

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR POLA ASUH GIZI IBU  
DENGAN STATUS GIZI ANAK UMUR 0-36 BULAN  
DI PUSKESMAS WONOSALAM II  
KABUPATEN DEMAK**



**Tesis  
Untuk memenuhi sebagian persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S-2**

**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi Promosi Kesehatan**

**J. Supadi  
E4A000022**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2002**

Pengesahan Tesis

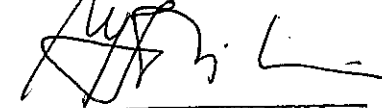
**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR POLA ASUH GIZI IBU  
DENGAN STATUS GIZI ANAK UMUR 0-36 BULAN  
DI PUSKESMAS WONOSALAM II KABUPATEN DEMAK**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : J. Supadi  
NIM : E4A000022

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji  
pada tanggal 23 Desember 2002 dan dinyatakan telah  
memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama,



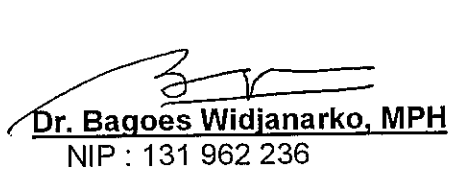
**Dr. Harbandinah, SKM**  
NIP : 130 354 865

Pembimbing Pendamping,



**Drs. Karyono, M.Si**  
NIP : 130 701 405

Penguji,



**Dr. Bagoes Widjanarko, MPH**  
NIP : 131 962 236

Penguji,



**Dr. Apoina Kartini, M.Kes**  
NIP : 131 964 518

Semarang, Desember 2002

Universitas Diponegoro  
Program Pascasarjana  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat,



**Dr. Sudiro MPH, DR. PH**  
NIP : 131 962 965

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Desember 2002

J. Supadi

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama lengkap : J. SUPADI
- Tempat/tanggal lahir : Batang, 7 September 1959
- Agama : Katolik
- Pendidikan : 1. SD Negeri Kalimanggis  
Kecamatan Subah  
Lulus Tahun 1973  
2. SLTP Subah Lulus Tahun 1976  
3. SLTA di Pekalongan Lulus  
Tahun 1982  
4. SPAG di Jakarta Lulus Tahun 1983  
5. Akademi Gizi Yogyakarta  
Lulus Tahun 1990  
6. FKM UNDIP Semarang  
Lulus Tahun 1999
- Pekerjaan : 1. Staf Pengajar pada SPAG  
Pekalongan Th. 1983-1986  
2. Tugas Belajar di AKZI Depkes.  
Yogyakarta 1986  
3. Staf Pengajar pada Akademi Gizi  
Dep. Kes. Semarang  
Tahun 1990-1996  
4. Tugas Belajar di FKM UNDIP  
Semarang Tahun 1996  
5. Staf Pengajar pada Akademi Gizi  
Dep. Kes. Semarang  
Tahun 1999 – 2000  
6. Tugas Belajar pada Program Pasca  
Sarjana IKM UNDIP Semarang  
Tahun 2000

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Mahaesa atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusunan dan penulisan tesis ini dapat diselesaikan.

Selama menyusun tesis ini penulis telah banyak mendapat bantuan, dorongan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak mulai saat pembuatan proposal sampai tersusunnya tesis ini. Pada kesempatan yang baik ini dari lubuk hati yang paling dalam penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada yang terhormat Ibu Dr. Harbandinah, SKM dan Bapak Drs. Karyono M.Si masing-masing sebagai pembimbing utama dan kedua, yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan penyusunan dan penulisan tesis ini.

Pada kesempatan baik ini juga penulis ingin mengucapkan penghargaan dan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terhormat :

1. Prof. DR. Dr. Suharyo Hadisaputro, Sp.PD selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang beserta staf;
2. Dr. Sudiro, MPH, DR (PH) selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang beserta staf;
3. Drg. Zahrah Shaluhiah, MPH selaku Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang

4. Dr. Bagus Wijonarko, MPH dan Dr. Apoina Kartini, M.Kes masing - masing sebagai penguji tesis, yang banyak memberikan masukan dan saran-saran;
5. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang;
6. Harmuljanti MPS, MEd selaku Direktur Akademi Gizi Departemen Kesehatan Semarang pada waktu penulis sekolah;
7. Nur'aini Susilo Rochani SKM, M.Sc selaku Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Semarang;
8. Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah beserta staf yang memberi kesempatan untuk tugas belajar dan memberi dana;
9. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Demak beserta staf yang telah memberi ijin untuk penelitian;
10. Kepala Puskesmas Wonosalam II beserta staf terutama Ibu Tri dan Ibu-ibu Bidan Desa yang telah membantu dalam melakukan penelitian;
11. Kepala Desa beserta staf se-wilayah Puskesmas Wonosalam II yang telah membantu dalam menyiapkan responden;
12. Adik : Ainin, Yanti, Utami, Endah dan Rini yang telah membantu selama melakukan pengumpulan data di lapangan;
13. Ibunda tercinta Ibu Anna Tumbu, Bapak Tarmidi (Alm.), Bapak dan Ibu Mertua Sriyantoharjo yang telah memberikan dorongan moril berupa doa-doa;

14. Istriku tercinta Agus Budiyati dan anak-anakku : tersayang Yudhistira Ganis Kristiawan dan Katarina Aprila Hadriani yang dengan setia mendampingi dan memberi dorongan selama penyusunan dan penulisan tesis.
15. Teman-teman Konsentrasi Promosi Kesehatan Angkatan tahun 2000 dan semua saja yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan ini masih banyak kekurangan dan kekeliruan, hal ini disebabkan karena keterbatasan yang ada pada penulis. Oleh karena itu dengan hati yang tulus penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi sempurnanya tulisan ini.

Akhirnya penulis berharap semoga tulisan ini dapat berguna bagi para pembaca pada umumnya dan dapat menambah khasanah dunia pustaka pada khususnya.

Semarang, Desember 2002

Penulis,

J. Supadi  
E4A000022

## DAFTAR ISI

BAB	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
ABSTRAK	xv
I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	7
C. Keaslian Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	9
E. Tujuan Penelitian .....	10
II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Pustaka .....	11
1. Pertumbuhan .....	11
2. Masalah Gizi di Indonesia .....	13
3. Status Gizi .....	14
3.1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi ....	18
4. Perilaku Kesehatan .....	20
5. Pola Asuhan Ibu .....	22
5.1. Faktor-Faktor yg Berhubungan dg Pola Asuh Gizi	23
6. Peranan Ibu dlm Pertumbuh. & Perkembangan anak	34
7. Cara Mengasuh Anak pada umumnya di Indonesia	36
8. Pola Asuh Gizi .....	39
B. Kerangka Teori dan Kerangka Konsep Penelitian .....	39
C. Hipotesis Penelitian .....	43
III METODA PENELITIAN	
A. Bahan/Materi Penelitian .....	44

1. Jenis Penelitian .....	44
2. Lokasi Penelitian .....	44
3. Populasi dan Sampel Penelitian .....	45
B. Alat Penelitian .....	48
C. Prosedur Penelitian .....	49
1. Persiapan .....	49
2. Uji Coba Kuesioner .....	49
3. Pengumpulan Data .....	54
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	55
1. Variabel .....	55
2. Definisi Operasional .....	56
E. Pengolahan dan Analisis Data .....	61
1. Pengolahan Data .....	61
2. Analisis Data .....	65
IV HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Umum Daerah .....	67
B. Gambaran Umum Puskesmas .....	69
C. Diskripsi Karakteristik Responden .....	71
D. Diskripsi Karakteristik Anak .....	78
E. Hasil Uji Bivariat .....	81
F. Hasil Uji Multivariat .....	89
G. Cara Mendapatkan Data .....	90
V PEMBAHASAN	
A. Karakteristik Responden .....	92
B. Karakteristik Anak .....	101
C. Hasil Uji Bivariat .....	104
D. Hasil Uji Multivariat .....	115
VI SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan .....	118
B. Saran-Saran .....	119
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1	Distribusi Frekuensi Item Soal Untuk Variabel Pengetahuan	49
2	Distribusi Frekuensi Item Soal Variabel Pengetahuan Setelah Uji Coba .....	50
3	Distribusi Frekuensi Item Soal Variabel Pengetahuan untuk Penelitian .....	50
4	Distribusi Frekuensi Item Soal Untuk Variabel Sikap .....	51
5	Distribusi Frekuensi Item Soal Variabel Sikap Setelah Uji .. Coba .....	51
6	Distribusi Frekuensi Item Soal Untuk Variabel Sikap Untuk Penelitian .....	52
7	Distribusi Frekuensi Item Soal Untuk Variabel Pola Asuh....	52
8	Distribusi Frekuensi Item Soal Variabel Pola Asuh .. Setelah Uji Coba .....	53
9	Distribusi Frekuensi Item Soal Variabel Pola Asuh .. untuk Penelitian .....	53
10	Distribusi Mata Pencarian Penduduk Wilayah Puskes-... mas Wonosalam II .....	68
11	Distribusi Tingkat Pendidikan Penduduk Puskesmas .. Wonosalam II Tahun 2001 .....	68
12	Distribusi Pegawai Menurut Latar Belakang Pendidikan .. Puskesmas Wonosalam II Tahun 2001 .....	69
13	Distribusi Umur Responden Berdasarkan Kelompok .. Umur .....	71
14	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan ....	72
15	Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Pekerjaan ..	72
16	Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anak Kandung	73
17	Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Jumlah ... Anak .....	74

18	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendapatan .... Keluarga .....	74
19	Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Tanggungan ... Keluarga .....	75
20	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden .....	76
21	Distribusi Sikap Responden .....	76
22	Distribusi Responden Berdasarkan Keadaan Lingkungan Rumah .....	77
23	Distribusi Pola Asuh Gizi Responden .....	78
24	Distribusi Umur Anak .....	79
25	Distribusi Jenis Kelamin Anak .....	79
26	Distribusi Konsumsi Energi dan Protein Anak .....	80
27	Distribusi Status Gizi Anak .....	81
28	Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Pola Asuh Gizi ...	81
29	Hubungan Antara Sikap Dengan Pola Asuh Gizi .....	82
30	Hubungan Antara Pendidikan Dengan Pola Asuh Gizi .....	83
31	Hubungan Antara Pekerjaan Dengan Pola Asuh Gizi .....	83
32	Hubungan Antara Jumlah Anak Dengan Pola Asuh Gizi ....	84
33	Hubungan Antara Pendapatan Keluarga Dengan Pola ..... Asuh Gizi .....	85
34	Hubungan Antara Lingkungan Rumah Dengan Pola Asuh ..	85
35	Hubungan Pola Asuh Gizi Dengan Status Gizi .....	86
36	Hubungan Antara Konsumsi Energi Dengan Status Gizi ....	87
37	Hubungan Antara Konsumsi Protein Dengan Status Gizi ....	88
38	Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Status Gizi .....	88
39	Hasil Uji Statistik Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap Pendidikan, Pekerjaan, Jumlah Anak, Pendapatan dan Lingkungan Dengan Pola Asuh .....	89
40	Hasil Uji Statistik Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap Pendidikan, Pekerjaan, Jumlah Anak, Pendapatan, Lingkungan, Pola Asuh dengan status gizi .....	90

## DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
1	Faktor - faktor yang mempengaruhi status gizi (Call & Levinson, 1970) .....	19
2	Skema Perilaku Kesehatan Menurut Green (1991) .....	22
3	Model Interelasi Tumbuh Kembang Anak (Unicef & Jonsson, 1992) .....	27
4	Kerangka Teori Penelitian (Gabungan Teori Green, Call & Levonson, Blum dan Unicef & Jonsson) .....	41
5	Kerangka Konsep Penelitian .....	42

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		Halaman
A-1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Pengetahuan	127
A-2	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Sikap .....	134
A-3	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Pola Asuh .....	140
B	Instrumen Penelitian .....	146
C-1	Peta Wilayah Kerja Puskesmas Wonosalam II .....	156
C-2	Struktur Organisasi Puskesmas Wonosalam II .....	157
D-1	Distribusi Frekuensi Masing - Masing Pertanyaan dan Jawaban Tentang Pengetahuan oleh Responden .....	158
D-2	Distribusi Frekuensi Masing - Masing Pertanyaan dan Jawaban Tentang Sikap oleh Responden .....	161
D-3	Distribusi Frekuensi Masing - Masing Pertanyaan dan Jawaban Tentang Lingkungan Rumah oleh Responden ..	163
D-4	Distribusi Frekuensi Masing - Masing Pertanyaan dan Jawaban Tentang Pola Asuh oleh Responden .....	165
E-1	Data – data Hasil Penelitian Untuk Variabel yang Berhubungan Dengan Responden .....	167
E-2	Data – data Hasil Penelitian Untuk Variabel yang Berhubungan Dengan Anak .....	170
E-3	Data Hasil Olah Uji Diskriptif .....	173
F-1	Data-data Hasil Olah Uji Bivariat .....	175
F-2	Data-data Hasil Olah Uji Multivariat .....	180
G	Formulir Recall Makanan .....	184
G-1	Surat Rekomendasi Penelitian .....	185
G-2	Surat Keterangan Penelitian .....	186

**ABSTRAK**

**J. Supadi**

**Analisis Faktor-Faktor Pola Asuh Gizi Ibu Dengan Status Gizi Anak Umur 0-36 Bulan di Puskesmas Wonosalam II Kabupaten Demak.**

xvii, 121 Halaman, 40 Tabel, 5 Gambar dan 18 Lampiran

Secara umum tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor pola asuh gizi ibu dengan status gizi anak 0-36 bulan di Puskesmas Wonosalam II Kabupaten Demak. Secara khusus bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor pengetahuan, sikap, pendidikan dan pekerjaan ibu, jumlah anak, pendapatan keluarga serta keadaan lingkungan kesehatan rumah dengan pola asuh gizi ibu. Selanjutnya untuk mengetahui hubungan pola asuh gizi yang dilakukan oleh ibu dengan status gizi anaknya.

Penelitian bersifat *eksplanatory*, dengan menggunakan pendekatan *cross-sectional*. Sampel terdiri dari 123 orang ibu yang mempunyai anak umur 0-36 bulan, sampel dipilih secara gugus. Alat pengumpul data digunakan kuesioner, formulir recall dan timbangan. Variabel bebas adalah pengetahuan, sikap, pendidikan dan pekerjaan ibu, jumlah anak, pendapatan keluarga serta keadaan kesehatan lingkungan rumah. Variabel antara pola asuh ibu dan variabel terikat status gizi anak. Analisis data menggunakan teknik analisis univariat, bivariat dengan uji statistik *chi-square* dan teknik multivariat dengan uji regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan ibu termasuk sedang, sebagian besar ibu bersikap positif terhadap pola asuh, pendidikan ibu termasuk rendah dan sebagian besar ibu tidak bekerja. Rata-rata ibu mempunyai dua anak, pendapatan keluarga tergolong cukup, keadaan kesehatan lingkungan rumah sedang dan sebagian besar ibu dalam mengasuh anak berpola asuh demokratis. Konsumsi energi anak termasuk kurang, konsumsi protein cukup dan masih terdapat anak yang berstatus gizi kurang dan buruk. Hasil uji bivariat menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan pola asuh gizi ibu dan tidak ada hubungan antara pendidikan, pekerjaan, jumlah anak, pendapatan keluarga dan keadaan kesehatan lingkungan rumah dengan pola asuh gizi. Juga tidak terdapat hubungan antara pola asuh gizi ibu dengan status gizi anak 0-36 bulan. Hasil uji multivariat didapat bahwa keadaan kesehatan lingkungan rumah merupakan faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan pola asuh ibu dan status gizi anak.

Keadaan kesehatan lingkungan rumah faktor yang paling berhubungan dengan status gizi, maka perlu diperbaiki dengan mengadakan penyuluhan dan tabungan rumah sehat. Pengetahuan ibu kurang, sehingga perlu ditingkatkan dengan memberi penyuluhan melalui perangkat desa, petugas kesehatan, kader posyandu dan mengikutsertakan tokoh masyarakat. Dan bagi ibu dalam mengasuh anak menggunakan pola asuh otoriter. Keadaan kesehatan lingkungan rumah faktor paling dominan yang berhubungan dengan pola asuh gizi ibu, diusulkan penelitian lebih lanjut tentang lingkungan budaya yang berhubungan dengan pola asuh ibu.

Kata kunci : Pola Asuh Gizi Ibu, Status Gizi Anak Umur 0 – 36 bulan  
Pustaka : 60 (1974 – 2002)

## ABSTRACT

**J. Supadi**

Analysis of the Factors of the Nutritional Care Pattern by Mother with the Nutritional Status of Children Age 0-36 months at Wonosalam II Health Center, District of Demak

xvii + 121 pages + 40 tables + 5 pictures + 18 enclosures

The aim of this research generally is to know the factors of the pattern of nutritional care by mother with the nutritional status of children age 0-36 months at Wonosalam II Health Center, Demak district. The specific aim of this research is to know the factors of the knowledge, the attitude, the education, the jobs of mother, the number of children, the income of family, and the health environment condition at home with the pattern of nutritional care by mother. Then, it is to know the relationship between the patterns of nutritional care by mother with the nutritional status of children.

This is *explanatory research* using *cross sectional* approach. The number of samples is 123 mothers who have children age 0-36 months. The instruments to collect data are the questioners, the recall forms, and the weights. Independent variables are the knowledge, the attitude, the education, the jobs of mother, the number of children, the income of family, and the health environment condition at home. Mediator variable is the pattern of nutritional care by mother. Dependent variable is the nutritional status of children. Data analysis uses univariate analysis, bivariate analysis using *chi square test*, and multivariate analysis using logistic regression.

The result of this research shows that the knowledge of the nutritional care pattern is enough; the attitude to the care pattern is positive, the education is low, and the most of respondents have no jobs. The average number of children is two persons. The income of family is enough, and the health environment condition at home is medium. The most of mothers take care of their children using democratic manner. The consumption of energy at children is not enough. The consumption of protein is enough. There are still available children who have bad nutritional status. Based on the bivariate analysis, the knowledge and the attitude variables have significant relationship with the pattern of nutritional care by mother. The variables, which have no significant relationship with the pattern of nutritional care by mother, are the education, the jobs, the number of children, the income of family, and the health environment condition at home. The pattern of nutritional care by mother has no significant relationship with the nutritional status of children age 0-36 months. Based on multivariate analysis, the variable of the health environment condition at home is a dominant variable that influence to the pattern of nutritional care by mother and to the nutritional status of children.

Finally, it needs to improve the health environment condition at home. It can be done by giving of health information and saving money for healthy home. It needs to increase the health knowledge. It can be done the elucidation by village officers, health workers, cadres, and key person. The mothers should use authoritative manner to take care of their children. It is suggested to research the cultural environment factors that have relationship with the mother care pattern.

Key Words: the Pattern of Nutritional Care by Mother, and the Nutritional Status of Children age 0-36 months

Bibliography: 60 (1974-2002)

## PERSEMBAHAN

1. Didiklah anakmu, maka ia akan memberikan ketentraman kepadamu dan mendatangkan sukacita kepadamu.

(Amsal 20 : 17)

2. Didiklah orang muda menurut jalan yang patut baginya, maka pada masa tuanyapun ia tidak akan menyimpang daripada jalan itu.

(Amsal 22 : 6)

kupersembahkan untuk orang-orang yang tercinta :

Istriku : Yustina A. Budiyati, dan anak-anak :

Ig. Yudhistira Ganis Kristiawan (Ganis)

dan Katarina Aprilia Hadriani (Trina)

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Pertumbuhan dan perkembangan anak merupakan suatu proses yang saling terkait dan tidak dapat dipisahkan, namun keduanya dapat dibedakan. Istilah pertumbuhan digunakan untuk menjelaskan hal-hal yang bersifat biologis, yang menyangkut perubahan struktur tubuh karena adanya kematangan biologis. Perubahan karena pertumbuhan dapat dilihat dalam ukuran badan dan fungsi-fungsi fisik yang murni (Monks, dkk, 1996). Perkembangan diartikan sebagai bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan (Soetjiningsih, 1995).

Gagal tumbuh merupakan salah satu masalah kesehatan yang paling banyak terjadi pada negara-negara berkembang termasuk Indonesia (Unicef, 1996). Zat-zat gizi seperti energi, protein, vitamin A, zat besi dan yodium diketahui sebagai zat-zat gizi yang berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak.

Menurut Kodyat dkk. (1992) di Indonesia hingga saat ini masih terdapat empat masalah gizi utama, yaitu kekurangan energi protein (KEP), kekurangan vitamin A (KVA), gangguan akibat kekurangan iodium (GAKI) dan anemia kekurangan zat besi. Hasil SUSENAS 1992 menunjukkan

UPT-PUSTAK-UNDIP

kurang energi protein (KEP) merupakan masalah gizi utama terutama bagi bayi/balita dan secara nasional angka prevalensi berdasarkan parameter berat badan terhadap umur (BB/U) adalah sebesar 11,80%. Angka tersebut terlihat meningkat, hal ini dapat dilihat dari hasil Susenas 1995 menunjukkan prevalensi KEP nyata secara umum di Indonesia sebesar 14,6% dan 35,0% KEP total pada anak balita.

Kekurangan Energi Protein dan kekurangan gizi umumnya berakibat terjadinya hal-hal sebagai berikut, antara lain : keterlambatan perkembangan tubuh, keterlambatan perkembangan otak dan daya nalar, turunnya tingkat daya tahan terhadap infeksi, status gizi kurang dan dapat menyebabkan buta apabila kekurangan vitamin A.

Usia anak di bawah tiga tahun (batita) sebagai golongan penduduk rawan gizi, merupakan kelompok usia yang dianggap sebagai penentu derajat kesehatan masyarakat. Hal ini disebabkan karena pada usia inilah pangkal dari status kesehatan masyarakat dimulai, pertumbuhan otak masih berlangsung meskipun tumbuh kembang seseorang manusia dimulai pada saat dalam kandungan ibunya.

Pertumbuhan otak dimulai sejak dalam kandungan dan pertumbuhan tercepat terjadi pada trimester ketiga kehamilan sampai usia 5 – 6 bulan setelah lahir. Selanjutnya pertumbuhan otak terus tetap berlangsung cepat sampai anak mencapai umur 2 tahun, kemudian pertumbuhan otak terus

berlangsung dengan irama makin lambat hingga mencapai usia 5 tahun (Soetjiningsih, 1995).

Pertumbuhan otak ini bersifat ireversibel, sehingga tidak dapat diperbaiki apabila terjadi gangguan pada masa pertumbuhannya. Oleh karena itu pada masa pertumbuhan tersebut perlu mendapat perhatian yang serius. Pada masa pesat pertumbuhan jaringan otak merupakan masa yang rawan, karena setiap gangguan pada masa tersebut akan mengakibatkan gangguan pada jumlah sel otak dan mielinisasi yang tidak dapat dikejar pada masa pertumbuhan berikutnya (Soetjiningsih, 1995).

Penyebab langsung dari kurang gizi adalah konsumsi makanan yang kurang dan penyakit. Menurut Martorell dan Habicht (1986) anak usia 0-24 bulan merupakan kelompok umur yang sangat rentan terhadap berbagai penyakit infeksi dan membutuhkan zat gizi yang relatif lebih tinggi dibandingkan kelompok umur lainnya.

Untuk mendukung tumbuh kembang anak agar sehat dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu : 1) keturunan yang merupakan pembawaan asal, 2) perilaku pengasuhan ibu yang diwujudkan dalam pemberian makanan dan stimulus kepada anak, 3) lingkungan fisik yang dapat memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara maksimal dan 4) adanya sarana pelayanan kesehatan yang terjangkau baik oleh faktor jarak maupun biaya yang dapat mendukung tumbuh dan kembang anak.

Keluarga adalah lingkungan pertama dalam kehidupan anak, oleh karena itu keluarga ikut memberi andil dalam membentuk perkembangan fisik dan kepribadian anak terutama ibu yang sejak kecil mengasuhnya. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Satoto (1990) bahwa faktor luar yang sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak adalah lingkungan asuhan, terutama interaksi ibu-anak dan stimulasi keluarga.

Menurut Biro Pusat Statistik (1992) menunjukkan bahwa penggunaan waktu ibu untuk kegiatan rumah tangga terutama untuk mengasuh anak cukup besar. Dari fungsi kelekatan anak terhadap ibu inilah terlihat betapa pentingnya peranan ibu dalam perkembangan anak. Dengan demikian maka perilaku ibu mengasuh anak akan berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak, misalnya perkembangan tingkah laku sosial, gerak motorik serta ketrampilan komunikasi.

Perilaku masyarakat, khususnya ibu sangat berperan dalam membentuk pola konsumsi makanan dalam keluarga terutama pada anak. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan tindakan terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung di dalamnya, pengelolaan makanan dan sebagainya sehubungan dengan kebutuhan tubuh (Notoatmodjo, 1993). Masalah kesehatan dan gizi yang terjadi terutama pada bayi dan anak balita disebabkan oleh pengetahuan dan sikap ibu yang belum menunjang perilaku pemberian zat gizi secara baik (Depkes RI, 1993).

