

**PENGARUH PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP PENINGKATAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TENTANG POLA ASUH
PADA BALITA DI PUSKESMAS TILOTE
KABUPATEN GORONTALO**

THE INFLUENCE OF NUTRIENT ASSISTANCE ON TO THE
IMPROVEMENT OF MOTHER'S KNOWLEDGE AND
ATTITUDE ABOUT THE PARENTING OF CHILDREN
UNDER FIVE IN TILOTE HEALTH CENTER
OF GORONTALO REGENCY

RIFA'I



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**PENGARUH PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP PENINGKATAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TENTANG POLA ASUH
PADA BALITA DI PUSKESMAS TILOTE
KABUPATEN GORONTALO**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

RIFA'I

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

TESIS

**PENGARUH PENDAMPINGAN GIZI TERHADAP PENINGKATAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TENTANG POLA ASUH
PADA BALITA DI PUSKESMAS TILOTE
KABUPATEN GORONTALO**

Disusun dan diajukan oleh :

RIFA'I

Nomor Pokok P1804211402

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 17 Agustus 2013
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI

KOMISI PENASIHAT,

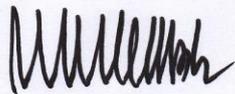


Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes
Ketua



Dr. Saifuddin Sirajuddin, MS
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rifa'i
Nomor Pokok : P1804211402
Program studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2013

Yang menyatakan

RIFA'I

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya, nikmat kesehatan dan kekuatan yang diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini. Salam dan Shalawat kepada junjungan kami, Rasulullah SAW beserta keluarganya. Perkenankanlah penulis dengan tulus ikhlas menyampaikan rasa terima kasih yang dalam dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Bapak **Dr. drg. H. AndiZulkfili, M.Kes** selaku ketua Komisi Penasehat dan Bapak **Dr. H. Syaifuddin Sirajuddin, MS** selaku anggota penasehat penelitian, yang telah memberikan arahan, perhatian, motivasi, masukan dan dukungan sepenuhnya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Rasa hormat dan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Bapak **Prof. Dr. H. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, MSc PH**, Bapak **Dr. Ridwan M. Thaha, MSc**, Bapak **Prof. Dr. Nur Nasry Noor, MPH** atas kesediaanya menjadi penguji yang telah banyak memberikan arahan dan masukan yang berharga bagi penulis.

Rasa terima kasih yang tak terhingga juga penulis sampaikan kepada :

1. **Prof. Dr. drg. H. A. Arsunan Arsin, M.Kes** selaku Ketua Konsentrasi Epidemiologi serta Bapak Ibu dosen pegajar, pegawai

dilingkup Pascasarjana Universitas Hasanuddin, khususnya konsentrasi Epidemiologi, yang telah banyak memberikan dan meletakkan dasar-dasar ilmu pengetahuan epidemiologi kepada penulis.

2. **Dr. dr. H. Nur Bahry Noor, MSc** selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. **Prof. Dr. dr. H. Alimin Maidin, MPH**, sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan stafnya yang telah membantu penulis selama masa pendidikan.
4. **Prof. Dr. Ir. H. Mursalim** selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dalam batas waktu yang telah ditentukan.
5. **Prof. Dr. dr. H. Idrus A. Paturusi, Sp BO**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin, beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
6. Kepala Kesbang Linmas Kabupaten Gorontalo, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo, Kepala Puskesmas Tilote yang telah banyak membantu penulis pada saat melakukan penelitian.

7. **Teman-teman Tenaga Pendamping Gizi dan Tim Enumerator** yang telah banyak membantu penulis selama dalam proses penelitian.
8. **Rekan-rekan seperjuangan epidemiologi regular 2011**, terima kasih atas kebersamaan, kekompakkan, bantuan serta motivasi yang diberikan mulai sejak awal kuliah hingga akhir, memberi warna tersendiri dalam hidup penulis yang akan dikenang selamanya.

Kepada Istriku tercinta **Meyvi Mariana F Taharuddin, SKM** dan Anak-anakku yang tersayang **Nurul Istiqomah** dan **Nafisah Nailal Husna** yang selalu menjadi sumber semangat dan inspirasi bagi penulis selama menempuh pendidikan. Akhirnya Tesis ini penulis persembahkan kepada orang tua tercinta, Ayahanda **(Alm.) Ridwan Ali** dan Ibunda **Rasuna Mooduto**, terima kasih yang tak terhingga atas pengorbannya selama ini.

Penulis sangat menyadari bahwa apa yang penulis paparkan dalam tesis ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, namun penulis berharap agar tesis ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang memerlukannya.

Makassar, Agustus 2013

Penulis

RIFA'I

ABSTRAK

RIFA'I. *Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu tentang Pola Asuh Pada Balita di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo* (dibimbing oleh **Andi Zulkifli** dan **Saifuddin Sirajuddin**).

Masalah gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian khusus berkaitan dengan peningkatan pengetahuan dan sikap ibu mengenai pola asuh pada balita. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pendampingan gizi terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu tentang pola asuh pada Balita.

Penelitian ini bersifat *quasi eksperiment* dengan rancangan *nonrandomized pretest posttest design*. Sampel diambil sebanyak 99 balita yang terdiri atas 33 Balita sebagai kelompok pendampingan, 33 Balita sebagai kelompok penyuluhan dan 33 Balita sebagai kelompok kontrol. Sebagai responden adalah ibu balita. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi. Data dianalisis dengan analisis statistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan pengetahuan ibu balita sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok pendampingan ($p = 0,000$), kelompok penyuluhan ($p = 0,001$) dan kelompok kontrol ($p = 0,004$). Ada perbedaan sikap ibu balita sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok pendampingan ($p = 0,000$) dan tidak ada perbedaan sikap sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok penyuluhan ($p = 0,927$) dan kelompok kontrol ($p = 0,982$). Perlu dilakukan pendampingan gizi sebagai upaya menanggulangi masalah gizi.

Kata Kunci : Pendampingan Gizi, Pengetahuan, Sikap.

ABSTRACT

RIFA'I. *The Influence Of Nutrient Assistance on To The Improvement Of Mother's Knowledge And Attitude About The Parenting Of Children Under Five In Tilote Health Center Of Gorontalo Regency (supervised by **Andi Zulkifli** and **Saifuddin Sirajuddin**).*

The aims of the research is to analyze the influence of nutrient assistance on the improvement of mother's knowledge and attitude about the parenting of children under five.

The research was a quasi experiment study with nonrandomized pretest – posttest design. The samples were 99 children under five consisting of 33 children under five as assistance group, 33 children under five as counseling group, and 33 children under five as control group. The respondents were the mothers of children under five.

The results of the research indicate that there are differences between the knowledges of mother before the intervention and the one after the intervention for assistance ($p = 0,000$), counseling group ($p = 0.001$) and control group ($p = 0,004$). There is a difference between mother's attitude before the intervention and the one after the intervention for assistance group ($p = 0,000$), but there is no difference of attitude before the intervention and the one after the intervention for counseling group ($p = 0,927$) and control group ($p = 0,982$).

Key words : nutrient assistance, knowledge, attitude.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMANJUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Status Gizi.....	10
B. Tinjauan Tentang Pola Asuh.....	25

C. Program Perbaikan Gizi Balita Melalui Perubahan Perilaku.....	41
D. Tinjauan Tentang Program Pendampingan Gizi.....	50
E. Tabel Sintesa.....	58
F. Kerangka Teori	59
G. Kerangka Konsep	60
H. Hipotesis	61
I. Definisi Operasional	61

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian.....	63
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	65
C. Populasi dan Sampel.....	65
D. Instrumen Penelitian.....	68
E. Cara Pengumpulan Data	69
F. Pengolahan dan Analisis Data	71
G. Kontrol Kualitas	71

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	73
B. Hasil Penelitian.....	77
C. Pembahasan.....	100

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Presentase Penurunan Kasus Gizi Kurang pada Dua Studi di Haiti 2006.....	48
Tabel 2	Tabel Sintesa Penelitian Mengenai Pendampingan Gizi..	58
Tabel 3.	Distribusi Penduduk Kecamatan Tilango Menurut Desa Tahun 2012.....	75
Tabel 4.	Distribusi Penduduk Miskin Menurut Desa Tahun 2012.....	76
Tabel 5.	Distribusi Umur Ibu pada kelompok pendampingan, kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol, di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013	78
Tabel 6.	Distribusi Umur Ayah pada kelompok pendampingan, kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol, di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	79
Tabel 7.	Distribusi Pendidikan Ibu pada kelompok pendampingan, kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol, di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	80
Tabel 8.	Distribusi Pendidikan Ayah pada kelompok pendampingan, kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol, di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	81
Tabel 9.	Distribusi Pekerjaan Ibu pada kelompok pendampingan, kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol, di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	82
Tabel 10.	Distribusi Pekerjaan Ayah pada kelompok pendampingan, kelompok penyuluhan dan kelompok	

	kontrol, di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	83
Tabel 11.	Gambaran Karakteristik Sampel pada kelompok pendampingan, kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol, di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	84
Tabel 12.	Gambaran Karakteristik Responden Terhadap nilai Pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi, di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	85
Tabel 13.	Gambaran Karakteristik Responden Terhadap nilai Sikap sebelum dan sesudah intervensi, di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013	86
Tabel 14.	Gambaran rata-rata nilai Pengetahuan pada kelompok pendampingan, kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	88
Tabel 15.	Perbedaan rerata nilai Pengetahuan pada ketiga kelompok.....	93
Tabel 16.	Gambaran rata-rata nilai Sikap pada kelompok pendampingan, kelompok penyuluhan dan kelompok kontrol di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	95
Tabel 17.	Perbedaan rerata nilai Sikap pada ketiga kelompok.....	97
Tabel 18.	Analisis normalitas nilai pengetahuan dan sikap tentang pola asuh pre test dan post test pada ketiga kelompok di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	98
Tabel 19.	Analisis perbedaan nilai pengetahuan dan sikap tentang antara pre test dan post test pada ketiga kelompok di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo, 2013.....	99

DAFTAR GAMBAR

Gambar1 Kerangka piker penyebab Masalah Gizi menurut UNICEF 1998	14
Gambar 2 Teori Perilaku menurut Green (1991).....	25
Gambar 3. KerangkaTeori Penelitian.....	59
Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian.....	60
Gambar 5. Peta Wilayah Puskesmas Tilote.....	74
Gambar 6. Perbandingan perubahan rata-rata nilai pengetahuan antara pre test dan post test pada ketiga kelompok.....	91
Gambar 7. Perbandingan rerata nilai pengetahuan antara pre test dan post test pada ketiga kelompok.....	92
Gambar 8. Perbandingan perubahan rata-rata nilai sikap antara pre test dan post test pada ketiga kelompok.....	95
Gambar 9 Perbandingan rerata nilai pengetahuan antara pre test dan post test pada ketiga kelompok.....	96

