalam penelitian populasi adalah ibu seluruh balita sampai bulan April 2009 yang tercatat sebagai balita Bawah Garis Merah BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang diteliti (Sastroasmoro dan Ismail, 1995). Dalam penelitian ini digunakan kriteria sampel yaitu inklusi dan eksklusi

1. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

- 1) Ibu dari balita yang Bawah Garis Merah (BGM)
- 2) Ibu dapat berkomunikasi dengan baik
- 3) Penduduk tetap di Kecamatan Bungah Gresik
- 4) Ibu bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari suatu studi (Nursalam, 2008). Kriteria

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah :

1. Riwayat kesehatan balita
2. Penyakit balita

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Sampel diambil *purposive sampling* disebut juga *judgement sampling*. Purposive sampling adalah suatu teknik pengambilan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008).

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini dibedakan antara variabel independen dan dependen.

4.4.1 Variabel

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini, variabel independennya adalah pola asuh pemberian makanan, perawatan kesehatan, interaksi dengan pengasuh dan peran ayah balita.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Pola Asuh Orang Tua Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik

Variabel	Definisi Variabel	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel : pola asuh orang tua	Perilaku atau tindakan orang tua yang mempengaruhi pertumbuhan dan status gizi anak				
1. Pola pemberian makanan	Perilaku atau tindakan orang tua dalam pemberian makanan pada anak yang mempengaruhi pertumbuhan dan status gizi anak	<ol style="list-style-type: none"> 1) Keanekaragaman makanan yang disajikan 2) Tingkat kecukupan energi protein 3) Pola konsumsi pangan 4) Pantangan makanan 	<i>Food recall</i>	ordinal	Metode recall 2×24 jam, dengan klasifikasi Defisit, bila <70% AKG Kurang, bila 70-79% AKG Sedang, bila 80-99% AKG Baik, bila 100% AKG (Depkes RI, 1999).
2. Pola perawatan kesehatan	Perilaku atau tindakan orang tua dalam perawatan kesehatan pada anak yang mempengaruhi status gizi anak	<ol style="list-style-type: none"> 1) Imunisasi 2) Penimbangan anak 3) Pelayanan kesehatan (posyandu, puskesmas, dokter, bidan) 4) Kemampuan membayar 5) Pendidikan atau pengetahuan 	kuesioner	nominal	Wawancara dengan kuesioner meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Baik = 3 2. Sedang = 2 3. Kurang = 1
3. Interaksi dengan pengasuh	Hubungan pengasuh dengan balita yang dapat mempengaruhi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Usia pengasuh 2) Tingkat pendidikan pengasuh 3) Pekerjaan 	kuesioner	Nominal	Wawancara dengan kuesioner meliputi :

4.Peran ayah	status gizi balita Ayah sebagai tulang punggung keluarga untuk menghidupi seluruh keluarga yang mana semakin banyak anggota keluarga maka semakin banyak pengeluaran dan memberikan dukungan pada istri dalam mengasuh anak	<p>pengasuh</p> <p>4) Hubungan pengasuh dengan balita</p> <p>5) Pengetahuan tentang gizi dan tata cara mengasuh anak</p> <p>1) Tingkat pendidikan ayah</p> <p>2) Pendapatan dan pengeluaran keluarga</p> <p>3) Jumlah anggota keluarga</p>	Wawancara terstruktur		<p>1. Baik = 3</p> <p>2. Sedang = 2</p> <p>3. Kurang = 1</p> <p>SD = 1</p> <p>SLTP = 2</p> <p>SMA = 3</p> <p>1. Baik = 3</p> <p>2. Cukup = 2</p> <p>3. Kurang = 1</p> <p>3 orang = 1</p> <p>4 orang = 2</p> <p>5 orang = 3</p> <p>> 5 orang = 4</p>
Variabel Dependen					
Status Gizi BGM	Balita yang ditimbang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS	BB/U	NCHS- WHO	Nominal	<p>Sedang = 1 (70% median BB/U Baku,WHO-NCHS,1983)</p> <p>Kurang = 2 (60% median BB/U Baku,WHO-NCHS,1983)</p> <p>Buruk = 3 (<60% median BB/U Baku,WHO-NCHS,1983)</p>

4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrumen Penelitian

Instrumen adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang ia ketahui (Arikunto, 2002). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara terstruktur tentang pola asuh pemberian makanan dan pola asuh perawatan kesehatan yang terdiri dari 10 pertanyaan *open ended*. Wawancara terstruktur meliputi data demografi, pola asuh pemberian makanan, pola asuh perawatan kesehatan, interaksi dengan pengasuh dan peran ayah.

4.6.2 Lokasi dan Waktu

Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik pada tanggal 27-29 Juli 2009

4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

1. Sebelum dilakukan penelitian atau pengambilan data, peneliti memberikan informasi tentang penelitian dan tujuannya pada calon responden
2. Peneliti meminta persetujuan kepada calon responden
3. Peneliti mendapat data balita Bawah Garis Merah dari Puskesmas Bungah Gresik. Data dikumpulkan dengan pendekatan dengan kuesioner dan *food recall* meliputi data demografi, pola asuh pemberian makanan, pola asuh perawatan kesehatan, interaksi dengan pengasuh dan peran ayah.

4.6.4 Analisis Data

Data yang diperoleh terlebih dahulu dicek kelengkapannya, diedit, untuk melihat isian dan konsistensinya.

Penelitian *cross-sectional* adalah penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel hanya satu kali pada satu saat, jadi tidak ada tindak lanjut.

4.7 Etik Penelitian

Dalam penelitian ini yang menggunakan manusia sebagai subyek tidak boleh bertentangan dengan etika. Di bawah ini dijelaskan beberapa etika dalam penelitian

4.7.1 Surat Persetujuan (*informed consent*)

Lembar persetujuan sebagai sampel akan diberikan sebelum penelitian dilakukan kepada responden. Setiap calon responden diberi penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian serta diminta kesediaannya menjadi responden penelitian. Keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Peneliti tetap menghargai dan menghormati hak-hak responden.

4.7.2 Tanpa Nama (*anonymity*)

Nama responden tidak akan dicantumkan pada lembar pengumpulan data, peneliti hanya menggunakan kode yang diketahuinya, dengan tujuan untuk menjaga kerahasiaan identitas responden.

4.7.3 Kerahasiaan (*confidentially*)

Semua data yang diperoleh dijaga kerahasiannya oleh peneliti. Hanya data-data tertentu yang disampaikan tanpa menyebut nama responden yang menjadi sumber data.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Pada penelitian ini, keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

1. Seluruh pengambilan sampel yang digunakan peneliti terbatas, sehingga dimungkinkan kurang representatif sehingga tingkat validitas dan reabilitas hasil penelitian belum maksimal.
2. Pengambilan sampel hanya terbatas pada BB/U sehingga pengukuran dengan BB/TB tidak diketahui pada penelitian ini.
3. Keterbatasan peneliti dalam membuat instrument pengumpulan data belum pernah diuji cobakan, sehingga tingkat validitas dan reabilitasnya masih belum dapat diketahui.
4. Kemampuan peneliti masih sangat terbatas dalam bidang riset karena pada penelitian yang akan dilakukan ini merupakan penelitian yang pertama.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan di bahas mengenai hasil penelitian dan pembahasan tentang analisis faktor pola asuh orang tua pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di wilayah kerja Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.

Pengambilan data penelitian dilakukan pada tanggal 27 Juli 2009- 29 Juli 2009. Jumlah responden yang terlibat dalam pengumpulan data sebanyak 14 ibu balita dan semuanya sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini. Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi. Pada penyajian hasil dibagi dalam tiga bagian yaitu : 1) Gambaran umum lokasi penelitian. 2) Karakteristik demografi responden yang menampilkan karakteristik responden yaitu pendidikan ayah dan ibu, pekerjaan ayah dan ibu, jenis kelamin balita, serta penghasilan keluarga tiap bulan. 3) Variabel yang di ukur meliputi pola pengasuhan pemberian makanan, pola penhasuhan perawatan kesehatan, pola pengasuhan orang tua tentang interaksi pengasuh dengan balita, serta peran ayah.

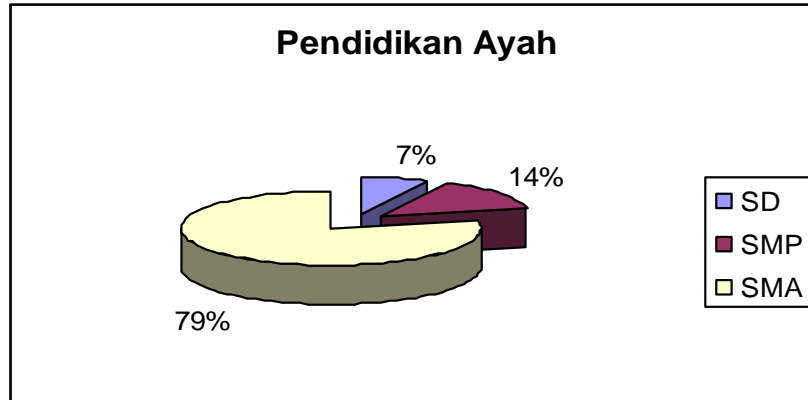
5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik terletak di jl. Raya Bungah no.15 Bungah Gresik. Posyandu yang ada sebanyak 71 posyandu. Kader yang ada sebanyak 355 kader. Kader yang lapor sebanyak 355 kader. Jumlah desa di Kecamatan Bungah sebanyak 22 desa. Jumlah Puskesmas Pembantu sebanyak 5 Puskesmas. Jumlah Polindes sebanyak 16 Polindes.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

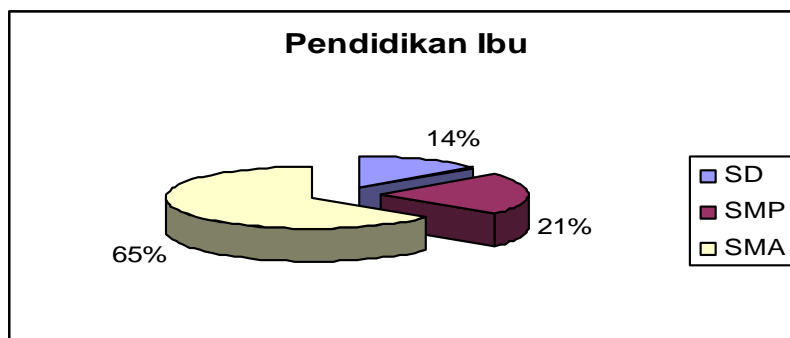
1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ayah



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ayah di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari Gambar 5.1 di atas menunjukkan bahwa pendidikan ayah tingkat SD sebanyak 1 orang (7%) dan pendidikan tingkat SMP sebanyak 2 orang (14 %) sedangkan yang paling banyak mayoritas pendidikan ayah tingkat SMA sebanyak 11 orang (79%).

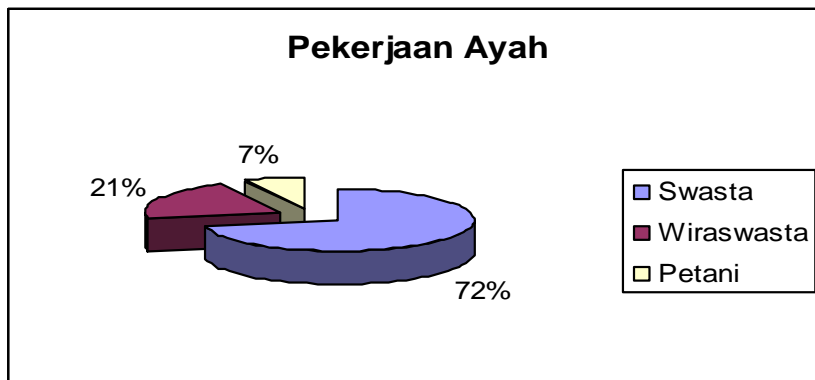
2. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari Gambar 5.2 di atas menunjukkan bahwa pendidikan ibu tingkat SD sebanyak 2 orang (14 %) dan pada tingkat pendidikan SMP sebanyak 3 orang (21%) dan pendidikan ibu mayoritas paling banyak tingkat SMA sebanyak 9 orang (64%).