Menurut hasil survei yang dilakukan oleh Fakultas Psikologi Universitas Indonesia tahun 1989 bahwa perkembangan kecerdasan anak paling besar ditentukan oleh faktor peranan orang tua apabila dibandingkan faktor bawaan dan lingkungan. Dikatakan bahwa ditangan orang tua usaha mencerdaskan anak dapat dilakukan (Aswin dkk, 2000).

Bahwa kasih sayang ibu sangat penting bagi perkembangan psikhis anak yang sehat, sama pentingnya dengan pemberian vitamin dan protein bagi perkembangan biologis. Pada umur kurang dari tiga tahun pengasuhan yang dilakukan oleh ibu sangat dibutuhkan oleh anak, sesudah umur tiga tahun kebanyakan anak makin dapat merasa aman dalam situasi asing bersama dengan obyek lekat pengganti (Rahayu, 1998).

Ibu merupakan salah seorang yang sangat menentukan dalam pertumbuhan perkembangan anak balita, terutama pada fisik, sosial dan emosionalnya yang tergantung dari kualitas interaksi antara anak dan orang tua terutama ibu, pola mendidik anak, perhatian dan pemenuhan kebutuhan anak dari orang tua (Behman & Vaughan, 1992). Berdasarkan hal tersebut terlihat dengan jelas bahwa peranan ibu sangat berpengaruh dalam perkembangan anak balita, terutama kualitas layanan yang diberikan untuk tumbuh dan berkembang pada saat pengasuhan.

Kabupaten Demak merupakan salah satu daerah tingkat II dalam wilayah Propinsi Jawa Tengah. Secara geografis terdiri dari dataran rendah

dan daerah pantai dan secara demografis sangat bervariasi yang akan berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Berdasarkan profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 1998, salah satu indikator derajat kesehatan yaitu prevalensi gizi kurang (KEP) pada balita masih dijumpai di Kabupaten Demak sebesar 40,99% dan KEP nyata sebesar 0,84%. Data status gizi balita berdasarkan penimbangan bulanan posyandu sampai dengan bulan Maret 1999, menunjukkan gizi kurang sebesar 12,68%, gizi buruk 0,51%.

Berdasarkan data hasil pemantauan status gizi tahun 2001, menunjukkan bahwa : dari 3151 balita yang diukur terdapat 1,17% balita gizi buruk, 18,63% gizi kurang sehingga KEP total untuk Kabupaten Demak tahun 2001 sebesar 19,80%.

Selama masa krisis, angka tersebut ada kecenderungan terus meningkat dan apabila hal ini tidak ditanggulangi akan berdampak pada masalah lain, yaitu timbulnya berbagai penyakit, selanjutnya akan menyebabkan kehilangan satu generasi. Untuk mengatasi masalah tersebut sebenarnya sudah ada program dari pemerintah berupa bantuan Jaring Pengaman Sosial (JPS) bidang kesehatan. Dalam kenyataannya dengan adanya program tersebut belum menunjukkan perubahan prevalensi KEP pada anak balita.

Berdasarkan hal tersebut diatas, berarti ada faktor lain yang

berpengaruh sehingga prevalensi KEP masih tinggi. Faktor lain tersebut antara lain adalah pola asuh gizi anak yang dilakukan oleh ibu. Dengan demikian pola asuh gizi yang diberikan oleh ibu kepada anak tergantung dari kualitas dan kuantitas pengasuhannya. Ibu dengan latar pendidikan yang berbeda akan memberikan pengasuhan yang berbeda pula. Faktor-faktor apa sajakah sebenarnya yang berhubungan dengan pola asuh gizi yang dilakukan oleh ibu terhadap anak dan apakah pola asuh gizi yang dilakukan ibu tersebut berhubungan dengan status gizi anak. Sehubungan dengan hal tersebut perlu dilakukan penelitian, untuk membuktikan pernyataan tersebut.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang sudah dikemukakan, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

1. Apakah ada hubungan antara pola asuh gizi ibu dengan status gizi anak ?
2. Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan pola asuh gizi ibu ?
3. Faktor apa yang paling dominan yang berhubungan dengan pola asuh gizi ibu dan status gizi anak ?

### C. Keaslian Penelitian

Penelitian lain yang berkaitan dengan penelitian ini adalah :

1. Yohannes Rahail, (1996). Perilaku Ibu dalam Pemberian Makanan dan Status Gizi Balita Suku Asmat di Daerah Pantai dan Pedalaman Kecamatan Agats Kabupaten Merauke. Dalam penelitian tersebut hanya menyoroti perilaku ibu dalam pemberian makanan dan dihubungkan dengan status gizi anak balita.
2. Badraningsih Lastariwati, (1997). Hubungan antara Perilaku Ibu dan Perkembangan Anak Balita di Kecamatan Pakem Sleman Yogyakarta. Tujuan penelitian tersebut untuk mengetahui hubungan antara lingkungan fisik rumah, keadaan sosial ibu, frekuensi kunjungan ibu ke BKB, perilaku ibu dalam pemberian makan dan kebiasaan mengasuh balita dengan perkembangan anak balita.
3. Heryudarini Harahap, (2000). Konseling Gizi dan Kesehatan untuk Pertumbuhan dan Perkembangan Motorik Kasar Anak Kurang Gizi Penderita ISPA di Kabupaten Kebumen Jawa Tengah. Tujuan penelitian ini untuk menguji pengaruh pemberian konseling gizi dan kesehatan terhadap konsumsi makanan, penambahan berat badan dan perkembangan motorik kasar anak kurang gizi penderita ISPA.

Pada penelitian yang penulis lakukan meninjau pada aspek pola asuh gizi yang dilakukan oleh ibu yaitu bagaimana pengaruh yang sengaja

diberikan oleh ibu kepada anaknya dalam hal merawat, memberi makan dan memberikan rangsangan pada anak. Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pola asuh gizi. Selanjutnya ingin melihat apakah ada hubungan antara pola asuh gizi ibu dengan status gizi.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan yang berguna bagi :

1. Departemen Kesehatan, bahwa ada faktor lain yang perlu diperhatikan yang mempengaruhi tumbuh-kembang anak (status gizi ) yaitu pola asuh gizi ibu terhadap anak.
2. Para ibu, bahwa peranan ibu dalam mengasuh anak adalah sangat penting untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan anaknya, sehingga akan menjadi anak yang sehat.
3. Ilmu Pengetahuan khususnya Promosi Kesehatan, bahwa salah satu cara untuk menanggulangi masalah KEP (Kurang Energi Protein) pada anak adalah dengan kegiatan preventif, sesuai motto mencegah lebih baik daripada mengobati. Kegiatan preventif yang dilakukan berupa memberikan pendidikan tentang pola asuh gizi kepada para ibu.

## **E. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum :**

Untuk mengetahui faktor - faktor pola asuh gizi ibu dengan status gizi anak umur 0-36 bulan.

### **2. Tujuan Khusus :**

1. Mendiskripsikan faktor-faktor demografi sampel, faktor predisposing (pengetahuan, sikap, pendidikan, pekerjaan dan jumlah anak), faktor enabling (pendapatan keluarga dan lingkungan rumah), konsumsi zat gizi, pola asuh gizi ibu dan status gizi anak umur 0-36 bulan.
2. Menganalisis hubungan antara faktor pengetahuan, sikap ibu tentang pola asuh gizi, pendidikan, pekerjaan dan jumlah anak dengan pola asuh gizi ibu.
3. Menganalisis hubungan antara faktor pendapatan keluarga dan lingkungan rumah dengan pola asuh gizi ibu.
4. Menganalisis hubungan antara pola asuh gizi ibu dengan status gizi anak umur 0-36 bulan.
5. Menganalisis faktor dominan yang ada pada faktor predisposing dan faktor enabling yang berhubungan dengan pola asuh gizi ibu dan status gizi anak umur 0-36 bulan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Pertumbuhan

Semua makhluk hidup selalu tumbuh mengikuti suatu kurva berbentuk huruf-S. Jika kurva tersebut digambarkan dalam satuan waktu, dapat dicandra adanya 3 fase pertumbuhan yaitu : fase pertumbuhan lambat, fase pertumbuhan eksponensial dan fase pertumbuhan stasioner. Fase pertumbuhan lambat terjadi pada awal pertumbuhan dimana hasil sintesis enzimatik awal dan perubahan faal dalam sel. Panjang pendeknya fase ini tergantung pada masukan zat gizi yang diperlukan dan keadaan faali sel dalam tubuh.

Pada fase pertumbuhan eksponensial terjadi dua kali jumlah sel dalam setiap proliferasi. Keadaan ini terjadi apabila masukan zat gizi optimal dan tidak ada faktor lain yang mengganggu. Fase pertumbuhan stasioner terjadi akibat pembatasan masukan zat gizi dan adanya gangguan faktor lain.

Pertumbuhan berkaitan dengan perubahan dalam hal besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang dapat diukur dengan ukuran berat, ukuran panjang, umur tulang dan keseimbangan metabolik. Ada 2 faktor yang mempengaruhi pertumbuhan anak, yaitu faktor genetik dan faktor interaksi lingkungan (Soetjningsih, 1995).

Faktor genetik merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses pertumbuhan anak. Melalui instruksi genetik yang terkandung dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Termasuk faktor genetik antara lain berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin dan suku bangsa. Potensi genetik yang bermutu dapat berinteraksi dengan lingkungan secara positif dapat menghasilkan pertumbuhan yang optimal.

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapainya potensi bawaan. Lingkungan ini merupakan lingkungan bio-fisiko-psiko-sosial yang mempengaruhi individu setiap hari mulai dari konsepsi sampai akhir hayat. Faktor lingkungan yang mempengaruhi pertumbuhan anak secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu : lingkungan yang mempengaruhi anak waktu masih dalam kandungan dan lingkungan yang mempengaruhi anak setelah lahir.

Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap pertumbuhan janin antara lain : gizi ibu hamil, mekanis, toksin/zat kimia, hormon endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas dan anoksia embrio. Sedangkan faktor lingkungan yang mempengaruhi anak setelah lahir meliputi : lingkungan biologis, fisiologis, psikososial dan faktor keluarga dan adat istiadat.

Lingkungan biologis meliputi : gizi, umur, jenis kelamin, ras/suku bangsa, perawatan kesehatan, penyakit dan lain-lain. Lingkungan fisik yaitu : keadaan geografis suatu daerah, sanitasi, keadaan rumah dan radiasi.

Lingkungan psikososial meliputi : stimulasi, motivasi belajar, ganjaran, kelompok sebaya, kasih sayang dan lain-lain. Sedangkan faktor keluarga meliputi : pekerjaan, pendidikan, jumlah saudara, norma lingkungan, agama dan sebagainya.

## **2. Masalah Gizi di Indonesia**

Keadaan gizi merupakan hasil resultante masukan makanan ke dalam tubuh dengan berbagai perubahan kesehatan dalam bentuk ukuran dan struktur tubuh manusia. Keadaan gizi yang baik adalah gizi optimal, sedangkan gizi lebih dan kurang merupakan keadaan gizi rendah atau disebut sebagai keadaan gizi salah. Gizi kurang merupakan semua hal yang berkaitan dengan ketidakcukupan konsumsi makanan, termasuk dalam hal penyerapan dan pencernaan makanan yang tidak sempurna serta makanan yang tidak mencukupi secara kualitas dan kuantitas, sehingga mengakibatkan penyakit sebagai gejala klinis (Khumaidi, 1994).

Keadaan gizi salah disebabkan oleh kelebihan atau kekurangan zat gizi sering kali tidak menyeluruh melainkan hanya parsial saja, yaitu hanya kekurangan atau kelebihan zat gizi tertentu saja. Oleh karena itu konsumsi makanan yang baik harus mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh dalam keadaan cukup.

Selama Pembangunan Lima Tahun (Pelita) V mulai tercapai tingkat konsumsi pangan rata-rata penduduk Indonesia, bahkan telah melampaui

jumlah kebutuhan minimum. Keadaan tersebut belum merata di setiap daerah maupun kelompok masyarakat, menurut latar belakang sosial ekonomi dan budaya. Masalah belum meratanya konsumsi pangan tersebut merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan status gizi penduduk yang tidak merata pula.

Menurut Kodyat dkk. (1992) bahwa di Indonesia sampai saat ini masih terdapat empat masalah gizi utama, yaitu kekurangan energi protein (KEP), kekurangan vitamin A (KVA), gangguan akibat kekurangan iodium (GAKI) dan kekurangan zat besi (Anemia gizi). Diantara masalah-masalah tersebut, KEP merupakan masalah yang terpenting.

Menurut Susenas tahun 1992 menunjukkan kurang energi protein (KEP) merupakan masalah gizi utama terutama pada balita. Secara nasional angka prevalensi KEP menurut parameter BB/U adalah 11,80%. Berdasarkan Susenas tahun 1995 angka prevalensi KEP meningkat, yaitu KEP total sebesar 35,0% dan KEP nyata sebesar 14,6% terdapat pada anak balita. Angka prevalensi KEP total tertinggi Propinsi Kalimantan Barat sebesar 47,8% dan terendah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 14,4%, propinsi Jawa Tengah sebesar 22,4%.

### **3. Status Gizi**

Status gizi merupakan hasil interaksi antara faktor genetik dan faktor lingkungan yang dalam hal ini adalah masukan zat gizi dan penggunaannya

oleh tubuh. Untuk menilai status gizi dapat dilakukan dengan berbagai macam, satu dengan yang lain kadang-kadang dapat digunakan bersama-sama untuk saling melengkapi.

Di Indonesia ditetapkan nilai batas untuk BB/U, BB/TB dan TB/U, berdasarkan median rujukan WHO-NCHS klasifikasi status gizi adalah sebagai berikut : gizi lebih untuk '*overweight*', termasuk obesitas untuk '*obesity*'; gizi baik untuk '*well nourished*'; gizi kurang untuk '*underweight*' yang mencakup '*mild*' dan '*moderate*' PCM; gizi buruk untuk '*severe PCM*' termasuk marasmus, *marasmic-kwashiorkor* dan *kwashiorkor*.

Sedangkan garis patokan untuk menentukan status gizi dengan Skor-z yang bernilai plus-minus 1-4 SD. Cara menghitungnya adalah berat badan nyata berdasarkan umur dikurangi median berat badan sesuai umur pada standart tabel WHO dibagi standar deviasi. Status gizi lebih apabila hasilnya diatas plus 2 SD, gizi baik apabila nilainya antara minus 2 SD sampai plus 2 SD, gizi kurang apabila nilainya kurang dari minus 2 SD dan gizi buruk apabila nilainya dibawah minus 3 SD (Soekirman, 99/200).

Penilaian status gizi yang dilakukan pada umumnya meliputi yaitu :

#### **a. Penilaian secara klinis**

Penilaian ini didasarkan pada adanya gejala dan tanda-tanda fisik yang dapat dilihat maupun diraba, seperti warna kulit dan selaput lendir dari mulut, mata perdarahan kuku dan telapak, serta tanda-tanda yang lebih serius dari kurang energi protein yang sudah lanjut, misalnya bentuk tubuh.

Kelemahan cara ini terletak pada kesukaran dalam pembakuannya sering tidak obyektif, mahal dan memerlukan ketrampilan khusus.

#### **b. Penilaian secara biokimiawi**

Metode ini berdasarkan pemeriksaan cairan tubuh seperti darah dan urin. Cara ini di lapangan kurang praktis, karena banyak menghadapi masalah teknis maupun fasilitas laboratorium untuk penentuan biokimiawi disamping biayanya relatif mahal.

#### **c. Penilaian biofisik**

Dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan morfologi jaringan. Cara ini relatif baru dalam penilaian status gizi, yang memberikan informasi penting tentang keadaan gizi pada saat sekarang maupun masa lampau. Saat ini pemeriksaan hanya dilakukan pada rambut dan mukosa pipi. Cara ini kurang praktis sebab kurang spesifik apabila tidak disertai dengan penilaian lain.

#### **d. Penilaian konsumsi makanan**

Metode pengukuran ini dilakukan dengan mengukur bahan makanan /makanan yang dikonsumsi. Ada empat cara yang dilakukan yaitu :

- 1). Menimbang semua makanan yang dimakan individu atau keluarga dalam sehari, kemudian dikonversikan menjadi sejumlah zat gizi. Cara ini diperoleh data kuantitatif makanan yang dikonsumsi dan zat gizi.
- 2). Analisa kimia duplikat/ccontoh makanan yang dimakan selama waktu tertentu.

- 3). *Recall* makanan 24 jam, menanyakan apa yang dimakan individu/keluarga sehari sebelum wawancara
- 4). *Diary method*, cara ini bersifat kualitatif, responden mencatat apa yang dimakan setiap waktu makan.

Cara ini kurang efisien karena memerlukan banyak tenaga, waktu dan biaya, sehingga kurang praktis.

#### **e. Penilaian antropometri**

Jelliffe (1994) memerikan tiga macam pengukuran antropometri gizi adalah :

- 1). masa tubuh, ditetapkan dengan berat badan
- 2). dimensi linear, terutama ditetapkan dengan tinggi/panjang badan dan lingkaran bagian tubuh tertentu
- 3). komposisi tubuh dan cadangan energi dan protein, terutama diukur dengan jaringan lunak.

Cara ini relatif mudah, praktis, murah, obyektif dan dapat dilakukan oleh setiap orang yang sudah dilatih. Pengukuran antropometri ini merupakan cara yang dianjurkan, karena hampir semua bagian tubuh dapat diukur dan dilaksanakan dalam waktu singkat serta dapat memberi gambaran yang jelas mengenai keadaan gizi anak terutama anak balita. Pada keadaan-keadaan tertentu harus dilakukan pula pemeriksaan biokimia dan klinis.

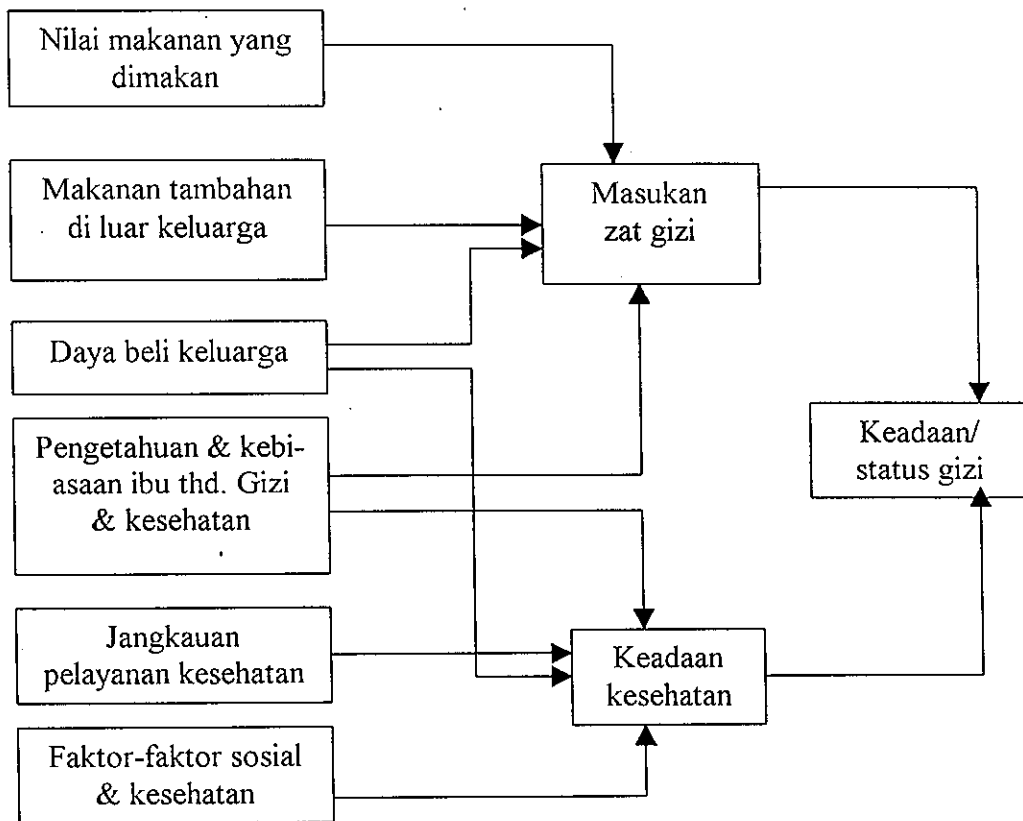
Pengukuran berat dan tinggi badan menurut umur menjadi pilihan utama di Indonesia. Menurut Suyitno (1983) berat badan merupakan

pengukuran yang paling sering digunakan atau yang paling berarti. Berat badan merupakan pengukuran tunggal yang paling utama di antara berbagai pengukuran antropometri. Pengukuran ini menurut Johnston dan Lampl (1984) merefleksikan secara kasar masukan, penggunaan dan keluaran zat-zat gizi dalam tubuh.

Penyajian dengan menggunakan berat badan dibanding umur (BB/U) juga memiliki keuntungan tersendiri, ialah bahwa BB/U merupakan indikator yang mendasar dan absah untuk penentuan keadaan gizi terutama gizi kurang, baik dalam bentuk kronis maupun akut. Dan secara umum BB/U merupakan indikator yang cukup terandal terutama apabila digunakan untuk anak umur 0-2 tahun (Satoto, 1990).

### **3.1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi**

Menurut Call dan Levinson (1970) bahwa status gizi secara langsung dipengaruhi oleh konsumsi zat gizi dan keadaan kesehatan/infeksi. Konsumsi zat gizi dipengaruhi oleh pengetahuan dan kebiasaan ibu terhadap gizi dan kesehatan, daya beli keluarga, makanan tambahan di luar keluarga dan nilai makanan yang dimakan. Dan keadaan kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial & lingkungan dan lain-lain. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi selengkapnya dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 1. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi  
(Call dan Levinson, 1970).

Menurut Blum (1974), bahwa status kesehatan individu maupun masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu : lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Faktor perilaku selain berpengaruh langsung terhadap status kesehatan individu dan masyarakat juga berpengaruh terhadap lingkungan, pelayanan kesehatan dan keturunan.

Dalam penelitian ini status kesehatan adalah status gizi batita dan dipengaruhi oleh perilaku kesehatan dalam hal ini adalah perilaku

pengasuhan ibu terhadap anak batita, meliputi cara merawat, memberi makan, memberikan stimulus dan interaksi ibu-anak.

Faktor lain yang mempengaruhi status gizi adalah pola pengasuhan anak, yang berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan, status gizi, pendidikan umum, pengetahuan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, adat kebiasaan keluarga dan masyarakat dan lain-lain dari ibu atau pengasuh anak (Soekirman, 99/2000).

#### **4. Perilaku Kesehatan**

Menurut Smet (1994), perilaku kesehatan adalah perilaku yang secara sengaja dilakukan dalam kaitannya dengan kesehatan. Sedangkan Sarwono (1993) menyatakan perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan yang merupakan respon seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dalam dirinya sendiri.

Notoatmodjo (1993) mengatakan bahwa respon seseorang dapat bersifat pasif (tanpa tindakan, berfikir, berpendapat, bersikap) dan juga

bersifat aktif (melakukan tindakan). Bentuk operasional perilaku dapat dikelompokkan dalam tiga bentuk, yaitu :

- a. Perilaku dalam bentuk pengetahuan, dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar diri si-subyek
- b. Perilaku dalam bentuk sikap, tanggapan batin terhadap keadaan atau rangsangan dari luar diri si-subyek
- c. Perilaku dalam bentuk tindakan yang nyata, berupa perbuatan terhadap situasi atau rangsangan dari luar.

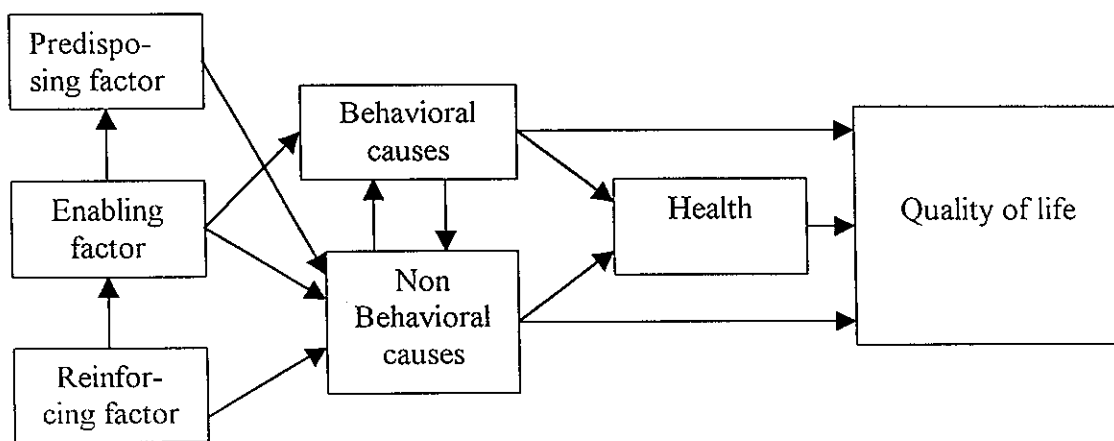
Green (1991) berpendapat bahwa ada tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat atau individu, sehingga individu/masyarakat tersebut akhirnya dapat berubah, yaitu :

- a. Faktor dasar (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, unsur-unsur lain yang ada dalam diri individu/masyarakat, faktor demografi (umur, jenis kelamin).
- b. Faktor pendukung (*enabling factors*), mencakup sumber daya, lingkungan fisik, fasilitas, jarak, sarana transportasi dan lain-lain
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku dari orang lain, seperti orang tua, petugas kesehatan, teman dan tetangga.

