

613.04  
ALI  
2 a

**TESIS**  
**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PRAKTIK IBU**  
**DALAM PEMBERIAN MAKANAN BAGI ANAK BALITA**  
**BERSTATUS GIZI KURANG DI WILAYAH**  
**PUSKESMAS BERGAS, KABUPATEN SEMARANG**  
**TAHUN 2002**



**TESIS**  
**Untuk memenuhi sebagian persyaratan**  
**mencapai derajat Sarjana S2**

**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat**  
**Konsentrasi Promosi Kesehatan**

**Disusun Oleh :**  
**Siti Aliyatun / HP-V**  
**NIM . E4A000106**

**PROGRAM PASCA SARJANA**  
**UNIVERSITAS DIPONEGORO**  
**SEMARANG**  
**2003**

**i**

**UPT-PUSTAKA**

**TESIS**  
**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PRAKTIK IBU DALAM**  
**PEMBERIAN MAKANAN BAGI ANAK BALITA**  
**BERSTATUS GIZI KURANG DI WILAYAH PUSKESMAS BERGAS**  
**KABUPATEN SEMARANG**  
**TAHUN 2002**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

**Siti Aliyatun**  
**E4A000106**  
Promosi Kesehatan

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji  
Pada tanggal 21 Pebruari 2003

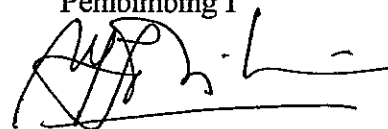
Menyetujui  
**DEWAN PENGUJI**

Pembimbing II




dr. Apoina Kartini, M.Kes  
NIP. 131 964 518

Pembimbing I



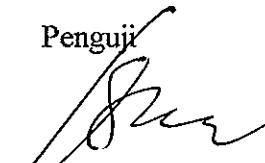
dr. Harbandinah Pietojo, SKM  
NIP. 130 354 865

Pengujii



Drs. Ronny Aruben, M.A  
NIP. 132 046 846

Pengujii



Dra. Pinuk Istiarti, M.Kes  
NIP. 131 764 483

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan

Ketua Program Studi

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



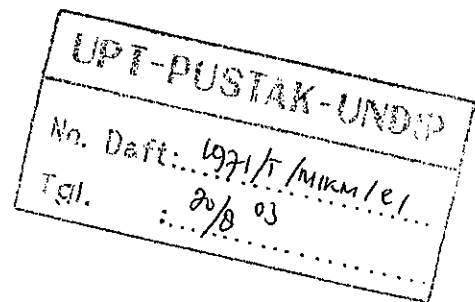
dr. Sudiro/MPH,Dr..PH.  
NIP. 131.252 965

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil perjuangan dan jerih payah saya, dalam tesis ini tidak terdapat karya orang lain 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 didalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Pebruari 2003

Siti Aliyatun



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

**N a m a** : SITI ALIYATUN  
**Tempat/Tanggal lahir** : Kudus, 13 Agustus 1968  
**Alamat** : Asrama Yonif 401 / Banteng Raiders Kompi  
Bantuan  
Jl. Setiabudi- Sronдол , Semarang, Jawa Tengah  
**Agama** : Islam

**Riwayat Pendidikan** :

1. SDN Getassrabi 1 ,Kecamatan Gebog, Kabupaten Kudus, tahun 1977
2. SMPN 05 Kudus , 1983
3. SMA Muhammadiyah Kudus, 1986
4. Diploma III pada Akademi Gizi Muhammadiyah Semarang, 1989
5. S-1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro tahun 2001

**Riwayat Pekerjaan** :

1. Pelaksana Gizi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Dati II Semarang tahun 1993-1999
2. Mengikuti Tugas Belajar di Fakltas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro tahun 1999-2001
3. Mengikuti Tugas Belajar di Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro tahun 2001-2003 .

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah yang Maha Kuasa atas perkenan dan limpahan rahmat serta hidayah Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang merupakan salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) pada Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro dengan judul : “Analisis Faktor yang mempengaruhi Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan Bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang di Wilayah Puskesmas Bergas, Kabupaten Semarang Tahun 2002” , dengan harapan dapat memberikan masukan untuk membantu mengatasi masalah balita status gizi kurang di Kabupaten Semarang di pandang dari aspek promosi kesehatan masyarakat.

Penulis menyadari sepenuhnya akan keterbatasan kemampuan dalam menyusun tesis ini, oleh karena itu tanpa bantuan dari berbagai pihak tidak mungkin tesis ini dapat penulis selesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada **dr. Harbandinah Pietojo,SKM** selaku pembimbing I dan **dr. Apoina Kartini,M.Kes** selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan kepada penulis dengan penuh perhatian dan kesabaran. Ucapan terima kasih juga disampaikan pada penguji tesis yaitu yang terhormat **Dra. Tinuk Istiarti, M.Kes** dan **Drs. Ronny Aruben,MA** yang memberikan kritik, saran, dan masukan membuat tesis ini lebih baik.

Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr. dr. Suharyo Hadisaputro, SpPD,KI; selaku direktur Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.
2. Bapak dr. Sudiro, MPH, Dr. PH selaku Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) pada Program Pasca Sarjana Undip Semarang, beserta staf yang banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar.
3. Ibu dr. Harbandinah Pietojo, SKM Ketua Konsentrasi Promosi Kesehatan Masyarakat Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.
4. Bapak dr. Mudjiharto Sudi Utomo, MMR selaku Kepala Dinas Kesehatan dan kesejahteraan Sosial Kabupaten Semarang yang memberikan ijin tugas belajar kepada Penulis.
5. Bapak dr. Achiyat dan seluruh staf Puskesmas yang memberi ijin dan telah membantu dalam pelaksanaan pembuatan tesis ini.
6. Suamiku tercinta M. Muntaha yang sedang melaksanakan tugas di Aceh , Saudara-saudaraku dan keponakanku yang telah setia menemani penulis dalam suka dan duka serta semua anggota keluarga besar H. Muhammad Kusen dan Abdullah yang telah memberikan dorongan moril maupun materiil yang tidak ternilai harganya.
7. Teman-teman seperjuangan HP-V khususnya konsentrasi promosi kesehatan dan teman-teman di kantor yang telah membantu dan memberikan semangat dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari kekurangan dan keterbatasan sebagai manusia, sehingga untuk kesempurnaan tesis ini penulis masih membutuhkan kritik dan saran. Tidak ada yang lebih baik selain bisa bermanfaat bagi orang lain, mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat.

Semarang, Pebruari 2003

Penulis

## DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
ABSTRAK.....	x
ABSTRACT.....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Keaslian penelitian.....	5
E. Manfaat Penelitian .....	6
F. Ruang Lingkup .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
A. Status Gizi .....	9
1. Pengertian Status Gizi .....	9
2. Penilaian Status Gizi .....	10
3. Kekurangan Energi dan Protein (KEP) .....	12
4. Dampak Status Gizi Kurang/buruk .....	13
5. Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi .....	13
B. Perilaku dan faktor yang Mempengaruhinya.....	17
C. Praktik Pemberian Makanan kepada Anak Balita .....	22
D. Kerangka teori .....	30
<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>33</b>
A. Kerangka Konsep .....	33
B. Hipotesis .....	34
C. Variabel Penelitian .....	34
D. Definisi Operasional .....	34
E. Jenis Penelitian .....	34
F. Populasi dan sampel.....	37
G. Instrumen Penelitian .....	39
H. Validitas dan Reliabilitas instrumen.....	39
I. Proses Pengumpulan Data .....	44
J. Pengolahan Data .....	45
K. Analisis Data .....	46

<b>BAB IV .HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>49</b>
<b>A. Keterbatasan/kendala penelitian.....</b>	<b>49</b>
<b>B. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....</b>	<b>49</b>
<b>C. Gambaran Umum responden (Ibu ).....</b>	<b>50</b>
<b>1. Karakteristik Responden.....</b>	<b>50</b>
1.1 Umur responden.....	50
1.2 Pendidikan formal responden.....	51
1.3 Pendapatan keluarga.....	51
1.4 Jumlah anggota keluarga.....	52
1.5 Pengetahuan responden.....	52
1.6 Sikap responden.....	59
1.7 Praktik responden.....	63
<b>2. Analisis Bivariat.....</b>	<b>70</b>
2.1 Hubungan antara umur responden dengan praktik ibu dlm pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang	70
2.2 Hubungan antara pendidikan dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anakbalita berstatus gizi kurang	71
2.3 Hubungan antara pendapatan keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang	72
2.4 Hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.....	73
2.5 Hubungan antara pengetahuan responden dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.....	74
2.6 Hubungan antara sikap responden terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.....	75
2.7 Rekapitulasi analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antar variabel penelitian.....	76
<b>3. Analisis Multivariat (regresi Logistik).....</b>	<b>77</b>
<b>BAB V. PEMBAHASAN.....</b>	<b>79</b>
1. Pengetahun tentang pemberian makanan balita.....	79
2. Sikap terhadap pemberian makanan balita.....	82
3. Praktik dalam pemberian makanan balita.....	86
4. Hubungan antara umur ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.	93

5. Hubungan antara pendidikan ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.....	94
6. Hubungan antara pendapatan keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang. ....	95
7. Hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi Kurang.....	96
8. Hubungan antara pengetahuan ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.....	97
9. Hubungan antara sikap ibu terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang	99
10. Pengaruh variabel karakteristik (pendidikan), pengetahuan dan sikap ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.....	100
<b>BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>103</b>

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 : Kategori status gizi berdasarkan nilai Z-skor WHO-NCHS...	12
Tabel 2.2 : Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan (AKG) balita.....	24
Tabel 2.3 : Tahapan pemberian ASI dan makanan pendamping ASI .....	29
Tabel 3.1 : Kisi-kisi kuesioner penelitian.....	39
Tabel 3.2 : Hasil uji validitas variabel pengetahuan ibu.....	41
Tabel 3.3 : Hasil uji validitas variabel sikap ibu.....	42
Tabel 3.4 : Hasil uji validitas variabel praktik ibu.....	43
Tabel 4.1 : Distribusi frekuensi Umur responden.....	50
Tabel 4.2 : Distribusi frekuensi Pendidikan responden .....	51
Tabel 4.3 : Distribusi frekuensi Pendapatan keluarga.....	51
Tabel 4.4 : Distribusi frekuensi jumlah anggota keluarga....	52
Tabel 4.5 : Distribusi frekuensi pengetahuan responden.....	52
Tabel 4.6 : Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang jenis makanan yang diberikan pada balita .....	53
Tabel 4.7 : Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang manfaat makanan yang diberikan pada balita .....	54
Tabel 4.8 : Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan pada balita .....	55
Tabel 4.9 : Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang ketepatan umur makanan yang diberikan pada balita .....	56
Tabel 4.10 : Distribusi frekuensi pengetahuan responden tentang variasi makanan yang diberikan pada balita .....	58
Tabel 4.11 : Distribusi frekuensi sikap responden .....,.....	59

Tabel 4.12	:Distribusi frekuensi sikap responden terhadap jenis makanan yang diberikan pada balita .....	60
Tabel 4.13	:Distribusi frekuensi sikap responden terhadap frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan pada balita .....	61
Tabel 4.14	:Distribusi frekuensi sikap responden tentang ketepatan umur makanan yang diberikan pada balita .....	62
Tabel 4.15	:Distribusi frekuensi sikap responden tentang variasi makanan yang diberikan pada balita .....	63
Tabel 4.16	:Distribusi praktik responden .....	64
Tabel 4.17	:Distribusi frekuensi praktik responden terhadap jenis makanan yang diberikan pada balita .....	65
Tabel 4.18	:Distribusi frekuensi praktik responden terhadap frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan pada balita .....	66
Tabel 4.19	:Distribusi frekuensi praktik responden tentang ketepatan umur makanan yang diberikan pada balita .....	67
Tabel 4.20	:Distribusi frekuensi praktik responden tentang variasi makanan yang diberikan pada balita .....	69
Tabel 4.21	: Tabulasi silang antara umur responden dengan praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita gizi kurang .....	70
Tabel 4.22	: Tabulasi silang antara pendidikan responden dengan praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita gizi kurang .....	72
Tabel 4.23	: Tabulasi silang antara pendapatan keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita gizi kurang .....	73
Tabel 4.24	: Tabulasi silang antara jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita gizi kurang .....	74
Tabel 4.25	: Tabulasi silang antara pengetahuan responden dengan Praktik ibu pemberian makanan anak balita gizi kurang.....	75
Tabel 4.26	: Tabulasi silang antara sikap responden terhadap praktik ibu Dalam pemberian makanan anak balita gizi kurang .....	76
Tabel 4.27	: Rekapitulasi analisis bivariat untuk mengetahui hubungan Antara variabel penelitian.....	77

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 : Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi.....	17
Gambar 2.2 : Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan menurut Lawrence green.....	22
Gambar 2.3 : Kerangka teori pelitian.....	32
Gambar 3.1 : Kerangka konsep penelitian.....	33

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: KUESIONER PENELITIAN
- Lampiran 2: DAFTAR HASIL JAWABAN RESPONDEN TENTANG PENGETAHUAN DALAM PEMBERIAN MAKANAN ANAK BALITA
- Lampiran 3: DAFTAR HASIL JAWABAN RESPONDEN TENTANG SIKAP TERHADAP PEMBERIAN MAKANAN ANAK BALITA
- Lampiran 4: DAFTAR HASIL JAWABAN RESPONDEN TENTANG PRAKTIK DALAM PEMBERIAN MAKANAN ANAK BALITA
- Lampiran 5: UJI NORMALITAS DATA
- Lampiran 6: ANALISIS UNIVARIAT
- Lampiran 7: TABULASI SILANG ANTAR VARIABEL
- Lampiran 8: ANALISIS BIVARIAT DENGAN UJI CHI SQUARE
- Lampiran 9: ANALISIS MULTIVARIAT DENGAN REGRESI LOGISTIK

ABSTRAK

Siti Aliyatun  
**ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PRAKTIK IBU DALAM  
PEMBERIAN MAKANAN BAGI ANAK BALITA BERSTATUS GIZI  
KURANG DI WILAYAH PUSKESMAS BERGAS, KABUPATEN  
SEMARANG TAHUN 2002**

xi + 105 halaman + 27 tabel + 4 gambar + 9 lampiran

Perilaku ibu dalam pemberian makanan sangat berperan dalam membentuk pola konsumsi makanan dalam keluarga. Perilaku ini meliputi pengetahuan, sikap dan praktik/ tindakan terhadap pengelolaan makanan, pemilihan makanan yang bergizi yang akan mempengaruhi status gizi balita. Balita termasuk golongan rentan sehingga sangat membutuhkan perhatian khusus dalam pemberian makanan. Survei awal di Puskesmas Bergas pada tahun 2000, 2 balita dengan status gizi kurang meninggal dan 4 masuk rumah sakit serta ditemukan perilaku ibu dalam pemberian makanan balita tidak sesuai dalam pemberiannya antara lain tidak sesuai umur dengan jenis makanan yang diberikan, jumlah makanan dan frekuensi pemberian.

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional* dengan pendekatan *crosssectional* yang bertujuan untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang. Sampel adalah ibu anak balita berstatus gizi kurang yang pemberian makanan dilakukan oleh ibu, sampel diambil dari total populasi berjumlah 41 ibu. Pengumpulan data dengan cara wawancara. Uji hipotesis yang dilakukan dengan uji statistik *Chi Square* dan *uji Regresi Logistik*.

Hasil Uji Chi Square ditemukan tak ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang ( $p=0,361$ ), tak ada hubungan bermakna antara pendapatan keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang ( $p=0,706$ ), tak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang ( $p=0,831$ ).

Ada hubungan bermakna antara pendidikan formal ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang ( $p=0,001$ ), ada hubungan bermakna antara pengetahuan ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang ( $p=0,008$ ), ada hubungan yang bermakna antara sikap ibu terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang ( $p=0,026$ ).

Uji statistik regresi logistik secara bersama-sama menunjukkan bahwa pendidikan ( $p=0,018$ ), pengetahuan ( $p=0,035$ ) dan sikap ( $p=0,048$ ) berpengaruh terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang dan yang paling berpengaruh adalah pendidikan.

Untuk Puskesmas disarankan memberikan informasi tentang pemberian makanan tambahan, tidak memberikan penyedap pada makanan balita dan memilih jajanan yang bergizi kepada ibu balita, keluarga balita dan tokoh masyarakat. Untuk Dinas Kesehatan menciptakan kemitraan pada dinas- dinas kabupaten terutama dinas pertanian dalam penanggulangan balita gizi kurang. Untuk peneliti lain yaitu penelusuran pengaruh penyakit yang diderita balita gizi kurang, penelitian kesehatan lingkungan dan kesehatan perseorangan dalam hubungannya dengan balita gizi kurang dan melakukan recall makanan yang dikonsumsi balita gizi kurang dibandingkan dengan angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan.

Kata Kunci : Praktik ibu, balita, status gizi kurang  
Kepustakaan : 50 (1981-2002)

## ABSTRACT

Siti Aliyatun

Analysis of the Factors that Influence to the Practice of Mother in Giving the Food for Children less than Five Years and Bad Nutritional Status at Bergas Health Center at Semarang District in 2002

xi + 105 pages + 27 tables + 4 pictures + 9 enclosures

Mother's behavior in giving the food is very important to form the pattern of food consumption in family. Behavior comprises the knowledge, the attitude, and the practice of food management and nutritious food choosing which will influence the status of the children less than five years' nutrient. The children less than five years are to high-risk groups. Therefore, they specifically need an attention in giving the food. Introductory study at Bergas Health Center in 2000 showed that two children less than five years who had bad nutritional status passed away. Four children less than five years entered to the hospital. There was found the mother's behavior who gave the food for their children less than five years did not agree with the children's age, the kind of food, amount of food, and the frequency of giving the food.

This was *observational* research using *cross sectional* approach. This research was to analyze the factors that influence to the practice of mother in giving the food for children less than five years and bad nutritional status. Samples were children less than five years' mothers who have bad nutritional status and they do giving of the food. The number of samples was 41 persons (total population). Interview was done to collect the data. Statistical analysis used *Chi Square test* and *Logistic Regression*.

Based on *Chi Square test*, it is known that the mother's age (p value = 0.361), the income (p value = 0.706), and the number of family's member (p value = 0.831) have no significant relationship with the practice of mother in giving the food for children less than five years and bad nutritional status.

The education (p value = 0.001), the knowledge (p value = 0.008), and the attitude (p value = 0.026) have significant relationship with the practice of mother in giving the food for children less than five years and bad nutritional status.

Based on *logistic regression*, it is known that the education (p value = 0.018), the knowledge (p value = 0.035), and the attitude (p value = 0.048) influence to the practice of mother in giving the food for children less than five years and bad nutritional status. The dominant variable is education.

For the Health Center, it is suggested to give information to mothers, families, and key persons about the giving of the additional food, not giving the flavoring spice at children less than five years' food, and choosing the various kinds of snacks, which is nutritious. For the District Health Office, it needs to create *building linkages* at all district offices primarily at the District Agriculture Office in prevention of bad nutritional status. For other researchers, they need to research the influence of diseases that are suffered by children less than five years and bad nutritional status, the environmental health, and the personal hygiene. Beside that, they need to do food recall that is consumed by children less than five years and bad nutritional status and then it is compared with the value of nutrient's sufficiency.

Key Words: The Practice of Mother, Children less than Five years, and Bad Nutritional Status

Bibliography: 50 (1981 - 2002)

## BAB I PENDAHULUAN.

### A. Latar Belakang

Penelitian di bidang gizi yang terus berkembang secara nasional maupun internasional makin banyak membuktikan peran keadaan gizi anak terhadap peningkatan sumber daya manusia baik fisik maupun mental dan intelektual.<sup>1)</sup> Kekurangan gizi pada anak secara langsung dipengaruhi oleh jumlah dan mutu makanan yang dikonsumsi serta ada tidaknya penyakit infeksi (diare, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), kecacingan, dan lain-lain). Jumlah dan mutu makanan yang dikonsumsi anak dipengaruhi baik oleh jumlah dan mutu makanan yang ada di rumah, maupun oleh pengetahuan, sikap dan ketrampilan ibu dalam merawat anak.<sup>2)</sup>

Banyak faktor yang mempengaruhi cukup tidaknya gizi yang masuk ke dalam tubuh yang akan menentukan status gizi atau tingkat kesehatan seseorang. Faktor-faktor yang berperan pada dasarnya terdiri dua bagian. Pertama, faktor internal yang merupakan faktor yang menjadi dasar pemenuhan tingkat kebutuhan seseorang dan kedua faktor eksternal yang terdiri dari daya beli masyarakat/keluarga, latar belakang sosial budaya (pendapatan), tingkat pendidikan, pengetahuan gizi dan jumlah anggota keluarga serta kebersihan lingkungan.<sup>3)</sup>

Timbulnya krisis ekonomi di Indonesia sejak pertengahan tahun 1997, menyebabkan melemahnya daya beli masyarakat. Keadaan ini diperparah

dengan meningkatnya biaya produksi dan terganggunya distribusi pangan, sehingga menyebabkan aksesabilitas masyarakat terhadap pangan menjadi kritis. Hal ini menyebabkan menurunnya status gizi masyarakat terutama kelompok rentan khususnya anak balita<sup>4)</sup>

Didalam menyusun hidangan keluarga, ibu hendaknya lebih memperhatikan kebutuhan zat gizi kepada kelompok rentan gizi khususnya balita. Pada kelompok umur balita diperlukan zat-zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari kelompok umur yang lain. Apabila terjadi kekurangan zat gizi pada balita maka akan lebih mudah terjadi gangguan gizi yang bersifat *irreversibel*. Ibu mempunyai peranan penting dalam pemberian makanan kepada balita, karena ibu yang memilihkan makanan bagi balita. Ibu ikut menumbuhkan dan membentuk rasa suka dan tidak suka terhadap suatu jenis makanan yang dihidangkan. Oleh karena itu perilaku ibu sangat mempengaruhi status gizi balita .<sup>5)</sup>

Karena alasan sosial dan ekonomi banyak ibu menyapih anaknya pada usia kurang dari empat bulan terutama di daerah perkotaan. Seperti yang terjadi pada ibu yang bekerja di pelayanan kesehatan St. Corolus Jakarta (69,1%) dan kejadian sebaliknya untuk daerah di pedesaan<sup>6)</sup>

Jawa Tengah menunjukkan adanya kebiasaan untuk memberikan makanan tambahan pada bayi yang berumur sebulan (90 %).<sup>7)</sup> Di Tanjungsari Jawa Barat dilaporkan bahwa masih banyak ibu (85,1 %) yang menyusui bayi sampai berusia dua tahun tanpa memberikan makanan tambahan yang cukup,

dan umumnya mereka berasal dari masyarakat sosial ekonomi rendah<sup>8)</sup>  
Keadaan ini tidak jauh berbeda dengan ibu-ibu di desa Suku Madura<sup>9)</sup>

Untuk mengantisipasi akibat dari masalah gizi lebih lanjut, serta mengupayakan penanggulangannya secara menyeluruh tentunya dibutuhkan adanya informasi yang akurat tentang faktor – faktor determinan yang mengakibatkan timbulnya kasus gizi buruk. Sehingga diperlukan adanya tindakan pelacakan kasus gizi buruk ke lapangan mengingat adanya satu atau lebih kasus gizi buruk di suatu desa dinyatakan sebagai kejadian luar biasa ( KLB )gizi.<sup>10)</sup>

Data Statistik Kesehatan dari Biro Pusat Statistik tahun 2001 memperlihatkan status gizi kurang balita di Indonesia adalah 8,74 %. Berdasarkan pemantauan status gizi balita Jawa Tengah tahun 2001 status gizi kurang pada balita adalah 14,51 %. Sementara menurut laporan pemantauan status gizi balita yang dilakukan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Semarang 2001 jumlah kasus gizi kurang 15,35 % (1.590 balita).