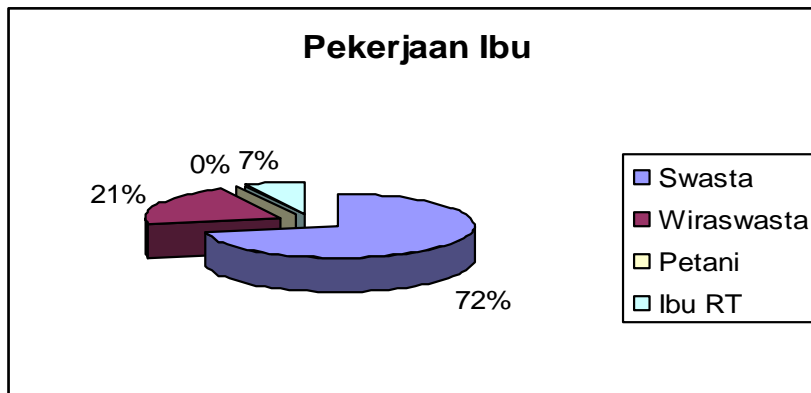
3. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ayah



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ayah di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari Gambar 5.3 di atas menunjukkan bahwa pekerjaan ayah sebagai petani sebanyak 1 orang (7%) dan wiraswasta sebanyak 3 orang (21%) dan yang paling banyak mayoritas pekerjaan ayah adalah swasta sebanyak 10 orang (72%).

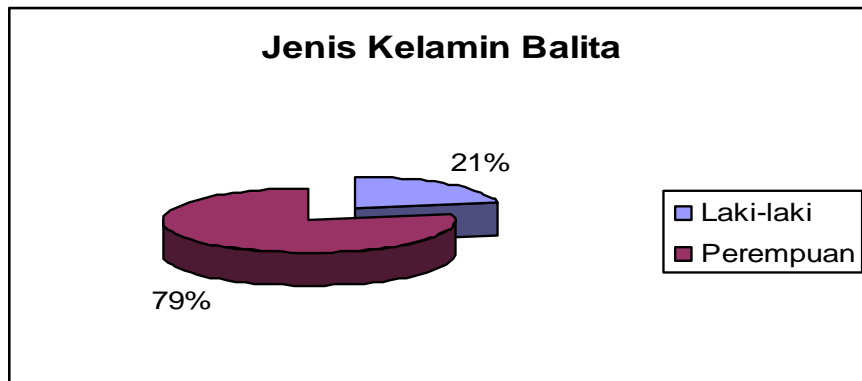
4. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu



Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari Gambar 5.4 di atas menunjukkan bahwa pekerjaan ibu sebagai petani tidak ada 0(0%) dan yang pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga sebanyak 1 orang (7%) sedangkan yang pekerjaannya sebagai wiraswasta sebanyak 3 orang (21%) yang mayoritas pekerjaan ibu adalah swasta sebanyak 10 orang (72%).

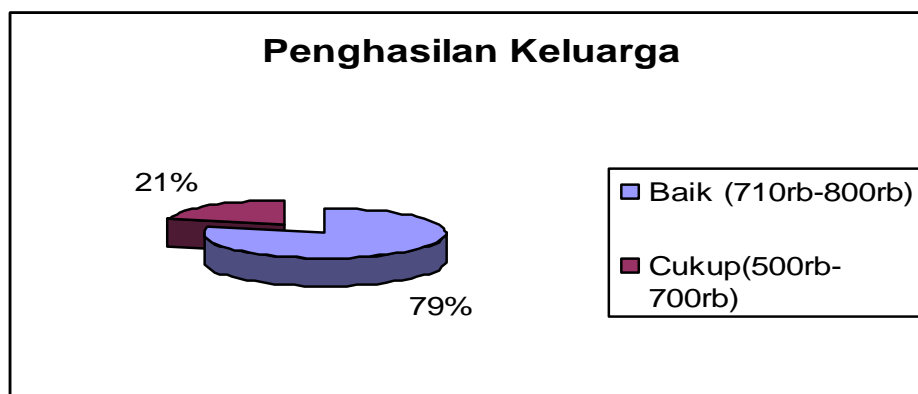
5. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Balita



Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Balita di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari Gambar 5.5 di atas menunjukkan bahwa jenis kelamin balita jenis kelamin laki-laki sebanyak 3 orang (21%) sedangkan balita jenis kelamin mayoritas perempuan sebanyak 11 balita (79%).

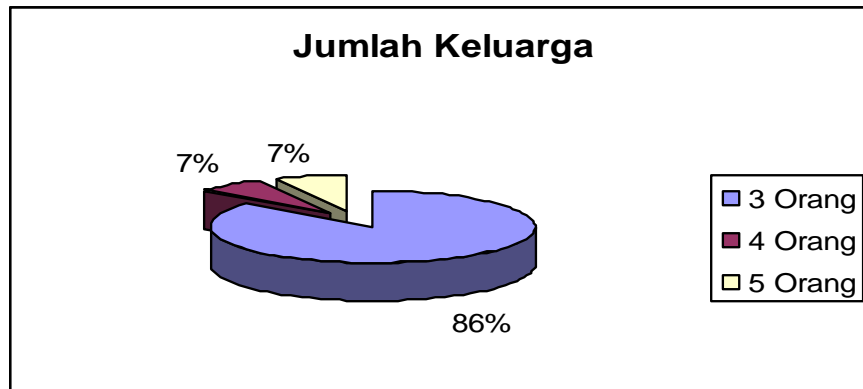
6. Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan Keluarga



Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan penghasilan keluarga di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari Gambar 5.6 di atas menunjukkan bahwa penghasilan keluarga kurang dari 710.000 - 800.000 kategori baik 3 keluarga (21%) dan penghasilan keluarga yang cukup antara 500.000 - 700.000 sebanyak 11 keluarga(79%).

7. Jumlah Anggota Keluarga

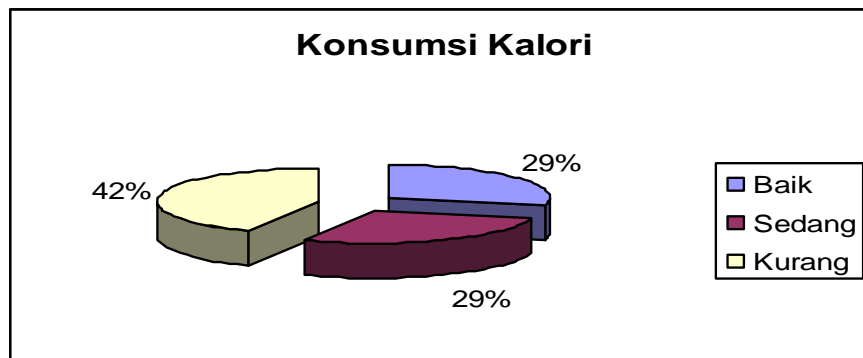


Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan jumlah anggota keluarga Balita BGM di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari Gambar 5.6 di atas menunjukkan bahwa jumlah anggota keluarga 5 orang sebanyak 1 keluarga (7%), 4 orang sebanyak 1 keluarga (7%) dan 3 orang sebanyak 12 keluarga 86%.

5.1.3 Variabel yang di ukur

1. Distribusi Pola Pemberian Makanan (Pemberian Kalori)

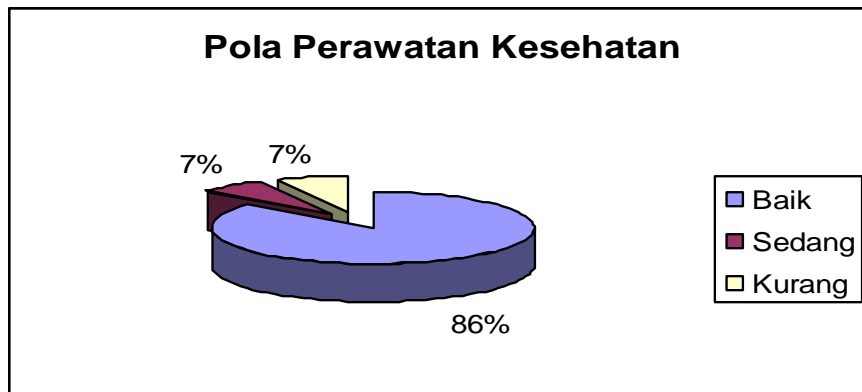


Gambar 5.8 Distribusi Berdasarkan Konsumsi Kalori di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari gambar 5.8 menunjukkan bahwa pola asuh orang tua dalam pemberian makanan dengan status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM) masuk dalam kategori baik sebanyak 4 orang (29%) sedangkan konsumsi kalori yang

masuk dalam kategori sedang sebanyak 4 orang (29%) dan yang sebagian besar masuk dalam kategori kurang sebanyak 6 responden (42%).

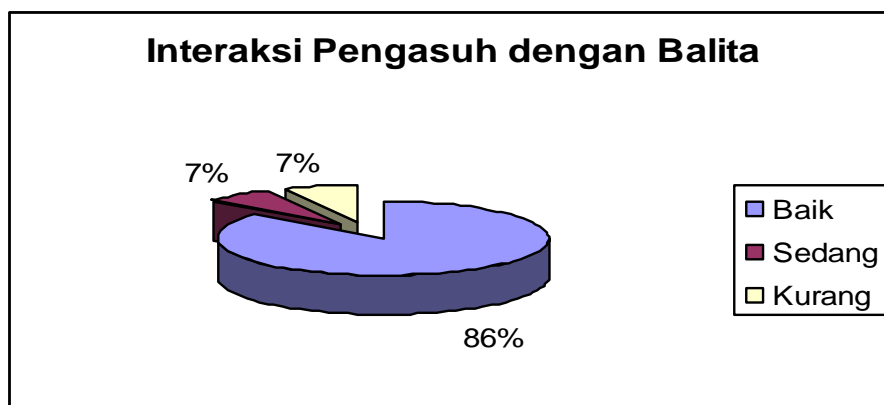
2. Distribusi Pola Perawatan Kesehatan



Gambar 5.9 Distribusi Berdasarkan Pola Perawatan Kesehatan di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari gambar 5.9 menunjukkan bahwa pola perawatan kesehatan yang masuk dalam kategori kurang sebanyak 1 orang (7%) sedangkan pola perawatan kesehatan yang masuk dalam kategori sedang sebanyak 1 orang (7%) dan sebagian besar masuk dalam kategori baik sebanyak 12 responden (86%).

3. Distribusi Pola Interaksi dengan pengasuh



Gambar 5.10 Distribusi Berdasarkan Interaksi Pengasuh dengan Balita di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, Juli 2009

Dari gambar 5.10 menunjukkan bahwa interaksi pengasuh dengan balita yang masuk dalam kategori kurang sebanyak 1 orang (7%), sedangkan interaksi

pengasuh dengan balita dalam kategori sedang sebanyak 1 orang (7%) dan sebagian besar masuk dalam kategori baik sebanyak 12 responden (86%).

5.1.4 Data Khusus

1. Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Pemberian Makanan (Konsumsi Kalori)

Tabel 5.1 Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan Pola Asuh Orang Tua dengan Pemberian Makanan (Konsumsi Kalori) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009.

KEP (Kurang Energi Protein)	Pemberian makanan		Total
	Kurang	Sedang	
Sedang	1	0	1
Kurang	1	0	1
Buruk	2	10	12
Total	4	10	14
$P = 0,013$		$r = 0,644$	

Berdasarkan tabel 5.1 terlihat bahwa ada hubungan yang signifikan antara kurang energi protein (KEP) dengan pemberian makanan (konsumsi kalori) balita di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.