Dengan melihat teori tersebut, bahwa perilaku individu atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan dan sebagainya dari individu/masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu

tersedianya fasilitas, sumber daya dan sikap perilaku para petugas kesehatan, orang tua, teman terhadap kesehatan, akan memperkuat dan mendukung terbentuknya perilaku.

Secara jelas gambaran perilaku kesehatan menurut L. Green dapat dilihat pada gambar skema berikut ini.



Gambar 2. Skema Perilaku Kesehatan Menurut Green (1991)

## 5. Pola Asuhan Ibu

Sayekti (1984) mengatakan bahwa asuhan merupakan pengaruh yang dengan sengaja diberikan oleh orang tua kepada anaknya. Dan setiap orang tua mempunyai pola pengasuhan tertentu kepada anak. Dengan demikian perilaku dalam pengasuhan anak berbeda antar orang tua, yang dipengaruhi oleh banyak faktor.

### 5.1. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pola Asuh

Menurut Hurlock dikutip Sayekti (1994) peran pengasuh serta interaksi yang terjadi antara pengasuh dan anak menjadi sangat penting, karena perkembangan anak secara umum termasuk dominasi dan perkembangan kognitif banyak ditentukan oleh pola pengasuhan dan peran pengasuh.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pola asuh gizi yang dikemukakan oleh beberapa penulis yaitu sebagai berikut :

Faktor Pengetahuan : pengetahuan tentang gizi pada umumnya dapat membentuk sikap dalam diri seseorang dan mempengaruhi perilaku kesehariannya. Tingginya tingkat pengetahuan gizi dari seseorang pengasuh akan membentuk sikap positif terhadap masalah gizi yang pada gilirannya dari pengertian dan sikap tersebut akan mendorong untuk menyediakan makanan sehari-hari dalam jumlah yang mencukupi kebutuhan zat gizi anak (Sediaoetama, AD, 1993).

Faktor sikap : sikap manusia terhadap makanan banyak dipengaruhi oleh pengalaman dan respons yang diperlihatkan oleh orang lain terhadap makanan sejak masa kanak-kanak. Pengalaman yang diperoleh ada yang dirasakan menyenangkan dan tidak menyenangkan, sehingga setiap individu dapat bersikap suka dan tidak suka. Para ibu menyatakan sikapnya terhadap anak melalui pemberian makanan, kasih sayang dan lain-lain (Suhardjo, 1996). Menurut Ancok (1989), bahwa seseorang yang bersikap setuju/positif

berarti mendukung sesuatu. Semakin banyak yang positif akan semakin positif sikap yang terbentuk dan sebaliknya.

Faktor pendidikan : orang tua yang telah mendapatkan kursus dalam mengasuh anak lebih mengerti anak dan kebutuhannya, lebih menggunakan teknik demokratis dibanding tidak mendapat latihan. Semakin berpendidikan, semakin mereka menyukai disiplin demokratis (Hurlock, 1993). Orang tua atau keluarga dalam mendidik anak dipengaruhi oleh pendidikan yang ditempuh orang tua, semakin tinggi pendidikan maka pola asuh yang diterapkan berbeda apabila dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah bahkan tidak mengenyam pendidikan formal (Kahar, A. 1990).

Faktor pekerjaan : bahwa pola asuh berhubungan dengan kualitas dan kuantitas interaksi antara ibu dengan anak. Dengan demikian makin lama waktu berinteraksi antara ibu dan anak, maka diharapkan pengasuhan anak makin baik. Dalam hal ini orang tua makin mengerti dan memahami semua yang dibutuhkan oleh anak (Satoto 1990). Ibu yang tidak bekerja mempunyai waktu interaksi yang lebih lama dibanding ibu yang bekerja.

Faktor jumlah anak dalam keluarga : seorang anak yang berasal dari sebuah keluarga yang besar, sikap dan perilakunya cenderung otoriter. Anak dari keluarga kecil apabila kondisi lain sama cenderung lebih kreatif dari anak keluarga besar. Dalam keluarga besar cara mendidik anak yang otoriter dan kondisi sosial ekonomi yang kurang baik dapat menghambat kreatif. Disiplin lebih sering dibutuhkan dalam keluarga besar dan semakin banyak anak

dalam keluarga semakin kurang perhatian dan pengawasan dari orang tua. Dan semakin besar keluarga maka pola asuh yang diterapkan cenderung otoriter serta keluarga kecil secara demokratis (Hurlock, 1993).

Faktor ekonomi keluarga : orang tua kelas menengah dan rendah cenderung lebih keras, mamaksa dan kurang toleran dibandingkan mereka dari kelas atas dan lebih konsisten. Anak dari kelompok ekonomi tinggi lebih mudah belajar berbicara, mengungkapkan dirinya dan lebih banyak berbicara daripada kelompok ekonomi rendah. Hal tersebut karena anak dari kelompok ekonomi tinggi lebih banyak didorong untuk lebih banyak berbicara dan lebih banyak dibimbing (Hurlock, 1993).

Faktor lingkungan : lingkungan yang merangsang merupakan salah satu pendorong perkembangan kemampuan anak (fisik dan mental) yang baik. Lingkungan yang tidak merangsang menyebabkan perkembangan anak dibawah kemampuannya. Orang tua yang bertempat tinggal dalam budaya tradisional dalam mengasuh anak cenderung bersifat otoriter dan pada budaya yang modern berpola asuh demokratis (Hurlock, 1993).

Dalam mengasuh anak orang tua harus mengingat pula adanya kebutuhan dasar yang diperlukan oleh anak guna menunjang pertumbuhan dan perkembangannya. Soetjiningsih (1995) kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang digolongkan dalam tiga kebutuhan dasar yaitu meliputi : asuh, asih dan asah. Asuh merupakan kebutuhan fisik-biomedis meliputi :

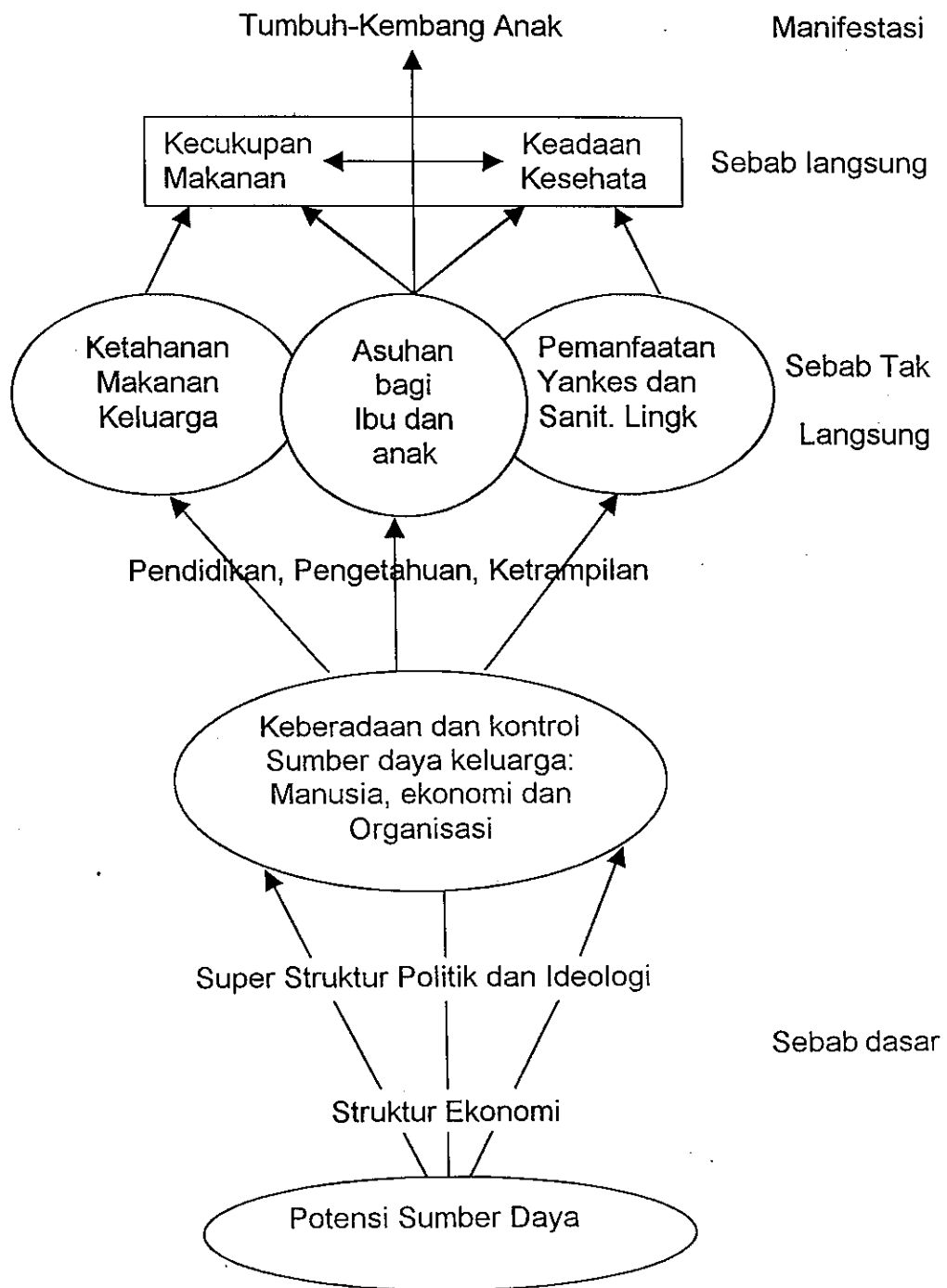
UPT-PUSTAK-UNDIP

pangan/gizi, perawatan kesehatan dasar, papan/pemukiman, higiene perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kesegaran jasmani dan rekreasi.

Asih merupakan kebutuhan emosi/kasih sayang. Pada tahun-tahun pertama kehidupan seseorang, hubungan yang hangat antara ibu dengan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras baik fisik, mental dan psikososial. Berperannya ibu sedini dan selanggeng mungkin akan menjalin rasa aman bagi bayinya. Hal ini diwujudkan dengan kontak fisik dan psikis sedini mungkin, misalnya dengan menyusui sesegera mungkin setelah lahir. Kasih sayang dari orang tuanya akan menciptakan ikatan yang erat dan kepercayaan dasar bagi anak.

Asah merupakan kebutuhan stimulasi mental. Stimulasi mental merupakan cikal bakal dalam proses belajar pada anak. Stimulasi mental ini mengembangkan perkembangan mental psikososial, kecerdasan, ketrampilan, kemandirian, kreatifitas, agama, kepribadian, moral, etika, dan produktifitas.

Menurut Unicef dan Jonsson 1992 (dalam Soetjiningsih, 1995), bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak dibedakan atas sebab langsung yaitu kecukupan makanan dan keadaan kesehatan, sebab tak langsung yaitu asuhan bagi ibu dan anak, ketahanan makanan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan dan lain-lain serta sebab dasar. Selengkapny model yang mempengaruhi tumbuh kembang anak dapat digambarkan sebagai berikut



Gambar 3 : Model Interelasi Tumbuh Kembang anak (Unicef&Jonsson, 1992)

Pengasuhan yang paling baik diberikan kepada anak pada umur sebelum tiga tahun. Beberapa eksperimen menunjukkan bahwa apabila pengaruh diberikan ketika anak berumur 0 – 3 tahun akan membawa hasil yang berarti. Ada bukti yang nyata menunjukkan bahwa dampak intervensi dini anak batita lebih kuat jika dibandingkan dengan hasil pengaruh yang diberikan ketika anak sudah besar (Nur'aeni, 1997).

Menurut Meichati (dalam Dayakisni, 1988), pola asuh merupakan gaya pendidikan orang tua terhadap anak atau perlakuan orang tua kepada anaknya dalam rangka memenuhi kebutuhan memberikan perlindungan dan mendidik anak dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan pengertian pola asuh menurut Hurlock, 1993 adalah suatu metode disiplin yang ditetapkan orang tua terhadap anaknya. Metode disiplin meliputi dua konsep yaitu pertama konsep negatif, disiplin berarti pengendalian dengan kekuasaan luar, hal ini merupakan suatu bentuk pengekangan melalui cara yang tidak disukai dan menyakitkan. Kedua konsep positif, disiplin berarti pendidikan dan bimbingan yang lebih menekankan pada disiplin dan pengendalian diri.

Menurut Hurlock (1993) pola asuh orang tua kepada anak terdiri dari tiga macam tipe yaitu :

**a. Pola asuh otoriter**

Orang tua memberikan peraturan yang kaku dan memaksa anak untuk bertingkah laku sesuai kehendak orang tua, tidak ada komunikasi timbal balik, hukuman yang diberikan tanpa alasan dan jarang diberi hadiah.

**b. Pola asuh demokratik**

Orang tua memberikan peraturan yang luwes serta memberikan penjelasan bagi peraturan dan perilaku yang diharapkan, ada komunikasi timbal balik, memberikan hadiah dan hukuman yang diberi penjelasan.

**c. Pola asuh permisif**

Orang tua memberikan kebebasan penuh kepada anak terhadap langkah yang akan dilakukannya, tidak pernah memberikan penjelasan dan pengarahan terhadap tingkah laku anak, hampir tidak pernah ada hadiah dan hukuman.

Ada beberapa aspek yang perlu diketahui dari ketiga tipe pola asuh adalah sebagai berikut :

**a. Aspek-aspek pola asuh otoriter terdiri dari :**

- 1). Keluarga sebagai milik orang tua saja;  
dalam aspek ini anak tidak diberi hak untuk membuat kebijakan atau peraturan yang ditetapkan dalam keluarga.
- 2). Tujuan orang tua berarti tujuan keluarga;  
semua keputusan anak harus sesuai dengan tujuan orang tua.
- 3). Orang tua menganggap anak sebagai alat;  
anak harus siap apabila diberikan tugas atau perintah oleh orang tua.
- 4). Orang tua tidak mau menerima kritik atau pendapat anak. Anak tidak diperkenankan untuk memberi kritik, saran dan pendapat kepada orang tua.

5). Orang tua terlalu bergantung atas kekuasaan formalnya;

orang tua merasa memiliki kedudukan yang lebih tinggi dari anak sehingga orang tua bebas melakukan segala sesuatu tanpa kompromi.

6). Orang tua menggunakan pendekatan yang mengandung unsur paksaan dan punitif;

orang tua dalam tindakan penggerakannya bersifat memaksa dan apabila anak gagal dalam pelaksanaan tugas maka akan diberi sanksi atau hukuman, Siagian (dalam Manurung, 1995).

**b. Aspek pola asuh demokratis terdiri dari :**

1). Aspek kognitif;

dalam menanamkan disiplin tidak lepas dari mengembangkan pengertian-pengertian dan karena itu harus disesuaikan dengan perkembangannya.

2). Kasih sayang;

kasih sayang sebagai dasar untuk menciptakan hubungan dengan anak, agar anak tidak merasa dipaksa berbuat sesuatu di luar kemauannya.

3). Hukuman;

diartikan sebagai sikap tegas, konsekuen dan konsisten dengan dasar bahwa yang dihukum bukan anak atau perasaan anak, melainkan perbuatannya yang melanggar aturan (Gunarsa dan Gunarsa, 1995).

Menurut Baumrind (dalam Musen, 1989) mengemukakan aspek pola asuh demokratis yaitu :

1). Kontrol orang tua;

orang tua bersikap hangat, mengasihi, mendukung penuh kesadaran dan berkomunikasi dengan baik dengan anak mereka.

2). Tuntutan kedewasaan;

orang tua menghargai kemandirian dan keputusan anak.

3). Kejelasan komunikasi;

orang tua menanyakan pendapat dan perasaan anak.

4). Asuhan orang tua;

kehangatan (cinta kasih, perawatan) dan keterlibatan (pujian dan kegembiraan atas keberhasilan anak).

**c. Aspek pola asuh permisif terdiri dari :**

1). Kontrol terhadap anak sangat longgar.

2). Hukuman dan hadiah tidak pernah diberikan.

3). Anak menentukan semua keputusannya sendiri.

4). Orang tua bersikap masa bodoh terhadap anak

5). Pendidikan bersifat bebas (Proboningrum, 1993).

Ciri-ciri orang tua yang menerapkan menurut tipe pola asuh adalah sebagai berikut :

**a. Otoriter, ciri-cirinya :**

1). Orang tua menentukan apa yang perlu diperbuat oleh anak tanpa memberikan penjelasan tentang alasannya.

- 2). Apabila anak melanggar ketentuan yang sudah digariskan oleh orang tua, anak tidak diberi kesempatan untuk memberikan alasan dan penjelasan sebelum hukuman diterima anak.
- 3). Pada umumnya hukuman berujud hukuman fisik.
- 4). Orang tua jarang atau tidak pernah memberikan hadiah, baik yang berupa kata-kata maupun bentuk lain apabila anak berbuat sesuai dengan harapan orang tua.

**b. Demokratik, ciri-cirinya :**

- 1). Apabila anak melakukan suatu tugas, orang tua memberikan alasan atau penjelasan perlunya hal itu dilakukan.
- 2). Apabila anak melanggar peraturan yang telah ditetapkan, anak diberi kesempatan untuk memberikan alasan mengapa ketentuan itu dilanggar sebelum anak menerima hukuman, tergantung kepada besar kecilnya pelanggaran.
- 3). Hadiah atau pujian diberikan oleh orang tua untuk perilaku yang diharapkan.

**c. Permisif, ciri-cirinya :**

- 1). Dapat dikatakan tidak ada aturan yang diberikan oleh orang tua, anak diperkenankan berbuat sesuai dengan apa yang dipikirkan anak.
- 2). Tidak ada hukuman, karena tidak ada aturan yang dilanggar.
- 3). Adanya anggapan bahwa anak akan belajar dari akibat tindakannya yang salah:

- 4). Tidak ada hadiah, karena pendekatan sosial akan merupakan hadiah yang memuaskan (Hurlock, 1993).

Dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam mencakup pengetahuan, sikap, pendidikan, persepsi, motivasi, pekerjaan dan lain-lain. Faktor luar meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti manusia, ekonomi, budaya dan sebagainya.

Perilaku dalam penelitian ini adalah pola asuh ibu terhadap anak, dipengaruhi oleh *pertama pengetahuan*. Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. *Kedua sikap orang tua*, akan mempengaruhi cara mereka memperlakukan anak dan perlakuan anak terhadap orang tua selanjutnya menentukan hubungan keluarga. *Ketiga pendidikan*, orang tua berpendidikan tinggi mempunyai pengaruh terhadap perkembangan anak. *Keempat pekerjaan*, pengaruh ibu yang bekerja mempengaruhi hubungan ibu dan anak, hal ini tergantung pada usia anak pada waktu ibu mulai bekerja.

*Faktor kelima jumlah anak*, semakin besar keluarga (anak) semakin besar jumlah sistem interaksi dan biasanya semakin besar perselihan di rumah. *Keenam ekonomi (pendapatan)*, mempengaruhi keharmonisan hubungan orang tua dengan anak. Keluarga dengan ekonomi kurang kebutuhan anak mungkin tidak dapat terpenuhi. *Ketujuh lingkungan fisik yaitu*

*keadaan rumah* untuk mengasuh anak akan berpengaruh terhadap perkembangan anak(Hurlock, 1993)

#### **6. Peranan Ibu dalam Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.**

Keluarga merupakan lingkungan pertama dan utama dalam kehidupan seseorang anak. Dari ibu dan anggota keluarga yang lain, anak akan mendapatkan segala kebutuhan jasmani dan rohaninya. Mengingat pentingnya tahun pertama kehidupan anak berada pada umur tiga tahun pertama kehidupannya, maka peran ibu sangatlah penting bagi perkembangan anak, karena dalam perkembangannya anak tidak dapat tumbuh dan berkembang tanpa bantuan orang lain. Dalam hal ini anak akan bergantung pada ibu, terutama melalui saat pengasuhan ibu terhadap anak yang sangat erat kaitannya dengan fungsi kelekatan. Oleh karena itulah hubungan antara ibu dan anak menjadi erat khususnya pada masa awal pertumbuhan dan perkembangan karena sering mengadakan kontak fisik maupun psikis dengan anak (Monks dkk, 1984).

Hal tersebut dikuatkan oleh data dari Biro Pusat Statistik tentang penggunaan waktu ibu tahun 1992, yang menunjukkan bahwa penggunaan waktu ibu untuk kegiatan rumah tangga terutama untuk mengasuh anak cukup besar.

Susunan makanan yang memenuhi kebutuhan gizi tubuh pada umumnya dapat menciptakan status gizi yang memuaskan. Status gizi anak

balita dihasilkan oleh pemeliharaan kesehatan orang tua terutama ibu, yang mempunyai peranan yang besar pada saat melakukan pengasuhan sehingga dapat menentukan status gizi balita.

Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh banyak faktor dan yang dominan adalah faktor keluarga terutama ibu. Menurut Satoto (1990), bahwa faktor luar yang pengaruhnya paling kuat terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak adalah lingkungan asuhan anak, terutama interaksi ibu-anak dan stimulasi keluarga. Hal ini dapat dipahami karena anak lahir, tumbuh dan berkembang dalam keluarga yang merupakan lingkungan pertama pada masa kehidupannya.

Kasih sayang ibu sangat penting bagi perkembangan psikhis anak yang sehat, sama pentingnya dengan pemberian vitamin dan protein bagi perkembangan biologis. Perawatan anak di yayasan sangat tidak baik, karena mereka memandang bahwa anak sebagai makhluk biologis daripada sebagai makhluk psikologis dan sosial yang berperasaan (Rahayu, 1998).

Ada empat tahap peran orang tua sehubungan dengan tahap pertumbuhan anak yaitu :

- a. Sebagai pengasuh; orang tua harus memperhatikan segala kebutuhan anak.
- b. Sebagai penguasa; orang tua membatasi aktifitas anak dengan tujuan agar terhindar dari bahaya, berarti untuk keselamatan anak.
- c. Sebagai konsultan; orang tua membantu dalam menyelesaikan masalah

yang dihadapi anak.

- d. Sebagai teman dialog; peran ini terjadi apabila anak meninggalkan rumah dan telah mendapat kemandirian sosial dan finansial (Rosariyanto, 1987).

Menurut Suharsono (2000), bahwa peranan ibu sangat penting sesuai dengan peribahasa "surga di bawah telapak kaki ibu"; sang ibulah yang membangun surga bagi anak-anaknya di masa depan. Karena ibu adalah lingkungan pendidikan yang paling dini dalam membentuk kepribadian, kecerdasan, mentalitas dan pertumbuhan anak.

## **7. Cara Mengasuh Anak Pada Umumnya di Indonesia**

Bagaimanakah kebanyakan orang tua mengasuh anaknya di Negara Indonesia ? Jawaban secara umum adalah sulit, karena Indonesia terdiri dari berbagai macam etnis yang mempunyai kebudayaan sendiri-sendiri dalam mengasuh anak. Meskipun demikian ada aspek-aspek tertentu yang umumnya dilakukan oleh kebanyakan orang tua dalam mengasuh anaknya.

Menurut Rahayu (1986), pemberian kasih sayang dan kepuasan emosional pada masa anak ketika masih kecil sudah cukup dilakukan oleh orang tua. Orang tua cukup menuruti kehendak anak, disiplin tidak terlalu ketat dan pemberian makanan atau minuman sesuai dengan kehendak anak. Dengan demikian tidak ada aturan yang jelas dalam mengasuh anak pada umumnya. Pada dasarnya dalam mengasuh anak, orang tua hanya

berpedoman bahwa agar anak tidak nakal, sehingga orang tua dapat bekerja dengan tenang.

Dalam mengasuh anak kebanyakan orang tua merasa sudah cukup memenuhi kewajiban sebagai orang tua apabila sudah memberikan makan, minum dan pakaian yang cukup serta kebutuhan-kebutuhan fisik yang lain kepada anak. Tetapi untuk kebutuhan psikis, mereka tidak mengetahui. Mereka tidak mengerti bahwa mulai pada masa anak-anak sudah ada kebutuhan psikis yang perlu dipenuhi. Apabila ada masalah-masalah tingkah laku, orang tua mencari sebabnya pada masalah-masalah fisik saja, misalnya mengira anaknya sakit dan sebagainya.

