

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN POLA
KONSUMSI MAKANAN PADA BALITA GIZI BURUK
DI KABUPATEN SUMENEP**

PENELITIAN CROSS-SECTIONAL



OLEH:

IRMA FIRDIANI WAHYUNINGTIAS

010510952 B

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

SURABAYA

2009

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 18 Agustus 2004

Yang Menyatakan

Irma Firdiani Wahyuningtias
010510952 B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 06 AGUSTUS 2009

Oleh :

Pembimbing 1

Yuni Sufyanti Arief, SKp.,M.Kes

NIP. 132 295 670

Pembimbing 2

Laily Hidayati, SKep, Ns

NIK. 139 080 822

Mengetahui

a.n. Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga Surabaya

Penjabat Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief, SKp.,M.Kes

NIP. 132 295 670

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI INI TELAH DISEMINARKAN
PADA TANGGAL 18 AGUSTUS 2009
DAN DISETUJUI OLEH

Ketua : Dr. Nursalam, MNurs (Hons) (.....)

Anggota : 1. Yuni Sufyanti Arief, SKp, MKes (.....)

2. Laily Hidayati, SKep, Ns (.....)

Mengetahui,

a.n. Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Penjabat Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief, SKp.,M.Kes

NIP. 132 295 670

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah rabbil 'alamin, segala puji bagi Allah SWT penulis ucapkan atas limpahan rahmat, maghfirah dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Balita Gizi Buruk di Kabupaten Sumenep”

Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak menerima bantuan baik moril maupun material dari berbagai pihak maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Dr. Nursalam, MNurs (Hons), selaku penjabat dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya juga selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan saran dalam perbaikan skripsi ini.
2. Yuni Sufyanti Arief, SKp., MKes, selaku penjabat wakil dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga juga selaku pembimbing ketua atas waktu, bimbingan, dan ilmu sehingga skripsi ini dapat selesai dengan baik.
3. Laily Hidayati, S.Kep,Ns selaku pembimbing yang juga telah banyak meluangkan waktunya untuk membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran serta ilmu sehingga skripsi ini dapat dijalankan dengan baik.

4. Nuzul Qur'aniati, SKep., Ns selaku dosen wali yang dengan sabar memberi arahan dan nasihat sebelum penulis menjalani semester-semester baru
5. Drs. H. Moh. Roeslan, MM selaku kepala Badan Kesbang dan Linmas kabupaten Sumenep atas izin penelitian yang telah diberikan
6. dr. S. Susiyanto, M.Si, selaku selaku kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep
7. Kepala puskesmas Pandian, Pamolokan, Kalianget, Gapura, Ambunten, Saronggi, Bluto, dan Pragaan yang telah memberikan izin sehingga kegiatan penelitian ini dapat berjalan dengan lancar.
8. Staf bagian gizi pusekesmas Pandian, Pamolokan, Kalianget, Gapura, Ambunten, Saronggi, Bluto, dan Pragaan yang telah memberikan informasi dan bantuan sehingga kegiatan penelitian ini dapat berjalan dengan lancar.
9. Bidan-bidan desa di kecamatan Pandian, Pamolokan, Kalianget, Gapura, Ambunten, Saronggi, Bluto, dan Pragaan yang telah membantu penulis melakukan penelitian dan atas kontribusi informasi, ilmu dan tenaga yang diberikan
10. Semua ibu yang telah bersedia menjadi responden, terima kasih atas informasi yang telah diberikan
11. Kedua orang tuaku, kakak, adik, dan nenek yang dengan segenap kasih sayang dan doa yang telah diberikan selama penulis menjalankan studi dan dengan sabar memahami penulis selama penelitian.
12. Teman-teman dan adik kos KTB atas kebersamaan, dukungan, dan bantuannya. *Especially to* Serlly, jazakillah for all of ur ilmu, masukan, dan

materi yang sering aku pinjam... Untuk Lina dan U, semoga kebersamaan yang terjalin dapat memberi yang baik untuk diri kita masing-masing

13. Earn, Rur, dan Elsa as friends ever close with me and for devia and fathiya sebagai orang yang pernah Allah berikan untuk mengisi hari penulis ketika menjalani skripsi
14. Semua pihak dan teman-teman A5 yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT selalu memberikan keikhlasan kepada semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari banyak kekurangan dalam skripsi ini, namun penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan profesi keperawatan lainnya.

Surabaya, Agustus 2009

Penulis

ABSTRACT**FACTORS ANALYZES THAT RELATED TO FOOD PATTERN OF CHILDREN UNDER FIVE YEARS WITH SEVERE MALNUTRITION IN SUMENEP DISTRICT***Cross-sectional Research***By : Irma Firdiani Wahyuningtias**

Severe malnutrition is less of nutrition in a serious condition. Food pattern is the most factor that influence to health and nutritional status, like the severe malnutrition. Because of that, it was needed better means about the food pattern. The purpose of this study is analyzes factors that related to food pattern of children under five years with severe malnutrition in Sumenep district.

This research was cross sectional design. The population was children under five years in Sumenep that was taken by simple random sampling. There was 28 sampels. The data collected by gave a questionarre about the factors and the food pattern. To measured the food pattern, there was 2 questionarre that was food frequency checklist and recall 2x24 hours that previously convert to percentages of recommended dietary allowance. And then, all of the data analyzed by Spearman's rho and Chi square with significancy level $<0,05$.

The result of this research is mother's education level related to food pattern with the signification level is 0,028 and coefficient correlation is 0,414. However, family income, number of family members, separation between two birth, food taboo, food supply and knowledge of the mother not related to food pattern. In conclusion, there is only education level of the respondent's mother that related to food pattern of children under five years with severe malnutrition in Sumenep. Mother's education level become the entry point of the mother's in this study to get better skill and knowledge about food consumption.

From this result, it can be reccommendated to government of Sumenep to facilitate and increase the education level of mother in Sumenep and for the further study to analyzes the Madurese culture and the others factors that influence to food pattern of children under five years with severe malnutrition in Sumenep.

Keywords: severe malnutrition, food pattern, family income, mother's education level, number of family members, separation between two birth, food taboo, food supply, and the knowledge of the mother

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Surat pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xvi
Daftar Arti Lambang, Singkatan, Dan Istilah	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan umum	7
1.3.2 Tujuan khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat teoritis	8
1.4.2 Manfaat praktis	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Pertumbuhan Balita	10
2.1.1 Pengertian Pertumbuhan	10
2.1.2 Tahap Pertumbuhan Pada Balita	10
2.1.3 Ciri-ciri Pertumbuhan Pada Balita	11
2.1 Konsep Gizi	12
2.1.1 Pengertian gizi	12
2.1.2 Zat gizi dalam bahan makanan	13
2.1.3 Penilaian status gizi.....	20
2.1.4 Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan...	24
2.2 Konsep Gizi Buruk	27
2.2.1 Definisi gizi buruk	27
2.2.2 Penyebab gizi buruk.....	27
2.2.3 Klasifikasi gizi buruk.....	28
2.2.4 Gejala/ tanda-tanda gizi buruk	29
2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah gizi buruk	32
2.2.6 Indikator status gizi buruk	32
2.2.7 Penatalaksanaan gizi buruk	33
2.2.8 Program pencegahan dan penanggulangan gizi	

2.3	Konsep Pola Konsumsi	35
2.3.1	Definisi pola konsumsi	35
2.3.2	Penilaian pola konsumsi	35
2.3.3	Pola konsumsi yang dianjurkan	38
2.4	Konsep Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi	41
2.4.1	Pendapatan	41
2.4.2	Tingkat Pendidikan Ibu	42
2.4.3	Jumlah keluarga	43
2.4.4	Jarak kelahiran	44
2.4.5	Pantangan Dan Mitos Seputar Makanan	45
2.4.6	Ketersediaan Makanan Dalam Keluarga	46
2.4.7	Pengetahuan Ibu	47
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	48
3.1	Kerangka Konseptual	48
3.2	Hipotesis Penelitian	50
BAB 4	METODE PENELITIAN	52
4.1	Desain Penelitian	52
4.2	Populasi, Sampel, Dan Teknik Sampling	53
4.2.1	Populasi	53
4.2.2	Sampel	53
4.2.3	Teknik sampling	55
4.3	Identifikasi Variabel	55
4.3.1	Variabel Independen	55
4.3.2	Variabel Dependen	56
4.4	Definisi Operasional	56
4.5	Metode Pengumpulan Dan Pengolahan Data	56
4.5.1	Instrumen Penelitian	56
4.5.2	Lokasi Dan Waktu Penelitian	58
4.5.3	Prosedur Pengumpulan Data	58
4.6	Kerangka Kerja Operasional	59
4.7	Teknik Analisis Data	60
4.8	Etik Penelitian	64
4.7.1	<i>Informed Consent</i>	64
4.7.2	<i>Anonymity</i>	64
4.7.3	<i>Confidentiality</i>	64
4.7.4	Keterbatasan penelitian	64
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1	Hasil Penelitian	66
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	66
5.1.2	Data Umum	67
5.1.3	Data Khusus	70
5.2	Pembahasan	84

BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	
	6.1 Kesimpulan	104
	6.2 Saran	106
	Daftar Pustaka	108
	Lampiran	112

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi Balita Gizi Buruk	48
Gambar 4.1 Kerangka Operasional	61
Gambar 5.1 Distrubusi Responden Berdasarkan Usia di Kabupaten Sumenep tahun 2009	67
Gambar 5.2 Distrubusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Sumenep tahun 2009	68
Gambar 5.3 Distrubusi Responden Berdasarkan Berat Badan di Kabupaten Sumenep tahun 2009	68
Gambar 5.4 Distrubusi Responden Berdasarkan Riwayat Alergi di Kabupaten Sumenep tahun 2009	69
Gambar 5.5 Distrubusi Responden Berdasarkan Usia Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu di kabupaten Sumenep tahun 2009	69
Gambar 5.6 Distrubusi Responden Berdasarkan Lama Mengalami Gizi Buruk di Kabupaten Sumenep tahun 2009.....	70
Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga dalam 1 bulan di Kabupaten Sumenep pada Pada Bulan Juli 2009.....	71
Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu di kabupaten Sumenep tahun 2009.....	71
Gambar 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga di Kabupaten Sumenep tahun 2009.....	72
Gambar 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Jarak Kelahiran di kabupaten Sumenep tahun 2009	72
Gambar 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Pantangan/ Mitos Tentang Makanan di kabupaten Sumenep tahun 2009.....	73
Gambar 5.12 Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Makanan di kabupaten Sumenep tahun 2009.....	73
Gambar 5.13 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Ibu di kabupaten Sumenep tahun 2009	74

Gambar 5.14 Distribusi Responden Berdasarkan Pola Konsumsi Balita (Jumlah dan Jenis Makanan) di kabupaten Sumenep tahun 2009	74
Gambar 5.15 Distribusi Frekuensi Konsumsi Makanan Pokok Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	75
Gambar 5.16 Distribusi Frekuensi Konsumsi Lauk Pauk Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	75
Gambar 5.17 Distribusi Frekuensi Konsumsi Sayur Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	76
Gambar 5.18 Distribusi Frekuensi Konsumsi Buah Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	76
Gambar 5.19 Distribusi Frekuensi Konsumsi Susu dan Serbaneka Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	77

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi.....	22
Tabel 2.2 Klasifikasi Tinggi Badan Menurut Umur	23
Tabel 2.3 Klasifikasi Berat Badan Menurut Tinggi Badan.....	23
Tabel 2.4 Klasifikasi Lingkar Lengan Atas Menurut Umur	24
Tabel 4.1 Definisi Operasional	56
Tabel 5.1 Hubungan Pendapatan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009.....	77
Tabel 5.2 Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	78
Tabel 5.3 Hubungan Jumlah Anggota Keluarga Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	79
Tabel 5.4 Hubungan Jarak Kelahiran Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	80
Tabel 5.5 Hubungan Pantangan dan Mitos Tentang Makanan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	81
Tabel 5.6 Hubungan Ketersediaan Makanan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	82
Tabel 5.7 Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	83
Tabel 5.8 Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Balita Gizi Buruk di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009	83

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Kepada Bakesbangpollinmas Kabupaten Sumenep.....	112
Lampiran 2 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep	113
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian Kepada Puskesmas Pandian, Pamolokan, Kalianget, Saronggi, Bluto, Pragaan, Gapura.....	114
Lampiran 4 Surat Izin Penelitian Kepada Puskesmas Ambunten.....	115
Lampiran 5 Surat Rekomendasi Penelitian Kepada Dinas Kesehatan Dan Camat	116
Lampiran 6 Lembar Permintaan Menjadi Responden	117
Lampiran 7 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	118
Lampiran 8 Kuesioner Karakteristik Balita	119
Lampiran 9 Kuesioner Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi	120
Lampiran 10 Form Frekuensi Makanan.....	124
Lampiran 11 Form Jenis Dan Jumlah Makanan	126
Lampiran 12 Daftar Bahan Makanan Penukar.....	128
Lampiran 13 Daftar Komposisi Bahan Makanan Jajanan	132
Lampiran 14 Angka Kecukupan Gizi	133
Lampiran 15 Tabel Data Responden.....	134
Lampiran 16 Tabel <i>Food Frequency Checklist</i>	136
Lampiran 17 Tabulasi Kuesioner Pengetahuan	137
Lampiran 18 Hasil Uji Statistik dan <i>Cross Tabulation</i>	138

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Daftar Arti Lambang

>	= Lebih dari
<	= Kurang dari
%	= Persen
g	= Gram

Daftar Singkatan

AKG	: Angka Kecukupan Gizi
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BKB	: Bina Keluarga Balita
BPS	: Badan Pusat Statistik
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DKBM	: Daftar Komposisi Bahan Makanan
DKGA	: Daftar Kecukupan Gizi yang Dianjurkan
FAO	: <i>Food and Agriculture Organization</i>
KEP	: Kekurangan Energi Protein
KKP	: Kekurangan Kalori Protein
LILA	: Lingkar Lengan Atas
NKKBS	: Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera
PD	: <i>Positive Deviance</i>
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
PSG	: Pemantauan Status Gizi
RDA	: (<i>Recommended Daily Allowances</i>)
SUSENAS	: Survey Sosial Ekonomi Nasional
TB	: Tinggi badan
U	: Umur/ usia
URT	: Ukuran Rumah Tangga
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHO-NCHS	: <i>World Health Organization-National Center for Health Statistics</i>

Daftar Istilah

<i>Atrophy</i>	= pengurusan otot
<i>Cut of points</i>	= tingkatan
<i>Edema</i>	= bengkak
<i>Entry-point</i>	= titik masuk
<i>Et al</i>	= dan yang lain
<i>Frekuen feeding</i>	= pemberian makan yang sering
<i>Intake</i>	= masukan
<i>Over weight</i>	= kelebihan berat badan
<i>Severe protein calori malnutrition</i>	= kekurangan kalori protein berat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun (Nency, Y. dan Arifin, M. T., 2005). Gizi buruk dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait (Dinas Kesehatan kabupaten Purworejo, 2005). Pertama, penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Kedua, penyebab tidak langsung yaitu: ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketiga faktor penyebab tidak langsung tersebut berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan keluarga (Menteri Pertanian, 2000). Pola konsumsi anak merupakan faktor penting yang berpengaruh pada status kesehatan dan gizi (Atmarita, 2005). Dari sebuah studi "*positive deviance*", diketahui pola konsumsi berpengaruh pada timbulnya gizi buruk (Nency, Y. dan Arifin, M. T., 2005). Banyak faktor yang mempengaruhi pola konsumsi, diantaranya pendapatan/ penghasilan, pengetahuan, jumlah anggota keluarga, jarak kelahiran (Moehji, S., 2002). Selain itu ada juga yang disebabkan oleh keengganan mengkonsumsi makanan murah yang bergizi, ketersediaan makanan yang kurang, dan pantangan-pantangan dan mitos mengenai makanan (G. Kartasapoetra dan Marsetyo. 2005). Kebiasaan, mitos ataupun kepercayaan / adat istiadat masyarakat tertentu yang tidak benar dalam pemberian makan akan sangat merugikan anak, misalnya kebiasaan memberi minum bayi hanya dengan air putih, memberikan makanan padat terlalu dini, berpantang pada makanan tertentu

(misalnya tidak memberikan anak daging, telur, santan dll) , hal ini menghilangkan kesempatan anak untuk mendapat asupan lemak, protein maupun kalori yang cukup (Nency, Y. dan Arifin, M. T., 2005). Di kabupaten Sumenep, jumlah kasus gizi buruk yang ditemukan berdasarkan indikator berat badan menurut umur (BB/ U) meningkat setiap tahun dari tahun 2004 sampai 2006 sebesar 76 kasus pada tahun 2004, 141 kasus pada tahun 2005, dan 214 kasus pada tahun 2006. Menurun pada tahun 2007 menjadi 118 kasus dan meningkat kembali pada tahun 2008 menjadi 144 kasus. Data yang diperoleh Dewan Ketahanan Pangan dan Program Pangan Sedunia (2002) dari SUSENAS (2002) yang menggambarkan kabupaten-kabupaten dengan jumlah perempuan buta hurufnya tinggi disertai juga tingginya jumlah anak yang mengalami gizi kurang dan rendahnya harapan hidup anak 1 tahun menunjukkan bahwa di kabupaten Sumenep terdapat 35.3 persen balita gizi buruk dan 31 persen wanita buta huruf. Dari sebuah hasil penelitian lain dari Bappenas pada tahun 1986 tentang kebiasaan makan di berbagai daerah di Indonesia termasuk Madura menyatakan jika ditinjau dari sudut kuantitas konsumsi bahan makanan sumber protein, ternyata kurang dari setengahnya mengalami kekurangan, yaitu dengan patokan rata-rata per kapita sehari kurang dari 55 gram. Sedangkan dari sudut kualitas sumber protein, berada pada tingkat menengah. Dan mengenai konsumsi sayuran dan buah-buahan, belum merata dan mencapai tingkat konsumsi yang baik (Santoso, S. Dan Ranti, A., L., 2004). Data atau penelitian yang mengungkapkan pola konsumsi yang digunakan oleh balita gizi buruk di kabupaten Sumenep belum jelas. Untuk itu, diperlukan penelitian lebih lanjut terkait pola konsumsi yang digunakan oleh

balita gizi buruk di kabupaten Sumenep tersebut dan faktor-faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi tersebut.

Data yang diperoleh dari *World Health Organization* menunjukkan bahwa 60% dari keseluruhan kematian yang terjadi pada balita di negara berkembang disebabkan oleh gizi buruk. Dari sini dapat diketahui bahwa hampir 50, 6 juta balita menderita gizi buruk dan hampir 90%nya merupakan balita di negara berkembang (AS, Faruque *et al*, 2008). Pada saat ini masih terdapat 110 kabupaten/ kota dari 440 kabupaten/ kota di Indonesia yang mempunyai prevalensi gizi buruk di atas 30% berdasarkan berat badan menurut umur (Dinas Kesehatan kabupaten 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 (Depkes, 2006). Sesuai catatan Dinas Kesehatan kabupaten Sumenep, pada tahun 2008 terdapat total kasus gizi buruk sebanyak 144 balita yang tersebar di wilayah daratan dan kepulauan dan pada bulan Juli 2009, jumlah balita gizi buruk yang telah dicatat mencapai 52 kasus. Hasil analisis ini berdasarkan pengukuran antropometri berat badan menurut umur (BB/ U). Jika dibandingkan dengan negara-negara lain, kecuali beras, tingkat konsumsi per kapita tiap tahun Indonesia untuk berbagai produk pangan penting masih sangat rendah. Tingkat konsumsi rakyat Indonesia untuk telur 3,48 kg/kapita/tahun, Malaysia 17,62 kg, dan Filipina 4,51 kg. Konsumsi rakyat Indonesia untuk daging 7,1 kg/kapita/tahun, Malaysia 46,87 kg, dan Filipina 24,96 kg. Sebagai negara yang 75 persen wilayahnya berupa lautan yang luasnya 5,8

juta km persegi, konsumsi ikan rakyat kita juga masih rendah, baru 26 kg/kapita/tahun, di bawah Malaysia yang 45 kg dan jauh di bawah Jepang yang 70 kg/ kapita/tahun. Konsumsi sayuran bangsa Indonesia 37,94 kg/kapita/tahun, sementara standar FAO 65,75 kg dan tingkat konsumsi susu rakyat Indonesia baru 6,50 liter kapita/tahun, sementara India telah mencapai 40 liter (Husodo, S., Y., 2008). Untuk data perubahan konsumsi kalori per kapita per hari rata-rata dari tahun 1996-2002, Jawa Timur termasuk lima provinsi yang terendah (SUSENAS, 2002 dalam Dewan Ketahanan Pangan dan Program Pangan Sedunia, 2002). Lebih dari 56% penduduk miskin tinggal di Pulau Jawa Lima kabupaten yang paling tertinggal, dalam hal akses pangan dan sumber nafkah yaitu Sampang, Pamekasan, Lombok Timur, Bondowoso dan Sumenep. Pada tingkat kabupaten, dari hasil pemantauan kesehatan dan gizi, perlu suatu tindak lanjut dalam penanganan harapan hidup anak usia 1 tahun dan kurang gizi pada balita, kabupaten Sumenep, Probolinggo, Pamekasan, Pasuruan dan Jember adalah lima kabupaten yang terburuk dari kabupaten-kabupaten di Provinsi Jawa Timur dan Nusa Tenggara Barat. Gambaran pola pemberian makanan balita di kabupaten Sumenep belum ada data yang menunjukkan, namun terdapat sebuah penelitian kepada 55 balita yang dilakukan oleh Kasduki O. S, Ananto S, dan K. Titiek S di posyandu Pogot puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya menunjukkan 8 balita (14,5 %) berpola konsumsi baik, 33 balita (60%) berpola konsumsi sedang, dan 14 balita (25,5 %) berpola konsumsi kurang. Hal ini menunjukkan bahwa pola pemberian makanan terhadap balita kurang baik. Dari penelitian yang sama juga diperoleh sikap ibu balita yang mendukung pemenuhan gizi hanya 38,2%, sisanya netral 27,3% dan tidak mendukung 34,5%.

Gizi buruk atau penyakit kurang kalori dan protein pada dasarnya terjadi karena defisiensi energi dan defisiensi protein, disertai susunan hidangan yang tidak seimbang (Sediaoetama, A. D., 2006). Gangguan gizi disebabkan oleh faktor primer atau sekunder. Faktor primer adalah bila susunan makanan seseorang salah dalam kuantitas dan atau kualitas yang disebabkan oleh kurangnya penyediaan pangan, kurang baiknya distribusi pangan, ketidaktahuan, kebiasaan makan yang salah, dan sebagainya. Faktor sekunder meliputi semua faktor yang menyebabkan zat-zat gizi tidak sampai di sel-sel tubuh setelah dikonsumsi (Almatsier, S., 2001). Berdasar hal ini, gizi buruk disebabkan oleh penyebab secara langsung, pertama: anak kurang mendapat asupan gizi seimbang dalam waktu cukup lama, dan kedua: anak menderita penyakit infeksi. Secara tidak langsung penyebab terjadinya gizi buruk yaitu tidak cukupnya persediaan pangan di rumah tangga, pola asuh kurang memadai dan sanitasi/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 kabupaten Purworejo, 2005). Akibat kekurangan zat gizi, makanan simpanan zat gizi pada tubuh digunakan untuk memenuhi kebutuhan. Dengan meningkatnya defisiensi zat gizi, maka muncul perubahan biokimia dan rendahnya zat-zat gizi dalam darah. Apabila keadaan ini berlangsung lama, maka akan terjadi perubahan fungsi tubuh seperti tanda-tanda syaraf yaitu kelemahan, pusing, kelelahan, nafas pendek, dan lain-lain (Supariasa, I. D. N. *et al*, 2002). Gizi-buruk pada anak balita juga dapat berdampak pada penurunan tingkat kecerdasan atau IQ (Menteri Pertanian, 2000).

Upaya penanganan yang dilakukan pemerintah telah banyak dilakukan. Upaya perbaikan gizi di Indonesia dibedakan menjadi dua metoda yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) selama 90 hari dan Metoda *Positive Deviance* (PD) dengan pendekatan pemberdayaan keluarga (Suharyati, 2006). Namun, meskipun perhatian terhadap defisiensi makanan menjadi prioritas, fokus pada hal pola konsumsi yang mencerminkan intake lebih atau tidak seimbang dan penyakit bawaan makanan kurang menjadi perhatian. Padahal kedua hal tersebut merupakan masalah kesehatan masyarakat secara global yang penting (Atmarita, 2005). Dengan demikian, dengan adanya analisis pada pola konsumsi dan faktor-faktor yang berhubungan, diharapkan dapat membantu menangani masalah gizi buruk.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep?
2. Apakah ada hubungan faktor pendapatan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep?
3. Apakah ada hubungan faktor tingkat pendidikan ibu dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep?
4. Apakah ada hubungan faktor jumlah anggota keluarga dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep?
5. Apakah ada hubungan faktor jarak kelahiran dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep?

6. Apakah ada hubungan faktor pantangan-pantangan dan mitos tentang makanan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep?
7. Apakah ada hubungan faktor ketersediaan makanan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep?
8. Apakah ada hubungan faktor pengetahuan ibu dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep?
9. Faktor dominan apa yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mempelajari faktor-faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
2. Menganalisis hubungan faktor pendapatan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
3. Menganalisis hubungan faktor jumlah anggota keluarga dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
4. Menganalisis hubungan faktor jarak kelahiran dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep

5. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
6. Menganalisis hubungan faktor pendidikan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
7. Menganalisis hubungan faktor pantangan-pantangan dan mitos tentang makanan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
8. Menganalisis hubungan faktor ketersediaan makanan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
9. Mengidentifikasi faktor dominan yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Untuk menambah ilmu dan pengetahuan keperawatan anak dan komunitas tentang pola konsumsi pada balita gizi buruk

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Dapat memberi masukan bagi para praktisi kesehatan tentang pola konsumsi balita di kabupaten Sumenep
2. Dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menanggulangi masalah gizi buruk di kabupaten Sumenep
3. Dapat dijadikan sebagai sarana pengembangan status kesehatan balita di kabupaten Sumenep

4. Dapat dijadikan sebagai sarana yang dapat membantu puskesmas untuk menjalankan program penanggulangan gizi buruk di kabupaten Sumenep

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini, akan dibahas tentang: 1) Konsep Pertumbuhan Balita; 2) Konsep Gizi; 3) Konsep gizi buruk; 4) Konsep pola konsumsi; dan 5) Konsep faktor-faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi

2.1 Konsep Pertumbuhan Balita

2.1.1 Pengertian pertumbuhan

Pertumbuhan ialah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau keseluruhan (Tanuwidjaya, S, 2002).

2.1.2 Tahap pertumbuhan pada balita

1. Berat badan

Pada bayi yang lahir cukup bulan, berat badan waktu lahir akan kembali pada hari ke-10. Berat badan menjadi 2 kali berat badan waktu lahir pada bayi umur 5 bulan, menjadi 3 kali berat badan lahir pada umur satu tahun, dan menjadi 4 kali berat badan lahir pada umur 2 tahun. Pada masa prasekolah, kenaikan berat badan rata-rata 2kg/ tahun. Kemudian pertumbuhan konstan mulai berakhir dan dimulai "*pre-adolescent growth spurt*" (Soetjningsih, 1995).

2. Tinggi badan

Pada umumnya laju pertumbuhan berkurang sejak lahir sampai selesainya proses pertumbuhan. Sejak lahir sampai umur 4-5 tahun, laju pertumbuhan dengan cepat berkurang (deselerasi) dan kemudian deselerasi ini mengurang secara perlahan-lahan hingga umur 5-6 tahun (Soetjningsih, 1995).

3. Lingkar lengan atas

Lingkar lengan atas mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak terpengaruh banyak oleh keadaan cairan tubuh dibandingkan dengan berat badan (Suyitno, H dan Narendra, MB, 2002). Pertumbuhan jumlah sel lemak meningkat pada trimester III kehamilan sampai pertengahan masa bayi. Setelah itu jumlah sel lemak tidak banyak bertambah (Soetjiningsih, 1995). Laju tumbuh lambat, dari 11 cm pada saat lahir menjadi 16 cm pada usia 1 tahun. Selanjutnya tidak berubah selama 1-3 tahun (Suyitno, H dan Narendra, MB, 2002).

2.1.3 Ciri-ciri pertumbuhan pada balita

Kecepatan pertumbuhan anak melambat setelah tahun pertama kehidupan. Secara garis besar, terdapat 4 kategori perubahan sebagai ciri pertumbuhan, yaitu:

1. Perubahan ukuran

Perubahan ini terlihat jelas pada pertumbuhan fisik yang dengan bertambahnya usia anak terjadi pula penambahan berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, dan lain-lain.

2. Perubahan proporsi

Selain bertambahnya ukuran-ukuran, tubuh juga memperlihatkan perubahan proporsi. Anak bukanlah dewasa kecil, tubuh anak memperlihatkan perbedaan proporsi bila dibandingkan dengan tubuh orang dewasa.

3. Hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru

Selama proses pertumbuhan terdapat hal-hal yang terjadi perlahan-lahan, seperti hilangnya kelenjar timus, lepasnya gigi susu dan hilangnya reflex-refleks primitif. (Tanuwidjaya, S, 2002)

Pertumbuhan pada masa anak-anak mengalami perbedaan yang bervariasi sesuai dengan bertambahnya usia anak. Soetjiningsih (2002) dalam Nursalam (2005) menjelaskan terdapat salah satu ciri pertumbuhan yaitu kecepatan pertumbuhan tidak teratur yang ditandai dengan adanya masa-masa tertentu, yaitu masa prenatal, bayi, dan adolesensi, dimana terjadi pertumbuhan cepat dan masa prasekolah dan masa sekolah, dimana pertumbuhan berlangsung lambat. Menurut Soetjiningsih dan Suandi, IKG (2002), kecepatan pertumbuhan anak melambat setelah tahun pertama kehidupan. Pada usia setahun, berat badan anak menjadi 3 kali berat badan lahir, tetapi pada usia 2 tahun, berat badan anak hanya 4 kali berat badan lahir. Panjang badan anak bertambah 50% pada usia setahun, namun panjang badan 2 kali panjang badan lahir baru tercapai pada usia 4 tahun.

2.2 Konsep Gizi

2.2.1 Pengertian gizi

Gizi (nutrisi) adalah keseluruhan berbagai proses dalam tubuh makhluk hidup untuk menerima bahan-bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan bahan-bahan tersebut agar menghasilkan berbagai aktivitas penting dalam tubuhnya sendiri (Beck, M. E, 2000). Terdapat beberapa istilah yang berkaitan dengan gizi. Istilah-istilah tersebut antara lain:

- a. Zat gizi yaitu zat-zat yang diperoleh dari bahan makanan yang dikonsumsi, yang mempunyai nilai yang sangat penting untuk memelihara proses tubuh dalam pertumbuhan dan perkembangan dan memperoleh energi guna melakukan kegiatan fisik sehari-hari (G. Kartasapoetra dan Marsetyo. 2005). Dalam istilah

lain, zat gizi atau nutrien bisa diartikan ikatan kimia yang diperlukan tubuh untuk melakukan fungsinya (Almatsier, S., 2001)

b. Makanan adalah bahan selain obat yang mengandung zat-zat gizi dan atau unsur-unsur/ ikatan kimia yang dapat diubah menjadi zat gizi oleh tubuh, yang berguna bila dimasukkan ke dalam tubuh (Almatsier, S., 2001)

c. Keadaan gizi, yaitu keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat-zat gizi tersebut, atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam seluler tubuh (Supriasa, I. D. N, Bakri, B., dan Fajar, I. 2002)

d. Status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Dibedakan antara status gizi buruk, kurang, baik, dan lebih (Almatsier, S., 2001)

e. Penilaian status gizi adalah pengukuran yang didasarkan pada data antropometrik serta biokimiawi dan riwayat diet (Beck, M. E., 2000).

2.2.2 Zat Gizi Dalam Bahan Makanan

Zat gizi adalah satuan yang menyusun bahan makanan. Sedangkan bahan makanan adalah apa yang dimasak dan disusun menjadi hidangan. Contoh dari bahan makanan ialah beras, jagung, daging, telur, dan sebagainya. Zat gizi bahan dasar menurut ilmu gizi terdiri dari karbohidrat atau hidrat arang, protein atau zat putih telur, lemak, vitamin-vitamin, dan mineral (Sediaoetama, A. D. 2006)

Dalam susunan hidangan di Indonesia, berbagai jenis bahan makanan dapat dikelompokkan ke dalam:

1. Bahan makanan pokok
2. Bahan makanan lauk-pauk

3. Bahan makanan sayur, dan
4. Bahan makanan buah-buahan

Dalam susunan-susunan bahan makanan tersebut, terdapat penggolongan lain berdasarkan fungsi dari zat gizinya :

1. Zat gizi penghasil energi, yaitu karbohidrat, lemak, dan protein. Zat gizi penghasil energi ini sebagian besar dihasilkan oleh bahan makanan pokok.
2. Zat gizi pembangun sel, terutama diduduki oleh protein, sehingga bahan makanan lauk tergolong dalam bahan makanan sumber pembangun.
3. Zat gizi pengatur, ke dalam kelompok ini termasuk vitamin dan mineral. Maka bahan makanan sumber mineral dan vitamin (sayur dan buah) termasuk golongan bahan makanan sumber zat gizi pengatur (Sediaoetama, A. D. 2006).

Energi dalam tubuh manusia dapat timbul dikarenakan adanya pembakaran karbohidrat, protein, dan lemak.

1. Karbohidrat

Di negara-negara sedang berkembang, kurang lebih 80% energi makanan berasal dari karbohidrat (Almatsier, S., 2001). Di Indonesia sendiri, bahan pangan yang dikonsumsi memiliki kandungan karbohidrat 70-80%, terutama pada serealia (padi-padian) dan umbi-umbian (G. Kartasapoetra dan Marsetyo. 2005).

Fungsi utama karbohidrat adalah menyediakan energi bagi tubuh. Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi penduduk di seluruh dunia karena banyak di dapat di alam dan harganya relatif murah. Satu gram karbohidrat menghasilkan 4 kilokalori. Sebagian karbohidrat di dalam tubuh berada dalam sirkulasi darah sebagai glukosa untuk keperluan energi segera, sebagian disimpan sebagai glikogen dalam hati dan jaringan otot, dan sebagian lagi diubah menjadi

lemak untuk kemudian disimpan sebagai cadangan energi di dalam jaringan lemak (Almatsier, S., 2001).

Tidak ada ketentuan tentang kebutuhan karbohidrat sehari untuk manusia. Untuk memelihara kesehatan, WHO (1990) dalam Almatsier, S., S. (2001) menganjurkan agar 55-75% konsumsi energi total berasal dari karbohidrat kompleks dan paling banyak hanya 10% dari gula sederhana.

Sumber karbohidrat adalah padi-padian atau sereal, umbi-umbian, kacang-kacang kering, dan gula. Hasil olah bahan-bahan ini adalah bihun, mie, roti, tepung-tepungan, selai, sirup, dan sebagainya. Sebagian besar sayur dan buah tidak banyak mengandung karbohidrat. Sayur umbi-umbian seperti wortel dan bit serta sayur kacang-kacangan relatif lebih banyak mengandung karbohidrat daripada sayur daun-daunan. Bahan makanan hewani seperti daging, ayam, ikan, telur, dan susu sedikit sekali mengandung karbohidrat. Sumber karbohidrat yang banyak dimakan sebagai makanan pokok di Indonesia adalah beras, jagung, ubi, singkong, talas, dan sagu (Almatsier, S., S., 2001).

2. Protein

Protein merupakan zat gizi yang paling penting, karena yang paling erat hubungannya dengan proses-proses kehidupan. Semua hayat hidup sel berhubungan dengan zat gizi protein (Sediaoetama, A. D. 2006).

Berdasarkan sumbernya, protein diklasifikasikan menjadi:

a. Protein hewani

Yaitu protein dalam bahan makanan yang berasal dari binatang seperti protein dari daging, protein susu, telur, unggas, ikan, kerang, dan sebagainya.

b. Protein nabati

Yaitu protein yang berasal dari bahan makanan tumbuhan seperti protein dari jagung (zein), dari terigu, kacang kedelai dan hasilnya, misalnya tahu, tempe, serta kacang-kacangan lain, dan sebagainya.

Padi-padian dan hasilnya relatif rendah dalam protein, tetapi karena dikonsumsi dalam jumlah banyak, memberi sumbangan besar terhadap konsumsi protein sehari. Menurut catatan BPS tahun 1999 dalam Almatsier, S., (2001), rata-rata 51,4% konsumsi protein penduduk sehari berasal dari padi-padian.

Bahan makanan hewani kaya dalam protein bermutu tinggi, tetapi hanya merupakan 18,4% konsumsi protein rata-rata penduduk Indonesia (Almatsier, S., 2001).

Protein sebagai pembentuk energi, angka energi yang ditunjukkan tergantung dari macam dan jumlah bahan makanan nabati dan hewani yang dikonsumsi manusia setiap harinya. Tersedianya protein dalam tubuh, mencukupi atau tidak bagi keperluan-keperluan yang harus dipenuhi, sangat tergantung dari susunan (komposisi) bahan makanan yang dikonsumsi seseorang setiap harinya. Secara garis besar, fungsi protein bagi tubuh adalah sebagai berikut:

- a. Sebagai zat pembangun bagi pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh
- b. Sebagai pengatur kelangsungan proses di dalam tubuh
- c. Sebagai pemberi tenaga dalam keadaan energi kurang tercukupi oleh karbohidrat dan lemak (G. Kartasapoetra dan Marsetyo. 2005).

Menurut Almatier (2001), fungsi lain dari protein adalah

a. Sebagai pembentukan ikatan-ikatan esensial tubuh

Hormon-hormon seperti tiroid, insulin, dan epinefrin adalah protein. Demikian pula berbagai enzim. Ikatan-ikatan ini bertindak sebagai katalisator atau membantu perubahan-perubahan biokimia yang terjadi di dalam tubuh.

b. Mengatur keseimbangan air

Cairan tubuh terdapat di dalam tiga kompartemen intraselular, ekstraseluler, dan intravaskuler. Kompartemen-kompartemen ini dipisahkan satu sama lain oleh membran sel. Distribusi cairan di dalam kompartemen-kompartemen ini harus dijaga dalam keadaan seimbang. Keseimbangan ini diperoleh melalui sistem kompleks yang melibatkan protein dan elektrolit. Penumpukan cairan di dalam jaringan dinamakan edema dan merupakan tanda awal kekurangan protein.

c. Memelihara netralitas tubuh

Protein tubuh bertindak sebagai *buffer* yaitu bereaksi dengan asam dan basa untuk menjaga pH pada taraf konstan

d. Pembentukan antibodi

Kemampuan tubuh untuk memerangi infeksi bergantung pada kemampuannya untuk memproduksi antibodi terhadap organisme yang menyebabkan infeksi tertentu atau terhadap bahan-bahan asing yang memasuki tubuh. Kemampuan tubuh untuk melakukan detoksifikasi terhadap bahan-bahan racun dikontrol oleh enzim-enzim yang terutama terhadap di dalam hati.

e. Mengangkut zat gizi

Kekurangan protein menyebabkan gangguan pada absorpsi dan transportasi zat-zat gizi

f. Sumber energi

Sebagai sumber energi, protein ekuivalen dengan karbohidrat, karena menghasilkan 4 kkal/ g protein

Sebagaimana yang dikutip oleh Almatsier (2001), kebutuhan protein menurut FAO/ WHO/ UNU (1985) adalah konsumsi yang diperlukan untuk mencegah kehilangan protein tubuh dan memungkinkan produksi protein yang diperlukan dalam masa pertumbuhan, kehamilan, atau menyusui.

3. Lemak

Seperti halnya karbohidrat dan protein, lemak merupakan sumber energi bagi tubuh. Besarnya energi yang dihasilkan per gram lemak adalah lebih besar dari energi yang dihasilkan oleh 1 gram karbohidrat atau 1 gram protein. Satu gram lemak menghasilkan 9 kilokalori. Lemak mempunyai fungsi yang cukup banyak. Menurut Budiyanto, M. A. K. (2001), fungsi-fungsi tersebut terbagi menjadi 2:

1) Fungsi utama

- a. Sebagai penghasil energi. Energi yang berlebihan dalam tubuh disimpan dalam jaringan adipose sebagai energi potensial
- b. Sebagai pembangun/ pembentuk susunan tubuh
- c. Sebagai pelindung kehilangan panas tubuh
- d. Sebagai penghasil asam lemak essensial
- e. Sebagai pelarut vitamin A, D, E, K

- 2) Fungsi lainnya
 - a. Sebagai pengemas diantara persendian dan membantu pengeluaran sisa makanan
 - b. Sebagai penangguh perasaan lapar karena proses pencernaan lemak membutuhkan waktu yang lama
 - c. Sebagai pemberi cita rasa dan keharuman yang lebih baik pada makanan
 - d. Sebagai agen pengemulsi yang akan mempermudah transportasi substansi lemak keluar tubuh melalui membran sel
 - e. Sebagai precursor dari prostaglandin berperan mengatur denyut jantung dan lipolisis

Lemak berasal dari sumber hewani maupun nabati. Lemak yang berada dalam keadaan cair pada suhu $< 20^{\circ}$ C disebut minyak. Lemak ikan dan sayuran (nabati) disebut minyak karena sifatnya cair pada suhu kamar. Lemak hewan (gajih) mencakup gajih berbagai hewan seperti sapi, kambing, babi, dan ayam. Gajih ini mencakup pula lemak hasil ternak unggas yaitu telur, dan susu serta produk olahannya, seperti krim, mentega, dan keju. Semua ini mengandung kolesterol, baik dalam gliserol yang menghasilkan bentuk ester. Jaringan ikan berdaging warna gelap seperti sarden dan salmon mengandung minyak. Hati ikan tertentu juga kaya akan minyak. Lemak nabati mencakup minyak zaitun, minyak kelapa, minyak kelapa sawit, minyak biji kapas, minyak jagung, dan sebagainya (Beck, M. E., 2001).

2.2.3 Penilaian Status Gizi

Komponen penilaian status gizi meliputi asupan pangan, pemeriksaan biokimiawi, pemeriksaan klinis dan riwayat mengenai kesehatan, pemeriksaan antropometri, serta data psikososial (Arisman, 2004).

Komponen anamnesis asupan pangan mencakup: ingatan pangan/ *recall* 24 jam, kuesioner frekuensi pangan, riwayat pangan, catatan pangan, pengamatan, dan konsumsi pangan keluarga. Data yang diperoleh kemudian dicocokkan dengan nilai yang tercantum dalam daftar komposisi bahan pangan, dan daftar komposisi makanan siap santap (Arisman, 2004).

Pemeriksaan status gizi dengan biokimiawi adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain darah, urine, tinja, dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot (Supariasa, I. D. N. *et al*, 2002).

Pemeriksaan klinis meliputi pemeriksaan fisik secara menyeluruh, termasuk riwayat kesehatan. Beberapa tanda fisik bersifat patognomomis untuk defisiensi zat gizi tertentu, sementara yang lainnya tidak. Oleh karena itu, pemeriksaan klinis harus pula ditopang dengan pemeriksaan antropometris yang tepat, di samping uji biokimiawi serta survey terhadap pangan (Arisman, 2004).

Pemeriksaan antropometris dipengaruhi oleh determinasi biologis yang berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidaksimbangan antara asupan protein dan energi. Sebagai indikator status gizi antropometri dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter tersebut adalah

ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul, dan tebal lemak di bawah kulit (Supariasa, I. D. N. *et al*, 2002).

Dari kombinasi beberapa parameter tersebut terbentuklah indeks antropometri yang sesungguhnya dapat digunakan untuk mengukur status gizi. Ada beberapa indeks antropometri yang telah diperkenalkan seperti pada hasil seminar antropometri (Supariasa, I. D. N. *et al*, 2002).

Berikut ini adalah empat macam pengukuran indeks antropometri yang sering digunakan di bidang gizi masyarakat:

a. Berat badan menurut umur (BB/ U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan merupakan parameter antropometri yang sangat labil. Karena sifat berat badan yang labil, maka indeks BB/ U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini.

Sebagaimana yang dikutip oleh Soekidjo (2003), berdasarkan klasifikasi dari Universitas Harvard, keadaan gizi anak diklasifikasikan menjadi 4 tingkat, yakni:

1. Gizi lebih untuk *over weight*, termasuk kegemukan dan obesitas
2. Gizi baik untuk *well weight*
3. Gizi kurang untuk *under weight*, mencakup kekurangan kalori dan protein (KKP) tingkat I dan II
4. Gizi buruk untuk *severe protein calorie malnutrition*, termasuk marasmus, marasmik-kwashiorkor, dan kwashiorkor

Berdasarkan buku petunjuk Teknis Pemantauan Status Gizi (PSG) anak balita tahun 1999 dalam Supriasa, I. D. N. *et al*, (2002), klasifikasi status gizi dapat dibedakan menjadi 5, yaitu gizi lebih, gizi baik, gizi sedang, gizi kurang, dan gizi buruk. Baku yang digunakan adalah WHO-NCHS (*World Health Organization- National Centre for Health Statistic*).

Karena belum memiliki baku acuan sendiri, sebelumnya Indonesia mengadopsi baku acuan Harvard dan WHO-NCHS yang telah dimodifikasi. Namun sejak bulan Juli tahun 2000, Depkes RI hanya menganjurkan baku acuan WHO-NCHS.

Tabel 2.1 Klasifikasi status gizi

Kategori	<i>Cut of Point</i>
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

Sumber : Soekidjo. 2003

b. Tinggi badan menurut umur (TB/ U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama.

Berdasarkan karakteristik tersebut, maka indeks TB/ U menggambarkan status gizi masa lalu. Beaton dan Bengoa (1973) dalam Supriasa, I. D. N *et al*

(2000) menyatakan indeks TB/ U disamping menggambarkan status gizi masa lampau, juga lebih erat kaitannya dengan status sosial ekonomi.

Dalam Soekidjo (2003), berdasarkan standar Harvard yang dimodifikasi, klasifikasi status gizi dibedakan menjadi:

Tabel 2.2 Klasifikasi tinggi badan menurut umur

Kategori	<i>Cut of Point</i>
Gizi baik	>80% dari standard Harvard
Gizi kurang	70,1%-80% dari standard Harvard
Gizi buruk	70% dari standard Harvard

Sumber: Soekidjo. 2003

c. (BB/ TB)

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/ TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini. Indeks BB/ TB adalah indeks yang independen terhadap umur (Supriasa, I. D. N *et al*, 2000).

Klasifikasinya sebagai berikut:

Tabel 2.3 Klasifikasi Berat badan menurut tinggi badan

Kategori	<i>Cut of Point</i>
Gizi baik	>90% dari standard Harvard
Gizi kurang	70,1%-90% dari standard Harvard
Gizi buruk	70% dari standard Harvard

Sumber : Soekidjo. 2003

d. Lingkar lengan atas menurut umur (LILA/ U)

Lingkar lengan atas menggambarkan tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. Lingkar lengan atas berkorelasi dengan indeks BB/ U maupun BB/ TB. Lingkar lengan atas merupakan parameter antropometri yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh tenaga yang bukan professional.

Lingkar lengan atas sebagaimana dengan berat badan merupakan parameter yang labil, dapat berubah-ubah dengan cepat. Oleh karena itu, lingkar lengan atas merupakan indeks status gizi saat ini. Jelliffe (1966) dalam Supariasa, I. D. N *et al* (2000), perkembangan lingkar lengan atas yang besarnya hanya terlihat pada tahun pertama kehidupan (5,4 cm), sedangkan pada umur 2 tahun sampai 5 tahun sangat kecil yaitu kurang lebih 1,5 cm per tahun dan kurang sensitif untuk usia selanjutnya.

Indeks lingkar lengan atas sulit digunakan untuk melihat pertumbuhan anak. Pada usia 2 tahun sampai 5 tahun perubahannya tidak nampak secara nyata. Oleh karena itu lingkar lengan atas banyak digunakan dengan tujuan screening individu, tetapi juga untuk pengukuran status gizi.

Klasifikasi Lingkar Lengan Atas menurut umur didasarkan pada standard Wolanski (Soekidjo, 2003):

Tabel 2.4 Klasifikasi lingkar lengan atas menurut umur

Kategori	<i>Cut of Point</i>
Gizi baik	>85% dari standard Wolanski
Gizi kurang	70,1%-85% dari standard Wolanski
Gizi buruk	70% dari standard Wolanski

Sumber : Soekidjo. 2003

2.2.4 Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan

Untuk menilai tingkat konsumsi makanan (untuk energi dan zat gizi) diperlukan suatu standar kecukupan yang dianjurkan untuk populasi yang diteliti (Supariasa, I. D. N. *et al*, 2002).

Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan atau RDA (*Recommended Daily Allowances*) adalah taraf konsumsi zat-zat gizi essensial yang berdasarkan

pengetahuan ilmiah dinilai cukup untuk memenuhi kebutuhan hampir semua orang sehat (Almatsier, S., 2001).

AKG yang dianjurkan didasarkan pada patokan berat badan untuk masing-masing kelompok umur, jenis kelamin, dan aktivitas fisik. Dalam penggunaannya, bila kelompok penduduk yang dihadapi mempunyai rata-rata berat badan yang berbeda dengan patokan yang digunakan, maka perlu dilakukan penyesuaian. Bila berat badan kelompok penduduk tersebut dinilai terlalu kurus, AKG dihitung berdasarkan berat badan idealnya. AKG yang dianjurkan tidak digunakan untuk perorangan (Almatsier, S., 2001).

Sebagaimana yang ditulis oleh Supariasa, I. D. N. *et al*, (2002), untuk Indonesia, adapun AKG yang digunakan secara nasional adalah sebagai berikut:

1) Angka Kecukupan Gizi (AKG) tingkat nasional

Berdasarkan Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi tahun 1998 ditetapkan bahwa rata-rata AKG pada tingkat konsumsi untuk penduduk Indonesia adalah 2.170 kilokalori untuk energi dan 48 gram untuk protein. Hasil perhitungan dari neraca bahan makanan yang diperoleh, langsung dibandingkan dengan AKG yang telah ditetapkan tersebut.

2) Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk kelompok dan rumah tangga

AKG yang ada disajikan berdasarkan kelompok umur. Dalam menentukan AKG untuk kelompok masyarakat (institusi dan rumah tangga) yang terdiri dari berbagai golongan umur, dihitung dari penjumlahan dari AKG masing-masing anggota keluarga/ kelompok tersebut sesuai yang tercantum pada daftar/ tabel AKG pada golongan umur masing-masing yang dirata-rata.

Selanjutnya hasil perhitungan tingkat konsumsi pada kelompok masyarakat atau rata-rata pada rumah tangga langsung dibandingkan dengan hasil perhitungan AKG tadi.

3) Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk perorangan/ individu

Apabila ingin melakukan perbandingan antara konsumsi zat gizi dengan keadaan gizi seseorang, biasanya dilakukan perbandingan pencapaian konsumsi zat gizi individu tersebut terhadap AKG.

Berhubung AKG yang tersedia bukan menggambarkan AKG individu, tetapi untuk golongan umur, jenis kelamin, tinggi badan, dan berat badan standar. Menurut Darwin Karyadi dan Muhilal (1996) dalam Supriasa, I. D. N. *et al* (2002), untuk menentukan AKG individu dapat dilakukan dengan melakukan koreksi terhadap BB (berat badan) nyata individu/ perorangan tersebut dengan BB standard yang ada pada tabel AKG.

Untuk klasifikasi dari tingkat konsumsi kelompok/ rumah tangga atau perorangan, belum ada standar pasti. Berdasarkan *Buku Pedoman Petugas Gizi Puskesmas*, DEPKES RI (1990) sebagaimana yang dikutip oleh Supriasa, I. D. N. *et al* (2002), klasifikasi tingkat konsumsi dibagi menjadi empat dengan *cut of points* masing-masing sebagai berikut:

- (1) Baik : 100% AKG
- (2) Sedang : 80-99% AKG
- (3) Kurang : 70-80% AKG
- (4) Defisit : < 70% AKG

2.3 Konsep Gizi Buruk

2.3.1 Definisi gizi buruk

Gizi buruk (*severe malnutrition*) adalah suatu istilah teknis yang umumnya dipakai oleh kalangan gizi, kesehatan dan kedokteran. Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun (Nency, Y. dan Arifin, M. T., 2005). Gizi buruk yang disertai dengan tanda-tanda klinis disebut marasmus atau kwashiorkor (Anonim, 2006).

Secara umum, gizi buruk biasa disebut dengan KEP (Kekurangan energi Protein) atau KKP (Kurang Kalori Protein), yang merupakan suatu keadaan kekurangan energi protein. Kekurangan energi protein ini sendiri disebabkan oleh ketidakadekuatan masukan makanan, di samping disebabkan oleh penyakit infeksi (Walley, J. *et al*, 2006).

2.3.2 Penyebab gizi buruk

Gangguan gizi disebabkan oleh faktor primer atau sekunder. Faktor primer adalah bila susunan makanan seseorang salah dalam kuantitas dan atau kualitas yang disebabkan oleh kurangnya penyediaan pangan, kurang baiknya distribusi pangan, ketidaktahuan, kebiasaan makan yang salah, dan sebagainya. Faktor sekunder meliputi semua faktor yang menyebabkan zat-zat gizi tidak sampai di sel-sel tubuh setelah dikonsumsi (Almatsier, S., 2001).

Gizi buruk dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait (Dinas Kesehatan kabupaten Purworejo, 2005). Pertama, penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Kedua, penyebab tidak langsung yaitu: ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketiga faktor penyebab tidak

langsung tersebut berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan keluarga (Menteri Pertanian, 2000).

Dalam hal lain, gizi buruk disebabkan oleh penyebab secara langsung, pertama: anak kurang mendapat asupan gizi seimbang dalam waktu cukup lama, dan kedua: anak menderita penyakit infeksi. Secara tidak langsung penyebab terjadinya gizi buruk yaitu tidak cukupnya persediaan pangan di rumah tangga, pola asuh kurang memadai dan sanitasi/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 kabupaten Purworejo, 2005).

2.3.3 Klasifikasi gizi buruk

Status gizi buruk dibagi menjadi tiga bagian, yakni gizi buruk karena kekurangan protein (disebut *kwashiorkor*), karena kekurangan karbohidrat atau kalori (disebut *marasmus*), dan kekurangan kedua-duanya.

1. Marasmus

Marasmus merupakan gambaran KKP (Kekurangan Energi Protein) dengan defisiensi energi yang ekstrim (Sediaoetama, A. D., 2006). Gambaran klinik marasmus berasal dari masukan kalori yang tidak cukup karena diet yang tidak cukup, karena kebiasaan makan yang tidak tepat seperti mereka yang hubungan orang tua dan anak terganggu, atau karena kelainan metabolik atau malformasi kongenital (Nelson, 2000). Berat badan penderita marasmus biasanya hanya sekitar 60% dari berat yang seharusnya sementara pasien anak mengalami kemunduran pertumbuhan longitudinal (Arisman, 2004).

2. Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah penyakit KKP (Kurang Kalori Protein) dengan kekurangan protein sebagai penyebab dominan (Sediaoetama, A. D., 2006). Dapat juga karena penyerapan protein yang terganggu, seperti pada keadaan diare kronik, kehilangan protein abnormal pada proteinuria (nefrosis), infeksi, perdarahan, atau luka bakar, dan gagal mensintesis protein sebagaimana pada penyakit hati kronik. Karena anak-anak sedang tumbuh, mereka harus mengkonsumsi cukup makanan nitrogen untuk mempertahankan keseimbangan nitrogen positif. Jika tidak, defisiensi vitamin dan mineral akan turut memperparah keadaan KKP (Nelson, 2000).

3. Marasmus-kwashiorkor

Bentuk kelainan ini merupakan gabungan antara KKP yang disertai edema, dengan tanda dan gejala khas kwashiorkor dan marasmus. Gambaran marasmus dan kwashiorkor ini muncul secara bersamaan dan didominasi oleh kekurangan protein yang parah (Arisman, 2004). Dalam Sediaoetama, A. D., (2006), marasmus-kwashiorkor disebutkan sebagai kombinasi defisiensi kalori dan protein pada berbagai variasi.

2.3.4 Gejala/ Tanda-Tanda Gizi Buruk

Kondisi gizi buruk akan mempengaruhi banyak organ dan sistem, karena kondisi gizi buruk ini juga sering disertai dengan defisiensi (kekurangan) asupan mikro/ makro nutrien lain yang sangat diperlukan bagi tubuh. Gizi buruk akan memporakporandakan sistem pertahanan tubuh terhadap mikroorganisme maupun pertahanan mekanik sehingga mudah sekali terkena infeksi. Secara garis besar, dalam kondisi akut, gizi buruk bisa mengancam jiwa karena berberbagai disfungsi

yang di alami, ancaman yang timbul antara lain hipotermi (mudah kedinginan) karena jaringan lemaknya tipis, hipoglikemia (kadar gula dalam darah yang dibawah kadar normal) dan kekurangan elektrolit penting serta cairan tubuh (Nency, Y. dan Arifin, M. T., 2005).

Secara spesifik, tanda dan gejala dari masing-masing bagian gizi buruk, dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Marasmus

Pada mulanya, ada kegagalan menaikkan berat badan disertai dengan kehilangan berat badan sampai berakibat kurus, dengan kehilangan turgor pada kulit sehingga menjadi berkerut dan longgar karena lemak subkutan hilang. Karena lemak terakhir hilang dari bantalan penghisap pipi, maka muka dapat tetap tampak relatif normal selama beberapa waktu sebelum menjadi menyusut dan berkeriput. Abdomen dapat kembung atau datar, dan gambaran usus dapat dengan mudah dilihat. Terjadi atrofi otot dengan akibat hipotoni (Nelson, 2000). Penderita kelihatan apatis, meskipun biasanya tetap sadar dan menampakkan gurat kecemasan. Tanda-tanda itu disokong dengan lekukan pada pipi dan cekungan di mata, menjelaskan gambaran wajah seperti orang tua atau bahkan kera (Arisman, 2004)

Nafsu makan sebagian penderita hilang sama sekali. Sebagian lagi masih dapat mengutarakan rasa lapar, namun jika diberikan sejumlah makanan yang diperkirakan dapat melenyapkan rasa lapar itu, penderita tidak jarang muntah (Arisman, 2004).