DAFTAR SINGKATAN

AKG	Angka Kecukupan Gizi
Depkes	Departemen Kesehatan
HDI	<i>Human Development Index</i>
ISPA	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
KEP	Kurang Energi Protein
KMS	Kartu Menuju Sehat
MP ASI	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar
SKD KLB	Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa
TGP	Tenaga Gizi Pendamping
WHO	<i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Form Kuesioner Pengaruh Pendampingan Gizi terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu tentang Pola Asuh pada Balita di Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo
- Lampiran 2 Master Tabel Penelitian
- Lampiran 3 Dokumentasi Kegiatan Penelitian
- Lampiran 4 Hasil Analisis SPSS
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian dari Ketua Konsentrasi S2 Epidemiologi
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Bupati Kabupaten Gorontalo Cq. Kepala Kesbang Linmas Kabupaten Gorontalo
- Lampiran 7 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 8 Modul Pendampingan Gizi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah gizi adalah masalah kesehatan masyarakat yang penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Masalah gizi di samping merupakan sindrom kemiskinan yang erat kaitannya dengan masalah ketahanan pangan di tingkat rumah tangga dan juga menyangkut aspek pengetahuan serta perilaku yang kurang mendukung pola hidup sehat. Keadaan gizi masyarakat akan mempengaruhi tingkat kesehatan dan umur harapan hidup yang merupakan salah satu unsur utama dalam penentuan keberhasilan pembangunan negara yang dikenal dengan istilah *Human Development Index* (HDI) (WHO, 2005)

Masalah gizi kurang dan gizi buruk pada anak balita masih menjadi masalah gizi utama yang perlu mendapat perhatian. Masalah gizi secara langsung disebabkan oleh asupan yang kurang dan tingginya penyakit infeksi. Hal ini berkaitan dengan sanitasi lingkungan dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai, gangguan akses makanan, perawatan ibu yang tidak adekuat serta kurangnya pengetahuan ibu tentang cara pemberian makanan yang baik untuk anak usia penyapihan (Sunarti, 2009).

Kesepakatan global berupa Millenium Development Goals (MDGs) yang terdiri dari 8 tujuan, 18 target dan 48 indikator, menegaskan bahwa pada tahun 2015 setiap Negara menurunkan kemiskinan dan kelaparan separuh dari kondisi pada tahun 1990. Dua dari lima indikator sebagai penjabaran tujuan pertama MDGs adalah menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita (indikator keempat) dan menurunnya jumlah penduduk dengan defisit energi (indikator kelima) (Depkes 2005).

Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011 – 2015 di bidang kesehatan diharapkan dapat menjembatani pencapaian MDGs yang telah disepakati dalam RPJMN 2010-2014 yang menargetkan untuk menurunkan prevalensi balita gizi buruk menjadi 3,6% dan gizi kurang anak balita menjadi 15,5%, menurunnya prevalensi pendek pada anak balita menjadi 32% dengan salah satu pokok kegiatannya adalah pemberdayaan keluarga (Bappenas 2011).

Berbagai upaya perbaikan pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) telah dilakukan. Penyuluhan gizi di posyandu, fortifikasi pangan, pemberian suplemen zat gizi tertentu seperti zat besi dan vitamin A, pemberian MP-ASI pabrikan dan MP-ASI lokal untuk anak gizi kurang hanya mampu meningkatkan status gizi pada saat program berjalan. Salah satu langkah yang cukup strategis untuk menimbulkan motivasi ke arah perbaikan status gizi anak adalah melakukan pemberdayaan keluarga atau masyarakat. Bentuk kegiatan

pemberdayaan keluarga antara lain dilakukan melalui kegiatan pendampingan gizi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mencegah dan mengatasi sendiri masalah gizi anggota keluarganya. Namun program pendampingan seperti ini belum dilaksanakan oleh semua provinsi di Indonesia (Depkes RI, 2007).

Salah satu upaya pemerintah untuk mencegah terjadinya gizi buruk, terutama di wilayah rawan pangan dan gizi, telah ditetapkan kebijakan respon cepat penanggulangan gizi buruk. Langkah ini sebagai salah satu upaya untuk lebih mengaktifkan kembali surveilans gizi terutama dalam pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) Gizi Buruk di seluruh Indonesia (Depkes RI, 2008a).

Secara nasional sudah terjadi penurunan prevalensi kurang gizi (berat badan menurut umur) pada balita dari 18,4% tahun 2007 menjadi 17,9% tahun 2010 (Riskesdas 2010). Penurunan terjadi pada prevalensi gizi buruk capaian nasional menurut data Riskesdas yaitu dari 5,4% pada tahun 2007 menjadi 4,9% tahun 2010. Berdasarkan data RISKESDAS tahun 2007 di Provinsi Gorontalo cakupan gizi buruk dilaporkan sebesar 8,2%. Kasus terbanyak dilaporkan dari Kabupaten Gorontalo sebanyak 14,3%, namun demikian semua provinsi di Indonesia masih memiliki prevalensi berat kurang masih diatas batas "non-public health problem" menurut WHO yaitu 10,0 persen. Data Riskesdas tahun 2010 capaian Provinsi Gorontalo adalah 11,2% balita

dengan Gizi buruk dan balita yang mengalami gizi kurang adalah 15,3% (Depkes, 2011).

Dari data Profil Kabupaten/Kota se Provinsi Gorontalo tahun 2010 Gizi buruk 1,31% menurun di bandingkan tahun sebelumnya yang mencapai 3,66%. Hal ini masih lebih rendah dari target nasional tahun 2010 kurang dari 5%. Data gizi buruk di provinsi gorontalo menunjukkan bahwa kabupaten dengan kondisi gizi buruk terbesar adalah kabupaten gorontalo, dimana pada tahun 2008 jumlah kasus gizi buruk mencapai 14,33% dan pada tahun 2009 naik menjadi 17% data gizi buruk pada tahun ini diukur dengan menggunakan indikator BB/U, dan pada tahun 2010 terdapat 2,71% gizi buruk dimana indikator yang digunakan berbeda dari tahun sebelumnya yaitu indikator BB/TB (Dinkes Provinsi Gorontalo, 2010)

Masalah gizi buruk dan gizi kurang di Kabupaten Gorontalo lebih besar berada diwilayah Puskesmas Tilote. Data mengenai status gizi balita di Puskesmas Tilote Kecamatan Telaga Jaya Tahun 2011 menunjukkan terdapat 96 balita mengalami gizi buruk (8,47%) dan pada tahun 2012 (data Januari-Nopember) terdapat 47 balita mengalami gizi buruk (3,64%) dan 139 mengalami gizi kurang (10,7%) dengan menggunakan indikator BB/TB. Dari data diatas dapat dilihat bahwa masih tingginya jumlah kasus, baik kasus gizi kurang maupun kasus gizi buruk (Profil Puskesmas Tilote 2011).

Berbagai upaya perbaikan dan penanggulangan gizi telah dilakukan. Penyuluhan gizi di posyandu, fortifikasi pangan, pemberian suplemen zat gizi tertentu seperti zat besi dan vitamin A, pemberian MP-ASI pabrikan dan MP-ASI lokal untuk anak gizi kurang hanya mampu meningkatkan status gizi pada saat program berjalan. Hal ini karena: pertama, program penanggulangan gizi kurang belum mampu menjangkau semua wilayah karena keterbatasan dana. Kedua, upaya yang dilakukan selama ini kurang mengarah kepada pemberdayaan keluarga. Ketiga posyandu yang diharapkan akan menjadi sarana penyuluhan ternyata saat ini tidak berjalan sesuai dengan harapan (Sridara, 2008)

Studi di India yang merupakan Negara berkembang serupa dengan Indonesia, diperoleh kesimpulan bahwa tingkat kognitif balita, kemampuan motorik, dan perkembangan perilaku dipengaruhi dipengaruhi oleh nutrisi dan status kesehatannya, dimana ibu sebagai titik tangkapnya. Eksperimen yang dilakukan membuktikan bahwa setelah diberikan intervensi berupa penyuluhan gizi pada ibu-ibu dengan kondisi balita malnutrisi, selama 1,5 tahun kemudian balita mereka memperoleh status nutrisi yang baik dan perkembangan yang baik (Sharma, *et.al.*, 2006)

Penelitian Aswita (2008), di Makassar dengan metode eksperimen tentang penyuluhan model pendampingan terhadap perubahan status gizi anak usia 6-24 bulan, hasilnya menunjukkan

bahwa setelah 3 bulan intervensi terjadi peningkatan pengetahuan ibu dan tingkat konsumsi energi, serta penurunan hari sakit diare yang lebih tinggi pada kelompok intervensi dibandingkan pada kelompok kontrol ($p < 0,05$).

Pelibatan kaum perempuan secara intensif dalam program penanggulangan gizi buruk bisa menjadi kunci dalam penanggulangan gizi buruk dan masalah gizi lainnya. Dalam budaya dan sistem sosial Indonesia, kaum perempuanlah yang mengelola rumah tangga, mulai dari manajemen belanja, mengasuh dan mendidik anak, hingga menentukan menu makanan. Jika perempuan memiliki kesadaran dan pengetahuan yang cukup tentang upaya pencegahan masalah gizi, maka kasus tersebut kemungkinan besar dapat ditekan hingga ke angka minimal (Safawi, 2009).

Pengetahuan dan kesadaran gizi bagi perempuan terutama ibu balita bisa diperoleh melalui penyuluhan secara intensif atau melalui suatu upaya pendampingan yang intensif. Pengetahuan gizi ibu akan mempengaruhi keseimbangan pola konsumsi zat gizi yang pada akhirnya akan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak yang baik. Pertumbuhan dan perkembangan yang baik biasanya juga disertai dengan status gizi anak yang baik (Dasuki, dkk. 2010).

Sikap dan pengetahuan gizi ibu dibutuhkan untuk memperbaiki pola makan anak agar kecukupan gizi anak terpenuhi, dan dengan cara ini mereka dapat tumbuh dan berkembang dengan baik. Pengetahuan

gizi ibu yang dipraktekkan dalam kehidupan sehari-hari memiliki pengaruh yang besar terhadap kondisi gizi keluarga (Khomsan, 2009).