Meskipun tidak sepenuhnya dapat mengganti fungsi ibu, namun dalam kebudayaan Indonesia ada pengasuh-pengasuh lain seperti nenek, kakak, bibi atau pembantu. Anak dapat menjalin tingkah laku lekatnya dengan orang-orang pengganti ibunya, biasanya dilakukan secara bertingkat, misalnya kakaknya yang nomer satu dilekati, kemudian pembantunya, lalu bibi dan akhirnya nenek. Pengasuhan ganda tersebut dilakukan sekedar dapat mengisi kekosongan obyek kelekatan yang terjadi karena ditinggal oleh ibu. Dalam keadaan pengasuh ganda seperti kebanyakan keluarga Indonesia, maka lingkungan anak tetap ada strukturnya. Anak dapat memilih obyek-obyek kelekatan tersebut dengan tetap.

Pengasuhan ganda yang merupakan keadaan yang hampir umum di Indonesia itu merupakan keadaan yang jauh lebih baik daripada anak hanya mempunyai satu obyek kelekatan saja dan kebetulan obyek kelekatan tadi tidak ada. Yang penting bahwa anak harus diberi kesempatan untuk mengembangkan tingkah laku lekatnya itu tertuju pada satu orang atau pada beberapa orang secara tingkat pilihan.

Kelemahan asuhan ganda adalah seringkali garis-garis disiplin tidak jelas, karena setiap pengasuh ingin mengenakan sistem pendisiplinannya sendiri. Sering ada keluhan seorang ibu yang anaknya nakal karena dimanja oleh neneknya.

Pemberian stimulus awal yang diperlukan untuk memacu perkembangan kognisi, belum banyak dilakukan oleh orang tua secara sengaja. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya pengertian tentang teori-teori yang bersangkutan dengan perkembangan kognisi atau daya berpikir dan kecerdasan anak.

Menurut hasil survei yang dilakukan oleh Fakultas Psikologi Universitas Indonesia tahun 1989, bahwa perkembangan kecerdasan anak ditentukan oleh faktor peranan orang tua dibandingkan dengan faktor bawaan dan lingkungan lainnya. Mereka percaya bahwa di tangan orang tua usaha mencerdaskan anak dapat dilakukan (Aswin, 2000).

## **8. Pola Asuh Gizi**

Menurut Marian Zetlin (dalam Widya Karya Nasional Pangan & Gizi, 2000), mengatakan bahwa pola asuh gizi adalah praktek di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak.

Sedangkan aspek-aspek yang perlu diperhatikan dalam pola asuh gizi adalah sebagai berikut :

- a. perawatan dan perlindungan bagi ibu
- b. praktek menyusui dan pemberian makanan pendamping ASI
- c. pengasuhan psiko-sosial
- d. penyiapan makanan
- e. kebersihan diri dan sanitasi lingkungan
- f. prakrek kesehatan di rumah dan pola pencarian pelayanan kesehatan.

## **B. Kerangka Teori dan Konsep Penelitian**

### **1. Kerangka Teori**

Status gizi secara langsung dipengaruhi oleh konsumsi zat gizi dan keadaan penyakit. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap konsumsi zat gizi adalah pengetahuan dan kebiasaan ibu terhadap pemberian zat gizi dan kesehatan, dalam hal ini adalah termasuk perilaku dalam mengasuh

yang dilakukan oleh ibu terhadap anak (Call & Levinson, 1970 dan Unicef & Jonsson, 1992).

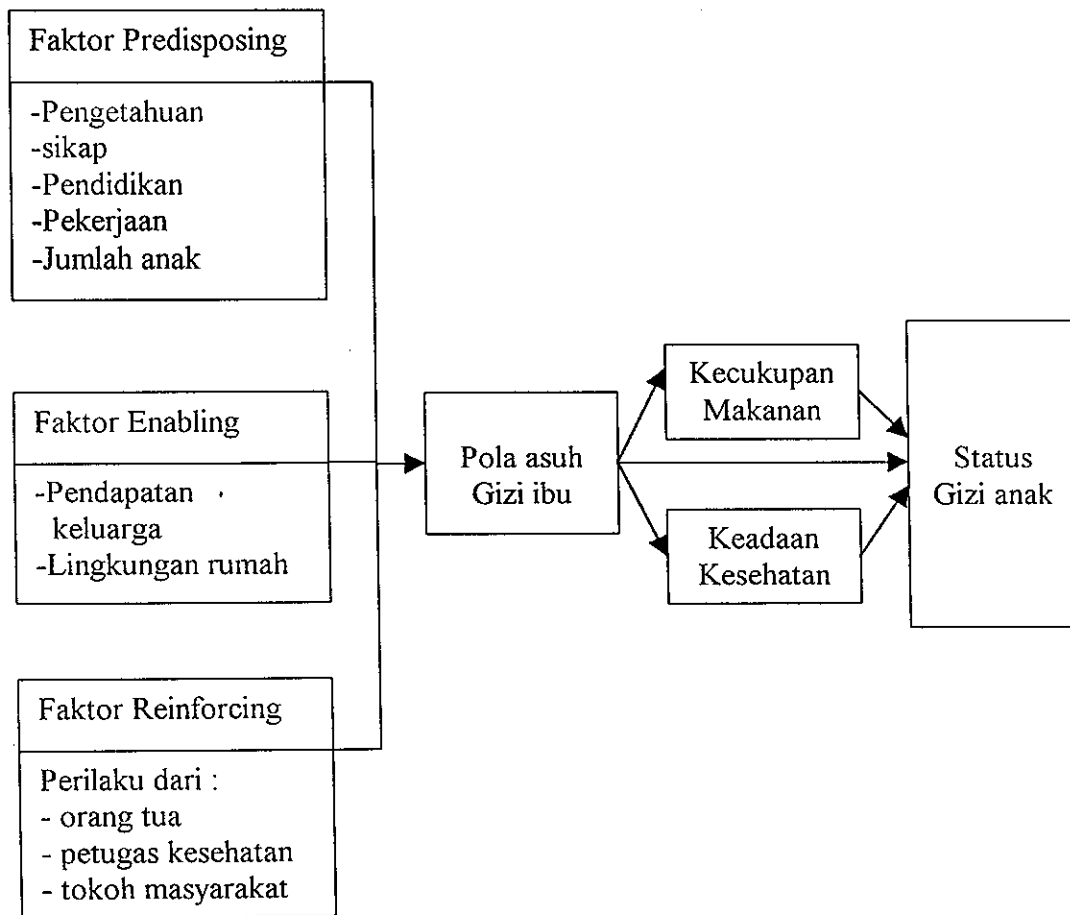
Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan derajat kesehatan adalah status gizi, yang dipengaruhi oleh praktek ibu dalam pola pengasuhan anak.

Menurut Green, perilaku kesehatan berhubungan dengan :

- 1). Faktor dasar (*predisposing*), yaitu meliputi pengetahuan tentang gizi dan kesehatan,, sikap terhadap gizi dan kesehatan, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan dan jumlah anak.
- 2). Faktor pendukung (*enabling*), yaitu pendapatan keluarga dan lingkungan rumah.
- 3). Faktor pendorong (*reinforcing*), yaitu perilaku dari orang tua, petugas kesehatan dan tokoh masyarakat.

Berdasarkan uraian dalam tinjauan pustaka dan dengan melihat tujuan penelitian yang telah ditetapkan, maka disusun kerangka teori penelitian dengan menggabungkan teori menurut Call & Levinson, menurut Unicef & Jonsson dan menurut Green. Status gizi menurut Levinson secara langsung dipengaruhi oleh kecukupan makanan/gizi dan keadaan kesehatan. Selanjutnya kecukupan makanan dan keadaan kesehatan dipengaruhi oleh pola asuh ibu dan pola asuh ibu juga dapat mempengaruhi langsung terhadap status gizi. Praktek ibu dalam pola asuh menurut L. Green dipengaruhi oleh faktor *predisposing*, faktor *enabling* dan faktor *reinforcing*.

Selengkapnya dapat dilihat pada gambar kerangka teori yang tertera pada berikut dibawah ini.

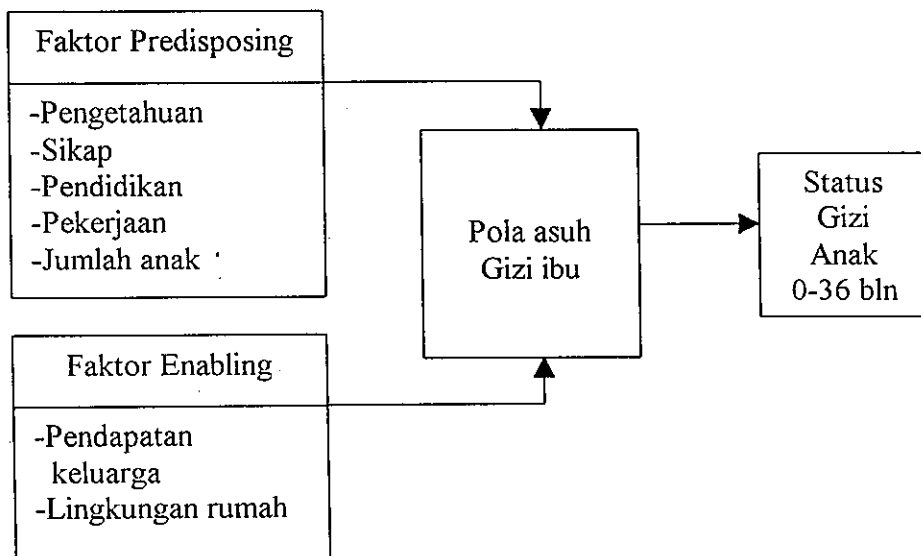


Gambar 4. Kerangka Teori Penelitian (Gabungan Teori Green, Call & Levinson, dan Unicef & Jonsson)

## 2. Kerangka Konsep

Agar penelitian sesuai dengan tujuan yang ditetapkan, perlu diarahkan dengan kerangka pikir yang dituangkan dalam kerangka konsep penelitian.

Menurut Green, faktor penyebab langsung perilaku kesehatan secara berurutan dimulai dari faktor *predisposing*, faktor *enabling* dan faktor *reinforcing*. Faktor *reinforcing* merupakan faktor penyerta, yang datang sesudah perilaku terjadi. Berdasarkan hal tersebut dan berdasarkan pertimbangan waktu, biaya dan tenaga yang ada, maka disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Gambar 5. Kerangka Konsep Penelitian

Status gizi batita salah satunya dipengaruhi oleh pola asuh gizi ibu, dalam hal ini bagaimana dalam menyediakan makanan/zat gizi bagi batita, merawat sehingga anak tidak terkena penyakit. Pola asuh gizi ibu berhubungan dengan faktor dari dalam diri ibu sendiri yaitu berupa faktor

*predisposing* (pengetahuan tentang gizi dan kesehatan, sikap terhadap gizi dan kesehatan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan jumlah anak) dan faktor dari luar diri ibu berupa faktor *enabling* (pendapatan dan lingkungan rumah).

### **C. Hipotesis Penelitian**

1. Ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang pola asuh gizi dengan pola asuh gizi ibu anak umur 0-36 bulan.
2. Ada hubungan antara sikap ibu terhadap pola asuh gizi dengan pola asuh gizi ibu anak umur 0-36 bulan.
3. Ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan pola asuh gizi ibu anak umur 0-36 bulan.
4. Ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan pola asuh gizi ibu anak umur 0 - 36 bulan.
5. Ada hubungan antara Jumlah anak dengan pola asuh gizi ibu anak umur 0 - 36 bulan.
6. Ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan pola asuh gizi ibu anak umur 0-36 bulan.
7. Ada hubungan antara lingkungan rumah dengan pola asuh gizi ibu anak umur 0-36 bulan.
8. Ada hubungan antara pola asuh gizi ibu dengan status gizi anak umur 0-36 bulan.

## **BAB III**

### **METODA PENELITIAN**

#### **A. Bahan/materi Penelitian**

##### **1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian diskriptif analitik dengan menggunakan metode survei dan bersifat *explanatory* (penjelasan), yaitu menjelaskan hubungan antara variabel melalui pengujian hipotesa (Singarimbun dkk, 1989). Menggunakan pendekatan *cross-sectional*, dimana pengamatan dilakukan dalam waktu yang sudah ditentukan oleh peneliti dengan mengamati beberapa variabel dan pengamatan dilakukan sekali saja (Pratiknya, 1986).

##### **2. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian di Kabupaten Demak. Pemilihan lokasi ini didasarkan pertimbangan bahwa menurut hasil pemantauan status gizi (PSG) tahun 2001 menunjukkan angka status gizi kurang sebesar 18,63% dan masih terdapat status gizi buruk sebesar 1,17%, sehingga KEP total sebesar 19,80%. Angka tersebut masih tergolong tinggi untuk Propinsi Jawa Tengah jika dibandingkan dengan kabupaten lain.

Disamping itu besarnya masalah gizi di Kabupaten Demak tersebut juga mendapat perhatian dari Dewan Pimpinan Daerah Persatuan Ahli gizi

(PERSAGI) Jawa Tengah. Baru-baru ini Dewan Pimpinan Daerah Persatuan Ahli Gizi (PERSAGI) Jawa Tengah menggelar bakti sosial di salah satu Kecamatan di Kabupaten Demak dalam rangka untuk menanggulangi masalah gizi tersebut (Suara Merdeka : 12 Desember 2001).

Dari seluruh Puskesmas yang ada di Kabupaten Demak, diambil satu Puskesmas untuk dijadikan lokasi penelitian, yaitu Puskesmas Wonosalam II. Penentuan Puskesmas Wonosalam II karena Prevalensi KEP total termasuk tinggi jika dibandingkan dengan Puskesmas lain, yaitu sebesar 10,13%. Pertimbangan lain yaitu bahwa berdasarkan prasarvei daerahnya mudah dijangkau, masyarakatnya mudah diajak kerja sama dan terbuka sehingga memudahkan dalam penelitian. Wilayah kerja Puskesmas Wonosalam II terdiri dari 10 desa dan dipilih semua untuk dijadikan daerah penelitian.

### **3. Populasi dan Sampel Penelitian.**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu dari anak yang berumur 0-36 bulan dan anaknya yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Wonosalam II. Berdasarkan laporan bulanan Puskesmas tentang kegiatan UPGK di Posyandu bulan Maret 2002, tercatat jumlah batita untuk populasi berjumlah 1127 orang.

Sampel dalam penelitian ini adalah ibu dari anak yang berumur 0-36 bulan dan anaknya, ibu dapat memberi keterangan pada waktu diwawancarai dan anaknya dalam keadaan sehat. Sampel dipilih secara kelompok atau

gugus (*cluster sampling*), yaitu dari kelompok-kelompok desa terpilih. Untuk menentukan besar sampel penelitian menggunakan cara estimasi proporsi, yang rumusnya sebagai berikut :

$$d = z \times \sqrt{\frac{p \times q \times N - n}{n \times N - 1}}$$

Keterangan :

- d = Penyimpangan terhadap populasi atau derajat ketepatan yang diinginkan (0,05)  
 z = Standar deviasi normal, yang sesuai dengan derajat kemaknaan 95% (1,96)  
 p = Proporsi untuk sifat tertentu yang terjadi pada populasi, yaitu prevalensi total KEP (10,13%)  
 q = 1,0 – p  
 N = Besar populasi  
 n = Besar sampel

Berdasarkan rumus tersebut, dengan diketahui jumlah populasi maka jumlah sampel dapat dihitung sebagai berikut :

$$0,05 = 1,96 \times \sqrt{\frac{0,1013 \times 0,8987}{n} \times \frac{1127 - n}{1127 - 1}}$$

$$2,5 \cdot 10^{-3} = 3,8025 \times \frac{0,1013 \times 0,8987}{n} \times \frac{1127 - n}{1126}$$

$$2,5 \cdot 10^{-3} = \frac{0,345518345}{n} \times \frac{1127 - n}{1126}$$

$$2,5 \cdot 10^{-3} = \frac{3,068546581 \cdot 10^{-4}}{n} \times 1127 - n$$

$$8,147179565 = \frac{1127 - n}{n}$$

$$8,147179565 n = 1127 - n$$

9,147179565 n = 1127,

n = 123,2074 (123 )

Jadi besar sampel dalam penelitian ini sebesar 123 orang.

Jumlah desa seluruh Puskesmas ada 10 desa, maka jumlah sampel tersebut dibagi secara proporsional agar dapat mewakili. Cara menghitung jumlah sampel setiap desa adalah jumlah populasi setiap desa dibagi jumlah total populasi dikalikan total sampel, hasilnya berikut :

1. Desa Karangrejo	= 19 orang (populasi = 175 orang)
2. Desa Jogoloyo	= 17 orang (populasi = 153 orang)
3. Desa Wonosalam	= 14 orang (populasi = 131 orang)
4. Desa Kendaldoyong	= 10 orang (populasi = 95 orang)
5. Desa Lempuyang	= 10 orang (populasi = 90 orang)
6. Desa Karangrowo	= 11 orang (populasi = 99 orang)
7. Desa Tlogorejo	= 15 orang (populasi = 138 orang)
8. Desa Tlogodowo	= 6 orang (populasi = 58 orang)
9. Desa Kalianyar	= 9 orang (populasi = 82 orang)
10. Desa Doreng	= 12 orang (populasi = 106 orang)
<b>JUMLAH</b>	<b>= 123 orang (populasi = 1127 orang)</b>

Untuk memilih sampel dari masing-masing desa menggunakan metode acak sederhana (*simple random sampling*). Jika ada sampel yang gagal, maka dilakukan pengambilan sampel seperti tersebut di atas.

## **B. Alat Penelitian.**

Alat penelitian yang digunakan untuk pengumpulan data dan informasi adalah berupa :

### **1. Kuesioner.**

Berisi daftar pertanyaan-pertanyaan tertulis yang digunakan untuk menanyakan karakteristik responden, mengungkap pola asuh ibu, mengungkap faktor *predisposing* yaitu pengetahuan, sikap, pendidikan, pekerjaan ibu, dan jumlah anak. Faktor *enabling* yaitu pendapatan dan keadaan lingkungan rumah (lampiran B).

### **2. Formulir *recall*.**

Berupa daftar yang digunakan untuk mencatat semua makanan yang dikonsumsi anak dalam sehari. Selanjutnya daftar makanan tersebut diterjemahkan dalam bentuk zat gizi yaitu kalori dan protein. Data konsumsi makanan ini dikumpulkan selama dua hari (Lampiran G).

### **3. Timbangan berat badan.**

Digunakan untuk mengukur berat badan anak. Timbangan yang digunakan berupa timbangan dacin dengan kapasitas 25 kg, tingkat ketelitian 0,1 kg dan timbangan khusus untuk penimbangan balita.

### C. Prosedur Penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan melalui tahap-tahap sebagai berikut :

#### 1. Persiapan

Kegiatannya mulai dari pengurusan perijinan dari Universitas sampai ke tingkat kabupaten dan lokasi penelitian. Observasi awal di lapangan untuk mencari data dan pemilihan lokasi penelitian, yaitu penentuan Puskesmas dan desa.

#### 2. Uji Coba Kuesioner

Uji coba kuesioner dilakukan di Desa Kangkung Wilayah Kecamatan Mranggen Kabupaten Demak. Responden yang diambil mempunyai karakteristik hampir sama dengan sampel, yaitu berjumlah 30 ibu. Uji coba dimaksudkan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas kuesioner yang disusun yaitu untuk variabel pengetahuan, sikap dan pola asuh.

Distribusi frekuensi item soal menurut indikator dari variabel pengetahuan sebelum dilakukan uji coba disajikan pada tabel 1.

Tabel 1  
Distribusi Frekuensi Item Soal Untuk Variabel Pengetahuan

Indikator	Nomor Item Soal	Jumlah
1. Nilai Anak	25, 27, 28, 29, 30	5
2. Gizi	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 24, 26	17
3. Kesehatan	6, 10, 11, 22	4
4. Pola Asuh	5, 18, 19, 20	4
	Jumlah	30

Hasil uji *validitas* dan *reliabilitas* dengan uji statistik Korelasi Product Moment dan Alpha Chronbach, dari total soal untuk variabel pengetahuan yang gugur dan dibatalkan sebanyak 4 soal. Hasil perhitungan selengkapnya dapat dilihat pada lampiran A-1. Distribusi frekuensi item soal hasil uji coba disajikan pada tabel 2.

Tabel 2

## Distribusi Frekuensi Item Soal Variabel Pengetahuan Setelah Uji Coba

Indikator	Nomor Item Soal	Jumlah	
		Gugur	Valid
1. Nilai Anak	25, (27), 28, 29, 30	1	4
2. Gizi	1, 2, 3, 4, 7, 8, (9), 12, (13), 14, 15, 16, 17, 21, 23, (24), 26	3	14
3. Kesehatan	6, 10, 11, 22	-	4
4. Pola Asuh	5, 18, 19, 20	-	4
	Jumlah	4	26

Keterangan :

Dengan tanda (...) = nomor item yang tak valid dan reliabel

Tanpa tanda (...) = nomor item yang valid dan reliabel

Distribusi frekuensi item soal variabel pengetahuan yang selanjutnya digunakan untuk penelitian disajikan pada tabel 3.

Tabel 3

## Distribusi Frekuensi Item Soal Pengetahuan Untuk Penelitian

Indikator	Nomor Item Soal	Jumlah
1. Nilai Anak	25, 13(28), 24(29), 9(30)	4
2. Gizi	1, 2, 3, 4, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 26	14
3. Kesehatan	6, 10, 11, 22	4
4. Pola Asuh	5, 18, 19, 20	4
	Jumlah	26

UPT-PUSTAK-UNDIP

Keterangan :

Dengan tanda (...) = nomor item lama

Tanpa tanda (...) = nomor item baru

Distribusi frekuensi item soal menurut indikator dari variabel sikap sebelum dilakukan uji coba disajikan pada tabel 4.

Tabel 4  
Distribusi Frekuensi Item Soal Untuk Variabel Sikap

Indikator	Nomor Item Soal	Jumlah
1. Nilai Anak	16, 18, 19, 21, 23	5
2. Gizi	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 17, 22, 25, 26	14
3. Kesehatan	11, 12, 14, 24	4
4. Pola Asuh	4, 5, 20	3
	Jumlah	26

Hasil uji *validitas* dan *reliabilitas* dengan uji statistik Korelasi Product Moment dan Alpha Chronbach, dari total soal untuk variabel sikap yang gugur dan dibatalkan sebanyak 5 soal. Hasil perhitungan selengkapnya dapat dilihat pada lampiran A-2. Distribusi frekuensi item soal hasil uji coba disajikan pada tabel 5.

Tabel 5  
Distribusi Frekuensi Item Soal Variabel Sikap Setelah Uji Coba

Indikator	Nomor Item Soal	Jumlah	
		Gugur	Valid
1. Nilai Anak	16, (18), 19, 21, 23	1	4
2. Gizi	1, 2, 3, 4, 6, 7, (8), (9), 10, 13, 15, 17, 22, 25, 26	2	12
3. Kesehatan	11, (12), 14, (24)	2	2
4. Pola Asuh	4, 5, 20	-	3
	Jumlah	5	21

Keterangan :

Dengan tanda (...) = nomor item yang tak valid dan reliabel

Tanpa tanda (...) = nomor item yang valid dan reliabel

Distribusi frekuensi item soal variabel sikap yang selanjutnya digunakan untuk penelitian disajikan pada tabel 6.

Tabel 6  
Distribusi Frekuensi Item Soal Sikap Untuk Penelitian

Indikator	Nomor Item Soal	Jumlah
1. Nilai Anak	20(16), 21(19), 13(21), 6(23)	4
2. Gizi	1, 2, 3, 10(6), 11(7), 14(10), 17(13), 19(15), 4(17), 7(22), 5(25), 18(26)	12
3. Kesehatan	15(11), 12(14)	2
4. Pola Asuh	8(4), 9(5), 16(20)	3
	Jumlah	21

Keterangan :

Dengan tanda (...) = nomor item lama

Tanpa tanda (...) = nomor item baru

Distribusi frekuensi item soal menurut indikator dari variabel pola asuh sebelum dilakukan uji coba disajikan pada tabel 7.

Tabel 7  
Distribusi Frekuensi Item Soal Untuk Variabel Pola Asuh

Indikator	Nomor Item Soal	Jumlah
1. Perawatan	13, 16, 20, 22	4
2. Gizi	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 19, 23	10
3. Pengasuhan	12, 14, 15, 18, 24	5
4. Kesehatan	5, 10, 11, 17, 21	5
	Jumlah	24

Hasil uji *validitas* dan *reliabilitas* dengan uji statistik Korelasi Product Moment dan Alpha Chronbach, dari total soal untuk variabel pola asuh yang gugur dan dibatalkan sebanyak 5 soal. Hasil perhitungan selengkapnya dapat dilihat pada lampiran A-3. Distribusi frekuensi item soal hasil uji coba disajikan pada tabel 8.