2. Kwashiorkor

Bukti klinis awal malnutrisi protein tidak jelas, tetapi meliputi letargi, apatis, atau iritabilitas. Bila terus berlanjut, mengakibatkan pertumbuhan tidak cukup, kurang stamina, kehilangan jaringan mukuler, bertambah kerentanan terhadap infeksi, dan oedem. Imunodefisiensi sekunder merupakan salah satu manifestasi yang paling serius dan konstan. Misalnya penyakit campak yang relatif benigna ada anak status baik, dapat mematikan pada anak dengan malnutrisi. Pada anak dapat terjadi anoreksia, kekenduran jaringan subkutan dan kehilangan tonus otot (Nelson, 2000). Jaringan lemak bawah kulit masih cukup baik, namun jaringan otot tampak mengecil. Tinggi badan dapat normal, dapat juga tidak, tergantung pada kemenahunan penyakit yang sedang diderita (Arisman, 2004). Hati membesar dapat terjadi pada awal atau lambat. Sering ada infiltrasi lemak. Oedem biasanya terjadi pada awal. Penurunan berat badan mungkin ditutupi oleh oedem yang sering ada di organ dalam sebelum dapat dikenali pada muka dan tungkai.

Rambut kering, rapuh, tidak berkilap, dan mudah dicabut tanpa menimbulkan rasa sakit. Rambut yang sebelumnya berombak berubah menjadi lurus, sementara pigmen rambut berganti warna menjadi coklat, merah, atau bahkan putih kekuningan. Keberselangan antara asupan protein yang buruk dan agak baik membentuk porsi depigmentasi dan gambaran normal pada satu helai rambut seperti memberi gambaran seperti bendera. Penderita tampak pucat, tungkai berwarna kebiruan dan teraba dingin. Ekspresi wajah tampak seperti susah dan sedih, di samping apatis dan iritatif (“cengeng”) (Arisman, 2004).

3. Marasmus-kwasiorkor

Gambaran yang utama ialah kwashiorkor oedema dengan atau tanpa lesi kulit, pengecilan otot, dan pengurangan lemak bawah kulit seperti pada marasmus. Jika odema dapat hilang pada awal pengobatan, penampakan penderita akan menyerupai marasmus (Arisman, 2004)

2.3.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah gizi buruk

Bila dikaji dari hasil temuan kasus lalu dikaitkan dengan sebab-akibat timbulnya masalah gizi buruk, kejadian masalah gizi buruk disebabkan oleh berbagai faktor yang pada akhirnya menjadikan anak tidak mendapat asupan gizi yang cukup selama kurun waktu yang lama. Mungkin karena ketiadaan pangan di rumah tangga, yang apabila dikaji penyebabnya akan sangat banyak dan tidak berkaitan dengan sektor kesehatan. Penyebab lain karena kelalaian orangtua dalam pengasuhan bayi dan anak balita, sehingga asupan gizi untuk anak tidak terawasi dengan baik, sehingga timbul masalah gizi buruk (Taslim. N. A., -).

Selain itu keadaan gizi juga dapat dipengaruhi oleh keadaan fisiologis, dan juga oleh keadaan ekonomi, sosial, politik dan budaya. Pada saat ini, selain dampak dari krisis ekonomi yang masih terasa, juga keadaan dampak dari bencana nasional mempengaruhi status kesehatan pada umumnya dan status gizi khususnya (Anonim, 2007).

2.3.6 Indikator status gizi buruk

Diagnosis kurang gizi selain ditegakkan melalui pemeriksaan antropometri (penghitungan berat badan menurut umur /panjang badan) dapat melalui temuan klinis dijumpainya keadaan klinis gizi buruk yang dapat dibagi menjadi kondisi marasmus, kwasiorkor dan bentuk campuran (marasmik kwasiorkor). Tanda-tanda

marasmus adalah anak kurus, kulitnya kering, didapatkan pengurusan otot (*atrophy*) sedangkan kwasiorkor jika didapatkan *edema* (bengkak) terutama pada punggung kaki yang tidak kembali setelah dilakukan pemijitan (*pitting edema*), marasmik kwasiorkor adalah bentuk klinis campuran keduanya (Nency, Y. dan Arifin, M. T., 2005).

2.3.7 Penatalaksanaan gizi buruk

Upaya penanganan yang dilakukan pemerintah telah banyak dilakukan. Upaya perbaikan gizi di Indonesia dibedakan menjadi dua metoda yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) selama 90 hari dan Metoda *Positive Deviance* (PD) dengan pendekatan pemberdayaan keluarga (Suharyati, 2006).

Sebagai langkah awal dalam pengelolaan gizi buruk adalah mengatasi kegawatan yang ditimbulkannya, dilanjutkan dengan "*frekuen feeding*" (pemberian makan yang sering), pemantauan akseptabilitas diet (penerimaan tubuh terhadap diet yang diberikan), pengelolaan infeksi dan pemberian stimulasi (Nency, Y. dan Arifin, M. T., 2005). Pemberian makanan tambahan ini guna memenuhi kebutuhan anak akan zat gizi, terutama kalori dan protein. Pemberian makanan tambahan mengutamakan penggunaan bahan makanan yang tinggi kadar kalori dan protein, terutama dari jenis kacang atau hasil olahannya (kacang tanah, kacang merah, tahu, tempe, dan sebagainya). Pemberian makanan tambahan ini diberikan dalam jangka waktu antara 60 hari sampai 90 hari tergantung berat ringannya KKP yang diderita (Moehji, S., 2002). Pada daerah endemis gizi buruk perlu distribusi makanan yang memadai (Nency, Y. dan Arifin, M. T., 2005).

2.3.8 Program pencegahan dan penanggulangan gizi buruk

Upaya mengatasi prevalensi balita gizi buruk dan balita gizi parah dilakukan antara lain melalui 1) Penanggulangan kurang energi protein (KEP), anemia gizi besi, gangguan akibat kurang yodium, kurang vitamin A, dan kekurangan zat gizi mikro lainnya, 2) Pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi, 3) Pemberian subsidi pangan bagi penduduk miskin, 4) Peningkatan partisipasi masyarakat melalui revitalisasi pelayanan Posyandu, dan 5) Pelayanan gizi bagi ibu hamil (berupa Tablet Besi) dan balita (berupa Makanan Pendamping ASI) dari keluarga miskin (Indrawati, S. M., 2005).

Posyandu dan puskesmas sebagai ujung tombak dalam melakukan skrining/ deteksi dini dan pelayanan pertama menjadi penting dalam pencegahan kasus gizi buruk saat ini. Penggunaan kartu menuju sehat dan pemberian makanan tambahan di posyandu juga menjadi hal penting. Tindakan cepat pada balita yang 2x berturut-turut tidak naik timbangan berat badan untuk segera mendapat akses pelayanan dan edukasi lebih lanjut sebagai sarana deteksi dan intervensi yang efektif. Termasuk juga peningkatan cakupan imunisasi untuk menghindari penyakit yang dapat dicegah, serta kebersihan personal maupun lingkungan. Pemuka masyarakat maupun agama dapat membantu dalam pemberian edukasi pada masyarakat, terutama dalam menanggulangi kebiasaan atau mitos-mitos yang salah pada pemberian makan pada anak (Nency, Y. dan Arifin, M. T., 2005). Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Arnelia (2006) menyebutkan bahwa pengaruh program penanggulangan secara komprehensif termasuk bimbingan

pengasuhan di rumah, terbukti dapat meningkatkan kualitas pengasuhan terhadap anak meliputi pengasuhan makan dan psikososial.

2.4 Konsep Pola Konsumsi

2.4.1 Pengertian pola konsumsi

Menurut Soehardjo (1990) dalam Setyawati, Ririn Indah (2006), pola konsumsi dapat didefinisikan sebagai cara seseorang atau sekelompok orang dalam memilih hidangan dan memakannya sebagai tanggapan terhadap pengaruh psikologi, fisiologi, budaya, dan sosial. Pola konsumsi dapat dinamakan sebagai kebiasaan makan (frekuensi makan).

Menurut kamus gizi dan kesehatan Indonesia oleh departemen Kesehatan (1992) yang dikutip dari Rahayu, H. T., (2006), pola konsumsi adalah gambaran tentang waktu dan frekuensi makan yang berlaku secara berulang-ulang dan terus-menerus, sedangkan pola makanan didefinisikan sebagai gambaran luas tentang makanan tertentu sesuai pendistribusian hidangan menurut waktu makan. Pola konsumsi dapat dikatakan sebagai berbagai informasi yang memberikan gambaran mengenai macam, dan jumlah bahan makanan yang dimakan tiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas oleh suatu kelompok masyarakat tertentu (Kardjati, S., 1985 dalam Rahayu, H. T., 2006).

2.4.2 Penilaian pola konsumsi

Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada makanan, keluarga, dan individu. Metode pengukuran pola konsumsi makanan untuk individu dapat dipelajari dengan beberapa metoda, yaitu metode *recall* 24 jam, metode *estimated food records*,

metode penimbangan makanan, metode frekuensi makanan (*food frequency checklist*), metode *dietary history*, dan metode inventaris.

Metode yang akan digunakan dalam pengukuran pola konsumsi tergantung pada tujuan dan ketelitian serta kondisi yang akan diteliti. Juga dan tenaga serta waktu yang tersedia. Metode-metode tersebut ada yang bersifat kualitatif seperti *dietary history* dan frekuensi makanan, serta yang bersifat kuantitatif seperti *recall* 24 jam, penimbangan makanan, *food record*, dan metode inventaris (Supariasa, I. D. N, Bakri, B., dan Fajar, I. 2002).

1. Metode *recall* 24 jam

Metode ini adalah metode wawancara, dimana pewawancara menanyakan apa yang telah dikonsumsi oleh responden. Biasanya dipergunakan *recall* tiga hari berturut-turut, yaitu menanyakan semua makanan yang telah dikonsumsi responden selama tiga hari berturut-turut yang baru lalu .

Apabila pengukuran hanya dilakukan 1 kali (1x24 jam), maka data yang diperoleh kurang representatif untuk menggambarkan kebiasaan makan individu. Oleh karena itu, *recall* 24 jam sebaiknya dilakukan berulang-ulang dan harinya tidak berturut-turut (Supariasa, I. D. N, Bakri, B., dan Fajar, I. 2002).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa minimal 2 kali *recall* 24 jam tanpa berturut-turut , dapat menghasilkan gambaran asupan gizi lebih optimal dan memberikan variasi yang lebih besar tentang *intake* harian individu (Sanjur, 1997 dalam Supariasa, I. D. N, Bakri, B., dan Fajar, I., 2002)

Wawancara dilakukan berdasarkan suatu daftar pertanyaan atau kuesioner yang telah dipersiapkan lebih dahulu. Pewawancara mengajukan pertanyaan dan

jawaban responden dicatat langsung di atas pertanyaan tersebut (Sediaoetama, A. D. 2006).

Adapun langkah-langkah pelaksanaan *recall* 24 jam:

1) Petugas/ pewawancara menanyakan kembali dan mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi responden dalam ukuran rumah Tangga (URT) selama kurunwaktu 24 jam yang lalu. Selain dari makanan utama, makanan kecil atau jajan juga dicatat.

Petugas melakukan konversi dari URT ke dalam gram. Dalam menaksir/ memperkirakan ke dalam ukuran gram, pewawancara menggunakan alat bantu seperti ukuran rumah tangga (piring, gelas, sendok, dll) atau model makanan (*food model*).

2) Menganalisis bahan makanan ke dalam zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM)

3) Membandingkan dengan Daftar Kecukupan Gizi yang Dianjurkan (DKGA) atau Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Indonesia

2. Metode frekuensi makanan (*food frequency checklist*)

Seperti yang ditulis oleh Supariasa, I. D. N, Bakri, B., dan Fajar, I . (2002), metode frekuensi makanan digunakan untuk memperoleh data tentang frekuensi (seberapa sering) konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu, misalnya hari, minggu, bulan atau tahun. Selain itu, Metode frekuensi makanan dapat memperoleh gambaran tentang pola konsumsi bahan makanan secara kualitatif, tapi karena periode pengamatannya lebih lama dan dapat membedakan individu berdasarkan ranking tingkat konsumsi zat gizi, maka cara ini yang paling sering digunakan dalam penelitian epidemiologi gizi.

Kuesioner frekuensi makanan memuat tentang daftar bahan makanan atau makanan dan frekuensi penggunaan makanan tersebut pada periode tertentu. Bahan makanan yang ada dalam daftar kuesioner tersebut adalah yang dikonsumsi dalam frekuensi yang cukup sering oleh responden.

Adapun langkah-langkahnya:

- 1) Responden diminta untuk memberi tanda pada daftar makanan yang tersedia pada kuesioner mengenai frekuensi penggunaannya dan ukuran porsi.
- 2) Lakukan rekapitulasi tentang frekuensi penggunaan jenis-jenis bahan makanan terutama bahan makanan yang merupakan sumber-sumber zat gizi tertentu selama periode tertentu pula.

Metode *recall* 24 jam terbukti mempunyai tingkat presisi (tingkat kepercayaan/ realibilitas) yang cukup baik untuk mengetahui jumlah masukan makanan dalam 1 hari. Sedangkan presisi dari metode frekuensi makanan cukup baik untuk memperkirakan konsumsi sebenarnya dari sekelompok responden (Supriasa, I. D. N, Bakri, B., dan Fajar, I. 2002) dan dapat mengetahui kebiasaan makan dari sekelompok masyarakat. Penilaian pola konsumsi dengan frekuensi makanan dapat pula divalidasi dengan *recall* 24 jam untuk mengetahui ukuran/ jumlah makanan yang dimakan (masuk dalam tubuh) (Perez, A *et al*, 2007) .

2.4.3 Pola konsumsi yang dianjurkan

Menurut Moehji, S. (1992), sejak awal ada tiga hal yang harus menjadi pegangan orang tua dan setiap orang tua yang berurusan dengan perawatan makanan anak setelah memasuki usia 10 bulan:

1. Konsistensi makanan secara berangsur berubah dari bentuk cair menjadi bentuk setengah padat dan akhirnya menjadi makanan padat atau biasa setelah

anak memasuki usia tahun kedua. Hendaknya makanan anak sudah sama dengan makanan orang dewasa.

2. Jenis bahan makanan yang digunakan untuk makanan anak sudah berubah dari hanya dua atau tiga jenis bahan (tepung, susu, gula) berangsur-angsur menjadi campuran beragam bahan makanan yaitu makanan pokok, bahan makanan sumber protein nabati dan hewani. Sayuran dan buah-buahan bukan saja untuk memenuhi kebutuhan tubuh anak akan berbagai zat gizi, tetapi pemberian beragam campuran bahan makanan akan melatih anak untuk makan makanan yang bervariasi, terutama makanan yang berupa sayuran yang biasanya kurang disukai anak

3. Jumlah makanan yang diberikan harus sudah berangsur bertambah sesuai dengan bertambahnya kebutuhan anak akan berbagai zat gizi. Waktu makan hendaknya dapat diatur sesuai dengan kebiasaan makan keluarga dengan demikian anak dapat makan bersama. Diantara waktu makan sebaiknya anak diberi makan selingan sehingga dapat menambah masukan kalori dan zat gizi yang lain.

Prinsip makan balita untuk memenuhi kebutuhan zat gizi:

1. Bahan makanan sumber kalori mutlak harus dipenuhi, baik dari makanan pokok, penggunaan minyak atau zat lemak lainnya dan gula
2. Gunakan gabungan sumber protein nabati dan hewani terutama kacang-kacangan atau hasil olahan seperti tempe dan tahu.
3. Manfaatkanlah bahan makanan sumber protein hewani setempat yang ada dan mungkin didapat.

Dari komposisi makanan yang diberikan kepada balita diutamakan terdiri dari:

a. Bahan makanan pokok sumber kalori

Sebagai sumber kalori haruslah digunakan bahan makanan pokok yang sehari-hari digunakan dan didaerah. Akan tetapi jika masih dimungkinkan untuk memilih makan pilihlah bahan makanan pokok yang mutu gizinya cukup baik, terutama dilihat dari kadar protein. Beras merupakan pilihan utama karena kadar kalori dan proteinnya cukup tinggi

b. Bahan makanan sumber protein nabati

Dari berbagai jenis bahan makanan sumber protein nabati yang paling memenuhi syarat, bukan saja karena kadar proteinnya, akan tetapi juga mutu protein cukup baik, adalah bahan makanan jenis kacang-kacangan. Untuk itu dapat dipilih dari jenis kacang hijau, kacang merah, dan kacang kedelai yang sudah umum digunakan sebagai makanan keluarga. Dapat juga digunakan hasil olahan dari berbagai jenis kacang itu, seperti tahu, tempe, oncom

c. Bahan makanan sumber protein hewani

Betapapun baiknya mutu protein nabati, akan tetapi masih memiliki keterbatasan dalam penggunaan protein tubuh. Hal ini disebabkan terbatasnya kadar satu atau lebih asam amino dalam protein itu sehingga menyebabkan terhalangnya pembentukan protein tubuh. Oleh sebab itu, untuk keperluan pertumbuhan tubuh anak mutlak diperlukan protein hewani sebagai pelengkap untuk mengisi asam amino yang kurang itu. Berbagai jenis bahan makanan sumber protein hewani seperti ikan, telur, daging, susu, atau jenis lainnya.

d. Bahan makanan sumber vitamin dan mineral

Disamping kalori dan protein, untuk pertumbuhan diperlukann juga berbagai jenis vitamin dan mineral. Berbagai sayuran daun yang berwarna hijau tua merupakan sumber vitamin dan mineral yang sangat baik untuk anak.

Keanekaragaman makanan dalam hidangan sehari-hari yang dikonsumsi, minimal harus berasal dari satu jenis makanan sumber zat tenaga, satu jenis makanan sumber zat pembangun dan satu jenis makanan zat pengatur. Ini adalah penerapan prinsip penganekaragaman yang minimal. Yang ideal adalah jika setiap kali makan, hidangan tersebut terdiri dari 4 kelompok makanan (makanan pokok, lauk-pauk, sayur, dan buah) (Departemen Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, 2003).

2.5 Konsep Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi

2.5.1 Pendapatan

Di negara seperti Indonesia yang jumlah pendapatan penduduk sebagian besar adalah golongan rendah dan menengah akan berdampak pada pemenuhan bahan makanan terutama makanan yang bergizi. Keterbatasan ekonomi yang berarti tidak mampu membeli bahan makanan yang berkualitas baik menjadikan pemenuhan gizi juga akan terganggu (Budiyanto, M. A. K., 2001)

Dengan meningkatnya pendapatan perorangan, terjadilah perubahan-perubahan dalam susunan makanan. Akan tetapi, pengeluaran uang yang lebih banyak untuk pangan tidak menjamin lebih beragamnya konsumsi pangan (Suhardjo, 1989). Sebuah Teori dari Engel's juga menyatakan bahwa semakin

tinggi tingkat pendapatan keluarga semakin rendah persentasi pengeluaran untuk konsumsi makanan (Sumarwan, 1993 dalam Akmal 2003).

Kadang-kadang perubahan utama yang terjadi dalam kebiasaan makanan ialah pangan yang dimakan itu lebih mahal. Di sisi lain, apabila pendapatan penduduk desa makin meningkat, hal itu cenderung untuk menaikkan tabungan dan investasi mereka (Suhardjo, 1989).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Akmal (2003) menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan total keluarga maka pola konsumsi pangan akan semakin berkurang atau pola konsumsi pangan berbanding terbalik dengan besar pendapatan total keluarga. Sedangkan pola konsumsi non pangan dapat dilihat bahwa, semakin tinggi pendapatan total keluarga maka akan semakin bertambah alokasi konsumsi non pangan atau dengan kata lain pola konsumsi non pangan berbanding lurus dengan pertambahan pendapatan.

2.5.2 Tingkat Pendidikan Ibu

Berbagai studi menunjukkan bahwa kurangnya asupan (intake) makanan disamping dipengaruhi oleh akses pangan (kemampuan produksi dan membeli pangan) juga berhubungan erat dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi seseorang. Pendidikan dapat merubah sikap dan perilaku seseorang dalam memenuhi kebutuhannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah ia dapat menerima informasi dan inovasi baru yang dapat merubah pola konsumsinya. Disamping itu makin tinggi tingkat pendidikan formal maka kemungkinannya akan mempunyai tingkat pendapatan yang relatif lebih tinggi (Sumarwan, 1993 dalam Akmal, 2003).

Oleh karena itu pengetahuan gizi ibu bisa menjadi penentu status gizi anak-anak maupun ibu itu sendiri. Suatu penelitian yang dilakukan di Bogor (Hartoyo dkk, 2000) memperlihatkan bahwa ibu bertanggungjawab penuh dalam membelanjakan dan mengalokasikan uang untuk belanja pangan. Pada ibu dengan pendidikan dan pengetahuan gizi yang rendah, akses terhadap pangan yang cukup dan berkualitas menjadi terbatas. Lebih lanjut menurut Engel, Menon dan Hadad (1997) tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi terbatasnya akses terhadap praktek pengasuhan yang baik dan sarana kesehatan yang ada. Tingkat pendidikan ibu yang rendah dan pendapatan yang juga rendah umumnya menyebabkan kepercayaan diri ibu dalam mengakses sarana gizi dan kesehatan seperti Posyandu dan Puskesmas, termasuk aktivitas Bina Keluarga Balita (BKB) rendah (Departemen Gizi dan Masyarakat – Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor, 2006).

Dari sumber yang sama, juga disebutkan bahwa pendidikan ibu pada umumnya memiliki korelasi yang positif dengan perilaku gizi dan kesehatan, Hal ini diduga berhubungan dengan bahwa ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki perilaku gizi dan kesehatan lebih baik, namun ternyata cenderung memiliki lahan yang lebih luas sehingga seringkali meninggalkan anak-anak pergi ke kebun. Sebaliknya ibu dengan tingkat pendidikan lebih rendah cenderung memiliki luasan lahan yang lebih sempit dan relatif tidak meninggalkan anak pergi ke kebun dalam jangka waktu cukup panjang tanpa pengawasan.

2.5.3 Jumlah anggota keluarga

Hubungan antara laju kelahiran yang tinggi dan kurang gizi, sangat nyata pada masing-masing keluarga. Terutama pada keluarga yang sangat miskin,

pemenuhan kebutuhan makanan akan lebih mudah jika yang harus diberi makan jumlahnya sedikit. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga besar mungkin hanya cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut. Keadaan yang demikian jelas tidak cukup untuk mencegah timbulnya gangguan gizi pada keluarga (Suhardjo, 1989). Sebagaimana yang ditulis oleh Budiyanto, M. A. K., (2001), semakin besar jumlah anggota keluarga akan semakin banyak mengkonsumsi bahan pangan dan makanan. Apalagi jika kelompok masyarakat ini memiliki daya beli yang terbatas.

Sebuah penelitian yang dilakukan di tiga desa di kabupaten Lembata provinsi Nusa Tenggara Barat oleh Departemen Gizi Masyarakat Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor pada tahun 2006 menunjukkan bahwa pada salah satu desa, anak yang menderita "*severe wasting*" berasal dari keluarga besar, dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 10 orang.

Anak-anak yang sedang tumbuh dari suatu keluarga miskin adalah yang paling rawan terhadap kekurangan gizi diantara semua anggota keluarga. Anak yang paling kecil biasanya yang paling terpengaruh oleh kekurangan pangan. Situasi semacam ini sering terjadi sebab seandainya besar keluarga bertambah, maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak yang sedang tumbuh memerlukan pangan relatif tinggi daripada golongan yang lebih tua. Tahun-tahun awal masa kanak-kanak yaitu pada umur satu hingga enam tahun berada dalam situasi yang rawan (Suhardjo, 1989)

2.5.4 Jarak kelahiran

Banyak hasil penelitian yang membuktikan bahwa banyak anak yang menderita gangguan gizi karena ibunya sudah hamil lagi atau adiknya yang baru

telah lahir, sehingga ibunya tidak sempat merawatnya secara baik. Tidak jarang pula terlihat seorang ibu menyusui kedua anaknya sekaligus di desa.

Anak yang berusia di bawah dua tahun masih sangat memerlukan perawatan ibunya, baik perawatan makanan maupun perawatan kesehatan dan kasih sayang. Jika di masa dua tahun itu ibu sudah hamil lagi, maka bukan saja perhatian ibu terhadap anak menjadi berkurang, akan tetapi Air Susu Ibu (ASI) yang masih sangat dibutuhkan anak akan berhenti keluar. Anak yang belum dipersiapkan dengan baik untuk menerima makanan pengganti ASI, yang kadang-kadang mutu gizi makanan tersebut juga sangat rendah. Dengan penghentian pemberian ASI karena produksi ASI berhenti akan lebih cepat mendorong anak menderita gizi buruk yang apabila tidak segera diperbaiki mungkin akan menyebabkan kematian bayi itu (Moehji, S., 2002).

Soetjiningsih (1995) menyatakan pemerintah dengan program Keluarga Berencananya telah menganjurkan pola keluarga kecil / NKKBS, yaitu Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera. ini dimaksudkan dengan keluarga yang kecil, dua anak saja dan dengan jarak antara anak yang satu dengan lainnya sekitar 3 tahun, maka orang tua dapat memberikan kasih sayang dan perhatiannya pada anak-anaknya, demikian pula sebaliknya anak akan mendapatkan kebutuhan yang diperlukan untuk tumbuh kembangnya.

2.5.5 Pantangan dan mitos seputar makanan

Di masyarakat, setiap kelompok mempunyai suatu pola tersendiri dalam memperoleh, menggunakan, dan menilai makanan yang akan merupakan ciri kebudayaan dari kelompok masing-masing. Ada jenis makanan untuk orang kaya, ada yang untuk orang miskin. Ada yang untuk pesta, untuk wanita, anak-anak,

orang tua, dan orang sakit. Ada jenis makanan yang tidak diperbolehkan untuk orang-orang tertentu (Santoso, S. Dan Ranti, A., L., 2004)

Sehubungan dengan pangan yang biasanya dipandang pantas untuk dimakan, dijumpai banyak pula pantangan, tahayyul, dan larangan pada beragam makanan yang didasarkan kepada kebudayaan dan daerah yang berlainan di dunia. Beberapa pola pantangan dianut oleh suatu golongan masyarakat atau penduduk (Budiyanto, M. A. K., 2001)

Makanan dalam pandangan sosial-budaya, memiliki makna yang lebih luas dari sekedar sumber nutrisi. Terkait dengan kepercayaan, status, prestise, kesetiakawanan dan ketentraman (Apomfires, F, 2002).

Di desa, masih banyak ibu yang melarang anaknya makan ikan, telur, ataupun buah-buahan, padahal makanan seperti itu justru sangat diperlukan oleh anak (Moehji, S., 1992)

2.5.6 Ketersediaan makanan dalam keluarga

Umumnya masyarakat memberikan definisi tertentu tentang arti makanan seperti jenis makanan untuk dijual dan lainnya untuk dimakan di rumah (Soengeng Santoso, S. Dan Ranti, A., L., 2004).

Jumlah macam makanan dan jenis serta banyaknya bahan makanan dalam pola pangan di suatu negara/ daerah tertentu biasanya berkembang dari pangan setempat atau dari pangan yang telah ditanam di tempat tersebut untuk jangka waktu yang panjang. Di samping itu, kelangkaan pangan dan kebiasaan bekerja dari keluarga berpengaruh pula pada pola makan (Budiyanto, M. A. K., 2001).

Perencanaan makanan keluarga dalam beberapa hari atau satu minggu membantu anggota keluarga yang mempunyai tugas membeli, menyimpan, dan

menyiapkan makanan, terutama terjaminnya menu-menu yang bergizi pada harga yang terendah karena telah direncanakan terlebih dahulu (Budiyanto, MAK, 2002).