Uji statistik *Spearman's Rho (r)* menunjukkan hasil $r = + 0,644$ dan nilai $p = 0,013$. Nilai p tersebut berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak. Artinya berapapun hasil konsumsi kalori balita di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik, berhubungan dengan pola asuh orang tua.

2. Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan Pola Perawatan Kesehatan Orang Tua Status Balita Bawah Garis Merah (BGM)

Tabel 5.2 Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein dengan Pola Perawatan Kesehatan di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009.

KEP (Kurang Energi Protein)	Pola Perawatan Kesehatan			Total
	Kurang	Sedang	Baik	
Sedang	1	0	0	1
Kurang	0	1	0	1
Baik	0	0	12	12
Total	1	1	12	14
P = 0,000		r = 1.000		

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kurang energi protein (KEP) dengan pola perawatan kesehatan balita di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik korelasi *Spearman's Rho* (r) yaitu $r = 1,000$ dan nilai $p = 0,000$. Nilai tersebut berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak.

3. Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan Interaksi Pengasuh dengan Balita

Tabel 5.3 Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan Interaksi Pengasuh dengan Balita di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009.

Kurang Energi Protein (KEP)	Interaksi Pengasuh dengan Balita			Total
	Kurang	Sedang	Baik	
Sedang	1	0	0	1
Kurang	0	1	0	1
Buruk	0	3	9	12
Total	1	4	9	14
P = 0,014		r = 0, 638		

Berdasarkan tabel 5.3 terlihat bahwa ada hubungan yang signifikan antara Kurang Energi Protein (KEP) dengan interaksi pengasuh dengan balita di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik

Uji statistik korelasi *Spearman's Rho* (r) menunjukkan hasil korelasi $r = 0,638$ dan nilai $p = 0,014$. Nilai tersebut berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak.

4. Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan Pendidikan Ayah

Tabel 5.4 Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan Pendidikan Ayah di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009.

Kurang Energi Protein (KEP)	Pendidikan Ayah			Total
	SD	SMP	SMA	
Sedang	1	0	0	1
Kurang	0	1	0	1
Buruk	0	1	11	12
Total	1	2	11	14
P = 0,000		r = 0,817		

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara Kurang Energi Protein (KEP) dengan pendidikan ayah di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik korelasi *Spearman's Rho (r)* yaitu $r = 0,817$ dan $p = 0,000$. Nilai tersebut berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak.

5. Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan Penghasilan keluarga

Tabel 5.5 Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan Penghasilan keluarga di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009.

Kurang Energi Protein (KEP)	Penghasilan keluarga		Total
	(500.000 – 700.000) Perbulan	(710.000 – 800.000) Perbulan	
Sedang	1	0	1
Kurang	1	0	1
Buruk	1	11	12
Total	3	11	14
P = 0,001		r = 0,779	

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara Kurang Energi Protein (KEP) dengan penghasilan keluarga di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik korelasi *Spearman's Rho (r)* yaitu $r = -0,779$ dan $p = 0,001$. Nilai tersebut berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak.

6. Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan Jumlah Anggota Keluarga

Tabel 5.6 Tabulasi Silang Hubungan Kurang Energi Protein (KEP) dengan jumlah anggota keluarga di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik 27-29 Juli 2009.

Kurang Energi Protein (KEP)	Jumlah anggota keluarga			Total
	3 orang	4 orang	5 orang	
Sedang	0	1	0	1
Kurang	0	0	1	1
Buruk	12	0	0	12
Total	12	1	1	14
		P = 0,000		r = -0,988

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara Kurang Energi Protein (KEP) dengan jumlah anggota keluarga di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik korelasi *Spearman's Rho* (r) yaitu $r = -0.988$ dan $p = 0,000$. Nilai tersebut berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pemberian Makanan (Konsumsi Kalori)

Berdasarkan gambar 5.8 menunjukkan bahwa 29% termasuk dalam kategori baik, 29% termasuk dalam kategori sedang, dan 42% dalam kategori kurang. Sebagian besar dalam kategori kurang. Hal ini terjadi karena pola pemberian makanan yang diberikan tidak sesuai dengan kalori yang dibutuhkan sehingga berpengaruh pada status gizi.

Menurut Ebrahim (1992) anak usia lebih dari 1 tahun menyusu harus bervariasi untuk mencegah kebosanan. Makanan padat yang diberikan tidak perlu diblender lagi melainkan makanan kasar supaya anak yang sudah mempunyai gigi belajar untuk mengunyah. Ada kalanya anak tidak mau makan dan sebagai

penggantinya ibu memberikan susu. Kebiasaan menolak makanan padat akan mengarah ke penolakan segala makanan padat sehingga dietnya hanya terdiri atas susu saja. Menurut Almatsier (2000) porsi susu yang dianjurkan untuk anak-anak adalah 2 gelas perhari. Menurut Khumaidi (2004) Konsumsi susu pada balita itu baik tapi bukan yang terbaik.

Menurut Roedjito (1989) ada hubungan atau pengaruh keragaman konsumsi di tingkat kecukupan gizi terutama energi dan protein, keanekaragaman konsumsi secara mendasar lebih bermanfaat untuk menilai kualitas konsumsi individu. Menurut Baliwati (2004) pertumbuhan masa balita memang lebih lambat daripada bayi tetapi aktivitas mereka meningkat, sehingga untuk menyeimbangkan terhadap besarnya tubuh, kebutuhan zat gizi juga tetap tinggi. Menurut Almatsier (2003) kekurangan makanan sumber energi dan protein dalam waktu lama dapat menyebabkan KEP. Menurut Lisdiana (2004) sumber protein yang digunakan hendaknya kombinasi antara nabati dan hewani, untuk mempermudah hendaknya dipilih sumber protein hewani yang tersedia di sekitar lingkungan.

Menurut Baliwati (2004) pertumbuhan masa balita memang lebih lambat daripada bayi tetapi aktivitas mereka meningkat, sehingga untuk menyeimbangkan terhadap besarnya tubuh, kebutuhan zat gizi juga tetap tinggi. Menurut Almatsier (2003) kekurangan makanan sumber energi dan protein dalam waktu lama dapat menyebabkan KEP. Menurut Jellife (1989) dalam keadaan kurang energi yang berat tidak saja terjadi gangguan pertumbuhan, tetapi cadangan dalam tubuh juga berkurang.

Menurut Suhardjo (1986) pola konsumsi pangan adalah jumlah makanan dan jenis serta banyak bahan makan dalam pola pangan di suatu negara yang berkembang dari pangan setempat. Menurut Suhardjo (1988) konsumsi makanan merupakan macam atau jumlah bahan makanan yang dikonsumsi seseorang atau sekelompok orang dalam suatu waktu, biasanya berkembang dari pangan setempat atau dari pangan yang telah ditanam ditempat tersebut. Disamping itu kelangkaan pangan dan kebiasaan bekerja dari keluarga, berpengaruh pula terhadap pola makan. Dibeberapa daerah pedesaan di Asia Tenggara kebiasaannya hanya makan satu-dua kali sehari, termasuk pedesaan atau kelompok keluarga yang berpenghasilan kurang di Indonesia kebiasaannya. Kedua kebiasaan tersebut mungkin berkembang sekitar jam kerja yang panjang yang diperlukan dalam cara bertani padat karya, kalau hanya makan satu-dua kali sehari bagi balita sangat kurang, karena seharusnya balita tidak boleh dibiarkan berjam-jam tidak makan, seharusnya mereka makan 5-6 kali sehari.

Menurut Baliwati (2004) sehubungan dengan pangan biasanya dipandang pantas makan, dijumpai banyak pola pantangan, tahayul, dan larangan pada beragam kebudayaan dan daerah yang berlainan. Orang dapat menentukan apa yang akan digunakan sebagai makanan, untuk siapa, dan dalam keadaan bagaimana makanan tersebut dimakan, karena makanan tidak hanya memuaskan rasa lapar tetapi juga memberi rasa senang

5.2.2 Perawatan Kesehatan

Berdasarkan gambar 5.9 menunjukkan bahwa 86% termasuk dalam kategori baik, 7% termasuk dalam kategori sedang, dan 7% dalam kategori

kurang. Sebagian besar dalam kategori baik. Hal ini terjadi karena keterjangkauan pelayanan kesehatan pada anak dan keluarga.

Menurut Bumbungan (2003) pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan gizi serta sarana kesehatan yang lain seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan dan dokter. Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan karena jauh atau tidak mampu membayar, kurangnya pendidikan, dan pengetahuan merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia, hal itu berdampak juga pada status gizi anak.

Menurut Pudjiadi (2003) penyakit gangguan gizi seperti kurang energi protein yang terjadi pada golongan balita usia ini karena mereka berasal dari golongan sosio-ekonomi rendah dan jarang mengunjungi balai pengobatan. Pemerintah berusaha supaya anak-anak dapat perawatan kesehatan yang baik dengan tersebarnya balai pengobatan (puskesmas) di kota maupun desa dan posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), tujuannya adalah untuk memberi nasihat gizi.

5.2.3 Interaksi Pengasuh dengan Balita

Berdasarkan gambar 5.10 menunjukkan bahwa 86% termasuk dalam kategori baik, 7% termasuk dalam kategori sedang, dan 7% dalam kategori kurang. Sebagian besar dalam kategori baik. Hal ini terjadi faktor-faktor yang mempengaruhi interaksi pengasuh dengan balita sebagian besar terpenuhi misalnya usia pengasuh, tingkat pendidikan pengasuh, pekerjaan pengasuh,

hunungan pengasuh dengan balita, serta pengetahuan tentang gizi dan tata cara mengasuh anak.

Menurut Depper (1996) usia pengasuh juga berpengaruh terhadap pengasuhan balita, seperti bila pengasuhan diserahkan ke kakak perempuan yang biasanya berusia 11-12 tahun, kualitas perhatian terhadapnya sangat kurang karena pengasuhnya juga masih anak-anak. Hal itu akan mempengaruhi pola makan si anak karena bila balita menangis karena lapar tetapi makanan tidak diberikan karena dianggap belum waktunya makan atau kakaknya sedang asyik bermain. Pengasuh anak-anak mungkin belum mempunyai kemampuan dan pengalaman mengasuh yang memadai, maka dalam keadaan ini akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak (Bumbungan, 2003).

Menurut Riyadi (2005) pendidikan orang tua merupakan faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik. Bagaimana menjaga kesehatan anak, dan pengetahuan gizi.

Menurut Mc. Guire dan Popkin (1990) bahwa ibu-ibu di negara miskin dan berkembang sebagian besar waktu mereka habis untuk peningkatan ekonomi keluarga, baik di sektor pertanian, industri rumah tangga serta kegiatan produksi lain. Bila dikutip pendapat Bumbungan (2003) saat ini wanita sebagai ibu tidak hanya dituntut masak, macak, manak, tetapi juga dituntut bekerja mencari tambahan pendapatan keluarga. Sebagai akibat wanita bekerja maka mereka akan memberikan waktu terbatas pada anaknya, sehingga waktu yang mereka berikan untuk mengasuh anaknya adalah waktu luang dan istirahatnya. Bila di ikuti pendapat Leslie (1989) dalam Bumbungan 2003, hubungan antara ibu bekerja

(beban kerja) dengan status gizi dan kesehatan anak bisa berdampak positif dan bisa pula berdampak negatif. Dampak positif dari ibu bekerja karena terjadi peningkatan pendapatan ibu yang sekaligus bisa meningkatkan kontrol ibu terhadap pendapatan keluarga. Pada akhirnya akan terjadi peningkatan ketersediaan, distribusi makanan yang baik bagi anak dan akhirnya terjadi peningkatan asupan makanan.