Oleh karena itu diperlukan penelitian mengenai program pendampingan gizi bagi keluarga dengan kondisi balita yang mengalami gizi buruk dan juga gizi kurang sebagai salah satu upaya intervensi terhadap permasalahan gizi yang ada di Kabupaten Gorontalo.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah disebutkan pada latar belakang, maka dirumuskan masalah utama pada penelitian ini yaitu :

1. Bagaimana pengaruh pendampingan gizi terhadap peningkatan pengetahuan ibu tentang pola asuh, pada Balita di wilayah kerja Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo ?
2. Bagaimana pengaruh pendampingan gizi terhadap peningkatan sikap ibu tentang pola asuh pada balita di wilayah kerja puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendampingan gizi terhadap Pengetahuan Gizi dan Sikap, Ibu Balita di wilayah kerja Puskesmas Tilote Kabupaten Gorontalo

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran karakteristik ibu balita (Usia, Tingkat Pendidikan, dan Status Kerja)
- b. Mengetahui gambaran karaktersitik balita (Usia, Jenis Kelamin, dan Status Gizi)
- c. Mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap ibu sebelum pendampingan
- d. Menganalisis pengaruh pendampingan gizi terhadap peningkatan pengetahuan tentang pola asuh pada balita.
- e. Menganalisis pengaruh pendampingan gizi terhadap peningkatan sikap tentang pola asuh pada balita

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Untuk pengembangan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan upaya pencegahan dan perbaikan status gizi anak melalui program pendampingan gizi terhadap keluarga dan sebagai referensi untuk studi lebih lanjut bagi para peneliti yang tertarik pada masalah penanggulangan Gizi Buruk dan Gizi Kurang.

2. Manfaat Institusi

Sebagai bahan masukan bagi jajaran Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo dalam menindaklanjuti pengembangan

model tenaga gizi pendamping sebagai salah satu program intervensi gizi yang berkelanjutan

3. Manfaat Praktis

Menjadi Bahan informasi dan edukasi bagi peneliti serta menambah pengalaman dan pengetahuan bagi peneliti yang merupakan aplikasi materi yang telah diperoleh dari perkuliahan

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Sebagai bahan rujukan dan informasi tentang pentingnya perbaikan status gizi balita guna mewujudkan keluarga sadar gizi demi terwujudnya balita yang sehat dan berkualitas

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi

1. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat interaksi antara asupan energi dan protein serta zat-zat gizi esensial lainnya dengan keadaan kesehatan tubuh. Status gizi adalah kondisi tubuh sebagai akibat penyerapan zat-zat gizi esensial. Status gizi merupakan ekspresi dari keseimbangan zat gizi dengan kebutuhan tubuh, yang diwujudkan dalam bentuk variabel tertentu. Ketidakseimbangan (kelebihan atau kekurangan) antara zat gizi dengan kebutuhan tubuh akan menyebabkan kelainan patologi bagi tubuh manusia. Keadaan demikian disebut malnutrition (gizi salah atau kelainan gizi). Secara umum, bentuk kelainan gizi digolongkan menjadi 2 yaitu *overnutrition* (kelebihan gizi) dan *under nutrition* (kekurangan gizi). *Overnutrition* adalah suatu keadaan tubuh akibat mengkonsumsi zat-zat gizi tertentu melebihi kebutuhan tubuh dalam waktu yang relative lama. *Undernutrition* adalah keadaan tubuh yang disebabkan oleh asupan zat gizi sehari-hari yang

kurang sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh (Gibson, 2005).

Status Gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi, yang diklasifikasikan menjadi status gizi buruk, kurang, baik dan lebih atau dapat diklasifikasikan juga menjadi kurus, normal, gemuk dan sangat gemuk (Notoatmojo, 2007).

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* kedalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, dkk, 2002).

Status gizi adalah tanda-tanda atau penampilan fisik yang diakibatkan karena adanya keseimbangan antara pemasukan zat gizi dan pengeluaran zat gizi oleh suatu organisme. Status gizi seseorang dipengaruhi oleh tingkat konsumsi atau asupan makanan dan status kesehatan (Kurniawati, 2005)

2. Penilaian Status Gizi

Secara umum, status gizi dapat dikatakan sebagai fungsi kesenjangan gizi, yaitu selisih antara konsumsi zat gizi dengan kebutuhan zat gizi tersebut. Kesenjangan gizi bermanifestasi menurut tingkatannya, sebagai berikut:

- a. Mobilisasi cadangan zat gizi, yaitu upaya menutup kesenjangan yang masih kecil dengan menggunakan cadangan gizi dalam tubuh

- b. Depleksi jaringan tubuh yang terjadi jika kesenjangan tersebut tidak dapat ditutupi dengan pemakaian cadangan;
- c. Perubahan biokimia, suatu kelainan yang terlihat dalam cairan tubuh
- d. Perubahan fungsional, yaitu kelainan yang terjadi dalam tata kerja faali
- e. Perubahan anatomi. Suatu perubahan yang bersifat lebih menetap (Supariasa, 2008).

Metode penilaian status gizi dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat perkembangan kekurangan gizi, yaitu metode konsumsi, metode laboratorium, metode antropometri dan metode klinik. Menurut Supariasa (2008), penentuan status gizi dapat dikelompokkan dalam metode langsung dan metode tidak langsung. Metode penilaian status gizi secara langsung meliputi metode biokimia, antropometri, klinik dan biofisik. Sedangkan metode tidak langsung adalah metode konsumsi makanan, statistik vital dan faktor-faktor ekologi.

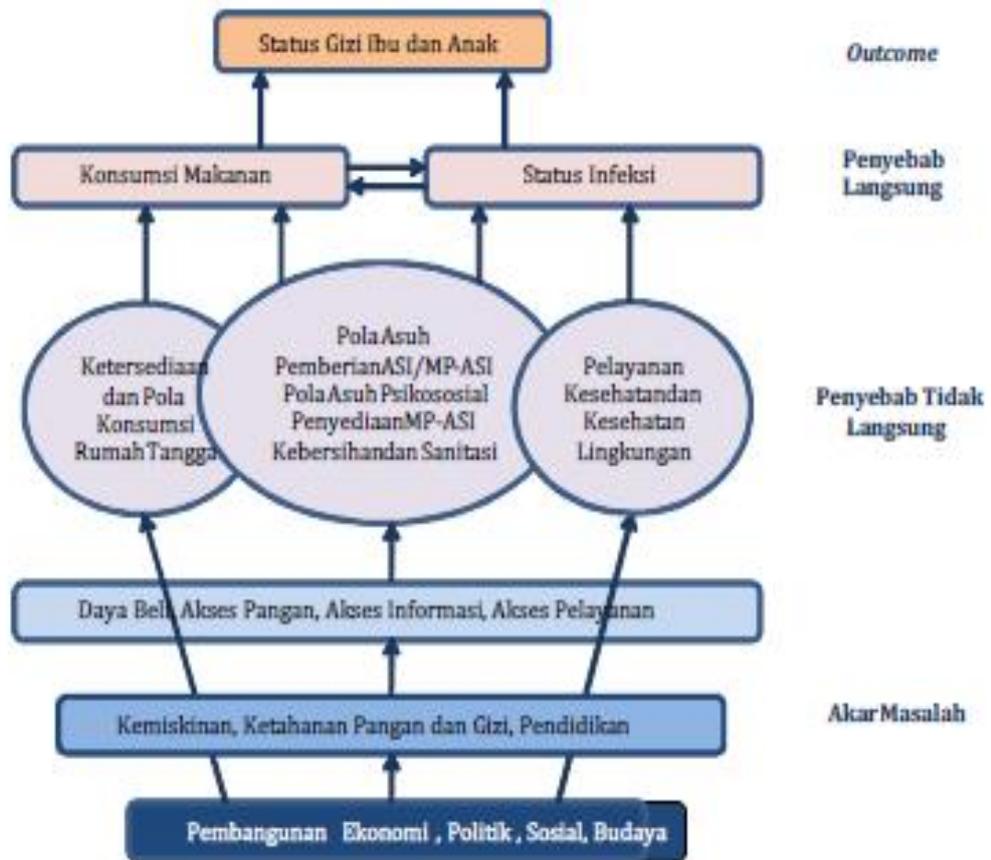
3. Faktor yang mempengaruhi status gizi

Menurut UNICEF, faktor yang mempengaruhi status gizi digolongkan atas penyebab langsung, penyebab tidak langsung, penyebab pokok dan akar masalah. Penyebab langsung adalah asupan gizi dan penyakit infeksi. Timbulnya KEP tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering

menderita diare atau demam, akhirnya akan menderita kurang gizi. Demikian juga pada anak yang makanannya tidak cukup (jumlah dan mutunya) maka daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian akan mudah diserang infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan, dan akhirnya dapat menderita kurang gizi ataupun gizi buruk..

Banyak pendapat mengenai faktor determinan yang dapat menyebabkan timbulnya masalah gizi pada bayi di antaranya menurut Schroeder (2001), menyatakan bahwa kekurangan gizi dipengaruhi oleh konsumsi makan makanan yang kurang dan adanya penyakit infeksi sedangkan penyebab mendasar adalah makanan, perawatan (pola asuh) dan pelayanan kesehatan, disamping itu juga factor ketersediaan pangan yang bergizi dan terjangkau oleh masyarakat sangat berperan terhadap permasalahan gizi.

Untuk lebih lengkapnya, dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 1.

Kerangka Pikir Penyebab Masalah Gizi menurut UNICEF 1998

Interaksi dari berbagai faktor sosial ekonomi dapat menyebabkan jatuhnya seorang anak pada keadaan kekurangan gizi perlu dipertimbangkan. Menurut Martorell dan Habicht (1986), status ekonomi mempengaruhi pertumbuhan bayi, melalui konsumsi makan dan kejadian infeksi. Status sosial ekonomi terhadap konsumsi makan mempengaruhi kemampuan rumah tangga untuk memproduksi dan/atau membeli pangan, menentukan praktek pemberian makanan

bayi, kesehatan serta sanitasi lingkungan. Jus'at (1992) membuat model mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan anak antara lain: karakteristik keluarga, karakteristik anak, status kesehatan dan ketersediaan bahan makanan.

a. Asupan Balita

Pemberian makanan bergizi dalam jumlah yang cukup pada masa balita merupakan hal yang perlu mendapat perhatian serius agar anak tidak jatuh ke keadaan kurang gizi. Apalagi dalam masa itu terjadi penyapihan yaitu peralihan antara penyusuan dan makanan dewasa sebagai sumber energi dan zat gizi utama. Pada masa penyapihan biasanya pemberian ASI mulai dikurangi atau konsumsi ASI berkurang dengan sendirinya sehingga untuk mencukupi kebutuhan gizi anak perlu diberi makanan tambahan. Makanan yang dikonsumsi dibutuhkan untuk mencukupi kebutuhan gizi anak khususnya energi dan protein (Sulaeman dan Mughtadi, 2003).