Dari data Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Semarang tahun 2000 terdapat 3 balita dengan status gizi kurang meninggal dan 6 balita dengan status gizi kurang masuk rumah sakit. Dari balita yang meninggal itu 2 balita berasal dari wilayah Puskesmas Bergas dan dari 6 balita yang masuk rumah sakit, 4 balita bertempat tinggal di Wilayah Puskesmas Bergas, Kabupaten Semarang

Berdasarkan Laporan F III gizi Puskesmas Bergas pada bulan Maret 2002 jumlah balita berstatus gizi kurang 57 balita. Dari jumlah itu 41 balita

diberi makan oleh ibu dan selebihnya yaitu 16 balita pemberian makanan balita dilakukan nenek, pembantu dan tetangga yang membantu menjaganya.

Dari pengamatan yang dilakukan secara kualitatif oleh peneliti terhadap beberapa ibu di Wilayah Puskesmas Bergas ibu sangat berperan dalam memilih jenis makanan, memasak, menyiapkan hidangan keluarga serta menentukan kapan suatu jenis makanan diberikan pada anak balita. Dalam pengamatan ini ditemukan ibu sangat berperan dalam menentukan pemberian makanan pada balita. Namun pemberian makanan pada anak balita dijumpai ketidaksesuain antara lain dalam jenis makanan yang diberikan tidak sesuai umur, jumlah dan frekuensi pemberian makanan tidak sesuai dengan kebutuhan anak balita. Sehingga menimbulkan suatu kajian apa yang menyebabkan ibu berpraktik atau bertindak demikian dalam pemberian makanannya.

## **B. Perumusan masalah**

Dari latar belakang didapatkan masalah antara lain :

- 1) Masih tingginya balita berstatus gizi kurang di Wilayah Puskesmas Bergas.
- 2) Ketidaksesuain ibu dalam memberikan makanan pada balita antara lain dalam jenis makanan yang diberikan tidak sesuai umur, jumlah dan frekuensi pemberian tidak sesuai dengan kebutuhan balita.

Dalam tesis ini masalah yang akan dikaji adalah **“Faktor apa yang mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang di Wilayah Puskesmas Bergas, Kabupaten Semarang tahun 2002” ?**.

### **C. Tujuan penelitian**

**Umum** : Menganalisis faktor yang mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.

**Khusus** :

1. Mengidentifikasi karakteristik ibu (umur, pendidikan, jumlah anggota keluarga dan pendapatan keluarga).
2. Mengidentifikasi pengetahuan ibu tentang pemberian makanan balita .
3. Mengidentifikasi sikap ibu terhadap pemberian makanan balita.
4. Mengidentifikasi praktik ibu tentang pemberian makanan bagi balita.
5. Menganalisis hubungan karakteristik ibu (umur, pendidikan, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga) terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita gizi kurang.
6. Menganalisis hubungan pengetahuan ibu tentang pemberian makanan balita terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita gizi kurang.
7. Menganalisis hubungan sikap ibu dalam pemberian makanan balita terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita gizi kurang.
8. Menganalisis secara bersama-sama pengaruh faktor karakteristik ibu, pengetahuan ibu, dan sikap ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi balita status gizi kurang.

### **D. Keaslian penelitian**

Penelitian serupa yang pernah dilakukan oleh Yohannes Rahail dari Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada tahun 1996 dengan judul tesis “ Perilaku ibu dalam pemberian makanan dan status gizi anak balita di suku

Asmat di daerah pantai dan pedalaman Kecamatan Agats, Kabupaten Merauke". yang menyatakan bahwa status gizi balita sangat ditentukan oleh interaksi dan peran perilaku ibu dalam pemberian makanan kepada anaknya. Perilaku ibu dalam hal pemberian makanan yang tepat kepada balita cenderung balita mempunyai status gizi yang lebih baik.<sup>11)</sup>

Dalam tesis ini peneliti meneliti faktor apa yang mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang di Wilayah Puskesmas Bergas, Kabupaten Semarang tahun 2002.

Oleh karena itu terdapat perbedaan antara kedua penelitian ini. Yohannes Rahail (1996) meneliti perilaku ibu dalam pemberian makanan yang mempengaruhi status gizi balita sedangkan peneliti (2002) meneliti faktor apa yang menyebabkan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.

## **E. Manfaat Penelitian**

Manfaat yang diharapkan dalam penelitian ini adalah :

### **1. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Semarang bagian sosial**

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan masukan dalam mempromosikan/mensosialisasikan perencanaan program perbaikan gizi terutama dalam menghadapi kompetisi otonomi daerah untuk memajukan daerahnya masing-masing.

## **2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang seksi kesehatan keluarga dan gizi**

Bagi pengelola program gizi merupakan bahan pertimbangan dan masukan dalam menyusun suatu langkah-langkah strategis maupun operasional program perbaikan gizi khususnya dalam rangka melaksanakan kegiatan promosi gizi balita sebagai usaha preventif terhadap terjadinya KLB gizi.

### **E. Ruang Lingkup**

#### **1. Lingkup masalah**

Masalah yang dikaji adalah analisis faktor yang mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.

#### **2. Lingkup keilmuan**

Penelitian ini termasuk dalam penelitian kesehatan masyarakat khususnya bidang promosi kesehatan masyarakat.

#### **3. Lingkup lokasi dan waktu penelitian**

Penelitian dilakukan di 13 desa/kelurahan di Wilayah Puskesmas Bergas, Kabupaten Semarang tahun 2002 pada bulan Nopember sampai Desember 2002 .

#### **4. Lingkup sasaran**

Sasaran penelitian ini adalah ibu yang mempunyai anak balita berstatus gizi kurang yang pemberian makanan balitanya dilakukan oleh ibu pada bulan Nopember 2002 berjumlah 41ibu.

## 5. Lingkup metode

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *observasional* menggunakan rancangan *cross sectional* dengan metode kuantitatif.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Status Gizi

##### 1. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah derajat kesehatan orang yang dipengaruhi antara lain tingkat kecukupan makanan yang dikonsumsi. Status gizi merupakan akibat jangka panjang dari konsumsi makanan setiap hari.<sup>12)</sup>

Status gizi merupakan suatu keadaan kesehatan akibat hubungan antara tubuh, zat gizi dan makanan, dimana ketiga unsur itu saling berkaitan.<sup>12)</sup> Dalam pembahasan status gizi ada tiga konsep yang satu sama lain saling berkaitan yaitu :<sup>14)</sup>

1. Proses dari organisme dalam menggunakan bahan makanan melalui pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, fungsi organ tubuh dan produksi energi. Proses ini disebut gizi (*nutrition*).
2. Keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara pemasukan zat gizi dan pengeluaran oleh organisme yang disebut *nutriture*.
3. Tanda-tanda atau penampilan yang diakibatkan oleh *nutriture* dapat dilihat melalui variabel tertentu yang disebut status gizi (*nutritional status*).

Dalam merujuk keadaan gizi seseorang perlu menyebutkan variabel yang digunakan dalam penentuan, misalnya berat badan, tinggi badan atau pertumbuhan variabel yang digunakan dalam menentukan status gizi yang disebut indikator status gizi.

## 2. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi dapat dilakukan dengan berbagai cara : baik secara langsung maupun tidak langsung. Untuk dapat mengetahui keadaan gizi seseorang secara langsung salah satu cara yang digunakan adalah dengan pengukuran *antropometri*. Karena pengukuran dengan metode antropometri dirasakan lebih praktis, cukup teliti, mudah dilakukan oleh siapa saja dengan bekal latihan sederhana.<sup>15)</sup>

Ukuran antropometri yang sering digunakan dalam menentukan status gizi perorangan atau masyarakat adalah berat badan (BB), Tinggi badan (TB) atau Panjang Badan (PB), Lingkar Lengan Atas (LLA), Lingkar Kepala (LK), Lingkar Dada (LD) dan Lapisan Lemak Bawah Kulit (LLBK). Sebagai indikator status gizi, ukuran-ukuran tersebut diatas disajikan dalam bentuk indeks yang dikaitkan dengan umur atau dengan ukuran lainnya. Indeks berat badan dibandingkan dengan umur lebih akurat untuk menentukan *malnutrisi akut*, sedangkan untuk *malnutrisi kronik* digunakan indeks tinggi badan dibandingkan umur.<sup>15)</sup>

Berat badan (BB) merupakan salah satu antropometri yang memberikan gambaran tentang massa tubuh (otot dan lemak), karena massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan keadaan yang mendadak misalnya terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau penurunan jumlah makanan yang dikonsumsi maka BB merupakan indikator yang sangat labil, oleh karena itu maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini.<sup>16)</sup>

Pada Widya Karya Pangan dan Gizi pada bulan Januari 2000 telah disepakati para pakar gizi dari PERSAGI, UNICEF dan LIPI tentang keseragaman istilah status gizi dan baku antropometri. Baku antropometri yang digunakan adalah WHO-NCHS dengan skor Z.<sup>17)</sup> Pemantauan status gizi dengan skor Z sesuai dengan distribusi normal kurva pertumbuhan seseorang. Nilai ini menunjukkan jarak nilai baku median dalam unit simpang baku dengan asumsi distribusi normal Z – skor masing-masing individu dihitung dari pengukuran orang (berat badan/ Umur ) dan dibandingkan dengan distribusi baku rujukan . Perhitungan cukup sederhana.<sup>15)</sup>

$$\text{SSB (Z- Skor)} = \frac{\text{NIS} - \text{NMBR}}{\text{NSBR}}$$

Keterangan :

- NIS = Nilai Individu Subyek  
 NMBR = Nilai Median Baku Rujukan  
 NSBR = Nilai Simpang Baku Rujukan  
 SSB = Skor Simpang Baku

Adapun empat kategori status gizi berdasarkan indeks BB/U, TB/U, dan BB/TB adalah :

Tabel 2.1 Kategori Status Gizi berdasar Nilai Z-Skor WHO-NCHS

Kategori BB/U	BB/U	TB/U	Kategori BB/TB
1. Lebih	$> -3,0$ SD	Kategori Normal : $\geq -2,0$ SD	Gemuk : $> 2,0$ SD
2. Baik	$- 2,0$ SD s/d $+2,0$ SD		Normal : $-2,0$ SDs/d $+2$ SD
3. Kurang	$< -2,0$ SD	Kategori Pendek/ Stunted : $< -2,0$ SD	Kurus : $< -2,0$ SD
4. Buruk	$< - 3,0$ SD		Sangatkurus: $< -3$ SD

Sumber : Widya Karya Pangan dan Gizi VII, Jakarta, 2000

### 3. Kekurangan Energi dan Protein (KEP)

KEP adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG).<sup>18)</sup> Evaluasi gizi secara tepat untuk menentukan status gizi tidaklah mudah. Gangguan gizi berat memang dapat cepat terlihat, namun gangguan gizi ringan (yang akan menuju ke berat) mungkin akan terabaikan, baik oleh lingkungan keluarga ataupun oleh petugas yang seharusnya ikut menanggulangnya.<sup>14)</sup>

Sesuai dengan kosa katanya bahwa KEP oleh masukan energi dan protein yang tidak mencukupi kebutuhan yang disebabkan oleh multi faktor yang paling terkait antara lain : a) masukan yang tidak adekuat yaitu dihubungkan dengan ketidakmampuan kemiskinan, penyakit yang menyebabkan *anorexia*, prosedur dirumah sakit yang memuaskan dan tekanan psikologis, b) kebutuhan energi yang meningkat karena infeksi, demam, *ruda paksa/trauma*, *neoplasma*, *hipertiroid* dan *distress* pada jantung dan pernapasan, c) meningkatnya energi yang terbuang dapat disebabkan muntah, diare dan *sindroma malabsorpsi*.<sup>14)</sup>

#### 4. Dampak status gizi kurang/buruk

Dampak jangka panjang dari status gizi buruk/kurang (KEP) yang sering dilaporkan adalah tingginya mortalitas. Pada KEP berat biasanya diikuti pula penyakit infeksi seperti TB-Paru, Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), diare dan penyakit defisiensi zat gizi lain seperti *xeroptalmia*, *Stomatitis Angularis*. Dengan adanya infeksi keadaan gizi akan semakin memburuk, sehingga daya tahan tubuh menurun dan perjalanan penyakit infeksi semakin berat. Dampak KEP terhadap perkembangan mental menurut penyelidikan Winniek Rosso (1975) disimpulkan bahwa KEP pada masa dini berakibat perkembangan otak dengan jumlah sel yang kurang, walaupun besar/volumenya normal. Tetapi bila KEP terjadi setelah masa pertumbuhan sel otak berhenti, hambatan sintesa protein akan menghasilkan otak dengan jumlah sel yang normal namun ukurannya lebih kecil dan ini dapat hilang kembali (*reversibel*) dengan perbaikan diet. Studi terhadap anak yang pernah menderita KEP dapat disimpulkan bahwa KEP dapat mempengaruhi kecerdasan melalui kerusakan otak dan sistem syaraf pusat. Karena itu perlu adanya perhatian pada penderita KEP ringan dan sedang yang lebih banyak jumlah dan merupakan masalah serius bila ditinjau dari segi kesehatan masyarakat bagaimana juga tetap membawa dampak jangka panjang pada potensi, kecerdasan dan tinggi badan penderita KEP.<sup>19)</sup>

#### 5. Faktor yang mempengaruhi status gizi

Banyak faktor yang mempengaruhi cukup tidaknya gizi yang masuk didalam tubuh yang akan menentukan status gizi atau tingkat kesehatan

seseorang. Faktor-faktor yang berperan dalam menentukan status gizi pada dasarnya terdiri dari dua bagian : Pertama, faktor internal merupakan faktor yang menjadi dasar pemenuhan tingkat kebutuhan gizi seseorang. Kedua, faktor eksternal yang merupakan faktor yang berpengaruh diluar diri seseorang terdiri dari daya beli masyarakat, latar belakang sosial budaya (pendapatan), tingkat pendidikan, pengetahuan gizi dan jumlah anggota keluarga serta kebersihan lingkungan.<sup>3)</sup>Faktor eksternal dijelaskan sebagai berikut :

#### 5.1. Tingkat pendapatan

Tingkat pendapatan juga menentukan pola makan apa yang dibeli dengan uang tersebut. Orang miskin akan membelanjakan sebagian pendapatannya untuk makanan dan apabila pendapatannya bertambah maka akan membelanjakan makanan yang lain juga akan bertambah, termasuk buah-buahan, sayuran dan jenis makanan lainnya. Dengan demikian pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas makanan yang selanjutnya akan berpengaruh terhadap status gizi.<sup>3)</sup>

#### 5.2. Penyakit Infeksi

Antara status gizi dan infeksi terdapat interaksi bolak balik, infeksi dapat menimbulkan gizi kurang melalui berbagai mekanisme.<sup>20)</sup> Bila gangguan gizi dan rawan infeksi merupakan pasangan yang erat maka perlu ditinjau melalui beberapa cara yaitu mempengaruhi nafsu makan, dapat juga mempengaruhi hilangnya makanan karena diare, muntah-muntah atau mempengaruhi metabolisme makanan dan banyak cara lagi.

Secara umum defisiensi gizi sering merupakan awal dari gangguan defisiensi sistem kekebalan.<sup>21)</sup>

### 5.3. Perilaku ibu (Pengetahuan, sikap, praktik)

Pengetahuan pada umumnya dapat membentuk sikap tertentu dalam diri seseorang dan mempengaruhi tindakan dalam sehari-hari. Demikian pula tingkat pengetahuan gizi yang tinggi dapat membentuk sikap yang positif terhadap masalah gizi. Pada gilirannya akan dapat mendorong untuk menyediakan makanan sehari-hari dalam jumlah dan kualitas yang mencukupi kebutuhan gizi. Tanpa adanya pengetahuan gizi akan lebih sulit menanamkan kebiasaan dan penggunaan bahan makanan yang penting bagi kesehatan. Lagipula masih banyak dijumpai kebiasaan dan tradisi dalam masyarakat yang kurang mendukung usaha perbaikan gizi serta rendahnya taraf pendidikan masyarakat. Maka disinilah perilaku ibu sangat penting dalam pemberian makan pada balita, karena balita masih tergantung pada apa yang diberikan oleh orang lain (ibu).<sup>13)</sup>

Penelitian di Brazil, sikap tidak peduli dan sedikitnya orang yang terlatih dalam soal gizi telah dinyatakan sebagai faktor utama yang menyebabkan kurangnya protein. Begitu pula di Zambia, masalah gizi disebabkan oleh kurangnya pengetahuan. Dan di Kenya dilaporkan bahwa kasus gizi kurang itu biasanya disebabkan oleh sikap yang tidak peduli, sikap tidak peduli itu terjadi karena kemiskinan.<sup>13)</sup>

Masalah penting lain yang menyebabkan adanya kekurangan gizi adalah karena tiadanya informasi yang memadai. Sekalipun kurangnya daya

beli merupakan halangan yang utama, tapi sebagian kekurangan gizi akan bisa diatasi kalau orang tahu bagaimana seharusnya memanfaatkan segala sumber yang dimiliki. Cicely Williams, yang pertama kali mengidentifikasi dan menjelaskan kwashiorkor, melaporkan bahwa di Afrika Barat" gizi kurang tidak terjadi karena kemiskinan harta, tetapi karena kemiskinan pengetahuan tentang kebutuhan gizi anak<sup>13)</sup>.

### 5.3. Faktor keluarga

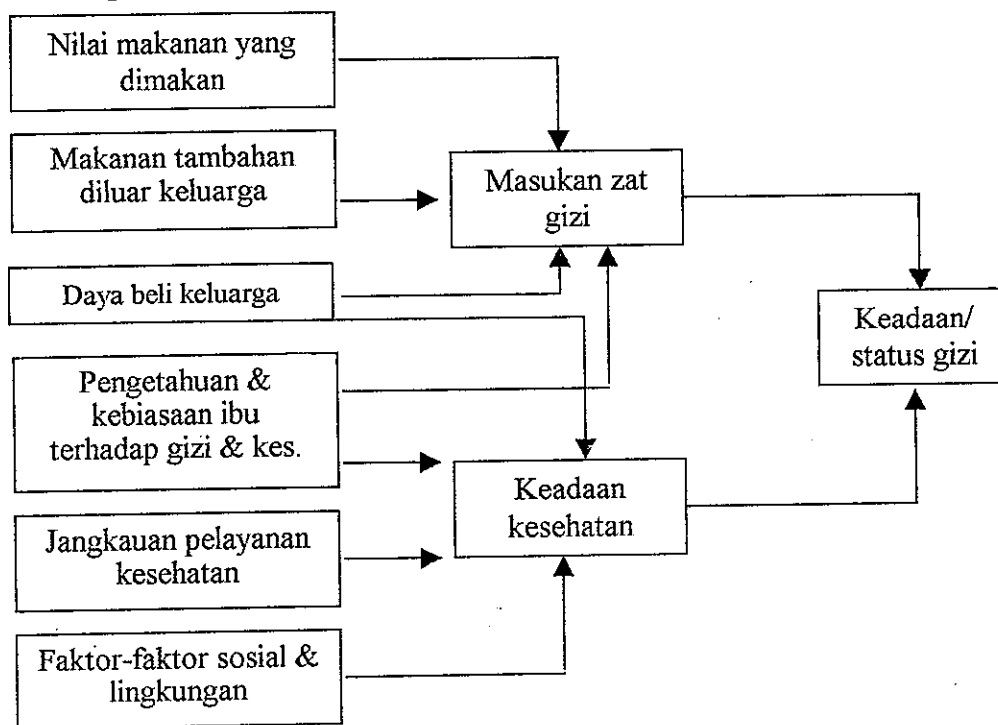
Faktor keluarga mempunyai pengaruh yang sangat besar pada perkembangan anak, terutama pada masa bayi dan kanak-kanak. Penting bagi keluarga, terutama ayah dan ibu untuk memperhatikan kebutuhan anak yang sesuai dengan taraf perkembangannya.<sup>22)</sup> Ibu mempunyai peran penting dalam pemberian makanan pada anak, ikut menumbuhkan rasa suka dan tidak suka terhadap suatu jenis makanan yang dihidangkan.<sup>6)</sup> Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua mempunyai pengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku anak dimasa mendatang.<sup>23)</sup>

### 5.4. Faktor sosial dan lingkungan

Besarnya masalah gizi khususnya gizi kurang juga disebabkan ketidaktahuan serta ketatnya tradisi dan kebiasaan yang mengakar dimasyarakat terutama dibidang makanan, cara makan, dan cara penyajian serta menu masyarakat dengan segala tabu dan pantangannya. Selain itu termasuk pula faktor daya beli keluarga rendah berkait erat dengan faktor kemiskinan.<sup>24)</sup>

Secara ringkas kelima faktor yang mempengaruhi status gizi dapat

digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1 : faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi (Call dan Levinson, 1970)

## B. Perilaku dan faktor yang mempengaruhinya

Pengertian perilaku sebagai keadaan jiwa (berpendapat, berfikir, bersikap dan sebagainya) untuk memberikan responsi terhadap situasi diluar subyek tersebut.<sup>21)</sup> Responsi ini dapat bersifat aktif berupa tindakan atau action.

Perilaku dapat dijelaskan merupakan refleksi dari berbagai kejiwaan seperti keinginan, minat, pengetahuan, emosi, berfikir, sikap, motivasi dan sebagainya. Bila ditelusuri lebih lanjut maka gejala kejiwaan yang tercermin didalam tindakan atau perilaku manusia tersebut antara lain dipengaruhi oleh pengalaman, keyakinan, budaya masyarakat dan sebagainya.<sup>25)</sup>

Perilaku dipengaruhi berbagai faktor individual seperti kecakapan, kepribadian, persepsi dan pengalaman. Karakteristik perilaku adalah akibat, perilaku diarahkan oleh tujuan, perilaku dapat diamati dan diukur, perilaku dapat dimotivasi.<sup>26)</sup> Menurut Azwar (1983) umur merupakan salah satu faktor karakteristik dapat menggambarkan kematangan seseorang baik kematangan fisik, psikis maupun kematangan sosial. Sedangkan perilaku manusia pada dasarnya berorientasi tujuan, artinya perilaku umumnya dimotivasi oleh keinginan untuk memperoleh tujuan tertentu.<sup>27)</sup>

Bentuk operasional perilaku ini dapat dikelompokkan dalam tiga jenis:<sup>22)</sup>

- 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 si subyek.
- c) Perilaku dalam tindakan yang nyata, ialah yang berupa tindakan kongkret yang berupa perbuatan (*action*) terhadap situasi atau rangsangan dari luar.