Menurut Kartono (1992) pengasuh yang utama adalah ibu, karena ibu adalah tempat anak mendapatkan kasih sayang yang pertama. Kurangnya pengetahuan tentang gizi oleh pengasuh sangat berpengaruh terhadap terjadinya kurang gizi, karena kurang pengetahuan bisa menyebabkan seseorang tidak bisa memanfaatkan sumber daya yang dimilikinya. Padahal dengan sumber daya tersebut sebenarnya dia bisa meningkatkan gizi keluarganya. Status ekonomi yang tinggi belum tentu menjamin tercapainya keadaan gizi yang baik bila tidak disertai pengetahuan gizi seperti memilih, menyimpan, memperoleh dan mengolah makanan yang baik, murah, dan bergizi. Pada keluarga yang mampu, pangan dalam jumlah yang cukup dapat dengan mudah terbeli, tetapi jika kurang pandai memilih jenis pangan yang baik mutu gizi dan keragaman pangannya, maka keluarga tersebut masih belum dapat mencukupi kebutuhan zat gizi yang diperlukan oleh anggota keluarganya (Departemen Pertanian, 1996). Selain pengetahuan gizi juga mempengaruhi konsumsi pangan dan status gizi anak. Pengetahuan yang dimiliki seseorang tentang kebutuhan gizi dapat menentukan jumlah dan jenis bahan pangan yang dikonsumsi (Suharjo, 1996).

5.2.4 Peran Ayah

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan bahwa 79% pendidikan ayah SMU, 14% pendidikan ayah SLTP, dan 7% pendidikan ayah SD. Berdasarkan gambar 5.3 menunjukkan bahwa 72% pekerjaan ayah swasta, 21% pekerjaan ayah wiraswasta, dan 7% petani. Berdasarkan gambar 5.6 menunjukkan bahwa 21% penghasilan keluarga >700.000 dan 79% penghasilan keluarga 500.000-700.000. Berdasarkan gambar 5.7 menunjukkan bahwa 7% beranggotakan keluarga 5 orang, 7% beranggotakan keluarga 4 orang dan 86% beranggotakan keluarga 3 orang. Faktor-faktor yang mempengaruhi peran ayah dalam pola asuh orang tua pada balita dapat terpenuhi, yaitu dari tingkat pendidikan ayah, pekerjaan ayah, penghasilan keluarga, dan jumlah anggota keluarga.

Menurut Guhardja, et. Al., (1994) Ayah sebagai kepala keluarga menentukan keputusan dalam sebuah keluarga tersebut. Tingkat pendidikan ayah dan pendapatan keluarga mempunyai korelasi yang erat pada umumnya orang yang berpendidikan tinggi mempunyai kognitif lebih sehingga akan berpengaruh pada kemampuan bekerja baik ditinjau dari segi kuantitas (produksi) maupun kualitas pekerjaan. Hal tersebut akan berpengaruh pada pendapatan keluarga.

Pendapatan atau penghasilan keluarga akan dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat (BPS, 2003). Pertambahan pendapatan berhubungan dengan perbaikan gizi karena dengan pendapatan bertambah maka bahan makanan yang dibeli juga bertambah. Anak yang orang tuanya berpenghasilan rendah biasanya diberi makan yang kurang bergizi. Di negara berkembang, masyarakat miskin sebagian besar membelanjakan penghasilannya untuk membeli makan. Studi di India Selatan, keluarga miskin membelanjakan 80% dari penghasilannya

untuk membeli makanan, sedangkan yang serba kecukupan hanya membelanjakan 45% saja. Jika pendapatan naik maka masyarakat miskin biasanya memanfaatkan untuk penambahan pembelian pangan seperti buah, sayur, dan berbagai jenis bahan pangan lain. Peningkatan pendapatan juga meningkatkan pembelian bahan-bahan yang berprotein tinggi, selain itu peningkatan pendapatan akan menentukan jenis pangan apa yang akan dibeli. Jadi, pendapatan keluarga merupakan faktor penting yang menentukan kualitas maupun kuantitas makanan di keluarga. Peningkatan penghasilan dikeluarga akan mempengaruhi daya beli terhadap makanan yang bergizi karena tingkat penghasilan menentukan jenis makanan yang akan dibeli, terutama bagi balitanya (Berg, 1987). Walaupun dijumpai penghasilan yang memadai tapi status gizi kurang. Hal ini disebabkan kurang baiknya pengaturan belanja mutu dan keragaman pangan serta belum terbiasa membuat perencanaan pengeluaran keluarga yang baik (Sayogyo, 1986).

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan membahas simpulan saran dari hasil penelitian analisis faktor pol asuh orang tua pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di wilayah kerja Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.

6.1 Simpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Balita dengan status gizi Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik mempunyai hubungan dengan pola asuh pemberian makanan orang tua pada balita, yaitu kategori kurang 42%, kategori sedang 29% dan kategori baik 29%. Jadi semakin baik pola asuh pemberian makanan orang tua pada balita semakin baik pula status gizi balita, serta sebaliknya semakin kurang pola asuh pemberian makanan orang tua pada balita semakin rendah pula status gizi balita.
2. Balita dengan status gizi Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik mempunyai hubungan dengan pola asuh perawatan kesehatan orang tua, yaitu kategori kurang 7%, kategori sedang 7% dan kategori baik 86%. Jadi semakin baik pola asuh perawatan kesehatan orang tua pada balita semakin baik pula status gizi balita, serta sebaliknya semakin kurang pola asuh perawatan kesehatan orang tua pada balita semakin rendah pula status gizi balita.

3. Balita dengan status gizi Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik mempunyai hubungan dengan pola interaksi dengan pengasuh, yaitu kategori kurang 7%, kategori sedang 7% dan kategori baik 86%. Jadi semakin baik pola interaksi dengan pengasuh pada balita semakin baik pula status gizi balita, serta sebaliknya semakin kurang pola interaksi dengan pengasuh pada balita semakin rendah pula status gizi balita.
4. Balita dengan status gizi Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik mempunyai hubungan dengan peran ayah, yang terdiri dari pendidikan ayah (tingkat SD 7%, tingkat SLTP 14% dan tingkat SMU 79%), penghasilan keluarga (710.000-800.000 kategori baik 21%, 500.000-700.000 kategori cukup 79%) dan jumlah anggota keluarga (jumlah anggota keluarga 3 orang kategori baik 86%, jumlah anggota keluarga 4 orang kategori cukup 7% dan jumlah anggota keluarga 5 orang kategori kurang 7%). Jadi semakin tinggi pendidikan ayah balita semakin baik pula status gizi balita, serta sebaliknya semakin rendah pendidikan ayah balita semakin rendah pula status gizi balita. Semakin tinggi penghasilan keluarga balita semakin baik pula status gizi balita, serta sebaliknya semakin rendah penghasilan keluarga balita semakin rendah pula status gizi balita. Semakin sedikit anggota keluarga balita semakin baik pula status gizi balita, serta sebaliknya semakin sedikit anggota keluarga balita semakin rendah pula status gizi balita.

6.2 Saran

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

1. Bagi orang tua yang mempunyai balita Bawah Garis Merah (BGM) agar dapat meningkatkan status gizi balitanya melalui pemberian informasi, maka perlu digunakan adanya media sarana misalnya melalui televisi, koran, majalah, penyuluhan dan lain sebagainya sehingga pemberian informasi ini sangat berguna dan lebih bisa dimengerti.
2. Petugas kesehatan di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik harus mempunyai kemampuan dan pemahaman yang baik tentang status gizi balita Bawah Garis Merah (BGM).

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S., 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama, halaman 25
- Arikunto, S., 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta, halaman 65
- As'ad, Suryani, 2002. *Gizi Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : Depdiknas, halaman 45
- BKPPP, 2005. *Kajian Pola Konsumsi dan Gizi Masyarakat berdasarkan Kelompok Umur di Jawa Timur*. Surabaya : Badan Ketahanan Pangan Pemerintah Provinsi Jawa Timur, halaman 13
- BPS, 2004. *Statistik Kesehatan (Health Statistics)*. Jakarta : BPS, halaman 12
- Baliwati, Yayuk farida, dkk. 2004. *Pengantar Pangan dn Gizi*. Jakarta : Penebar Swadaya, halaman 34
- Berg, Alan dan Muscat, R.J., 1987. *Faktor Gizi*. Jakarta : PT. Bharata Karya Aksara, halaman 28
- Bumbungan, A., 2003. *Hubungan Pola Asuh dan Penyakit Infeksi dengan Kejadian Kurang Energi Protein Sedang atau Berat di Wilayah Kerja Puskesmas Passo Kota Ambon Provinsi Maluku*, Tesis. Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga, halaman 43
- Depkes RI., 2005. *Klasifikasi Status Gizi Anak di Bawah Lima Tahun*. Jakarta : Dirjenbinkesmas, halaman 8
- Depkes RI., 2005. *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009*. Jakarta : Dirjenbinkesmas, halaman 12
- Depkes RI., 2005. *Warta Kesehatan Masyarakat*, Edisi 11. Jakarta : Dirjenbinkesmas, halaman 25
- Depkes RI., 1997. *Pedoman Penanggulangan Kekurangan Energi Protein (KEP) pada Anak di Puskesmas dan Rumah Tangga, Edisi Revisi*. Jakarta : Propergimas, halaman 15
- Dinkes Jatim, 2001. *Pedoman Penanggulangan Kekurangan Energi Protein (KEP)*. Surabaya, halaman 18
- Dinkes Purworejo, *Penanggulangan Gizi Buruk*, diakses 26 April 2009, dari <http://www.dinkespurworejo.go.id>

- Depper RI., 1996. *Laporan Lokakarya Ketahanan Pangan Rumah Tangga*. Yogyakarta, halaman 26
- Ebrahim, G.J., 1992. *Ilmu Kesehatan Anak di Daerah Tropis*. Jakarta : Yayasan Essensia Medica, halaman 34
- Hastoety, poedji, 2002. *Antropometri pada Balita. Prosiding Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta : Bapemkes, halaman 54
- Jellife, DB, 1989. *Community Nutritional Assesment*. New York : Oxford University Press, halaman 36
- Jahari, Abas Basuni, 2004. Penilaian Status Gizi dengan Antropometri (Berat Badan dan Tinggi Badan). *Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII*. Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, halaman 38
- Khomsan, 1996. *Laporan Lokakarya Ketahanan Pangan Rumah Tangga*. Yogyakarta : UNICEF 1996 dan Departemen Pertanian, halaman 29
- Khumaidi, M., 2004. *Gizi Masyarakat*. PT. BPK Gunung Mulia : Jakarta, halaman 47
- Lisdiana, IR., 1998. *Waspada Terhadap Kelebihan dan Kekurangan Gizi*. Bandar Lampung : Trubus Agriwidya, halaman 54
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, halaman 83
- Pemda Jatim, 1995. *Analisis Situasi Ibu dan Anak (ASIA)*. Pemda Jatim : Surabaya, halaman 8
- Pudjiadi, Solihin, 2003. *Ilmu Gizi Klinis pada Anak*, edisi ke 4. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, halaman 67
- Riyadi, Doddy, dkk., 2005. Penyimpangan Positif (Positive Deviciance) di Desa Mojorejo Kecamatan Junrejo Kota Malang. *Jurnal kesehatan (The Journal of Health)*. Malang : Politeknik Malang, halaman 26
- Roedjito, Djiteng, 1989. *Kajian Penelitian Gizi*, Edisi pertama. Jakarta : Mediyatama Sasana Perkasa, halaman 56
- Sajogyo, 1994. *Menuju Gizi Baik yang Merata di Pedesaan dan di Kota*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press, halaman 37
- Sediaoetama, Achmad Djaeni, 2006. *Ilmu Gizi*. Jakarta : Dian Rakyat, halaman 64
- Soetjiningsih, 1998. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, halaman 53