2.5.7 Pengetahuan Ibu

Menurut Notoatmodjo, S (2002) pengetahuan merupakan hasil dari keingintahuan dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan (penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba) terhadap suatu objek. Dan menurut Suhari (2004) dalam Saraswati, A. A (2006), pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Dari hasil penelitian, terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih “langgeng” daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

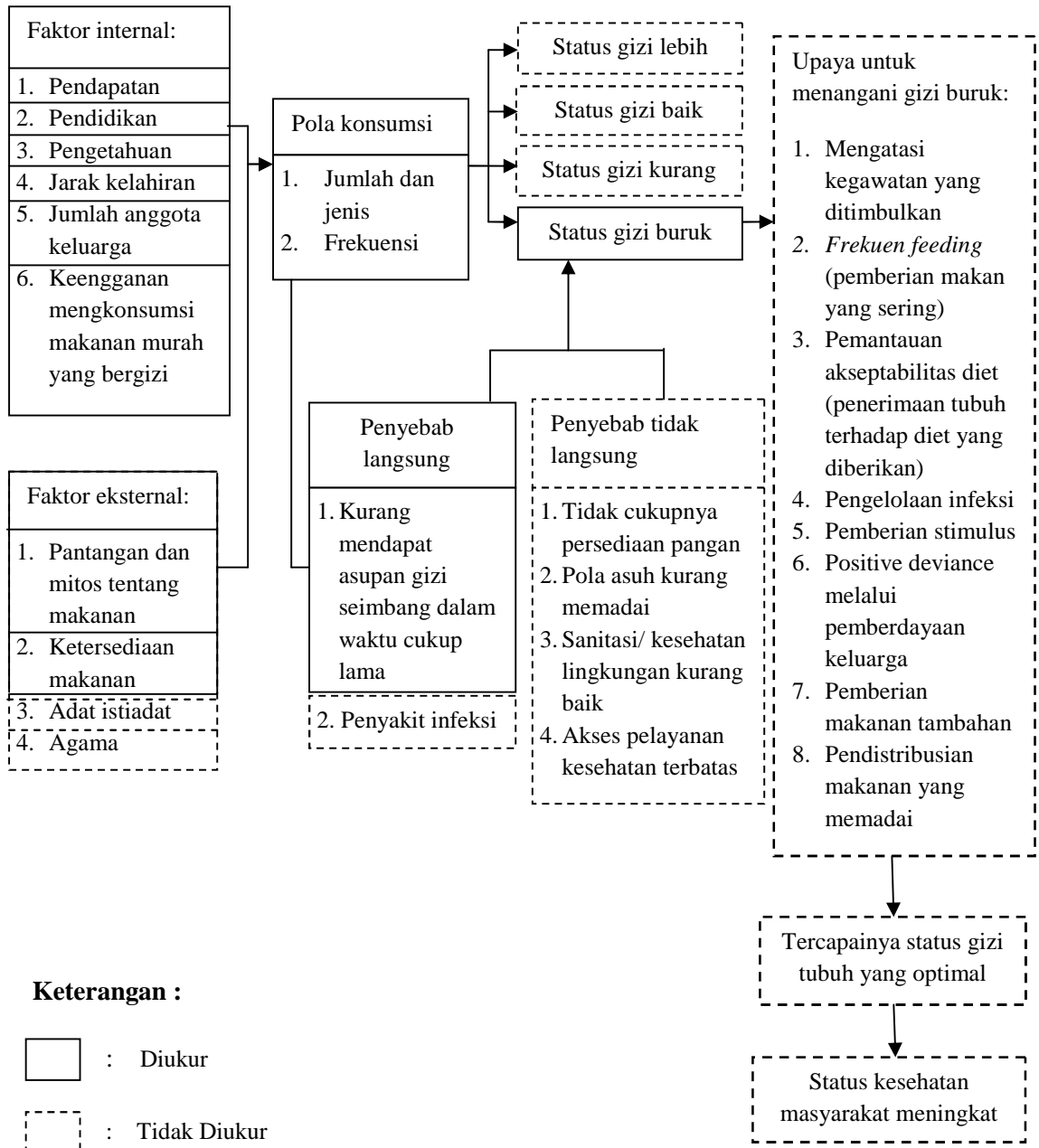
Dari sebuah penelitian yang dilakukan oleh Departemen Gizi dan Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor pada tahun 2006 diperoleh kesimpulan bahwa pengetahuan gizi dan kesehatan dapat menjadi “*entry-point*” bagi peningkatan kualitas pengasuhan serta kualitas makanan yang dikonsumsi anak, yang pada gilirannya akan menentukan kualitas tumbuh kembang anak.

Pengetahuan gizi dan kesehatan keluarga yang dimaksudkan meliputi pengetahuan tentang makanan yang bergizi, ciri anak balita bergizi baik, bahan makanan yang banyak mengandung protein, bahan makanan sumber protein nabati, pengolahan dan persiapan pangan, pengetahuan tentang golongan rawan gizi (Departemen Gizi dan Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor, 2006).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1: Kerangka Konseptual Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi Balita Gizi Buruk

Keterangan gambar 3.1

Gangguan gizi disebabkan oleh faktor primer (penyebab langsung) dan faktor sekunder (penyebab tidak langsung) (Almatsier, S., 2003). penyebab langsung yaitu makanan anak/ pola konsumsi dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak (Menteri Pertanian, 2000). Atau dengan kata lain, anak kurang mendapat asupan gizi seimbang dalam waktu cukup lama, dan kedua: anak menderita penyakit infeksi (Dinas Kesehatan kabupaten Purworejo, 2005). Kedua, penyebab tidak langsung yaitu: tidak cukupnya persediaan pangan, pola asuh kurang memadai, sanitasi/ kesehatan lingkungan kurang baik, akses pelayanan kesehatan terbatas (Menteri Pertanian, 2000). Menurut teori perilaku dari WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo, S. (2005), perilaku terjadi karena adanya 4 alasan pokok yaitu pemikiran dan perasaan, acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai, sumber daya, dan sosio budaya. Keempat faktor tersebut dapat dikelompokkan menjadi faktor internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari persepsi, pengetahuan, keyakinan, keinginan, motivasi, niat dan sikap. Faktor eksternal terdiri dari pengalaman, fasilitas, dan sosio budaya. Pola konsumsi sendiri berhubungan dengan faktor internal yaitu pendapatan yang rendah, banyaknya anggota keluarga, kurang pengetahuan, keengganan mengkonsumsi makanan bergizi, dan faktor eksternal yaitu pantangan-pantangan dan mitos, , kurangnya ketersediaan makanan (G. Kartasapoetra dan Marsetyo. 2005). Menurut Almatsier, S. (2003), hal ini bergantung pula pada agama, adat kebiasaan, dan pendidikan masyarakat yang bersangkutan.

Berbagai upaya penanganan lain telah banyak dilakukan oleh pemerintah (Suharyati, 2006). Sebagaimana yang dikutip pada Nancy dan Arifin (2005),

langkah awal pengelolaan gizi buruk adalah mengatasi kegawatan yang ditimbulkannya, dilanjutkan dengan "*frekuen feeding*" (pemberian makan yang sering, pemantauan akseptabilitas diet (penerimaan tubuh terhadap diet yang diberikan), pengelolaan infeksi dan pemberian stimulasi. Perlunya pemberian diet seimbang, cukup kalori dan protein serta pentingnya edukasi pemberian makan yang benar sesuai umur anak. Upaya perbaikan gizi di Indonesia dibedakan menjadi dua metoda yaitu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) selama 90 hari dan Metoda *Positive Deviance* (PD) dengan pendekatan pemberdayaan keluarga (Suharyati, 2006). Pada daerah endemis gizi buruk perlu distribusi makanan yang memadai. Dengan adanya perbaikan konsumsi makanan dan penggunaannya oleh tubuh, diharapkan tercapainya status gizi tubuh yang optimal (Almatsier, S. 2003), sehingga nantinya status kesehatan masyarakat akan meningkat.

Dari beberapa faktor-faktor yang berhubungan, peneliti tidak meneliti faktor agama karena faktor ini tidak dapat mengeneralisasi hubungan yang nantinya diperoleh. Peneliti juga tidak meneliti faktor adat istiadat karena sudah terwakili oleh faktor pantangan dan mitos dalam makanan, dan peneliti juga tidak meneliti faktor keengganan mengkonsumsi makanan bergizi karena faktor ini sudah berkaitan dengan faktor lainnya, yaitu pendidikan, pengetahuan, penghasilan, dan adat istiadat.

3.2 Hipotesis

H1 :

1. Ada hubungan antara faktor pendapatan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep

2. Ada hubungan antara faktor tingkat pendidikan ibu dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
3. Ada hubungan antara faktor jumlah anggota keluarga dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
4. Ada hubungan antara faktor jarak kelahiran dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
5. Ada hubungan antara faktor pantangan-pantangan dan mitos tentang makanan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep
6. Ada hubungan antara faktor ketersediaan makanan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep.
7. Ada hubungan antara faktor pengetahuan ibu dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini, akan dibahas tentang: 1) Desain penelitian; 2) Populasi, sampel, dan teknik sampling; 3) Identifikasi variabel; 4) Definisi operasional 5) Metode pengumpulan data; 6) Kerangka operasional; 7) Teknik analisis data; dan 8) Etik penelitian

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan “*cross sectional*”, yaitu suatu pendekatan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, S., 2005). Dengan studi ini, akan diperoleh prevalensi atau efek suatu fenomena (variabel dependen) dihubungkan dengan penyebab (variabel independen) (Nursalam, 2008).

Dalam penelitian ini, peneliti menganalisa pola konsumsi makanan yang digunakan oleh balita gizi buruk di kabupaten Sumenep dan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan pola konsumsi makanan tersebut.

4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Pada penelitian ini, populasinya adalah balita gizi buruk di kabupaten Sumenep.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian objek yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Kriteria sampel dapat dibedakan menjadi dua bagian, yaitu inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008). Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini diambil peneliti dari sejumlah balita gizi buruk sesuai dengan yang dikehendaki peneliti yaitu :

1. Balita gizi buruk berusia 1-3 tahun
2. Gizi buruk yang dialami merupakan gizi buruk murni (bukan penyakit infeksi)
3. Ibu atau pengasuh yang mempunyai balita gizi buruk yang bersedia menjadi responden/ mengisi kuesioner

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab (Nursalam, 2008).

Adapun kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

1. Balita yang mengalami gizi buruk sedang mengalami perawatan kesehatan (MRS)
2. Data responden tidak tercatat dengan jelas di puskesmas

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang dijadikan sampel (Nototatmodjo, 2005). Besar sampel dalam penelitian ini adalah yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Terdapat beberapa rumus yang dapat dipergunakan untuk menentukan besar sampel.

Batas kesalahan atau tingkat signifikan yang ditolerir ini bagi setiap populasi tidak sama. Ada yang 1%, 2%, 3%, 4%, 5% atau 10% (Umar, 1993 dalam Kriyantono, 2006).

Dalam penelitian ini peneliti menentukan besar sampel berdasarkan kecamatan terpilih, dimana kecamatan terpilih tersebut ditentukan dengan menggunakan rumus sebagaimana yang dikutip Nursalam (2008) dari Zainuddin, M. (2000) sebagai berikut:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{14 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)(14-1) + (1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5)}$$

$$n = \frac{13,4456}{0,65 + 0,9064}$$

$$n = 8,35$$

$$n = 8$$

Keterangan :

n = perkiraan jumlah sampel

N = perkiraan besar populasi

z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

$q = 1-p$ (100%-p)

d = tingkat kesalahan

Jadi, sampel dalam penelitian ini adalah balita gizi buruk yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang berada di 8 kecamatan terpilih di kabupaten Sumenep.

4.2.3 Teknik Sampling

Sampling adalah proses penyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008).

Pada penelitian ini peneliti menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak dengan menganggap bahwa setiap anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel (Notoatmodjo, 2005).

Dengan teknik sampling ini, peneliti mendapatkan jumlah sampel 28 balita gizi buruk dari 8 kecamatan, antara lain kecamatan kota Pandian, Pamolokan, Kalianget, Saronggi, Bluto, Pragaan, Gapura dan kecamatan Ambunten.

4.3 Identifikasi Variabel

4.3.1 Variabel Independen (Variabel Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Suatu kegiatan yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen. Variabel independen biasanya dimanipulasi, diamati dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lainnya. Pada penelitian ini variabel independen

yang digunakan adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep.

4.3.2 Variabel Dependen (Variabel Terikat)

Variabel dependen (Variabel terikat) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam. 2008). Pada penelitian ini, variabel dependen yang diteliti adalah pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Variabel	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Dependen Pola konsumsi makanan	Suatu model atau gambaran kebiasaan makan pada anak yang meliputi: 1. Jenis bahan makanan, meliputi: a. Makanan pokok b. Lauk c. Sayur d. Buah e. Susu f. Serbaneka 2. Jumlah, besar masukan makanan dinyatakan dalam URT maupun berat gram 3. Frekuensi konsumsi, keseringan konsumsi suatu bahan makanan dalam harian, yaitu 1x/ hari 2x/ hari 3x/ hari, >3x/hari dan 1x/ minggu 2x/ minggu 3x/ minggu dan >3x/ minggu	%AKG (Angka Kecukupan Gizi) Frekuensi konsumsi per hari atau per minggu	Wawancara dengan <i>recall 2x24</i> jam dan <i>food</i> <i>frequency</i> <i>checklist</i>	Ordinal	4= 100% AKG: baik 3= 80-99% AKG: sedang 2= 70-80% AKG: kurang 1= < 70% AKG: defisit (Supriasa, I. D. N, Bakri, B., dan Fajar, I. 2002) 3= 3X atau lebih: baik 2= 2X: cukup 1= 1X: kurang

Variabel	Definisi Variabel	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
<u>Independen</u> Pendapatan	Jumlah penerimaan keluarga dalam 1 bulan	Jumlah keseluruhan penghasilan dari pekerjaan utama dan pekerjaan sampingan	Kuesioner	Ordinal	1=<Rp1.000.000: rendah 2=Rp 1.000.000- Rp 1.999.999 : menengah 3=>Rp 2.000.000: tinggi (Adi, R, 2004)
<u>Independen</u> Tingkat Pendidikan	Jenjang pengakuan formal yang ditempuh oleh ibu responden	Jenjang pendidikan terakhir yang ditempuh oleh ibu responden	Kuesioner	Ordinal	1= Tidak sekolah 2= tamat SD 3= tamat SMP 4= tamat SMA 5= Akademi/ PT (Adi, R, 2004)
<u>Independen</u> Jumlah anggota keluarga	Banyaknya orang dalam suatu tatanan kekerabatan kecil	Banyaknya orang yang tinggal dalam satu rumah dan berada dalam satu kepala keluarga	Kuesioner	Ordinal	3= 4: keluarga kecil 2= 5-7: keluarga sedang 1= 8: keluarga besar (IPB, 2006)
<u>Independen</u> Jarak kelahiran	Rentang antar kelahiran	Interval usia antara balita yang mengalami gizi buruk dengan kakak dan atau adiknya	Kuesioner	Ordinal	1= < 3tahun: rapat 2= 3 tahun: cukup 3= > 3 tahun: renggang (Soetjiningsih, 1995)
<u>Independen</u> Pantangan atau mitos	Hal (perbuatan) yang terlarang menurut adat atau kepercayaan dalam hal makanan yang sengaja dihindari	Pantangan makanan dan minuman yang diyakini ibu dan dilakukan kepada balitanya	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1= Ya: ada pantangan 2= Tidak: tidak ada pantangan

Variabel	Definisi Variabel	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
<u>Independen</u> Ketersediaan bahan makanan dalam keluarga	Keberadaan bahan makanan/ cadangan makanan yang dimiliki keluarga untuk jangka waktu tertentu	Ketersediaan bahan makanan/ cadangan makanan mentah maupun jadi yang dimiliki keluarga	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	2= Jumlah skor 2-3: ada persediaan 1= Jumlah skor 0-1: tidak ada persediaan
<u>Independen</u> Pengetahuan	Pemahaman ibu tentang makanan dan gizi	Pengetahuan yang benar diberi skor 1 & yang salah diberi skor 0	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	3= > 80% jumlah jawaban benar: baik 2= 60%-80% jumlah jawaban benar: sedang 1= <60% jumlah jawaban benar: kurang (Khomsan, 2004)

4.5 Metode Pengumpulan Data

4.5.1 Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner, baik untuk mengukur pola konsumsi makanan maupun faktor yang berhubungan (pendapatan, pendidikan, jumlah anggota keluarga, jarak antar kelahiran anak, pantangan-pantangan dan mitos tentang makanan, pengetahuan, dan ketersediaan makanan dalam keluarga).

Kuesioner untuk mengukur pola konsumsi makanan yang diberikan kepada responden ini merupakan kuesioner baku yang telah ada yang memuat tentang daftar bahan makanan atau makanan dan frekuensi penggunaan makanan tersebut (*food frequency checklist*) dalam periode tertentu. Sedangkan kuesioner untuk mengukur faktor yang berhubungan (pendapatan, tingkat pendidikan,

jumlah anggota keluarga, jarak antar kelahiran anak, pantangan-pantangan dan mitos tentang makanan, pengetahuan, dan ketersediaan makanan dalam keluarga) merupakan kuesioner modifikasi yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan pada pustaka yang ada.

Kuesioner untuk mengukur pola konsumsi terdiri dari kuesioner *recall 2x 24 jam* atau kuesioner jumlah dan jenis makanan untuk mengetahui besar masukan makanan responden dan *food frequency checklist* untuk mengetahui frekuensi makan sekelompok responden tentang sejumlah makanan yang telah dimuat dalam kuesioner ini, terdiri dari makanan pokok, lauk-pauk, sayur, buah, susu, dan serbaneka, sehingga diketahui jenis makanan yang sering dikonsumsi oleh sekelompok responden ini.

Kuesioner faktor-faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi memuat pertanyaan-pertanyaan mengenai hal yang berkaitan dengan faktor-faktor tersebut. Pertanyaan-pertanyaan ini telah dikelompokkan sesuai dengan masing-masing faktor tersebut dalam nomor-nomor tersendiri.

Untuk faktor pendapatan digunakan pertanyaan terbuka dan pertanyaan tertutup dengan dua pilihan jawaban dan *multiple choice*. Untuk tingkat pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, jarak kelahiran dan pengetahuan digunakan pertanyaan tertutup dengan *multiple choice*. Untuk pantangan dan mitos tentang makanan digunakan pertanyaan tertutup dengan dua pilihan jawaban dan *check list*. Sedangkan untuk ketersediaan makanan digunakan pertanyaan tertutup dengan dua pilihan jawaban.

4.5.2 Lokasi dan waktu penelitian

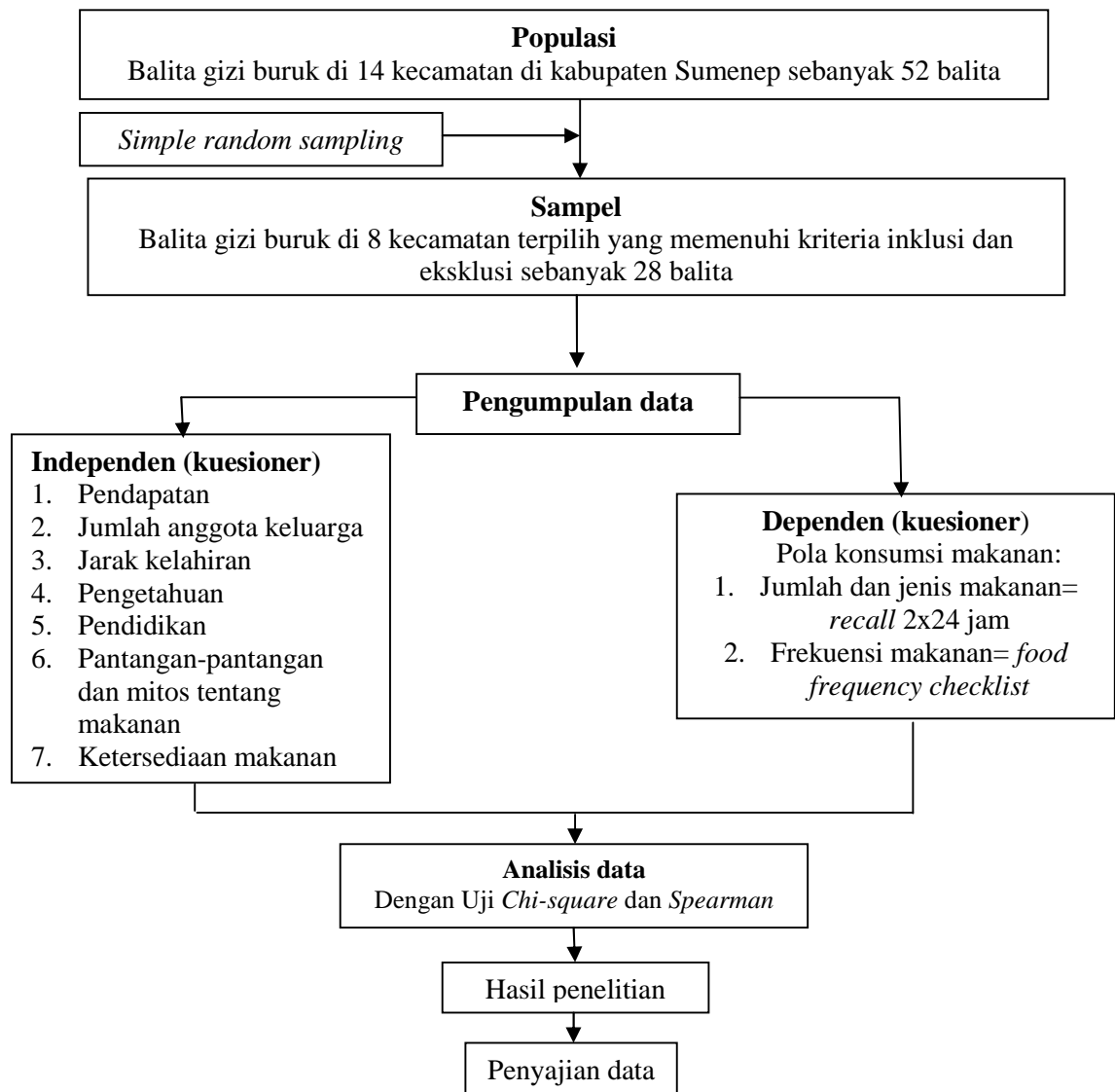
Penelitian dilakukan sejak tanggal 09 Juli – 24 Juli 2009 di kecamatan kota Pandian, Pamolokan, Kalianget, Saronggi, Bluto, Pragaan, Gapura dan kecamatan Ambunten.

4.5.3 Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapat surat pengantar pengambilan data dari FKp UNAIR yang ditujukan kepada Dinas Kesehatan kabupaten Sumenep dan Badan Kesatuan Bangsa, Politik, dan Perlindungan Masyarakat. Kemudian surat pengantar dari Dinas Kesehatan yang ditujukan kepada puskesmas yang dijadikan tempat penelitian. Sebagai langkah awal, peneliti akan mengumpulkan data ibu yang mempunyai balita gizi buruk yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dari puskesmas. Setelah memperoleh data demografi yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, dan tempat tinggal. Selanjutnya peneliti mendatangi tempat tinggal sampel dan menyampaikan pengantar tentang penelitian yang akan dilakukan dan memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Jika responden bersedia, responden menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Kemudian peneliti mulai memberikan lembar kuesioner yang memuat tentang daftar bahan makanan atau makanan (*recall* 2x24 jam) dan frekuensi makanan tersebut dan memberikan lembar kuesioner yang memuat pertanyaan-pertanyaan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan. Untuk *recall* 2x24 jam, ibu diminta untuk mengingat kembali tentang konsumsi makanan balitanya dalam 24 jam terakhir dan konsumsi makanan sehari-hari.

Selama pengisian kuesioner, peneliti berada disamping responden sampai pengisian kuesioner selesai. Jika ada yang tidak dimengerti, peneliti memberikan penjelasan. Jika responden tidak dapat menulis dan atau membaca, peneliti yang mengajukan pertanyaan yang sesuai dengan yang ada dalam kuesioner.

4.6 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi Makanan Balita Gizi Buruk Di kabupaten Sumenep

4.7 Teknik Analisis Data

Dalam menganalisis data ini, digunakan kerangka analisis statistik deskriptif. Statistik deskriptif merupakan pengumpulan, peringkasan serta penyajian hasil peringkasan data (Santoso, 2002 dalam Akmal, 2003). Dengan analisa secara deskriptif digambarkan masing-masing variabel dalam bentuk tabel frekuensi dan prosentase maupun tabulasi.

Untuk data konsumsi yang telah diperoleh dari *recall* 2x24 jam, terlebih dahulu dilakukan pengolahan tahap pertama yaitu konversi dari Ukuran Rumah Tangga (URT) ke dalam ukuran berat (gram). Dalam melakukan konversi tersebut diperlukan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM). Setelah diketahui jumlah bahan makanan dan makanan yang dikonsumsi responden, maka dilakukan perhitungan nilai gizi dan bahan makanan tersebut. Kemudian dilakukan perbandingan pencapaian konsumsi zat individu balita tersebut terhadap AKG.

Sedangkan data konsumsi yang diperoleh dari daftar frekuensi penggunaan makanan (*food frequency checklist*) dilakukan rekapitulasi untuk mengetahui jenis makanan yang dikonsumsi oleh paling banyak responden..

Untuk data faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi terlebih dahulu dilakukan skoring sebagaimana yang sudah ditetapkan kemudian dianalisa secara deskriptif dalam bentuk tabel frekuensi dan prosentase maupun tabulasi.

Adapun penilaian terhadap :

1. Faktor pengetahuan

Diukur dengan cara memberikan pertanyaan-pertanyaan, dan :

- a. Untuk jawaban benar, maka responden memperoleh nilai 1
- b. Untuk jawaban salah, maka responden memperoleh nilai 0

2. Faktor ketersediaan makanan

Diukur dengan menggunakan pertanyaan positif dalam kuesioner, dengan penilaian:

- a. Untuk jawaban positif, maka responden mendapat nilai 1
- b. Untuk jawaban negatif, maka responden mendapat nilai 0

Pengolahan data ini dilakukan dengan menggunakan jasa komputer. Analisa dengan uji statistik Chi-square dan Spearman digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel.

Untuk uji dengan *chi square* digunakan taraf signifikasi $p < 0,05$ berarti ada hubungan antara 2 variabel yang diukur yaitu hubungan faktor ketersediaan makanan dan pantangan dan mitos tentang makanan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk. Bila $p < 0,05$ maka H_1 diterima, H_0 ditolak dan sebaliknya. Jika 50% sel memiliki frekuensi harapan kurang dari lima maka tidak memenuhi uji *chi square*, selanjutnya yang dianalisis adalah hasil Uji *Fisher's exact test*.

Sedangkan untuk uji *Spearman* digunakan untuk menentukan hubungan 2 gejala yang kedua-duanya merupakan gejala ordinal atau data jenjang (Sugiyono, 2002). Dan untuk mengetahui derajat hubungan kekuatan antar variabel dilihat dari nilai r .

Berdasarkan Sugiyono (2002) untuk membuktikan penafsiran terhadap yang ditentukan apakah besar atau kecil tingkat hubungannya, digunakan pedomen sebagai berikut:

0,00 – 0,199 =	Sangat rendah	0,60 – 0,799 =	Kuat
0,20 – 0,399 =	Rendah	0,80 – 1,000 =	Sangat kuat
0,40 – 0,599 =	Sedang		

4.8.1 *Informed consent*

Penelitian ini menggunakan subjek manusia sehingga *Informed consent* sangat diperlukan agar tidak melanggar hak-hak (otonomi) manusia sebagai subjek penelitian. Tujuannya ialah responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti, maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak klien.

4.8.2 *Anonymity*

Kerahasiaan identitas subjek penelitian dan jawaban yang diberikan sangat dijaga kerahasiaannya demi melindungi hak-hak subjek penelitian dan keamanannya. Untuk itu, peneliti tidak mencantumkan nama subjek pada lembar kuesioner yang diisi oleh subjek. Lembar kuesioner hanya diberi nomor dan inisial.