Setelah anak umur dua tahun kecukupan zat gizi baik kecukupan energi maupun protein harus dipenuhi dari makanan sehari, karena setelah anak berumur 6 bulan pemberian ASI saja sudah tidak mencukupi yang dibutuhkan oleh anak. Kebutuhan energi untuk bayi 7 – 12 bulan adalah

650 kkal dengan protein 16 g dan anak umur 1 – 3 tahun kebutuhan energinya adalah 1000 kkal dan protein 25 g (Hardinsyah, 2004).

Menurut Supariasa (2008) Untuk menilai tingkat konsumsi makanan (untuk energi dan zat gizi), diperlukan suatu standar kecukupan yang dianjurkan yaitu Angka Kecukupan Gizi (AKG) atau Recommended Dietary Allowance (RDA). Berdasarkan Buku Pedoman Petugas Gizi Puskesmas, Depkes RI (1990), klasifikasi tingkat konsumsi dibagi menjadi empat dengan cut of points masing-masing sebagai berikut: dikatakan baik bila $> 100\%$ AKG; sedang antar $80 - 90\%$ AKG ; kurang antara $70 - 80\%$ AKG dan tergolong defisit bila kurang dari 70% AKG.

b. Infeksi

Infeksi mempunyai efek terhadap status gizi untuk semua umur, tetapi lebih nyata pada kelompok anak-anak. infeksi juga mempunyai kontribusi terhadap defisiensi energi, protein, dan gizi lain karena menurunnya nafsu makan sehingga asupan makanan berkurang. Kebutuhan energi pada saat infeksi bisa mencapai dua kali kebutuhan normal karena meningkatnya metabolisme basal. Hal ini menyebabkan deplesi otot dan glikogen hati .

Penyakit infeksi yang menyerang anak menyebabkan gizi anak menjadi buruk. Memburuknya keadaan gizi anak akibat penyakit infeksi dapat menyebabkan turunnya nafsu makan, sehingga masukan zat gizi berkurang padahal anak justru memerlukan zat gizi yang lebih banyak. Penyakit infeksi sering disertai oleh diare dan muntah yang menyebabkan penderita kehilangan cairan dan sejumlah zat gizi seperti mineral, dan sebagainya (Moehji, 2003).

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan salah satu panyakit infeksi yang erat kaitannya dengan masalah gizi. Tanda dan gejala penyakit ISPA ini bermacam-macam antara lain batuk, kesulitan bernafas, tenggorakan kering, pilek demam dan sakit telinga. ISPA disebabkan lebih dari 300 jenis bakteri, virus dan rickettsia Pada anak umur 12 bulan dan batuk sebagai salah satu gejala infeksi saluran pernafasan hanya memiliki asosiasi yang signifikan dengan perubahan berat badan, tidak dengan perubahan tinggi badan.(Depkes, 2005).

Berbagai hasil studi menunjukkan terjadinya penurunan berat badan anak setiap hari selama ISPA berlangsung. Diperkirakan panas yang menyertai ISPA memegang peranan penting dalam penurunan asupan nutrien karenan menurunnya nafsu makan anak. Hasil penelitian Thamrin

(2002) di Kabupaten Maros menyimpulkan bahwa penyakit infeksi merupakan faktor resiko yang paling berpengaruh terhadap kejadian KEP pada anak balita. Diare merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian pada anak di negara berkembang. Sekitar 80% kematian yang berhubungan dengan diare terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan. Penyebab utama kematian karena diare adalah dehidrasi sebagai akibat kehilangan cairan dan elektrolit melalui tinjanya. Diare menjadi penyebab penting bagi kekurangan gizi. Hal ini disebabkan oleh adanya anoreksia pada penderita diare, sehingga anak makan lebih sedikit daripada biasanya dan kemampuan menyerap sari makanan juga berkurang. Padahal kebutuhan tubuh akan makanan meningkat akibat dari adanya infeksi. Setiap episode diare dapat menyebabkan kekurangan gizi, sehingga bila episodanya berkepanjangan maka dampaknya terhadap pertumbuhan anak akan meningkat.

Diare secara epidemiologik didefinisikan sebagai keluarnya tinja yang lunak atau cair tiga kali atau lebih dalam satu hari. Secara klinik ada tiga macam sindroma diare yaitu :

- 1). Diare akut adalah pengeluaran tinja yang lunak atau cair yang sering dan tanpa darah, biasanya berlangsung

kurang dari 7 hari. Diare ini dapat menyebabkan dehidrasi dan bila masukan makanan kurang akan mengakibatkan kurang gizi.

- 2). Disentri adalah diare yang disertai darah dalam tinja. Akibat penting disentri antara lain anoreksia, penurunan berat badan dengan cepat dan kerusakan mukosa usus karena bakteri invasif.
- 3). Diare persisten adalah diare yang mula-mula bersifat akut, namun berlangsung lebih dari 14 hari. Episode ini dapat dimulai sebagai diare cair atau disentri. Kehilangan berat badan yang nyata sering terjadi dan volume tinja dalam jumlah yang banyak sehingga ada risiko mengalami dehidrasi. Diare persisten berbeda dengan diare kronik yaitu diare intermiten (hilang-timbul), atau yang berlangsung lama dengan penyebab non infeksi, seperti sensitif terhadap gluten atau gangguan metabolisme yang menurun.

Penilaian penderita diare akut dan persisten, harus dimulai dengan menanyakan kapan episode diare dimulai. Penentuan jenis diare ini sering kali sulit dilakukan, apakah anak menderita diare persisten atau menderita episode diare akut yang terputus. Penderita diare persisten biasanya mengeluarkan tinja setiap hari meskipun jumlahnya bervariasi.

Namun kadang-kadang anak mengeluarkan tinja yang normal 1-2 hari dan setelah itu diare mulai lagi. Bila periode normal tidak lebih dari 2 hari, penyakitnya dinyatakan sebagai episode diare tunggal. Akan tetapi, bila periode normalnya lebih dari 2 hari, maka diare berikutnya dinyatakan sebagai episode baru.

c. Faktor Perilaku

1). Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2010)

Pengetahuan seorang ibu dibutuhkan dalam perawatan anaknya, dalam hal pemberian dan penyediaan makanannya, sehingga seorang anak tidak menderita kekurangan gizi. Kekurangan gizi juga dapat disebabkan karena pemilihan bahan makanan yang tidak benar. Pemilihan makanan ini dipengaruhi oleh tingkat

pengetahuan ibu tentang bahan makanan. Ketidaktahuan dapat menyebabkan kesalahan pemilihan dan pengolahan makanan, meskipun bahan makanan tersedia (Munawaroh, 2006).

Faktor pendidikan dan pengetahuan yang rendah dari sebagian ibu akan pentingnya pemberian makanan bergizi dan seimbang untuk anaknya dapat dikaitkan dengan masalah KEP.

2). Sikap

Sikap adalah juga respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). Campbell (1950) dalam Notoatmojo, 2010 mendefinisikan sangat sederhana, yakni : *“An individual’s attitude is syndrome of response consistency with regard to object”*. Jadi jelas disini dikatakan bahwa sikap itu suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek. Sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan lain.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi social menyatakan bahwa sikap adalah merupakan kesiapan

atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. dalam kata lain fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposes perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup.

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo, 2010, menyatakan bahwa sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, yakni :

- a). Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
- b). Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya factor emosi) orang tersebut terhadap objek.
- c). Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah merupakan ancang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

Ketiga komponen tersebut diatas secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran,

keyakinan dan emosi memegang peranan yang sangat penting.

Disamping itu, tingginya kasus gizi buruk di provinsi Gorontalo tidak bisa dipisahkan dari factor perilaku yang ada di masyarakat. Faktor perilaku ini bersama-sama dengan rendahnya daya beli kemungkinan berjalan sinergis terhadap timbulnya kasus kurang gizi. Adanya anggapan bahwa banyak makan ikan menyebabkan kecacingan, atau tidak mau makan sayur karena sayuran dianggap makanan ternak, merupakan contoh kecil yang tidak sedikit ditemukan di masyarakat. Pandangan yang salah terhadap jenis-jenis makanan tertentu menyebabkan mereka tidak mau mengkonsumsi atau tidak memberikan makanan tersebut kepada anaknya.

Istiarti (2000) menyatakan bahwa perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan praktek atau tindakan. Sedangkan menurut Notoatmodjo (2007) perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yaitu : aspek fisik, psikis dan social yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejolak kejiwaan seperti pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya masyarakat. Perilaku seseorang terdiri dari tiga

bagian penting yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor. Kognitif dapat diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotor diukur melalui tindakan (praktek) yang dilakukan.

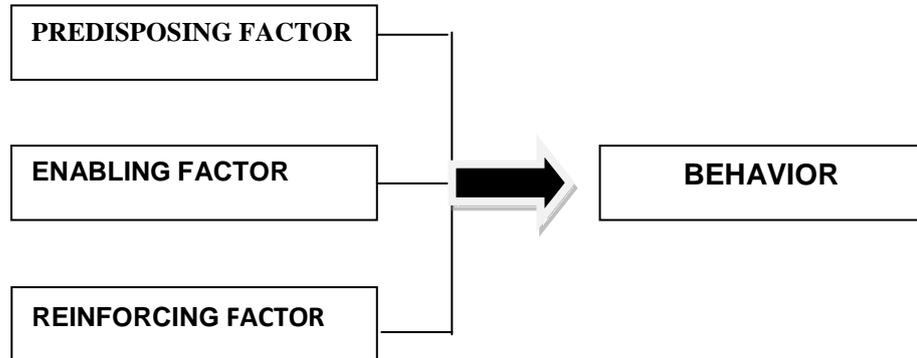
Green (1991) menjelaskan bahwa perilaku dilatarbelakangi oleh tiga faktor pokok, yakni :

- a) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau memppredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, tradisi, nilai-nilai dan sebagainya. Seorang ibu mau membawa anaknya ke Posyandu, karena tahu bahwa di Posyandu akan dilakukan penimbangan anak untuk mengetahui pertumbuhannya. Anaknya akan memperoleh imunisasi untuk pencegahan penyakit, dan sebagainya. Tanpa adanya pengetahuan-pengetahuan ini, ibu tersebut mungkin tidak akan membawa anaknya ke posyandu.
- b) Faktor pendukung (*enabling factors*) adalah factor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan factor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terterjadinya perilaku kesehatan, misalnya Puskesmas, Posyandu, Rumah Sakit, tempat pembuangan sampah dan sebagainya.