- Suhardjo, 1996. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta : Bumi Aksara, halaman 56
- Suharyati, 2007. *Cost Effectiviness Upaya Penanggulangan Gizi Metode Positif Deviciance dan Pemberian Makanan Tambahan di Puskesmas Gekbrong Kabupaten Cianjur 2006*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. Jurnal Dua Bulanan. Volume 1, nomor 6*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, halaman 283
- Supariasa, Bakri, B., dan Fajar, 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, halaman 67
- Wulandari, Dewi, 2005. Hubungan Pola Pengasuhan dengan Tumbuh Kembang Anak Balita Usia 1-5 tahun dari Ibu yang Bekerja sebagai Tenaga Kerja Indonesia (TKI) di Luar Negeri, *Skripsi*. Surabaya : Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, halaman 47
- Widjaja, 2003. *Kesehatan Anak, Gizi Tepat Untuk Perkembangan Otak dan Kesehatan Balita*. Jakarta : Kawan Pustaka, halaman 1
- Zeitlin, Marian, et. Al., 1990. *Positive Deviciance in Children with Emphasis om Psycococial abd Behavioral Aspect and Implications for Development*. Tokyo : The United Nations University, halaman 1

Lampiran 1



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Surabaya, 20 Mei 2009

Nomor : /H3.1.12/PPd/2009
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair

Kepada Yth. Kepala Bankesbanglinmas

di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Fathiya Luthfil Yumni
NIM : 010511010B
Judul Penelitian : Analisis Faktor Pola Asuh Orang Tua Terhadap
Kejadian Balita Bawah Garis Merah (BGM) Di
Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.
Tempat : Puskesmas Bungah

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Penjabat Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 140238226

Lampiran 2



UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN

Surabaya, 21 Juli 2009

Nomor : 1786 /H3.1.12/ Ppd/2009
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
 Kepala Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik
 di –
 Gresik

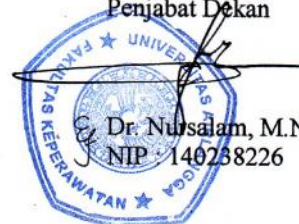
Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Fathiya Lutfhil Yumni
 NIM : 010511010B
 Judul Penelitian : Analisis Faktor Pola Asuh Orang Tua pada Balita Bawah
 Garis Merah (BGM) di Wilayah Puskesmas Bungah
 Kabupaten Gresik
 Tempat : Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Penjabat Dekan



Dr. Nulsalam, M.Nurs (Hons)
 NIP. 140238226

Lampiran 3



**PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS BUNGAH
Alamat : Jl. Raya Bungah no.15 Bungah Gresik**

**SURAT KETERANGAN
No. 445 / 99/ 437.52.09 / 2009**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : drg.TITY KARYATI P
NIP : 19580713 198311 2 001
Jabatan : Ka UPT PUSKESMAS BUNGAH

Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa :

Nama : FATHIYA LUTFHIL YUMNI
NPM : 010511010B
Status : Mahasiswa PSIK Unair
Fak. Keperawatan Jur. Ilmu Keperawatan.
**Keterangan : Telah menyelesaikan penelitian di wilayah kerja
PUSKESMAS BUNGAH Kec.Bungah.**
**Judul : Analisis Faktor Pola Asuh Orang Tua pada Balita Bawah Garis
Merah (BGM)di Wilayah Puskesmas Bungah**
Pada Tanggal : 01 Juli 2009 s/d 14 Agustus 2009

**Demikian surat ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan
sebagaimana mestinya.**

**Bungah, 15 Agustus 2009
UPT Ka. Puskesmas Bungah**


drg. TITY KARYATI P
NIP. 19580713 198311 2 001

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN
STUDI TENTANG ANALISIS FAKTOR POLA ASUH ORANG TUA PADA
BALITA BAWAH GARIS MERAH (BGM) DI PUSKESMAS BUNGAH
KABUPATEN GRESIK

NAMA : FATHIYA LUTHFIL YUMNI

NIM : 010511010 B

Kami adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan penelitian ini untuk mempelajari pola asuh orang tua pada balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik.

Kami mengharapkan kesediaan saudara berkenan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini untuk menjadi responden penelitian kami dengan menandatangani formulir persetujuan yang kami sediakan. Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat sukarela. Kami menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara.

Atas perhatiannya dan partisipasi saudara, kami ucapkan terima kasih.

Surabaya, 2009

Hormat saya,

Fathiya Luthfil Yumni

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti pada tanggal ... / ... /2009, saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian :

Judul Penelitian :

Analisis faktor Pola Asuh Orang Tua Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik

Peneliti :

Fathiya Luthfil Yumni, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Gresik, .../ .../2009

Responden

(.....)

Lampiran 6

DATA DEMOGRAFI

Judul penelitian : Analisis Faktor Pola Asuh Orang Tua Pada Balita Bawah Garis Merah (BGM) di Puskesmas Bungah Kabupaten Gresik

1. Identitas atau Karakteristik Responden dan Anak

1.1 Identitas Ayah

NO :

1. Nama Ayah (Inisial) :

2. Usia Ayah :

3. Pendidikan terakhir Ayah :

1) Lulus SD

2) Lulus SLTP

3) Lulus SMA

4. Pekerjaan Ayah :

1) Petani

2) Swasta

3) Wiraswasta

1.2 Identitas Ibu

1. Nama Ibu (inisial) :

2. Usia :

3. Pendidikan Terakhir Ibu :,,,,,,,

1) Lulus SD

2) Lulus SLTP

3) Lulus SMA

4. Pekerjaan Ibu :

1) Petani

2) Swasta

3) Wiraswasta

4) Ibu Rumah Tangga

1.4 Identitas Anak

1. Nama (inisial) :
2. Tanggal Lahir :
3. Jenis Kelamin :
- 1) Laki-laki
- 2) Perempuan
4. Usia :
5. BB Lahir :
6. BB sekarang :
7. Tinggi badan :

1.5 Karakteristik Keluarga

1. Jumlah anggota keluarga :
2. Penghasilan Keluarga tiap bulan :

Lampiran 7

KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS FAKTOR POLA ASUH ORANG TUA DENGAN KEJADIAN
BALITA BAWAH GARIS MERAH (BGM) DI PUSKESMAS BUNGAH
KABUPATEN GRESIK

Nama ibu (inisial) :	NO:
Nama balita (inisial) :	
Alamat :	

Kuesioner Pola Pengasuhan Pemberian Makanan dengan food recall

Tabel Lampiran 4 Tabel *Food Recall Diet 24 Jam*

Waktu makan	Nama makanan	Bahan makanan		
		Jenis	Banyaknya	
			URT	Gram
Contoh: Pagi/ jam: 06.30 (jelaskan juga waktunya misalnya sebelum berangkat kuliah)	Nasi putih Telur ceplok Tahu Pecel Apel Susu Kelepon	Makanan pokok Lauk hewani Lauk nabati Sayuran Buah Susu Jajanan	1 piring 1 butir 2 buah 1 bungkus 1 buah 1 gelas kecil 4 buah	
Pagi/ jam:				
Makanan selingan				
Siang/ jam:				
Makanan selingan				

Malam/ jam:				
Makanan selingan				
Total tingkat konsumsi energi (K)				

Sumber: Supriasa, 2001: 292

Lampiran 8

Kuesioner Pola Pengasuhan Perawatan Kesehatan

1. Apakah yang ibu membawa anak ibu untuk imunisasi?

 Ya Tidak

2. Apakah ibu rutin membawa anak ibu untuk imunisasi?

 Ya Tidak

3. Apakah ibu menimbangkan anak ibu setiap bulan ke Posyandu?

 Ya Tidak

4. Apabila anak ibu sakit, apa ibu membawa anak ibu ke fasilitas kesehatan (misalnya posyandu, puskesmas, dokter, bidan)?

 Ya Tidak

Lampiran 9

Kuesioner Pola Pengasuhan Orang Tua Tentang Interaksi Pengasuh dengan Balita

1. Apakah ibu sendiri yang mengasuh balita ibu ?

 Ya Tidak

2. Apakah ibu memberikan makanan bervariasi pada balita ibu (nasi, sayur, lauk pauk, susu, buah) ?

 Ya Tidak

3. Apakah ibu memilih makanan untuk balita ibu ?

 Ya Tidak

4. Apakah ibu menyimpan makanan untuk balita ibu ?

 Ya Tidak

5. Apakah ibu mengolah makanan untuk balita ibu ?

 Ya Tidak

Lampiran 10

Kategori Status Gizi
Berdasarkan Indeks Berat Badan Menurut Umur (B3/U)
Anak Laki-Laki Umur 0-60 Bulan

Umur (Bulan)	Status Gizi					Umur (Bulan)	Status Gizi				
	Buruk	Kurang	Sedang	Baik	Lebih		Buruk	Kurang	Sedang	Baik	Lebih
0	≤ 1,9	2,0-2,2	2,3-2,5	2,6-4,0	≥ 4,1						
1	≤ 2,5	2,6-2,9	3,0-3,3	3,4-5,2	≥ 5,3	31	≤ 8,2	8,3-9,6	9,7-10,9	11,0-16,6	≥ 16,7
2	≤ 3,0	3,1-3,5	3,6-4,1	4,2-6,2	≥ 6,3	32	≤ 8,3	8,4-9,7	9,8-11,1	11,2-16,8	≥ 16,9
3	≤ 3,5	3,6-4,1	4,2-4,7	4,8-7,2	≥ 7,3	33	≤ 8,4	8,5-9,8	9,9-11,3	11,4-17,0	≥ 17,1
4	≤ 3,9	4,0-4,6	4,7-5,3	5,4-8,0	≥ 8,1	34	≤ 8,5	8,6-10,0	10,1-11,4	11,5-17,3	≥ 17,4
5	≤ 4,3	4,4-5,0	5,1-5,7	5,8-8,8	≥ 8,9	35	≤ 8,6	8,7-10,1	10,2-11,5	11,6-17,4	≥ 17,5
6	≤ 4,6	4,7-5,4	5,5-6,1	6,2-9,4	≥ 9,5	36	≤ 8,7	8,8-10,2	10,3-11,7	11,8-17,6	≥ 17,7
7	≤ 4,9	5,0-5,7	5,8-6,5	6,6-10,0	≥ 10,1	37	≤ 8,8	8,9-10,3	10,4-11,7	11,8-17,8	≥ 17,9
8	≤ 5,2	5,3-6,1	6,2-6,9	7,0-10,6	≥ 10,7	38	≤ 8,9	9,0-10,4	10,5-11,9	12,0-18,0	≥ 18,1
9	≤ 5,4	5,5-6,3	6,4-7,3	7,4-11,0	≥ 11,1	39	≤ 9,0	9,1-10,5	10,6-12,1	12,2-18,2	≥ 18,3
10	≤ 5,6	5,7-6,6	6,7-7,5	7,6-11,4	≥ 11,5	40	≤ 9,1	9,2-10,5	10,7-12,1	12,2-18,4	≥ 18,5
11	≤ 5,8	5,9-6,8	6,9-7,8	7,9-11,9	≥ 12,1	41	≤ 9,2	9,3-10,8	10,9-12,3	12,4-18,6	≥ 18,7
12	≤ 6,0	6,1-7,0	7,1-8,1	8,2-12,2	≥ 12,3	42	≤ 9,3	9,4-10,9	11,0-12,5	12,6-18,8	≥ 18,9
13	≤ 6,1	6,2-7,2	7,3-8,2	8,3-12,5	≥ 12,6	43	≤ 9,4	9,5-11,0	11,1-12,5	12,6-19,0	≥ 19,1
14	≤ 6,3	6,4-7,4	7,5-8,5	8,6-12,8	≥ 12,9	44	≤ 9,5	9,6-11,1	11,2-12,7	12,8-19,2	≥ 19,3
15	≤ 6,4	6,5-7,5	7,6-8,6	8,7-13,1	≥ 13,2	45	≤ 9,6	9,7-11,2	11,3-12,9	13,0-19,4	≥ 19,5
16	≤ 6,6	6,7-7,7	7,8-8,8	8,9-13,3	≥ 13,4	46	≤ 9,7	9,8-11,4	11,5-13,0	13,1-19,7	≥ 19,8
17	≤ 6,7	6,8-7,8	7,9-8,9	9,0-13,6	≥ 13,7	47	≤ 9,8	9,9-11,5	11,6-13,1	13,2-19,8	≥ 19,9
18	≤ 6,8	6,9-8,0	8,1-9,1	9,2-13,8	≥ 13,9	48	≤ 9,9	10,0-11,6	11,7-13,3	13,4-20,0	≥ 20,1
19	≤ 6,9	7,0-8,1	8,2-9,3	9,4-14,0	≥ 14,1	49	≤ 10,0	10,1-11,7	11,8-13,4	13,5-20,3	≥ 20,4
20	≤ 7,0	7,1-8,2	8,3-9,3	9,4-14,2	≥ 14,3	50	≤ 10,1	10,2-11,8	11,9-13,5	13,6-20,4	≥ 20,5
21	≤ 7,1	7,2-8,3	8,4-9,5	9,6-14,4	≥ 14,5	51	≤ 10,2	10,3-11,9	12,0-13,7	13,8-20,6	≥ 20,7
22	≤ 7,2	7,3-8,4	8,5-9,7	9,8-14,6	≥ 14,7	52	≤ 10,3	10,4-12,1	12,2-13,8	13,9-20,9	≥ 21,0
23	≤ 7,3	7,4-8,6	8,7-9,8	9,9-14,9	≥ 15,0	53	≤ 10,4	10,5-12,2	12,3-13,9	14,0-21,0	≥ 21,1
24	≤ 7,5	7,6-8,7	8,8-10,0	10,1-15,1	≥ 15,2	54	≤ 10,5	10,6-12,3	12,4-14,1	14,2-21,2	≥ 21,3
25	≤ 7,6	7,7-8,9	9,0-10,1	10,2-15,4	≥ 15,5	55	≤ 10,6	10,7-12,4	12,5-14,2	14,3-21,5	≥ 21,6
26	≤ 7,7	7,8-9,0	9,1-10,3	10,4-15,6	≥ 15,7	56	≤ 10,7	10,8-12,5	12,6-14,3	14,4-21,6	≥ 21,7
27	≤ 7,8	7,9-9,1	9,2-10,4	10,5-15,7	≥ 15,8	57	≤ 10,8	10,9-12,6	12,7-14,5	14,5-21,8	≥ 21,9
28	≤ 7,9	8,0-9,2	9,3-10,5	10,6-16,0	≥ 16,1	58	≤ 10,9	11,0-12,7	12,8-14,5	14,6-22,0	≥ 22,1
29	≤ 8,0	8,1-9,4	9,5-10,7	10,8-16,2	≥ 16,3	59	≤ 11,0	11,1-12,9	13,0-14,7	14,8-22,2	≥ 22,3
30	≤ 8,1	8,2-9,5	9,6-10,9	11,0-16,4	≥ 16,5	60	≤ 11,1	11,2-13,0	13,1-14,9	15,0-22,4	≥ 22,5