Manusia dan lingkungan adalah suatu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dan saling pengaruh mempengaruhi. Lingkungan dimana manusia mengembangkan perilakunya, dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu:<sup>28)</sup>

- a) Lingkungan fisik yang dibedakan menjadi lingkungan fisik alamiah yaitu keadaan geografi yang kuat pengaruhnya terhadap pembentukan perilaku.
- b) Lingkungan sosial budaya.

Disamping faktor lingkungan, pembentukan dan perkembangan perilaku dapat pula dipengaruhi oleh faktor dari diri manusia itu sendiri, yang disebut

*kepribadian*. Banyak teori dari para ahli psikologi pendidikan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku manusia tersebut. Menurut aliran positivisme dengan tokoh John loche, perilaku manusia di tentukan oleh lingkungannya. Sedangkan aliran negatfisme dengan tokoh Schopenhower, perilaku manusia sudah dibawa sejak lahir. Lingkungan berfungsi pasif terhadap pembentukan perilaku manusia. Aliran yang dapat diterima saat ini adalah aliran *konfergensi* dengan tokoh Williem stren, yang mengatakan bahwa perilaku manusia ditentukan bersama-sama antara faktor pembawaan dan lingkungan. Faktor mana yang lebih kuat berpengaruh, tergantung dari kemampuan manusia itu sendiri untuk melakukan manipulasi terutama manipulasi lingkungan.

Adanya kompleksitas dari kebiasaan mengkonsumsi makanan dalam kehidupan masyarakat dan individu sehari-hari maka dukungan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan perilaku untuk mencapai perubahan perilaku dalam hal pengetahuan, sikap, dan tindakan yang mendukung perilaku gizi yang baik perlu dikembangkan. Dalam keluarga-keluarga di pedesaan terdapat distribusi makanan yang tidak benar diantara anggota rumah tangga dimana anggota keluarga tertentu tidak mendapat makanan yang sesuai dengan kebutuhannya. Keadaan ini merupakan akibat kemiskinan dan ketidaktahuan menyiapkan makanan.<sup>29)</sup>

Perilaku masyarakat khususnya ibu sangat berperan dalam membentuk pola konsumsi makanan dalam keluarga terutama pada anak balita. Perilaku ini meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap makanan serta unsur-unsur

yang terkandung didalamnya(zat gizi), pengelolaan makanan dan sebagainya sehubungan dengan kebutuhan tubuh.<sup>30)</sup> Masalah kesehatan dan gizi yang banyak terjadi terutama pada bayi dan anak balita disebabkan oleh pengetahuan dan sikap ibu yang belum menunjang perilaku pemberian gizi secara baik.<sup>31)</sup> Bahwa faktor fisik, sosial dan budaya diberbagai kelompok masyarakat menyebabkan perbedaan pola pemberian ASI dan periode penyapihan yang berbeda-beda pula.<sup>8)</sup>

Menurut Lawrence Green (1991) *Behavior and life style* diartikan sebagai perilaku dan gaya hidup yaitu identifikasi secara sistimatis praktik kesehatan yang mempunyai hubungan kausal dengan masalah kesehatan. Tiap-tiap masalah kesehatan yang diidentifikasi dalam diagnosis epidemiologi memerlukan diagnosis perilaku yang terpisah. Perilaku dan gaya hidup ini termasuk dalam phase Behavioral and Enviromental diagnosis. Diagnosa perilaku adalah analisis sistematik rantai perilaku pada tujuan-tujuan atau masalah-masalah yang teridentifikasi dalam diagnosa epidemiologi atau diagnosa sosial. Adapun diagnosa lingkungan adalah analisis yang dilakukan secara bersama-sama terhadap faktor-faktor di lingkungan sosial dan lingkungan fisik, tindakan khusus yang dapat dihubungkan dengan perilaku yang teridentifikasi dalam diagnosa perilaku atau secara langsung berhubungan dengan kesehatan atau kualitas hidup.

Berdasarkan pendapat Lawrence Green, lingkungan yang mempengaruhi perilaku masyarakat dan individu bukan hanya terbatas pada lingkungan fisik saja, melainkan juga lingkungan sosial dan budaya. Perilaku manusia yang

sebagian merupakan pengaruh sosial budaya, selanjutnya akan mempengaruhi perilaku pola konsumsi individu dan masyarakat.

Lawrence Green (1991) berpendapat ada tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat atau individu (Phase 4), yaitu:

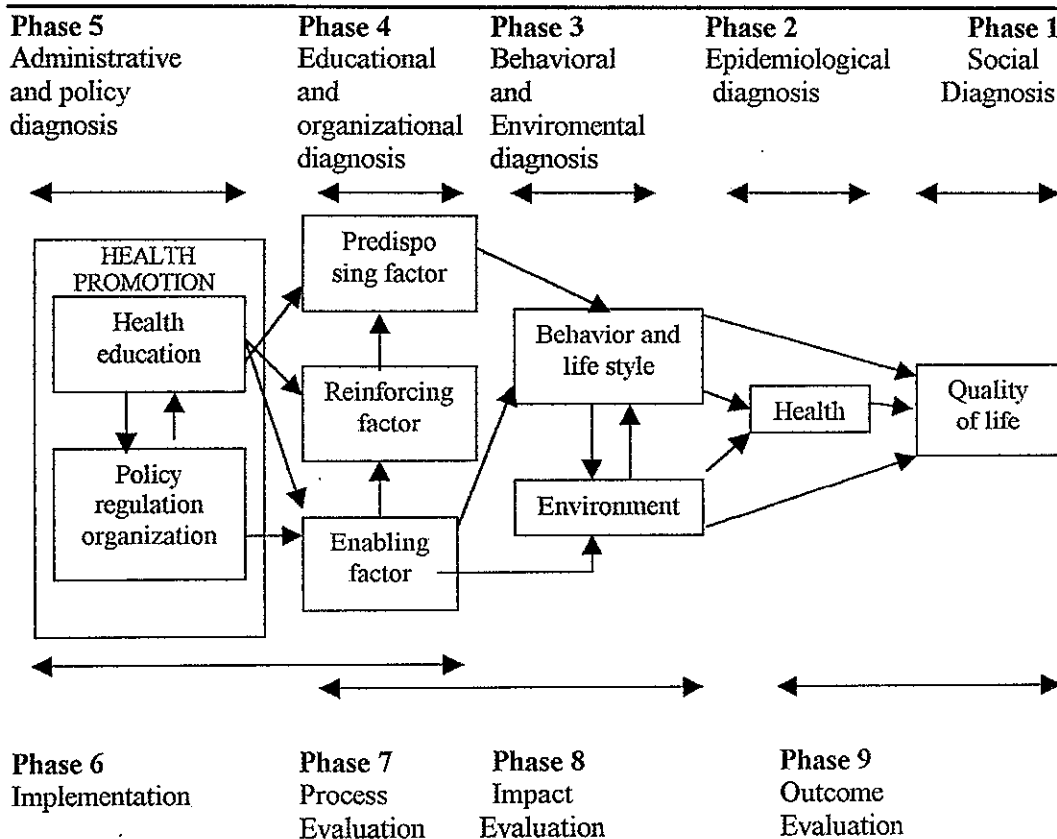
- a) Faktor-faktor dasar atau faktor pemudah (*predisposing factors*) yaitu faktor pertama yang mempengaruhi perilaku yang mencakup pengetahuan, sikap kebiasaan, kepercayaan, norma sosial dan unsur-unsur lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat, serta faktor-faktor demografi (umur, pendidikan, status ekonomi dan jumlah anggota keluarga).
- b) Faktor-faktor pendukung atau pemungkin (*enabling factors*), ialah faktor-faktor yang memungkinkan keinginan terlaksana meliputi : sumber daya yang tersedia atau potensi masyarakat termasuk pelayanan kesehatan yang ada.
- c) Faktor-faktor pendorong atau penguat (*reinforcing factors*), ialah faktor yang memperkuat perubahan perilaku yang disebabkan adanya sikap atau perilaku orang lain disekitarnya (panutan) antara lain teman, keluarga, petugas kesehatan, tokoh masyarakat dan lain-lain.

Setelah diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku maka selanjutnya dilakukan promosi kesehatan. Promosi kesehatan ini meliputi pendidikan kesehatan, kebijakan dan peraturan organisasi yang mana keduanya saling berkaitan. Pelaksanaan promosi kesehatan tercapai dengan kerjasama melalui pendidikan pada pembuat kebijakan atau melalui negosiasi pertukaran kesepakatan-kesepakatan dan kadang-kadang

melalui pelaksanaan kesepakatan-kesepakatan, aturan-aturan, dan hukum-hukum yang ada dan promosi peraturan perundangan yang baru.

Lengkapya teori Lawrence Green digambarkan sebagai berikut :

### PRECEDE



### PROCEDE

Gambar 2.2: Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan menurut Lawrence Green (L.Green,1991)

### C. Praktik Pemberian makanan kepada anak balita.

Kebutuhan zat gizi untuk anak-anak berbeda dengan orang dewasa , demikian juga kebutuhan bagi wanita berbeda dengan pria. Untuk memenuhi zat gizi individu yaitu dengan memperhitungkan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Baik tidaknya susunan makanan keluarga banyak tergantung kepada kemampuan keluarga itu sendiri untuk menyediakan

hidangan sehari-hari. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyediaan hidangan keluarga diantaranya pemilihan bahan makanan, kepercayaan, tahayul, dan faktor individu dari anggota keluarga dalam hal ini yang diperhatikan adalah susunan anggota keluarga, kebiasaan, dan pandangan masing-masing anggota keluarga terhadap makanan.<sup>32)</sup>

Dalam penentuan pemberian makanan anak, pola yang diterapkan orangtua (khususnya ibu) sangat memegang peranan penting bagi tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak. Dalam kelangsungan hidup anak, ibu sebagai pengasuh anak sangat berperan dan selalu dihadapkan pada pilihan sulit antara kebiasaan yang ada dengan perilaku baru.<sup>33)</sup> Kondisi ini tentu sangat mempengaruhi perilaku ibu, sehubungan dengan tahapan pemberian makanan kepada bayi dan anak balita yang dibedakan menjadi :<sup>25)</sup>

- a) masa pemberian ASI saja ( penyusuan ASI eksklusif ).
- b) masa pemberian makanan tambahan pendamping ASI.
- c) masa penyapihan.<sup>25)</sup>

Dengan bertambahnya umur balita, meningkat pula kebutuhan zat gizi dan bertambah pula berat badannya. Pada umur empat bulan bayi mulai diberi makanan tambahan sebagai pendamping ASI. Selain itu agar kebutuhan bayi akan gizi terpenuhi, perlu diperhatikan ketepatan waktu pemberian, frekuensi dan porsi, pemilihan bahan makanan, cara pembuatan serta cara pemberiannya.

<sup>31)</sup> Makanan pendamping ASI yang berkualitas tinggi harus diberikan secara bertahap sebagai sumber gizi bagi bayi yang tidak dapat dipenuhi hanya dengan ASI saja.<sup>34)</sup>

Kebutuhan gizi bagi balita menurut Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan (AKG) bagi balita adalah sebagai berikut :

**Tabel. 2.2 Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan (AKG) balita**

Gol. umur (tahun)	Berat badan (kg)	Energi (Kal)	Protein (gr)
0.5 – 1	8	870	20
1 – 3	11.5	1210	23
4 – 6	16.5	1600	29

Sumber: Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan, Darwin K. dan Muhilal, 1996

Pemberian ASI dan makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang mengikuti kesesuaian antara umur bayi dan jenis makanan yang diberikan sangat erat kaitannya dengan kemungkinan terjadinya gangguan kesehatan dan gizi, terutama resiko penyakit diare.<sup>7)</sup> Ditinjau dari kematangan fisiologis dan kebutuhan akan nutrisi, pemberian makanan selain ASI sebelum empat bulan dapat mengakibatkan resiko infeksi pada bayi. Pemberian ASI sebaiknya diberikan selama 24 bulan, tetapi sering ditemui sebelum enam bulan ASI sudah tidak diberikan lagi kepada bayi.<sup>35)</sup>

Sejak bayi lahir ASI sangat diperlukan sebagai makanan utama, karena mempunyai nilai biologis tinggi dan merupakan makanan terbaik bagi bayi karena ada bahan-bahan dalam ASI yang dapat memacu tumbuhnya beberapa bakteri tertentu dalam saluran pencernaan si bayi. Ini penting untuk menahan tumbuh dan berkembangnya bakteri dan virus lain yang tidak dikehendaki. ASI dengan komponen-komponen tertentu secara aktif dapat menyerang bakteri dan virus penyebab penyakit.<sup>34)</sup>

Pemberian ASI pada bayi memberi perlindungan dan kekebalan terhadap penularan berbagai penyakit pada bulan-bulan awal kehidupannya. Ditinjau dari kematangan fisiologis dan kebutuhan akan nutrisi, pemberian makanan selain ASI kepada bayi sebelum usia empat bulan biasanya tidak perlu bahkan menimbulkan resiko.<sup>35)</sup> Ketika bayi masih menyusu maka ASI adalah makanan sekaligus minuman baginya.<sup>36)</sup>

Penyusuan memberikan beberapa manfaat timbal balik bagi ibu maupun anak dari berbagai aspek, seperti aspek psikologis, fisiologis dan aspek ekonomis, disamping aspek lainya yaitu : membantu merangsang kontraksi uterus pada ibu, sehingga cepat membantu menghentikan pendarahan. Disamping itu proses ovulasi akan diperpanjang dan tidak terjadi menstruasi selama kurun waktu 8-12 bulan dan kemungkinan terjadi konsepsi sangat kecil.<sup>37)</sup>

Pusat studi Wanita UGM (1994) melaporkan di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) cara penyusuan ASI kepada bayi dipengaruhi pula oleh adanya kesenjangan gender, walaupun disini kesadaran ibu untuk menyusui masih tinggi dimana hanya 9,38 % yang memberi makanan pengganti ASI (PASI) untuk bayi umur kurang dari empat bulan. Namun dalam penyusuan, ternyata ibu memberi ASI lebih lama kepada bayi perempuan bila dibandingkan dengan bayi laki-laki. Keadaan ini disebabkan akibat kepercayaan masyarakat untuk segera membuat anak laki-laki tidak tergantung kepada ibunya, dan diwujudkan dengan mengurangi jatah pemberian ASI. Cara ini sangat merugikan anak balita laki-laki, sebab lebih

sedikit mempunyai peluang untuk menerima gizi sempurna dari ASI. Kesenjangan gender sejak bayi balita dalam hal penyusuan ASI, menyebabkan di Kenya ketahanan hidup bayi perempuan lebih tinggi dari pada bayi laki-laki. Di India justru sebaliknya, karena perempuan yang akan kawin harus membayar mas kawin kepada keluarga laki-laki.<sup>38)</sup>

Cara penyusuan di DIY ini bertolak belakang dengan kebiasaan menyusui pada beberapa daerah lain di Indonesia. Cara menyusui bahkan pola konsumsi serta distribusi makanan dalam masyarakat dan keluarga, sangat di pengaruhi oleh nilai budaya dan tradisi maka laki-laki harus diutamakan dengan alasan anak laki-laki merupakan penerus keluarga.

Periode pemberian ASI yang pendek sangat berpengaruh pada status gizi bayi. Mc.Kenzie dan Louell mempelajari 204 anak di Jamaica yang meninggal pada umur 6 bulan sampai 3 tahun, serta membandingkannya dengan anak-anak sebaya yang mendapat ASI lebih lama. Ditemukan 70% dari semua kematian anak tersebut karena malnutrisi, disebabkan periode pemberian ASI yang lebih pendek dibandingkan anak yang tetap hidup.<sup>7)</sup>

Bayi setelah berusia empat bulan merupakan masa yang tepat untuk mulai diberikan makanan tambahan selain ASI. Waktu terbaik untuk melakukan penyapihan ialah tatkala produksi ASI mulai mengalami penurunan. Makanan yang diberikan sebaiknya mengandung protein, lemak, karbohidrat, mineral, dan vitamin dalam jumlah yang seimbang.<sup>35)</sup>

Pemberian makanan tambahan selaiu di kaitkan dengan kecukupan akan energi dan zat gizi lainnya yang ada dalam ASI saat bayi usia empat bulan

pertama. Setelah umur empat bulan bayi sudah harus diberikan makanan tambahan sebagai pendamping ASI yang membantu mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima berbagai macam bentuk dan rasa makanan. Pemberian makanan tambahan pendamping ASI dan penyapihan yang baik tidak secara mendadak, tetapi melalui suatu proses tahapan dengan memberikan kepada bayi terlebih dahulu makanan lumat, kemudian lembek dan keras, sesuai kemampuan bayi dan anak balita menerima makanan sejalan dengan bertambahnya usianya.<sup>33)</sup>

Tahapan pemberian makanan (ASI dan makanan tambahan pendamping ASI) untuk anak umur 0-24 bulan yang baik dan benar terdiri dari empat tahap, yaitu :<sup>31)</sup>

a) *Makanan bayi umur 0- 4 bulan .*

Bayi segera disusui kurang lebih 30 menit setelah lahir termasuk pemberian *colostrum*. ASI diberikan tanpa jadual dengan frekuensi 8-10 kali perhari termasuk pemberian pada malam hari. Pada periode ini ASI saja sudah dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi.

b) *Makanan bayi umur 4-6 bulan.*

Pemberian ASI diteruskan dan bayi mulai diperkenalkan dengan makanan tambahan pendamping ASI (MP-ASI) berbentuk lumat, seperti : bubur susu, biskuit, pisang dan pepaya. Untuk pertama kali MP-ASI diberikan 1-2 sendok makan 2 kali perhari. ASI diberikan lebih dulu baru MP- ASI, agar ASI dimanfaatkan seoptimal mungkin.

c) *Makanan bayi umur 6-12 bulan.*

Pemberian ASI diteruskan dan bayi mulai diperkenalkan dengan makanan yang lebih padat dalam bentuk makanan lembek (nasi tim bayi) di berikan 3 kali perhari. Untuk mempertinggi nilai gizi, makanan bayi ditambah sedikit demi sedikit dengan sumber zat lemak (santan atau minyak kelapa).

Pada umur 10 bulan, bayi mulai diperkenalkan dengan makanan keluarga secara bertahap, serta diberikan makanan selingan satu kali perhari dipilih yang bernilai gizi tinggi, seperti : bubur kacang hijau, buah dan lain-lain.

d) *Makanan bayi umur 12-24 bulan*

Pemberian ASI diteruskan, walaupun jumlah ASI sudah berkurang tetapi tetap merupakan sumber zat gizi yang berkualitas tinggi. Makanan keluarga diberikan 3 kali perhari dengan porsi separuh makanan orang dewasa, disamping makanan selingan 2 kali/ hari. Variasi makanan perlu dilakukan, misalnya: nasi diganti dengan mie, atau kentang, hati ayam diganti dengan telur atau ikan.

Selanjutnya tahapan pemberian ASI dan makanan pendamping ASI menurut golongan umur 0-24 bulan, dapat digambarkan sebagai berikut :

**Tabel 2.3 Tahapan pemberian ASI dan makanan pendamping ASI golongan umur 0- 24 bulan**

Golongan umur (bulan)	Tahapan pemberian ASI dan MP-ASI			
	ASI	Makanan pendamping ASI (MP-ASI)		
		Makanan Lumat	Makanan lembek	Makanan Keluarga
0 - 4	=====			
4 - 6	=====	=====		
6 - 12	=====		=====	
12 - 24	=====			=====

Sumber : Departemen Kesehatan RI, 1992

Di Sanglah-Denpasar 68 % ibu-ibu telah memberikan ASI secara eksklusif pada bayi saat umur 0-4 bulan. Namun 64 % ibu mempunyai masa menyusui bayi cukup lama yaitu : sampai usia satu tahun atau lebih, karena para ibu tidak mempunyai patokan usia dimana anak mereka sebaiknya disapih. Kebanyakan ibu bersedia menyusui selama anak masih menginginkannya, sampai berhenti sendiri bila mereka tidak berniat.<sup>39)</sup>

Cara memberikan makanan tambahan ASI berupa nasi untuk bayi dikunyah terlebih dahulu, kemudian diberikan pada bayi saat berumur 0-4 bulan.<sup>40)</sup>

Keluarga-keluarga dalam masyarakat yang diteliti pada beberapa propinsi di Indonesia mempunyai kebiasaan memberikan makanan kepada bayi menggunakan beras (bubur beras dan bubur sum-sum) disamping ASI. Selain itu makanan bayi juga dalam bentuk bubur sagu, bubur singkong dan pisang yang dilumatkan, dengan alasan bayi masih dalam keadaan lemah, sehingga perlu diberikan makanan yang tidak mengganggu usus. Mengenai

penyapihan, langsung diganti makanan lain dengan alasan : merepotkan ibu, ibu ingin hamil lagi, tidak baik menyusui ASI bagi ibu yang hamil, dan anak minta sendiri.<sup>41)</sup>

Sebenarnya penganekaragaman makanan tim untuk bayi itu penting. Dalam rangka penganekaragaman makanan khususnya bagi bayi telah diteliti enam macam makanan tim yaitu : nasi tim, kentang tim, dimana tiap makanan mempunyai kandungan zat gizi yang tinggi kuantitas dan kualitas.<sup>42)</sup>

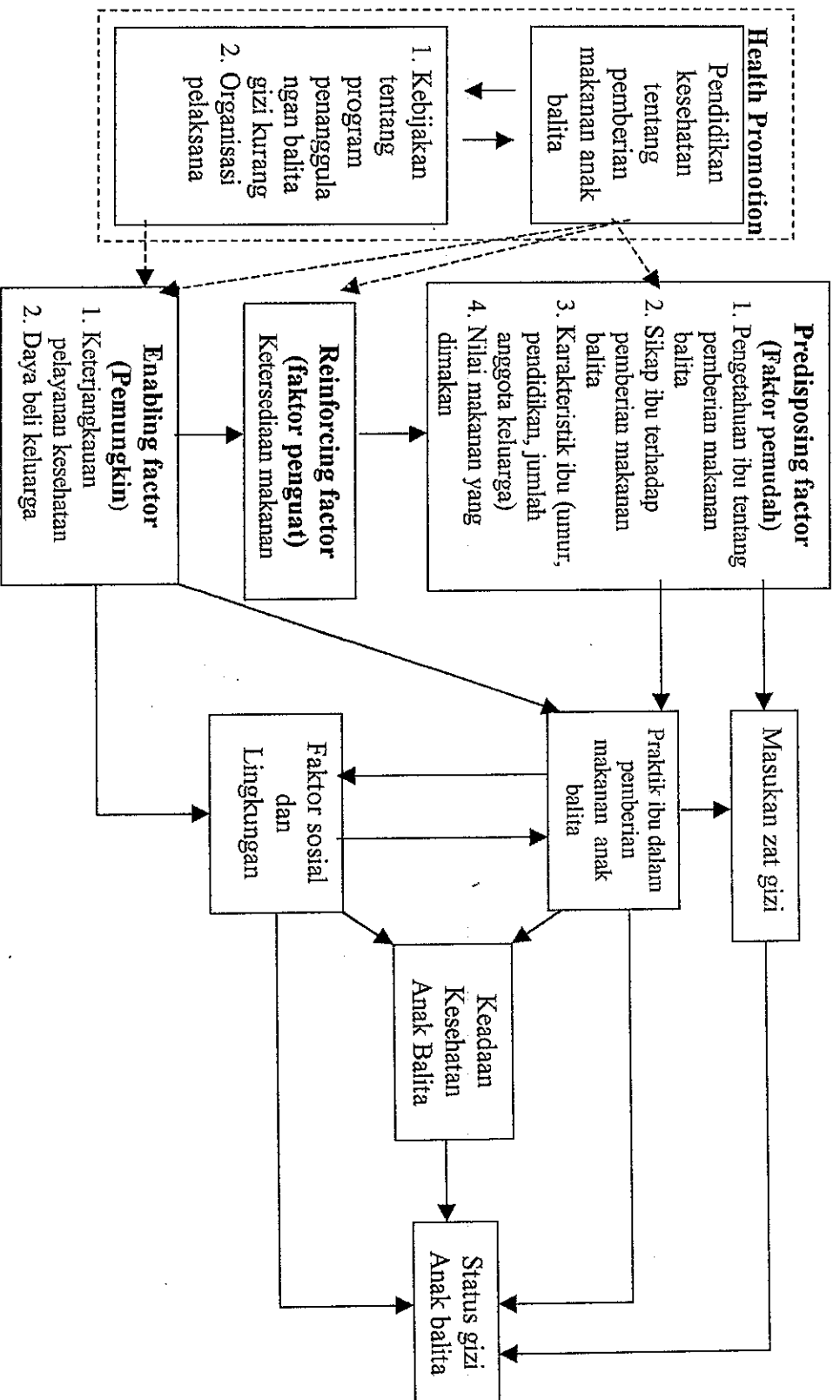
#### **D. Kerangka teori**

Untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang, maka penulis mencoba mengaplikasikan teori dari Lawrence Green tentang perilaku dengan teori Call Lavinson tentang faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi yaitu sebagai berikut :

1. *Predisposing factor*/faktor pemudah, yang meliputi pengetahuan ibu tentang pemberian makanan bagi balita, sikap ibu terhadap pemberian makanan balita, karakteristik ibu yang meliputi umur, pendidikan, jumlah anggota keluarga dan nilai makanan yang dimakan. Faktor ini mempengaruhi masukan zat gizi balita dan juga mempengaruhi praktik (behavior) ibu dalam pemberian makanan balita.
2. *Enabling factor*/faktor pemungkin yang meliputi keterjangkauan pelayanan kesehatan dan daya beli keluarga. Faktor ini juga mempengaruhi kebiasaan/ praktik ibu dalam pemberian makanan balita.