Tabel 8

Distribusi Frekuensi Item Soal Variabel Pola Asuh Setelah Uji Coba

Indikator	Nomor Item Soal	Jumlah	
		Gugur	Valid
1. Perawatan	13, 16, 20, (22)	1	3
2. Gizi	1, 2, (3), 4, 6, 7, 8, 9, 19, 23	1	9
3. Pengasuhan	(12), 14, (15), 18, 24	2	3
4. Kesehatan	5, 10, (11), 17, 21	1	4
	Jumlah	5	19

Keterangan :

Dengan tanda (...) = nomor item yang tak valid dan reliabel

Tanpa tanda (...) = nomor item yang valid dan reliabel

Distribusi frekuensi item soal variabel pola asuh yang selanjutnya digunakan untuk penelitian disajikan pada tabel 9.

Tabel 9

Distribusi Frekuensi Item Soal Pola Asuh Untuk Penelitian

Indikator	Nomor Item Soal	Jumlah
1. Perawatan	13, 15(20), 16	3
2. Gizi	1, 2, 3(23), 4, 6, 7, 8, 9, 19,	9
3. Pengasuhan	11(24), 14, 18	3
4. Kesehatan	5, 10, 12(21), 17	4
	Jumlah	19

**Keterangan :**

Dengan tanda (...) = nomor item lama

Tanpa tanda (...) = nomor item baru

**3. Pengumpulan Data**

Kuesioner yang sudah valid dan reliabel, selanjutnya digunakan untuk melakukan pengumpulan data, sesuai dengan tujuan penelitian yang sudah ditentukan. Dalam mengumpulkan data peneliti dibantu oleh 5 orang enumerator yang sudah dilatih terlebih dahulu. Penelitian dilakukan selama 12 hari kerja terhitung sejak tanggal 1 Juli sampai dengan 12 Juli 2002.

**a. Jenis data yang dikumpulkan.**

Jenis data yang dikumpulkan yaitu data primer, meliputi : pola pengasuhan anak, faktor *predisposing*, faktor *enabling*, status gizi anak, karakteristik responden dan data konsumsi zat gizi anak. Data Sekunder, meliputi : gambaran umum, faktor demografi dan sosial budaya lokasi penelitian.

**b. Metode Pengumpulan Data.**

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara langsung dengan ibu-ibu responden untuk menggali pola pengasuhan, faktor *predisposing* dan faktor *enabling*. Cara yang dilakukan adalah dengan menanyakan beberapa pertanyaan yang ada pada kuesioner, responden menjawab sendiri tanpa diberi tahu alternatif jawabannya, pewawancara tinggal menyilang jawaban yang paling sesuai.

Metode Observasi digunakan untuk mencatat keadaan lingkungan tempat tinggal dan mencatat gambaran umum lokasi penelitian. Cara yang dilakukan dengan mengamati keadaan nyata di lapangan kemudian memberi tanda silang pada jawaban kuesioner yang sesuai.

Metode *recall* 24 jam digunakan untuk mencatat konsumsi makanan yang dikonsumsi anak selama 2 (dua) hari. Cara yang dilakukan dengan menanyakan kepada responden makanan dan minuman yang dimakan dan diminum oleh anaknya pada 24 jam yang lalu. Untuk volume Air Susu Ibu (ASI) dihitung berdasarkan usia anak yaitu : tahun pertama volume ASI berkisar 400-700 ml/24 jam, tahun kedua berkisar 200-400 ml/24 jam dan setelah itu berkisar 200 ml/24 jam (Supariasa, IDN dkk., 2001).

Pengukuran berat badan anak, dengan cara anak dikumpulkan di posyandu setempat kemudian ditimbang dengan menggunakan timbangan dacin dan hasil penimbangan dicatat pada formulir.

#### **D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

##### **1. variabel :**

###### **a. Variabel dependen :**

Status gizi anak 0-36 bulan

###### **b. Variabel antara :**

Pola asuh gizi ibu

c. Variabel independen :

c. 1. Faktor *Predisposing*, meliputi :

- 1.1. Pengetahuan
- 1.2. Sikap
- 1.3. Tingkat Pendidikan
- 1.4. Pekerjaan
- 1.5. Jumlah anak

c. 2. Faktor *Enabling*, meliputi :

- 2.1. Pendapatan keluarga
- 2.2. Lingkungan rumah

## 2. Definisi Operasional

a. Status gizi anak :

Adalah masukan zat gizi dan penggunaan dalam tubuh yang dinilai berdasarkan berat badan terhadap umur dengan menggunakan perhitungan z-score. Dikelompokkan sebagai berikut :

- 1). Gizi baik : - 2,0 SD s/d + 2,0 SD baku WHO-NCHS
- 2). Gizi kurang : < - 2,0 SD baku WHO-NCHS
- 3). Gizi buruk : < - 3,0 SD baku WHO-NCHS
- 4). Gizi lebih : > + 2,0 SD baku WHO-NCHS

Skala : ordinal

**b. Pola asuh gizi ibu :**

Yang dimaksud adalah pola asuh gizi yaitu praktek di rumah tangga yang dilakukan oleh ibu yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup dan pertumbuhan anak. Pola asuh dilakukan melalui kegiatan perawatan dan perlindungan anak, praktek menyusui dan pemberian makanan pendamping ASI, pengasuhan psiko-sosial, penyiapan makanan, kebersihan diri dan sanitasi lingkungan, praktek kesehatan di rumah dan pola pencarian pelayanan kesehatan. Pola asuh dikelompokkan sebagai berikut :

- 1). Permisif = skor > 33
- 2). Demokratis = skor 23 - 33
- 3). Otoriter = skor < 23

Skala : ordinal

**c. Faktor Predisposing**

Adalah unsur dasar yang ada dalam diri yang diduga berhubungan dengan pola pengasuhan ibu, yang meliputi : pengetahuan, sikap, pendidikan, pekerjaan dan jumlah anak.

**d. Pengetahuan ibu tentang pola asuh gizi :**

Merupakan kemampuan ibu untuk menjelaskan tentang nilai anak, gizi/kesehatan batita dan pola asuh yang meliputi pengertian gizi umum,

cara memilih bahan makanan, cara pengolahan, susunan menu, jenis makanan, cara pemberian, jadwal makan, cara mendidik makan, imunisasi dan kesehatan umum. Pengetahuan dikelompokkan dalam :

- 1). Baik = skor > 73
- 2). Sedang = skor 64 - 73
- 3). Kurang = skor < 64

Skala : ordinal

**e. Sikap ibu terhadap pola asuh gizi :**

Pandangan positif (setuju) dan negatif (tidak setuju) yang berhubungan dengan nilai anak, gizi/kesehatan batita dan pola asuh. Meliputi pengertian gizi umum, cara memilih bahan makanan, cara pengolahan, susunan menu, jenis makanan, cara pemberian, jadwal makan, cara mendidik makan, imunisasi, kesehatan umum. Sikap dikelompokkan :

- 1). Setuju/positif : skor  $\geq 40$
- 2). Tidak setuju/negatif : skor < 40

Skala : ordinal

**f. Tingkat pendidikan Ibu :**

Adalah tingkat pendidikan formal yang berhasil ditempuh oleh ibu. Variabel pendidikan diukur berdasarkan jumlah tahun sukses pendidikan formal tertinggi yang berhasil ditempuh oleh ibu. Tingkat pendidikan dikelompokkan dalam :

- 1). Pendidikan dasar : 1 – 9 tahun (SD – SMP/SLTP)
- 2). Pendidikan menengah : >9 – 12 tahun (SMA/SMU/SMK)
- 3). Pendidikan tinggi : >13 tahun (D1 s/d S-3)

Skala : ordinal

**g. Pekerjaan Ibu :**

Dibedakan menjadi dua yaitu bekerja dan tidak bekerja. Ibu bekerja berarti ibu yang mempunyai kegiatan untuk mencari nafkah yang dapat dinilai dengan uang baik secara formal maupun non formal, misalnya PNS, wiraswasta, guru, pedagang, buruh dan lain-lain. Ibu tidak bekerja adalah ibu yang tidak mempunyai kegiatan yang mendapatkan uang, hanya melakukan tugas untuk mengurus rumah tangga. Pekerjaan ibu dikelompokkan menjadi :

- 1). Bekerja : berarti ibu yang mempunyai kegiatan untuk mencari nafkah yang dapat dinilai dengan uang baik secara formal maupun non formal, misalnya PNS, wiraswasta, guru, pedagang, dan buruh.
- 2). Tidak bekerja : adalah ibu yang tidak mempunyai kegiatan yang mendapatkan uang, hanya melakukan tugas untuk mengurus rumah tangga saja.

Skala : nominal

**h. Jumlah anak :**

Jumlah semua anak yang dilahirkan oleh ibu, merupakan saudara kandung anak batita yang dijadikan sampel dan masih menjadi tanggungan keluarga. Pada saat penelitian masih hidup. Jumlah anak dikelompokkan menjadi :

1). Baik : jika jumlah anak maksimal 2 anak

2). Kurang baik : jika jumlah anak lebih dari 2 anak

Skala : ordinal

**i. Faktor Enabling :**

Adalah semua unsur yang berada diluar/tidak melekat dan berada di sekitar ibu yang diduga berhubungan dengan pola pengasuhan anak, meliputi : pendapatan keluarga dan lingkungan rumah.

**j. Pendapatan keluarga :**

Jumlah seluruh pendapatan yang diperoleh oleh seluruh anggota keluarga selama sebulan yang diperoleh dari pendapatan tetap dengan atau tanpa pendapatan sampingan. Pendapatan dinilai dengan cara membagi jumlah pendapatan dengan jumlah anggota keluarga. Pendapatan dikelompokkan menurut Sayogyo yaitu setara dengan 20 kg beras/orang/bulan, jika harga beras Rp. 3.000,- sehingga menjadi :

- Cukup :  $\geq$ Rp. 60.000,-/orang/bulan

- Kurang :  $<$ Rp. 60.000,-/orang/bulan

Skala : ordinal

**k. Lingkungan rumah :**

Keadaan sekitar tempat tinggal ditinjau dari segi kesehatan yang dapat dilihat dari luas rumah, bangunan rumah, kebersihan ruangan, pencahayaan, ventilasi, keadaan lantai, kebersihan halaman, kepadatan hunian.

Lingkungan rumah dikelompokkan menjadi :

1). Baik = skor  $>50$

2). Sedang = skor 40 - 50

3). Kurang = skor  $<40$

Skala : ordinal

## **E. Pengolahan dan Analisis Data**

### **1. Pengolahan Data**

Dalam penelitian ini unit analisis terdiri dari : gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden, pola asuh ibu, faktor predisposing, faktor enabling, konsumsi zat gizi anak dan status gizi anak.

Kuesioner yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan yang dimulai dengan meneliti kuesioner, mengedit, memberi kode, memberi

skor dan tabulasi data. Pengeditan dimaksudkan untuk mengecek ulang kelengkapan, kejelasan dan konsistensi data jika terjadi kesalahan dan keraguan dalam pengisian. Memberi kode pada setiap jawaban pertanyaan, dimaksudkan untuk mempermudah dalam pengolahan. Selanjutnya memberi skor pada setiap jawaban untuk menilai jawaban yang diberikan responden, kemudian skor dijumlah untuk keperluan kategori. Data yang sudah berupa kategori dimasukkan dalam tabel-tabel sesuai dengan keperluan untuk analisis diskriptif.

Pengolahan data untuk masing-masing variabel penelitian adalah sebagai berikut :

**a. Status Gizi anak 0-36 bulan.**

Mengukur berat badan dan mencatat umur anak. Hasil pengukuran keduanya dibandingkan, selanjutnya status gizi dikategori dengan menggunakan perhitungan z-score. Cara perhitungannya : berat badan hasil penimbangan dikurangi median berat badan menurut umur pada tabel standar WHO-NCHS dibagi standar deviasi.

**b. Pola asuh gizi ibu.**

Pertanyaan tertutup dengan 3 (tiga) alternatif pilihan jawaban, tinggal memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Jika memilih jawaban 1 berarti pola asuh otoriter, jawaban 2 pola asuh demokratis dan jawaban 3 pola asuh permisif. Nilai berkisar antara 1 sampai dengan 3, untuk

jawaban 1 diberi nilai 1, jawaban 2 diberi nilai 2, dan jawaban 3 diberi nilai 3. Jawaban responden dijumlah menurut pilihan jawaban. Jumlah pertanyaan untuk pola asuh sebanyak 19 buah.

**c. Pengetahuan ibu tentang pola asuh gizi.**

Pertanyaan tertutup dengan 3 (tiga) alternatif pilihan jawaban, nilai diberikan antara 1 sampai dengan 3. Nilai untuk masing-masing jawaban adalah untuk jawaban 1 diberi nilai 1, jawaban 2 nilai 2 dan jawaban 3 nilai 3. Jawaban responden dijumlah menurut pilihan jawaban. Jumlah pertanyaan untuk pengetahuan sebanyak 26 buah.

**d. Sikap ibu terhadap pola asuh gizi.**

Dengan pertanyaan tertutup, dengan memilih dua alternatif jawaban dan untuk jawaban setuju diberi nilai 2 dan untuk jawaban tidak setuju diberi nilai 1. Jawaban responden dijumlah menurut pilihan jawaban. Pertanyaan untuk sikap sebanyak 21 buah.

**e. Tingkat pendidikan ibu.**

Variabel pendidikan diukur berdasarkan jumlah tahun sukses pendidikan formal tertinggi yang berhasil ditempuh oleh ibu. Tingkat pendidikan dikategori berdasarkan landasan Program dan Pengembangan Kurikulum Pendidikan Dasar.

**f. Pekerjaan ibu.**

Dari daftar pertanyaan, responden tinggal menyebutkan jenis pekerjaan yang sesuai dengan keadaannya. Pekerjaan ibu dikelompokkan menjadi 2(dua), yaitu ibu yang bekerja dan tidak bekerja.

**g. Jumlah anak.**

Dengan menghitung jumlah semua anak yang dilahirkan oleh ibu dan pada waktu diadakan penelitian masih hidup.

**h. Pendapatan Keluarga.**

Menghitung seluruh pendapatan yang diperoleh oleh seluruh anggota keluarga selama sebulan yang dinyatakan dengan uang. Pendapatan dinilai dengan cara membagi jumlah pendapatan dengan jumlah anggota keluarga, untuk menentukan pendapatan perkapita. Pendapatan per kapita dikelompokkan menurut Sayogyo yaitu setara dengan 20 kg beras per orang per bulan dengan asumsi harga beras Rp. 3.000,-

**i. Lingkungan rumah.**

Dengan pertanyaan tertutup, disediakan 3 (tiga) alternatif pilihan jawaban. Berdasarkan hasil observasi tinggal memilih pilihan jawaban yang sesuai. Untuk jawaban 1 diberi nilai 1, jawaban 2 nilai 2 dan jawaban 3 nilai 3. Seluruh jawaban dijumlah menurut pilihan jawaban. Jumlah pertanyaan untuk lingkungan rumah sebanyak 19 buah.

#### **j. Konsumsi zat gizi**

Tingkat kecukupan zat gizi anak dihitung dengan koreksi berat badan (BB) nyata individu dengan BB standart yang ada pada tabel AKG. Caranya dengan membandingkan BB nyata dengan BB standart dikalikan zat gizi menurut umur pada tabel AKG. Tingkat konsumsi zat gizi individu dihitung dengan membandingkan konsumsi hasil perhitungan dengan AKG individu. Selanjutnya tingkat konsumsi zat gizi diklasifikasi menjadi :

1. cukup =  $\geq 100\%$  AKG
2. kurang =  $< 100\%$  AKG

#### **2. Analisis Data**

Analisis data bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel antara dan mengetahui hubungan antara variabel antara dengan variabel dependen. Selain itu, analisis data juga digunakan untuk menguji hipotesis penelitian. Dalam penelitian ini teknik analisis yang digunakan meliputi :

##### **a. Univariat :**

Analisis ini menggunakan tabel distribusi frekuensi, dimaksudkan untuk menggambarkan variabel-variabel penelitian sesuai tujuan yang telah ditetapkan.

**b. Bivariat :**

Untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel antara dan untuk menguji hipotesis penelitian. Untuk mengetahui hubungan antar variabel dipilih uji statistik *chi-square*.

**c. Multivariat :**

Untuk melihat hubungan semua variabel variabel bebas, variabel antara dengan variabel terikat, variabel manakah yang paling dominan hubungannya. Uji statistik yang digunakan *regresi logistik linier*. Pengolahan dan analisis data menggunakan komputer dengan program SPSS Windows release 8,0.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Gambaran Umum Daerah**

##### **1. Keadaan Geografi**

Puskesmas Wonosalam II merupakan salah satu pusat kesehatan masyarakat yang berada di wilayah Kecamatan Wonosalam Kabupaten Demak Propinsi Jawa Tengah. Luas wilayah kerja Puskesmas seluas  $\pm 32 \text{ km}^2$ , meliputi seluruhnya terdiri dari dataran rendah berupa tanah persawahan.

Secara geografis Puskesmas Wonosalam II terletak di bagian selatan Kabupaten Demak, dengan batas-batas wilayah kerja sebagai berikut :

- Sebelah selatan : Kecamatan Guntur
- Sebelah barat : Kecamatan Demak Kota
- Sebelah utara : Kali Jajar (Puskesmas Wonosalam I)
- Sebelah timur : Kecamatan Dempet.

Wilayah kerja Puskesmas Wonosalam II meliputi 10 desa, dari 20 desa di seluruh Kecamatan Wonosalam (lampiran C-1).

##### **2. Keadaan Demografi.**

Jumlah penduduk wilayah Puskesmas Wonosalam II sebanyak 25.803 jiwa, yang terdiri dari : laki-laki 12.301 jiwa dan perempuan

13.502 jiwa. Jumlah kepala keluarga (KK) 5.092 KK, kepadatan penduduk 806 jiwa/km<sup>2</sup> dan kepadatan penghunian rumah rata-rata 5 jiwa/keluarga.

Jumlah penduduk menurut mata pencaharian yaitu sebagian besar belum bekerja (42,97%), karena statusnya masih sekolah. Distribusi mata pencaharian penduduk selengkapnya dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 10  
Distribusi Mata Pencaharian Penduduk  
Wilayah Puskesmas Wonosalam II Tahun 2001

No.	Mata Pencaharian	Jumlah	%
1.	Petani	7.158	27,74
2.	Pedagang	3.486	13,51
3.	TNI-POLRI	89	0,35
4.	PNS	93	0,36
5.	Tidak bekerja	3.889	15,07
6.	Belum bekerja	11.088	42,97
	Jumlah	25.803	100,0

Sumber : Data Puskesmas Wonosalam II, 2001

Sedangkan jumlah penduduk menurut tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel 11.

Tabel 11  
Distribusi Tingkat Pendidikan Penduduk  
Puskesmas Wonosalam II Tahun 2001

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
1.	Belum sekolah	2.078	8,05
2.	Tidak tamat SD	13.082	50,70
3.	Tamat SD	4.009	15,54
4.	Tamat SLTP	5.001	19,38
5.	Tamat SLTA ke atas	1.633	6,33
	Jumlah	25.803	100,0

Sumber : Data Puskesmas Wonosalam II, 2001

Dengan melihat tabel 11, terlihat bahwa sebagian besar (50,70%) tingkat pendidikan penduduk wilayah Puskesmas Wonosalam II tidak tamat SD.

### B. Gambaran Umum Puskesmas

Puskesmas Wonosalam II termasuk dalam wilayah Kecamatan Wonosalam. Secara organisatoris dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas dan dibantu oleh beberapa pembantu, yaitu bagian teknis dan administrasi. Secara lengkap struktur organisasi puskesmas dapat dilihat pada lampiran C-2.

Dalam menjalankan kegiatan sehari-hari, Puskesmas mempunyai personalia sebanyak 24 orang. Data jumlah dan jenis pegawai dapat dilihat pada tabel 12.

Tabel 12  
Distribusi Pegawai Menurut Latar Belakang Pendidikan  
Puskesmas Wonosalam II Tahun 2001

No.	Latar Belakang Pendidikan	Jumlah
1.	Dokter Umum	1
2.	Perawat	7
3.	Bidan	1
4.	Gizi	1
5.	Kesehatan Lingkungan (HS.)	1
6.	Asisten Apoteker (AA)	1
7.	Pekarya Kesehatan	2
8.	Administrasi/Tata Usaha	3
9.	Bidan Desa	7
	Jumlah total	24

Sumber : Puskesmas Wonosalam II, 2001

Keadaan sarana pelayanan kesehatan masyarakat yaitu yang berhubungan langsung dengan masyarakat meliputi :

- a. Puskesmas Pembantu : 1 buah
- b. Pondok Bersalin Desa (POLINDES) : 5 buah
- c. Posyandu : 54 buah
- d. Kader posyandu : 265 orang
- e. Dukun bayi : 12 orang

Adapun gambaran keadaan kesehatan umum di wilayah Puskesmas Wonosalam II yaitu :

- a. Angka kematian umum : 5 orang/bulan (2,32‰)
- b. Angka kelahiran : 47 orang/bulan(2,18‰)
- c. Status Gizi : BGM = 2,86%,  
: BGT = 20,29%.

Keadaan sepuluh besar penyakit yang ada di wilayah kerja Puskesmas adalah sebagai berikut :

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| 1. ISPA       | 6. Infeksi kulit |
| 2. Pegel linu | 7. Infeksi usus  |
| 3. Gatal      | 8. Anemi         |
| 4. Diare      | 9. Penyakit mata |
| 5. Hipertensi | 10. Disentri     |

## C. Diskripsi Karakteristik Responden

### 1. Umur

Umur responden dikelompokkan berdasarkan kelompok resiko ibu untuk hamil. Jarak umur terendah 17 tahun dan tertinggi umur 40 tahun. Distribusi umur responden dapat dilihat pada tabel 13.

Tabel 13  
Distribusi Umur Responden Berdasarkan Kelompok Umur

No.	Kelompok Umur	Jumlah	%
1.	36 – 40	8	6,50
2.	31 – 35	31	25,20
3.	26 – 30	37	30,08
4.	21 – 25	33	26,84
5.	17 – 20	14	1,38
	Jumlah total	123	100,00

Terlihat pada tabel 13, bahwa sebagian besar responden yaitu 30,08% termasuk kelompok umur 26 – 30 tahun.

### 2. Pendidikan.

Latar belakang pendidikan responden terdiri dari berbagai jenis yaitu dari tidak tamat SD sampai dengan tamat SLTA dan terbanyak tamat SD. Berdasarkan jenis pendidikan tersebut selanjutnya dikelompokkan tingkat pendidikan responden selengkapnya dapat dilihat pada tabel 14.

**Tabel 14**  
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
1.	Tinggi	0	0
2.	Menengah	10	8,1
3.	Dasar	113	91,9
	Jumlah total	123	100,00

Terlihat pada tabel 14, bahwa sebagian besar responden yaitu 91,9% tergolong dalam tingkat pendidikan dasar.

### 3. Pekerjaan.

Pekerjaan responden bervariasi mulai dari pegawai swasta sampai dengan bekerja sebagai buruh tani. Jenis pekerjaan responden selanjutnya dikelompokkan dan selengkapnya disajikan pada tabel 15.

**Tabel 15**  
Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Pekerjaan

No.	Kelompok Pekerjaan	Jumlah	%
1.	Tidak Bekerja	88	71,50
2.	Bekerja	35	28,50
	Jumlah total	123	100,00

Terlihat pada tabel 15, ternyata sebagian besar responden yaitu 71,50% tidak bekerja.

#### 4. Jumlah Anak.

Jumlah anak yang dimaksud adalah jumlah anak kandung dan pada waktu penelitian masih hidup. Hasil penelitian menunjukkan jumlah anak dalam keluarga berkisar mulai dari satu orang sampai dengan tertinggi 7 orang. Distribusi jumlah anak dapat dilihat pada tabel 16.

Tabel 16  
Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anak Kandung

No.	Jumlah anak Dalam keluarga	Jumlah	%
1.	1	40	32,5
2.	2	33	26,8
3.	3	27	22,0
4.	4	13	10,6
5.	5	6	4,9
6.	6	3	2,4
7.	7	1	0,8
	Jumlah total	123	100,00

Dengan melihat tabel 16, ternyata sebagian besar responden yaitu 32,5% mempunyai anak kandung satu orang dan rata-rata jumlah anak dalam keluarga sebanyak dua orang.

Berdasarkan tabel 16 jumlah anak dikelompokkan menjadi dua yaitu baik dan kurang baik. Pengelompokkan jumlah anak selengkapnya dapat dilihat pada tabel 17.