Keterangan:

Gizi buruk: <60% Median BB/U Baku WHO-NCHS, 1983

Gizi kurang: 60% Median BB/U Baku WHO-NCHS, 1983

Gizi sedang: 70% Median BB/U Baku WHO-NCHS, 1983

Gizi baik: 80%-120% Media BB/U Baku WHO-NCHS, 1983

Gizi lebih: >120% Median BB/U Baku WHO-NCHS, 1983

Lampiran 11

Tabel I.2. Kategori Status Gizi
Berdasarkan Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U)
Anak Perempuan Umur 0-60 Bulan

Umur (Bulan)	Status Gizi					Umur (Bulan)	Status Gizi				
	Buruk	Kurang	Sedang	Baik	Lebih		Buruk	Kurang	Sedang	Baik	Lebih
0 ¹	≤1,8	1,9-2,1	2,2-2,5	2,6-3,8	≥3,9						
1	≤2,3	2,4-2,7	2,8-3,1	3,2-4,8	≥4,9	31	≤7,8	7,9-9,1	9,2-10,4	10,5-15,7	≥15,8
2	≤2,7	2,8-3,2	3,3-3,7	3,8-5,6		2	≤7,9	8,0-9,2	9,3-10,5	10,6-16,0	≥16,1
3	≤3,1	3,2-3,7	3,8-4,2	4,3-6,5		3	≤7,9	8,0-9,3	9,4-10,6	10,7-16,1	≥16,2
4	≤3,5	3,6-4,1	4,2-4,7	4,8-7,2	≥7,3	34	≤8,1	8,2-9,4	9,5-10,8	10,9-16,3	≥16,4
5	≤3,9	4,0-4,6	4,7-5,3	5,4-8,0	≥8,1	35	≤8,2	8,3-9,6	9,7-10,9	11,0-16,6	≥16,7
6	≤4,2	4,3-4,9	5,0-5,7	5,8-8,6	≥8,7	36	≤8,2	8,3-9,6	9,7-11,0	11,1-16,7	≥16,8
7	≤4,5	4,6-5,3	5,4-6,1	6,2-9,2	≥9,3	37	≤8,5	8,6-9,9	10,0-11,3	11,4-17,2	≥17,3
8	≤4,8	4,9-5,6	5,7-6,5	6,6-9,8	≥9,9	38	≤8,5	8,6-10,0	10,1-11,4	11,5-17,3	≥17,4
9	≤5,1	5,2-5,9	6,0-6,8	6,9-10,3	≥10,4	39	≤8,7	8,8-10,1	10,2-11,6	11,7-17,5	≥17,6
10	≤5,2	5,3-6,1	6,2-7,0	7,1-10,7	≥10,8	40	≤8,8	8,9-10,3	10,4-11,7	11,8-17,8	≥17,9
11	≤5,4	5,5-6,3	6,4-7,3	7,4-11,0	≥11,1	41	≤8,8	8,9-10,3	10,4-11,8	11,9-17,9	≥18,0
12	≤5,6	5,7-6,6	6,7-7,5	7,6-11,4	≥11,5	42	≤9,0	9,1-10,5	10,6-12,0	12,1-18,1	≥18,2
13	≤5,8	5,9-6,8	6,9-7,7	7,8-11,8	≥11,9	43	≤9,0	9,1-10,5	10,6-12,1	12,2-18,2	≥18,3
14	≤5,9	6,0-6,9	7,0-7,9	8,0-12,0	≥12,1	44	≤9,1	9,2-10,7	10,8-12,2	12,3-18,5	≥18,6
15	≤6,0	6,1-7,0	7,1-8,1	8,2-12,2	≥12,3	45	≤9,2	9,3-10,8	10,9-12,3	12,4-18,6	≥18,7
16	≤6,1	6,2-7,2	7,3-8,2	8,3-12,5	≥12,6	46	≤9,3	9,4-10,9	11,0-12,5	12,6-18,8	≥18,9
17	≤6,3	6,4-7,3	7,4-8,4	8,5-12,7	≥12,8	47	≤9,4	9,5-11,0	11,1-12,5	12,6-19,0	≥19,1
18	≤6,4	6,5-7,5	7,6-8,5	8,6-13,0	≥13,1	48	≤9,5	9,6-11,1	11,2-12,7	12,8-19,2	≥19,3
19	≤6,5	6,6-7,6	7,7-8,7	8,8-13,2	≥13,2	49	≤9,6	9,7-11,2	11,3-12,8	12,9-19,3	≥19,4
20	≤6,6	6,7-7,7	7,8-8,9	9,0-13,4	≥13,5	50	≤9,6	9,7-11,2	11,3-12,9	13,0-19,4	≥19,5
21	≤6,7	6,8-7,9	8,0-9,0	9,1-13,7	≥13,8	51	≤9,7	9,8-11,4	11,5-13,0	13,1-19,7	≥19,8
22	≤6,8	6,9-8,0	8,1-9,1	9,2-13,8	≥13,9	52	≤9,8	9,9-11,5	11,6-13,1	13,2-19,8	≥19,9
23	≤6,9	7,0-8,1	8,2-9,3	9,4-14,0	≥14,1	53	≤9,9	10,0-11,6	11,7-13,3	13,4-20,0	≥20,1
24	≤7,0	7,1-8,2	8,3-9,4	9,5-14,3	≥14,4	54	≤10,0	10,1-11,7	11,8-13,3	13,4-20,2	≥20,3
25	≤7,2	7,3-8,4	8,5-9,6	9,7-14,5	≥14,6	55	≤10,1	10,2-11,8	11,9-13,5	13,6-20,4	≥20,5
26	≤7,3	7,4-8,5	8,6-9,7	9,8-14,8	≥14,9	56	≤10,2	10,3-11,9	12,0-13,6	13,7-20,5	≥20,6
27	≤7,3	7,4-8,6	8,7-9,8	9,9-14,9	≥15,1	57	≤10,2	10,3-11,9	12,0-13,7	13,8-20,6	≥20,7
28	≤7,5	7,6-8,7	8,8-10,0	10,1-15,1	≥15,2	58	≤10,3	10,4-12,1	12,2-13,8	13,9-20,9	≥21,0
29	≤7,6	7,7-8,9	9,0-10,1	10,2-15,4	≥15,5	59	≤10,4	10,5-12,2	12,3-13,9	14,0-21,0	≥21,1
30	≤7,6	7,7-8,9	9,0-10,2	10,3-15,5	≥15,6	60	≤10,5	10,6-12,3	12,4-14,1	14,2-21,2	≥21,3

Keterangan:

- Gizi buruk: <60% Median BB/U Baku WHO-NCHS, 1983
 Gizi kurang: 60% Median BB/U Baku WHO-NCHS, 1983
 Gizi sedang: 70% Median BB/U Baku WHO-NCHS, 1983
 Gizi baik: 80%-120% Media BB/U Baku WHO-NCHS, 1983
 Gizi lebih: >120% Median BB/U Baku WHO-NCHS, 1983