3. *Reinforcing factor*/ faktor penguat meliputi ketersediaan makanan keluarga
4. *Behavior and life style*/ perilaku dan gaya hidup dapat diartikan sebagai praktik ibu dalam pemberian makanan balita yang akan mempengaruhi keadaan kesehatan balita dan mempengaruhi status gizi balita.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada kerangka teori berikut ini yaitu modifikasi antara teori Lawrence Green dan teori Call Lavinson.



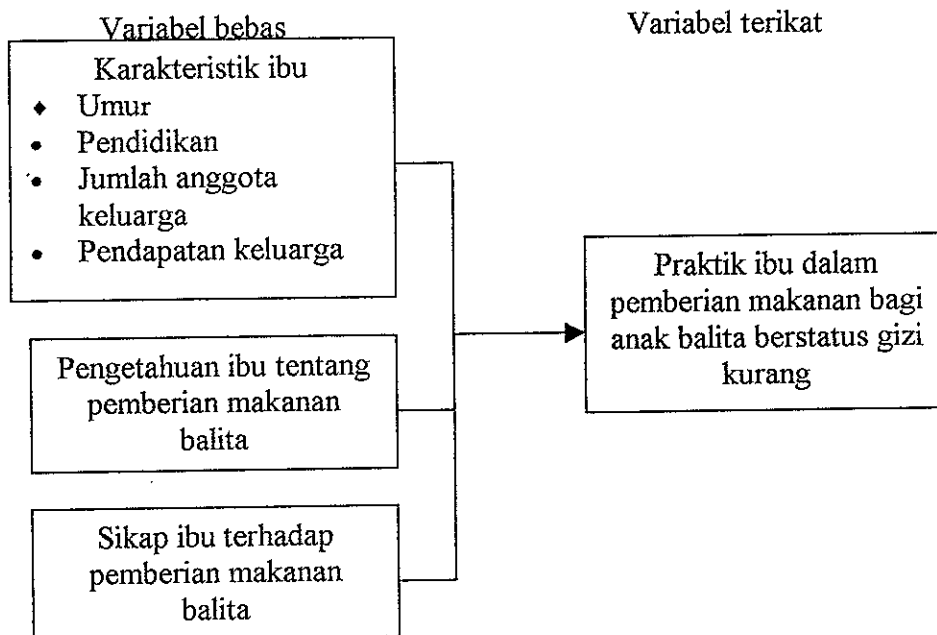
Gambar 2.3. Kerangka teori penelitian (modifikasi Lawrence Green, 1991 dan Call Levinson 1970)

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Kerangka Konsep

Banyak faktor yang mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita antara lain pengetahuan, sikap dan karakteristik ibu yang meliputi umur, pendidikan, jumlah anggota keluarga, pendapatan, sosial budaya, kepercayaan berdasar kajian teoritis sebelumnya. Namun faktor yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah antara lain pengetahuan ibu tentang pemberian makanan bagi balita, sikap ibu terhadap pemberian makanan bagi balita dan karakteristik ibu yaitu umur, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, dan pendidikan ibu. Faktor tersebut dapat digambarkan dalam kerangka konsep dibawah ini :



Gambar 3.1. Kerangka konsep penelitian

## **B. Hipotesis**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan pengetahuan ibu tentang pemberian makanan balita terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.
2. Ada hubungan sikap ibu dalam pemberian makanan balita terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.
3. Ada hubungan karakteristik ibu (umur, pendidikan, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga) terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.
4. Ada pengaruh secara bersama-sama karakteristik ibu, pengetahuan ibu dan sikap ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.

## **C. Variabel Penelitian**

1. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik ibu yang meliputi umur ibu, pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, serta pengetahuan ibu tentang pemberian makanan balita dan sikap ibu dalam pemberian makanan anak balita .
2. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Praktik/tindakan ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.

## **D. Definisi Operasional**

1. Pengetahuan ibu tentang pemberian makanan balita adalah kemampuan ibu menjawab dengan benar pertanyaan tentang pemberian makanan pada balita yang dioperasionalkan dalam pertanyaan yang meliputi Jenis

makanan yang diberikan, manfaat makanan, frekuensi pemberian, jumlah makanan yang diberikan, ketepatan umur pemberian, dan variasi makanan. Jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 0, rentang nilai berkisar antara 0-49.

Untuk pengetahuan ibu dikategorikan sebagai berikut :

1. Kategori baik jika skor pengetahuan  $\geq 25$ .
2. Kategori kurang baik jika skor pengetahuan  $< 25$ .

Skala : ordinal.

2. Sikap terhadap pemberian makanan balita adalah tanggapan ibu terhadap pemberian makanan bagi balita yang dioperasionalkan dalam pertanyaan yang meliputi jenis makanan yang diberikan, frekuensi pemberian, jumlah makanan yang diberikan, ketepatan umur pemberian, dan variasi makanan balita dengan ibu memilih jawaban setuju, ragu-ragu dan tidak setuju, dengan rentang nilai antara 0 sampai 20.

Sikap ibu terhadap pemberian makanan balita dikategorikan :

1. Kategori baik jika skor sikap  $\geq 10$ .
2. Kategori kurang baik jika skor sikap  $< 10$ .

Skala : ordinal.

3. Praktik tentang pemberian makanan balita adalah total nilai terhadap jawaban ibu dalam pemberian makanan bagi balita berstatus gizi kurang, jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 0 yang diukur antara lain jenis makanan, frekuensi makan dan kesesuaian umur dengan variasi makanan yang diberikan. Rentang nilai berkisar antara 0-49.

Untuk praktik/tindakan ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang dikategorikan sebagai berikut :

1. Kategori praktik baik jika Skor  $\geq 25$ .
2. Kategori praktik kurang baik jika Skor  $< 25$ .

Skala : ordinal

4. Umur adalah usia responden yang dihitung sejak responden dilahirkan sampai dengan pada saat dilakukan pengambilan data. Dalam penelitian ini peneliti mengkategorikan umur sebagai berikut :

1. Apabila umur ibu  $\leq 30$  tahun
2. Apabila umur ibu  $> 30$  tahun

Skala : ordinal.

5. Pendidikan adalah jumlah tahun pendidikan formal tertinggi yang telah ditempuh ibu.

Pendidikan ibu akan dikategorikan sebagai berikut :

1. Apabila ibu berpendidikan formal  $> 6$  tahun
2. Apabila ibu berpendidikan formal  $\leq 6$  tahun

Skala : ordinal.

6. Pendapatan keluarga adalah besarnya pendapatan dalam keluarga setiap bulannya yang dinyatakan dalam rupiah. Pengkategorian pendapatan dilakukan dengan membandingkan Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Semarang tahun 2002 sebesar Rp. 341.800,-. Sehingga penelitian ini dikategorikan sebagai berikut :

1. Penghasilan keluarga diatas Upah Minimum Regional ( $\geq$  UMR)
2. Penghasilan keluarga dibawah Upah minimum Regional ( $<$  UMR)

Skala : ordinal

7. Jumlah anggota keluarga adalah jumlah semua anggota keluarga yang hidup/menetap dalam satu atap dan makan dari satu dapur .

Jumlah anggota keluarga dikategorikan sebagai berikut :

1. Kategori keluarga kecil  $\leq 4$  orang
2. Kategori keluarga besar  $> 4$  orang

Skala : ordinal

8. Status gizi kurang pada balita ditentukan dari keadaan tubuh balita yang dihitung berdasarkan indikator berat badan menurut umur kemudian hasilnya dibandingkan kategori status gizi standar WHO-NCHS menggunakan skor Z yang mana balita berstatus gizi kurang dengan standard  $-3 \leq SD < -2$

#### **E. Jenis penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian *observasional* dengan pendekatan *crosssectional* yang bersifat *explanatory reseach* yaitu penelitian yang menjelaskan faktor yang mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.

#### **F. Populasi dan sampel**

##### **1) Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai anak balita yang berstatus gizi kurang yang pemberian makanannya dilakukan oleh ibu bertempat di wilayah Puskesmas Bergas, Kabupaten Semarang berjumlah 41 ibu. Dari data awal anak balita status gizi kurang yang diperoleh dari Puskesmas kemudian dilacak kemudian dilakukan penimbangan ulang. Berat badan yang diperoleh dibandingkan umur

selanjutnya dibandingkan standard WHO-NCHS skor Z apabila menghasilkan standard  $-3 \leq SD < -2$  maka ibu dari anak balita tersebut dijadikan sampel penelitian.

## 2) Sampel

Sampel adalah total populasi yaitu Ibu dari anak balita berstatus gizi kurang yang pemberian makanan dilakukan ibu berjumlah 41 ibu. Responden adalah ibu dari anak balita berstatus gizi kurang. Sampel yang diikutkan dalam penelitian ini adalah apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

### **Kriteria inklusi sampel :**

- 1) Ibu yang mempunyai anak balita berstatus gizi kurang yang pemberian makanannya dilakukan ibu serta bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Bergas.
- 2) Ibu dari anak balita gizi kurang yang anak balitanya tidak menderita penyakit ISPA, diare atau penyakit infeksi lain.
- 3) Ibu dari anak balita berumur lebih atau sama dengan 12 bulan.
- 4) Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

### **Kriteria Eksklusi sampel :**

Sampel yang tidak diikutkan dalam penelitian ini adalah :

- 1) Ibu dari anak balita berstatus gizi kurang yang pemberian makanannya oleh orang lain misal : pembantu, nenek, tetangga dan lain-lain
- 2) Ibu dari anak balita berstatus gizi kurang yang tidak bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Bergas.
- 3) Ibu dari anak balita yang berumur kurang 12 bulan (bayi)

- 4) Ibu dari anak balita berstatus gizi kurang yang anak balitanya menderita penyakit infeksi ( ISPA, diare dan lain-lain)

### G. Instrumen penelitian

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Data diperoleh melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan dilakukan oleh 3 enumerator yaitu peneliti sendiri dan 2 petugas gizi pukesmas.

**Tabel 3.1 Kisi-kisi Kuesioner Penelitian**

PENGETAHUAN	SIKAP	PRAKTIK
- Jenis makanan yang diberikan pada balita	-Jenis makanan yang diberikan pada balita	-Jenis makanan yang diberikan pada balita
- Manfaat makanan bagi balita		
- Frekuensi pemberian makanan balita	-Frekuensi pemberian makanan balita	-Frekuensi pemberian makanan balita
- Jumlah makanan yang diberikan balita	-Jumlah makanan yang diberikan balita	-Jumlah makanan yg diberikan balita
- Ketepatan umur pemberian makanan balita	-Ketepatan Umur pemberian makanan balita	-Ketepatan Umur pemberian makanan balita
-Variasi makanan balita	-Variasi makanan balita	-Variasi maknan balita

### H. Validitas dan Reliabilitas instrumen

Sebelum instrumen digunakan untuk penelitian maka dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen penelitian. Uji Validitas adalah untuk mengetahui sejauh mana suatu alat ukur itu untuk mengukur apa yang ingin diukur. Uji reliabilitas adalah untuk mengetahui sejauh mana alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan.

## 1. Uji validitas kuesioner

Uji validitas kuesioner dengan melakukan uji coba kuesioner kepada ibu dari balita yang mempunyai gizi kurang dari Puskesmas lain yaitu Puskesmas Jimbaran Kabupaten Semarang berjumlah 30 orang. Pemilihan lokasi Puskesmas Jimbaran karena berdekatan dengan lokasi penelitian sehingga kegiatan sehari-hari atau karakter masyarakat hampir sama. Responden diminta menjawab pertanyaan atau pernyataan yang ditanyakan. Kemudian mengkorelasikan antara skor yang diperoleh pada masing-masing item pertanyaan atau item pernyataan dengan skor total dan tehnik korelasi yang dipakai adalah *korelasi product moment*. Apabila korelasi antar skor signifikan ( $p \text{ value} < 5\%$ ) maka item pertanyaan tersebut valid, tetapi apabila tidak signifikan ( $p \text{ value} > 5\%$ ) maka item pertanyaan tersebut tidak valid.

Hasil uji validitas terhadap kuesioner setiap variabel adalah sebagai berikut :

### 1.1 Uji Validitas item pertanyaan pengetahuan .

Seluruh item pertanyaan dimasukkan dalam perhitungan dan diperoleh nilai  $p$  ( $p \text{ value}$ ) sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas Variabel Pengetahuan Tentang Pemberian Makanan Balita**

item pertanyaan	r	p value	Keterangan
1	-0,27	0,887	Tidak valid
2	0,597	0,000	Valid
3	0,462	0,010	Valid
4	0,539	0,002	Valid
5	-0,128	0,501	Tidak valid
6	0,404	0,027	Valid
7	0,392	0,032	Valid
8	0,551	0,002	Valid
9	0,564	0,001	Valid
10	0,069	0,719	Tidak valid
11	0,017	0,929	Tidak valid
12	0,480	0,007	Valid
13	0,487	0,006	Valid
14	0,626	0,000	Valid
15	0,638	0,000	Valid
16	0,438	0,016	Valid
17	0,515	0,004	Valid
18	0,406	0,026	Valid
19	0,651	0,000	Valid
20	0,792	0,000	Valid

Item yang tidak valid dianalisis apakah item pertanyaan tersebut bila dikeluarkan dapat mengubah dari tujuan penelitian tentang pengetahuan dalam pemberian makanan balita ?. Ternyata item yang tidak valid dapat dikeluarkan sehingga item pertanyaan pengetahuan yang akan ditanyakan pada penelitian ini berjumlah 16 item pertanyaan.

## 1.2 Uji Validitas item pernyataan sikap

Item pernyataan sikap ibu dimasukkan dalam perhitungan dan diperoleh nilai p (p value) sebagai mana tabel berikut :

**Tabel 3.3. Hasil Uji Validitas Variabel Sikap Terhadap pemberian makanan balita**

item pernyataan	r	p value	Keterangan
1	0,515	0,004	Valid
2	0,406	0,026	Valid
3	0,651	0,000	Valid
4	0,792	0,000	Valid
5	0,659	0,000	Valid
6	-0,438	0,015	Valid
7	0,107	0,573	Tidak valid
8	0,386	0,035	Valid
9	0,450	0,013	Valid
10	0,533	0,002	Valid
11	0,390	0,033	Valid
12	0,433	0,017	Valid
13	0,726	0,000	Valid
14	0,469	0,009	Valid
15	0,053	0,780	Tidak valid
16	-0,023	0,905	Tidak valid
17	0,433	0,017	Valid
18	0,671	0,000	Valid
19	0,370	0,044	Valid
20	0,471	0,009	Valid

Item yang tidak valid dianalisis apakah item pernyataan tersebut bila dikeluarkan dapat mengubah dari tujuan penelitian tentang sikap responden terhadap pemberian makanan balita ?. Ternyata item yang tidak

valid dapat dikeluarkan sehingga yang akan ditanyakan pada penelitian tentang sikap adalah berjumlah 17 item pernyataan.

### 1.3 Uji Validitas item pertanyaan praktik.

Seluruh butir pertanyaan praktik dimasukkan dalam perhitungan dan diperoleh nilai p value (signifikan) sebagaimana tabel berikut :

**Tabel 3.4. Hasil Uji Validitas Variabel Praktik Pemberian Makanan Balita**

Item pertanyaan	r	p value	Keterangan
1	0,567	0,001	Valid
2	0,616	0,000	Valid
3	0,675	0,000	Valid
4	-0,010	0,957	Tidak Valid
5	0,582	0,001	Valid
6	-0,043	0,822	Tidak valid
7	-0,038	0,844	Tidak valid
8	0,485	0,007	Valid
9	0,650	0,000	Valid
10	0,695	0,000	Valid
11	0,621	0,000	Valid
12	0,464	0,010	Valid
13	0,047	0,805	Tidak valid
14	0,513	0,004	Valid
15	0,577	0,001	Valid
16	0,386	0,035	Valid
17	0,431	0,017	Valid
18	0,392	0,032	Valid
19	0,532	0,002	Valid
20	0,492	0,006	Valid

Item yang tidak valid dianalisa apakah item pertanyaan tersebut bila dikeluarkan dapat mengubah dari tujuan penelitian tentang praktik

responden dalam pemberian makanan balita ?. Ternyata dari item yang tidak valid dapat dikeluarkan sehingga pertanyaan praktik yang akan ditanyakan pada penelitian ini adalah berjumlah 16 item pertanyaan.

## **2. Uji reliabilitas**

Uji ini menunjukkan keterandalan suatu alat ukur. Dalam uji reliabilitas penelitian ini, dari item yang sudah valid diuji reliabilitasnya dengan menggunakan koefisien alpha. Apabila Alpha yang diperoleh lebih dari 0,7 maka instrumen penelitian tersebut telah reliabel.

Hasil uji reliabilitas diperoleh angka 0,0885 yang berarti lebih besar 0,7 sehingga kuesioner tersebut sudah reliabel dan dapat digunakan sebagai instrumen penelitian.

## **I. Proses pengumpulan data**

Pengumpulan data yang diperlukan dalam penelitian ini adalah :

### **1. Data primer**

Pengumpulan data primer dengan wawancara dan observasi langsung kepada ibu anak balita gizi kurang yaitu meliputi:

1.1.Data responden yang meliputi nama, umur, alamat, pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga, jumlah pendapatan, pengetahuan tentang pemberian makanan balita, sikap terhadap pemberian makanan balita dan praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita gizi kurang.

1.2.Pengumpulan data primer dibantu dua orang petugas gizi dari Puskesmas Bergas yang berlatar belakang pendidikan formal gizi.

1.3. Untuk membuktikan kebenaran jawaban praktik ibu tentang penyediaan makanan anak balita gizi kurang dilakukan dengan observasi makanan yang disajikan pada saat penelitian serta menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan makanan yang disajikan untuk anak balita.

## **2. Data Sekunder**

Pengumpulan data sekunder diperoleh dari Puskesmas Bergas meliputi data status gizi balita sebagai dasar awal dilakukan penelitian dan keadaan umum Puskesmas Bergas.

## **J. Pengolahan data**

Data yang dikumpulkan dilakukan pengolahan data yang meliputi data karakteristik ibu, pengetahuan ibu, sikap ibu dan praktik ibu tentang pemberian makanan anak balita status gizi kurang dengan software SPSS versi 10 untuk komputerasi kuesioner. Pentahapan pengolahan data dapat dijelaskan

### **1. Editing**

Langkah ini dimaksudkan untuk melakukan pengecekan kelengkapan data (karakteristik, pengetahuan, sikap dan praktik ), kesinambungan data dan keseragaman data.

### **2. Koding**

Setelah editing dilakukan, langkah selanjutnya adalah melakukan pengkodean data untuk memudahkan pengolahannya.

### 3. Tabulating

Tabulating merupakan kelanjutan langkah koding untuk mengelompokkan data kedalam suatu data tertentu menurut sifat-sifat yang dimiliki yang sesuai dengan tujuan penelitian.

## K. Analisis data

Analisis data dengan menggunakan komputer program SPSS versi 10, Analisis data yang yaitu data karakteristik ibu yang meliputi umur ibu, pendidikan ibu, pendapatan keluarga dan jumlah anggota keluarga, pengetahuan ibu tentang pemberian makanan balita, sikap ibu terhadap pemberian makanan balita dan praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita berstatus gizi kurang yang mana antar variabel tersebut akan dianalisa dengan analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat.

### 1. Analisis univariat

Dari masing-masing variabel yaitu data responden yang meliputi umur , pendidikan formal, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, pekerjaan, pengetahuanibu, sikap ibu dan praktik ibu disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi sehingga memudahkan analisis berikutnya.

### 2. Analisis Bivariat

Bivariat untuk mendiskripsikan hubungan variabel bebas dan variabel terikat dengan menggunakan tabulasi silang.

Bivariat analitik untuk menguji hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square* yang variabel bebas berskala ordinal dan variabel terikatnya berskala ordinal

### 3. Analisis multivariat

Analisis ini untuk mengetahui pengaruh antara beberapa variabel bebas yaitu karakteristik ibu, pengetahuan ibu dan sikap ibu terhadap variabel terikat yaitu praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang secara bersama-sama. skala variabel terikat dalam penelitian ini adalah dikotomi maka uji statistik yang dipakai adalah *Regresi Berganda Binary (Regresi Logistik)* dengan model persamaan sebagai berikut :<sup>43)</sup>

$$\ln(P / (1-P)) = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6 + e \text{ atau}$$

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-(a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6 + e)}}$$

Taraf kepercayaan yang dipakai adalah 95 % ( $\alpha = 5\%$ )

$\ln(P / (1-P))$  atau  $P(X)$  = Probabilitas terjadinya praktik ibu dalam pemberian makanan balita gizi kurang baik atau kurang baik.