Tabel 17  
Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Jumlah Anak

No.	Kelompok Jumlah Anak	Jumlah	%
1.	Baik ( $\leq 2$ anak)	73	59,3
2.	Kurang baik ( $> 2$ anak)	50	40,7
	Jumlah total	123	100,00

Tabel 17 menunjukkan sebagian besar responden yaitu 59,3% mempunyai jumlah anak termasuk kategori baik.

### 5. Pendapatan Keluarga.

Pendapatan keluarga adalah semua pendapatan yang diperoleh keluarga selama sebulan. Pendapatan yang diperoleh keluarga paling rendah adalah sebesar Rp. 60.000,- dan yang paling tinggi sebesar Rp. 2.000.000,-. Pendapatan keluarga selanjutnya dikelompokkan dan hasilnya dapat dilihat pada tabel 18.

Tabel 18  
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendapatan Keluarga

No.	Tingkat Pendapatan	Jumlah	%
1.	Cukup ( $\geq 60.000,-$ )	81	65,9
2.	Kurang ( $< 60.000,-$ )	42	34,1
	Jumlah total	123	100,0

Pada tabel 18 terlihat bahwa sebagian besar responden yaitu 65,9% berpendapatan cukup.

## 6. Jumlah Tanggungan Keluarga.

Tanggungan keluarga adalah jumlah semua anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah dan menjadi tanggungan keluarga tersebut. Jumlah anggota keluarga yang menjadi tanggungan keluarga dapat dilihat pada tabel 19.

Tabel 19  
Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Tanggungan Keluarga

No.	Anggota Keluarga	Jumlah	%
1.	> 9 orang	2	1,63
2.	6 – 8 orang	29	23,58
3.	3 – 5 orang	92	74,79
	Jumlah total	123	100,00

Dengan melihat tabel 19, ternyata sebagian besar responden yaitu 74,79% mempunyai anggota keluarga tertanggung sebesar 3 – 5 orang, dan rata-rata tanggungan sebesar 4 orang.

## 7. Pengetahuan Responden.

Pengetahuan yang dimaksud adalah pengetahuan tentang nilai anak, gizi dan kesehatan dan pola asuh. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diperoleh jawaban untuk masing-masing pertanyaan dapat dilihat pada lampiran D-1.

Pengetahuan responden selanjutnya dikelompokkan menjadi baik, sedang dan kurang, selengkapnya disajikan pada tabel 20.

Tabel 20  
Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden

No.	Pengetahuan	Jumlah	%
1.	Baik	14	11,4
2.	Sedang	91	74,0
3.	Kurang	18	14,6
Jumlah total		123	100,0

Pengetahuan responden tentang nilai anak, gizi kesehatan dan pola asuh, sebagian besar yaitu 74,0% termasuk kategori sedang.

### 8. Sikap Responden.

Sikap ditunjukkan dengan pernyataan setuju dan tidak setuju terhadap nilai anak, gizi, kesehatan dan pola asuh. Perincian masing-masing pernyataan dan jawaban tentang sikap responden selengkapnya dapat dilihat pada lampiran D-2.

Sikap responden selanjutnya dikelompokkan menjadi tidak setuju dan setuju. Distribusi frekuensi sikap responden terhadap pola asuh disajikan pada tabel 21.

Tabel 21  
Distribusi Sikap Responden

No.	Sikap	Jumlah	%
1.	Setuju (Positif)	80	65,0
2.	Tidak setuju (Negatif)	43	35,0
Jumlah total		123	100,0

Sebagian besar responden yaitu 65,0% mempunyai sikap setuju (positif) terhadap nilai anak, gizi kesehatan dan pola asuh gizi.

### 9. Lingkungan Rumah.

Lingkungan rumah yang dimaksud adalah keadaan kesehatan lingkungan tempat tinggal responden dalam mengasuh anak. Perincian masing-masing pertanyaan dan jawaban keadaan lingkungan rumah dapat dilihat pada lampiran D-3.

Berdasarkan jumlah total jawaban responden tersebut, keadaan kesehatan lingkungan rumah dikelompokkan seperti yang terlihat pada tabel 22.

Tabel 22  
Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Rumah

No.	Lingkungan Rumah	Jumlah	%
1.	Baik	13	10,6
2.	Sedang	92	74,8
3.	Kurang	18	14,6
	Jumlah total	123	100,0

Terlihat pada tabel 22, sebagian besar responden yaitu 74,8% keadaan kesehatan lingkungan rumah termasuk kategori sedang.

### 10. Pola Asuh Gizi.

Pola asuh gizi adalah segala tindakan yang dilakukan responden dalam mengasuh anaknya. Perincian masing-masing pertanyaan dan

jawaban tentang pola asuh gizi yang dilakukan oleh responden dapat dilihat pada lampiran D-4.

Berdasarkan masing-masing pertanyaan dan jawaban, selanjutnya pola asuh gizi dikelompokkan dan disajikan selengkapnya pada tabel 23.

Tabel 23  
Distribusi Pola Asuh Gizi Responden

No.	Pola Asuh Gizi	Jumlah	%
1.	Otoriter	31	25,2
2.	Demokratis	56	45,5
3.	Permisif	36	29,3
	Jumlah total	123	100,0

Dengan melihat tabel 23, ternyata sebagian besar responden yaitu 45,5% dalam mengasuh anak termasuk pola asuh demokratis.

#### **D. Diskripsi Karakteristik Anak.**

##### **1. Umur**

Umur anak dicatat dalam bulan yaitu mulai umur satu bulan sampai dengan umur tiga puluh enam bulan sesuai dengan syarat yang ditentukan. Berdasarkan hasil penelitian umur terendah satu bulan sampai dengan umur tertinggi 36 bulan. Distribusi umur anak selengkapnya disajikan pada tabel 24.

**Tabel 24**  
**Distribusi Umur Anak**

No.	Umur (Bulan)	Jumlah	%
1.	30 – 36	16	13,0
2.	23 – 29	16	13,0
3.	16 – 22	23	18,7
4.	9 – 15	37	30,1
5.	1 – 8	31	25,2
Jumlah total		123	100,0

Pada tabel 24 terlihat bahwa sebagian besar responden yaitu 30,1% termasuk kelompok umur antara 9 – 15 bulan.

## 2. Jenis Kelamin

Dalam penelitian ini tidak dibedakan jenis kelamin, semua diambil sebagai sampel. Selengkapnya distribusi jenis kelamin anak dapat dilihat pada tabel 25.

**Tabel 25**  
**Distribusi Jenis Kelamin Anak**

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	%
1.	Laki-laki	63	51,2
2.	Perempuan	60	48,8
Jumlah Total		123	100,0

Ternyata dengan melihat tabel 25, sebagian besar anak yaitu 51,2% adalah berjenis kelamin laki-laki.

### 3. Konsumsi Zat Gizi.

Zat gizi yang diambil yaitu energi dan protein. Konsumsi zat gizi diperoleh dari hasil recall makanan dua hari, hasilnya di rata-rata selanjutnya dibandingkan dengan daftar kecukupan gizi yang dianjurkan (DKGA). Konsumsi zat gizi masing-masing anak dapat dilihat pada lampiran. Distribusi pengelompokan konsumsi zat gizi anak disajikan pada tabel 26.

**Tabel 26**  
Distribusi Konsumsi Energi dan Protein Anak

No.	Konsumsi	Energi		Protein	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Cukup	32	26,0	68	55,3
2.	Kurang	91	74,0	55	44,7
	Jumlah Total	123	100	123	100

Dengan melihat tabel 26, ternyata sebagian besar anak yaitu 74,0% tingkat konsumsi energi termasuk kurang, dan sebagian besar yaitu 55,3% tingkat konsumsi protein termasuk cukup.

### 4. Status Gizi Anak.

Status gizi anak dihitung berdasarkan standar WHO-NCHS dengan menggunakan perhitungan z-score. Status gizi masing-masing anak dapat dilihat pada lampiran. Selanjutnya distribusi status gizi anak disajikan pada tabel 27.

Tabel 27  
Distribusi Status Gizi Anak

No.	Status Gizi	Jumlah	%
1.	Gizi Lebih	4	3,3
2.	Gizi Baik	80	65,0
3.	Gizi Kurang	34	27,6
4.	Gizi Buruk	5	4,1
Jumlah Total		123	100,0

Dengan melihat tabel 27, ternyata sebagian besar yaitu 65,0% anak berstatus gizi baik.

#### E. Hasil Uji Bivariat

##### 1. Hubungan Pengetahuan Dengan Pola Asuh Gizi

Tabel 28  
Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Pola Asuh Gizi

No.	Pengetahuan	Pola Asuh Gizi						Total	
		Permisif		Demokratis		Otoriter		Jml.	%
		Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%		
1.	Baik	6	42,9	6	42,9	2	14,3	14	100
2.	Sedang	22	24,2	47	51,6	22	24,2	91	100
3.	Kurang	8	44,4	3	16,7	7	38,9	18	100
Jumlah		36	29,3	56	45,5	31	25,2	123	100

$$X^2 = 9,635 \quad p = 0,041$$

Dari seluruh responden yang berpengetahuan baik, sebagian besar yaitu 42,9% berpola asuh permisif dan demokratis. Responden yang berpengetahuan sedang, sebagian besar yaitu 51,6% berpola asuh demokratis dan yang berpengetahuan kurang sebagian besar yaitu 44,4% berpola asuh permisif.

Uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher's Exact* diperoleh hasil nilai  $p = 0,041$  sehingga nilai  $p$  lebih kecil dari nilai  $\alpha (0,05)$ , berarti menerima hipotesis. Secara statistik hubungan pengetahuan dengan pola asuh bermakna.

## 2. Hubungan Sikap dengan Pola Asuh Gizi.

Tabel 29  
Hubungan Antara Sikap Dengan Pola Asuh Gizi

No.	Sikap	Pola Asuh Gizi						Total	
		Permisif		Demokratis		Otoriter		Jml.	%
		Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%		
1.	Setuju	29	36,3	35	43,8	16	20,0	80	100
2.	Tidak Setuju	7	16,3	21	48,8	15	34,9	43	100
	Jumlah	36	29,3	56	45,5	31	25,2	123	100

$$X^2 = 6,428 \quad p = 0,040$$

Seluruh responden yang bersikap setuju sebagian besar yaitu 43,8% berpola asuh demokratis. Responden yang bersikap tidak setuju sebagian besar yaitu 48,8% berpola asuh demokratis pula.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,040$ , berarti nilai  $p$  lebih kecil dari  $\alpha 0,05$  dengan demikian menerima hipotesis. Secara statistik hubungan sikap dengan pola asuh bermakna.

### 3. Hubungan Pendidikan dengan Pola Asuh Gizi.

Tabel 30  
Hubungan Antara Pendidikan Dengan Pola Asuh Gizi

No.	Pendidikan	Pola Asuh Gizi						Total	
		Permisif		Demokratis		Otoriter		Jml.	%
		Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%		
1.	Menengah	3	30,0	5	50,0	2	20,0	10	100
2.	Dasar	33	29,2	51	45,1	29	25,7	113	100
	Jumlah	36	29,3	56	45,5	31	25,2	123	100

$$X^2 = 0,223 \quad p = 1,0$$

Dari seluruh responden yang berpendidikan menengah sebagian besar yaitu 50,0% pola asuhnya demokratis dan responden yang berpendidikan dasar sebagian besar yaitu 45,1% pola asuhnya demokratis pula.

Uji statistik dengan menggunakan uji *chi-square* dan *fisher's exact* didapat hasil nilai  $p = 1,0$ , berarti nilai  $p$  lebih besar dari nilai  $\alpha 0,05$ , dengan demikian menolak hipotesis. Secara statistik hubungan tidak bermakna antara pendidikan dengan pola asuh.

### 4. Hubungan Pekerjaan dengan Pola Asuh Gizi.

Tabel 31  
Hubungan Antara Pekerjaan Dengan Pola Asuh Gizi

No.	Pekerjaan	Pola Asuh Gizi						Total	
		Permisif		Demokratis		Otoriter		Jml.	%
		Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%		
1.	Bekerja	10	28,6	18	51,4	7	20,0	35	100
2.	Tidak Bekerja	26	29,5	38	43,2	24	27,3	88	100
	Jumlah	36	29,3	56	45,5	31	25,2	123	100

$$X^2 = 0,908 \quad p = 0,635$$

Dari seluruh responden yang bekerja sebagian besar yaitu 51,4% pola asuhnya demokratis dan seluruh responden yang tidak bekerja sebagian besar yaitu 43,2% pola asuhnya demokratis pula.

Uji statistik dengan uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,635$ , berarti nilai  $p$  lebih besar daripada  $\alpha 0,050$ , dengan demikian menolak hipotesis. Secara statistik hubungan pekerjaan dengan pola asuh tidak bermakna.

### 5. Hubungan Jumlah Anak dengan Pola Asuh Gizi.

Tabel 32  
Hubungan Antara Jumlah Anak Dengan Pola Asuh Gizi

No.	Jumlah Anak	Pola Asuh Gizi						Total	
		Permisif		Demokratis		Otoriter		Jml.	%
		Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%		
1.	Baik	21	28,8	35	47,9	17	23,3	73	100
2.	Kurang Baik	15	30,0	21	42,0	14	28,0	50	100
	Jumlah	36	29,3	56	45,5	31	25,2	123	100

$$X^2 = 0,507 \quad p = 0,776$$

Seluruh responden yang mempunyai anak dengan kategori baik sebagian besar yaitu 47,9% pola asuhnya demokratis dan dari seluruh responden yang mempunyai anak dalam kategori kurang baik sebagian besar yaitu 42,0% pola asuhnya demokratis.

Hasil uji statistik dengan uji *chi-square* mendapatkan nilai  $p = 0,776$  berarti nilai  $p$  lebih besar dari nilai  $\alpha 0,050$ , berarti menolak hipotesis. Dengan demikian hubungan jumlah anak dengan pola asuh tidak bermakna secara statistik.

## 6. Hubungan Antara Pendapatan Keluarga dengan Pola Asuh Gizi.

Tabel 33

Hubungan Antara Pendapatan Keluarga Dengan Pola Asuh Gizi

No.	Pendapatan Keluarga	Pola Asuh Gizi						Total	
		Permisif		Demokratis		Otoriter		Jml.	%
		Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%		
1.	Cukup	24	29,6	36	44,4	21	25,9	81	100
2.	Kurang	12	28,6	20	47,6	10	23,8	42	100
	Jumlah	36	29,3	56	45,5	31	25,2	123	100

$$X^2 = 0,121 \quad p = 0,941$$

Dari seluruh responden yang berpendapatan cukup sebagian besar yaitu 44,4% pola asuhnya demokratis dan seluruh responden yang berpendapatan kurang sebagian besar yaitu 47,6% pola asuhnya demokratis pula.

Uji statistik dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil nilai  $p = 0,941$  berarti lebih besar daripada nilai alpha. Secara statistik hubungan antara pendapatan dengan pola asuh tidak bermakna.

## 7. Hubungan Antara Lingkungan Rumah dengan Pola Asuh Gizi.

Tabel 34

Hubungan Antara Lingkungan Rumah Dengan Pola Asuh Gizi

No.	Keadaan Lingkungan Rumah	Pola Asuh Gizi						Total	
		Permisif		Demokratis		Otoriter		Jml.	%
		Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%		
1.	Baik	7	53,8	5	38,5	1	7,7	13	100
2.	Sedang	25	27,2	42	45,7	25	27,2	92	100
3.	Kurang	4	22,2	9	50,0	5	27,8	18	100
	Jumlah	36	29,3	56	45,5	31	25,2	123	100

$$X^2 = 4,678 \quad p = 0,313$$

Seluruh responden yang keadaan lingkungan rumahnya baik, sebagian besar yaitu 53,8% pola asuhnya permisif dan seluruh responden yang keadaan lingkungan rumahnya sedang sebagian besar yaitu 45,7% pola asuhnya demokratis. Sedangkan seluruh responden yang keadaan lingkungan rumahnya kurang sebagian besar yaitu 50,0% pola asuhnya demokratis.

Hasil uji statistik dengan uji *fisher's exact* diperoleh nilai  $p = 0,313$ , berarti nilai  $p$  lebih besar daripada nilai  $\alpha$  0,050 maka menolak hipotesa. Dengan demikian secara statistik hubungan antara keadaan lingkungan rumah dengan pola asuh tidak bermakna.

#### 8. Hubungan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi.

Tabel 35  
Hubungan Antara Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi

No	Pola Asuh Gizi	Status Gizi								Total	
		Lebih		Baik		Kurang		Buruk		Jml	%
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%		
1.	Permisif	-		24	66,7	9	25,0	3	8,3	36	100
2.	Demokratis	4	7,1	36	64,3	15	26,8	1	1,8	56	100
3	Otoriter	-		20	64,5	10	32,3	1	3,2	31	100
	Jumlah	4	3,3	80	65,0	34	27,6	5	4,1	123	100

$$X^2 = 5,881 \quad p = 0,399$$

Seluruh responden yang pola asuhnya permisif sebagian besar yaitu 66,7% anaknya berstatus gizi baik dan seluruh responden yang pola asuhnya demokratis sebagian besar yaitu 64,3% anaknya berstatus gizi baik. Selanjutnya seluruh responden yang pola asuhnya otoriter sebagian besar yaitu 64,5% anaknya berstatus gizi baik.

Uji statistik dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,399$  berarti nilai  $p$  lebih besar daripada nilai  $\alpha 0,05$ . dalam hal ini menolak hipotesis. Dengan demikian secara statistik hubungan antara pola asuh dengan status gizi tidak bermakna.

### 9. Hubungan Konsumsi Zat gizi dengan Status Gizi

Tabel 36  
Hubungan Antara Konsumsi Energi dengan Status Gizi

No	Konsumsi Energi	Status Gizi								Total	
		Lebih		Baik		Kurang		Buruk		Jml	%
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%		
1.	Cukup	1	3,1	22	68,8	7	21,9	2	6,3	32	100
2.	Kurang	3	3,3	58	63,7	27	29,7	3	3,3	91	100
	Jumlah	4	3,3	80	65,0	34	27,6	5	4,1	123	100

$$X^2 = 1,122 \quad p = 0,772$$

Dengan melihat tabel 36, ternyata anak yang konsumsi energi cukup sebagian besar (68,8%) berstatus gizi baik dan anak yang konsumsi energi kurang sebagian besar (63,7%) berstatus gizi baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara konsumsi energi dengan status gizi.

Hubungan antara konsumsi protein dengan status gizi anak disajikan selengkapnya pada tabel 37.

Tabel 37  
Hubungan Antara Konsumsi Protein dengan Status Gizi

No	Konsumsi Protein Anak	Status Gizi								Total	
		Lebih		Baik		Kurang		Buruk		Jml	%
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%		
1.	Cukup	1	1,5	39	57,4	25	36,8	3	4,4	68	100
2.	Kurang	3	5,5	41	74,5	9	16,4	2	3,6	55	100
	Jumlah	4	3,3	80	65,0	34	27,6	5	4,1	123	100

$$X^2 = 7,489 \quad p = 0,058$$

Dengan melihat tabel 37, ternyata anak yang konsumsi protein cukup sebagian besar (57,4%) berstatus gizi baik dan anak yang konsumsi protein kurang sebagian besar (74,5%) berstatus gizi baik. Hasil Uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara konsumsi protein dengan status gizi anak.

#### 10. Hubungan Antara Jenis kelamin dengan Status Gizi

Tabel 38  
Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Status Gizi

No	Jenis Kelamin	Status Gizi								Total	
		Lebih		Baik		Kurang		Buruk		Jml	%
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%		
1.	Laki-laki	2	3,2	42	66,7	16	25,4	3	4,8	63	100
2.	Wanita	2	3,3	38	63,3	18	30,0	2	3,3	60	100
	Jumlah	4	3,3	80	65,0	34	27,6	5	4,1	123	100

$$X^2 = 0,445 \quad p = 0,931$$

Dengan melihat tabel 38, ternyata anak laki-laki sebagian besar (66,7%) berstatus gizi baik dan anak wanita sebagian besar (63,3%)

berstatus gizi baik. Hasil Uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi anak.

#### F. Hasil uji Multivariat.

Untuk melihat faktor-faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan pola asuh gizi ibu dan status gizi telah dilakukan uji statistik regresi logistik. Untuk keperluan tersebut telah dilakukan pengkatagorian variabel pola asuh gizi menjadi dikotom, yaitu pola asuh otoriter dan permisif serta status gizi menjadi baik dan kurang. Hasil selengkapnya disajikan pada tabel 39 dan tabel 40.

Tabel 39  
Hasil uji Statistik Hubungan Faktor Pengetahuan, Sikap, Pendidikan, Pekerjaan, Jumlah Anak, Pendapatan dan Lingkungan dengan Pola Asuh

No	Variabel	Sig.	Exp(B)
1.	Pengetahuan	0,2979	
a.	Pengetahuan (1)	0,6021	0,7108
b.	Pengetahuan (2)	0,4969	1,7882
2.	Sikap	0,0891	0,4557
3.	Pendidikan	0,3715	0,5122
4.	Pekerjaan	0,1489	0,4943
5.	Jumlah Anak	0,0531	0,4151
6.	Pendapatan	0,2917	1,5940
7.	Lingkungan	0,0144	
a.	Lingkungan (1)	0,0042	0,0932
b.	Lingkungan (2)	0,0460	0,1450

Pada tabel 39 dengan menggunakan alpha 5%, terlihat bahwa faktor yang paling kuat hubungannya dengan pola asuh adalah lingkungan dan jumlah anak.

Selanjutnya untuk mengetahui faktor-faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan status gizi telah dilakukan uji statistik hasilnya disajikan pada tabel 40.

Tabel 40  
Uji Statistik Hubungan Faktor Pengetahuan,  
Sikap, Pendidikan, Pekerjaan, Jumlah Anak, Pendapatan,  
Lingkungan rumah dan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi

No	Variabel	Sig.	Exp(B)
1.	Pengetahuan	0,3456	
a.	Pengetahuan (1)	0,1654	0,1791
b.	Pengetahuan (2)	0,8115	0,8582
2.	Sikap	0,1426	0,4829
3.	Pendidikan	0,6872	0,0007
4.	Pekerjaan	0,7014	1,2303
5.	Jumlah Anak	0,7645	1,1552
6.	Pendapatan	0,8692	1,0840
7.	Lingkungan	0,0837	
a.	Lingkungan (1)	0,6246	0,6530
b.	Lingkungan (2)	0,0412	0,3052
8.	Pola Asuh Gizi	0,8178	
a.	Pola Asuh Gizi (1)	0,9354	1,0493
b.	Pola Asuh Gizi (2)	0,6246	0,7672

Dengan melihat tabel 40, terlihat bahwa yang berhubungan dengan status gizi adalah faktor keadaan kesehatan lingkungan rumah.

## G. Cara Mendapatkan Data

### 1. Kendala :

- 1.1. Keadaan kesehatan anak yang dicatat terbatas hanya keadaan kesehatan pada saat penelitian. Faktor waktu dan frekuensi sakit tidak dicatat, padahal faktor tersebut dapat berpengaruh terhadap status gizi anak.

- 1.2. Pengumpulan data dengan metode wawancara mempunyai kekurangan, yaitu jawaban responden dapat dipengaruhi oleh persepsi pewawancara, walaupun pewawancara sudah dipersiapkan melalui pelatihan untuk menyamakan persepsi.
- 1.3. Dalam melakukan recall makanan, data yang diperoleh dapat dipengaruhi oleh daya ingat responden yang kurang dan ketepatan dalam menentukan ukuran rumah tangga (URT).

## **2. Pendukung :**

- 2.1. Responden dengan senang hati dan bersedia menyediakan waktu untuk diwawancarai.
- 2.2. Perangkat Desa sangat membantu dalam menyiapkan responden untuk diwawancarai.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Karakteristik Responden**

##### **1. Umur.**

Berdasarkan hasil penelitian ternyata sebagian besar responden yaitu 30,08% (tabel 13) termasuk dalam kelompok umur 26-30 tahun. Pada kelompok umur tersebut merupakan usia reproduktif, yaitu merupakan usia optimal untuk melahirkan oleh seorang wanita. Dengan demikian masih terbuka kemampuan untuk melahirkan lebih banyak. Keadaan tersebut apabila tidak dikendalikan akan mengakibatkan angka kelahiran yang tinggi, apabila disertai dengan jarak kelahiran yang pendek akan berpengaruh terhadap kualitas dalam pengasuhan anak.

Dalam penelitian juga masih dijumpai responden yang berumur kurang dari 20 tahun sudah mempunyai anak walaupun persentasenya kecil. Kelompok usia tersebut termasuk resiko tinggi untuk melahirkan, baik secara fisik maupun mental. Wanita yang hamil umur kurang dari 20 tahun, secara fisik/biologis alat-alat reproduksi belum kuat/siap untuk menerima janin. Secara psikologis jiwanya masih labil, sehingga akan berpengaruh terhadap cara mengasuh anaknya. Asumsinya bahwa dengan bertambahnya usia maka akan bertambah pula pengalaman dalam mengasuh anak. Karena menurut Satoto (1990), bahwa pengasuhan yang dilakukan oleh ibu berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak.