Lampiran 12

Tabel Angka Kecukupan Gizi 2004 bagi Orang Indonesia

No	Kelompok Umur	Berat badan (kg)	Tinggi badan (cm)	Energi (Kkal)	Protein (g)	VitA (RE)	VitD (ug)	VitE (mg)	VitK (ug)	Tiamin (mg)	Riboflavin (mg)	Niasin (mg)	Asam folat (ug)	Pridoksin (mg)	Vit B12 (ug)	VitC (mg)	Kalsium (mg)	Fosfor (mg)	Magnesium (mg)	Besi (mg)	Iodium (ug)	Seng (mg)	Selenium (ug)	Mangan (mg)	Fluor (mg)	
Anak																										
1	0-6 bl	8	80	650	10	375	5	4	5	0,3	0,3	2	85	0,1	0,4	40	200	100	25	0,5	90	1,3	5	0,003	0,01	
2	7-12 bl	8,5	71	650	18	400	5	5	10	0,4	0,4	4	80	0,3	0,5	40	400	225	55	7	90	7,5	10	0,8	0,4	
3	1-3 th	12	90	1000	25	400	5	8	15	0,5	0,5	8	150	0,5	0,9	40	500	400	80	8	90	82	17	1,2	0,8	
4	4-8 th	17	110	1550	30	450	5	7	20	0,8	0,8	8	200	0,8	1	45	500	400	80	9	120	9,7	20	1,5	0,8	
5	7-9 th	25	120	1800	45	500	5	7	25	0,9	0,9	10	200	1	1,5	45	600	400	120	10	120	11,2	20	1,7	1,2	
Laki-laki																										
6	10-12 th	35	138	2050	50	800	5	11	35	1	1	12	300	1,3	1,8	50	1000	1000	170	13	120	14	20	1,9	1,7	
7	13-15 th	48	150	2400	60	800	5	15	55	1,2	1,2	14	400	1,3	2,4	75	1000	1000	220	19	150	17,4	30	2,2	2,3	
8	16-18 th	55	180	2800	65	800	5	15	55	1,3	1,3	16	400	1,3	2,4	90	1000	1000	270	15	150	17	30	2,3	2,7	
9	19-20 th	58	185	2550	60	800	5	15	65	1,2	1,3	16	400	1,3	2,4	90	800	800	270	15	150	12,1	30	2,3	3	
10	30-40 th	62	185	2350	60	800	5	15	65	1,2	1,3	16	400	1,3	2,4	90	800	800	300	13	150	13,4	30	2,3	3	
11	50-64 th	62	185	2250	60	800	10	15	65	1,2	1,3	16	400	1,7	2,4	90	800	800	300	13	150	13,4	30	2,3	3	
12	65+ th	62	185	2050	60	800	15	15	65	1	1,3	16	400	1,7	2,4	90	800	800	300	13	150	13,4	30	2,3	3	
Wanita																										
13	10-12 th	37	145	2050	50	800	5	11	35	1	1	12	300	1,2	1,8	50	1000	1000	180	20	120	12,8	20	1,8	1,8	
14	13-15 th	48	153	2350	57	800	5	15	55	1,1	1	13	400	1,2	2,4	85	1000	1000	230	26	150	15,4	30	1,8	2,4	
15	16-18 th	50	154	2200	50	800	5	15	55	1,1	1	14	400	1,2	2,4	75	1000	1000	240	26	150	14	30	1,8	2,5	
16	19-20 th	52	158	1900	50	800	5	15	55	1	1,1	14	400	1,3	2,4	75	800	800	240	26	150	9,3	30	1,8	2,5	
17	30-40 th	55	158	1800	50	800	5	15	55	1	1,1	14	400	1,3	2,4	75	800	800	270	26	150	8,8	30	1,8	2,7	
18	50-64 th	55	158	1750	50	800	10	15	55	1	1,1	14	400	1,5	2,4	75	800	800	270	12	150	8,8	30	1,8	2,7	
19	65+ th	55	158	1600	50	800	15	15	55	1	1,1	14	400	1,5	2,4	75	800	800	270	12	150	8,8	30	1,8	2,7	
Hamil (+an)																										
20	Trimester 1			+180	+17	+300	+0	+0	+0	+0,3	+0,3	+4	+200	+0,4	+0,2	+10	+150	+0	+30	+0	+50	+1,7	+5	+0,2	+0,2	
21	Trimester 2			+300	+17	+300	+0	+0	+0	+0,3	+0,3	+4	+200	+0,4	+0,2	+10	+150	+0	+30	+0	+50	+1,7	+5	+0,2	+0,2	
22	Trimester 3			+300	+17	+300	+0	+0	+0	+0,3	+0,3	+4	+200	+0,4	+0,2	+10	+150	+0	+30	+0	+50	+1,7	+5	+0,2	+0,2	
Menyusui (+an)																										
23	6 bl pertama			+500	+17	+350	+0	+4	+0	+0,3	+0,4	+3	+100	+0,5	+0,4	+45	+150	+0	+30	+8	+50	+4,8	+10	+0,8	+0,2	
24	6 bl kedua			+550	+17	+350	+0	+4	+0	+0,3	+0,4	+3	+100	+0,5	+0,4	+45	+150	+0	+30	+8	+50	+4,8	+10	+0,8	+0,2	

Lampiran 13

**BAHAN MAKANAN PENUKAR
UKURAN RUMAH TANGGA (URT)**

Untuk memudahkan penggunaan dalam daftar ini dinyatakan dengan alat ukur yang lazim terdapat di rumah tangga (disingkat URT). Di bawah ini dicantumkan persamaan persamaan antara rumah tangga dengan gram.

- 1 sdm gula pasir = 8 gram
- 1 sdm tepung susu = 5 gram
- 1 sdm tepung beras = 6 gram
- 1 sdm terigu, maizena, hunkwee = 5 gram
- 1 sdm minyak goreng, margarin = 10 gram
- 1 sdm = 3 sdt = 10 ml
- 1 gls = 24 sdm = 240 ml
- 1 ckr = 1 gls = 240 ml
- 1 gls nasi = 140 gram = 70 gram beras
- 1 ptg pepaya (5 × 15 cm) = 100 gram
- 1 bh sdg pisang (3 × 15 cm) = 50 gram
- 1 ptg sdg tempe (4 × 6 × 1 cm) = 25 gram
- 1 ptg sdg daging (6 × 5 × 2 cm) = 50 gram
- 1 ptg sdg ikan (6 × 5 × 2 cm) = 50 gram
- 1 bj bsr tahu (6 × 6 × 2,5 cm) = 100 gram

Arti singkatan :

bh = buah	bsr = besar
bj = biji	ptg = potong
btg = batang	sdm = sendok makan
bks = bungkus	sdt = sendok teh
pk = pak	gls = gelas
kcl = kecil	ckr = cangkir
sdg = sedang	

DAFTAR BAHAN MAKANAN PENUKAR

Berikut ini dicantumkan 8 golongan bahan makanan. Bahan makanan pada tiap golongan dalam jumlah yang dinyatakan dalam daftar bernilai sama. Oleh karenanya satu sama lain dapat saling menukar. Untuk singkatnya disebut dengan istilah “1 satuan penukar”.

Golongan 1 : BAHAN MAKANAN SUMBER HIDRAT ARANG

Bahan makanan ini digunakan sebagai makanan pokok : 1 satuan penukar mengandung 175 kkalori, 4 gram protein dan 40 gram hidrat arang

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Nasi	100	$\frac{3}{4}$ gls	Maizena	40	8 sdm
Nasi tim	200	1 gls	Tepung beras	50	8 sdm
Bubur beras	400	2 gls	Tepung singkong	40	8 sdm
Nasi jagung	100	$\frac{3}{4}$ gls	Tepung sagu	40	7 sdm
Kentang	200	2 bj sdg	Tepung terigu	50	8 sdm
Singkong	100	1 ptg sdg	Tepung hunkwee	40	8 sdm
Talas	200	1 bj besar	Mi basah	200	1 $\frac{1}{2}$ gls
Ubi	150	1 bj sdg	Mi kering	50	1 gls
Biskuit	50	4 bh	Havermout	50	6 sdm
Roti putih	80	2 iris	Bihun	50	$\frac{1}{2}$ gls
kraker	50	5 bh bsr			

Golongan 2 : BAHAN MAKANAN SUMBER PROTEIN HEWANI

Umumnya digunakan sebagai lauk pauk satuan penukar mengandung 95 kkalori, 10 gram protein, dan 6 gram lemak.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Daging sapi	50	1 ptg sdg	Telur ayam negeri	60	1 btr
Daging babi	25	1 ptg kcl	Telur bebek	60	1 btr
Daging ayam	50	1 ptg sdg	Telur puyuh	60	6 btr

Hati sapi	50	1 ptg sdg	Ikan segar	50	1 ptg sdg
Didih sapi	50	2 ptg sdg	Ikan asin	25	2 ptg sdg
Babat	60	2 ptg sdg	Ikan teri	25	2 sdm
Usus sapi	75	3 bulatan	Udang basah	50	¼ gls
Telur ayam biasa	75	2 btr	Bakso daging	100	10 bj sdg

Golongan 3 : BAHAN MAKANAN SUMBER PROTEIN NABATI

Umumnya digunakan juga sebagai lauk. Satu satuan penukar mengandung 80 kkalori, 6 gram protein, 3 gram lemak, dan 8 gram hidrat arang.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Kacang hijau	25	2½ sdm	Kacang tolo	25	2½ sdm
Kacang kedelai	25	2½ sdm	Oncom	50	2 ptg sdg
Kacang merah	25	2½ sdm	tahu	100	1 bj sdg
Kacang tanah terkupas	20	2 sdm	tempe	50	2 ptg sdg
Keju kacang tanah	20	2 sdm			

Golongan 4 : SAYURAN

Merupakan sumber vitamin terutama karotin dan vitamin C dan juga mineral. Sayuran campur 100 gram banyaknya = 1 gelas (setelah dimasak dan ditiriskan), mengandung 50 kkalori, 3 gr protein, dan 10 gr karbohidrat.

Beligo	Daun singkong	Labu waluh
Bayam	Daun talas	Lobak
Biet	Daun ubi	Nangka muda
Buncis	Daun waluh	Oyong (gambas)
Bunga kol	Genjer	Pare
Cabe hijau	Jagung muda	Pecay
Daun bawang	Jantung pisang	Pepaya muda

Daun bluntas	Jamur segar	Rebung
Daun kecipir	Kacang panjang	Sawi
Daun koro	Kacang kapri	Selada
Daun labu siam	Kangkung	Seledri
Daun leunca	Katuk	Taoge
Daun lobak	Kecipir	Tebu terubuk
Daun mangkokan	Ketimun	Tekokak
Daun melinjo	Kool	Terong
Daun pakis	Kuca	Tomat
Daun pepaya	Labu siam	wortel

Golongan 5 : BUAH-BUAHAN

Merupakan sumber vitamin terutama karotin, vitamin B1, B6, dan C. Juga merupakan sumber mineral. 1 satuan penukar mengandung 40 gr kkalori dan 10 gr hidrat arang.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Alpukat	50	½ bh bsr	Mangga	50	½ bh bsr
Apel	75	½ bh sdg	Nanas	75	$\frac{1}{6}$ bh sdg
anggur	75	10 bj	Nangka masak	50	3 bj
Belimbing	125	1 bh bsr	Pepaya	100	1 bh sdg
Jambu biji	100	1bh bsr	Pisang ambon	50	1 bh sdg
Jambu air	100	2bh sdg	Pisang raja sereh	50	2 bh kcl
Jambu bol	75	$\frac{3}{4}$ bh sdg	Rambutan	75	8 bh
Duku	75	15 bh	Salak	75	1 bh bsr
Durian	50	3 bj	Sawo	50	1bh sdg
Jeruk manis	100	2 bh sdg	Sirsak	75	½ gls
Kedondong	100	1bh sdg	Semangka	150	1 ptg bsr
kemang	100	1 bh sdg	melon	150	1ptg sdg

Golongan 6 : SUSU

Merupakan sumber protein, lemak, hidrat arang, vitamin (terutama A dan niasin), serta mineral 9 (kalsium dan fosfor). 1 satuan penukar mengandung 110 kkalori, 7 gr protein, 9 gr hidrat arang dan 7 gr lemak.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Susu sapi	200	1 gls	Tepung susu whole	25	5 sdm
Susu kambing	150	$\frac{3}{4}$ gls	Tepung susu skim	20	4 sdm
Susu kerbau	100	$\frac{1}{2}$ gls	Tepung saridele	25	4 sdm
Susu kental manis	100	$\frac{1}{2}$ gls	yoghurt	200	1 gls
keju	30	1ptg sdg			

Golongan 7 : MINYAK

Bahan makanan ini hampir seluruhnya terdiri dari lemak. 1 satuan penukar mengandung 45 kkalori dan 5 gr lemak.