$a$  = Konstanta

$b_1, \dots, b_6$  = Koefisien regresi untuk masing-masing variabel bebas, berturut-turut : Umur ibu, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, Jumlah anggota keluarga, Pengetahuan ibu dan sikap ibu tentang pemberian makanan bagi balita berstatus gizi kurang terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi balita berstatus gizi kurang .

$X_1, \dots, X_6$  = nilai / data dari masing-masing variabel bebas Umur ibu, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, Jumlah anggota

keluarga, Pengetahuan ibu dan sikap ibu tentang pemberian makanan bagi balita berstatus gizi kurang terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi balita berstatus gizi kurang .

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Keterbatasan/Kendala Penelitian

##### 1. Pewawancara

Dalam melakukan wawancara peneliti dibantu 2 orang petugas gizi Puskesmas yang sebelumnya telah dilatih untuk menyamakan persepsi sesuai maksud peneliti. Meskipun demikian kemampuan yang dimiliki tidak sama dalam melakukan wawancara

##### 2. Responden.

Kemampuan menyampaikan informasi dari responden tidak sama, menyebabkan kesulitan dalam mengungkapkan sesuatu yang ditanyakan.

##### 3. Tempat tinggal.

Jarak tempat tinggal antara satu responden ke responden lain jauh dan apabila respondennya tidak dirumah maka akan didatangi pada hari lain.

#### B. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

##### 1. Fasilitas pelayanan kesehatan

Fasilitas kesehatan yang tersedia di wilayah Puskesmas Bergas yaitu :

- |                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| a) Puskesmas                   | : 1 buah  |
| b) Puskesmas pembantu/Polindes | : 8 buah  |
| c) Posyandu                    | : 66 buah |
| d) Dokter umum                 | : 4 orang |
| e) Perawat                     | : 4 orang |

- f) Bidan : 9 orang  
g) Bidan desa : 13 orang

## 2. Penanggulangan balita status gizi kurang di Puskesmas Bergas

Pelaksanaan penanggulangan balita status gizi kurang maupun balita status gizi buruk yaitu dengan pemberian makanan tambahan pemulihan. Dalam pelaksanaannya sebagai pemantau ataupun pembina hanya dari petugas Puskesmas sesuai daerah binaan yang mana semua petugas puskesmas mempunyai tugas yang sama dalam penanggulangan balita status gizi kurang. Jadi peran lintas sektoral kecamatan belum ada. Sehingga kasus ini belum tuntas dalam penanganannya.

## B. Gambaran Umum Responden (Ibu).

### 1. Karakteristik responden

#### 1.1. Umur responden

Responden terbanyak berumur kurang atau sama dengan 30 tahun berjumlah 26 responden (63,4 %) dan selebihnya berusia lebih dari 30 tahun berjumlah 15 responden (36,6 %). Rata-rata umur responden adalah 29,90 dengan range 20-45 tahun.

**Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Umur Responden**

Umur responden (tahun)	f	%
Umur ibu $\leq$ 30	26	63,4
Umur ibu $>$ 30	15	36,6
Jumlah	41	100

### 1.2. Pendidikan responden

Dalam penelitian ini diperoleh bahwa pendidikan responden terbanyak adalah menempuh pendidikan formal selama enam tahun (tamat Sekolah Dasar) atau kurang enam tahun (Tidak Tamat Sekolah Dasar) berjumlah 22 responden (53,7 %), sedang yang berpendidikan formal diatas enam tahun berjumlah 19 responden (46,3 %). Rata-rata pendidikan responden adalah menempuh pendidikan 6,85 dengan range 0-12 tahun.

**Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden**

Pendidikan Responden (tahun)	f	%
> 6 tahun	19	46,3
≤ 6 tahun	22	53,7
Jumlah	41	100

### 1.3. Pendapatan keluarga

Dalam penelitian ini pendapatan keluarga dikategorikan pendapatan diatas atau sama dengan UMR ( $\geq$  UMR) dan dibawah UMR ( $<$ UMR). Pendapatan keluarga terbanyak adalah diatas atau sama dengan UMR berjumlah 26 responden (63,4 %) dan dibawah UMR berjumlah 15 responden (36,6 %). Rata-rata pendapatan keluarga adalah 412.682 rupiah dengan range 250.000- 890.000 rupiah.

**Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Pendapatan Keluarga**

Pendapatan keluarga	f	%
$\geq$ UMR (Rp. 341.800)	26	63,4
$<$ UMR (Rp. 341.800)	15	36,6
Jumlah	41	100

#### 1.4. Jumlah anggota keluarga

Jumlah anggota keluarga dari ibu yang mempunyai anak balita gizi kurang di wilayah Puskesmas Bergas terbanyak mempunyai jumlah anggota keluarga lebih dari 4 orang yaitu 22 responden (53,7 %) dan jumlah anggota keluarga sama atau kurang 4 orang berjumlah 19 responden (46,3 %). Rata-rata jumlah anggota keluarga adalah 4,85 dengan range 3-8 orang

**Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Jumlah Anggota Keluarga**

Jumlah anggota keluarga	f	%
≤ 4 orang	19	46.3
> 4 orang	22	53.7
Jumlah	41	100

#### 1.5. Pengetahuan

Responden berpengetahuan baik tentang pemberian makanan bagi balita berjumlah 36 responden (87,8 %) dan berpengetahuan kurang baik berjumlah 5 responden (12,2 %). Rata-rata skor pengetahuan 31,44 masuk dalam kategori berpengetahuan baik dengan range 18-42 .

**Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden tentang Pemberian Makanan Balita**

Kategori Pengetahuan	f	%
Pengetahuan baik (skor ≥ 25)	36	87,8
Pengetahuan kurang baik (skor < 25)	5	12,2
Jumlah	41	100

Dalam item pertanyaan pengetahuan antara lain ditanyakan pengetahuan responden tentang jenis makanan yang diberikan balita, frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan balita, manfaat makanan yang diberikan balita, ketepatan umur pemberian dan variasi makanan yang diberikan pada balita. Distribusi frekuensi jawaban responden tentang pengetahuan dalam pemberian makanan balita sebagai berikut :

1.5.1. Pengetahuan responden tentang jenis makanan yang diberikan balita.

Sebesar 76 % responden mengetahui bahwa Air Susu Ibu yang pertama keluar (Colustrum) diberikan pada bayi dan sebesar 90 % makanan jajan yang diberikan pada balita adalah bubur kacang hijau.

**Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden tentang Jenis Makanan yang Diberikan pada Balita**

NO	PERTANYAAN	f	%
1.	Air susu Ibu yang pertama kali keluar yang berwarna kekuningan(colustrum) sebaiknya :		
	a) Dibuang karena kotor	9	22
	b) Diberikan pada bayi	31	76
	c) Disimpan sebagai kenangan	0	0
	d) Disiramkan dimana ditanam ari-ari	3	7
2.	Jenis makanan selingan/jajan apakah yang sebaiknya diberikan pada balita ?		
	a) Bubur kacang hijau	37	90
	b) Buah	33	80
	c) Chiki	6	15.
	d) Mendoan	17	41
	e) Bakwan	16	39
	f) Susu Formula/dot	19	46
	g) Roti-roti	3	7
	h) Pisang goreng	2	5

### 1.5.2. Pengetahuan tentang manfaat makanan yang diberikan balita.

Sebesar 83 % ibu mengetahui manfaat ASI bagi kesehatan bayi untuk pertumbuhan dan sebesar 76 % ibu mengetahui akibat memberikan makanan tidak sesuai umur dan kebutuhannya yaitu balita akan diare.

**Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden tentang Manfaat Makanan bagi Balita**

NO	PERTANYAAN	f	%
1	Apa yang ibu ketahui tentang manfaat ASI bagi kesehatan bayi ?		
	a) Untuk pertumbuhan	34	83
	b) Memberikan kekebalan	16	39
	c) Agar bayi tidak menangis	9	22
	d) Agar bayi gemuk	14	34
	e) Mudah dalam pemberian	5	12
2	Apa akibat apabila ibu memberikan makanan kepada balita tidak sesuai umur & kebutuhannya ?		
	a) Balita lebih sehat karena cepat besar badannya	5	12
	b) Diare	31	76
	c) Balita cepat berjalan	0	0
	d) Pertumbuhan terganggu	12	29
	e) Saluran pencernaan terganggu	18	44
	f) Muntah	2	5

### 1.5.1. Pengetahuan responden tentang frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan balita.

Sebesar 61 % responden mengetahui bahwa pemberian makanan tambahan pertama kali diberikan pada bayi yaitu satu sendok, sedangkan untuk bayi umur 6-12 bulan responden mengetahui nasi tim diberikan bayi 3 kali sehari (49 %). Sebesar 95 % ibu mengetahui dalam memperkenalkan/ memberikan makanan tambahan pada bayi dengan bertahap, sedikit demi sedikit dan sabar.

**Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden dalam Frekuensi dan Jumlah Makanan yang Dikonsumsi Balita**

NO	PERTANYAAN	f	%
1.	Berapa sendok sebaiknya pemberian makanan tambahan pertama kali diberikan bayi ? .....sendok		
	a) 1 sendok	25	61
	b) 2 sendok	9	22
	c) 3 sendok	7	17
2.	Berapa kali sebaiknya bayi umur 6-12 bulan diberikan nasi tim perharinya ? .....kali		
	a) 1 kali	4	10
	b) 2 kali	17	41
	c) 3 kali	20	49
3.	Bagaimanakah sebaiknya memperkenalkan / memberikan makanan tambahan kepada bayi ?		
	a) Bertahap, sedikit demi sedikit dan dipaksa	2	5
	b) Bertahap, sedikit demi sedikit dan sabar	39	95
	c) Diberikan sebanyak mungkin agar bayi gemuk	1	2
	d) Langsung diberi makan nasi	1	2

1.5.1. Pengetahuan responden tentang ketepatan umur pemberian makanan balita.

Sebesar 56 % responden mengetahui bahwa sebaiknya bayi diberikan ASI sebagai makanan utama sampai umur 4 bulan dan sebesar 51,2 % responden mengetahui bahwa pada umur 4 bulan bayi mulai diberikan makanan tambahan.

Sedangkan 66 % responden mengetahui bahwa balita disapih pada umur 24 bulan.

**Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden tentang Ketepatan Umur Pemberian Makanan Balita**

NO	PERTANYAAN	f	%
1	Sampai umur berapa sebaiknya bayi diberikan ASI sebagai makanan utama ? .....bulan a) 1 bulan b) 3 bulan c) 4 bulan d) 12 bulan	14 2 23 2	34 5 56 5
2	Kapan sebaiknya bayi mulai diberikan makanan tambahan ? .....bulan a) 1 bulan b) 2 bulan c) 3 bulan d) 4 bulan	8 2 10 21	19 5 24 51
3	Umur berapa sebaiknya balita disapih? ...bulan a) 12 bulan b) 18 bulan c) 24 bulan d) 36 bulan	2 6 27 6	5 15 66 15
4	Kapan balita sebaiknya diberikan makanan dewasa ? .....bulan a) 8 bulan b) 12 bulan c) 18 bulan d) 24 bulan	6 30 3 2	15 73 7 5
5	Mulai umur berapa sebaiknya makanan keluarga diberikan dengan porsi separuh makanan orang dewasa? .....bulan a) 2 bulan b) 9 bulan c) 12 bulan d) 24 bulan	2 6 19 14	5 15 46 34

1.5.1. Pengetahuan responden tentang variasi makanan yang diberikan balita.

Sebesar 76 % responden mengetahui bahwa untuk mengganti nasi sebagai variasi makanan balita maka responden memberikan mie dan

biscuit/roti dan sebesar 88 % responden mengetahui bahwa sebagai sumber protein untuk mengganti hati ayam adalah telur.

Dalam mempertinggi nilai gizi makanan yang diberikan balita sebesar 58 % responden menambahkan makanan lain dalam masakannya dan sebesar 32 % responden mengetahui bahwa kandungan zat gizi pada makanan yang diberikan pada balita yaitu mengandung protein, karbohidrat, lemak, vitamin dan mineral.

**Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden tentang Variasi Makanan yang Diberikan Balita**

NO	PERTANYAAN	f	%
1	Jenis makanan apa sebaiknya untuk mengganti nasi sebagai variasi makanan balita ?		
	a) Mie	31	76
	b) Kentang	23	56
	c) Sayur	20	49
	d) Susu Formula	23	56
	e) Biscuit/rofi	31	76
	f) Jagung	2	5
	g) singkong	4	10
2	Jenis makanan apa sebaiknya untuk mengganti hati ayam sebagai variasi makanan balita sebagai sumber protein ?		
	a) Telur	36	88
	b) Kecap	8	19
	c) Mie	6	15
	d) Tempe/tahu	35	85
	e) Ikan	26	46
	f) Daging	14	34
	g) Krupuk	3	7
3	Bagaimanakah mempertinggi nilai gizi makanan tambahan yang tepat bagi balita ?		
	a) Ditambah santan sedikit demi sedikit	20	49
	b) Bumbu ditumis dengan minyak goreng	20	49
	c) Ditambah penyedap	6	15
	d) Ditambah makanan lain yang bergizi	24	58
4	Mengandung zat gizi apa makanan yang diberikan pada balita ?		
	a) Protein	3	7
	b) Vitamin	4	10
	c) Protein dan vitamin	5	12
	d) Protein, karbohidrat dan vitamin	8	19
	e) Protein, karbohidrat, vitamin dan mineral	2	5
	f) Protein, karbohidrat, lemak dan vitamin	6	15
	g) Protein, karbohidrat, lemak, vitamin dan mineral	13	32

## 1.6. Sikap

Sikap responden yang mendukung dalam pemberian makanan bagi balita berstatus gizi kurang dikategorikan dua yaitu sikap baik dan sikap kurang baik. Dari hasil pengumpulan data tentang sikap responden terhadap pemberian makanan bagi balita diperoleh bahwa responden yang bersikap baik berjumlah 30 responden (73,2 %) dan bersikap kurang baik berjumlah 11 responden (26,8 %). Rata-rata skor sikap 12,02 termasuk dalam kategori sikap baik dan range 16 -18.

**Tabel 4.11. Distribusi Frekuensi Sikap responden terhadap Pemberian Makanan Balita**

Kategori Sikap Responden	f	%
Sikap baik (skor $\geq 10$ )	30	73,2
Sikap kurang baik (skor $<10$ )	11	26,8
Jumlah	41	100

Dalam item pertanyaan sikap antara lain ditanyakan sikap responden terhadap jenis makanan yang diberikan balita, frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan balita, ketepatan umur pemberian dan variasi makanan yang diberikan pada balita. Jawaban responden terhadap sikap dalam pemberian makanan balita adalah sebagai berikut :

### 1.6.1. Sikap responden terhadap jenis makanan yang diberikan balita.

Sebesar 80 % responden setuju bahwa ASI yang pertama keluar sangat baik diberikan pada bayi baru lahir dan sebesar 76 % responden setuju bila Sampai umur 4 bulan bayi hanya diberikan ASI sebagai

makanan utama.

Sedangkan sebesar 51 % responden setuju apabila pisang yang dikerok diberikan pada bayi berumur 2 bulan dan sebesar 76 % responden tidak setuju bila makanan balita diberikan bumbu penyedap dalam memasak untuk menambah gizi.

**Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Sikap Responden terhadap Jenis Makanan yang diberikan balita**

NO	PERNYATAAN	f	%
1	ASI yang pertama kali keluar sangat baik diberikan pada bayi baru lahir .		
	a. Setuju	33	80
	b. Ragu-ragu	3	7
	c. Tidak setuju	5	12
2	Sampai umur 4 bulan bayi hanya diberikan ASI sebagai makanan utama		
	a. Setuju	31	76
	b. Ragu-ragu	3	7
	c. Tidak setuju	7	17
3	Warna kekuningan pada ASI yang pertama keluar dibersihkan dengan cara dibuang (tak diberikan bayi)		
	a. Setuju	4	10
	b. Ragu-ragu	3	7
	c. Tidak setuju	34	83
4	Pisang yang dikerok diberikan bayi berumur 2 bulan		
	a. Setuju	21	51
	b. Ragu-ragu	6	16
	c. Tidak setuju	14	34
5	Bubur susu/pisang yang dikerok merupakan makanan yang pertama diberikan pada bayi		
	a. Setuju	24	58
	b. Ragu-ragu	1	2
	c. Tidak setuju	16	39
6	Bumbu penyedap digunakan ibu dalam memasak untuk menambah gizi pada makanan yang diberikan balita.		
	a. Setuju	6	15
	b. Ragu-ragu	3	7
	c. Tidak setuju	32	78

1.6.2. Sikap responden terhadap frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan anak balita.

Sebesar 93 % responden setuju bila ibu menyusui bayi 8-10 kali sehari atau setiap bayi menangis dan sebesar 61 % responden tidak setuju bila ASI diberikan setiap ibu habis makan (3 kali sehari).

Sebesar 51 % responden setuju apabila nasi tim diberikan pada usia 4 bulan dengan frekuensi 3 kali sehari.

**Tabel 4.13 Distribusi Frekuensi Sikap Responden tentang Frekuensi dan Jumlah Makanan yang Diberikan Anak Balita**

NO	PERNYATAAN	f	%
1	Ibu menyusui bayi 8-10 kali sehari atau setiap bayi membutuhkan (bayi menangis)		
	a. Setuju	38	93
	b. Ragu-ragu	3	7
	c. Tidak setuju	0	0
2	ASI diberikan pada bayi setiap ibu habis makan (tiga kali sehari)		
	a. Setuju	16	39
	b. Ragu-ragu	0	0
	c. Tidak setuju	25	61
3	Balita diberikan nasi tim pada usia 4 bulan dengan frekuensi 3 kali sehari		
	a. Setuju	21	51
	b. Ragu-ragu	4	10
	c. Tidak setuju	16	39

1.6.3. Sikap responden terhadap ketepatan umur pemberian makanan yang diberikan anak balita.

Sebesar 63 % responden tidak setuju bila nasi merupakan makanan pertama yang diberikan bayi 4 bulan dan sebesar 93 % responden setuju apabila pemberian makanan tambahan pada bayi 4-6 bulan dilakukan dengan mengutamakan ASI dahulu dilanjutkan makanan tambahan.

Sebesar 73 % responden setuju apabila saat gigi balita tumbuh maka makanan keluarga mulai diberikan.

**Tabel 4.14. Distribusi Frekuensi Sikap Responden terhadap Ketepatan Umur Pemberian Makanan Anak Balita**

NO	PERNYATAAN	f	%
1	Nasi merupakan makanan pertama yang diberikan bayi 4 bulan.		
	a. Setuju	10	24
	b. Ragu-ragu	5	12
	c. Tidak setuju	26	63
2	Pemberian makanan tambahan pada bayi 4-6 bulan dilakukan dengan mengutamakan ASI dahulu dilanjutkan makanan tambahan		
	a. Setuju	38	93
	b. Ragu-ragu	0	0
	c. Tidak setuju	3	7
3	Nasi tim diberikan kepada balita pada usia 6-12 bulan		
	a. Setuju	38	93
	b. Ragu-ragu	2	5
	c. Tidak setuju	1	2
4	Saat balita tumbuh gigi maka makanan keluarga mulai diberikan		
	a. Setuju	30	73
	b. Ragu-ragu	5	12
	c. Tidak setuju	6	15
5	Pada saat ibu mulai bekerja maka balita mulai disapih		
	a. Setuju	4	10
	b. Ragu-ragu	2	5
	c. Tidak setuju	35	85

1.6.3. Sikap responden terhadap variasi makanan yang diberikan anak balita.

Sebesar 95 % responden mempunyai sikap setuju apabila Makanan yang diberikan pada balita mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral dan sebesar 83 % responden tidak setuju apabila makanan

diberikan hanya mengandung protein.

Sebesar 83 % responden setuju untuk mempertinggi nilai gizi makanan yang diberikan anak balita dengan menumis bumbu atau menambah santan sedikit demi sedikit saat masak.

**Tabel 4.15. Distribusi Frekuensi Sikap Responden terhadap Variasi Makanan Anak Balita**

NO	PERNYATAAN	f	%
1	Makanan yang diberikan pada balita mengandung karbohidrat,protein,lemak,vitamin dan mineral		
	a. Setuju	39	95
	b. Ragu-ragu	2	5
	c. Tidak setuju	0	0
2	Zat gizi yang sangat diperlukan balita adalah protein sehingga makanan yang diberikan hanya mengandung protein		
	a. Setuju	7	17
	b. Ragu-ragu	0	0
	c. Tidak setuju	34	83
3	Untuk mempertinggi nilai gizi makanan yang diberikan balita dengan menumis bumbu atau menambah santan sedikit demi sedikit saat masak		
	a. Setuju	34	83
	b. Ragu-ragu	3	7
	c. Tidak setuju	4	10

### 1.7. Praktik

Praktik responden dalam pemberian makanan anak balita berstatus gizi kurang berkategori baik berjumlah 23 responden (56,1%) dan yang berkategori praktik kurang baik berjumlah 18 responden (43,9 %). Adapun rata-rata skor praktik dalam penelitian ini adalah 28,27 dengan range 22- 37.

**Tabel 4.16. Distribusi Praktik Responden Dalam Pemberian Makanan Anak Balita**

Kategori Praktik	f	%
Kategori Baik (skor $\geq 25$ )	23	56,1
Kategori Kurang Baik (skor $< 25$ )	18	43,9
Jumlah	41	100

Dalam item pertanyaan praktik antara lain ditanyakan yang dilakukan/tindakan responden tentang jenis makanan yang diberikan anak balita, frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan anak balita, ketepatan umur pemberian dan variasi makanan yang diberikan pada anak balita. Jawaban responden tentang praktik/tindakan dalam pemberian makanan balita adalah sebagai berikut :

1.7.1. Praktik responden tentang jenis makanan yang diberikan anak balita.

Sebesar 36 % responden memberikan makanan Air Susu Ibu begitu bayi ibu lahir dan sebesar 76 % ASI memberikan ASI yang pertama kali keluar berwarna kekuningan (colustrum).

Sebesar 96 % responden biasa memberikan jajanan pada balita adalah bubur kacang hijau dan sebesar 32 % responden telah memberikan ASI, buah, nasi tim, sayur, tahu/tempe, jajanan, susu formula pada balita usia 6-12 bulan

**Tabel 4.17. Distribusi Frekuensi Praktik Responden tentang Jenis Makanan yang diberikan Anak Balita**

NO	PERTANYAAN	f	%
1.	Makanan apakah yang ibu berikan begitu bayi ibu lahir a) Madu b) Air Susu Ibu c) Air kelapa d) Sun (makanan instant) e) Pisang f) Susu formula	4 15 6 5 7 4	10 36 15 12 17 10
2.	ASI yang pertama kali keluar berwarna kekuningan(colustrum), apa yang ibu lakukan dengan ASI tersebut ? a) Dibuang karena kotor b) Diberikan pada bayi c) Disimpan sebagai kenangan d) Disiramkan dimana ditanam ari-ari	6 31 0 6	15 76 0 15
3	Makanan selingan/jajanan apakah yang biasa ibu berikan pada balita ? a) Bubur kacang hijau b) Buah c) Chiki d) Nogosari e) Bakwan f) Tahu isi g) Mendoan h) Bakso i) Mie goreng j) Roti	38 37 15 15 20 16 16 2 2 2	93 90 37 37 49 39 39 5 5 5
4	Makanan apakah yang biasa ibu berikan bayi umur 6-12 bulan ? a) Nasi tim b) ASI, buah, nasi tim, bubur susu c) ASI, buah, sayur, susu formula d) ASI, nasi tim, tahu/tempe, jajanan e) ASI, buah, nasi tim, sayur, tahu/tempe, jajanan f) ASI, buah, nasi tim, sayur, tahu/tempe g) ASI, buah, nasi tim, sayur, tahu/tempe, jajanan, susu formula	5 3 3 2 5 3 13	12 7 7 5 12 7 32

1.6.3. Praktik responden dalam frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan anak balita.

Sebesar 54 % responden memberikan nasi tim saat bayi ibu umur 6-12 bulan perharinya sebanyak 3 kali dan sebesar 95 % responden memperkenalkan/memberikan makanan tambahan kepada bayi secara bertahap sedikit demi sedikit dan sabar. Sedangkan sebesar 24 % yang responden lakukan saat balita ibu tidak naik timbangannya dengan memeriksakan diri ke petugas kesehatan.