4.8.3 *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

3.8.4 *Keterbatasan Penelitian*

1. Cakupan sampel terlalu luas sehingga kemungkinan ada sampel yang tidak tercakup sehingga hasilnya kurang *representative*
2. Kuesioner merupakan modifikasi dari peneliti sendiri sehingga perlu diperluas dan diukur validitas dan *reabilitasnya*

3. Keterbatasan kemampuan peneliti dibidang riset dan waktu sehingga hasil yang dicapai kurang sempurna

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, R. 2004. *Metodologi Penelitian Sosial dan Hukum*. Jakarta: Granit. Halaman 40-46
- Akmal. 2003. *Analisis Pola Konsumsi Keluarga di Kecamatan Tallo Kota Makassar*. www.damandiri.or.id. Diakses 12 Juni 2009 jam 11.59
- Almatsier, S. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. Halaman 9-13, 96, 296-297
- Anonim. 2006. *Fact Sheet: Gizi Buruk*. www.koalisi.org. Diakses 26 November 2008 jam 09.31
- Anonim. 2007. Program Perbaikan Gizi Makro. www.gizi.net/kebijakan-gizi. Diakses tanggal 15 Juni 2009 jam 11.37
- Apomfires, F, 2002. *Makanan Pada Komuniti Adat Jae: Catatan Sepintas-Lalu Dalam Penelitian Gizi*. Jurnal antropologi Papua volume 1 No. 2 edisi Desember 2002
- Arisman, 2004. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC. Halaman 171
- Arnelia, 2006. *Studi Aplikasi Penatalaksanaan Dan Pengembangan sistem Pelayanan Gizi Buruk Secara Rawat Jalan*. Laporan penelitian pusat penelitian gizi dan makanan. www.p3gizi.litbang.depkes.go.id. Diakses 28 November 2008 jam 12.17
- AS, Faruque , et al. 2008. *Nutrition: Basis For Healthy Children And Mothers In Bangladesh*. Journal of Health, Population, And Nutrition Vol. 26 No.3 halaman 325-339
- Atmarita. 2005. *Nutrition Problems In Indonesia*. Jurnal Penelitian Gizi Dan Makanan Vol. 28 No. 2. Halaman 43-55
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. ---. *Matriks Rencana Aksi Nasional Pangan Dan Gizi 2006-2010*. www.bappenas.go.id. Diakses 02 Agustus 2009 jam 09.40
- Beck, M E. 2000. *Ilmu Gizi Dan Diet, Hubungannya Dengan Penyakit-Penyakit Untuk Perawat Dan Dokter*. Jogjakarta: Yayasan Essentia Medica. Halaman 2
- Budiyanto, M. A. K., 2001. *Dasar-Dasar Ilmu Gizi*. Malang: UMM Press. Halaman 34

- Budiyanto, M. A.K., 2002. *Gizi dan Kesehatan*. Malang: Bayu Media dan UMM Press. Halaman 2
- Departemen Gizi dan Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor. 2006. *Penilaian Situasi Pangan Dan Gizi Di Wilayah Kerja Plan Indonesia Program Unit Lembata*. <http://ntt-academia.org>. Diakses tanggal 31 Mei 2009 jam 20.57
- Departemen Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. 2003. *Pedoman Umum Gizi Seimbang (Panduan Untuk Petugas)*. Jakarta: Departemen Kesehatan. Halaman 9
- Dewan Ketahanan Pangan dan Program Pangan Sedunia. 2002. *Atlas Kerawanan Pangan Indonesia*. www.documents.wfp.org. Diakses 29 Juni 2009 jam 16.26
- Dinas Kesehatan kabupaten Purworejo. 2005. *Perkembangan Penanggulangan Gizi Buruk Di Indonesia Tahun 2005*. www.dinkespurworejo.go.id. Diakses tanggal 28 November 2008 jam 11.14
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. 2006. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur 2006*. www.depkes.go.id. Diakses tanggal 7 Mei 2009 jam 20.24
- G. Kartasapoetra dan Marsetyo. 2005. *Ilmu Gizi; Korelasi Gizi, Kesehatan, dan Produktivitas Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta. Halaman 11-15
- Husodo, S., Y., 2008. *Gizi Masyarakat dan Kualitas Manusia Indonesia*. www.ecosoc-monitor.blogspot.com. Diakses 29 Juni 2009 jam 16.48
- Indrawati, S. M., 2005. *Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals/MDGs) Per 25 Agustus 2005*. www.bappenas.go.id. Diakses 31 Oktober 2008 jam 08.55
- Kasduki O. S, Ananto S, dan K. Titiek. 2005. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi, Sikap, Pola Pemberian Makanan Terhadap Kenaikan Berat Badan Balita Di Posyandu Pogot Puskesmas Tanah Kalikedinding Kecamatan Kenjeran Kota Surabaya*. Buletin Penelitian RSU Dr. Soetomo Vol. 7 No. 2 edisi April-Juni 2005
- Khomsan, A. 2004. *Pengantar Pangan Dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya. Halaman 102
- Kriyantono, R. 2006. *Teknik Praktis Riset Komunikasi*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group. Halaman 93-95
- Menteri Pertanian. 2000. *Rencana Aksi Nasional Pangan Dan Gizi 2006-2010*. www.ntt-academia.org. diakses tanggal 28 November 2008 jam 12.25

- Moehji, S. 1992. *Pemeliharaan Gizi Bayi Dan Balita*. Jakarta: Bhratara. Halaman 2-3, 14-17
- Moehji, S. 2002. *Ilmu Gizi, Pengetahuan Dasar Ilmu Gizi Jilid 1*. Jakarta: Pagar Sinar Sinanti. Halaman 6 dan 120
- Nelson, 2000. *Ilmu Kesehatan Anak Volume 1 Edisi 15*. Jakarta: EGC. Halaman 122-123
- Nency, Y. dan Arifin, M. T. 2005. *Gizi Buruk, Ancam Generasi Yang Hilang*. Inovasi Online Vol_5-XVII-November 2005. <http://io.ppi-jepang.org>. Diakses 26 November 2008 jam 09.12
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. Halaman 121
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan, edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta. Halaman 85
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika. Halaman 97-98
- Perez, A., Hoelscher, D. M., Brown, H. S.III, Kelder, SH. 2007. *Differences in Food Consumption and Meal Patterns in Texas School Children by Grade*. *Jurnal preventing chronic disease* Volume 4 No.2, April 2007. www.cdc.gov . Diakses tanggal 10 Mei 2009 jam 10.10
- Rahayu, H. T., 2006. *Hubungan Pola dan Tingkat Konsumsi Dengan Status Gizi Balita Pada Keluarga Penerima Bantuan Langsung Tunai (BLT)*. Skripsi untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat UNAIR tidak dipublikasikan
- Santoso, S. Dan Ranti, A., L., 2004. *Kesehatan Dan Gizi*. Jakarta: Rineka Cipta. Halaman 89-91
- Saraswati, A. A. 2006. *Hubungan Sikap Dan Perilaku Ibu Dalam Pengaturan Pola Konsumsi Pangan Baduta Usia 12-24 Bulan Dengan Status Gizi Balita*. Skripsi untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat UNAIR tidak dipublikasikan
- Sediaoetama, A. D. 2006. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa Dan Profesi Jilid 1*. Jakarta: Dian Rakyat. Halaman 18-23, 53, 59, 61, 250-253
- Sediaoetama, A. D. 2006. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa Dan Profesi Jilid II*. Jakarta: Dian Rakyat. Halaman 48-50

- Setyawati, Ririn Indah. 2006. *Hubungan Antara Pola Konsumsi makanan dan Tingkat Konsumsi Gizi Dengan Status Gizi Anak Usia Sekolah Di Panti Asuhan*. Skripsi untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat UNAIR tidak dipublikasikan
- Soekidjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta. Halaman 208-210
- Soetjiningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC. Halaman 124, 18-25
- Soetjiningsih dan Suandi, IKG. 2002. *Gizi Untuk Tumbuh Kembang Anak*, in: Narendra, MB, Sularyo, TS, Soetjiningsih, Suyitno, H, Ranuh, IGNG. *Buku Ajar I Tumbuh Kembang Anak dan Remaja Edisi Pertama*. Jakarta: Sagung Seto. Halaman 34
- Sugiyono. 2002. *Statistika Untuk Penelitian*. Alfabeta: Bandung. Halaman 209-212
- Suhardjo, 1989. *Sosio Budaya Gizi*. Bogor:-. Halaman 21-23, 99
- Suharyati. 2006. *Cost Effectiveness Upaya Penanggulangan Gizi Metode Positive Deviance dan Pemberian Makanan Tambahan Di Puskesmas Gekbrong kabupaten Cianjur 2006*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 1 No. 6 Edisi Juni 2007 FKM UI
- Supariasa, I. D. N, Bakri, B., dan Fajar, I . 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC. Halaman 17-18, 56-60, 94-114
- Tanuwidjaya, S, 2002. *Konsep Umum Tumbuh dan Kembang*, in: Narendra, MB, Sularyo, TS, Soetjiningsih, Suyitno, H, Ranuh, IGNG. *Buku Ajar I Tumbuh Kembang Anak dan Remaja Edisi Pertama*. Jakarta: Sagung Seto. Halaman 1 dan 3-4
- Taslim. N. A., -. *Kontroversi seputar gizi buruk :Apakah Ketidakberhasilan Departemen Kesehatan?.* www.gizi.net. Diakses tanggal 28 November 2008 jam 12.12
- Walley, J., Wright, J., dan Hubley, J. 2006. *Public Health, An Action Guide To Improving Health In Developing Countries*. Inggris: Oxford University Press. Halaman 176-177

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan di uraikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data kuisisioner tentang “Analisis faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi pada responden gizi buruk di kabupaten Sumenep”.

Data yang di peroleh akan disajikan dalam bentuk tabel, gambar dan narasi. Pada penyajian hasil dibagi dalam tiga bagian yaitu: 1). Gambaran umum lokasi penelitian, 2). Data umum, menampilkan karakteristik responden yaitu: usia responden, jenis kelamin, berat badan, riwayat alergi, usia pemberian MP-ASI, dan lama anak mengalami gizi buruk, 3). Data khusus, meliputi identifikasi penghasilan keluarga, tingkat pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, jarak kelahiran responden dengan kakak dan atau adiknya, pantangan/ mitos makanan, ketersediaan makanan, dan pengetahuan ibu tentang gizi dan makanan.

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Sumenep berada di ujung timur Pulau Madura dengan batas utara Laut Jawa, sebelah selatan selat Madura, sebelah barat kabupaten Pamekasan, sebelah timur laut Jawa/ Laut Flores. Secara geografis, kabupaten Sumenep terbagi atas 2 bagian:

1. Bagian daratan dengan luas 1.146, 927065 Km² (54,79) terbagi atas 17 kecamatan, antara lain: Ambunten, Batang-batang, Batuputih, Bluto, Dasuk, Ganding, Gapura, Guluk-guluk, Kalianget, Lenteng, Manding,

Pasongsongan, Pragaan, Rubaru, Saronggi, Kota Pandian dan Pamolokan Sumenep.

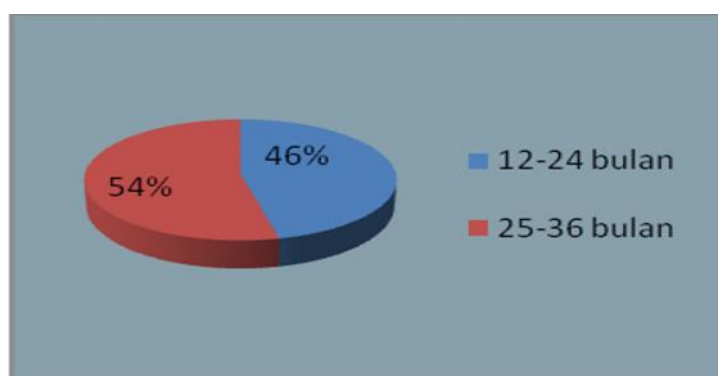
2. Bagian kepulauan dengan luas 946, 530508 Km²(45, 21) terbagi atas 8 kecamatan: Arjasa, Gayam, Giligenting, Masalembu, Nonggunong, Raas, Sapeken, Talango.

Berdasarkan gugusan pulau-pulau kabupaten Sumenep, pulau yang terjauh/ paling utara adalah pulau Karamian yang terletak di kecamatan Masalembu, dengan jarak 151 mil laut dari pelabuhan Kalianget, yang berarti lebih dekat dengan Kalimantan Selatan. Sedangkan pulau yang paling timur adalah pulau Sakala yang terletak di kecamatan Sapeken dengan jarak 165 mil laut dari pelabuhan Kalianget, lebih dekat dengan pulau Sulawesi.

5.1.2. Data Umum

Data yang menyangkut karakteristik dari responden akan di uraikan sebagai berikut:

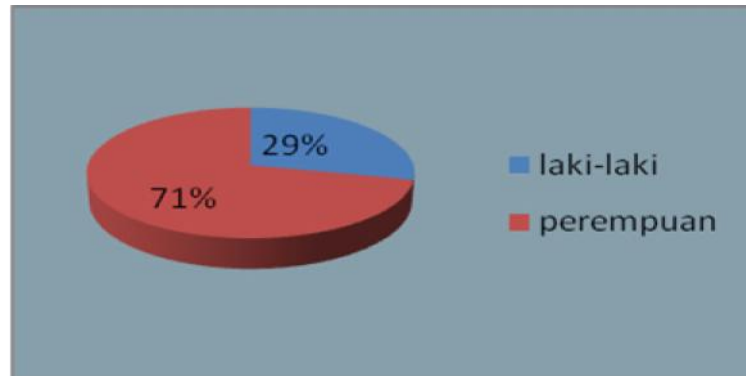
1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia di Kabupaten Sumenep tahun 2009

Diagram di atas menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden (54% atau 15 responden) berusia 25-36 bulan.

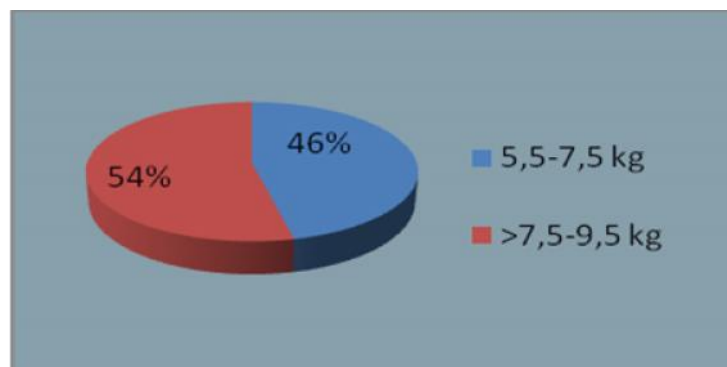
2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Sumenep tahun 2009

Diagram di atas menunjukkan, dari sebagian besar responden yaitu 71% atau 20 responden adalah perempuan

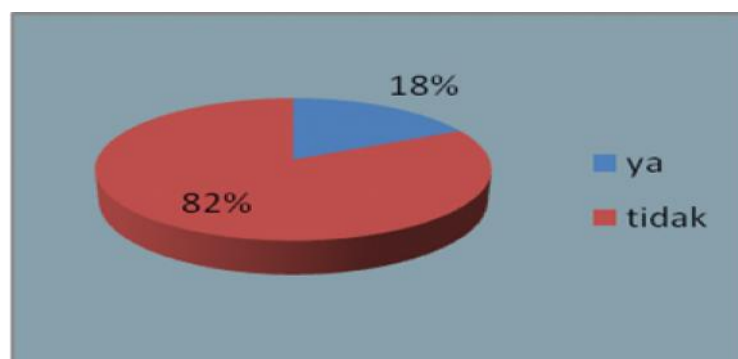
3. Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan di Kabupaten Sumenep tahun 2009

Dari diagram batang di atas diketahui bahwa berat badan lebih dari separuh responden (54% atau 15 responden) berada diantara 5,5-7,5 kg.

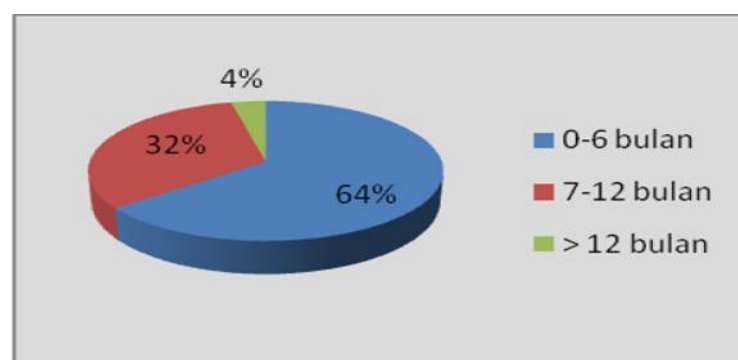
4. Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Alergi Makanan



Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Alergi Makanan di kabupaten Sumenep tahun 2009

Berdasarkan diagram *pie* di atas sebagian besar yaitu 79% (22 responden) tidak mempunyai riwayat alergi, sedangkan 21% lainnya (6 responden) mempunyai riwayat alergi yakni alergi pada susu sapi, telur, ikan laut, kerupuk, dan udang. Dari 6 responden tersebut, 1 responden yang mempunyai alergi susu sapi, 3 responden mempunyai alergi telur, 2 responden mempunyai alergi ikan laut, 1 responden mempunyai alergi udang, dan 1 responden mempunyai alergi kerupuk.

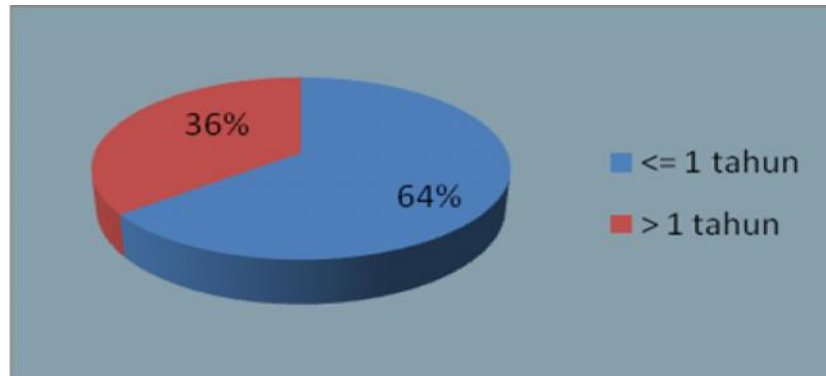
2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu



Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu di kabupaten Sumenep tahun 2009

Dari gambaran distribusi di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden (64 % atau 18 responden) MP-ASI diberikan pada usia 0-6 bulan dan terdapat 4% responden (1 responden) yang tidak diberikan MP-ASI pada kelompok usia tersebut (>12 bulan).

3. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Mengalami Gizi Buruk



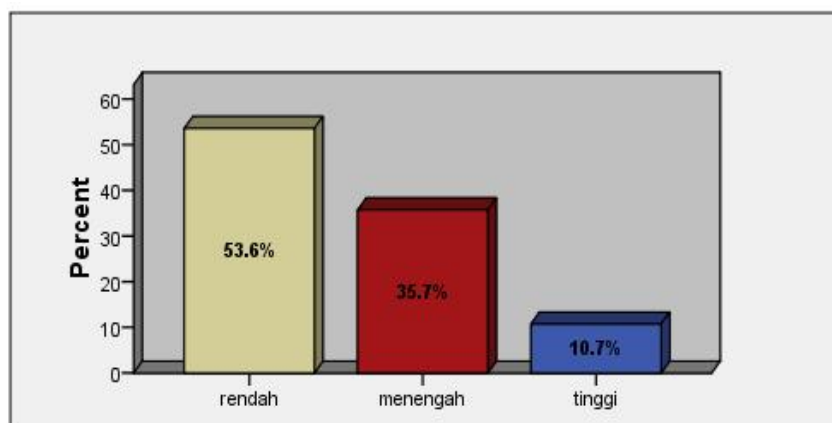
Gambar 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Mengalami Gizi Buruk di Kabupaten Sumenep tahun 2009

Berdasarkan diagram batang di atas diketahui bahwa sebagian besar responden (64% atau 18 responden) mengalami gizi buruk selama 1 tahun.

5.1.3 Data Khusus

Pada bagian ini akan dibahas tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk di kabupaten Sumenep, terdiri dari pendapatan, tingkat pendidikan, jumlah anggota keluarga, jarak kelahiran responden dengan kakak dan atau adiknya, pantangan/ mitos makanan, ketersediaan makanan, dan pengetahuan ibu tentang makanan dan gizi.

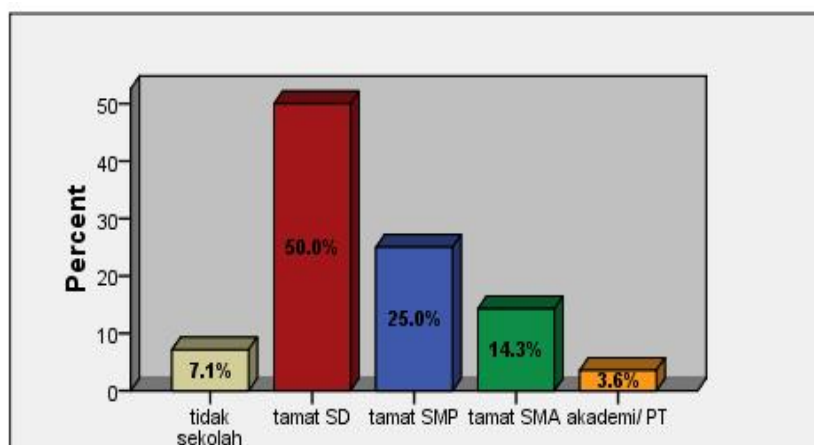
1. Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga



Gambar 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga dalam 1 bulan di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Berdasarkan diagram batang di atas diketahui pendapatan keluarga lebih dari separuh responden termasuk dalam kategori rendah yaitu < Rp 1.000.000 sebanyak 53,6% (15 responden) dan yang berpendapatan tinggi (> Rp 2.000.000) sebanyak 10,7% (3 responden).

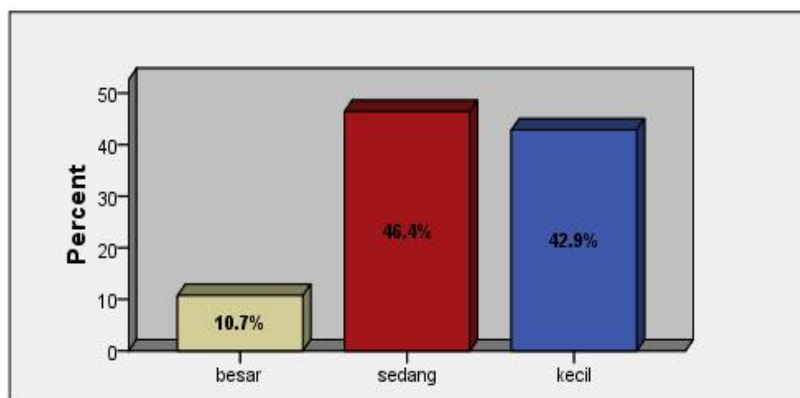
2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu



Gambar 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu di kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Dari diagram batang di atas dapat dilihat bahwa sebanyak 50,0% atau 14 ibu responden tamam SD, 25,0% (7 orang ibu responden) tamam SMP, dan hanya 3,6% (1 orang ibu responden) yang berpendidikan akademi/ perguruan tinggi.

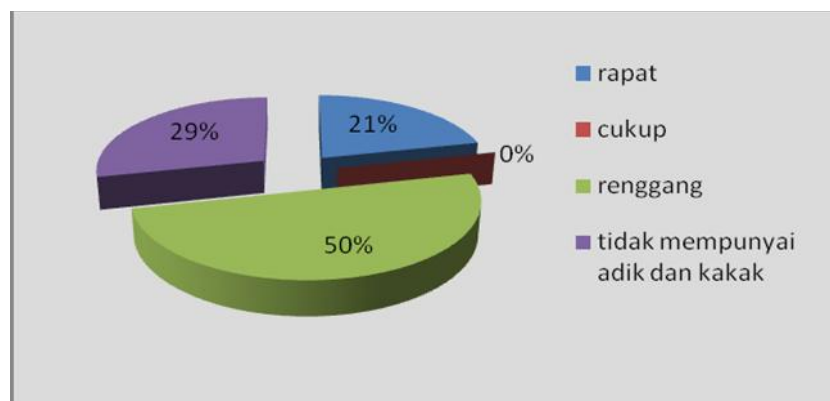
3. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga



Gambar 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Pada gambar 5.9 terlihat bahwa, hampir separuh responden yaitu 46,4% (13 responden) berasal dari keluarga berjumlah sedang (5-7 orang), dan 10,7% (3 responden) berasal dari keluarga berjumlah besar (8 orang)

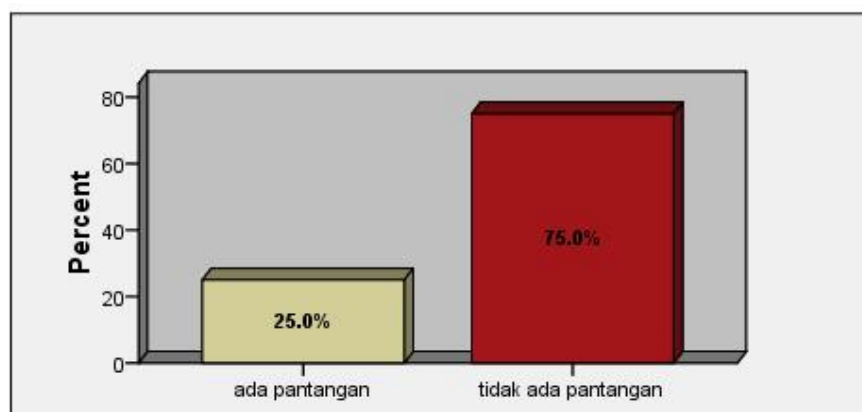
4. Distribusi Responden Berdasarkan Jarak Kelahiran



Gambar 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Jarak Kelahiran di kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Berdasarkan *pie* di atas diketahui bahwa 50% responden (14 orang) mempunyai jarak kelahiran yang renggang dengan kakak dan atau adiknya (> 3 tahun), tidak satu orangpun (0 responden) yang berjarak cukup (3 tahun), dan terdapat 29% responden (8 orang) tidak mempunyai kakak dan adik.

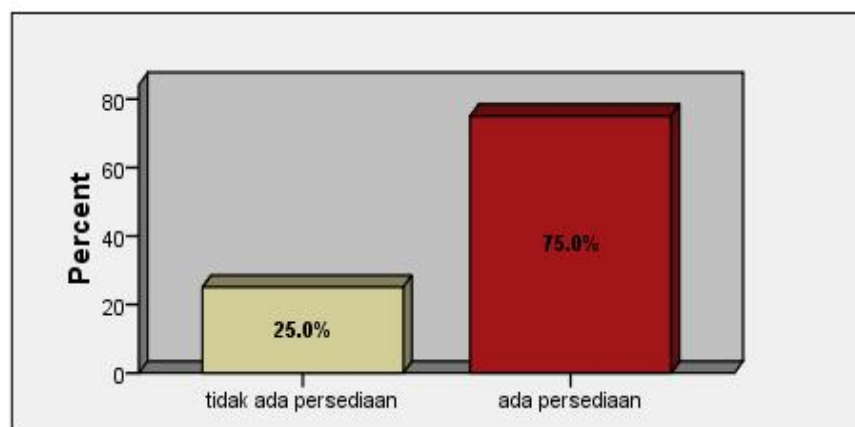
5. Distribusi Responden Berdasarkan Pantangan/ Mitos Tentang Makanan



Gambar 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Pantangan/ Mitos Tentang Makanan di kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Gambar 5.11 di atas menunjukkan sebagian besar responden yaitu 75,0% (21 responden) tidak terdapat pantangan/ tidak menganut mitos tentang makanan.

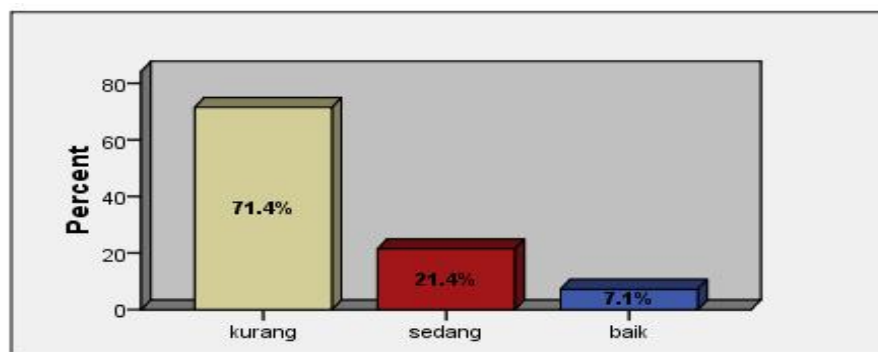
6. Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Makanan



Gambar 5.12 Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Makanan di kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Berdasarkan diagram batang di atas, diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 75,0% (21 responden) mempunyai persediaan makanan di rumah.

7. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Ibu

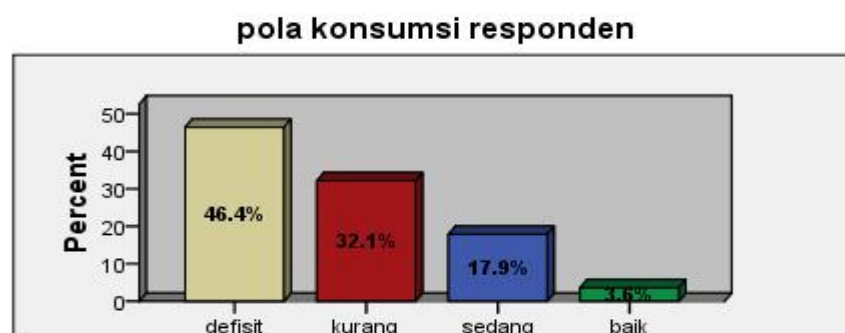


Gambar 5.13 Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Ibu di kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Dari diagram di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu responden (71,4% atau 20 orang) berpengetahuan kurang, dan hanya 7,1% lainnya (2 orang) yang berpengetahuan baik.

8. Distribusi Responden Berdasarkan Pola Konsumsi Responden

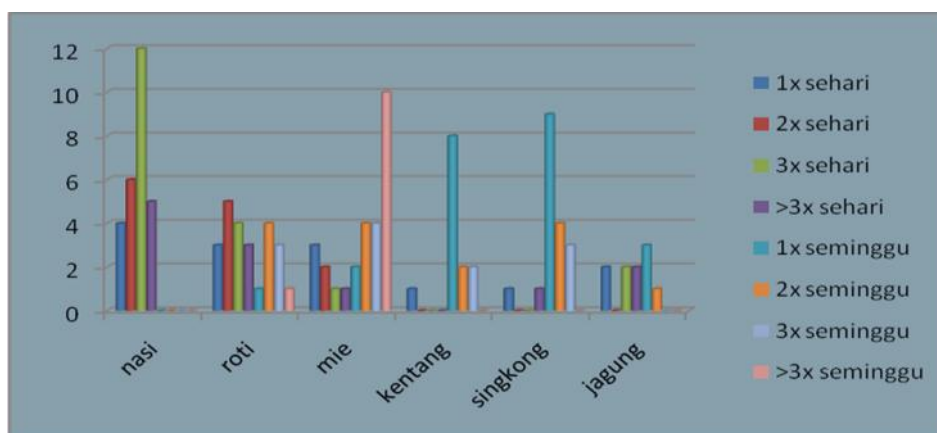
Pola konsumsi dilihat dari 2 sisi, yaitu dari jumlah dan jenis makanan dan dari frekuensi makan. Untuk jumlah dan jenis makanan didistribusikan dengan diagram batang sebagai berikut:



Gambar 5.14 Distribusi Responden Berdasarkan Pola Konsumsi Responden (Jumlah dan Jenis Makanan) di kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

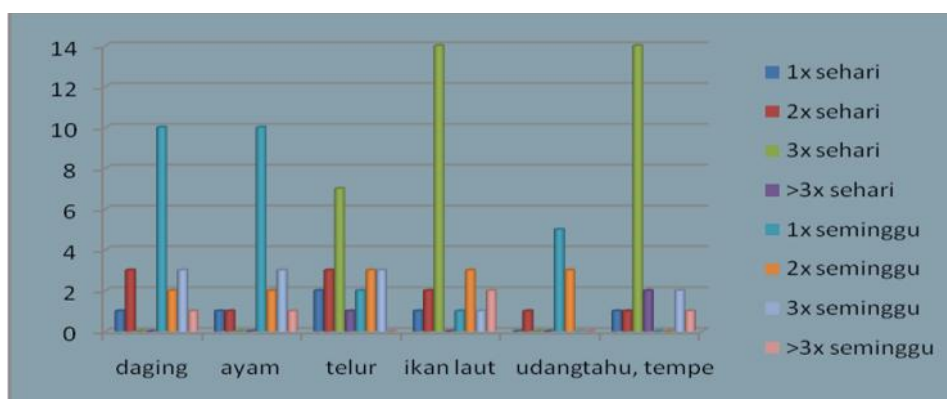
Berdasarkan diagram distribusi di atas dapat diketahui bahwa hampir setengahnya (46,4% responden) mempunyai pola konsumsi defisit (<70% AKG) yaitu 13 responden dan hanya 3,6% (1 responden) pola konsumsinya baik.