Sebuah keluarga yang sudah tahu masalah kesehatan, akan mengupayakan keluarganya untuk menggunakan air bersih, buang air besar di WC, makan makanan yang bergizi, dan sebagainya.

- c) Faktor-faktor pendorong/penguat (reinforcing factors) adalah factor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Secara matematis, perilaku menurut Green itu dapat dgambarkan sebagai berikut :



Gambar 2. Teori prilaku menurut Green (1991)

B. Tinjauan tentang Pola Asuh

Pola pengasuhan anak adalah pengasuhan anak dalam pra dan pasca kelahiran, pemberian ASI, pemberian makanan, dan pengasuhan bermain (Hamzat A, 2000). Menurut Jus'at (2000) pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan

waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental dan social.

Pengasuhan anak adalah aktivitas yang berhubungan dengan pemenuhan pangan, pemeliharaan fisik dan perhatian terhadap anak (Haviland,1988 dan Bahar, 2002). Berdasarkan pengertian tersebut "pengasuhan" pada dasarnya adalah suatu praktik yang dijalankan oleh orang lebih dewasa terhadap anak yang dihubungkan dengan pemenuhan kebutuhan pangan/gizi, perawatan dasar (termasuk imunisasi, pengobatan bila sakit), rumah atau tempat yang layak, higiene perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kesegaran jasmani (Soetjiningsih, 1995).

Secara spesifik Latham (2007) mendefinisikan pola pengasuhan anak balita sebagai perilaku pengasuhan yang meliputi pemberian ASI, diagnosa penyakit, pemberian makanan tambahan, stimulasi bahasa dan kemampuan kognitif lainnya serta pemberian dukungan emosional pada anak.

1. Faktor-faktor yang Memengaruhi Pola Asuh Gizi

Menurut Zeitlin (1990) keadaan gizi meliputi proses penyediaan dan pengolahan makanan yang bergizi untuk pertumbuhan, perkembangan, pemeliharaan dan aktivitas. Masalah gizi yang merupakan masalah kesehatan masyarakat, dipengaruhi beberapa faktor antara lain : penyakit infeksi,

konsumsi makanan, tingkat pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan ibu, tingkat pengetahuan ibu tentang gizi, pelayanan kesehatan, budaya pantang makanan, dan pola asuh gizi. Selain itu status gizi juga dapat dipengaruhi oleh praktik pola asuh gizi yang dilakukan dalam rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak.

Faktor-faktor yang memengaruhi pola asuh gizi antara lain adalah :

1). Peranan Ibu dalam Pola asuh

Peranan pengasuhan pertama kali diidentifikasi dalam *Joint Nutrition Support Program in Iringa, Tanzania* dan kemudian digunakan pada berbagai studi PD di berbagai negara. Peranan determinan pola asuhan terhadap pertumbuhan bayi cukup besar, dimana pola asuhan yang baik dapat meningkatkan tingkat kecukupan gizi dan kesehatan bayi. Determinan pola asuhan dan kesehatan berpengaruh langsung terhadap pertumbuhan bayi (Engel, 1996)

Peranan ibu dalam pola pengasuhan anak berupa sikap dan praktik pengasuhan ibu dalam kedekatannya

dengan anak, merawat, cara memberi makan serta kasih sayang. Pengasuhan anak adalah suatu fungsi penting pada berbagai kelompok sosial dan kelompok budaya. Perananan ibu dalam pola asuh juga meliputi pemenuhan kebutuhan dasar anak seperti pemberian makanan, mandi, menyediakan dan memakaikan pakaian buat anak. Termasuk di dalamnya adalah monitoring kesehatan si anak, menyediakan obat, dan merawat serta membawanya ke petugas kesehatan profesional. Tambahan lain adalah diterimanya fungsi hiburan, pendidikan, sosialisasi, penerimaan informasi pandangan serta nilai dari pengasuh mereka (O'Connel, 1994 dan Bahar, 2002)

Sesuai dengan yang diajukan oleh Mosley dan Chen 1988 dalam (Bahar, 2002) pengasuhan anak meliputi aktivitas perawatan terkait gizi/penyiapan makanan dan menyusui, pencegahan dan pengobatan penyakit, memandikan anak, membersihkan pakaian anak, membersihkan rumah. Pola asuh terhadap anak merupakan hal yang sangat penting karena akan memengaruhi proses tumbuh kembang balita.

Pola pengasuhan anak berkaitan erat dengan keadaan ibu terutama kesehatan, pendidikan, pengetahuan,

sikap dan praktik tentang pengasuhan anak (Suharsih, 2001).

International Conference on Nutrition (1992) mendefinisikan pengasuhan sebagai suatu kesepakatan dalam rumah tangga dalam hal pengalokasian waktu, perhatian dan dukungan untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental dan sosial dalam tumbuh kembang anak dan anggota keluarga lainnya (*Engel et al.* 1996)

2). Tingkat pendapatan keluarga

Keadaan ekonomi keluarga relatif lebih mudah diukur dan berpengaruh besar pada konsumsi pangan, dimana konsumsi pangan pada balita ditentukan dari polaasuh gizi, terutama pada keluarga golongan miskin. Hal ini disebabkan karena penduduk golongan miskin menggunakan sebagian besar pendapatannya untuk memenuhi kebutuhan makanan.

Perubahan pendapatan dapat memengaruhi perubahan pola asuh gizi yang secara langsung memengaruhi konsumsi pangan pada balita. Meningkatnya pendapatan berarti memperbesar peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. Sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan penurunan dalam hal kualitas dan penurunan kuantitas pangan yang dibeli (Farida B, dkk 2004).

3). Tingkat pendidikan ibu

Menurut Hadikusumo (2000) yang dikutip dalam Hardianto (2001) tingkat pendidikan adalah jenjang aktifitas dan usaha manusia untuk meningkatkan kepribadiannya dengan jalan membina potensi-potensi pribadinya, yaitu rohani (pikir, rasa, karsa, cipta dan budi nurani) dan jasmani (panca indera dan keterampilan) melalui pendidikan formal. Adapun tingkat pendidikan di negara kita meliputi pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi.

Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik, maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik/cara mempraktikkan pola asuh dalam kehidupan sehari-hari, bagaimana cara menjaga kesehatan anak, pendidikannya dan sebagainya. Semakin tinggi pendidikan ibu semakin baik praktik pola asuh dan berdampak baik terhadap status gizi anak (Soetjningsih, 2005).

Sesuai dengan penelitian Tarigan (2003) yang dikutip dari Turnif (2008) menyatakan bahwa kemungkinan terjadinya gizi kurang pada anak dengan ibu yang

pendidikannya rendah 1,5 kali lebih tinggi dibandingkan anak dengan ibu yang mempunyai pendidikan tinggi.

4). Tingkat pengetahuan ibu

Menurut Suharjo (2006) suatu hal yang meyakinkan tentang pentingnya pengetahuan gizi didasarkan pada tiga kenyataan :

- a). Status gizi yang cukup adalah penting bagi kesehatan dan kesejahteraan
- b). Setiap orang hanya akan cukup gizi jika makanan yang dimakannya mampu menyediakan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan yang optimal, pemeliharaan dan energi
- c). Ilmu gizi memberikan fakta-fakta yang perlu sehingga penduduk dapat belajar menggunakan pangan dengan baik bagi kesejahteraan gizi. Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan adalah umum disetiap negara di dunia. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Lain sebab yang penting dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi, dengan pengetahuan yang kurang dapat menentukan pola asuh gizi yang

dilaksanakan sehari-hari yang akhirnya berdampak pada status gizi anak.

Berdasarkan penelitian Turnif (2008) di Kecamatan Sidikalang menyebutkan bahwa dari 64 ibu yang mempunyai tingkat pengetahuan baik terdapat 92,05% memiliki anak dengan status gizi baik. Hal ini menggambarkan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu status gizi anak juga semakin baik.

5). Jumlah anggota keluarga

Besar kecilnya jumlah anggota keluarga akan berpengaruh terhadap pembagian pangan pada masing-masing anggota keluarga (Chaterine Lee, 1989). Pada keluarga yang memiliki balita, dengan jumlah anggota keluarga yang besar bila tidak didukung dengan seimbangya persediaan makanan di rumah maka akan berpengaruh terhadap pola asuh yang secara langsung memengaruhi konsumsi pangan yang diperoleh masing-masing anggota keluarga terutama balita yang membutuhkan makanan pendamping ASI.

Program Keluarga Berencana telah mencanangkan bahwa jumlah anggota keluarga yang paling ideal adalah 4 orang. Program pemerintah ini bertujuan agar anggota keluarga dengan jumlah sekian diharapkan dapat lebih

memudahkan keluarga tersebut mencukupi semua kebutuhan anggota keluarganya, tanpa menanggung beban kebutuhan anggota keluarganya yang banyak. Namun program pemerintah ini belum 100% berhasil. Terbukti dengan masih banyaknya keluarga yang memiliki jumlah anggota keluarga lebih dari empat. Hal ini lebih banyak dilihat pada keluarga yang tinggal di pedesaan.

Menurut Sukarni (1994) penelitian di suatu negara Colombia menunjukkan bahwa dengan kenaikan jumlah anak, jumlah makanan per orang akan menurun sehingga terjadi penambahan kasus kurang gizi pada anak-anak dibawah lima tahun. Jika jarak kelahiran pendek, akan memengaruhi status kesehatan dan gizi baik bagi bayi yang baru lahir ataupun pada anak sapihan, sehingga angka kematian anak kurang dari dua tahun akan meningkat. Ada pengaruh status gizi anak dan masyarakat pada jumlah keluarga. Dengan adanya perbaikan status gizi anak dan ibu akan meningkatkan tekanan penduduk sehingga dengan demikian program ditujukan pada pembatasan pertumbuhan penduduk.

6). Budaya pantang makanan

Pola asuh dan pola konsumsi makanan merupakan hasil budaya masyarakat yang bersangkutan, dan

mengalami perubahan terus-menerus menyesuaikan diri dengan kondisi lingkungan dan tingkat kemajuan budaya masyarakat tersebut. Pola asuh ini diajarkan dan bukan diturunkan secara herediter dari nenek moyang sampai generasi sekarang dan generasi-generasi yang akan datang. Pendapat masyarakat tentang konsepsi kesehatan dan gizi sangat berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan. Salah satu pengaruh yang sangat dominan terhadap pola konsumsi adalah pantangan atau tabu.