**Tabel 4.18. Distribusi Frekuensi Praktik Responden dalam Frekuensi dan Jumlah Makanan yang Diberikan Balita**

NO	PERTANYAAN	f	%
1	Berapa kali ibu memberikan nasi tim saat bayi ibu umur 6-12 bulan perharinya ?		
	a) 2 kali	19	46
	b) 3 kali	22	54
2	Bagaimanakah ibu memperkenalkan/memberikan makanan tambahan kepada bayi ?		
	a) Bertahap, sedikit demi sedikit dan dipaksa	1	2
	b) Bertahap, sedikit demi sedikit, sabar	39	95
	c) Diberikan sebanyak mungkin agar bayi gemuk	1	2
	d) Langsung diberi nasi	0	0
3	Apa yang ibu lakukan saat balita ibu tidak naik timbangannya ?		
	a) Memeriksakan ketenaga kesehatan	10	24
	b) Memperhatikan makanan yang diberikan	3	7
	c) Menambah frekuensi/porsi makan	6	15
	d) Memperhatikan makanan yang diberikan, menambah frekuensi/porsi makan.	2	5
	e) Memeriksakan ke nakes, memberi vitamin.	3	5
	f) Memeriksakan ketenaga kesehatan, memperhatikan makanan yang diberikan.	7	17
	g) Memeriksakan ketenaga kesehatan, menambah frekuensi makan.	7	17
	h) Memeriksakan ketenaga kesehatan, menambah frekuensi makan dan memperhatikan makanan yang diberikan.	9	22

1.6.3. Praktik responden dalam ketepatan umur makanan yang diberikan anak balita.

Sebesar 44 % responden memberikan ASI saja sebagai makanan utama sampai bayi berumur 4 bulan dan sebesar 61 % responden mulai memberikan makanan tambahan bagi bayi pada umur 4 bulan.

Sedangkan sebesar 71 % responden memberikan makanan keluarga kepada balita pada umur 12 bulan dan sebesar 81 % responden menyapih balitanya pada umur 24 bulan.

**Tabel 4.19. Distribusi Frekuensi Praktik Responden dalam Ketepatan Umur Pemberian Makanan Anak Balita**

NO	PERTANYAAN	f	%
1	Sampai umur berapa bayi diberikan ASI saja sebagai makanan utama ?		
	a) 1 bulan	7	17
	b) 2 bulan	5	12
	c) 3 bulan	11	27
	d) 4 bulan	18	44
2	Kapan ibu mulai memberikan makanan tambahan bagi bayi ?		
	a) 1 bulan	9	22
	b) 2 bulan	4	10
	c) 3 bulan	3	7
	d) 4 bulan	25	61
3	Kapan ibu memberikan makanan keluarga kepada balita?		
	a) 6 bulan	5	12
	b) 12 bulan	29	71
	c) 18 bulan	2	5
	d) 24 bulan	5	12
4	Umur berapa balita ibu disapih ?		
	a) 12 bulan	4	10
	b) 24 bulan	33	81
	c) 36 bulan	4	10

### 1.6.3. Praktik responden dalam variasi makanan yang diberikan anak balita.

Sebesar 80 % responden memberikan mie kepada anak balita apabila balita tidak mau makan nasi dan sebesar 98 % responden memberikan tempe/tahu sebagai lauk pauk yang merupakan sumber protein.

Sebesar 66 % responden menumis bumbu yang akan digunakan untuk memasak agar masakan yang akan diberikan pada anak balita bertambah nilai gizinya dan sebesar 85 % yang responden lakukan apabila anak balita tidak mau makan adalah sabar dalam memberikan makanan misal diajak main-main, jalan-jalan.

**Tabel 4.20. Distribusi Frekuensi Praktik Responden tentang Variasi Makanan yang Diberikan Anak Balita**

No	PERTANYAAN	f	%
1	<p>Apa yang ibu berikan apabila anak tidak mau/bosan nasi ?</p> <p>a) Menggantu nasi dengan mie</p> <p>b) Mengganti nasi dengan roti/biscuit</p> <p>c) Mengganti nasi dengan sayur</p> <p>d) Mengganti nasi dengan singkong</p> <p>e) Mengganti nasi dengan susu formula/dot</p> <p>f) Mengganti nasi dengan bubur beras</p>	<p>33</p> <p>32</p> <p>14</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>2</p>	<p>80</p> <p>78</p> <p>34</p> <p>24</p> <p>37</p> <p>5</p>
2	<p>Apa yang ibu berikan sebagai lauk pauk bagi makanan balita sebagai sumber protein ?</p> <p>a) Hati ayam</p> <p>b) Ikan</p> <p>c) Mie</p> <p>d) Tempe/tahu</p> <p>e) Daging</p> <p>f) Krupuk</p> <p>g) Kecap</p> <p>h) Telur</p>	<p>32</p> <p>31</p> <p>9</p> <p>40</p> <p>21</p> <p>9</p> <p>19</p> <p>7</p>	<p>78</p> <p>76</p> <p>22</p> <p>98</p> <p>51</p> <p>22</p> <p>46</p> <p>17</p>
3	<p>Bagaimanakah ibu memasak agar masakan yang akan diberikan pada balita bertambah nilai gizinya?</p> <p>a) Ditambah santan sedikit demi sedikit</p> <p>b) Bumbu ditumis dengan minyak goreng</p> <p>c) Ditambah penyedap</p> <p>d) Ditambah makanan yang bergizi</p>	<p>24</p> <p>27</p> <p>10</p> <p>22</p>	<p>58</p> <p>66</p> <p>24</p> <p>54</p>
4	<p>Apa yang ibu lakukan saat balita tidak mau makan</p> <p>a) Diganti variasi menu agar anak tak bosan</p> <p>b) Dipaksa agar anak mau makan</p> <p>c) Dibiarkan kalau balita lapar pasti mau</p> <p>d) Sabar dalam memberikan makanan misal diajak main-main, jalan-jalan.</p> <p>e) Diberikan makanan porsi sedikit tapi sering</p>	<p>28</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>35</p> <p>17</p>	<p>68</p> <p>7</p> <p>5</p> <p>85</p> <p>41</p>

## 2. Analisis Bivariat

### 2.1. Hubungan antara Umur Responden dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang.

Responden dengan praktik pemberian makanan pada anak balita berstatus gizi kurang berkategori baik pada responden berumur sama atau dibawah 30 tahun berjumlah 16 responden (61,5 %) dan responden yang berumur lebih dari 30 tahun berpraktik baik berjumlah 7 responden (46,7 %).

Sedangkan responden dengan praktik pemberian makanan kurang baik pada responden berumur sama atau dibawah 30 tahun berjumlah 10 responden (38,5 %) dan responden yang berumur lebih besar 30 tahun berpraktik kurang baik berjumlah 8 responden (53,3 %).

Apabila dua variabel ini diuji statistik maka diperoleh nilai  $p > 0,05$  yaitu  $p = 0,355$  berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.

**Tabel 4.21. Tabulasi Silang antara Umur Responden dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang**

Umur Responden (tahun)	Praktik				Total	
	Baik		Kurang Baik			
	n	%	n	%	n	%
≤ 30	16	61,5	10	38,5	26	100
>30	7	46,7	8	53,3	15	100
<b>Total</b>	23	56,1	18	43,9	41	100

$$X^2 = 0,854 \quad p = 0,355 \quad C = 0,144$$

## 2.2. Hubungan antara Pendidikan Responden dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang

Hubungan antara pendidikan responden dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang, terlihat bahwa responden yang menempuh pendidikan formal lebih dari 6 tahun (tamat SLTP dan tamat SLTA) mempunyai praktik berkategori baik berjumlah 16 responden (84,2 %), dan responden yang menempuh pendidikan formal sama atau kurang dari 6 tahun berpraktik baik berjumlah 7 responden (31,8 %).

Sedangkan responden yang berpraktik kurang baik pada responden yang menempuh pendidikan formal sama atau dibawah 6 tahun berjumlah 16 responden (68,2 %) dan responden yang berpraktik kurang baik pada responden yang berpendidikan formal lebih dari 6 tahun berjumlah 3 responden (15,8 %).

Berdasarkan uji statistik *Chi Square* maka diperoleh nilai  $p < 0,05$  yaitu  $p=0,001$  dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan formal responden dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang dengan besar hubungan 0,526 artinya tingkat hubungan sedang.<sup>44)</sup>

**Tabel 4.22. Tabulasi silang antara Pendidikan Responden dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang**

Pendidikan Responden (Tahun)	Praktik				Total	
	Baik		Kurang Baik			
	n	%	n	%	n	%
> 6	16	84,2	3	15,8	19	100
≤ 6	7	31,8	15	68,2	22	100
<b>Total</b>	23	56,1	18	43,9	41	100

$$X^2 = 11,363 \quad p=0,001 \quad C = 0,526$$

### 2.3. Hubungan antara Pendapatan Keluarga dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang

Keluarga dengan pendapatan dibawah UMR dalam praktik pemberian makanan berkategori baik berjumlah 9 responden (60,0 %) angka ini sedikit lebih besar bila dibandingkan dengan keluarga yang berpendapatan diatas atau sama dengan UMR yang berpraktik baik berjumlah 14 responden (53,8 %).

Praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang yang kurang baik pada keluarga yang berpendapatan diatas atau sama dengan UMR berjumlah 12 responden (46,2 %), sedikit lebih besar bila dibandingkan dengan keluarga yang berpendapatan dibawah UMR berpraktik kurang baik berjumlah 6 responden (40,0 %).

Apabila dua variabel diuji statistik diperoleh nilai  $p > 0,05$  yaitu  $p=0,702$  berarti tidak ada hubungan bermakna antara pendapatan keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita .

**Tabel 4.23. Tabulasi silang antara Pendapatan keluarga dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang**

Pendapatan Keluarga	Praktik				Total	
	Baik		Kurang Baik			
	n	%	n	%	n	%
≥ UMR (Rp 341.800)	14	53,8	12	46,2	26	100
< UMR (Rp 341.800)	9	60,0	6	40,0	15	100
<b>Total</b>	23	56,1	18	43,9	41	100

$$X^2 = 0,146 \quad p = 0,702 \quad C = -0,060$$

#### 2.4. Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang

Jumlah anggota keluarga sama atau kurang 4 orang yang ibunya berpraktik dalam pemberian makan anak balita berkategori baik berjumlah 11 responden (57,9 %) dan jumlah anggota keluarga yang lebih dari 4 orang yang berpraktik baik berjumlah 12 responden (54,5 %).

Sedangkan praktik ibu dalam pemberian makanan pada anak balita berkategori kurang baik pada keluarga yang berjumlah anggota keluarga sama atau kurang dari 4 orang berjumlah 8 responden (42,1 %) dan pada keluarga dengan jumlah anggota keluarga lebih 4 orang berpraktik kurang baik berjumlah 10 responden (45,5%) .

Uji statistiktik *Chi Square* yang dilakukan diperoleh nilai  $p > 0,05$  yaitu  $p=0,829$  sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.

**Tabel 4.24. Tabulasi silang antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang**

Jumlah Anggota Keluarga	Praktik				Total	
	Baik		Kurang Baik			
	n	%	n	%	n	%
≤ 4 orang	11	57,9	8	42,1	19	100
> 4 orang	12	54,5	10	45,5	22	100
Total	23	56,1	18	43,9	41	100

$$X^2 = 0,046 \quad p = 0,829 \quad C = 0,034$$

### 2.5. Hubungan antara Pengetahuan Responden tentang Pemberian Makanan Balita dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang

Responden yang berpengetahuan baik akan berpraktik dalam pemberian makanan bagi anak balita juga baik berjumlah 23 responden (63,9 %) dan responden yang berpengetahuan kurang baik maka tak ada responden yang berpraktik baik (0 %)

Untuk responden yang berpengetahuan kurang baik maka 41 responden (100 %) ibu mempraktik dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang juga berkategori kurang baik.

Apabila antara pengetahuan responden dengan praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita diuji statistiktik *Chi Square* maka diperoleh nilai  $p < 0,05$  yaitu  $p = 0,007$  sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan responden dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang dan besar hubungan sedang ( $C = 0,421$ )

**Tabel 4.25. Tabulasi silang antara Pengetahuan Responden tentang Pemberian Makanan Balita dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang**

Pengetahuan Responden	Praktik				Total	
	Baik		Kurang Baik			
	n	%	n	%	n	%
Baik	23	63,9	13	36,1	36	100
Kurang baik	0	0	5	100	5	100
<b>Total</b>	23	56,1	18	43,9	41	100

$$X^2 = 7,276 \quad p = 0,007 \quad C = 0,421$$

#### 2.6. Hubungan antara Sikap Ibu tentang Pemberian Makanan Balita terhadap dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang

Tabulasi silang antara sikap responden terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang terlihat bahwa sikap yang baik akan mendukung praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita juga baik berjumlah 20 responden (66,7 %) dan ibu yang berpraktik baik tapi sikapnya kurang baik dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang berjumlah 3 responden (27,3 %).

Sedangkan pada ibu berpraktik kurang baik dalam pemberian makanan anak balita tapi bersikap baik berjumlah 10 responden (33,3 %) dan ibu yang berpraktik dalam pemberian makanan bagi anak balita kurang baik bersikap kurang baik berjumlah 8 responden (72,7 %).

Uji statistik yang dilakukan diperoleh  $p < 0,05$  yaitu  $p = 0,024$  yang berarti ada hubungan yang bermakna antara sikap responden dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang dengan besar hubungan  $0,352$  berarti tingkat hubungan lemah.

**Tabel 4.26. Tabulasi Silang antara Sikap Ibu tentang Pemberian Makanan Balita dengan Praktik Ibu dalam Pemberian Makanan bagi Anak Balita Berstatus Gizi Kurang**

Sikap Ibu	Praktik				Total	
	Baik		Kurang baik			
	n	%	n	%	n	%
Baik	20	66,7	10	33,3	30	100
Kurang Baik	3	27,3	8	72,7	11	100
<b>Total</b>	23	56,1	18	43,9	41	100

$$X^2 = 5,072 \quad p = 0,024 \quad C = 0,352$$

## 2.6. Rekapitulasi Analisis Bivariat untuk Mengetahui Hubungan antar Variabel Penelitian

**Tabel 4.27. Rekapitulasi Analisis Bivariat untuk Mengetahui Hubungan antar Variabel Penelitian**

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat	p-value	Besar Hubungan	Hubungan
1.	Umur Ibu	Praktik Ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang	0,355	0,144	Tidak Bermakna
2.	Pendidikan Ibu		0,001	0,526	Bermakna
3.	Pendapatan Keluarga		0,702	-0,060	Tidak Bermakna
4.	Jumlah Anggota Keluarga		0,829	0,034	Tidak bermakna
5.	Pengetahuan Ibu		0,007	0,421	Bermakna
6.	Sikap Ibu		0,024	0,352	Bermakna

### 3. Analisis Multivariat Regresi Berganda Binary (Regresi Logistik)

Dengan metode *Backward Conditional* diperoleh bahwa dari enam variabel bebas (umur, pendidikan, pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, pengetahuan dan sikap) secara bersama-sama apabila diuji dengan *regresi logistik* diperoleh hanya tiga variabel yang memperlihatkan pengaruh terhadap variabel terikat (praktik ibu dalam pemberian makanan bagi balita berstatus gizi kurang) yaitu variabel pendidikan responden, pengetahuan responden dan sikap responden dengan nilai  $p$  pendidikan  $< 0,05$  yaitu  $p = 0,018$ , nilai  $p$  pengetahuan  $< 0,05$  yaitu  $p = 0,035$ , nilai  $p$  sikap  $< 0,05$  yaitu  $p = 0,048$  dapat disimpulkan bahwa secara bersama-sama variabel pendidikan, pengetahuan dan sikap responden mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang. Sedangkan variabel yang paling berpengaruh adalah variabel pendidikan responden.

Dari hasil perhitungan regresi logistik diperoleh persamaan regresi sebagai berikut :

$$\ln(P/(1-P)) = -11.437 + 2.198(\text{pendidikan}) + 10.060(\text{pengetahuan}) + 1.533(\text{sikap})$$

Atau

1

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-\{11.437 + 2.198(\text{pendidikan}) + 10.060(\text{pengetahuan}) + 1.533(\text{sikap})\}}}$$

Dimana,  $\ln(P/(1-P))$  atau  $p(X)$  = Probabilitas untuk terjadinya praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita baik / kurang baik.

Pendidikan = Pendidikan formal yang ibu tempuh

Pengetahuan= Pengetahuan ibu tentang pemberian makanan balita

Sikap = Sikap ibu terhadap pemberian makanan balita.

Keterangan : 1 = simbol untuk terjadinya praktik baik

2 = simbol untuk terjadinya praktik kurang baik.

Apabila angka tersebut dimasukkan dalam persamaan regresi logistik dengan kondisi : - Pendidikan baik (1), pengetahuan baik (1) dan Sikap baik (1) diperoleh probabilitas kejadian praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita baik sebagai berikut :

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-\{-11,437 + 2,198(\text{pendidikan}) + 10,060(\text{pengetahuan}) + 1,533(\text{sikap})\}}}$$

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-\{-11,437 + 2,198(1) + 10,060(1) + 1,533(1)\}}}$$

$$= 0,73855 (73,85 \%)$$

Jadi apabila ketiga variabel tersebut dalam kategori baik, maka diperoleh kemungkinan ibu berperilaku/berpraktik dengan baik sebesar 73,85% dan variabel yang paling berpengaruh adalah pendidikan responden.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Perilaku ibu dalam pemberian makanan sangat berperan dalam membentuk pola konsumsi makanan dalam keluarga. Perilaku ini meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap pengelolaan makanan, pemilihan makanan yang bergizi sehubungan dengan kebutuhan tubuh.<sup>30)</sup> Masalah kesehatan dan gizi yang banyak terjadi terutama pada bayi dan anak balita disebabkan oleh pengetahuan dan sikap ibu yang belum menunjang dalam pemberian gizi secara baik.

#### **1. Pengetahuan ibu tentang pemberian makanan balita**

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah kemampuan ibu dalam menjelaskan hal-hal yang berhubungan dengan pemberian makanan balita antara lain jenis makanan yang diberikan, frekuensi makanan, manfaat makanan yang diberikan balita, ketepatan umur dalam pemberian jenis makanan dan variasi makanan.

##### **1.1. Pengetahuan ibu tentang jenis makanan yang dikonsumsi balita**

Rata-rata ibu mempunyai pengetahuan baik tentang pemberian makanan balita. Hasil ini terlihat dari wawancara antara lain dalam

pemberian Air Susu Ibu yang pertama keluar (*Colostrum*) sebagian besar ibu mengetahui bahwa *Colostrum* diberikan pada bayi dan sebagian besar ibu mengetahui manfaat ASI yaitu untuk pertumbuhan dan memberikan kekebalan pada bayi. Bayi diberikan ASI saja sebagai makanan utama sampai bayi berumur 4 bulan. Sejak bayi lahir ASI sangat diperlukan sebagai makanan utama karena mempunyai nilai biologis tinggi dan merupakan makanan terbaik bagi bayi karena ada bahan-bahan dalam ASI yang dapat memacu tumbuhnya beberapa bakteri tertentu dalam saluran pencernaan si bayi. ASI dengan komponen-komponen tertentu secara aktif dapat menyerang bakteri atau virus penyebab penyakit.<sup>34)</sup>

Selain makanan pokok menurut pengetahuan ibu makanan jajanan penting juga diberikan pada balita yang paling banyak diberikan adalah bubur kacang hijau.

#### 1.2. Pengetahuan ibu tentang ketepatan umur dan manfaat pemberian makanan balita

Pengetahuan ibu dalam pemberian makanan tambahan, separuh ibu mengetahui bahwa makanan tambahan diberikan pada usia 4 bulan. Pada umur empat bulan bayi mulai diberi makanan tambahan sebagai pendamping ASI agar kebutuhan gizi bayi terpenuhi sehingga perlu diperhatikan ketepatan waktu pemberian, frekuensi dan porsi, pemilihan bahan makanan, cara pembuatan serta cara pemberiannya.<sup>31)</sup> Tetapi ada juga ibu yang berpengetahuan pada usia satu bulan diberikan makanan tambahan. Ditinjau dari kematangan fisiologis dan kebutuhan akan nutrisi,

pemberian makanan selain ASI sebelum empat bulan dapat mengakibatkan resiko infeksi pada bayi.

Pengetahuan ibu yang berhubungan dengan penyapihan sebagian besar ibu mengetahui penyapihan dilakukan sampai balita berumur 24 bulan. Pemberian ASI sebaiknya diberikan selama 24 bulan, tetapi sering ditemui sebelum enam bulan ASI sudah tidak diberikan lagi kepada balita.<sup>35)</sup> Dalam penelitian ini ada juga ibu yang memberikan ASI hanya sampai 12 bulan, tetapi ada juga yang sampai 36 bulan. Pemberian ASI yang cukup lama seperti di Sanglah-Denpasar karena mereka tidak mempunyai patokan usia anak disapih sehingga mereka memberikan ASI selama anak masih menginginkannya sampai berhenti sendiri

### 1.3. Pengetahuan ibu tentang jumlah makanan yang dikonsumsi balita

Pengetahuan ibu tentang jumlah makanan tambahan pertama yang diberikan sebaiknya 1-2 sendok yang dalam pemberian diberikan secara bertahap, sedikit demi sedikit dan sabar dalam pemberian. Makanan pendamping ASI yang berkualitas tinggi harus diberikan secara bertahap sebagai sumber gizi bagi bayi yang tidak dapat dipenuhi hanya dengan ASI saja.<sup>34)</sup>

### 1.4. Pengetahuan ibu tentang variasi makanan yang diberikan balita

Makanan yang diberikan sebaiknya mengandung protein, lemak, karbohidrat, mineral dan vitamin dalam jumlah yang seimbang.<sup>35)</sup> Dari pertanyaan tentang pengetahuan tentang kandungan zat gizi dalam makanan yang diberikan balita maka hanya sepertiga ibu yang tahu bahwa makanan yang diberikan pada balita sebaiknya mengandung protein,

lemak, karbohidrat, vitamin dan mineral. Pemberian makanan yang seimbang diperlukan karena tubuh membutuhkan mengandung semua nutrien (protein, lemak, karbohidrat, vitamin, mineral). Pemberian makanan yang salah dalam jumlah, jenis, komposisi, cara dan proses memasak dapat mengakibatkan keadaan gizi salah (*malnutrisi*), baik kekurangan atau kelebihan (kegemukan). Tujuan pemberian makan anak bukan sekedar kenyang, tetapi untuk memenuhi kebutuhan nutrien secara adekuat untuk keperluan hidup serta mendidik anak untuk membina selera dan kebiasaan makan yang sehat.