Sedangkan jika dilihat dari frekuensi makan, pola konsumsi dapat dilihat dari gambar sebagai berikut:



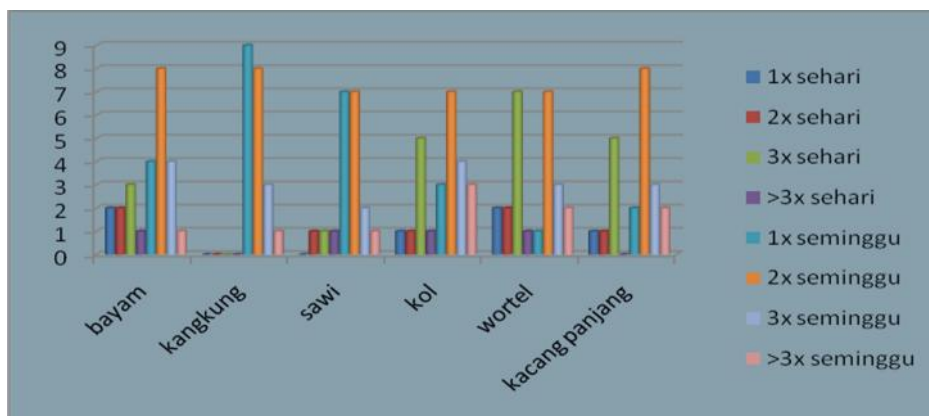
Gambar 5.15 Distribusi Frekuensi Konsumsi Makanan Pokok Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Dari gambar di atas, dapat diketahui pola konsumsi makanan responden jika ditinjau dari frekuensi makan. Jenis makanan pokok yang paling banyak dikonsumsi oleh responden yaitu sebanyak 42,86% (12 responden) adalah nasi dengan frekuensi makan 3x sehari yang dikategorikan baik.



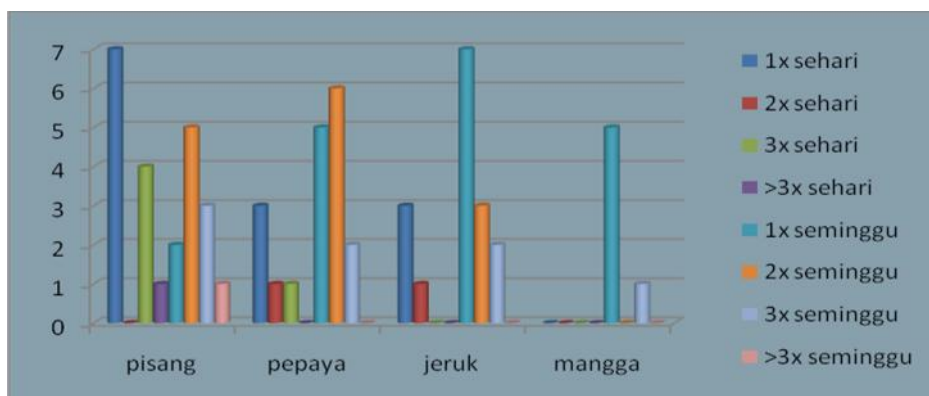
Gambar 5.16 Distribusi Frekuensi Konsumsi Lauk Paku Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Berdasarkan gambar 5.16, 50% (14 responden) mengkonsumsi lauk-pauk dengan jenis ikan laut dan tahu tempe sebanyak 3x sehari yang termasuk kategori konsumsi baik.



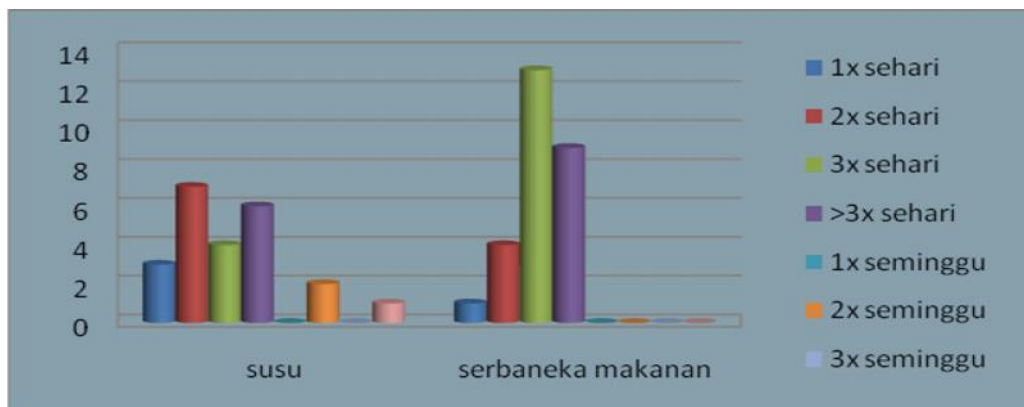
Gambar 5.17 Distribusi Frekuensi Konsumsi Sayur Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Berdasarkan gambar 5.17, jenis sayur yang dikonsumsi oleh responden terbanyak yaitu 32,24% (9 responden) adalah kangkung, namun frekuensi makannya termasuk kurang yaitu hanya 1x seminggu tetapi terdapat 25% atau 7 responden yang mengkonsumsi wortel dengan frekuensi makan cukup (3x sehari).



Gambar 5.18 Distribusi Frekuensi Konsumsi Buah Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Dari gambar 5.18 di atas, buah yang paling sering dikonsumsi oleh responden adalah pisang dan jeruk dengan jumlah responden yang mengkonsumsi yaitu masing-masing 25% responden atau 7 responden. Konsumsi buah tersebut termasuk kurang karena frekuensi konsumsi hanya 1x sehari untuk pisang dan hanya 1x seminggu untuk jeruk.



Gambar 5.19 Distribusi Frekuensi Konsumsi Susu dan Serbaneka Responden di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Berdasarkan gambar 5.19 di atas, dapat diketahui frekuensi konsumsi susu dan serbaneka makanan pada responden. Sebanyak 25% (7 responden) mengkonsumsi susu dengan frekuensi makan yang cukup yaitu 2x sehari. Sedangkan untuk serbaneka makanan, sebagian besar responden (46,43% atau 13 responden) mengkonsumsi dengan frekuensi baik yaitu 3x sehari.

13. Hubungan Berbagai Faktor Dengan Pola Konsumsi Makanan

1). Hubungan Pendapatan Dengan Pola Konsumsi Makanan

Tabel 5.1 Hubungan Pendapatan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Responden Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Pendapatan	Pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk									
	Defisit		Kurang		Sedang		Baik		Total	
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
Rendah	8	28,57	5	17,86	2	7,14	0	00,00	15	53,57
Menengah	4	14,29	4	14,29	2	7,14	0	00,00	10	35,71
Tinggi	1	3,57	0	00,00	1	3,57	1	3,57	3	10,71
Total	13	46,43	9	32,14	5	17,86	1	3,57	28	100,00
Signifikasi () = 0,204										
Koefisien korelasi Spearman's Rho (r) : 0,248										

Dari hasil tabulasi silang antara pendapatan dengan pola konsumsi makanan di atas diketahui bahwa 28,75% (8 responden) mempunyai pendapatan yang rendah dan pola konsumsi yang defisit dan tidak terdapat satu respondenpun yang berpendapatan rendah dan menengah yang mempunyai pola konsumsi yang

baik. Terdapat hanya 3,57% (1 responden) yang mempunyai pendapatan yang tinggi dan pola konsumsi yang baik pula. Namun terdapat 3,57% (1 responden) yang mempunyai pendapatan keluarga yang tinggi tetapi pola konsumsi termasuk kategori defisit.

Setelah dilakukan uji statistik *Spearman's Rank Correlation*, diperoleh nilai signifikansi (α) = 0,204 dan koefisien korelasi (r) = 0,248. Signifikansi (α) > (0,05) yang berarti tidak terdapat hubungan antara pendapatan dengan pola konsumsi makanan.

2) Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Pola Konsumsi Makanan

Tingkat pendidikan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan terakhir yang pernah ditempuh oleh ibu responden sebagai keluarga yang paling berperan dalam pengasuhan dan pengaturan konsumsi responden

Tabel 5.2 Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Responden Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Tingkat Pendidikan Ibu	Pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk									
	Defisit		Kurang		Sedang		Baik		Total	
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
Tidak sekolah	1	3,57	0	00,00	1	3,57	0	00,00	2	7,14
Tamat SD	9	32,14	4	14,29	1	3,57	0	00,00	14	50,00
Tamat SMP	3	10,71	3	10,71	1	3,57	0	00,00	7	25,00
Tamat SMA	0	00,00	2	7,14	1	3,57	1	3,57	4	14,29
Akademi/ PT	0	00,00	0	00,00	1	3,57	0	00,00	1	3,57
Total	13	46,43	9	32,14	5	17,86	1	3,57	28	100,00
Signifikansi (α) = 0,028										
Koefisien korelasi Spearman's Rho (r) : 0,414										

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa 3,57% atau 1 orang responden dengan ibu yang tidak bersekolah dan 9 orang responden (32,14%) dengan ibu yang tamat SD mempunyai pola konsumsi defisit, dan 1 orang responden (3,57%) yang mempunyai ibu berpendidikan akademi/ perguruan tinggi, pola konsumsinya

sedang dan satu-satunya responden (3,57%) yang mempunyai pola konsumsi baik, tingkat pendidikan ibunya tamat SMA.

Setelah dilakukan uji statistik *Spearman's Rank Correlation*, diperoleh nilai signifikansi (α) = 0,028 dan koefisien korelasi (r) = 0,414. Signifikansi (α) < (0,05) yang berarti terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan pola konsumsi makanan dengan nilai koefisien korelasi (r) = 0,414 yang berarti tingkat hubungannya termasuk sedang.

3) Hubungan Jumlah Anggota Keluarga Dengan Pola Konsumsi Makanan

Tabel 5.3 Hubungan Jumlah Anggota Keluarga Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Responden Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Jumlah Anggota Keluarga	Pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk									
	Defisit		Kurang		Sedang		Baik		Total	
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
Kecil	6	21,43	3	10,71	3	10,71	0	00,00	12	42,86
Sedang	6	21,43	5	17,86	2	7,14	0	00,00	13	46,43
Besar	1	3,57	1	3,57	0	00,00	1	3,57	3	10,71
Total	13	46,43	9	32,14	5	17,86	1	3,57	28	100,00
Signifikansi (α) = 0,709										
Koefisien korelasi Spearman's Rho (r) : -0,074										

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa responden terbanyak yang berasal dari keluarga berjumlah kecil dan sedang (masing-masing 21,34% atau 6 orang responden) mempunyai pola konsumsi defisit dan tidak terdapat satupun responden (0,00%) yang berasal dari keluarga berjumlah kecil yang mempunyai pola konsumsi baik. Terdapat 1 responden (3,57%) yang berasal dari keluarga berjumlah besar mempunyai pola konsumsi yang baik. Namun, terdapat masing-masing 1 responden (3,57%) yang berasal dari keluarga berjumlah besar yang mempunyai pola konsumsi defisit dan kurang.

Setelah dilakukan uji statistik *Spearman's Rank Correlation*, diperoleh nilai (α) = 0,709 dan koefisien korelasi (r) = 0,414. Signifikansi (α) > (0,05) yang

berarti tidak terdapat hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan pola konsumsi makanan.

4) Hubungan Jarak Kelahiran Dengan Pola Konsumsi Makanan

Tabel 5.4 Hubungan Jarak Kelahiran Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Responden Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Jarak Kelahiran	Pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk									
	Defisit		Kurang		Sedang		Baik		Total	
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
Rapat	0	00,00	3	10,71	2	7,14	0	00,00	5	17,86
Cukup	1	3,57	1	3,57	0	00,0	0	00,00	2	7,14
Renggang	8	28,57	3	10,71	2	7,14	1	3,57	14	50,00
<i>Missing</i>	4	14,29	2	7,14	1	3,57	0	00,00	7	25,00
Total	13	32,14	9	25,00	5	14,29	1	3,57	28	100
Signifikasi () = 0,121										
Koefisien korelasi Spearman's Rho (r) : -0,349										

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa tidak terdapat satupun responden (0,00%) yang mempunyai jarak kelahiran yang rapat (< 3 tahun) dengan kakak dan atau adiknya yang mempunyai pola konsumsi defisit dan baik. Dan terdapat 25,57% atau 8 responden yang mempunyai jarak kelahiran yang renggang, pola konsumsinya defisit dan hanya 1 orang responden (3,57%) yang mempunyai jarak kelahiran renggang yang mempunyai pola konsumsi baik. Terdapat 25% atau 7 responden yang termasuk dalam kategori *missing* yaitu tidak termasuk dalam kategori yang ada. Lima puluh tujuh koma satu empat persen diantaranya (4 responden) termasuk kategori pola konsumsi defisit.

Setelah dilakukan uji statistik *Spearman's Rank Correlation*, diperoleh nilai signifikasi () = 0,121 dan koefisien korelasi (r) = -0.349. Signifikasi () = 0,121 > (0,05) yang berarti tidak terdapat hubungan antara jarak kelahiran dengan pola konsumsi makanan.

5) Hubungan Pantangan dan Mitos Tentang Makanan Dengan Pola Konsumsi Makanan

Tabel 5.5 Hubungan Pantangan dan Mitos Tentang Makanan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Responden Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Pantangan dan Mitos Tentang Makanan	Pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk									
	Defisit		Kurang		Sedang		Baik		Total	
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
Ada pantangan/ menganut mitos tentang makanan	2	7,14	2	7,14	2	7,14	1	3,57	7	25,00
Tidak ada pantangan/ tidak menganut mitos tentang makanan	11	39,29	7	25,00	3	10,71	0	00,00	21	75,00
Total	13	46,43	9	32,14	5	17,86	1	3,57	28	100,00

Uji *Fisher's Exact test*: p: 0,284

Dari tabel di atas dapat dilihat gambaran bahwa sebagian besar responden (75%) tidak mempunyai pantangan atau menganut mitos tentang makanan, 39,29% (11 responden) diantaranya mempunyai pola konsumsi yang defisit dan tidak satupun (0,00%) yang mempunyai pola konsumsi baik. Terdapat 3,57% atau 1 responden yang mempunyai pantangan atau menganut mitos tentang makanan mempunyai pola konsumsi baik. Sedangkan hanya 7,14% atau 2 responden yang mempunyai pantangan atau menganut mitos tentang makanan yang termasuk kategori pola konsumsi defisit.

Setelah dilakukan uji statistik *Fisher's Exact test* diperoleh nilai $p = 0,284$ yang berarti tidak terdapat hubungan yang antara pantangan dan mitos tentang makanan dengan pola konsumsi makanan.

6) Hubungan Ketersediaan Makanan Dengan Pola Konsumsi Makanan

Tabel 5.6 Hubungan Ketersediaan Makanan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Responden Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Ketersediaan Makanan	Pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk									
	Defisit		Kurang		Sedang		Baik		Total	
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
Ada	9	32,14	6	21,43	5	17,86	1	3,57	21	75,00
Tidak ada	4	14,29	3	10,71	0	00,00	0	00,00	7	25,00
Total	13	46,43	9	32,14	5	17,86	1	3,57	28	100

Uji *Fisher's Exact test* : p: 0,593

Dari tabel di atas dapat dilihat gambaran bahwa sebagian besar (75%) responden mempunyai persediaan makanan. empat puluh dua koma delapan lima persen (9 responden) diantaranya mempunyai pola konsumsi yang defisit dan 4,76% (1 responden) diantaranya mempunyai pola konsumsi yang baik. Dari 7 responden (25%) yang tidak mempunyai persediaan makanan, 4 responden (14,29%) diantaranya mempunyai pola konsumsi defisit dan tidak satupun (0,00%) yang mempunyai pola konsumsi baik.

Setelah dilakukan uji statistik *Fisher's Exact test* diperoleh nilai $p = 0,593$ yang berarti tidak terdapat hubungan yang antara ketersediaan makanan dengan pola konsumsi makanan.

7) Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Pola Konsumsi Makanan

Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pengetahuan ibu tentang gizi dan makanan, meliputi pengetahuan tentang makanan yang bergizi, ciri anak responden bergizi baik, bahan makanan yang banyak mengandung protein, bahan makanan sumber energi, pengolahan dan persiapan pangan, pengetahuan tentang golongan rawan gizi

Tabel 5.7 Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Responden Gizi Buruk Di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Pengetahuan Ibu	Pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk									
	Defisit		Kurang		Sedang		Baik		Total	
	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)	Jumlah	(%)
Baik	0	00,00	0	00,00	2	7,14	0	00,00	2	7,14
Sedang	2	7,14	3	21,43	1	3,57	0	00,00	6	21,43
Kurang	11	39,29	6	10,71	2	7,14	1	3,57	20	71,43
Total	13	46,43	9	32,14	5	17,86	1	3,57	28	100

Signifikasi () = 0,092
Koefisien korelasi Spearman's Rho (r) : 0,324

Tabel di atas memberi gambaran bahwa sebagian besar ibu responden (71,43%) mempunyai pengetahuan yang kurang. Tiga puluh sembilan koma dua sembilan persen atau 11 responden diantaranya mempunyai pola konsumsi defisit dan 3,57 % atau 1 responden diantaranya mempunyai pola konsumsi baik. Terdapat hanya 2 orang ibu responden yang mempunyai pengetahuan baik, pola konsumsi balitanya termasuk sedang.

Dari hasil perhitungan menggunakan uji statistik *Spearman's Rank Correlation* diperoleh nilai () = 0,092 dan koefisien korelasi (r) = 0,324. Signifikasi () > (0,05) menunjukkan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan ibu dengan pola konsumsi makanan.

8) Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi Makanan

Tabel 5.8 Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Responden Gizi Buruk di Kabupaten Sumenep Pada Bulan Juli 2009

Coefisien Correlation	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Konsumsi Makanan Pada Responden Gizi Buruk						
	Pendapatan	Tingkat Pendidikan Ibu	Jumlah Anggota Keluarga	Jarak Kelahiran	Pantangan dan Mitos Tentang Makanan	Ketersediaan Makanan	Pengetahuan Ibu
Signifikasi ()	0,204	0,028	0,709	0,121	0,284	0,593	0,092
Korelasi (r)	0,248	0,414	- 0,074	-0, 349	0.133	0,324	0,324
Rating	-	1	-	-	-	-	-

Keterangan : Tingkat kemaknaan () < 0,05

Dari hasil uji statistik yang dilakukan, dari 7 faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan terdapat responden gizi buruk di kabupaten Sumenep, hanya faktor tingkat pendidikan yang menunjukkan nilai signifikansi $< (0,05)$. Jadi, faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk di kabupaten Sumenep adalah tingkat pendidikan ibu.

5.2 Pembahasan

Pola konsumsi makanan pada responden gizi buruk di kabupaten Sumenep jika di tinjau dari jumlah dan jenis makanan (*recall* 2x24 jam), hampir setengah responden (46,4%) mempunyai pola konsumsi defisit dan 32,1% mempunyai pola konsumsi kurang. Dengan kata lain, sebagian besar responden mempunyai pola konsumsi kurang dari 80%. Dan sepertiga dari jumlah responden tersebut, telah mengalami gizi buruk lebih dari 1 tahun. Hal ini sesuai dengan penyebab langsung dari gizi buruk yang pertama yaitu anak kurang mendapat asupan gizi seimbang dalam waktu yang cukup lama.

Berdasarkan frekuensi makan, jenis makanan pokok yang dikonsumsi oleh sebagian besar responden adalah nasi. Hal ini sesuai dengan kebiasaan makan bagi bangsa Indonesia. Sumber karbohidrat yang banyak dimakan sebagai makanan pokok di Indonesia adalah beras, jagung, ubi, singkong, talas, dan sagu. Tidak terdapat ketentuan tentang kebutuhan karbohidrat sehari untuk manusia. Untuk memelihara kesehatan, WHO (1990) dalam Almtsier, S., S. (2001) menganjurkan agar 55-75% konsumsi energi total berasal dari karbohidrat kompleks dan paling banyak hanya 10% dari gula sederhana. Dengan konsumsi nasi ini, kandungan karbohidratnya 70-80% dari kebutuhan. Karbohidrat

merupakan sumber energi utama bagi penduduk di seluruh dunia karena banyak di dapat di alam dan harganya relatif murah. Bagi masyarakat Sumenep sendiri, konsumsi nasi menjadi pilihan makanan pokok yang utama sesuai dengan potensi alam yang baik untuk persawahan dan lapangan pekerjaan yang utama.

Untuk jenis lauk-pauk, 50% atau 14 responden mengkonsumsi ikan laut dan tahu tempe. Bahan makanan hewani kaya dalam protein bermutu tinggi, tetapi hanya merupakan 18,4% konsumsi protein rata-rata penduduk Indonesia (Almatsier, S., 2001). Protein sebagai pembentuk energi, angka energi yang ditunjukkan tergantung dari macam dan jumlah bahan makanan nabati dan hewani yang dikonsumsi manusia setiap harinya. Sebagaimana yang dikutip oleh Almatsier (2001), kebutuhan protein menurut FAO/ WHO/ UNU (1985) adalah konsumsi yang diperlukan untuk mencegah kehilangan protein tubuh dan memungkinkan produksi protein yang diperlukan dalam masa pertumbuhan, kehamilan, atau menyusui. Dengan kategori konsumsi ikan laut dan tahu dan tempe sebanyak 3x sehari yang termasuk kategori konsumsi baik, kebutuhan protein bagi responden sudah bisa dikatakan sudah mencukupi apalagi jika ditambahkan dengan bahan makanan sumber zat gizi lainnya. Sebagaimana yang ditulis oleh G. Kartasapoetra dan Marsetyo (2005), tersedianya protein dalam tubuh, mencukupi atau tidak bagi keperluan-keperluan yang harus dipenuhi, sangat tergantung dari susunan (komposisi) bahan makanan yang dikonsumsi seseorang setiap harinya. Tahu dan tempe menjadi pilihan makanan lauk-pauk bagi masyarakat Sumenep karena harganya yang dapat dijangkau oleh masyarakat yang sebagian besar memiliki daya beli yang rendah dan persepsi yang menganggap bahwa dengan lauk tahu dan tempe sudah cukup untuk dimakan

sebagai lauk-pauk. Ikan laut yang dikenal sebagai lauk pauk yang mengandung protein yang penting bagi anak-anak juga menjadi salah satu alternatif lauk-pauk bagi masyarakat Sumenep dibandingkan daging dan ayam yang relatif lebih mahal. Dan jika dibandingkan dengan telur dan udang, ikan laut termasuk jenis lauk pauk yang aman karena kurang menimbulkan alergi. Selain itu, telur dan udang kterdapatng kurang disukai karena rasa dan baunya yang amis.

Untuk jenis sayur yang dikonsumsi oleh responden terbanyak yaitu 32,14% (9 responden) adalah kangkung, namun frekuensi makannya termasuk kurang yaitu hanya 1x seminggu tetapi terdapat 25% atau 7 responden yang mengkonsumsi wortel dengan frekuensi makan baik (3x sehari). Kangkung (*Ipomea sp*) adalah sayuran yang dapat berumur panjang. Ibu-ibu sering membelinya untuk sayur karena rasanya yang enak, terutama bila ditumis. Sayuran daun ini juga memiliki kandungan zat besi yang lumayan. Sebagian besar sayur dan buah tidak banyak mengandung karbohidrat. Sayur umbi-umbian seperti wortel dan bit serta sayur kacang-kacangan relatif lebih banyak mengandung karbohidrat daripada sayur daun-daunan (Almatsier, S., S., 2001). Konsumsi sayur masih dalam kategori kurang karena pola konsumsi masyarakat Sumenep masih didominasi makanan pokok dan lauk, belum menu seimbang. Selain itu terdapat faktor ketidaksukaan anak dan orang tua tidak membiasakan responden mengkonsumsi sayur.

Sedangkan buah yang paling sering dikonsumsi oleh responden adalah pisang dan jeruk dengan jumlah responden yang mengkonsumsi yaitu masing-masing 25% responden (7 orang). Konsumsi buah tersebut termasuk kurang karena frekuensi konsumsi hanya 1x sehari untuk pisang dan hanya 1x seminggu

untuk jeruk. Buah pisang merupakan buah yang bisa menjadi pengganti makanan pokok. Selain itu pisang mampu dengan mudah diserap tubuh. Responden banyak yang memilih pisang sebagai konsumsi buah karena mudah didapat, tidak mengenal musim panen, dapat berbuah setiap saat. Sedangkan, responden banyak yang memilih jeruk sebagai konsumsi buah karena rasanya enak, manis, dan baunya harum dan dikenal sebagai buah yang kaya vitamin C sehingga baik bagi daya tahan tubuh anak-anak. Kedua jenis buah ini juga mempunyai harga yang relatif murah dan mudah dalam mengkonsumsinya. Namun, dengan kategori konsumsi yang kurang, kecukupan tubuh terhadap vitamin dan mineral yang dikandung dapat kurang sehingga dibutuhkan konsumsi bahan makanan lain seperti sayur. Hal lain yang dapat menjadi penyebab kurangnya konsumsi buah adalah karena pola konsumsi pangan masih didominasi oleh kelompok padi-padian terutama beras, konsumsi sayuran dan buah sebagai sumber vitamin dan mineral serta protein hewani masih rendah dan buah masih termasuk makanan dengan harga beli tinggi.

Susu merupakan salah satu konsumsi responden yang mengandung lemak. Sebanyak 25% atau 7 responden mengkonsumsi susu dengan frekuensi makan yang cukup yaitu 2x sehari. Seperti halnya karbohidrat dan protein, lemak merupakan sumber energi bagi tubuh. Besarnya energi yang dihasilkan per gram lemak adalah lebih besar dari energi yang dihasilkan oleh 1 gram karbohidrat atau 1 gram protein. Satu gram lemak menghasilkan 9 kilokalori. Lemak berasal dari sumber hewani maupun nabati. Lemak dalam susu termasuk lemak hewani (Beck, M. E., 2001). Dengan konsumsi susu, kecukupan tubuh akan lemak bisa terbantu, meskipun hanya dikonsumsi secara cukup. Susu merupakan salah satu konsumsi

yang mempunyai daya beli tinggi. Namun, sebagian besar orang tua menganggap penting bagi responden dan sebagai kebutuhan kedua setelah makanan pokok. Selain itu, terdapat sebagian responden yang mendapat bantuan susu dari pemerintah.

Sedangkan untuk serbaneka makanan, sebagian besar responden (13 responden atau 32,14%) mengkonsumsi dengan frekuensi baik yaitu 3x sehari. Sebagian besar responden mengkonsumsi serbaneka dengan jenis biskuit murah. Sejak awal terdapat tiga hal yang harus menjadi pegangan orang tua dan setiap orang tua yang berurusan dengan perawatan makanan anak setelah memasuki usia 10 bulan, salah satunya adalah diantara waktu makan sebaiknya anak diberi makan selingan sehingga dapat menambah masukan kalori dan zat gizi yang lain Moehji, S. (1992). Serbaneka makanan ini bisa menjadi kesempatan oleh orang tua untuk menambah masukan namun sering bisa menghambat nafsu makan anak terhadap makanan utama.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Spearman Rank Correlation* pada tabel 5.1 menunjukkan nilai signifikansi (p) = 0,204 dan nilai koefisien korelasi (r) = 0,248, sehingga $p > (0,05)$ yang berarti tidak terdapat hubungan antara pendapatan dengan pola konsumsi makanan. Dari hasil tabulasi silang dapat dilihat jumlah responden terbanyak yaitu 25,57% atau 8 responden berpendapatan rendah mempunyai pola konsumsi defisit dan untuk yang berpendapatan menengah dan tinggi, jumlah respondennya semakin sedikit, dan tidak satupun responden yang berpola konsumsi baik memiliki pendapatan rendah dan menengah, namun dari 46,43% atau 13 responden yang berpola konsumsi defisit terdapat 7,69% atau 1 responden yang berpendapatan tinggi. Dan dari 17,86%

atau 5 responden yang berpola konsumsi sedang terdapat 20% atau 1 responden yang berpendapatan tinggi. Meskipun jumlah ini termasuk kecil, namun dapat mempengaruhi kesimpulan ada tidaknya hubungan antara pendapatan dengan pola konsumsi makanan. Jadi, dapat disimpulkan pendapatan yang rendah tidak menjadikan pola konsumsi makanan pada responden semakin kurang atau defisit dan semakin tinggi pendapatan tidak berpengaruh terhadap pola konsumsi makanan.