Terdapat jenis-jenis makanan yang tidak boleh dimakan oleh kelompok umur tertentu atau oleh perempuan remaja atau perempuan hamil dan menyusui. Larangan ini sering tidak jelas dasarnya, tetapi mempunyai kesan larangan dari penguasa supernatural, yang akan memberi hukuman bila larangan tersebut dilanggar. Namun demikian, orang sering tidak dapat mengatakan dengan jelas dan pasti, siapa yang melarang tersebut dan apa alasannya (Sediaoetomo, 1999).

Sesuai dengan hasil penelitian Harnany (2006) menyebutkan bahwa sebanyak 60,8% ibu hamil di kota Pekalongan masih melaksanakan praktek tabu makanan yang merupakan sumber protein hewani seperti cumi, udang, ikan sembilang, lele (semua ikan yang berpatil) dan juga buah

serta sayuran seperti nenas, durian, jantung pisang. Adanya budaya pantang makan akan memengaruhi pola konsumsi makanan, dimana zat-zat gizi tertentu tidak terpenuhi yang mengakibatkan kekurangan gizi seperti kurang energi dan protein (KEP).

Terdapat beberapa elemen di dalam pola pengasuhan anak terutama peran ibu dalam mengasuh anak yang akan menentukan tumbuh kembang anak. Perilaku ibu dalam menyusui atau memberi makan, cara makan yang sehat, memberi makanan yang bergizi dan mengontrol besar porsi yang dihabiskan akan meningkatkan status gizi anak. Beberapa elemen di dalam pola pengasuhan anak menurut Zeitlin (1990) yang dikutip dalam Husaini (2000) sebagai berikut :

1). Pengasuhan Makan Anak

Untuk kebutuhan pangan/gizi, ibu menyiapkan diri sejak prenatal dalam mengatur dietnya selama kehamilan, masa neonatal berupa pemberian ASI, menyiapkan makanan tambahan berupa makanan padat yang lebih bervariasi bahannya atau makanan yang diperkaya, dan dukungan emosional untuk anak. Status sakit, pola aktivitas, asupan gizi rendah, frekuensi konsepsi terkait pertumbuhan anak melalui status gizi ibu (pengasuhan makanan anak terdiri atas hal yang berhubungan dengan menyusui, dan pemberian makanan selain ASI buat anak).

Pengasuhan makanan anak fase 6 bulan pertama adalah pemenuhan kebutuhan anak oleh ibu dalam bentuk pemberian ASI atau makanan pendamping/pengganti ASI pada anak. Dinyatakan cukup bila diberi ASI semata sejak lahir sampai usia 4-6 bulan dengan frekuensi kapan saja anak minta dan dinyatakan kurang bila tak memenuhi kriteria tersebut. Pengasuhan makanan anak pada fase 6 bulan kedua adalah pemenuhan kebutuhan makanan untuk bayi yang dilakukan ibu, dinyatakan cukup bila anak diberikan ASI plus makanan lumat yang terdiri dari tepung-tepungan dicampur susu, dan atau nasi (berupa bubur atau nasi biasa) bersama ikan, daging atau putih telur lainnya ditambah sayuran (dalam bentuk kombinasi atau tunggal) diberi dalam frekuensi sama atau lebih 3 x per hari, dan kurang bila tidak memenuhi kriteria tersebut (Bahar, 2002).

Menurut Agus (2001), pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap dan bervariasi, mulai dari bentuk bubur, sari buah, buah segar, makanan lumat, makanan lembek dan akhirnya makanan padat.

Berdasarkan penelitian Perangin-angin (2006), menyatakan bahwa terdapat hubungan antara praktik pemberian makan dengan status gizi anak. Dari 36 anak yang mempunyai status gizi baik terdapat 26 anak (72,2%) dengan praktik pemberian makan yang

baik dan 10 anak (27,8%) dengan praktik pemberian makan yang tidak baik.

Pada prinsipnya pemberian makanan kepada bayi bertujuan untuk mencukupi zat-zat gizi yang dibutuhkan bayi. Menurut Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (2004), jumlah zat gizi terutama energi dan protein yang harus dikonsumsi bayi usia 6-12 bulan adalah 650 Kalori dan 16 gram protein. Kandungan gizi Air Susu Ibu (ASI) adalah 400 Kalori dan 10 gram protein, maka kebutuhan yang diperoleh dari MP-ASI adalah 250 Kalori dan 6 gram protein, sedangkan kebutuhan gizi anak usia 12 – 24 bulan adalah sekitar 850 Kalori dan 20 gram protein. Kandungan gizi ASI adalah sekitar 350 Kalori dan 8 gram protein, maka kebutuhan yang diperoleh dari MP-ASI adalah sekitar 500 Kalori dan 12 gram protein (Depkes RI, 2006). Berikut adalah jadwal pemberian makanan berupa ASI dan MP-ASI bagi anak usia 0 – 23 bulan :

2). Pengasuhan perawatan dasar anak

Pengasuhan perawatan dasar anak meliputi perawatan terhadap anak sakit dan perawatan pencegahan agar anak tidak jatuh sakit. Untuk itu diperlukan kemampuan ibu untuk mengenali dan merawat anak yang sakit. Termasuk kemampuan mengenali penyakit menjadi progresif yang butuh perawatan lanjut. Kemampuan merawat penyakit dimaksudkan sebagai kemampuan

merawat ISPA dan diare, dua penyakit yang sering menyerang anak (Bahar, 2002).

Sulistijani (2001) mengatakan bahwa lingkungan yang sehat perlu diupayakan dan dibiasakan tetapi tidak dilakukan sekaligus, harus perlahan-lahan dan terus menerus. Lingkungan sehat terkait dengan keadaan bersih, rapi dan teratur. Oleh karena itu, anak perlu dilatih untuk mengembangkan sifat-sifat sehat seperti berikut :

- a). Mandi 2 kali sehari.
- b). Cuci tangan sebelum dan sesudah makan.
- c). Makan teratur 3 kali sehari.
- d). Menyikat gigi sebelum tidur.
- e). Buang air kecil pada tempatnya / WC.

Awalnya mungkin anak keberatan dengan berbagai latihan tersebut. Namun dengan latihan terus-menerus dan diimbangi rasa kasih sayang dan dukungan orang tua, anak akan menerima kebijaksanaan dan tindakan disiplin tersebut. Kesehatan anak harus mendapat perhatian dari para orang tua yaitu dengan cara segera membawa anaknya yang sakit ketempat pelayanan kesehatan yang terdekat.

Masa bayi dan balita sangat rentan terhadap penyakit seperti flu, diare atau penyakit infeksi lainnya. Jika anak sering menderita sakit dapat menghambat atau mengganggu proses tumbuh

kembang anak. Ada beberapa penyebab seorang anak mudah terserang penyakit (Soetjiningsih, 1995), yaitu :

- a). Apabila kecukupan gizi terganggu karena anak sulit makan dan nafsu makan menurun. Akibatnya daya tahan tubuh menurun sehingga anak menjadi rentan terhadap penyakit
- b). Lingkungan yang kurang mendukung sehingga perlu diciptakan lingkungan dan perilaku yang sehat
- c). Jika orang tua lalai dalam memperhatikan proses tumbuh kembang anak oleh karena itu perlu memantau dan menstimulasi tumbuh kembang bayi dan anak secara teratur sesuai dengan tahapan usianya dan segera memeriksakan kedokter jika anak menderita sakit.

Status kesehatan merupakan salah satu aspek pola asuh yang dapat memengaruhi status gizi anak kearah membaik. Status kesehatan adalah hal-hal yang dilakukan untuk menjaga status gizi anak, menjauhkan dan menghindarkan penyakit serta yang dapat menyebabkan turunnya keadaan kesehatan anak. Status kesehatan ini meliputi hal pengobatan penyakit pada anak apabila anak menderita sakit dan tindakan pencegahan terhadap penyakit sehingga anak tidak sampai terkena suatu penyakit.

Status kesehatan anak dapat ditempuh dengan cara memerhatikan keadaan gizi anak, kelengkapan imunisasinya, kebersihan diri anak dan lingkungan dimana anak berada, serta

upaya ibu dalam hal mencari pengobatan terhadap anak apabila anak sakit. Jika anak sakit hendaknya ibu membawanya ketempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, puskesmas dan lain-lain (Zeitlin et al, 1990).

3. Pengasuhan higiene perorangan anak dan kesehatan lingkungan

Pengasuhan anak dari aspek higiene perorangan, kesehatan lingkungan dan keamanan anak berkenaan dengan kemampuan ibu menjaga anak agar tetap segar dan bersih, anak mendapat lingkungan yang sehat, serta terhindar dari cedera atau kecelakaan. Untuk itu dibutuhkan kemampuan orang tua untuk memandikan anak. Menjaga kebersihan pakaian bayi dan membersihkan bagian tubuh anak, ganti popok ketika akan tidur malam hari. Dibutuhkan pula kemampuan ibu untuk menjaga kebersihan pada tempat tidur anak, kamar anak dan lingkungan tempat anak diasuh. Diperlukan kemampuan ibu untuk mencegah anak dari terkena luka dan kecelakaan. Praktik pengasuhan higiene perorangan anak terkait perhatian khusus pada kebersihan daerah lipatan kulit, daerah anogenital (terutama tiap selesai berkemih atau buang air besar), kebersihan kuku dan gigi (bagi anak yang telah tumbuh gigi). Perhatian juga ditujukan pada kebersihan tali pusat, apakah sudah mengering atau malah infeksi (tali pusat lazimnya mengering 24 jam dan akan lepas 4-10 hari). Higiene perorangan

anak juga meliputi perawatan terhadap rambut dan kulit kepala anak. Mungkin ada *cradle cap* (ekzema dengan kerak kotor di kulit kepala yang dapat dirawat dengan menyabuni kepala atau kerak dilepas dengan memberi *oleum cocos*). Penjagaan kebersihan mulut anak termasuk perhatian terhadap adanya *moniliasis* dalam mulut ditandai bercak putih pada mukosa mulut dan atau lidah.

Lingkungan terdekat yang harus sehat bagi anak adalah tempat tidur anak dan tempat bermain anak. Pada tempat tidur, ada bantal dan kasur serta sarung bantal yang perlu dibersihkan secara rutin. Gunakan kelambu bagi bayi siang maupun malam bila anak tidur, untuk mencegah anak digigit nyamuk (Bahar, 2002).