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Minyak kacang	5	$\frac{1}{2}$ sdm	Kelapa parut	30	5 sdm
Minyak goreng	5	$\frac{1}{2}$ sdm	Santan	50	$\frac{1}{2}$ gls
Minyak ikan	5	$\frac{1}{2}$ sdm	Lemak sapi	5	1 ptg kcl
Margarin	5	$\frac{1}{2}$ sdm	Lemak babi	5	1 ptg kcl
kelapa	30	1 ptg kcl			

Golongan 8 : GULA

Satu satuan penukar mengandung 30 kkalori dan 7,5 gr karbohidrat

Bahan makanan	Berat (gr)	URT	Bahan makanan	Berat (gr)	URT
Gula pasir	8	1 sdm	Selai	12	1½ sdm
Gula palm/aren	8	½ sdm	Permen	10	4 gls
madu	10	1¼ sdm	sirup	15	2 sdm

(Sumber. Almatsier, 2001)

Lampiran 15

TABULASI DATA BALITA BGM (Bawah Garis Merah)

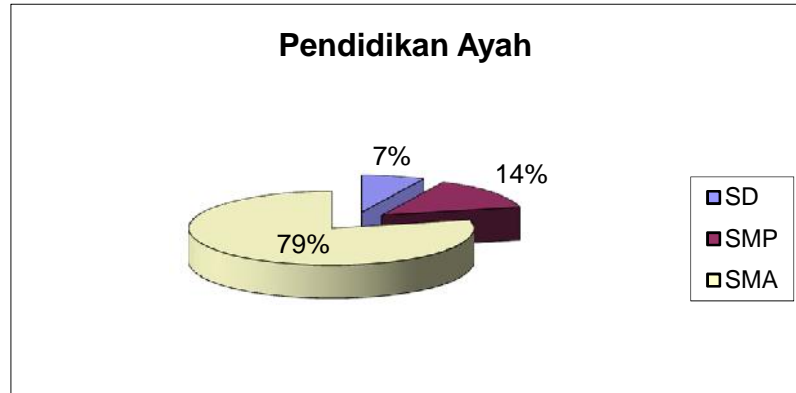
No	BB	Umur (bulan)	NCHS	Kategori
1	6,3	14	< 60%	Buruk
2	8	31	< 60%	Buruk
3	8,6	35	< 60%	Buruk
4	9	39	< 60%	Buruk
5	11,1	60	< 60%	Buruk
6	10,1	50	< 60%	Buruk
7	9,5	44	< 60%	Buruk
8	13	60	60%	Kurang
9	6,4	15	< 60%	Buruk
10	7,1	21	< 60%	Buruk
11	9,8	47	< 60%	Buruk
12	10,8	36	70 %	Sedang
13	6,7	17	< 60%	Buruk
14	9,6	45	< 60%	Buruk

Lampiran 16

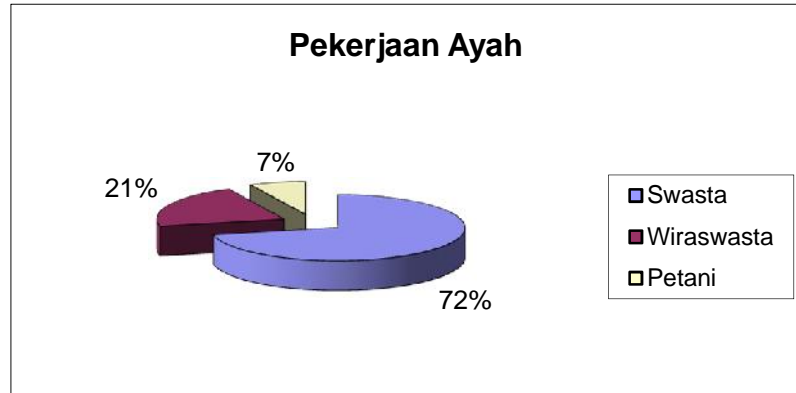
DATA TABULASI

Pola perawatan kesehatan	Interaksi pengasuh dengan balita	Pemberian Makanan	Pendidikan ayah	Pendapatan keluarga	Pendidikan ibu	Jenis kelamin	Kurang Energi Protein	Pekerjaan ayah	Pekerjaan ibu	Jumlah Keluarga
3	3	3	3	3	3	2	3	2	5	1
3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	1
3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	1
3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	1
3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	1
3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	1
3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	1
2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3
3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	1
3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	1
3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	1
1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2
3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	1
3	2	3	3	3	2	2	3	4	3	1
1 = Kurang 2 = sedang 3 = baik	1 = Kurang 2 = sedang 3 = baik	1 = Kurang 2 = sedang 3 = baik	1 = SD 2 = SMP 3 = SMA	1 = kurang 2 = cukup 3 = baik	1 = SD 2 = SMP 3 = SMA	1 = laki-laki 2 = perempuan	1 = Sedang 2 = Kurang 3 = Buruk	1 = PNS 2 = Swasta 3 = Wiraswasta 4 = Petani	1 = PNS 2 = Swasta 3 = Wiraswasta 4 = Petani 5 = Ibu RT	1 = 3 orang 2 = 4 orang 3 = 5 orang 4 = > orang

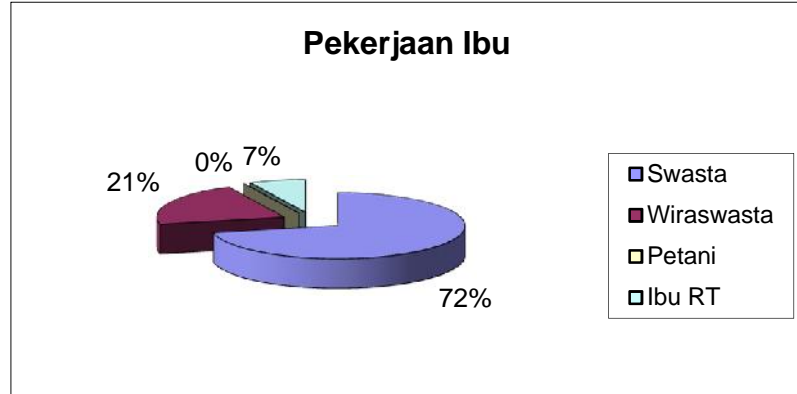
SD	1
SMP	2
SMA	11



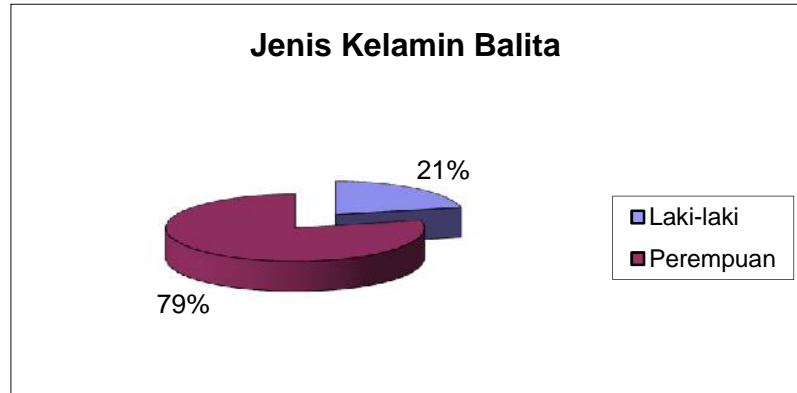
Swasta	10
Wiraswasta	3
Petani	1



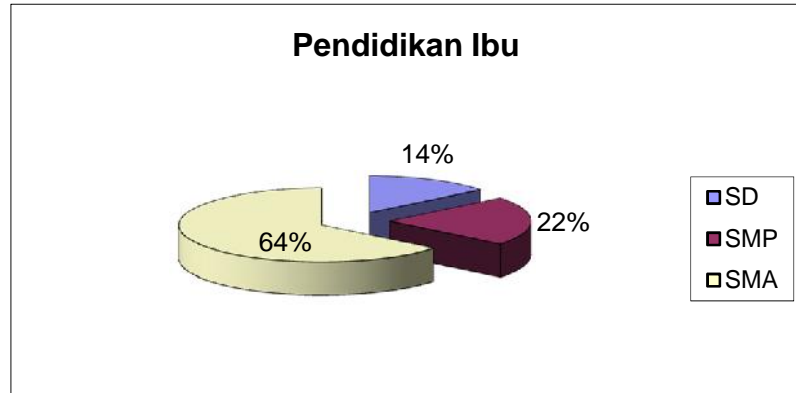
Swasta	10
Wiraswasta	3
Petani	0
Ibu RT	1



Laki-laki	3
Perempuar	11



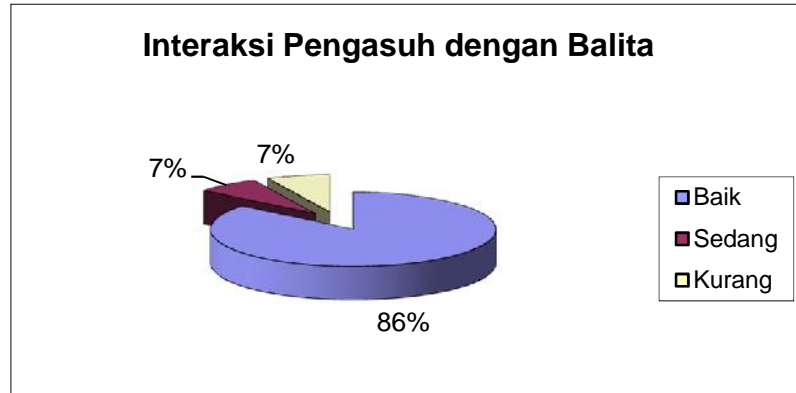
SD	2
SMP	3
SMA	9



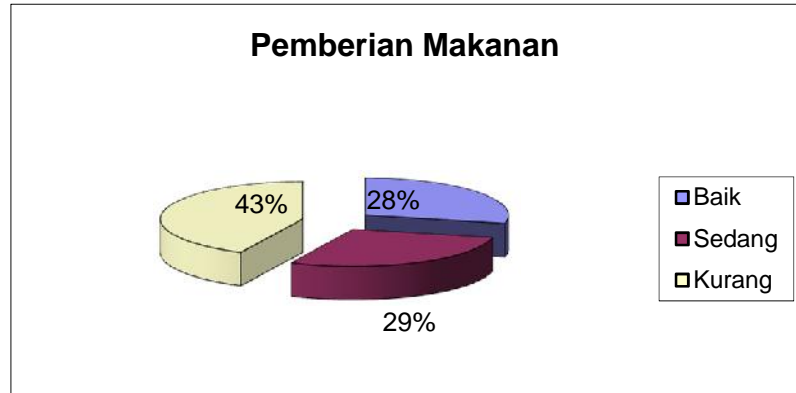
Baik	12
Sedang	1
Kurang	1



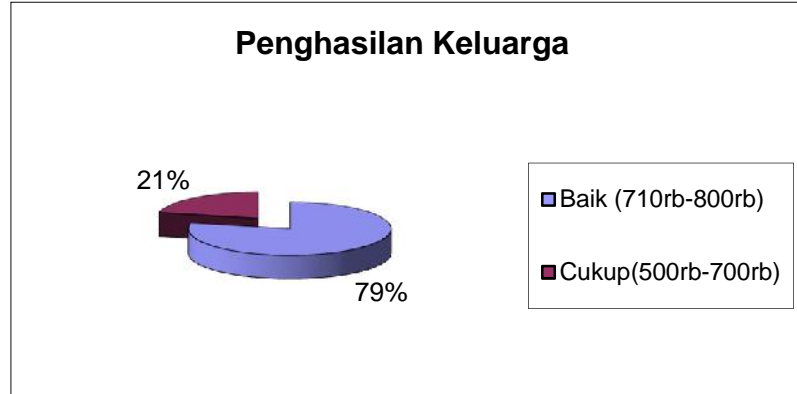
Baik	12
Sedang	1
Kurang	1



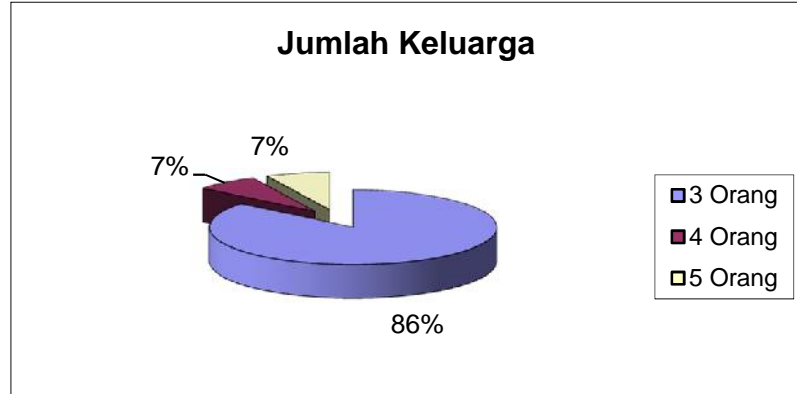
Baik	4
Sedang	4
Kurang	6



Baik (710rb-800rb)	11
Cukup(500rb-700rb)	3



3 Orang	12
4 Orang	1
5 Orang	1



Baik	12
Cukup	1
Kurang	1