Hasil ini berlawanan dengan yang ditulis oleh Budiyanto, MAK, (2001), yang menyatakan keterbatasan ekonomi yang berarti tidak mampu membeli bahan makanan yang berkualitas baik menjadikan pemenuhan gizi juga akan terganggu. Terutama pemilihan terhadap jenis makanan dengan harga beli yang tinggi yaitu ikan, buah-buahan, sayuran dan susu.

Terdapat banyak faktor yang dapat menyebabkan tingginya pendapatan tidak menjamin baiknya pola konsumsi. Sebuah teori dari Engel's menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan keluarga semakin rendah persentasi pengeluaran untuk konsumsi makanan (Sumarwan, 1993 dalam Akmal 2003). Menurut Suhardjo (1989), dengan meningkatnya pendapatan perorangan, terjadilah perubahan-perubahan dalam susunan makanan. Akan tetapi, pengeluaran uang yang lebih banyak untuk pangan tidak menjamin lebih beragamnya konsumsi pangan. Kadang-kadang perubahan utama yang terjadi dalam kebiasaan makanan ialah pangan yang dimakan itu lebih mahal. Di sisi lain, apabila pendapatan penduduk desa makin meningkat, hal itu cenderung untuk menaikkan tabungan dan investasi mereka (Suhardjo, 1989).

Hal ini sejalan pula dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Akmal (2003) menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan total keluarga maka pola konsumsi pangan akan semakin berkurang atau pola konsumsi pangan berbanding terbalik dengan besar pendapatan total keluarga. Sedangkan pola konsumsi non pangan dapat dilihat bahwa, semakin tinggi pendapatan total keluarga maka akan semakin bertambah alokasi konsumsi non pangan atau dengan kata lain pola konsumsi non pangan berbanding lurus dengan penambahan pendapatan.

Tidak adanya hubungan antara pendapatan dengan pola konsumsi makanan dapat terjadi pada orang madura yang cenderung menganggap atau melihat jika aspek keduniaaan secara fisik, misalnya dari bentuk bangunan rumah, investasi tanah, dan perhiasan, dll baik, maka dianggap sejahtera. Ketika mendapat tambahan pendapatan, kebutuhan yang cenderung untuk dipenuhi adalah kebutuhan tersier yang dianggap jarang untuk dibeli, sehingga ketika mendapat kesempatan untuk membeli, pendapatan tersebut dialokasikan untuk kebutuhan non pangan tersebut. Ada juga persepsi yang menyebutkan bahwa pemenuhan kebutuhan tersebut juga dapat membantu keluarga untuk jangka waktu yang lama. Dapat juga pengalokasian pendapatan ini tidak sesuai antara pangan dan non pangan dikarenakan kurangnya pengetahuan, pengaruh sosio budaya, atau cenderung tidak memikirkan baik tidaknya asupan energi/ pola konsumsi asalkan bisa makan sudah dianggap cukup.

Hasil uji statistik *Spearman's Rank Correlation* pada tabel 5.2 menunjukkan nilai signifikansi $(p) = 0,028$, sehingga $(p) < 0,05$ yang berarti terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan pola konsumsi makanan. Dan besar koefisien korelasi menunjukkan nilai $0,414$ yang berarti tingkat korelasinya sedang. Dari tabulasi silang dapat dilihat terdapat $46,43\%$ atau 13 responden yang berpola konsumsi defisit, $69,23\%$ atau 9 responden diantaranya hanya tamat SD. Dan satu-satunya responden yang berpola konsumsi baik, ibunya bertingkat pendidikan akademi/ perguruan tinggi. Jadi, semakin rendah tingkat pendidikan ibu semakin defisit pula pola konsumsinya, begitu pula sebaliknya.

Hasil ini sesuai dengan Sumarwan, 1993 dalam Akmal, 2003 bahwa tingkat pendidikan seseorang yang semakin baik akan memberikan dukungan baik secara sosial maupun ekonomi untuk melakukan aktivitas dalam kelangsungan hidupnya. Pendidikan juga dapat merubah sikap dan perilaku seseorang dalam memenuhi kebutuhannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah ia dapat menerima informasi dan inovasi baru yang dapat merubah pola konsumsinya. Dari Departemen Gizi dan Masyarakat – Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor, 2006 disebutkan juga bahwa pendidikan ibu pada umumnya memiliki korelasi yang positif dengan perilaku gizi dan kesehatan, Hal ini diduga berhubungan dengan bahwa ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki perilaku gizi dan kesehatan lebih baik, namun ternyata cenderung memiliki lahan yang lebih luas sehingga seringkali meninggalkan anak-anak pergi ke kebun. Sebaliknya ibu dengan tingkat pendidikan lebih rendah cenderung memiliki luasan lahan yang lebih sempit dan relatif tidak meninggalkan anak pergi ke kebun dalam jangka waktu cukup panjang tanpa pengawasan. Namun, hal

ini tidak berlaku bagi ibu-ibu di madura yang mayoritas masih memegang adat/tradisi mengasuh anak sendiri sebagai tugasnya. Meskipun ibu mempunyai pendidikan tinggi, peran sebagai “pengasuh” tetap masih dipegang sehingga ibu masih dapat mengontrol pola makan keluarga dan modifikasi menu makan. Dan hanya sebagian kecil ibu yang menggunakan jasa pengasuh dan biasanya pengasuh hanya sebagai kaki tangan ibu dan membantu melakukan pekerjaan rumah.

Dalam penelitian ini didapatkan masih banyak ibu responden yang hanya tamat SD. Rendahnya pendidikan ibu responden tersebut, membuat masih banyak responden yang mempunyai pola konsumsi defisit. Hal ini dapat disebabkan karena dengan rendahnya pendidikan ibu, tingkat intelektual ibu kurang sehingga dapat berpengaruh pada pengetahuan dan sikap ibu dalam pemenuhan konsumsi makanan. Selain itu, dengan tingkat pendidikan yang sebagian besar masih rendah, dapat berkontribusi pada pengetahuan ibu. Ibu sulit untuk menerima informasi dari media-media yang cenderung sudah menggunakan bahasa yang sulit dimengerti oleh orang awam dan menerima inovasi baru yang dapat merubah pola konsumsinya.

Hasil uji statistik *Spearman's Rank Correlation* pada tabel 5.3 menunjukkan nilai signifikansi (p) = 0,709 dan nilai koefisien korelasi (r) = 0,248, sehingga signifikansi (p) = 0,709 > (0,05) yang artinya tidak terdapat hubungan antara jumlah anggota dengan pola konsumsi makanan. Dari 28 responden, 42,86% atau 12 responden yang termasuk keluarga kecil, 50% (6 orang responden) diantaranya mempunyai pola konsumsi defisit dan tidak satupun (0,00%) yang mempunyai pola konsumsi baik. Terdapat hanya 10,71% atau 3

responden yang berasal dari keluarga berjumlah besar, masing-masing 1 responden mempunyai pola konsumsi defisit dan kurang. Namun, 33,33% (1 responden) lainnya mempunyai pola konsumsi baik.

Hasil ini tidak sejalan dengan sebuah penelitian yang dilakukan di tiga desa di kabupaten Lembata provinsi Nusa Tenggara Barat oleh Departemen Gizi Masyarakat Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor pada tahun 2006 menunjukkan bahwa pada salah satu desa, anak yang menderita "*severe wasting*" berasal dari keluarga besar, dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 10 orang. Hubungan antara laju kelahiran yang tinggi dan kurang gizi, sangat nyata pada masing-masing keluarga. Terutama pada keluarga yang sangat miskin, pemenuhan kebutuhan makanan akan lebih mudah jika yang harus diberi makan jumlahnya sedikit. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga besar mungkin hanya cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut. Keadaan yang demikian jelas tidak cukup untuk mencegah timbulnya gangguan gizi pada keluarga (Suhardjo, 1989). Sebagaimana yang ditulis oleh Budiyanto, MAK, (2001), semakin besar jumlah anggota keluarga akan semakin banyak mengkonsumsi bahan pangan dan makanan. Apalagi jika kelompok masyarakat ini memiliki daya beli yang terbatas.

Terdapat faktor lain yang dapat berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada responden di kabupaten Sumenep sehingga jumlah keluarga tidak merupakan salah satu faktor yang berhubungan, misalnya adat istiadat/ budaya setempat yang "mengesampingkan" kebutuhan makan balita dibandingkan dengan orang tuanya. Ibu menganggap bapak sebagai pencari nafkah keluarga, sehingga dalam penentuan menu dan makanan sering berdasarkan keputusan suami/ bapak.

Dengan penentuan menu ini, kebutuhan yang diperhatikan adalah kebutuhan orang tua, bukan balita. Padahal kebutuhan menu makan balita berbeda dengan kebutuhan makan orang dewasa.

Hasil uji *Spearman's Rho* pada tabel 5.4 menunjukkan nilai signifikansi (p) = 0,121 dan koefisien korelasi (r) : -0,349 sehingga $p > 0,05$ yang artinya tidak terdapat hubungan antara jarak kelahiran dengan pola konsumsi makanan. Dalam penelitian ini terdapat 7 responden (25%) yang *missing*/ nilai yang diperoleh berbeda dengan nilai yang sesuai dengan kategori yang ada yaitu responden adalah anak tunggal (tidak mempunyai kakak dan adik) sehingga dapat mempengaruhi hasil dari pengolahan data ini. Empat orang (57,14%) diantaranya mempunyai pola konsumsi defisit dan tidak satupun (0,00%) yang mempunyai pola konsumsi baik. Jika dilihat dari 21 responden lainnya (75%) yang mempunyai kakak dan atau adik, dapat diketahui sebanyak 66,67% (14 responden) mempunyai jarak yang renggang (> 3 tahun) dengan kakak dan atau adiknya dan hanya 9,52% responden atau 2 orang yang mempunyai jarak cukup (3 tahun) dan 17,86% atau 5 orang responden lainnya berjarak rapat (< 3 tahun). Jadi, berapapun jarak kelahiran antara responden dengan kakak dan atau adiknya, tidak berpengaruh terhadap pola konsumsi responden.

Hasil ini berlawanan dengan banyak hasil penelitian lainnya yang membuktikan bahwa banyak anak yang menderita gangguan gizi karena ibunya sudah hamil lagi atau adiknya yang baru telah lahir, sehingga ibunya tidak sempat merawatnya secara baik apalagi jika di masa dua tahun itu ibu sudah hamil lagi, maka bukan saja perhatian ibu terhadap anak menjadi berkurang, akan tetapi Air Susu Ibu (ASI) yang masih sangat dibutuhkan anak akan berhenti keluar.

Soetjningsih (1995) menyatakan pemerintah dengan program Keluarga Berencananya telah menganjurkan pola keluarga kecil / NKKBS, yaitu Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera. ini dimaksudkan dengan keluarga yang kecil, dua anak saja dan dengan jarak antara anak yang satu dengan lainnya sekitar 3 tahun, maka orang tua dapat memberikan kasih sayang dan perhatiannya pada anak-anaknya, demikian pula sebaliknya anak akan mendapatkan kebutuhan yang diperlukan untuk tumbuh kembangnya.

Berlawanan dengan sampel dari penelitian ini, separuh responden (50%) yang mempunyai jarak kelahiran renggang (>3 tahun), seharusnya kesempatan ibu untuk memberikan kasih sayang dan perhatiannya lebih baik. Namun, kemungkinan, dengan jarak kelahiran yang jauh, membuat ibu kurang perhatian dan menyamakan pengasuhannya dengan anak-anaknya yang lain dalam hal makanan. Pengalaman pengasuhan anak sebelumnya perlu dikaji karena dengan pengalaman pengasuhan anak sebelumnya yang tidak bermasalah membuat ibu kurang memberikan perhatian yang lebih kepada responden. Dalam hal penyediaan menu, ibu juga sering menyediakan menu yang sama antara responden dengan anggota keluarga yang lain.

Anak yang belum dipersiapkan dengan baik untuk menerima makanan pengganti ASI, yang kadang-kadang mutu gizi makanan tersebut juga sangat rendah. Dengan penghentian pemberian ASI karena produksi ASI berhenti akan lebih cepat mendorong anak menderita gizi buruk yang apabila tidak segera diperbaiki mungkin akan menyebabkan kematian bayi itu (Moehji, S., 2002). Dari sini dapat dilihat terdapat kemungkinan faktor pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang berhubungan dengan kejadian gizi buruk pada responden.

Dalam penelitian ini responden yang mempunyai pola konsumsi kurang dari 80%, 48,14% diantaranya diberi MP-ASI pada usia 0-6 bulan. Dengan pemberian MP-ASI pada usia 0-6 bulan, organ pencernaan responden belum sempurna seperti orang dewasa sehingga dapat menimbulkan gangguan pencernaan pada balita, mudah terserang diare, batuk, pilek, dan panas, sehingga kecukupan asupan gizi balita bisa terganggu yang jika dalam jangka waktu lama dapat berkontribusi pada terjadinya gizi buruk.

Hasil tabulasi silang antara pantangan dan mitos makanan dengan pola konsumsi makanan menunjukkan sebagian besar responden mempunyai pola konsumsi yang defisit namun sebanyak 39,29% atau 11 responden tidak mempunyai pantangan atau tidak menganut mitos tentang makanan. Hal ini didukung oleh uji statistik *Fisher's Exact test* yang menghasilkan nilai signifikansi 0,593 yang artinya tidak terdapat hubungan antara pantangan dan mitos tentang makanan dengan pola konsumsi makanan.

Berlawanan dengan yang berada dimasyarakat, sehubungan dengan pangan yang biasanya dipandang pantas untuk dimakan, dijumpai banyak pula pantangan, tahayul, dan larangan pada beragam makanan yang didasarkan kepada kebudayaan dan daerah yang berlainan di dunia. Beberapa pola pantangan dianut oleh suatu golongan masyarakat atau penduduk (Budiyanto, MAK, 2001). Dalam hal konsumsi makanan, di desa, masih banyak ibu yang melarang anaknya makan ikan, telur, ataupun buah-buahan, padahal makanan seperti itu justru sangat diperlukan oleh anak (Moehji, S., 1992). Etnis Madura termasuk etnis yang kuat memegang ajaran nenek moyang dan untuk mengadakan suatu perubahan, butuh role model yang kuat dari tokoh masyarakat setempat.

Dari hasil tabulasi menggambarkan bahwa sebagian besar (75%) responden tidak mempunyai pantangan atau menganut mitos tentang makanan. Jadi, dapat diketahui pantangan atau mitos makanan telah bergeser dianut oleh masyarakat madura. Media komunikasi yang sudah berkembang, bercampurnya dengan etnis luar madura, pengalaman yang membuktikan bahwa pantangan yang selama ini dianut tidak terbukti, budaya orang madura yang suka merantau membuat banyak perubahan pandangan masyarakat tentang mitos-mitos yang ada. Dengan berkembangnya media komunikasi, masyarakat madura dapat mudah menerima informasi dan banyaknya etnis luar yang masuk ke madura, membawa pandangan baru tentang kebiasaan-kebiasaan yang baik dan buruk, masyarakat tidak lagi menganut larangan-larangan dalam hal makanan serta pengalaman yang membuktikan bahwa pantangan yang selama ini dianut tidak terbukti membuat masyarakat madura tidak lagi mempercayai mitos tersebut, ibu lebih memilih memberikan makanan apa saja kepada balitanya asalkan si balita mau dan tidak menjadi sakit, meskipun belum tentu makanan yang diberikan tersebut memiliki zat gizi yang baik bagi balita. Begitu pula budaya orang madura yang suka merantau membuat banyak kebiasaan-kebiasaan baru, misalnya makanan siap saji.

Jadi terdapat kemungkinan lain yang berhubungan dengan pola konsumsi, misal terdapatnya alergi, ketidaksukaan anak terhadap makanan tertentu atau kesukaan anak pada hanya 1 atau beberapa jenis makanan. Ini bisa terjadi jika pengasuhan ibu di awal pengenalan makanan kurang baik, sehingga mengurangi kesempatan anak untuk mendapat asupan gizi yang memenuhi. Dalam penelitian ini terdapat 1 responden yang alergi terhadap susu sapi, namun pola konsumsinya termasuk baik, karena responden mengganti konsumsi susu sapi dengan susu

soya. Dan 3 responden (10,71%) yang mempunyai alergi telur, 2 responden (7,14%) yang mempunyai alergi ikan laut, 1 responden (3,57%) yang mempunyai alergi udang, dan 1 responden (3,57%) yang alergi kerupuk mempunyai pola konsumsi defisit dan kurang.

Hasil uji statistik *Fisher's Exact test* pada tabel 5.6 menunjukkan nilai signifikansi 0,593 yang artinya tidak terdapat hubungan antara ketersediaan makanan dengan pola konsumsi makanan.

Jumlah macam makanan dan jenis serta banyaknya bahan makanan dalam pola pangan di suatu negara/ daerah tertentu biasanya berkembang dari pangan setempat atau dari pangan yang telah ditanam di tempat tersebut untuk jangka waktu yang panjang. Di samping itu, kelangkaan pangan dan kebiasaan bekerja dari keluarga berpengaruh pula pada pola makan (Budiyanto, MAK, 2001). Menurut Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dalam matriks rencana aksi nasional pangan dan gizi 2006-2010, ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga masih terus menjadi masalah dan berpengaruh pada tingkat kecukupan asupan gizi meskipun secara nasional ketersediaan pangan di pasar mencukupi. Masalah utamanya adalah peningkatan efektivitas dan efisiensi distribusi pangan antar daerah dan antar waktu serta daya beli rumah tangga sehingga mampu mengakses pangan. Ketersediaan makanan menjadi hal penting dalam pola makan karena terdapatnya perencanaan makanan keluarga dalam beberapa hari atau satu minggu membantu anggota keluarga yang mempunyai tugas membeli, menyimpan, dan menyiapkan makanan, terutama terjaminnya menu-menu yang bergizi pada harga yang terendah karena telah direncanakan terlebih dahulu (Budiyanto, MAK, 2002). Namun, terkadang ketersediaan makanan tidak

menjamin makin baiknya pola konsumsi karena umumnya masyarakat memberikan definisi tertentu tentang arti makanan seperti jenis makanan untuk dijual dan lainnya untuk dimakan di rumah (Soegeng Santoso, S. Dan Ranti, A., L., 2004) dan kecukupan ketersediaan makanan juga mempengaruhi, apalagi jika jumlah anggota keluarga termasuk besar sehingga kebutuhan akan ketersediaan makanan juga lebih besar. Selain itu, kemampuan ibu dalam mengelola efektivitas ketersediaan makanan yang ada dapat pula dikatakan kurang, sehingga ibu sebagai pengelola dan pengatur menu keluarga kurang bisa menyusun menu sehari-hari yang bervariasi. Kebutuhan “mengisi perut” lebih banyak mendasari pilihan ibu terhadap makanan. Tradisi makan menu yang berbeda sering terjadi hanya pada waktu-waktu tertentu, misalnya ketika lebaran atau hajatan.

Kebiasaan orang madura yang tidak suka menanam juga mempengaruhi ketidaktersediaan makanan. Dengan halaman rumah yang rata-rata luas, biasanya keluarga jarang untuk menanam tanaman pangan. Iklim yang panas juga membuat keluarga lebih memilih tanaman non makanan pokok, misalnya buah yang pohonnya tinggi dan rindang. Di sisi lain ada juga keluarga yang membiarkan halamannya kosong. Dari sampel yang ada, sebagian besar pekerjaannya adalah sebagai buruh tani dan pendapatannya sebagian besar termasuk rendah sehingga kemampuan keluarga untuk menyediakan pangan terbatas.

Hasil uji statistik *Spearman's Rho* yang dapat dilihat pada tabel 5.7 menunjukkan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan ibu dengan pola konsumsi makanan. Besar signifikansi () yang didapat yaitu 0,092 dan koefisien korelasi (r) sebesar 0,324. Dalam penelitian ini, sebagian besar responden (71,43%) yang mempunyai ibu berpengetahuan kurang, 55% diantaranya

mempunyai pola konsumsi defisit dan 30% lainnya mempunyai pola konsumsi kurang. Terdapat 5 dari 6 responden yang mempunyai ibu berpendidikan sedang, pola konsumsinya masih < 80% (kurang sampai defisit). Dan terdapat 2 responden (7,14%) yang mempunyai ibu berpendidikan baik, pola konsumsinya hanya sampai pada tingkat sedang.

Pengetahuan yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan keluarga yang meliputi pengetahuan tentang makanan yang bergizi, ciri anak responden bergizi baik, bahan makanan yang banyak mengandung protein, bahan makanan sumber energi, pengolahan dan persiapan pangan, pengetahuan tentang golongan rawan gizi (Departemen Gizi dan Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor, 2006).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan yang ditulis oleh Suhari (2004) dalam Saraswati, A. A (2006), pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Dan dari hasil penelitian, terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih “langgeng” daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Dari sebuah penelitian yang dilakukan oleh Departemen Gizi dan Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor pada tahun 2006 diperoleh kesimpulan bahwa pengetahuan gizi dan kesehatan dapat menjadi “*entry-point*” bagi peningkatan kualitas pengasuhan serta kualitas makanan yang dikonsumsi anak, yang pada gilirannya akan menentukan kualitas tumbuh kembang anak. Sejalan dengan hal itu, menurut Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dalam matriks rencana aksi nasional pangan dan gizi 2006-2010 peningkatan status gizi dan kesehatan masyarakat dengan peningkatan keluarga dan masyarakat sadar gizi merupakan

salah satu upaya yang dapat dilakukan. Perilaku ibu di madura khususnya kabupaten Sumenep masih sering didasari oleh perilaku turun temurun dari orang tuanya dahulu, tidak berasal dari kesadaran sendiri. Ketika suatu perilaku membawa dampak buruk, sulit untuk mengubah pengetahuan ibu yang masih terikat dengan budaya tersebut sehingga upaya perbaikan gizi yang ada bisa terhambat.

Masih banyaknya pengetahuan ibu yang masih kurang dapat didasari faktor pendidikan ibu yang masih rendah didukung oleh kurang minatnya ibu untuk membaca dan mencari informasi, minimnya kesadaran ibu untuk mematuhi petugas kesehatan, jarang mengikuti posyandu, atau datang ke posyandu hanya sebentar sehingga informasi yang diperoleh sedikit. Faktor masih kurangnya kesadaran terhadap masalah gizi karena rendahnya tingkat pendidikan dan masih maraknya perilaku yang menghambat upaya perbaikan gizi tersebut juga menjadi salah satu faktor yang perlu dikaji. Salah satu contoh adalah kebiasaan ibu tidak membawa balitanya ke petugas kesehatan jika tidak sampai sakit parah. Selain itu, ada faktor lain yaitu ketidakmampuan ibu dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi balitanya dan kurangnya fasilitas yang mendukung perbaikan gizi misalnya akses terhadap petugas kesehatan.

Dalam penelitian ini, ciri anak bergizi baik diidentifikasi pada pertanyaan no 9 dan 10 yaitu tentang ciri anak sehat dan arti jika KMS berada pada garis merah. Dari 28 responden, 42,86% atau 12 ibu responden mampu menjawab benar untuk pertanyaan nomor 9 dan 60,71% atau 17 ibu responden yang mampu menjawab benar pertanyaan nomor 10 dan yang mampu menjawab benar untuk kedua pertanyaan sebanyak 35,71% atau 10 ibu responden. Terdapat

2 responden yang mempunyai ibu berpendidikan rendah, pola konsumsinya termasuk defisit dan lama mengalami gizi buruk lebih dari 1 tahun.

Sebagaimana yang ditulis oleh Nancy, Y. dan Arifin, M. T., (2005), gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Secara umum, gizi buruk biasa disebut dengan KEP (Kekurangan energi Protein) atau KKP (Kurang Kalori Protein), yang merupakan suatu keterdapatan kekurangan energi protein. Kekurangan energi protein ini sendiri disebabkan oleh ketidakadekuatan masukan makanan, di samping disebabkan oleh penyakit infeksi (Walley, J. *et al*, 2006).

Dari sini dapat diketahui kemungkinan penyebabnya adalah kurangnya pengetahuan ibu tentang makanan, ciri responden sehat dan ketidaktahuan ibu tentang penyakit infeksi yang mungkin diderita balitanya. Pengetahuan ibu tentang anak berciri baik tersebut sangat penting untuk identifikasi awal tentang status gizi responden sehingga responden tidak lama mengalami gizi buruk dan untuk identifikasi penyakit infeksi yang mungkin diderita responden tersebut.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Spearman's Rank Correlation* dalam uji hubungan antara pendapatan, tingkat pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, jarak kelahiran, pantangan dan mitos tentang makanan, ketersediaan makanan, dan pengetahuan ibu dengan pola konsumsi makanan menunjukkan nilai signifikansi $<0,05$ pada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan pola konsumsi makanan. Jadi, faktor dominan yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep adalah tingkat pendidikan ibu.

Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Departemen Gizi dan Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor pada tahun 2006 diperoleh kesimpulan bahwa pengetahuan gizi dan kesehatan dapat menjadi "entry-point" bagi peningkatan kualitas pengasuhan serta kualitas makanan yang dikonsumsi anak, yang pada gilirannya akan menentukan kualitas tumbuh kembang anak. Namun, dalam penelitian ini, tingkat pendidikan ibu lebih memegang peranan penting karena dengan tingkat pendidikan yang rendah, kemampuan ibu dalam membaca dan menulis dapat menjadi faktor yang menghambat ibu menerima dan memberikan informasi. Begitu pula dalam hal pantangan dan mitos tentang makanan, budaya lain yang masih dipegang oleh ibu misalnya pantangan makanan yang disebabkan oleh karena anggapan bapak sebagai kepala rumah tangga yang membatasi pengaturan pangan keluarga ataupun dari keadaan balita sendiri dapat menjadi faktor yang perlu dikaji. Oleh karena itu, pendidikan ibu menjadi faktor dominan yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan karena pendidikan menjadi titik membuka pemahaman ibu tentang pengaturan keluarga, baik dalam hal makanan maupun lainnya, misalnya jarak kelahiran, pengaturan pendapatan, dan informasi-informasi yang berkaitan dengan makanan serta akses terhadap pelayanan kesehatan yang ada.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang analisis faktor yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep sebagai berikut:

6.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep berdasarkan jumlah dan jenis makanan yaitu sebagian besar defisit (<70% AKG)
2. Pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep berdasarkan frekuensi makan didominasi oleh makanan pokok dan lauk-pauk, sedangkan untuk sayur dan buah masih jarang dikonsumsi. Susu dan serbaneka makanan dikonsumsi dengan baik karena diyakini ibu diperlukan dan disukai oleh anak-anak terutama balita.
3. Tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep. Ibu dengan tingkat pendidikan tinggi yang cenderung memiliki lahan yang luas untuk meninggalkan anak-anaknya tidak terjadi pada masyarakat Madura khususnya Sumenep karena ibu tetap berperan sebagai “pengasuh” sehingga ibu masih dapat mengontrol pola makan keluarga dan modifikasi menu makan.

4. Pendapatan tidak berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep. Peningkatan pendapatan yang diperoleh tidak dialokasikan untuk kebutuhan pangan, melainkan untuk kebutuhan non pangan.
5. Jumlah anggota keluarga tidak berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep. Pengambilan keputusan yang berada di tangan bapak sebagai pencari nafkah membuat kebutuhan balita yang seharusnya lebih diperhatikan, tidak dapat diatur oleh ibu.
6. Jarak kelahiran tidak berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep. Jarak kelahiran yang terlalu renggang dan pengalaman pengasuhan anak sebelumnya yang tidak bermasalah membuat ibu kurang memberikan perhatian yang lebih kepada balitanya.
7. Pantangan dan mitos tentang makanan tidak berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep. Pantangan atau mitos makanan telah bergeser dianut oleh masyarakat madura. Media komunikasi yang sudah berkembang, bercampurnya dengan etnis luar madura, pengalaman yang membuktikan bahwa pantangan yang selama ini dianut tidak terbukti, budaya orang madura yang suka merantau membuat banyak perubahan pandangan masyarakat tentang mitos-mitos yang ada.
8. Ketersediaan makanan tidak berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep. Kebutuhan “mengisi perut”

lebih banyak mendasari pilihan ibu terhadap makanan. Tradisi makan menu yang berbeda sering terjadi hanya pada waktu-waktu tertentu, misalnya ketika lebaran atau hajatan.

9. Pengetahuan ibu tidak berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep. Pendidikan ibu yang masih rendah didukung oleh kurang minatnya ibu untuk membaca dan mencari informasi, minimnya kesadaran ibu untuk mematuhi petugas kesehatan, jarang mengikuti posyandu, atau datang ke posyandu hanya sebentar menyebabkan perilaku ibu dalam hal gizi kurang.
10. Faktor dominan yang berhubungan dengan pola konsumsi makanan pada balita gizi buruk di kabupaten Sumenep adalah tingkat pendidikan ibu. Pendidikan menjadi titik membuka pemahaman ibu tentang pengaturan keluarga, baik dalam hal makanan maupun lainnya, misalnya jarak kelahiran, pengaturan pendapatan, dan informasi-informasi yang berkaitan dengan makanan serta akses terhadap pelayanan kesehatan yang ada.

6.2 Saran

1. Bagi ibu dan keluarga, hendaknya dapat meningkatkan kesadaran, pengetahuan dan wawasan tentang gizi dan balita sebagai salah satu upaya menanggulangi gizi buruk secara bersama-sama.
2. Bagi puskesmas khususnya perawat, hendaknya lebih giat dalam upaya promosi kesehatan dan pelayanan dalam hal gizi dan balita baik melalui pendidikan kesehatan dan penyuluhan.