Widaninggar (2003) menyatakan kondisi lingkungan anak harus benar-benar diperhatikan agar tidak merusak kesehatan. Hal-hal yang perlu diperhatikan berkaitan dengan rumah dan lingkungan adalah bangunan rumah, kebutuhan ruang (bermain anak), pergantian udara, sinar matahari, penerangan, air bersih, pembuangan sampah/limbah, kamar mandi dan jamban/WC dan halaman rumah. Kebersihan perorangan maupun kebersihan lingkungan memegang peranan penting bagi tumbuh kembang anak. Kebersihan perorangan yang kurang akan memudahkan terjadinya penyakit-penyakit kulit dan saluran pencernaan seperti diare dan cacingan. Sedangkan kebersihan lingkungan erat hubungannya dengan penyakit saluran pernafasan, saluran

pencernaan, serta penyakit yang ditularkan melalui nyamuk. Oleh karena itu penting membuat lingkungan menjadi layak untuk tumbuh kembang anak sehingga meningkatkan rasa aman bagi ibu atau pengasuh anak dalam menyediakan kesempatan bagi anaknya untuk mengeksplorasi lingkungan.

Menurut Soetjiningsih (1995), keadaan perumahan yang layak dengan konstruksi bangunan yang tidak membahayakan penghuninya akan menjamin keselamatan dan kesehatan penghuninya yaitu ventilasi dan pencahayaan yang cukup, tidak sesak, cukup leluasa bagi anak untuk bermain dan bebas polusi.

C. Program Perbaikan Gizi Balita Melalui Perubahan Perilaku

1. Penyuluhan

Penyuluhan adalah suatu proses yang berorientasikan belajar yang dilakukan dalam sosial yang sederhana dari orang ke orang dimana seorang penyuluh mencoba membantu klien dengan metode yang sesuai dengan kebutuhan klien dan dalam hubungannya dengan program personalia untuk mengetahui lebih banyak mengenai dirinya untuk belajar bagaimana menggunakan pengertiannya dalam hubungannya dengan tujuan yang ditetapkan secara wajar dan dihayati secara jelas hingga akhirnya klien dapat menjadi anggota masyarakat yang lebih produktif dan bahagia. Dalam

pendidikan kesehatan diharapkan bahwa sudah ada kesiapan mental dan sasaran untuk merubah perilakunya, namun kenyataannya tidak selalu demikian, sehingga perlu adanya konseling.

Konseling merupakan suatu pendekatan yang paling banyak digunakan dalam pendidikan kesehatan untuk membantu individu dan keluarga menyelesaikan masalah yang dialami (Notoatmodjo, 2007). Pendekatan edukatif dapat diartikan sebagai rangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis, terencana, terarah dan peran serta aktif dari individu atau kelompok atau masyarakat untuk memecahkan masalah yang ada dalam masyarakat tersebut. Dalam hal ini tidak terlepas dari faktor sosial, ekonomi dan budaya masyarakat setempat. Dengan pendekatan edukatif ini yang akan dicapai bukan hanya pemecahan masalah individu/kelompok atau masyarakat, tetapi juga dikembangkan kemampuan individu/kelompok atau masyarakat agar dapat memecahkan sendiri permasalahan yang ada.

Berdasarkan pengertian diatas, maka penyuluhan gizi adalah pendekatan edukatif untuk menghasilkan perilaku individu/masyarakat yang diperlukan dalam peningkatan atau dalam mempertahankan gizi tetap baik. Tujuan penyuluhan gizi adalah sebagai berikut :

- a. Dapat membentuk sikap positif terhadap gizi
- b. Terciptanya pengetahuan dan kecakapan dalam memilih dan menggunakan bahan makanan
- c. Terbentuknya kebiasaan makan yang baik
- d. Adanya motivasi untuk mengetahui lebih lanjut tentang hal-hal yang berkaitan dengan gizi.

Bhandari, *et.al.*, (2004) meneliti hubungan intervensi pendidikan dengan promosi praktek MP-ASI dan pertumbuhan anak di India. Penelitian ini menyimpulkan bahwa peningkatan pemberian MP-ASI dapat dilakukan melalui intervensi pendidikan praktis kepada kelompok ibu tetapi efeknya masih sangat terbatas pada pertumbuhan anak. Faktor yang membatasi pertumbuhan hendaknya didisain sedemikian rupa dalam bentuk intervensi sehingga pengaruhnya menjadi lebih nyata dalam intervensi program gizi yang lebih efektif.

Santos, *et.al.*, (2001), melakukan penelitian tentang pengaruh konseling gizi terhadap peningkatan berat badan anak di Brasil. Menyimpulkan bahwa konseling dan latihan gizi memiliki pengaruh nyata terhadap kenaikan berat badan anak, perbaikan praktek pemberian makan anak dan ibu.

Penelitian Hotz dan Gibson (2004) menunjukkan ada pengaruh nyata pada praktek pemberian makan, persiapan makan, jumlah makanan yang diberikan, asupan energi, protein

hewani, niacin, riboflavin kalsium dan besi antara kelompok yang diberikan pelatihan tentang praktek pemberian makan anak dengan kelompok pembandingan ($p < 0,05$). Kesimpulan penelitian ini adalah adopsi praktek pemberian makan yang baru selama latihan mempengaruhi intake energi dan zat gizi dari MP-ASI sehingga dapat meningkatkan kualitas asupan gizi secara keseluruhan pada kelompok intervensi.

Amar, *et.al.*, (2002) meneliti pengaruh tingkat pendidikan terhadap kemampuan pengasuhan anak oleh ibu di Kota Akra-Grana. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu merupakan kendala dalam meningkatkan skor indeks pemberian makan, indeks kebersihan dan indeks pencegahan penyakit ($p < 0,05$). Penelitian ini merekomendasikan perlunya intervensi pendidikan dan latihan kepada ibu tentang cara pemberian makan anak, cara menjaga kebersihan dan cara mencegah terjadinya penyakit.

2. Model Pendampingan Gizi

Penyuluhan model pendampingan keluarga adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran/solusi,

menyampaikan layanan/bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama. Metode pendidikan model pendampingan keluarga dilaksanakan dengan prinsip-prinsip: (1) pemberdayaan keluarga atau masyarakat; (2) partisipatif, dimana tenaga pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi; (3) melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan (4) tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator. Kegiatan pendampingan merupakan intervensi yang sistematis dan terukur, berkelanjutan merujuk pada kemampuan masyarakat untuk mengambil alih program yang ada dengan sumberdaya sendiri dan berlangsung secara terus menerus (Nadimin, 2007)

Tenaga gizi pendamping adalah individu yang karena profesinya mampu mendampingi masyarakat/keluarga untuk melakukan praktek pemberian makan anak, praktek pengasuhan anak, praktek pencarian pengobatan dikala sakit dan praktek kebersihan. Kegiatan pendekatan diwujudkan dalam aplikasi asuhan gizi anak dengan kegiatan pendampingan tentang cara member makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak, yang dilakukan oleh seorang TGP kepada ibu, pengasuh anak dalam bentuk kunjungan rumah, konseling, diskusi

kelompok, dilakukan selama tiga sesi (30 hari) pada setiap individu atau kelompok wilayah binaan yang telah ditentukan (Sirajuddin, 2006).

Metode yang digunakan dalam kegiatan pendampingan adalah metode pendidikan individual (perorangan) dengan bentuk pendekatan penyuluhan (konseling). Dengan cara ini kontak antara ibu anak dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh ibu dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya ibu dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut atau mengubah perilaku (Notoatmodjo S, 2007).

Pendampingan dilaksanakan dengan pendekatan asuhan gizi individu dan pendekatan asuhan gizi berkelompok. Pendekatan individu dilakukan terhadap sasaran yang tergolong gizi buruk atau sasaran yang tinggal berjauhan. Bagi sasaran yang tinggal berdekatan (berkelompok) dan sasaran yang menderita gizi kurang, pendampingan dilakukan menggunakan model asuhan gizi berkelompok. Proses metode pendidikan model pendampingan dilakukan melalui tiga sesi, yaitu melalui pendampingan Intensif, Penguatan dan Praktek mandiri (Aswita, 2008).

Penyuluhan model pendampingan keluarga pernah dilakukan di Provinsi Sulawesi Selatan yang merupakan

pengembangan dari model tungku yang sebelumnya dilakukan. Burkhalter dan Northrup (2006) menyebutkan definisi model tungku (*hearth model*) secara istilah berasal bahasa Inggris *hearth* yang berarti dapur atau perapian keluarga. Istilah *hearth* pertama kali digunakan dalam program intervensi gizi di Vietnam tahun 1994. Alasan memakai istilah model tungku (*hearth model*) adalah semua basis pendekatan yang digunakan untuk perbaikan gizi anak harus bersumber dari keluarga, diolah dari dapur keluarga, dengan mempertimbangkan kemampuan ekonomi dan ketersediaan pangan lokal.

Model tungku pada mulanya dilakukan pada anak sekolah yang mengalami kurang gizi di Haiti (*Centre d'Education et Rehabilitation Nutritionnelle*), melalui pemberian makan selama 3 bulan, yang kemudian memberi rekomendasi bahwa perlu penyampaian komunikasi, informasi dan edukasi dalam setiap program pemberian makan anak agar dapat diterima dengan baik (Burkhalter dan Northrup,2006).

Model Tungku di Haiti yang dikenal dengan istilah *Hopital Albert Schwetzer* (HAS). Model ini diteliti melalui disain penelitian eksperimen semu dengan mengukur kenaikan berat badan antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding. Jumlah kelompok intervensi sebanyak 192 yang masuk

program model tungku dan sebanyak 155 orang yang tidak masuk dalam kelompok model tungku dan hasilnya pada Tabel berikut :

Tabel 1. Presentase Penurunan Kasus Gizi Kurang pada Dua Studi di Haiti

Studi	Group (n)	Sebelum Program	Setelah Program	Persentase Poin Kenaikan
HAS (1994)*	Intervensi (192)	72,9%	62,0%	10,9
	Pembandingan (182)	76,7%	69,7%	6,5
48Dubusson et.al (1994)**	Intervensi (122)	76,9%	46,3%	30,6
	Pembandingan (96)	63,5%	63,5%	0

Sumber: Burkhlater, 2006

Kelompok intervensi gizi yang dilakukan dalam model HAS adalah pemberian makan (*feeding practice*) anak dan pendidikan ibu (*nutritional training*). Hasil studi di Haiti menyebutkan bahwa evaluasi program dapat dilakukan tiap 3 bulan akan tetap mampu mendeteksi persentase kenaikan berat badan baik diukur menurut BB/U maupun Rerata BB/U. Bila evaluasi ini dipilih maka hasil berikut ini menjadi acuan untuk menilai kenaikan berat badan akibat intervensi dengan model Tungku selama 3 bulan (Burkhlater, 2006).