Menurut pengetahuan ibu untuk menggantikan nasi bila anak bosan maka sebagian besar ibu memberikan mie atau roti. Separuh ibu memberikan balitanya dengan susu formula. Adapun lauk pauk sebagai sumber protein sebagian besar ibu mengetahui tempe/tahu yang merupakan makanan yang murah dan mudah didapat sebagai sumber protein. Dalam memasak untuk mempertinggi nilai gizi makanan yang diberikan pada balita, maka ibu tidak memasak satu macam makanan saja tapi dalam masakannya ditambahkan makanan lain yang bergizi atau dengan cara menumis bumbu yang akan digunakan.

## **2. Sikap ibu terhadap pemberian makanan balita**

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas tetapi merupakan *pre-disposisi* tindakan atau perilaku.

Sikap dalam penelitian ini adalah tanggapan atau pandangan ibu terhadap jenis makanan yang diberikan, frekuensi dan jumlah makanan yang dikonsumsi balita, ketepatan umur pemberian dan variasi makanan. Sikap ibu dikategorikan dua yaitu sikap baik dan sikap kurang baik. Rata-rata sikap ibu terhadap pemberian makanan balita adalah baik.

#### 2.1. Sikap ibu terhadap jenis makanan yang diberikan balita

Sikap ibu terhadap pemberian ASI yang pertama sangat baik diberikan pada bayi sebagian besar menunjukkan jawaban setuju dan hanya 5 ibu (12.5 %) yang tidak setuju. Apabila sikap tidak setuju ini mendukung dalam tindakan ibu maka bayi akan berkurang kekebalannya karena dalam *Colostrum* lebih banyak terdapat kandungan protein, lebih banyak *imunoglobulin A*, *laktoferin* dan juga sel-sel darah putih yang berperan penting dalam mencegah timbulnya infeksi. ASI diberikan bayi sebagai makanan utama sampai 4 bulan, maka sebagian besar ibu setuju dengan pernyataan ini.

Ibu setuju bila jenis makanan yang diberikan pertama kali adalah bubur susu/pisang yang dikerok, tetapi tidak setuju bila makanan yang pertama kali diberikan adalah nasi. Pada pemberian makanan tambahan pada balita usia 4-6 bulan maka sebagian besar ibu setuju dengan mengutamakan ASI dahulu dilanjutkan makanan tambahan.

#### 2.2. Sikap terhadap ketepatan umur dan frekuensi pemberian makanan balita

Untuk pemberian ASI maka hanya diberikan setelah ibu habis makan yaitu tiga kali sehari, tanggapan ibu-ibu tentang hal ini sebagian besar ibu tidak setuju dan ASI ini diberikan dalam sehari 8-10 kali atau

sesering mungkin setiap bayi membutuhkan maka tanggapan ibu adalah setuju dengan pernyataan ini.

Makanan tambahan atau makanan pendamping ASI yang pertama diberikan saat bayi berumur 2 bulan sebagian besar ibu memberikan tanggapan tidak setuju.

Adapun jenis makanan yang diberikan pada anak usia 6-12 bulan ibu setuju diberikan nasi tim. Tanggapan ibu terhadap pernyataan bahwa nasi tim diberikan pada anak usia 4 bulan dengan frekuensi 3 kali sehari sebagian ibu setuju tetapi sepertiga ibu tidak setuju. Pada usia 6-12 bulan pemberian ASI diteruskan dan mulai diperkenalkan dengan makanan yang lebih padat dalam bentuk makanan lembek (nasi tim) diberikan 3 kali sehari.<sup>31)</sup>

Masa penyapihan dilakukan saat ibu mulai bekerja, sebagian besar ibu tidak menyetujui dengan alasan setelah bekerja ibu juga masih bisa memberikan ASI sampai balita berumur 24 bulan.

Saat balita tumbuh gigi maka makanan keluarga mulai diberikan sebagian besar ibu setuju dengan pernyataan ini dan hanya 6 orang ibu yang tidak setuju. Normalnya gigi sulung mulai tampak dirongga mulut saat bayi berusia 6 bulan. Pada umur 10 bulan bayi mulai diperkenalkan dengan makanan keluarga secara bertahap dan pada umur 12 bulan makanan keluarga mulai diberikan 3 kali sehari dengan porsi separuh makanan orang dewasa. Pengenalan makanan tambahan yang dini akan mengakibatkan gangguan penyusuan, beban ginjal yang berlebihan dan

*hiperosmolitas*, alergi terhadap makanan, gangguan pengaturan selera makan.

### 2.3. Sikap reponden tentang variasi makanan yang diberikan balita

Kandungan gizi yang diberikan pada balita mengandung protein saja tanggapan ibu sebagian besar tidak setuju. Makanan yang diberikan balita sebaiknya mengandung protein, lemak, karbohidrat, mineral dan vitamin. Kekurangan salah satu zat gizi pada balita akan mempengaruhi status gizi, yang banyak terjadi adalah kekurangan energi dan protein disebabkan karena rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG). Dampak jangka panjang dari status gizi kurang/ buruk ini adalah tingginya mortalitas pada KEP berat yang biasanya diikuti pula penyakit infeksi seperti TB-Paru, ISPA, diare dan penyakit kekurangan gizi lain misalnya *xeroptalmia*, *stomatitis angularis* yang menyebabkan daya tahan tubuh menurun.

Adapun untuk mempertinggi nilai gizi pada makanan yang diberikan dengan menambah santan sedikit demi sedikit atau dengan menumis bumbu dengan pernyataan ini sebagian besar ibu setuju.

Dalam memasak yang diberikan pada balita sebagian besar ibu tidak setuju bila menggunakan bumbu penyedap alasan ibu tidak menggunakan penyedap karena penyedap tidak baik untuk kesehatan balita.

### 3. Praktik/tindakan ibu dalam pemberian makanan balita

Suatu sikap belum secara otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan (Notoatmodjo,1993). Tingkat Pengetahuan gizi dapat membentuk sikap tertentu dalam diri ibu, dan akhirnya sikap tersebut dapat mempengaruhi praktik gizi ibu sehari-hari.<sup>3)</sup>

Praktik dalam penelitian ini adalah tindakan ibu dalam memberikan makanan yang berupa jenis makanan yang diberikan, ketepatan umur pemberian jenis makanan, frekuensi pemberian, jumlah pemberian dan variasi makanan yang diberikan.

#### 3.1. Praktik ibu dalam jenis makanan yang diberikan balita

Makanan yang diberikan ibu begitu bayi lahir hanya 15 ibu (36,5%) yang memberikan ASI saja dan lainnya diberikan madu, air kelapa, susu formula, makanan instan, pisang dan nasi. Sebagian besar ibu memberikan *Colūstrum* pada bayinya. Segera setelah melahirkan Air Susu Ibu yang keluar berwarna kekuningan, kental dan agak lengket. *Colustrum* diproduksi dalam masa kira-kira seminggu pertama kemudian setelah itu ASI putih. *Colustrum* dapat memberikan perlindungan dan kekebalan alamiah terbaik bagi bayi menghadapi infeksi kuman, baik bakteri maupun virus. Bayi yang baru lahir mendapatkan susu bukan ASI yang secara biologis jenisnya tidak memadai akan memberi akibat berkepanjangan terhadap pertumbuhan susunan saraf. Ada juga ibu yang memberikan madu begitu bayi lahir, alasan ibu memberikan karena madu berkhasiat. Walaupun madu berkhasiat namun pemberian ASI lebih baik daripada

madu. Kandungan asam folat yang terdapat pada madu besar peranannya bagi pertumbuhan otak dan sel-sel darah pada bayi serta kandungan zat besi pada madu lebih tinggi dibanding ASI maupun susu sapi. Meskipun tidak disebutkan pada usia berapa bulan bayi bisa diberi madu, waktu yang tepat dapat diperkirakan sesuai anjuran ahli kesehatan bayi boleh menerima makanan atau minuman ASI sebaiknya minimal sampai empat bulan. Pada anak-anak pemberian madu akan memacu pertumbuhan kadar *hemoglobin* dalam darah mereka. Kandungan gula yang terdapat dalam madu sangat tinggi, namun berbeda dengan gula pada permen. Madu tidak menimbulkan kerusakan gigi (*karies*) karena madu mengandung antibiotika yang dapat mengakibatkan bakteri pembusuk tidak dapat tumbuh dalam gigi. Kandungan asam (pH) madu juga rendah, kandungan mineralnya tinggi sehingga madu mempunyai potensi bersifat basa sehingga madu berfungsi sebagai *desinfeksi* terhadap rongga mulut.

Selain jadwal makan balita 3 kali sehari, ibu juga memberikan makanan jajanan/ selingan kepada anak untuk menambah kebutuhan zat gizi dan bubur kacang hijau yang sering diberikan ibu kepada balita karena kacang hijau mudah didapat didesa atau bahkan panen, murah dan mudah dalam pembuatannya. Menurut Ahli Gizi Tuti Sunardi memberi makanan kecil atau jajanan kepada anak balita tak ada salahnya. Asalkan jajanan itu tetap mengandung gizi dan kalori sesuai kebutuhan si anak. Jajanan yang baik bagi anak adalah yang bisa melengkapi pasokan gizi yang mungkin kurang pada makan pagi, siang, dan malam. Jajanan juga berfungsi mengisi kekurangan kalori karena banyaknya aktifitas balita. Artinya

pemberian makanan jajanan kepada balita sebaiknya mengandung sumber zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur. Sumber tenaga antara lain beras, kentang, roti, mie, sumber zat pembangun misalnya ikan, daging, susu, kacang-kacangan. Bahan makanan ini diperlukan balita untuk membentuk bagian tubuhnya seperti tulang, otot dan gigi. Sumber zat pengatur bisa berupa sayuran berwarna hijau tua seperti bayam, daun singkong wortel, pepaya, mangga. Snack/jajanan lebih tepat diberikan antar waktu makan bukan sebagai pengganti makanan utama.

### 3.2. Praktik ibu dalam ketepatan umur pemberian makanan anak balita

Sebagian besar Ibu memberikan makanan tambahan pada balitanya mulai umur 4 bulan dan pemberiannya bertahap sedikit demi sedikit dan sabar. Dilihat dari aspek fisiologis, psikologi dan kebutuhan gizi, makanan tambahan dapat diberikan jika bayi sudah siap menerima. Usia bayi yang bisa digunakan sebagai batasan adalah tidak lebih cepat dari empat bulan tetapi tidak lebih lambat dari enam bulan. Pemberian makanan tambahan terlalu dini pada bayi dapat mengakibatkan beban pada ginjal, meningkatkan konsentrasi *plasma natrium* dan *ureum* serta mengakibatkan kegemukan. Tetapi sebaliknya apabila makanan tambahan lebih lambat dari enam bulan, biasanya akan menjadikan sulit makan dikemudian hari dan jika berkelanjutan dapat mengakibatkan kurang gizi yang menghambat pertumbuhan bahkan tidak jarang dijumpai kasus *anoreksia*. Makanan tambahan yang diperkenalkan mula-mula harus berbentuk cair, kemudian bertahap makanan *solid*, seperti tim saring,

bubur, nasi tim sampai akhirnya makanan padat seperti nasi dan lauk pauknya. Selain untuk memenuhi kebutuhan bayi terhadap zat-zat gizi, pemberian makanan tambahan merupakan suatu proses pendidikan. Bayi diajar mengunyah dan menelan makanan padat dan membiasakannya kepada selera-selera baru. Jika makanan padat tidak diberikan pada saat kemampuan mengunyah sedang muncul, maka mengajar kemampuan ini dimasa berikutnya akan lebih sukar. Juga disarankan agar pengenalan pemberian makanan dengan sendok mungkin lebih mudah sebelum gigi keluar pada saat mana gusinya mungkin menjadi sakit. Pemberian makanan tambahan mempengaruhi perkembangan kebiasaan makan pada masa-masa berikutnya.<sup>45)</sup>

Sebagian besar ibu memberikan makanan keluarga ketika balita berumur 12 bulan. Laju pertumbuhan balita sangat pesat pada usia 12 bulan termasuk pertumbuhan seluruh organ-organ vital antara lain sistem saraf pusat baik jumlah maupun fungsinya. Makanan tambahan ini diperlukan guna mencukupi kebutuhan gizi serta melatih organ mulut dan pencernaannya agar terbiasa dengan makanan lain selain ASI. Pilihan jenis makanan tambahan ini sebaiknya mengacu pada usia bayi dan perkembangan usianya, pada umur delapan bulan diberikan nasi tim dengan bentuk semipadat dan umur 12 bulan diberikan nasi berikut lauknya (tidak pedas) dengan bentuk padat. Makanan keluarga diberikan 3 kali sehari dengan porsi separoh makanan orang dewasa disamping makanan selingan 2 kali sehari. Anak usia 1-2 tahun merupakan periode peralihan sehingga pada masa ini makanan anak harus bervariasi dari

makanan saring, lembek sampai makanan biasa/nasi disamping ASI atau susu sekitar dua gelas sehari.

### 3.3. Praktik ibu dalam frekuensi dan jumlah makanan yang diberikan balita.

Frekuensi ibu dalam pemberian makanan pada balita usia 6-12 bulan diberikan, separoh ibu memberikan 3 kali dan separohnya 2 kali. Adapun jenis makanan yang diberikan ibu selain ASI adalah nasi tim, sayur, tahu tempe, jajanan dan juga susu formula. Ketika bayi berumur enam sampai 12 bulan sebaiknya diberi makanan lembek antara lain berupa nasi tim, bubur campur dan nasi lembek dan ketika anak sudah berusia diatas satu tahun, bisa diberi makanan seperti orang dewasa tetapi tidak pedas. Sebenarnya penganekaragaman makanan tim untuk bayi itu penting. Dalam penganekaragaman makanan khususnya bayi telah diteliti enam macam makanan tim yaitu nasi tim, kentang tim, dimana tiap makanan mempunyai kandungan zat gizi yang tinggi baik kuantitas maupun kualitasnya.<sup>42)</sup>

### 3.4. Praktik ibu dalam variasi makanan yang diberikan balita

Yang ibu berikan apabila anak tidak mau atau bosan nasi sebagian besar ibu memberikan mie atau roti. Variasi makanan balita perlu dilakukan misalnya dengan mengganti nasi dengan mie atau kentang. Anak memerlukan tambahan sumber tenaga untuk aktifitasnya yang bisa diperoleh dari beras, kentang, roti, makaroni, mie, tepung-tepungan, gula dan minyak. Penyakit defisiensi gizi timbul bila energi dan zat gizi lain tidak dikonsumsi dalam jumlah yang cukup untuk pertumbuhan dan untuk fungsi lainnya. Kurang energi dan protein (KEP) merupakan penyakit

defisiensi gizi yang paling umum didunia dan perkiraan sekitar 100 juta anak-anak menderita gizi kurang pada tingkat sedang dan berat. Pada anak yang berstatus gizi kurang memiliki resiko kematian yang lebih tinggi daripada anak-anak yang berstatus gizi baik.

Sebagai sumber protein 40 responden (97,6 %) memberikan tempe/tahu sebagai lauk pauk yang merupakan sumber protein ini dikarenakan tempe/tahu mudah didapatkan dan harganya terjangkau. Tempe digunakan untuk mengatasi masalah kekurangan protein disebagian penduduk Indonesia, karena tempe mempunyai kandungan gizi yang baik, harga relatif murah dan tehnologi pembuatannya cukup dikenal oleh masyarakat. Penggunaan tempe sebagai paket penanggulangan keadaan darurat merupakan pemikiran yang telah dilandasi oleh berbagai penelitian dan laporan yang mengatakan bahwa orang yang mengkonsumsi tempe meningkat daya tahan tubuhnya sehingga dapat mencegah diare yang parah. Selain tempe Ibu juga harus memberikan ikan sebagai sumber protein. Tumbuh kembang anak yang sehat dan cerdas optimal membutuhkan menu berprotein tinggi. Ikan kaya sekali kandungan protein, vitamin A maupun D yang semua anak butuhkan, selain kandungan minyak ikan khusus *Asam Lemak Esensial* (EPA) dan *Docosa Hexaenoic Acid* (DHA). Konon jika sehari makan 800 gram ikan makarel selama 3 minggu, nilai lemak darah kita menyerupai milik orang eskimo yang jarang kena serangan jantung. Ikan ternyata mengandung EPA dan DHA (Omega -3) jenis asam lemak tak jenuh majemuk yang sangat bermanfaat untuk kesehatan, zat berkhasiat yang terbukti mampu mengurangi risiko

seseorang terkena jantung koroner (berkurang resiko terserang stroke). Sehingga pemberian menu ikan bagi tumbuh kembang semua anak memberikan manfaat ganda yaitu memenuhi kebutuhan protein yang vital untuk perkembangan kecerdasan anak dan juga sejak kecil anak sudah bisa dicegah dari kemungkinan berisiko kena jantung koroner. Walaupun ikan baik untuk balita tetapi ada beberapa ibu yang mmenurut tradisi ikan tak boleh diberikan karena akan menimbulkan cacangan.

Dalam memasak agar makanan yang diberikan balita bertambah nilai gizinya adalah dengan menambah santan sedikit demi sedikit dan menumis bumbu yang digunakan. Tetapi ada juga ibu yang menggunakan penyedap dalam memasak makanan yang akan diberikan pada balita. Bayi dan anak-anak sebenarnya rentan terhadap bahan tambahan pangan (antara lain penyedap) karena sistim pencernaannya belum berkembang sempurna. Dianjurkan anak dibawah lima tahun tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung bahan tambahan pangan karena bisa mengganggu pertumbuhan dan perilaku anak mendatang. Hasil penelitian Dr. Ben Feingold (1965) telah mengamati hubungan antara bahan tambahan pangan dengan perilaku dan kemampuan belajar individu. Ia menyimpulkan ada hubungan antara konsumsi bahan tambahan pangan dengan hiperaktivitas pada anak-anak.

Apabila anak tidak mau makan sebagian besar ibu sabar dalam memberikan makan misalnya diajak jalan-jalan dan mengganti variasi menu agar balita tak bosan. Tetapi ada juga ibu yang memaksa anak agar mau makan. Memaksa makan anak bisa berdampak negatif untuk

keseliatan anak kelak setelah dewasa. Sejumlah penelitian menunjukkan orang-orang dewasa yang mengalami masalah kegemukan, seringkali mengakui bahwa orang tua mereka memaksa menghabiskan makanan dipiring ketika mereka kanak-kanak. Memaksa anak makan hanya meningkatkan ketegangan si anak, membuatnya merasa mual, bahkan bisa menyebabkan anak memuntahkan makanannya. Langkah yang baik dilakukan adalah mendorong anak dan menyemangati untuk makan serta mengingatkannya dengan halus bahwa makan perlu untuk kesehatan dan pertumbuhan. Dalam praktiknya perlu diwaspadai bila anak kehilangan selera makan disebabkan oleh sesuatu penyakit. Salah satu indikator adalah aktivitas anak yang tiba-tiba menurun dari biasanya dan enggan makan.

#### **4. Hubungan antara umur ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang.**

Dari hasil uji statistik diperoleh tak ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita status gizi kurang .

Dapat dikatakan bahwa umur ibu tidak berpengaruh terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang. Menurut Azwar (1983) umur merupakan salah satu faktor karakteristik yang dapat menggambarkan kematangan seseorang. <sup>46)</sup> artinya dalam hal praktik pemberian makanan anak balita ibu yang lebih berumur dalam hal pemberian makanan lebih baik(lebih matang) dari pada ibu yang berumur dibawahnya. Namun dalam penelitian ini antara ibu yang berumur sama atau dibawah 30

tahun dengan ibu yang berumur lebih 30 tahun tak berpengaruh dalam pemberian makanan bagi anak balitanya. Hal ini mungkin dikarenakan setiap ibu yang mempunyai balita mempunyai kesempatan yang sama dalam menerima informasi yang disampaikan dalam bentuk penyuluhan langsung maupun tidak langsung oleh petugas kesehatan, kader posyandu, termasuk juga kotbah-kotbah di masjid maupun di gereja. Selain itu adanya komunikasi antar ibu serta mendapatkan informasi dari televisi/ radio/ surat kabar yang dapat menambah pengetahuan ibu tentang pemberian makanan bagi anak balita. Sehingga antara ibu yang berumur dibawah 30 tahun maupun yang diatas 30 tahun dalam pemberian makanan anak balita tak ada pengaruh.

#### **5. Hubungan pendidikan ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang.**

Berdasarkan uji statistik diperoleh variabel pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang. Adapun besar hubungannya sedang.

Menurut Sarjono Sukanto (1970) yang dikutip oleh Tjetjep Sarif Hidayat (1985), tingkat pendidikan formal ibu membentuk nilai-nilai progresif bagi seseorang terutama dalam hal-hal baru. Tingkat pendidikan formal ikut menentukan mudah tidaknya ibu menyerap dan memahami informasi gizi yang diperoleh. Semakin tinggi tingkat pendidikan formal seorang ibu, semakin mudah ia menyerap informasi gizi dan kesehatan dengan baik. Tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi yang tinggi dapat meningkatkan daya tanggap ibu terhadap adanya masalah gizi didalam keluarga dan mampu mengambil tindakan secepatnya.<sup>48)</sup>

Dalam observasi terlihat bahwa ibu yang berpendidikan lebih tinggi mampu memilih makanan yang murah namun bergizi yang merupakan salah satu pesan yang disampaikan oleh petugas kesehatan dan dipraktikkan dalam penyediaan makanan keluarga terutama balita.

#### **6. Hubungan Pendapatan keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang.**

Uji statistik menunjukkan tak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang.

Dalam penelitian ini dapat dikatakan bahwa antara keluarga dengan pendapatan diatas atau sama dengan UMR dengan dibawah UMR dalam praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang tidak berpengaruh. Kemungkinan hal ini dikarenakan keluarga dengan pendapatan cukup tinggi (sama atau diatas UMR) orang tua lebih mementingkan keadaan fisik rumah, perabotan rumah, atau kebutuhan lain yang berfungsi untuk mencapai status sosial yang lebih tinggi dan kurang mementingkan bahan makanan yang bergizi bagi anggota keluarga khususnya balita.