3. Bagi pemerintah kabupaten, hendaknya dapat dikaji lagi program-program yang telah dijalankan sesuai dengan keadaan dan budaya masyarakat Madura sehingga program-program tersebut dapat berhasil secara efektif.
4. Bagi penelitian selanjutnya, dapat dikembangkan lagi pada budaya-budaya masyarakat Madura atau faktor lain yang lebih berpengaruh pada pola konsumsi.

Lampiran 18

Hasil uji statistik dan *Cross Tabulation*

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
usia balita * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
jenis kelamin balita * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
berat badan balita * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
riwayat alergi * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
usia pemberian MP-ASI * pola konsumsi balita	27	96.4%	1	3.6%	28	100.0%
lama gizi buruk * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
pendapatan keluarga dalam satu bulan * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
tingkat pendidikan ibu * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
jumlah keluarga * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
jarak kelahiran * pola konsumsi balita	21	75.0%	7	25.0%	28	100.0%
pantangan dan mitos tentang makanan * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
ketersediaan makanan * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%
pengetahuan ibu * pola konsumsi balita	28	100.0%	0	.0%	28	100.0%

usia balita * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		Deficit	Kurang	sedang	baik	
usia balita	12-24	8	3	2	0	13
	25-36	5	6	3	1	15
Total		13	9	5	1	28

jenis kelamin balita * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
jenis kelamin balita	laki-laki	2	3	3	0	8
	Perempuan	11	6	2	1	20
Total		13	9	5	1	28

berat badan balita * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		Deficit	kurang	sedang	baik	
berat badan balita	5,5-7,5	8	3	2	0	13
	> 7,5- 9,5	5	6	3	1	15
Total		13	9	5	1	28

riwayat alergi * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
riwayat alergi	ya	3	1	0	1	5
	tidak	10	8	5	0	23
Total		13	9	5	1	28

usia pemberian MP-ASI * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
usia pemberian MP-ASI	0-6 bulan	8	5	4	1	18
	7-12 bulan	4	4	1	0	9
Total		12	9	5	1	27

lama gizi buruk * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
lama gizi buruk	<= 1 tahun	8	7	2	1	18
	> 1 tahun	5	2	3	0	10
Total		13	9	5	1	28

pendapatan keluarga dalam satu bulan * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
pendapatan keluarga dalam satu bulan	rendah	8	5	2	0	15
	menengah	4	4	2	0	10
	tinggi	1	0	1	1	3
Total		13	9	5	1	28

tingkat pendidikan ibu * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
tingkat pendidikan ibu	tidak sekolah	1	0	1	0	2
	tamat SD	9	4	1	0	14
	tamat SMP	3	3	1	0	7
	tamat SMA	0	2	1	1	4
	akademi/ PT	0	0	1	0	1
Total		13	9	5	1	28

jumlah keluarga * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
jumlah keluarga	besar	1	1	0	1	3
	sedang	6	5	2	0	13
	kecil	6	3	3	0	12
Total		13	9	5	1	28

jarak kelahiran * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
jarak kelahiran	rapat	0	3	2	0	5
	cukup	1	1	0	0	2
	renggang	8	3	2	1	14
Total		9	7	4	1	21

pantangan dan mitos tentang makanan * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
pantangan dan mitos tentang makanan	ada pantangan	2	2	2	1	7
	tidak ada pantangan	11	7	3	0	21
Total		13	9	5	1	28

ketersediaan makanan * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
ketersediaan makanan	tidak ada persediaan	4	3	0	0	7
	ada persediaan	9	6	5	1	21
Total		13	9	5	1	28

pengetahuan ibu * pola konsumsi balita Crosstabulation

Count		pola konsumsi balita				Total
		defisit	kurang	sedang	baik	
pengetahuan ibu	kurang	11	6	2	1	20
	sedang	2	3	1	0	6
	baik	0	0	2	0	2
Total		13	9	5	1	28

Nonparametric Correlations**Correlations**

			pola konsumsi balita	pendapatan keluarga dalam satu bulan
Spearman's rho	pola konsumsi balita	Correlation Coefficient	1.000	.248
		Sig. (2-tailed)	.	.204
		N	28	28
	pendapatan keluarga dalam satu bulan	Correlation Coefficient	.248	1.000
		Sig. (2-tailed)	.204	.
		N	28	28

Nonparametric Correlations**Correlations**

			pola konsumsi balita	tingkat pendidikan ibu
Spearman's rho	pola konsumsi balita	Correlation Coefficient	1.000	.414*
		Sig. (2-tailed)	.	.028
		N	28	28
	tingkat pendidikan ibu	Correlation Coefficient	.414*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.028	.
		N	28	28

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

Correlations

			pola konsumsi balita	jumlah keluarga
Spearman's rho	pola konsumsi balita	Correlation Coefficient	1.000	-.074
		Sig. (2-tailed)	.	.709
		N	28	28
	jumlah keluarga	Correlation Coefficient	-.074	1.000
		Sig. (2-tailed)	.709	.
		N	28	28

Nonparametric Correlations

Correlations

			pola konsumsi balita	jarak kelahiran
Spearman's rho	pola konsumsi balita	Correlation Coefficient	1.000	-.349
		Sig. (2-tailed)	.	.121
		N	28	21
	jarak kelahiran	Correlation Coefficient	-.349	1.000
		Sig. (2-tailed)	.121	.
		N	21	21

Chi-square pantangan makanan* pola konsumsi balita

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4.278 ^a	3	.233	.284		
Likelihood Ratio	4.064	3	.255	.381		
Fisher's Exact Test	3.952			.284		
Linear-by-Linear Association	3.041 ^b	1	.081	.133	.072	.046
N of Valid Cases	28					

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .25.

b. The standardized statistic is -1.744.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.364	.233	.284
N of Valid Cases	28		

Chi-square ketersediaan makanan* pola konsumsi balita**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.564 ^a	3	.464	.593		
Likelihood Ratio	3.985	3	.263	.432		
Fisher's Exact Test	2.432			.593		
Linear-by-Linear Association	1.552 ^b	1	.213	.324	.162	.101
N of Valid Cases	28					

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .25.

b. The standardized statistic is 1.246.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.290	.464	.593
N of Valid Cases	28		

Nonparametric Correlations**Correlations**

			pola konsumsi balita	pengetahuan ibu
Spearman's rho	pola konsumsi balita	Correlation Coefficient	1.000	.324
		Sig. (2-tailed)	.	.092
		N	28	28
	pengetahuan ibu	Correlation Coefficient	.324	1.000
		Sig. (2-tailed)	.092	.
		N	28	28

Lampiran 8

KUESIONER PENELITIAN**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN POLA
KONSUMSI BALITA GIZI BURUK DI KABUPATEN SUMENEP****I. KARAKTERISTIK BALITA**NO :

Berilah tanda silang (X) atas pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan pilihan jawaban yang sesuai dengan keadaan balita anda

1. Berapa usia balita ibu saat ini?
 - a. 12-24 bulan
 - b. 25-36 bulan
2. Apa jenis kelamin balita ibu?
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
3. Berapa berat badan anak ibu saat ini?
 - a. 5,5-7,5 kg
 - b. > 7,5 kg- 9,5 kg
4. Apakah anak ibu mempunyai alergi?
 - a. Ya, sebutkan
 - b. Tidak
5. Usia berapa anak mulai diberi makanan tambahan (selain ASI)?
 - a. 0-6 bulan
 - b. 7-12 bulan
6. Sudah berapa lama anak mengalami gizi buruk?
 - a. 1 tahun
 - b. > 1 tahun

Lampiran 9

II. FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN POLA KONSUMSI

Berilah tanda silang (X) pada pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan pilihan jawaban yang sesuai dengan keadaan keluarga. Untuk pertanyaan isian, tulislah pada tempat yang telah disediakan.

A. Pendapatan

1. Apakah suami ibu bekerja?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Jika ya, sebagai apa?
3. Apakah ibu bekerja?
 - a. Ya
 - b. Tidak
4. Jika ya, sebagai apa?
5. Berapa penghasilan keluarga dalam 1 bulan?
 - a. < Rp 1.000.000
 - b. Rp 1.000.000- Rp 1.999.999
 - c. > Rp 2.000.000

B. Pendidikan

1. Apa pendidikan terakhir ibu?
 - a. Tidak sekolah
 - b. Tamat SD
 - c. Tamat SMP
 - d. Tamat SMA
 - e. Akademi/ Perguruan Tinggi (kuliah)

C. Jumlah anggota keluarga

1. Berapa jumlah anggota keluarga dalam keluarga bapak/
Ibu (yang berada dalam 1 tanggung jawab kepala keluarga)?
 - a. 4 orang
 - b. 5-7 orang
 - c. 8 orang

D. Jarak antar kelahiran

1. Berapa jarak usia antara balita ibu dengan kakaknya?
(jika punya kakak)?
a. < 3 tahun b. 3 tahun c. > 3 tahun
2. Berapa jarak usia antara balita ibu dengan adiknya?
(jika punya adik)?
b. < 3 tahun b. 3 tahun c. > 3 tahun

E. Pantangan dan mitos dalam hal makanan

1. Apakah ada pantangan makanan yang ibu percayai sebagai larangan untuk dimakan oleh anak?
a. Ya b. Tidak
2. Jika ya, jenis makanan apa? *boleh lebih dari 1 jawaban*
 - a. Daging
 - b. Telur
 - c. Ikan Laut
 - d. Santan
 - e. Kepiting
 - f. Lain-lain, sebutkan

F. Ketersediaan makanan

1. Apakah keluarga mempunyai persediaan makanan di rumah?
(misal beras, mie, ubi-ubian)?
a. Ya b. Tidak
2. Apakah keluarga mempunyai sawah/ kebun/ tanaman pangan di pekarangan rumah/ kolam ikan/ tambak/ hewan ternak?
a. Ya b. Tidak
3. Jika ya, apakah hal-hal tersebut digunakan sebagai persediaan pangan keluarga?
a. Ya b. Tidak

G. Pengetahuan (hanya boleh 1 jawaban)

1. Menurut ibu, apa kegunaan makanan itu?
 - a. Sebagai sumber tenaga, sumber pembangun, dan sumber pengatur
 - b. Membangkitkan selera makan
 - c. Untuk meningkatkan berat badan
 - d. Menyatukan keluarga

2. Menurut ibu, menu seimbang terdiri dari:
 - a. Nasi+lauk+sayur+buah+susu
 - b. Nasi+lauk+sayur+buah
 - c. Nasi+lauk+sayur
 - d. Nasi+lauk

3. Zat-zat gizi yang ada pada makanan terdiri dari:
 - a. Protein, lemak
 - b. Protein, lemak, vitamin
 - c. Protein, lemak, vitamin, mineral
 - d. Protein, lemak, vitamin, mineral, dan air

4. Bahan makanan yang termasuk sumber protein:
 - a. Tempe, daging, susu
 - b. Nasi, roti, daging
 - c. Apel, jeruk, semangka
 - d. Bayam, kangkung, wortel

5. Bahan makanan yang termasuk sumber energi:
 - a. Daun singkong
 - b. Telur
 - c. Wortel
 - d. Mie

6. Bagaimana memasukkan garam yang baik pada saat memasak?
 - a. Setelah memasak selesai
 - b. Diatas kompor
 - c. Pada saat menghaluskan bumbu
 - d. Sebelum menyalakan api

7. Bagaimana ibu biasa mencuci beras sebelum dimasak?
- Dicuci sampai bersih
 - Dicuci 1x
 - Dicuci 2x
 - Dicuci 3x
8. Apa yang diderita anak jika kekurangan protein?
- Gizi buruk
 - Gondok
 - Kelaparan
 - Buta
9. Menurut ibu, apa itu anak sehat?
- Gemuk
 - Makan banyak
 - Bertambah usia, bertambah berat badan
 - Bertambah usia, bertambah berat badan atau bertambah berat badan sesuai tinggi badan
10. Sepengetahuan ibu, apa arti hasil jika KMS (Kartu Menuju Sehat) menunjukkan berat badan berada pada garis merah?
- Gizi lebih
 - Gizi baik
 - Gizi sedang
 - Gizi buruk

Lampiran 10

FORM FREKUENSI MAKANAN (*food frequency checklist*)NO:

--

Berilah tanda centang () formulir di bawah ini pada salah satu kolom yang sesuai dengan kebiasaan makan anak ibu.

Jenis	Frekuensi makan per hari				Frekuensi makan per minggu				Tidak pernah
	1X	2x	3x	>3x	1x	2x	3x	>3x	
1. Makanan pokok									
- Nasi									
- Roti									
- Mie									
- Kentang									
- Singkong									
- Jagung									
2. Lauk-pauk									
- Daging									
- Ayam									
- Telur									
- Ikan laut									
- Udang									
- Tahu, tempe									

Jenis	Frekuensi makan per hari				Frekuensi makan per minggu				Tidak pernah
	1X	2x	3x	>3x	1x	2x	3x	>3x	
3. Sayur - Bayam - Kangkung - Sawi - Kubis - Wortel - Kacang panjang									
4. Buah - Pisang - Pepaya - Jeruk - Mangga									
5. Susu									
6. Serbaneka (agar-agar dan jajanan lain)									

Lampiran 11

FORM JENIS DAN JUMLAH MAKANANNO:

Isilah kolom-kolam dibawah ini dengan makanan yang dimakan anak selama hari kemarin sampai saat ibu mengisi form ini.

Waktu makan	Nama masakan	Bahan makanan		
		Jenis	Banyaknya	
			Ukuran Rumah Tangga (misal sendok makan)	Gram
Pagi/ jam				

Siang/ jam				
Malam/ jam				

TABEL DATA RESPONDEN DAN POLA KONSUMSI (KUALITAS)

No	Nama	Jenis kelamin	Usia (tahun)	BB (kg)	TB (cm)	Status gizi	AKE (kal)	Konsumsi Energi (kal)	% tingkat konsumsi energi	Kategori	AKP (gr)	Konsumsi protein (gr)	% tingkat konsumsi protein	Kategori
1.						Normal, kurus, gemuk				Cukup, kurang				Cukup, kurang
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														

Lampiran 15

TABEL DATA RESPONDEN (KARAKTERISTIK UMUM DAN KHUSUS) BALITA GIZI BURUK DI KABUPATEN SUMENEP

No responden	Karakteristik umum						Pola konsumsi			Pendapatan	Pendidikan	Jumlah anggota keluarga	Jarak kelahiran	Pantangan dan mitos makanan	Ketersediaan makanan	Pengetahuan ibu		
	Usia	Jenis kelamin	Berat badan	Alergi	MP-ASI	Lama gizi buruk	AKG (kal)	% AKG	Skor							Total nilai	%	Skor
1.	1	2	1	2	2	1	773,13	77,31%	2	1	2	2	3	2	2	5	50%	1
2.	1	2	1	2	2	1	853,50	85,35%	3	1	2	3	-	2	2	4	40%	1
3.	1	2	1	2	2	1	677,55	67,75%	1	1	2	2	3	2	1	4	40%	1
4.	2	2	2	1	1	1	1478,83	147,88%	4	3	4	1	3	1	2	5	50%	1
5.	2	2	2	2	1	1	888,22	88,82%	3	1	3	3	3	1	2	9	90%	3
6.	2	2	2	2	2	1	763,55	76,35%	2	1	4	1	1	2	2	2	20%	1
7.	1	2	1	1	1	1	722,09	72,20%	2	2	2	2	3	1	2	5	50%	1
8.	2	1	2	2	1	2	891,01	89,10%	3	2	4	2	1	1	2	6	60%	2
9.	2	2	2	2	2	2	519,06	51,90%	1	2	3	3	-	1	2	4	40%	1
10.	1	2	1	1	1	1	575,24	57,52%	1	2	2	2	3	2	2	5	50%	1
11.	2	2	2	2	1	1	792,03	79,20%	2	2	3	2	-	2	1	2	20%	1
12.	2	2	2	2	2	2	760,57	76,05%	2	1	4	3	-	1	2	6	60%	2
13.	2	1	2	2	2	1	806,83	80,68%	2	2	2	2	3	2	2	2	20%	1
14.	1	2	1	2	1	1	409,11	40,91%	1	1	2	2	-	2	2	4	40%	1
15.	2	2	2	2	1	2	560,83	56,08%	1	1	2	3	3	2	1	4	40%	1
16.	2	1	2	1	-	2	585,66	58,56%	1	2	2	2	3	2	2	5	50%	1
17.	1	1	1	2	1	2	892,42	89,24%	3	2	1	2	1	2	2	4	40%	1
18.	1	2	1	2	1	1	458,44	45,84%	1	1	2	2	3	2	2	7	70%	2
19.	2	1	2	2	1	2	953,72	95,37%	3	3	5	3	3	2	2	9	90%	3
20.	1	1	1	2	1	1	425	42,50%	1	1	2	2	3	2	2	5	50%	1

No responden	Karakteristik umum						Pola konsumsi			Pendapatan	Pendidikan	Jumlah anggota keluarga	Jarak kelahiran	Pantangan dan mitos makanan	Ketersediaan makanan	Pengetahuan ibu		
	Usia	Jenis kelamin	Berat badan	Alergi	MP-ASI	Lama gizi buruk	AKG (kal)	% AKG	Skor							Total nilai	%	Skor
21.	1	2	1	2	1	1	414,42	41,44%	1	1	1	1	3	2	1	1	10%	1
22.	1	2	1	2	1	1	666,77	66,67%	1	3	2	3	-	1	2	3	30%	1
23.	2	2	2	2	1	2	618,59	61,85%	1	1	3	3	-	2	2	1	10%	1
24.	2	1	2	2	1	1	793,34	79,33%	2	1	3	3	1	2	1	7	70%	1
25.	1	2	1	1	2	1	492,5	49,2%	1	1	3	3	3	2	2	7	70%	2
26.	1	1	1	2	1	1	734,33	73,43%	2	1	3	2	1	2	1	6	60%	2
27.	2	2	2	2	1	2	654,75	65,47%	2	2	2	3	2	2	2	7	70%	2
28.	2	2	2	2	2	2	543,87	54,38%	1	2	2	3	2	2	1	4	40%	1

Keterangan:

- usia
1= 12-24 bulan
2= 25-36 bulan
- Jenis kelamin
1= laki-laki
2= perempuan
- Berat badan
1= 5,5-7,5 kg
2= > 7,5- 9,5 kg
- Alergi
1= ya
2= tidak
- MP-ASI
1= 0-6 bulan
2= 7-12 bulan
- Lama gizi buruk
1= 1 tahun
2= > 1 tahun
- Pendapatan
1= rendah
2= menengah
3= tinggi
- Jarak kelahiran
1= rapat
2= cukup
3= renggang
- Jumlah anggota keluarga
1= besar
2= sedang
3= kecil
- Pengetahuan ibu
1= kurang
2= sedang
3= baik
- Pantangan dan mitos makanan
1= ada pantangan
2= tidak ada pantangan
- Pola konsumsi
1= defisit
2= kurang
3= sedang
4= baik
- Ketersediaan makanan
1= tidak ada persediaan
2= ada persediaan
- Pendidikan
1= Tidak sekolah
2= tamat SD
3= tamat SMP
4= tamat SMA
5= Akademi/ PT

Lampiran 13

DAFTAR KOMPOSISI BAHAN MAKANAN JAJANAN

No.	Nama makanan jajanan	URT (Ukuran Rumah Tangga)	Berat (gr)	Energi (kal)
1.	Bakso	1 porsi	250	190
2.	Bakwan	1 buah	40	109
3.	Biscuit mahal	1 buah	10	35
4.	Biscuit murah	1 buah	10	26
5.	Bubur	1 sdm	10	4
6.	Es krim	1 buah	30	47
7.	Gado-gado	1 porsi	150	203
8.	Jagung rebus	1 bungkus	60	105
9.	Kerupuk udang	1 buah	15	17
10.	Kue pia	1 buah	50	140
11.	Martabak telur	1 buah	100	200
12.	Nasi goreng	1 piring kecil	50	138
13.	Permen	1 buah	2	8
14.	Pisang goreng	1 potong	60	132
15.	Soto dengan daging	1 sendok besar	80	102

LAMPIRAN 16

TABULASI *FOOD FREQUENCY CHECKLIST*

Jenis makanan	Frekuensi makan per hari				Frekuensi makan per minggu				Tidak pernah	Jumlah
	1x	2x	3x	> 3x	1x	2x	3x	>3x		
Makanan pokok										
Nasi	4	6	12	5	0	0	0	0	1	28
Roti	3	5	4	3	1	4	3	1	4	28
Mie	3	2	1	1	2	4	4	10	1	28
Kentang	1	0	0	0	8	2	2	0	15	28
Singkong	1	0	0	1	9	4	3	0	10	28
Jagung	2	0	2	2	3	1	0	0	18	28
Lauk-pauk										
Daging	1	3	0	0	10	2	3	1	8	28
Ayam	1	1	0	0	10	2	3	1	10	28
Telur	2	3	7	1	2	3	3	0	7	28
ikan laut	1	2	14	0	1	3	1	2	4	28
Udang	0	1	0	0	5	3	0	0	19	28
tahu, tempe	1	1	14	2	0	0	2	1	7	28
Sayur										
Bayam	2	2	3	1	4	8	4	1	3	28
Kangkung	0	0	0	0	9	8	3	1	7	28
Sawi	0	1	1	1	7	7	2	1	8	28
Kol	1	1	5	1	3	7	4	3	3	28
Wortel	2	2	7	1	1	7	3	2	3	28
Kacang panjang	1	1	5	0	2	8	3	2	6	28
Buah										
Pisang	7	0	4	1	2	5	3	1	5	28
Papaya	3	1	1	0	5	6	2	0	10	28
Jeruk	3	1	0	0	7	3	2	0	12	28
Mangga	0	0	0	0	5	0	1	0	22	28
Susu	3	7	4	6	0	2	0	1	5	28
Serbaneka makanan	1	4	13	9	0	0	0	0	1	28

Lampiran 6

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, maka saya:

Nama : Irma Firdiani Wahyuningtias

NIM : 010510952B

Akan melakukan penelitian dengan judul **“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN POLA KONSUMSI MAKANAN PADA BALITA GIZI BURUK DI KABUPATEN SUMENEP”**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pola konsumsi yang digunakan oleh balita gizi buruk di kabupaten Sumenep dan menganalisa faktor-faktor yang berhubungan dengan penggunaan pola konsumsi tersebut. Untuk kepentingan tersebut, maka saya mohon partisipasi ibu dalam penelitian ini secara sukarela dan apa adanya. Semua jawaban dan data anda akan saya gunakan sesuai kepentingan dan akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian permintaan ini dibuat, atas bantuan dan kerjasama ibu, saya sampaikan terima kasih.

Hormat saya,

Irma Firdiani Wahyuningtias

010510952B

Lampiran 7

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama ibu :

Nama balita :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan dari tujuan penelitian ini, saya menyatakan bersedia menjadi responden dan memberikan jawaban yang sesungguhnya pada penelitian yang dilakukan oleh saudari Irma Firdiani Wahyuningtias (010510952B), mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan judul:

“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN POLA KONSUMSI MAKANAN PADA BALITA GIZI BURUK DI KABUPATEN SUMENEP”

Demikian atas ketersediaan ini, saya nyatakan dengan sesungguhnya, sukarela, dan tanpa paksaan pihak manapun.

Terima kasih

Sumenep, Juli 2009

Responden

Lampiran 12

DAFTAR BAHAN MAKANAN PENUKAR

GOLONGAN I

Penukar Nasi : Bahan ini umumnya digunakan sebagai makan pokok. Satu porsi nasi setara dengan $\frac{3}{4}$ gelas atau 100 gram, mengandung 175 kalori, 4 gram protein dan 40 gram karbohidrat.

Berikut ini adalah bahan makanan yang dapat digunakan sebagai penukar satu porsi nasi

Tabel 1 Daftar Bahan Makanan Penukar Nasi

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (Gram)
Bihun		50
Kentang	2 bj sedang	200
Mi basah	1 $\frac{1}{2}$ gelas	200
Mi Kering		50
Makaroni kering	1 gls	50
Roti putih	4 iris	80
Singkong*)	1 ptg sdg	100
Tepung terigu	8 sdm	50
Ubi	1 bj sdg	150

Catatan:

*) kurang mengandung protein, sehingga perlu ditambah $\frac{1}{2}$ satuan penukar bahan makan sumber protein

GOLONGAN II

Penukar Sayuran : Sayuran merupakan sumber vitamin dan mineral terutama karoten, vitamin C, asam folat, kalsium, zat besi dan fosfor. Konsumsi sayuran sebaiknya berupa campuran dari daun-daun seperti bayam, kangkung, daun singkong, katuk dengan kacang panjang, buncis, wortel, labu kuning, dsb. Satu porsi sayuran adalah 100 gram sayuran lebih kurang 1 gelas (setelah dimasak dan ditiriskan) mengandung 50 kalori, 3 gram protein dan 10 gram karbohidrat.

Tabel 2 Daftar Bahan Makanan Penukar Sayuran

Bahan Makanan	
Bayam	Labu siam
Buncis	Lobak *)
Bunga kol	Oyong *)
Cabe hijau	Pare
Daun singkong	Pepaya muda *)
Daun pepaya	Rebung *)
Daun bawah *)	Sawi *)
Daun melinjo	Tauge *)
Daun pakis	Terong *)
Jagung muda	Tomat *)
Jantung pisang	Wortel *)
Jamur segar *)	Kacang panjang
Kangkung	Ketimun

Catatan:

*) Kandungan energinya rendah

GOLONGAN III

Penukar Buah : Buah merupakan sumber vitamin terutama karoten, vitamin B1, B6, C dan sumber mineral. Satu porsi buah adalah setara dengan 1 buah pisang ambon ukuran sedang atau 50 gram, mengandung 40 kalori dan 10 gram karbohidrat.

Dibawah ini adalah buah-buahan yang dapat digunakan sebagai penukar satu porsi buah.

Tabel 3 Daftar Bahan Makanan Penukar Buah-Buahan

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (Gram)
Alpoket	½ bh bsr	50
Apel	½ bh sdg	75
Belimbing	1 bh bsr	125
Duku	10 bh	75
Jambu air	2 bh sdg	100
Jeruk manis	2 bh sdg	100
Kedondong	1 bh bsr	100
Mangga	½ bh sdg	50
Nangka	3 bj	50
Nanas	1/6 bh	75
Pepaya	1 ptg sdg	100
Rambutan	8 bh	75
Sawo	1 bh sdg	50
Semangka	1 ptg sdg	150
Jambu biji	1 bh	1 bh

GOLONGAN IV

Penukar Tempe : Tempe umumnya digunakan sebagai lauk. Satu porsi tempe adalah 2 potong sedang atau 50 gram, mengandung 80 kalori, 6 gram protein, 3 gram lemak dan 8 gram karbohidrat.

Dibawah ini adalah, sumber kacang-kacangan yang dapat dipakai sebagai penukar satu satuan tempe.

Tabel 4 Daftar Bahan Makanan Penukar Tempe

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (Gram)
Kacang kedele	2 ½ sdm	25
Kacang merah	2 ½ sdm	25
Kacang tanah kupas	2 sdm	20
Kacang ijo	2 ½ sdm	25
Oncom	2 ptg bsr	50
Tahu	1 ptg bsr	100

GOLONGAN V

Penukar Daging : Daging umumnya digunakan sebagai lauk. Satu porsi daging sapi adalah, satu potong sedang atau 50 gram, mengandung 95 kalori, 10 gram protein dan 6 gram lemak.

Dibawah ini adalah bahan makanan yang dapat dipakai sebagai pengganti satu porsi daging sapi

Tabel 5 Daftar Bahan Makanan Penukar Daging

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (Gram)
Daging ayam	1 ptg sdg	100
Hati sapi	1 ptg sdg	50
Ikan segar	1 ptg sdg	50
Ikan asin	1 ptg kcl	25
Ikan teri kering	2 sdm	25
Telur ayam kampung	2 btr	60
Telur ayam negeri	1 btr bsr	60
Udang basah	½ gls	50
Susu sapi *)	1 gls	200
Susu kerbau	½ gls	100
Susu kambing	¾ gls	150

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (Gram)
Tepung sari kedele	4 sdm	25
Tepung susu whole	5 sdm	25
Tepung susu skim	4 sdm	20

*) Susu selain sebagai sumber protein, lemak, juga mengandung karbohidrat, vitamin (terutama vitamin A dan niacin) serta mineral (kalsium dan fosfor)

GOLONGAN VI

Penukar Minyak : Bahan makan ini hampir seluruhnya terdiri dari lemak. Satu porsi minyak adalah 1/2 sendok makan atau 5 gram mengandung 45 kalori dan 5 gram lemak.

Tabel 6 Daftar Bahan Makanan Penukar Minyak

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (Gram)
Margarin	½ sdm	5
Mentega	½ sdm	5
Kelapa	1 ptg kcl	30
Kelapa parut	5 sdm	30
Santan	½ gls	50

Penukar Gula : Bahan makanan ini hampir seluruhnya terdiri dari karbohidrat sederhana. Satu porsi gula adalah 1 sendok makanan atau 10 gram, mengandung 37 kalori dan 9 gram karbohidrat.

Tabel 7 Daftar Bahan Makanan enukar Gula

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (Gram)
Gula pasir	1 sdm	10
Gula aren		10
Gula kelapa		10
Selai/jam	1 sdm	15
Madu		15
Sirop		15