## **2. Pendidikan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan responden sebagian besar yaitu 91,9% termasuk kategori tingkat pendidikan dasar (91,9%), yaitu hanya lulus Sekolah Dasar bahkan pendidikan tertinggi hanya lulus SLTA (tabel 14). Pemerintah telah menetapkan pendidikan dasar 9 tahun bagi bangsa Indonesia, berarti masyarakat Indonesia minimal berpendidikan lulus SLTP. Dengan melihat data hasil penelitian, maka dapat dikatakan bahwa tingkat pendidikan responden masih rendah.

Asumsi umum bahwa semakin tinggi pendidikan semakin mempunyai wawasan/pengalaman yang sedemikian luas. Pendidikan yang rendah mempengaruhi tingkat pemahaman terhadap pangasuhan anak termasuk dalam hal perawatan, pemberian makanan dan bimbingan kepada anak. Dampaknya terhadap kesehatan dan gizi yang semakin menurun. Pendidikan yang rendah berakibat sulit untuk berkembang menerima informasi baru dan pola berfikir yang sempit. Hal tersebut akan menghambat peningkatan sumber daya manusia yang merupakan modal dasar pembangunan.

## **3. Pekerjaan.**

Pekerjaan berhubungan dengan pendapatan keluarga, yaitu bahwa responden yang bekerja akan membantu pendapatan keluarga di satu sisi dan di sisi lain akan mengurangi frekuensi interaksi dengan anak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak mempunyai pekerjaan tetap atau tidak bekerja (tabel 15). Hal ini

berhubungan dengan tingkat pendidikan yang rendah sehingga sulit untuk mencari pekerjaan.

Responden yang tidak bekerja berarti interaksi dengan anak lebih lama, karena responden lama tinggal di rumah. Dengan demikian responden mempunyai kesempatan mengasuh anak lebih lama. Asumsi bahwa lama waktu mengasuh anak, maka akan meningkatkan kuantitas maupun kualitas pengasuhan anak, maka akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.

Jenis pekerjaan juga berhubungan dengan lama waktu pengasuhan anak, sehingga akan berpengaruh terhadap kuantitas dan kualitas pelayanan terhadap anak. Misalnya ibu yang bekerja sebagai PNS jika dibandingkan dengan buruh pabrik akan berbeda dalam hal lama waktu pengasuhan anak. Pada umumnya PNS bekerja lebih pendek waktunya daripada buruh pabrik, sehingga mempunyai waktu lebih lama untuk berinteraksi dengan anak.

#### **4. Jumlah Anak.**

Slogan banyak anak banyak rejeki nampaknya tidak berlaku di daerah penelitian. Hal itu terbukti bahwa hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar jumlah anak kandung sebanyak satu orang dan jumlah anak rata-rata dalam keluarga sebanyak dua orang (tabel 16). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa jumlah anak dalam keluarga termasuk kategori baik (tabel 17).

Dengan melihat kenyataan tersebut, maka dalam hal ini berarti responden sudah mengetahui pentingnya keluarga berencana, berarti dapat dikatakan program keluarga berencana di daerah ini berhasil. Keluarga yang jumlah anaknya sedikit akan berpengaruh terhadap pengasuhan, khususnya dalam hal pembagian makanan dan pembagian lainnya, misalnya dalam memberi perhatian dan kasih sayang.

Mempunyai anak sedikit maka perhatian dan kasih sayang yang diberikan lebih besar dibanding dengan jumlah anak yang banyak. Dengan memberi perhatian yang lebih besar anak merasa diperhatikan dan anak merasa aman dalam bergerak dan dapat tercukupi kebutuhannya. Keadaan seperti ini akan membantu pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya.

## **5. Pendapatan Keluarga**

Pendapatan berhubungan dengan pekerjaan, pendidikan dan dampaknya terhadap tingkat kesejahteraan. Pendapatan perkapita keluarga responden sebagian besar termasuk kategori cukup (tabel 18). Dengan pendapatan yang cukup, maka dapat memenuhi semua kebutuhan pokok keluarga termasuk dalam hal ini kebutuhan pokok untuk anaknya. Pada umumnya jika pendapatan kurang, maka diprioritaskan untuk mencukupi kebutuhan makan sedangkan kebutuhan lain diabaikan.

Pendapatan juga merupakan salah satu indikator untuk mengukur tingkat kemiskinan dan kesejahteraan. Keluarga yang mengalami pendapatan yang kurang terus menerus akan berakibat jatuh miskin.

Sehingga kebutuhan yang lain termasuk pendidikan dan kesehatan tidak dapat terpenuhi. Keluarga yang miskin tidak dapat memilih pendidikan dan pelayanan kesehatan yang layak, akibat lanjut akan berakibat buruk terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak batita sebagai kelompok yang rawan kesehatan.

## **6. Jumlah Tanggungan Keluarga**

Jumlah anggota keluarga merupakan tanggungan keluarga yang harus diperhatikan kebutuhannya. Makin besar jumlah anggota keluarga maka makin besar pula beban yang harus ditanggung keluarga dan sebaliknya. Besarnya tanggungan keluarga juga berpengaruh terhadap distribusi makanan dalam keluarga.

Jika beban keluarga dihubungkan dengan pendapatan, apabila pendapatan keluarga kurang sementara jumlah beban anggota keluarga banyak, maka masing-masing anggota keluarga akan mendapat bagian sedikit. Apabila hal ini dialami anak maka akan berakibat kurang baik bagi kesehatan. Jumlah anggota keluarga yang baik menurut anjuran pemerintah adalah catur warga. Dengan catur warga diharapkan kebutuhan pokok dan kebutuhan lainnya masing-masing anggota keluarga dapat terpenuhi.

## **7. Pengetahuan Responden**

Pengetahuan diperoleh dari hasil proses belajar baik secara formal maupun informal. Semakin orang rajin belajar, maka semakin bertambah

pengetahuannya. Pengetahuan responden dalam penelitian ini masih tergolong sedang (tabel 20). Pengetahuan yang kurang akan berpengaruh terhadap sikap maupun praktek dalam mengasuh anak.

Pengetahuan yang kurang berhubungan dengan tingkat pendidikan yang masih rendah. Orang yang berpendidikan rendah pada umumnya mempunyai pengetahuan yang kurang. Pengetahuan yang kurang juga disebabkan oleh terbatasnya menerima informasi dan komunikasi. Pengetahuan yang kurang pada responden akan menyebabkan kurang baik dalam memberikan pengasuhan kepada anaknya terutama dalam memberikan makanan yang kurang berkualitas, sehingga lama kelamaan anak akan menderita kurang gizi. Menurut Call & Levinson (1970) bahwa masukan zat gizi dipengaruhi oleh pengetahuan dan kebiasaan ibu terhadap gizi dan kesehatan.

Menurut Soekidjo (1996) pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan hal tersebut terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya sikap, tindakan seseorang dan perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng. Kurangnya pengetahuan tentang pola asuh disebabkan oleh terbatasnya kemampuan responden (lampiran D-1), yang berhubungan dengan gizi yaitu : cara menyusun hidangan yang belum benar (17,89%), saat pertama kali memberi makan anak (12,2%) dan bentuk makanan untuk anak (82,93%). Faktor lain yang

berhubungan dengan kesehatan, kurangnya pengetahuan tentang manfaat imunisasi (38,21%). Disamping itu juga dapat disebabkan oleh lamanya informasi tersebut diperoleh, sehingga pada waktu ditanyakan sudah lupa.

#### **8. Sikap Responden**

Sikap merupakan bentuk evaluasi positif maupun negatif terhadap orang, obyek, peristiwa atau ide-ide tertentu. Sikap juga merupakan kesediaan bereaksi terhadap sesuatu hal. Menurut Fishbein (1994), yang dikutip oleh RA. Isbandi perilaku erat kaitannya dengan niat dan niat ditentukan oleh sikap, dengan demikian sikap tidak dapat menjelaskan secara langsung terhadap perilaku.

Dalam penelitian ternyata sebagian besar responden bersikap setuju/positif terhadap pola asuh (tabel 21). Hal tersebut ditunjukkan dengan (lampiran D-2) bahwa sebagian besar responden tidak membedakan nilai anak (97,56%), sebagian besar bersikap setuju terhadap gizi (92,68%), dan sikap terhadap kesehatan serta pola asuh sebagian besar positif. Berdasarkan hal tersebut berarti sebagian besar responden mendukung positif terhadap pola asuh. Dengan dukungan positif terhadap pola asuh tersebut, maka dalam praktek mengasuh anak menjadi lebih baik. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Ancok (1989) bahwa responden yang bersikap setuju/positif berarti mendukung sesuatu. Semakin banyak yang positif akan semakin positif sikap yang terbentuk dan sebaliknya.

Sikap positif/setuju dari responden dimungkinkan, hal tersebut disebabkan oleh adanya pengaruh dari lingkungan yaitu karena sebagian besar responden mengikuti posyandu. Dengan mengikuti posyandu berarti responden mendapat informasi dari para kader. Hal itu sesuai dengan pendapat Sarwono (1984) bahwa ada dua lingkungan yang mempengaruhi yaitu lingkungan alam yang mencetak perilaku manusia di dalamnya sesuai dengan sifat dan keadaan alam tersebut dan kedua lingkungan sosial budaya berupa keadaan manusia/masyarakat dengan segala budi manusia yang sangat kuat pengaruhnya.

#### **9. Keadaan Lingkungan Rumah**

Lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kesehatan juga perilaku dibandingkan dengan faktor-faktor lain seperti pelayanan kesehatan dan keturunan. Salah satu yang termasuk lingkungan adalah rumah sebagai tempat tinggal manusia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar keadaan lingkungan rumah termasuk kategori sedang (tabel 22). Keadaan lingkungan rumah yang masih kurang tersebut disebabkan oleh (lampiran D-3) : lantai rumah masih berupa tanah (52,84%), kebersihan rumah masih kurang khususnya dapur (58,54%) dan halaman rumah (59,35%) serta sarana pembuangan kotoran belum memenuhi syarat kesehatan (62,60%).

Keadaan kesehatan lingkungan rumah yang kurang baik akan menyebabkan kesehatan penghuninya terganggu. Menurut data Departemen Kesehatan diketahui bahwa 80-90% penyakit di negara-

negara berkembang dihubungkan dengan kekurangan yang terdapat dalam lingkungan rumah, seperti bangunan rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan, terlalu padat karena banyak penghuninya.

Responden sebagai ibu rumah tangga rata-rata dua pertiga dari kehidupan sehari dilaluinya di rumah. Oleh karena rumah dan lingkungannya sangat berpengaruh dan menentukan kualitas hidup serta kesehatan penghuninya termasuk anaknya.

#### **10. Pola Asuh Gizi**

Pola asuh yang dimaksud adalah praktek yang dilakukan ibu dalam mengasuh anaknya. Pola asuh yang dilakukan oleh ibu akan mempengaruhi terhadap pertumbuhan dan perkembangan anaknya. Praktek dibentuk oleh pengalaman interaksi individu dengan lingkungan khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikap terhadap suatu obyek (De Weert, 1989).

Responden dalam mengasuh anaknya sebagai besar termasuk pola asuh demokratis (tabel 23). Dengan demikian bahwa responden dalam mengasuh anak dalam setiap mengambil keputusan mengikut sertakan orang lain. Anak dalam hal ini dianggap mempunyai andil dalam menentukan segala sesuatu yang menyangkut anak, misalnya responden memberi pujian kepada anak yang berhasil menyelesaikan kegiatan sesuai kehendak responden (lampiran D-4). Hal tersebut sesuai dengan pendapat Hurlock (1993) bahwa dalam pola asuh demokratis, orang tua memberikan peraturan yang luwes serta memberi penjelasan setiap

peraturan dan perilaku yang diharapkan ada komunikasi timbal balik, memberikan hadiah dan hukuman yang diberi penjelasan.

Pola asuh demokratis bukan merupakan pola asuh yang paling baik, karena masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan. Menurut Hurlock (1993), bahwa pola asuh otoriter paling tepat digunakan untuk mengasuh anak kecil daripada anak besar. Hal itu karena anak kecil belum dapat mengerti penjelasan yang diberikan oleh orang tuanya dan anak masih sangat tergantung dengan ibunya.

Yang terpenting dalam mengasuh anak adalah bagaimana agar kebutuhan dasar anak untuk tumbuh dan berkembang terpenuhi sehingga anak dapat tumbuh dan kembang secara optimal.

## **B. Karakteristik Anak.**

### **1. Umur**

Pada masa anak-anak merupakan masa pertumbuhan yang optimal dimana semua organ tubuh masih berlangsung tumbuh. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar anak termasuk dalam kelompok umur 9-15 bulan (tabel 24). Pada kelompok umur tersebut merupakan masa peralihan menuju ke masa lebih lanjut, misalnya anak mulai tumbuh gigi, berlatih berjalan dan mulai latihan berbicara.

Perubahan-perubahan tersebut membawa konsekuensi terhadap perubahan dalam hal pola pengasuhannya. Pola pengasuhan disini yang paling penting adalah dalam pemberian makanan, yaitu mulai dari memilih bahan makanan, menyusun menu, memasak dan memberi makan kepada

anak. Jika dalam pengasuhan kurang baik akan berakibat fatal terhadap pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya. Dengan demikian peranan orang tua masih sangat dominan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak.

## **2. Jenis Kelamin.**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah anak laki-laki lebih banyak daripada jumlah anak perempuan (tabel 25). Menurut budaya Jawa, anak laki-laki lebih bernilai daripada anak perempuan, karena anak laki-laki yang membawa keturunan dari keluarga. Dalam kenyataannya di daerah penelitian tidak membedakan antara anak laki-laki dengan perempuan.

Jika dilihat dari kebutuhan gizi, anak laki-laki rata-rata membutuhkan zat gizi lebih banyak, hal ini disebabkan karena biasanya anak laki-laki mempunyai aktifitas lebih banyak dan bentuk tubuh yang lebih besar sehingga kebutuhan zat gizi lebih banyak.

Secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi. Hal tersebut karena status gizi secara langsung dipengaruhi oleh konsumsi zat gizi dan penyakit infeksi. Sedangkan konsumsi zat gizi berkaitan dengan ukuran tubuh, aktifitas dan faktor lingkungan.

## **3. Konsumsi Zat Gizi Anak.**

Zat gizi dibutuhkan oleh tubuh sebagai zat untuk pertumbuhan, bergerak dan mengatur fungsi-fungsi dalam tubuh. Jika kekurangan zat

gizi terus menerus akan berakibat terganggunya fungsi-fungsi tersebut, karena zat gizi secara langsung berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak. Apabila kekurangan terjadi pada anak-anak, maka akan berakibat fatal karena anak-anak masih dalam taraf pertumbuhan sehingga kebutuhan zat gizi lebih banyak baik kualitas maupun kuantitas.

Dalam penelitian masih banyak anak yang konsumsi zat gizinya yaitu energi dibawah angka kecukupan gizi yang diajarkan (tabel 26). Apabila hal tersebut dibiarkan akan terjadi masalah gizi pada anak yang merupakan calon generasi penerus di masa yang akan datang.

#### **4. Status Gizi Anak.**

Status gizi merupakan cerminan konsumsi zat gizi dan penggunaan zat gizi dalam tubuh. Anak yang konsumsi zat gizi cukup kuantitas maupun kualitas dan digunakan oleh tubuh dengan baik akan menyebabkan anak dalam keadaan sehat atau status gizi baik.

Hasil penelitian menunjukkan masih ditemukan anak yang berstatus gizi kurang dan buruk walaupun persentasinya kecil jika dibandingkan dengan yang berstatus gizi baik (tabel 27). Besarnya anak gizi buruk (4,1%) jika dibandingkan dengan prevalensi Kabupaten Demak (1,17%) jauh lebih lebih besar, bahkan prevalensinya ada kecenderungan meningkat jika dibandingkan dengan data hasil pemantauan status gizi (PSG) tahun 2001 (0,92%) untuk Puskesmas Wonosalam II sendiri.

Masih tingginya prevalensi gizi kurang (KEP total) mencerminkan derajat kesehatan masih rendah. Jika dikaitkan dengan konsumsi zat gizi,

maka status gizi kurang pada anak di daerah penelitian disebabkan karena konsumsi zat gizi yang masih kurang.

Hal itu sesuai dengan pendapat Levinson (1970) penyebab langsung kurang gizi adalah konsumsi zat gizi dan penyakit infeksi. Kedua faktor tersebut dipengaruhi oleh faktor lain yaitu antara lain faktor sosial ekonomi keluarga dan perilaku ibu dalam pengasuhan.

### **C. Hasil Uji Bivariat**

#### **1. Hubungan Pengetahuan dengan Pola Asuh Gizi.**

Persentase terbesar adalah responden yang berpola asuh demokratis dan berpengetahuan sedang, yang berpola asuh permisif dan berpengetahuan kurang dan pola asuh permisif dan demokratis berpengetahuan baik (tabel 28).

Hasil uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pola asuh gizi ( $p=0,041$ ). Berarti ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang pola dengan pola asuh yang dilakukan oleh ibu. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Savitri Sayogo (1996), bahwa ada hubungan antara pengetahuan gizi ibu dengan perilaku dalam hal ini praktek ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI bagi anak.

Terlihat bahwa pengetahuan yang kurang dan sedang, kemungkinan karena sebagian besar responden berpendidikan rendah berarti responden kurang mengetahui pola asuh apa yang tepat dalam mengasuh anak. Sehingga responden cenderung memilih pola asuh

demokratis. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Hurlock (1993) bahwa wanita dalam mengasuh cenderung kurang otoriter.

Menurut Hurlock (1988) bahwa pola asuh demokratis yaitu orang tua memberikan peraturan yang luwes serta memberi penjelasan bagi peraturan dan perilaku yang diharapkan dan ada komunikasi timbal balik, memberi hadiah dan hukuman yang diberi penjelasan.

Menurut Ahmad Djaeni S. (1993), pengetahuan tentang gizi pada umumnya dapat membentuk sikap dalam diri seseorang dan mempengaruhi perilaku kesehariannya. Tingginya tingkat pengetahuan gizi dari seseorang pengasuh akan membentuk sikap positif terhadap masalah gizi yang pada gilirannya dari pengertian dan sikap tersebut akan mendorong untuk menyediakan makanan sehari-hari dalam jumlah yang mencukupi kebutuhan zat gizi anak. Dengan demikian keadaan gizi anak tersebut akan terjamin.

Tingkat pengetahuan gizi yang kurang menurut Khumaidi (1989), membutuhkan perhatian lebih, oleh karena peran ibu sebagai *gate keeper* dalam pengambilan keputusan mengenai konsumsi makanan keluarga adalah bermanfaat bagi kesehatan, dengan demikian pengetahuan gizi ibu akan berperan dalam menentukan konsumsi makanan keluarga.

## **2. Hubungan Sikap dengan Pola Asuh Gizi.**

Dari penelitian diperoleh hasil bahwa responden yang berpola asuh permisif bersikap setuju dan responden yang berpola asuh demokratis bersikap tidak setuju serta responden yang berpola asuh otoriter bersikap

tidak setuju. Sebagian besar responden yang bersikap setuju berpola asuh demokratis (tabel 29).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara sikap terhadap pola asuh gizi ibu ( $p=0,040$ ). Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Rahail (1996), bahwa sikap positif ibu berhubungan dengan praktek ibu dalam pemberian makanan kepada anaknya. Semakin tinggi sikap positif ibu semakin baik praktek ibu dalam pemberian makanan kepada anaknya.

Sikap berhubungan dengan pengetahuan, Ancok (1989) menyatakan adanya pengetahuan terhadap sesuatu akan menyebabkan seseorang mempunyai sikap yang positif terhadap hal tersebut, yang selanjutnya akan mempengaruhi niat untuk melakukan kegiatan yang pada akhirnya sangat menentukan apakah kegiatan tersebut benar-benar dilakukan.

Berdasarkan hal tersebut, maka dapat dikatakan bahwa responden yang bersikap baik berarti mendukung pola asuh yang baik. Menurut Ancok (1989) bahwa semakin banyak segi negatif/tidak setuju akan semakin negatif sikap yang terbentuk. Seseorang yang bersikap positif/mendukung tidak langsung melakukan apa yang diminati, tetapi melalui beberapa tingkatan sesuai pendapat Soekidjo.

Menurut Soekidjo (1996), sikap terbentuk melalui beberapa tingkatan yaitu : 1). *Menerima*, diartikan bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan; 2). *Merespons*, diartikan

memberi jawaban, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan; 3). *Menghargai*, diartikan orang mulai mengajak untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah; dan 4). *Bertanggung jawab*, diartikan bertanggung jawab atas segala yang telah dipilihnya dengan segala resikonya.

### **3. Hubungan Pendidikan dengan Pola Asuh Gizi.**

Responden yang berpendidikan menengah dalam mengasuh anak berpola asuh permisif dan demokratis, sedangkan responden yang berpendidikan dasar berpola asuh otoriter (tabel 30).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan responden dengan pola asuh gizi ( $p=1,0$ ). Hal tersebut berarti tidak sesuai dengan pendapat Unicef dan Jonsson seperti yang dikutip oleh Soetjiningsih (1995) bahwa pola asuh berhubungan pendidikan keluarga. Juga menurut hasil penelitian Abdul Kahar (1990), bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pola asuh.

Hal tersebut mungkin saja terjadi disebabkan oleh karena sebaran responden menurut pendidikan dan pola asuh tidak proporsional, dan pendidikan yang rendah berkaitan dengan pengetahuan yang kurang. Disamping itu ada faktor lain yang lebih spesifik di daerah penelitian misalnya faktor budaya yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Orang yang berpendidikan rendah (dasar) pada umumnya juga berpengetahuan kurang sehingga dalam mengasuh anak cenderung

menggunakan emosinya. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Hurlock (1993), bahwa mendidik anak secara otoriter yang menggunakan metode hukuman untuk memperkuat kepatuhan secara ketat akan mendorong emosi yang tidak menyenangkan menjadi dominan.

Seseorang yang berpendidikan atau telah mendapat pelatihan lebih memahami dalam mengasuh anak. Sesuai dengan pendapat Hurlock (1993) bahwa orang tua yang telah mendapat kursus dalam mengasuh anak lebih mengerti anak dan kebutuhannya, dan biasanya lebih menggunakan teknik pola asuh demokratis dibanding tidak mendapat latihan. Semakin berpendidikan semakin mereka menunjukkan disiplin demokratis. Mendidik anak secara demokratis dan permisif di rumah dapat meningkatkan kreatifitas anak, sedangkan cara mendidik otoriter memadamkan kreatifitas anak.

#### **4. Hubungan Pekerjaan dengan Pola Asuh Gizi.**

Responden yang bekerja dalam mengasuh anak berpola asuh demokratis dan responden yang tidak bekerja berpola asuh permisif dan otoriter (tabel 31).

Hasil uji statistik menunjukkan hubungan yang tidak bermakna antara pekerjaan ibu dengan pola asuh. Berarti antara ibu yang bekerja dan ibu yang tidak bekerja tidak ada hubungannya dengan pola asuh. Menurut Mc. Gregor (1982) yang dikutip oleh A Hamid Nawawi menyebutkan bahwa pekerjaan ibu merupakan faktor yang kompleks, karena adanya temuan yang kontradiktif dengan menjelaskan bahwa

dalam hal ini yang penting adalah pengasuh pengganti selama ibu bekerja dan interaksi ibu anak selama tidak bekerja.

Ibu yang bekerja dengan ibu yang tidak bekerja tentu berbeda dalam mengasuh anak, hal ini berhubungan dengan kualitas dan kuantitas interaksi antara ibu dengan anak. Seorang ibu yang tidak bekerja mempunyai waktu interaksi yang lebih lama dibanding ibu yang bekerja. Sebaliknya ketidakhadiran ibu dalam waktu lama karena pekerjaan, sehingga jauh dari keluarga akibatnya tidak ada komunikasi yang harmonis, sehingga anak mencari sumber lain yang belum tentu memberi manfaat.

Menurut Satoto (1990) bahwa pola asuh berhubungan kualitas dan kuantitas interaksi antara ibu dan anak. Dengan demikian makin lama waktu berinteraksi antara ibu dan anak, maka diharapkan pengasuhan anak makin baik. Dalam hal ini orang tua makin mengerti dan memahami semua yang dibutuhkan oleh anak.

Pekerjaan responden tersebut jika dikaitkan dengan status gizi, sesuai dengan hasil penelitian Attiya Rahma (1998), bahwa tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan status gizi anaknya baik anak yang diasuh ibunya sendiri atau diasuh orang lain selain ibu, seperti nenek, saudara ibu, pembantu atau tetangga.