Sedangkan keluarga yang mempunyai pendapatan lebih rendah (dibawah UMR) membelanjakan sebagian pendapatannya untuk makanan dan apabila pendapatannya bertambah maka akan membelanjakan makanan yang lain akan bertambah termasuk buah-buahan, sayuran, dan jenis makanan lainnya. Dengan demikian pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas makanan yang selanjutnya akan berpengaruh terhadap status gizi.<sup>3)</sup>

Dalam penelitian ini yang terlihat antara keluarga dengan pendapatan cukup tinggi dan lebih rendah dalam penyediaan makanan keluarga tiada beda dalam kualitas maupun kuantitasnya. Hal ini mungkin dikarenakan keluarga yang mempunyai pendapatan lebih tinggi lebih mementingkan keadaan fisik rumah, perabotan rumah, atau kebutuhan lain yang berfungsi untuk mencapai status sosial yang lebih tinggi dan kurang mementingkan bahan makanan yang bergizi bagi anggota keluarga khususnya balita. Sehingga walaupun pendapatannya lebih tinggi tetapi balitanya menderita gizi kurang karena kurang diperhatikan makanan yang dikonsumsi balita yang merupakan faktor yang langsung mempengaruhi status gizi balita. Hal ini sesuai dengan pendapat Call dan Levinson (1970) bahwa status gizi dipengaruhi masukan zat gizi (konsumsi makanan).

#### **7. Hubungan Jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang.**

Dari uji statistik diperoleh tak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan praktik ibu dalam pemberian makanan pada anak balita gizi kurang.

Jumlah anggota keluarga termasuk faktor eksternal dari faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi. Menurut Susanto (1983) dalam keluarga-keluarga dipedesaan terdapat distribusi makanan yang tidak benar diantara anggota rumah tangga dimana anggota keluarga tertentu tidak mendapat makanan yang sesuai dengan kebutuhannya. Keadaan ini akibat kemiskinan dan ketidaktahuan dalam menyiapkan makanan yang akan mempengaruhi dalam pemberian makanan dalam keluarga tersebut.<sup>49)</sup>

Dalam penelitian ini jumlah anggota keluarga tidak menjadikan pengaruh dalam pemberian makanan balita, balita hanya dibedakan bentuk (lebih lembek) dan rasa tidak pedas namun dalam jumlah maupun frekuensi tidak ada beda. Tidak demikian pada waktu balita sakit atau balita sulit/tidak mau makan, maka ibu berusaha keras agar anaknya mau makan dengan upaya yang dilakukan yaitu memberikan makanan yang disukai balita misalnya membelikan bakso, mie ayam atau dengan dicekoki yaitu jamu untuk meningkatkan nafsu makan.

Walaupun jumlah anggota keluarga tidak berhubungan dengan praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita tetapi anggota keluarga yang lain yang ikut dalam keluarga responden (Kakek, Nenek dan saudara) juga mempunyai peran dalam memilih, menyediakan dan memberikan makanan balita.

Berdasar Lawrence Green (1991) kakek, nenek dan saudara yang mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita termasuk dalam faktor pendorong/ penguat (*reinforcing factor*) yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku yang disebabkan oleh orang disekitarnya.

#### **8. Hubungan Pengetahuan ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita gizi kurang .**

Dengan uji statistik diperoleh ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi balita berstatus gizi kurang, dengan tingkat hubungan sedang.

Pengetahuan pada umumnya dapat membentuk sikap tertentu dalam diri seseorang dan mempengaruhi tindakan dalam sehari-hari. Demikian pula

tingkat pengetahuan gizi yang tinggi dapat membentuk sikap yang positif terhadap masalah gizi. Pada gilirannya akan dapat mendorong untuk menyediakan makanan sehari-hari dalam jumlah dan kualitas yang mencukupi kebutuhan gizi. Tanpa adanya pengetahuan gizi akan lebih sulit menanamkan kebiasaan dan penggunaan bahan makanan yang penting bagi kesehatan. Lagipula masih banyak dijumpai kebiasaan dan tradisi dalam masyarakat yang kurang mendukung usaha perbaikan gizi serta rendahnya taraf pendidikan masyarakat. Maka disinilah perilaku ibu sangat penting dalam pemberian makan pada balita, karena balita masih tergantung pada apa yang diberikan oleh orang lain (ibu).<sup>12)</sup>

Penelitian di Brazil, sikap tidak peduli dan sedikitnya orang yang terlatih dalam soal gizi telah dinyatakan sebagai faktor utama yang menyebabkan kurangnya protein. Begitu pula di Zambia, masalah gizi disebabkan oleh kurangnya pengetahuan. Dan di Kenya dilaporkan bahwa kasus gizi kurang itu biasanya disebabkan oleh sikap yang tidak peduli, sikap tidak peduli itu terjadi karena kemiskinan.<sup>12)</sup>

Masalah penting lain yang menyebabkan adanya kekurangan gizi adalah karena tiadanya informasi yang memadai. Sekalipun kurangnya daya beli merupakan halangan yang utama, tapi sebagian kekurangan gizi akan bisa diatasi kalau orang tahu bagaimana seharusnya memanfaatkan segala sumber yang dimiliki. Cicely Williams, yang pertama kali mengidentifikasi dan menjelaskan *kwashiorkor*, melaporkan bahwa di Afrika Barat" gizi kurang tidak terjadi karena kemiskinan harta, tetapi karena kemiskinan pengetahuan tentang kebutuhan-kebutuhan gizi anak<sup>12)</sup>.

Menurut Green (1991) pengetahuan merupakan salah satu dari beberapa hal yang menjadi faktor pemudah (*predisposing factor*) dalam perubahan perilaku seseorang. Dengan pengetahuan yang baik maka mempermudah ibu dalam memilih bahan makanan yang murah dan bergizi untuk makanan keluarga khususnya balita.

Pada saat penelitian dilakukan terlihat bahwa makanan bagi keluarga yang ibunya berpengetahuan baik mampu memilih makanan yang bergizi bagi keluarganya walaupun makanan yang dipilih murah. Namun balita masih menderita kurang gizi kemungkinan dikarenakan adanya tradisi dalam masyarakat yang tidak membolehkan suatu makanan (ikan) tidak diberikan pada balita karena akan menimbulkan sesuatu yang tak diinginkan (cacingan).

Faktor tradisi dalam masyarakat ini menurut Lawrence Green (1991) termasuk dalam faktor dasar atau faktor pemudah (*Predisposing factor*) yaitu faktor yang pertama yang mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian makanan balita.

#### **9. Hubungan sikap ibu terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang**

Uji statistik yang dilakukan menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara sikap ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang dengan tingkat hubungan lemah.

Menurut Green (1991) sikap merupakan salah satu faktor pemudah (*predisposing factor*) untuk perubahan perilaku seseorang. Sedangkan menurut Mantra (1983) berpendapat ada beberapa faktor yang mempengaruhi sikap

seseorang antara lain adanya kecenderungan untuk memiliki sikap yang dianggap berpengaruh.

Sikap ibu dalam penelitian ini rata-rata baik. Hal ini terlihat bahwa ibu yang mempunyai balita yang berat badannya turun maka ibu akan bertanya kepada ibu yang balitanya naik timbangannya dengan meniru makanan apa yang diberikan, selain itu juga dalam ibu memberikan makanan pengaruh suami/nenek/saudara juga besar biasanya merupakan budaya dalam masyarakat yang akan mempengaruhi ibu dalam pemberian makanan balita misalnya tidak diberikannya ikan laut pada bayi karena akan menimbulkan sesuatu yang tidak diinginkan (amis dan cacingan).

Dalam teori Green perubahan yang dikarenakan karena orang disekitar (suami/nenek/tetangga) termasuk faktor pendorong atau penguat (*reinforcing factors*). Adapun pengaruh sosial dan budaya menurut Green termasuk dalam faktor lingkungan (*environment*) yang mempengaruhi perilaku ibu dalam pemberian makanan keluarga.

**10. Pengaruh Variabel Karakteristik (Pendidikan), pengetahuan dan sikap ibu dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.**

Uji statistik yang dilakukan menunjukkan bahwa secara bersama-sama variabel pendidikan, pengetahuan dan sikap ibu berpengaruh terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.

Iskari Ngadiarti (1989) juga menyatakan bahwa tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu sangat mempengaruhi praktik gizi termasuk pemberian

makanan bagi anak balita, dan keikutsertaan dalam kegiatan sosial kemasyarakatan mempunyai hubungan bermakna dengan praktik gizi ibu.<sup>50)</sup>

Menurut Lawrence Green ( 1991 ) ada tiga faktor utama yang mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat atau individu , yaitu:

- a) Faktor-faktor dasar atau faktor pemudah ( *predisposing factors* ) yaitu faktor pertama yang mempengaruhi perilaku yang mencakup pengetahuan , sikap kebiasaan, kepercayaan, norma sosial dan unsur -unsur lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat, serta faktor-faktor demografi ( umur, status ekonomi dan jumlah anggota keluarga ) .
- b) Faktor - faktor pendukung atau pemungkin ( *enabling factors* ), ialah faktor-faktor yang memungkinkan keinginan terlaksana meliputi : sumber daya yang tersedia atau potensi masyarakat termasuk pelayanan kesehatan yang ada.
- c) Faktor-faktor pendorong atau penguat ( *reinforcing factors* ) ,ialah faktor yang memperkuat perubahan perilaku yang disebabkan adanya sikap atau perilaku orang lain disekitarnya ( panutan ) antara lain teman, keluarga, petugas kesehatan, tokoh masyarakat dan lain-lain.

Dalam penelitian ini Praktik/ tindakan ibu dalam pemberian makanan balita dipengaruhi oleh pendidikan formal ibu, pengetahuan ibu tentang pemberian makanan anak balita dan sikap ibu terhadap pemberian makanan anak balita. Dan pengaruh yang paling dominan adalah pendidikan formal. Menurut Lawrence Green (1991) ketiga faktor tersebut termasuk faktor pemudah (*predisposing factor*).

Selain ketiga faktor tersebut berdasarkan observasi praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita juga dipengaruhi oleh tradisi/budaya masyarakat dan anggota keluarga terdekat. Faktor tradisi/budaya dalam Lawrence Green (1991) termasuk faktor pemudah (*predisposing factor*), sedangkan anggota keluarga terdekat yang mempengaruhi praktik ibu dalam pemberian makanan anak balita termasuk faktor pendorong/penguat (*reinforcing factor*).

Sehingga baik buruknya susunan makanan keluarga selain tergantung dari kemampuan keluarga itu sendiri, ada faktor-faktor yang mempengaruhi penyediaan hidangan keluarga antara lain pemilihan bahan makanan, kepercayaan, tahayul, kebiasaan keluarga dan pandangan masing-masing anggota keluarga terhadap makanan.<sup>32)</sup> Dalam penentuan pemberian makanan anak pola yang diterapkan orang tua (khususnya ibu) sangat memegang peranan penting bagi tumbuh kembang dan kelangsungan hidup anak. Hal ini yang akan berpengaruh terhadap tahapan pemberian makanan kepada balita antara lain mulai tahap pemberian ASI, masa pemberian makanan tambahan serta masa penyapihan.<sup>33)</sup>

## BAB VI

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. SIMPULAN

1. Sebagian besar ibu balita berumur sama atau kurang 30 tahun dan berpendidikan formal selama enam tahun (Tamat Sekolah Dasar) atau kurang enam tahun (Tidak Tamat Sekolah Dasar)
2. Pendapatan keluarga dalam penelitian ini menurut Upah minimum Regional (UMR) Kabupaten Semarang tahun 2002 yaitu sebesar Rp. 341.800,-. Pendapatan keluarga terbanyak adalah diatas atau sama dengan UMR .
3. Sebagian besar Jumlah anggota keluarga dari ibu anak balita lebih dari 4 orang adapun anggota keluarga yang tinggal serumah selain anak, ibu dan bapak adalah nenek, kakek dan saudara.
4. Rata-rata pengetahuan ibu tentang pemberian makanan balita adalah baik, walaupun begitu beberapa pengetahuan ibu yang kurang baik antara lain dalam pemberian makanan tambahan diberikan lebih dini dan pemberian penyedap pada makanan balita
5. Rata-rata sikap ibu terhadap pemberian makanan balita adalah baik, walaupun begitu ada beberapa sikap ibu yang kurang baik antara lain pemberian makanan tambahan di usia lebih dini .
6. Rata-rata praktik ibu dalam pemberian makanan balita adalah baik, walaupun begitu ada beberapa sikap ibu yang kurang baik antara lain pemberian makanan tambahan diusia dini, pemberian jajanan yang tidak cukup mengandung gizi (chiki). Hasil observasi menunjukkan bahwa

praktik ibu dipengaruhi oleh orang terdekat (kakek, Nenek atau saudara) dan juga tradisi yang ada dimasyarakat.

7. Pendidikan, pengetahuan dan sikap ibu mempunyai hubungan yang bermakna dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.
8. Umur, jumlah anggota keluarga dan pendapatan keluarga tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang.
9. Berdasarkan uji regresi logistik diketahui bahwa secara bersama-sama variabel pendidikan, pengetahuan dan sikap ibu berpengaruh terhadap praktik ibu dalam pemberian makanan bagi anak balita berstatus gizi kurang dan variabel yang paling berpengaruh adalah pendidikan.
10. Dalam penanggulangan balita gizi kurang maupun buruk hanya dilakukan oleh Dinas Kesehatan dalam hal ini Puskesmas, sehingga peran dari lintas sektoral belum terlihat.

## **B. SARAN**

### **1. Untuk Puskesmas**

Mengacu pada simpulan nomor 4, 5, 6, 7, 8 dan 9 untuk Puskesmas disarankan :

- 1.1. Dalam melaksanakan kegiatan promosi gizi sebagai usaha preventif terjadinya KLB gizi maka pemberian informasi kepada ibu balita dapat dilakukan di Posyandu baik meja empat maupun meja lima oleh kader posyandu maupun bidan desa dengan materi yang diberikan ditekankan pada pemberian ASI, dan pemberian makanan tambahan

serta perlu penekanan sebagai sumber protein tidak hanya tempe/tahu bisa diganti telur atau ikan.

1.2. Pemberian informasi juga dilakukan kepada keluarga balita dalam acara-acara pengajian ataupun kebaktian.

1.3. Memberikan pelatihan kepada tokoh masyarakat (kyai/pendeta) secara rutin tentang pemberian makanan balita.

## **2. Untuk Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten.**

Mengacu pada simpulan nomor 10 disarankan untuk sosialisasi / promosi program perbaikan gizi dalam usaha penanggulangan balita gizi kurang, maka Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten menciptakan kemitraan pada Dinas-Dinas Kabupaten dalam pelaksanaan kegiatan penanggulangan balita gizi kurang/ buruk agar cepat dan tuntas dalam penanganannya terutama Dinas Pertanian Tanaman Pangan.

## **3. Untuk peneliti lain**

3.1. Diharapkan adanya penelitian lanjutan yaitu penelusuran pengaruh penyakit-penyakit yang diderita oleh balita berstatus gizi kurang.

3.2. Penelitian tentang kesehatan lingkungan dan kesehatan perseorangan dalam hubungannya dengan balita berstatus gizi kurang.

3.3. Penelitian dengan melakukan recall makanan yang dikonsumsi balita kemudian dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan (AKG).

## DAFTAR PUSTAKA

1. Soekirman, *Menghadapi masalah gizi ganda dalam pembangunan jangka panjang kedua*, Agenda Repelita VI, dalam risalah widya karya dan gizi V, LIPI, Jakarta 1994.
2. Soekirman, *Hubungan antara keadaan gizi dan variabel sosal ekonomi*, makalah seminar dampak krisis moneter terhadap gizi dan kesehatan dan upaya penanggulangan, kerjasama panitia Dies natalis ke 41 UNDIP, panitia lustrum I FKM UNDIP, dan Hellen Keller International Semarang 1998.
3. Apriadi WH, *gizi makanan*, penebar swadaya, Jakarta, 1986.
4. Tim Koordinasi Penanggulangan Masalah Pangan dan Gizi, *Gerakan Nasional Penanggulangan Masalah Pangan dan Gizi di Indonesia*, Agustus 1999
5. Hadis FA, *Peranan ibu dalam peningkatan konsumsi anak*, Fakultas psikologi, Universitas Indonesia, Jakarta 1989.
6. Bintaryati S. Siregar, KN, dan Sobri L, *menyusui pada pada ibu yang bekerja*, majalah kesehatan masyarakat Indonesia, tahun XX nomer 11, Jakarta 1992.
7. Kantor wilayah Departemen kesehatan, Propinsi Jawa Tengah, *petunjuk tehnis pelacakan kasus gizi buruk di propinsi Jawa Tengah*, Tahun 1999/2000, (Kantor Wilayah Depatemen Kesehatan RI Propinsi Jawa Tengah), Semarang, 1999.
8. Pardoko, RH, *Kelangsungan Hidup balita dalam pembangunan*, Angkasa, Bandung, 1987.
9. Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP- ASI)* Direktorat pembinaan kesehatan masyarakat, Direktorat Bina gizi masyarakat, Jakarta 1992.
10. Pusat Studi Wanita *Potret perempuan Anak Propinsi DIY tahun 1994-1995*, UGM, Yogjakarta, 1995.

11. Rahael Yohannes, *Perilaku Ibu dalam Pemberian Makanan dan Status Gizi Anak Balita Suku Asmat di Daerah Pantai dan Pedalaman Kecamatan Agats Kabupaten Merauke*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada Yogyakarta, 1996
12. Soedia Oetomo, AD, *faktor gizi*, Bratara Karya Aksara, Jakarta, 1985.
13. Sadiman, Herman, *pengetahuan gizi ibu, penggunaan UPEK dan penerapannya*, Medika, Jakarta, 1987.
14. Rudjito Djiteng, *ukuran antropometri sebagai indikator dalam status gizi*, dalam kajian penelitian gizi, 1989.
15. Tarwotjo, *Penerapan prinsip Epidemiologi dan penilaian status gizi*, gizi Indonesia XV, 1990.
16. Reksodikusumo S, *Penelitian status gizi secara Antropometri*, peningkatan pengembangan kegiatan Selectet Centers, Jakarta, 1989.
17. Abas B. Jahari dkk, *Status Gizi Balita di Indonesia sebelum dan selama Krisis*, Widya Karya Pangan dan Gizi 2000, LIPI, Jakarta, 2000.
18. Departemen Kesehatan RI, *Petunjuk Tehnis Program JPS-BK*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 1999.
19. Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Tata Laksana kurang energi Protein pada anak di Puskesmas dan di rumah tangga*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 1999
20. Berg Alan, *Faktor gizi dalam pembangunan Nasional*, CV, Rajawali, Jakarta, 1987.
21. Ana A, S. Karjati, dan Kusin JA, *Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita*, Yayasan Obor Indonesia, Jakarta, 1988.
22. Noto Atmojo S. dan Salita Sarwono, *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, BPKM, FKM, VI, 1988.
23. Pranaji DK dan Handisyah, *Pemahaman Guru dan Orang Tua Konsep PMT-AS*, Media gizi dan keluarga jurusan gizi masyarakat dan sumber daya keluarga fakultas pertanian Institut Pertanian Bogor, 2000.

24. Departemen Kesehatan, *Makanan formula untuk mengatasi masalah Kurang Kalori dan Protein (KEP)*, Direktorat Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta, 1993.
25. Mar ' at, *Sikap Manusia Perubahan serta Pengukuranya*, ghalia Indonesia, Bandung 1981.
26. Stewart J, *Managing Change Trough Training and Development*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta 1997.
27. Gibson J. L. Ivan Chivic, Domelly, *Organisasi perilaku struktur proses*, jilid ± dan II edisi ke 8 bina rupa aksara, Jakarta, 1997.
28. Hersey P And Blanchard, K, *Management of Organitation Behavior*, Utilizing Human Resuorces, 4 th Edition Prentice Hall, Inc, 1982.
29. Soemirat, *Kesehatan Lingkungan*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, Juli, 1994.
30. Susanto, D. *Pendekatan Sosial Budaya dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga*, (Makalah disampaikan dalam kongres VI Persatuan Ahli Gizi Indonesia, Jakarta, 17 – 19 Nepomber 1983) Pusat Penelitian dan pengembangan gizi Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 1983.
31. Notoatmojo S, *Pengantar Pendidikan Kesehatan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi offsett, Yogyakarta, 1981.
32. Tanuwijaya S, *Pola Pemberian ASI kepada Bayi di kecamatan Tanjungsari*, majalah kedokteran Bandung, Volume 26 nome 2 April, p- 55- 57, Bandung 1994.
33. Gani Ascorbat, *Dampak krisis ekonomi, politik dan sosial terhadap kesehatan*, Departemen kesehatan RI, Lembang, 2000.
34. Rasmuson M.R.etc, *Communication for Child Survival*, United States Agency for International Devolopment Bureu for Science and Technology office of health and office of Education, Washington DC.
35. Sunoto, *Kiat Peningkatan Kualitas Hidup Anak*, Mjalah kesehatan masyarakat Indonesia, tahun XXII nomer II, jakarta 1994.

36. Cameron, M and Havander Y, *Manual on Feeding Infants and Young Children*, oxford University press, London, 1983.
37. Amelia, *Anda ingin menyapih*, Majalah Ibu dan Balita, Volume 6 Agustus 1981, Yayasan Kesejahteraan Anak Indonesia, Jakarta.,1981
38. Jellife P. B, *Kesehatan anak di daerah tropis*, (Terjemahan) Bina Aksara, Jakarta, 1994.
39. Backer, M D and Santoro G. *Breast feeding in Central Java, Population Studies*, Volume 36 tahun 1982, P 413-429, The Population Investigation Communitte, London School Economic, 1982.
40. Adiningsih, S, *Pola menyusui dan pertumbuhan anak di bawah usia 24 bulan di dalam masyarakat desa Suku Madura*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Air Langga, Surabaya, 1983.
41. Arifin A. Suto, Y, Sudaryono Hastuti S dan Agus S, *Baselina Rata Survey on FP-MCH service in District of Demak and Klaten of Central Java*, Japan International Cooperation Agency An Health of Departement of Central Java Provence, Semarang, 1992.
42. Susanto J, Mudjiyanto, T. Sudiman dan Latimulu S, *Kebiasaan dalam rangka penganekaragaman makanan pokok*, Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi Bogor, 1987.
43. Husaini, *Penganekaragaman Makanan Tim untuk bayi*, Makalah disampaikan pada seminar tehnologi Pangan ke IV, Bogor 26-27 Mei 1979, Bogor.
44. Green W Lawrence, *Health Promotion Planning an Educational and Environmental Approach*, second edition, Mayfield Publishing Company, 1991.
45. Sugiyono DR, *Statistika Untuk Penelitian*, CV. Alfabeta, Bandung, 2002
46. Suhardjo, *Pemberian makanan pada bayi dan anak*, penerbit Kanisius, 1992
47. Azwar Azrul, *Pengantar Pendidikan Kesehatan*, Sastra Budaya, Jakarta, 198
48. Tjetjep Sarif Hidayat "Pengaruh Pendidikan formal terhadap konsumsi Pangan Keluarga, Buletin Gizi 9, 1985.

49. Susanto D, "*Pendekatan Sosial Budaya dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga*"  
(Makalah disampaikan pada Konggres VI Persagi, Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Depkes RI, Jakarta, 1983.
50. Iskari Ngadiarti "*Beberapa faktor yang mempengaruhi Praktik gizi ibu dan status gizi Anak, Studi kasus di Desa Pondok Karya Jakarta,*" dalam Prosiding Kursus Penyegar Ilmu Gizi dan Konggres Persatuan Ahli Gizi Indonesia VII, 1989.