## **5. Hubungan Jumlah Anak dengan Pola Asuh Gizi.**

Responden yang mengasuh anaknya dengan pola asuh permisif dan otoriter jumlah anaknya kurang baik, serta responden yang mengasuh anaknya dengan pola asuh demokratis jumlah anaknya baik.

Uji statistik menunjukkan tidak didapat hubungan yang bermakna antara jumlah anak dengan pola asuh ibu. Hal tersebut bisa terjadi, karena jumlah anak bukan merupakan satu-satunya faktor yang mempengaruhi pola asuh gizi ibu, tetapi berkaitan dengan pendidikan dan pengetahuan responden yang rendah.

Keluarga yang mempunyai jumlah anak banyak biasanya banyak masalah yang dihadapi oleh orang tua sehingga dalam mendidik orang tua cenderung keras. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Hurlock (1993), bahwa seorang anak yang berasal dari sebuah keluarga besar biasanya dididik secara otoriter, sehingga sikap dan perilaku anaknya cenderung otoriter.

Jumlah anak juga berkaitan dengan kreatifitas dan penanaman disiplin pada anak. Menurut Hurlock (1993), anak dari keluarga kecil bilamana kondisi lain sama cenderung lebih kreatif daripada anak keluarga besar. Dalam keluarga besar cara mendidik anak yang otoriter dan kondisi sosial ekonomi kurang menguntungkan dapat menghambat kreatifitas. Sedangkan disiplin sering dibutuhkan dalam keluarga besar, semakin banyak anak dalam keluarga semakin kurang perhatian dan

pengawasan dari orang tua dan semakin besar timbul kecemburuan antar anak, rasa permusuhan dan bentuk perilaku yang mengganggu yang lain.

#### **6. Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Pola Asuh Gizi.**

Sebagian besar responden yang berpola asuh permisif dan otoriter mempunyai pendapatan cukup dan responden yang berpola asuh demokratis mempunyai pendapatan kurang.

Hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan pola asuh yang dilakukan oleh responden ( $p=0,941$ ). Hal tersebut dapat terjadi, karena berhubungan dengan tingkat pengetahuan responden yang rendah sehingga berpengaruh dalam mengelola pendapatan itu untuk keperluan menyediakan makanan. Pendapatan keluarga dalam hubungannya dengan pola asuh berkaitan dengan penyediaan makanan bagi anak yang diasuh.

Menurut Sri Handajani (1996), menyatakan bahwa tingkat pendapatan akan mempengaruhi pengetahuan ibu dalam pola kebiasaan makan, selanjutnya berperan dalam prioritas penyediaan pangan berdasarkan nilai ekonomi dan nilai gizinya. Keluarga dengan pendapatan rendah hanya dapat memenuhi kebutuhan pangan pokoknya berupa sumber karbohidrat. Apabila pendapatan meningkat, maka pangan prioritas kedua berupa sumber protein yang murah dan dapat dipenuhi.

Meningkatnya pendapatan perkapita (Hardinsyah, 1992), maka akan terjadi perubahan susunan makanan, tetapi pengeluaran uang yang lebih besar untuk pangan tidak menjamin lebih beragamnya konsumsi

pangan. Kadang-kadang perubahan utama yang terjadi dalam kebiasaan makan adalah pangan yang dikonsumsi menjadi semakin mahal. Selain itu terjadi pergeseran pola konsumsi dimana proporsi energi dari karbohidrat menjadi berkurang yang diikuti dengan meningkatnya proporsi lemak dan protein hewani.

Tingkat pendapatan keluarga merupakan masalah keluarga yang sangat penting berhubungan dengan pola asuh. Menurut hasil penelitian Abdul Kahar (1990), bahwa pada keluarga yang keadaan ekonominya kurang terus menerus, maka akan melupakan masalah lain, misalnya perhatian terhadap anak (pola asuh) yang seharusnya tidak boleh luput dari perhatian orang tua. Akibatnya akan fatal bagi pertumbuhan dan perkembangan anak.

Menurut Hurlock (1993), keluarga dengan sosial ekonomi lebih tinggi kebanyakan dididik dengan secara demokratis dan anak lebih kreatif, karena lebih memberi kesempatan anak untuk menyatakan individualitas, mengembangkan minat yang dipilihnya dan lingkungan lebih banyak memberi kesempatan untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman yang diperlukan anak. Sedangkan pada keluarga dengan sosial ekonomi rendah dididik secara otoriter dan anak kurang kreatif, anak tidak dapat berkembang karena sarana terbatas sehingga tidak dapat berkreasi.

Berhubungan dengan belajar berbicara Hurlock mengatakan bahwa anak dari kelompok yang keadaan sosial ekonomi tinggi lebih mudah

belajar berbicara, mengungkapkan dirinya lebih baik dan lebih banyak berbicara. Penyebab utama adalah anak dari kelompok sosial ekonomi tinggi lebih banyak didorong untuk berbicara dan lebih banyak dibimbing untuk melakukan.

#### **7. Hubungan Keadaan Lingkungan Rumah dengan Pola Asuh Gizi.**

Responden yang berpola asuh permisif keadaan kesehatan lingkungan rumahnya baik, yang berpola asuh demokratis keadaan kesehatan lingkungan rumahnya kurang dan yang berpola asuh otoriter kesehatan keadaan lingkungan rumahnya kurang. Keadaan kesehatan lingkungan rumah meliputi antara lain struktur bangunan, ventilasi, pencahayaan, kebersihan dan lainnya yang layak, yang tidak mengganggu kesehatan bagi penghuninya.

Uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara keadaan lingkungan rumah dengan pola asuh ibu ( $p=0,313$ ). Lingkungan dalam penelitian ini tidak berhubungan secara bermakna dengan pola asuh. Hal ini kemungkinan karena lingkungan yang diteliti terbatas hanya pada kesehatan lingkungan rumah saja. Padahal lingkungan yang berhubungan kesehatan lebih luas lagi, termasuk lingkungan budaya setempat.

Hal tersebut sesuai dengan pendapat Hurlock (1993), bahwa lingkungan budaya yang masyarakatnya bersifat tradisional dalam mengasuh anak cenderung dengan pola asuh otoriter dan masyarakat modern dengan pola asuh demokratis.

Menurut HL. Blum seperti yang dikutip oleh Soekidjo (1997), bahwa faktor lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan individu maupun kelompok. Dalam hal ini bagaimana perilaku manusia dapat mengelola lingkungan agar lingkungan tidak mengganggu kesehatan. Perilaku yang dimaksud adalah dalam mengasuh anak yang banyak berinteraksi dengan kesehatan lingkungan rumah sebagai media belajar.

Pengaruh lingkungan terhadap perkembangan fisik dan mental lebih lanjut dikemukakan Hurlock (1993), yaitu bahwa lingkungan yang merangsang merupakan salah satu pendorong perkembangan kemampuan anak baik fisik maupun mental yang baik. Lingkungan yang tidak merangsang menyebabkan perkembangan anak dibawah kemampuannya.

#### **8. Hubungan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pola asuh ibu dengan status gizi anak ( $p=0,399$ ). Padahal menurut Satoto (1990), bahwa pola asuh ibu berpengaruh terhadap status gizi anak, terutama interaksi antara ibu dengan anak dalam memberi makan.

Hal tersebut dapat terjadi, karena dalam mengasuh anak kecil pola asuh yang tepat digunakan adalah pola asuh otoriter (Hurlock, 1993), sedangkan dalam penelitian sebagian besar responden dalam mengasuh anak dengan menggunakan pola asuh demokratis. Anak kecil dalam

memilih makanan belum dapat membedakan makanan yang bergizi, sehingga kecenderungannya dalam memilih makanan sesuai dengan kesukaannya.

Dalam pola asuh otoriter, peranan pengasuh dalam hal ini ibu sangat dominan dalam setiap menentukan kebutuhan anak, karena anak umur tiga tahun masih sangat tergantung dengan ibunya. Dengan menggunakan pola asuh otoriter termasuk dalam memilih makanan, maka akan membantu anak untuk menentukan makanan yang tepat untuk membantu pertumbuhan anak. Karena pada masa kecil peranan makanan yang bergizi sangat penting untuk pertumbuhan fisik.

#### **D. Hasil Uji Multivariat**

Untuk mengetahui variabel yang paling berhubungan dengan pola asuh, maka beberapa variabel diuji secara bersama-sama. Hasil uji multivariat menunjukkan bahwa variabel keadaan kesehatan lingkungan rumah yang paling berhubungan dengan pola asuh gizi, selanjutnya variabel jumlah anak.

Hal tersebut berarti sesuai dengan pendapat HL. Bloom bahwa lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap derajat kesehatan. Lingkungan merupakan tempat berinteraksinya makhluk hidup lain dengan manusia, bagaimana manusia berperilaku dalam mengelola lingkungan agar tidak menimbulkan masalah bagi manusia itu sendiri.

Menurut Soetjiningsih (1995), ada dua faktor yang mempengaruhi pertumbuhan anak yaitu faktor genetik dan interaksi lingkungan. Faktor

lingkungan tersebut sangat luas, yaitu meliputi lingkungan fisik, biologis dan lingkungan psikologis serta sosial. Lingkungan fisik antara lain meliputi gizi dan jenis kelamin, lingkungan fisik berupa keadaan geografis, sanitasi dan keadaan rumah.

Dengan jumlah anak yang banyak, maka dalam mengasuh anak kurang adanya pemerataan dalam perhatian dan kasih sayang, disamping itu juga dalam hal pembagian makanan, apalagi jika didukung dengan pendapatan keluarga yang kurang. Asumsinya bahwa, jumlah anak yang banyak pada keluarga dengan keadaan sosial ekonomi kurang, akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima anak dan kebutuhan primer seperti makanan, sandang tidak terpenuhi.

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Iskandar yang dikutip dari Yekti (1990), menyatakan bahwa ada perbedaan keadaan gizi pada keluarga dengan jumlah anak yang berbeda. Semakin banyak jumlah anak dalam keluarga keadaan gizi anak cenderung semakin menurun. Hal itu karena anak akan lebih banyak mendapat perhatian dari ibu dengan jumlah anak sedikit, dibandingkan dengan ibu yang harus membagi perhatiannya pada jumlah anak yang lebih banyak.

Menurut hasil uji statistik, bahwa variabel keadaan kesehatan lingkungan rumah yang berhubungan dengan status gizi anak. Hal tersebut dapat terjadi karena keadaan kesehatan lingkungan rumah kurang baik yang menyebabkan anak mudah terkena infeksi sehingga nafsu makannya menurun lama kelamaan akan terjadi gizi kurang.

Hal tersebut sesuai dengan pendapat Suhardjo (1996), bahwa higiene dan sanitasi yang kurang baik akan mencemari makanan, sehingga akan menimbulkan diare pada anak dan anak akan mudah terkena infeksi karena daya tahan tubuh menurun.

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan.**

Berdasarkan hasil penelitian dan setelah dilakukan pembahasan maka dapat diambil kesimpulan untuk menjawab tujuan dan hipotesis penelitian adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik responden : yaitu sebagian besar ibu yaitu 30,08% termasuk dalam kelompok umur 26-30 tahun, berpendidikan tamat sekolah, dasar yaitu 91,9%, sebagian besar yaitu 71,50% ibu tidak bekerja, jumlah anak kandung dalam keluarga sebagian besar (59,3%) sebanyak dua anak, jumlah pendapatan keluarga termasuk kategori cukup (65,9%).
2. Karakteristik anak : yaitu sebagian besar anak (30,15) termasuk kelompok umur 9-15 bulan, berjenis kelamin laki-laki terbanyak (51,2%), konsumsi energi (74,0%) termasuk kurang dan konsumsi protein (55,3%) termasuk cukup dan sebagian besar (65,0%) bersatus gizi baik dan masih terdapat anak yang berstatus gizi kurang (27,6%) dan buruk (4,1%).
3. Pengetahuan ibu tentang pola asuh termasuk kategori sedang (74,0%), sebagian besar ibu yaitu 65,0% bersikap mendukung terhadap pola asuh, keadaan kesehatan lingkungan rumah termasuk kategori sedang (74,8%), dalam mengasuh anak sebagian besar ibu (45,5%) menggunakan pola asuh demokratis.

4. Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap ibu tentang pola asuh gizi dengan praktek yang dilakukan oleh ibu dalam mengasuh anak.
5. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan, pekerjaan, jumlah anak, pendapatan keluarga, keadaan lingkungan rumah dengan pola asuh gizi yang dilakukan oleh ibu. Dan Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pola asuh gizi yang dilakukan oleh ibu dengan status gizi anak umur 0-36 bulan
6. Keadaan kesehatan lingkungan rumah merupakan faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan pola asuh gizi ibu dan status gizi.

#### **B. Saran-saran**

1. Faktor yang paling berhubungan dengan status gizi adalah keadaan kesehatan lingkungan rumah dan dalam penelitian, keadaan kesehatan lingkungan rumah sebagian besar masih kurang, hal tersebut berkaitan dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan responden yang kurang. Untuk itu keadaan kesehatan lingkungan rumah yang kurang perlu ditingkatkan melalui beberapa cara yaitu :
  - a. Bagi Petugas Kesehatan : dengan mengadakan penyuluhan dengan mengikutsertakan tokoh-tokoh masyarakat seperti alim ulama pada kelompok pengajian dan kader posyandu, materi tentang rumah sehat.
  - b. Bagi Kader posyandu : mengajak keluarga peserta posyandu untuk mengadakan tabungan rumah sehat untuk memperbaiki rumah

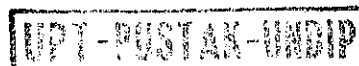
yang belum memenuhi syarat kesehatan. Misalnya untuk membeli genteng kaca, membuat bak sampah, plester lantai rumah dan lain-lain yang berkaitan dengan syarat rumah sehat.

2. Dalam penelitian diperoleh hasil bahwa faktor pengetahuan dan sikap berhubungan dengan pola asuh gizi. Dimana pengetahuan ibu tentang pola asuh gizi sebagian besar tergolong masih kurang, hal tersebut kemungkinan berkaitan dengan tingkat pendidikan ibu yang masih rendah. Keadaan tersebut perlu ditingkatkan agar praktek ibu dalam mengasuh anak menjadi lebih baik. Berkaitan dengan hal tersebut diusulkan beberapa saran-saran sebagai berikut :
  - a. Bagi Perangkat Desa : membentuk kelompok-kelompok belajar dengan memberdayakan tokoh-tokoh masyarakat seperti guru-guru dan pegawai lainnya sebagai fasilitator dalam kegiatan kelompok belajar.
  - b. Untuk petugas kesehatan : dengan mengadakan refreasing kader posyandu materi ditekankan pada pentingnya penyuluhan pada meja 4 (meja penyuluhan) pada setiap posyandu;
  - c. Mengadakan penyuluhan gizi dan kesehatan secara rutin dengan mengikutsertakan para tokoh masyarakat seperti alim ulama dalam kelompok-kelompok pengajian yang sudah ada;
  - d. Untuk kader posyandu : meja penyuluhan pada posyandu supaya dilaksanakan, agar ibu peserta posyandu mengetahui manfaat penimbangan dan pengetahuan gizi lainnya;

- e. Membentuk paguyuban ibu-ibu balita peserta posyandu dengan acara antara lain : latihan ketrampilan membuat kue, demonstrasi memasak makanan anak, kerajinan tangan dan dapat disertai arisan yang sifatnya untuk mengikat agar ibu mau datang.
3. Bagi ibu : dalam mengasuh anak umur 0-36 bulan hendaknya diubah dari pola asuh demokratis menjadi pola asuh otoriter, karena anak kecil masih sangat tergantung dengan ibu dan anak kecil belum mengerti makanan yang baik dan penting bagi dirinya, sehingga pola asuh otoriter sangat tepat digunakan.
4. Faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan pola asuh adalah keadaan kesehatan lingkungan rumah. Padahal lingkungan sangat luas tidak hanya sekedar kesehatan lingkungan rumah saja, termasuk lingkungan sosial budaya. Bahwa pola asuh yang dilakukan oleh ibu di masing-masing daerah berbeda-beda dan tergantung dari sosial budaya setempat, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menyertakan variabel budaya sehingga akan ditemukan model pola asuh menurut daerah setempat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ancok, D., 1987. *Teknik Penyusunan Skala Pengukur (Seri Metodologi No. 9)*. Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Aswin, H.F., 2000. *Menderdaskan Batita Melalui Gerak dan Dialog*. PT. Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Berhman, RE., Vaughan, VC., 1992. *Nelson Textbook of Pediatrics*. W.B. Saunders Company, Igaku-Shoin/Saunders International Edition.
- Biro Pusat Statistik, 1992. *Statistik Indonesia 1989*. BPS. Indonesia, Jakarta
- Blum, HL., 1974. *Planning for Health Development and Application of Change Theory*. Human Sciences Press, New York.
- Call, DL., and Levinson, FJ. *A Systematic Approach to Nutrition Intervention Program in : Berg, A. Scrimsha, NS. Call DL. Eds : The National Development and Planning*. The MIT Press, London.
- Dayakisni, 1988. *Perbedaan Intensi Prosocial Siswa Ditinjau dari Pola Asuh Orang Tua*. Jurnal Psikologi No.1 Fakultas Psikologi UGM, Yogyakarta.
- Dep. Kes. RI., 1993. *Makanan Formula untuk Mengatasi Masalah Kekurangan Energi Protein*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta.
- Green, LW., 1991. *Health Promotion Planning*. Mayfield Publishing Company, Unitet State of America.
- Gunarsa, SD., dan Gunarsa, YSD., 1995. *Psikologi Perkembangan*. BPK Gunung Mulia, Jakarta.
- Hadi, S., 2001. *Metodologi Research*. Andi, Yogyakarta.
- Handajani, Sri, 1996. *Pangan dan Gizi Masyarakat Edisi 2*. Sebelas Maret University Pres, Surakarta.
- Hardinsyah, 1992. *Gizi Terapan*. Institut Pertanian Bogor, Bogor
- Hurlock, EB., 1993, alih bahasa oleh : Istiwayanti. dkk. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Erlangga, Jakarta.
- Hurlock, EB., 1993, alih bahasa oleh : Meitasari Tjandrasa. *Perkembangan Anak Jilid I dan II*. Erlangga, Jakarta.



- Isbandi, RA., 1994. *Psikologi Pekerjaan dan Ilmu Kesejahteraan Sosial Edisi 2*. Rajawali Pers, Jakarta.
- Jelliffe, DB., 1994. *Kesehatan Anak di Daerah Tropis*. Bina Aksara, Jakarta.
- Johnston, F.E., Lampl, M., 1984. *Anthropometry in Studies of Malnutrition and Behavior. in Brozek, Schurch Malnutrition and Behavior : Critical Assessment of Key Issues; An Internatinal Symposium at a Distance 1982-1983*. Nestle Foundation, Laussane.
- Kahar, Abdul, 1990. *Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Orang tua, Kemandirian dan Intelegensi dengan Prestasi Belajar para Siswa SMP Se-Daerah Tingkat II Sleman Yogyakarta*. Laporan Penelitian FIP IKIP, Yogyakarta.
- Kanwil dan Dinas Kesehatan Prop. Jateng., 1999. *Profil Kesehatan Provinsi Jawd Tengah 1998*. Proyek Peningkatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Provinsi Jawa Tengah 1999/2000, Semarang.
- Khumaidi, M., 1994. *Gizi Masyarakat*. Kerjasama BPK Gunung Mulia dan Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi IPB, Bogor.
- Khumaidi, M., 1989. *Gizi Masyarakat*. Institut Pertanian Bogor, Bogor.
- Kodyat, BA., dkk., 1992. *Pokok-Pokok Kegiatan Program Perbaikan Gizi pada PJP II untuk Menanggulangi Masalah Gizi Salah*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes. RI, Jakarta
- LIPI, 2000. *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII*. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI), Jakarta
- Manurung, HR., dan Manurung, HU., 1995. *Manajemen Keluarga*. Indonesia Publishing House, Bandung.
- Martorell, Habicht, JP., et. El., 1986. *Growth in Early Childhood in Developing Countries in Human Growth : A Comprehensive Treastise*. Plenum Press, New York.
- Monks, FJ., Knoers, alih oleh : bahasa Siti Rahayu Haditono, 1998. *Psikologi Perkembangan. Pengantar dalam Berbagai Bagiannya*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Mussen, PH., et. el., 1989. *Perkembangan dan Kepribadian Anak Edisi 6*. Arcan, Jakarta.
- Nawawi, Hamid, 1993. *Beberapa Faktor yang Berpengaruh Terhadap Pola Pertumbuhan Anak Usia 7 bulan*. Laboratorium IKA Undip, Semarang

- Notoatmodjo, S., 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Andi Offset, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S., 1996. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo S., 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Nur'aeni, 1997. *Intervensi Dini Bagi Anak Bermasalah*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Praktiknya, Ahmad Watik, 1986. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. CV. Rajawali, Jakarta.
- Proboningrum, CS., 1993. *Psikologi Perkembangan*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Rahayu, HS., 1998. *Psikologi Perkembangan Pengantar dalam Berbagai Bagiannya*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Rahayu, HS., 1986. *Masa Balita Suatu Tinjauan Psikologis Praktis*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Rahail, Yohannes, 1996. *Perilaku Ibu dalam Pemberian Makanan dan Status Gizi Anak Balita Suku Asmat di Daerah Pantai dan Pedalaman Kecamatan Agats Kabupaten Merauke*. Tesis Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta.
- Rahma, Attiya, 1998. *Hubungan Ibu Bekerja dengan Status Gizi Anak Usia 0-2 tahun di Kelurahan Randusari Kecamatan Semarang Selatan Kotamadya Semarang*. Karya Tulis Ilmiah FK UNDIP, Semarang.
- Rosariyanto, H., 1987. *Teaching Life Skills to Children (Kecakapan Hidup pada Anak) Bagaimana Mengajarkannya, Petunjuk Praktis Bagi Orang Tua dan Guru*. Kanisius, Yogyakarta.
- Sarwono, Solita, 1993. *Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep dan Aplikasinya*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Sarwono, Solita, 1984. *Pengantar Pendidikan Kesehatan Masyarakat*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Satoto, 1990. *Pertumbuhan dan Perkembangan Anak (Pengamatan Anak Umur 0-18 Bulan) di Kec. Mlonggo, Kab. Jepara, Jawa Tengah*. Disertasi, Undip, Semarang.
- Sayekti, 1994. *Pola Asuh Ibu dalam hubungannya Dengan Penyesuaian Diri Anak*. Pascasarjana IKIP, Bandung.

- Sayogya, et. el., 1986. *Menuju Gizi Baik yang Merata di Pedesaan dan Kota*. IPB, Gajah Mada University Prees, Yogyakarta.
- Sayogo, Savitri dkk, 1996. *Pengetahuan dan Perilaku Ibu Tentang Pemberian Makanan pada Bayi di Kelurahan Kayumanis Jakarta Timur*. Majalah Kodokteran Indonesia, Jakarta.
- Sediaoetama, AD., 1993. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa dan Profesi di Indonesia Jilid II*. Dian Rakyat, Jakarta.
- Seta, K.A., et. al., 2000. *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII*. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia. Jakarta,
- Singarimbun, Masri dan Effendi, Sofyan, 1989. *Metode Penelitian Survei*. LP3ES, Jakarta.
- Smet, B., 1994. *Psikologi Kesehatan*. Grasindo, Jakarta.
- Soetjningsih, 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Soekirman, 1999/2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya (Untuk Keluarga dan Masyarakat)*. Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Depdiknas, Jakarta.
- Suara Merdeka : Terbit tanggal 12 Desember 2001 halaman XVI pada kolom Kedungsapur, Suara Merdeka Semarang.
- Suhardjo, 1996. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*, Bumi Aksara dg. PAU Pangan dan Giz IPB, Jakarta.
- Suharsono, 2000. *Mencerdaskan Anak : Mensintesa Kembali Intelegensi Umum (IQ) dan Intelegensi Emosional (EQ) dan Intelegensi Spiritual (IS)*. Inisiasi Press, Jakarta.
- Supariasa. IDN., dkk., 2001. *Penilaian Status Gizi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- SUSENAS 1995. *Fitrah dan Tumbuh Kembang, Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar Tetap dalam Ilmu Gizi pada Fakultas Kedokteran UNDIP oleh Satoto tahun 1997, Semarang*.
- Suyitno, H., 1983. *Pengamatan Vaksinasi dalam Hubungannya dengan Berbagai Tingkat Gizi*. Disertasi, UNDIP. Semarang
- Unicef, 1998. *The State of The World's Children 1998*. Oxford University Press, New York

UPT-PUSTAK-UNDIP

Weerlt, De., *Diabetes Education Behavioral, Medical, Organizational and Economic Aspect A Multicentre Education Study*. Den Haag, Cip-Data Koninklijke Bibliotheek

Yekti, WK. dkk., 1990. *Keadaan Gizi Anak Umur 0-2 Tahun di Beberapa Posyandu Suatu Kecamatan di Jawa Tengah*. Majalah Kedokteran UNDIP, Semarang.