Analisis kenaikan nilai skor Z BB/U pada kelompok intervensi dan kelompok pembandingan (0-3 bulan) menunjukkan bahwa rata-rata kenaikan BB/U pada kelompok intervensi sebesar 0,11 sedangkan kelompok pembandingan -0,19 dengan

kata lain standar deviasi kenaikan berat badan sebesar 0,30 (Burkhlater, 2006).

D. Tinjauan Tentang Program Pendampingan Gizi

1. Pengertian

Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran/solusi, menyampaikan layanan/bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama. Pendampingan gizi dilaksanakan dengan prinsip-prinsip: (1) pemberdayaan keluarga atau masyarakat; (2) partisipatif, dimana tenaga pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi; (3) melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan (4) tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator (Depkes, 2007)

Asuhan gizi balita adalah tindakan ibu, keluarga atau pengasuh anak dalam memberi makan, mengasuh, merawat, dan menilai pertumbuhan dan perkembangan balita. Pendampingan asuhan gizi balita adalah kegiatan pendampingan tentang cara memberi makan, cara mengasuh,

cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh seorang tenaga gizi pendamping (TGP) kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah, konseling, kelompok diskusi terarah (KDT) yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok dalam wilayah binaan yang telah ditentukan.

2. Tujuan

Secara umum program pendampingan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi bayi dan anak balita. Adapun yang menjadi tujuan khusus program pendampingan gizi adalah (1) menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada bayi dan anak balita; (2) meningkatkan pengetahuan gizi keluarga; (3) meningkatkan pola pengasuhan; (4) meningkatkan keluarga sadar gizi; dan, (5) meningkatkan partisipasi masyarakat pada kegiatan posyandu (D/S) dan jumlah kader yang aktif setiap kegiatan posyandu.

3. Sasaran

Sasaran pendampingan terdiri atas:

- a. Keluarga yang mempunyai bayi dan balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang (BBU < -2 SD).
- b. Keluarga yang mempunyai bayi dan anak balita yang tidak naik berat badannya .
- c. Keluarga yang mempunyai bayi dan balita

d. Kader posyandu

4. Tenaga Gizi Pendamping (TGP)

Tenaga Gizi Pendamping (TGP) selama didesa akan melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut:

- a. Melaksanakan Survei Mawas Diri (SMD)
- b. Mengolah dan analisis data
- c. Membuat daftar keluarga yang mempunyai bayi dan balita yang menderita gizi buruk dan gizi kurang, tidak naik berat badan, keluarga yang tidak pernah atau tidak teratur membawa bayi dan balitanya ke posyandu
- d. Melaksanakan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)
- e. Membuat jadwal kunjungan rumah keluarga sasaran
- f. Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan
- g. Mengidentifikasi masalah gizi yang terjadi pada keluarga sasaran
- h. Melaksanakan intervensi gizi sesuai dengan pendekatan Positive Deviance (PD) atau pendekatan pilihan lainnya
- i. Memberikan nasihat gizi pada keluarga sasaran sesuai permasalahannya
- j. Melaksanakan penyuluhan gizi di posyandu dan kelompok pengajian, dll.
- k. Melakukan pelatihan penyegaran kader

- l. Menggerakkan keluarga yang mempunyai bayi dan anak balita untuk membawa anaknya ke posyandu setiap bulan.
- m. Melakukan pembinaan posyandu
- n. Mengusahakan agar seluruh anak balita di wilayah kerjanya memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS)
- o. Mencatat data SKDN setiap bulan
- p. Membantu sasaran untuk mendapatkan suplemen gizi (kapsul vitamin A dan sirup besi).
- q. Menganjurkan keluarga sasaran untuk menggunakan garam beryodium.
- r. Mengantarkan kasus rujukan dan menindaklanjuti masalah pasca rujukan/perawatan.
- s. Menyenggarakan Diskusi Kelompok Terarah (DKT).
- t. Menilai status gizi sasaran setiap bulan dan melaporkan secara berkala.
- u. Melakukan pengumpulan data akhir dan mengevaluasi perubahan status gizi, Kadarzi, partisipasi masyarakat (D/S).
- v. Memberikan paket intervensi gizi pada kelompok sasaran.
- w. Membina hubungan kerjasama yang baik dan melakukan koordinasi dengan petugas gizi, bidan desa dan petugas kesehatan lain di wilayah kerjanya (Aswita, 2008)

5. Langkah-langkah pendampingan gizi

a. Pengumpulan data dasar

Pengumpulan data dasar dimaksudkan untuk mengidentifikasi atau menjaring (Screening) kelompok sasaran, yaitu keluarga yang mempunyai balita yang menderita KEP ($BBU < -2SD$), balita BGM dan atau balita tidak naik berat badan tiga kali berturut-turut (3T). Data dasar di samping diperlukan untuk menjaring kelompok sasaran, juga diperlukan untuk mengevaluasi kemajuan hasil intervensi setiap waktu tertentu dan untuk menilai keberhasilan program di setiap desa atau lokasi.

Pengumpulan data dasar dilakukan oleh TGP dengan bantuan kader setempat. Identifikasi status gizi dilakukan dengan cara melakukan pengukuran langsung status gizi terhadap seluruh balita yang ada di setiap desa pendampingan. Selain data hasil pengukuran langsung status gizi, pengumpulan data dasar juga dilakukan dengan cara mencatat hasil penimbangan berat badan balita 3 bulan terakhir melalui KMS (Kartu Menuju Sehat). Pengukuran status gizi dapat dilakukan secara berkelompok di posyandu atau rumah penduduk. Bagi balita yang tidak terjangkau dalam pengukuran status gizi, maka harus dilakukan pengukuran dari rumah ke rumah (door to door). Data hasil pengukuran status gizi balita kemudian diinterpretasi

menggunakan standar NCHS-WHO sistem Z-skor untuk mengetahui status gizi.

b. Penetapan sasaran

Sasaran pendampingan pengasuhan balita adalah ibu, pengasuh atau anggota keluarga lain yang mempunyai balita dengan kriteria sebagai berikut :

- 1). Gizi buruk (BBU < -3 SD)
- 2). Gizi kurang (BBU -2 SD s.d. -3 SD)
- 3). Berat badan tidak naik berturut-turut tiga kali (3T)

Balita yang memenuhi kriteria di atas kemudian didaftar menurut dusun atau posyandu Untuk mempermudah intervensi, kelompok sasaran dibagi dua, yaitu sasaran berkelompok dan sasaran individu. Penetapan kelompok sasaran dilakukan dengan terlebih dahulu berkoordinasi dengan bidan, kepala desa dan atau Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas.

c. Interview

Tenaga pendamping membuat jadwal pendampingan, baik untuk sasaran perorangan atau sasaran berkelompok. Jadwal dibuat menurut wilayah posyandu, atau wilayah tempat tinggal sasaran, diupayakan agar sasaran yang berdekatan dijadwalkan dalam waktu yang sama. Jadwal

tersebut selanjutnya disampaikan dijadwalkan dalam waktu yang sama.

d. Intervensi

Intervensi adalah serangkaian tindakan tentang cara member makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh tenaga pendamping kepada ibu atau pengasuh anak dalam bentuk kunjungan rumah (home visit), konseling (counseling) dan kelompok diskusi terarah (Focus Group Discussion = FGD).

Intervensi/pendampingan dilaksanakan dengan pendekatan asuhan gizi individu dan pendekatan asuhan gizi berkelompok. Pendekatan individu dilakukan terhadap sasaran yang tergolong gizi buruk atau sasaran yang tinggal berjauhan. Bagi sasaran yang tinggal berdekatan (berkelompok) dan sasaran yang menderita gizi kurang, pendampingan dilakukan menggunakan model asuhan gizi berkelompok. Sesi intervensi dilakukan dalam 3 tahap sebagai berikut:

1). Pendampingan intensif

Sesi ini dilakukan pendampingan intensif oleh tenaga gizi pendamping (TGP) guna membantu ibu menerapkan praktek asuhan gizi bagi balita dan

keluarganya. Tenaga Gizi Pendamping (TGP) diharapkan dapat mengajarkan ibu atau pengasuh balita tentang cara pengolahan makanan anak, perawatan kebersihan dan higiene anak, pengobatan sederhana bagi anak yang sakit, dengan metode konsultasi. Bagi sasaran yang gizi buruk terutama gizi tingkat berat (disertai tanda-tanda klinis marasmus dan kwashiorkor), TGP berperan sebagai perujuk atau mengantar langsung sasaran tersebut ke Puskesmas. Kegiatan pendampingan intensif berlangsung selama satu minggu berturut-turut (hari pertama sampai hari ketujuh).

2. Penguatan

Sesi ini dilaksanakan selama satu minggu yaitu hari kedelapan sampai hari keempat belas (minggu kedua). Pada sesi ini, sasaran tidak lagi dikunjungi setiap hari, namun hanya dua kali seminggu. Tujuannya adalah untuk memberikan penguatan atas apa yang dilakukan ibu atau pengasuh anak, sesuai dengan rekomendasi dan yang dianjurkan oleh tenaga pendamping. Bagi ibu atau pengasuh balita yang kurang mampu mengikuti instruksi dianjurkan untuk didekati secara persuasif agar ibu atau pengasuh balita mampu melakukan praktek asuhan gizi secara sederhana.

3. Praktek mandiri

Setelah melakukan penguatan, ibu atau pengasuh balita diberi kesempatan dua minggu (hari ke-15 sampai ke-24) untuk mempraktek secara mandiri (simulasi) yang didampingi oleh tenaga gizi pendamping dengan memperhatikan instruksi-instruksi yang dianjurkan.. Output yang akan dinilai pada akhir sesi ini adalah perubahan pengetahuan dan sikap serta pertumbuhan (kenaikan berat badan) anak dan kemampuan ibu atau pengasuh anak dalam melaksanakan asuhan gizi balita. Sasaran yang belum lulus atau balita yang masih mengalami KEP, ibu atau pengasuh yang belum mampu melaksanakan asuhan gizi balita dengan baik, harus didampingi kembali sebagai sasaran pada sesi intensif pada kegiatan pendampingan tahap selanjutnya (Aswita, 2008)

E. Tabel Sintesa Penelitian yang Relevan

Tabel sintesa adalah table yang berfungsi sebagai bahan perbandingan antara hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti sebelumnya. Tabel dibawah ini akan diperlihatkan mengenai penelitian-penelitian yang memiliki relevansi dengan penelitian yang peneliti lakukan. Secara rinci dapat dilihat pada table dibawah ini :

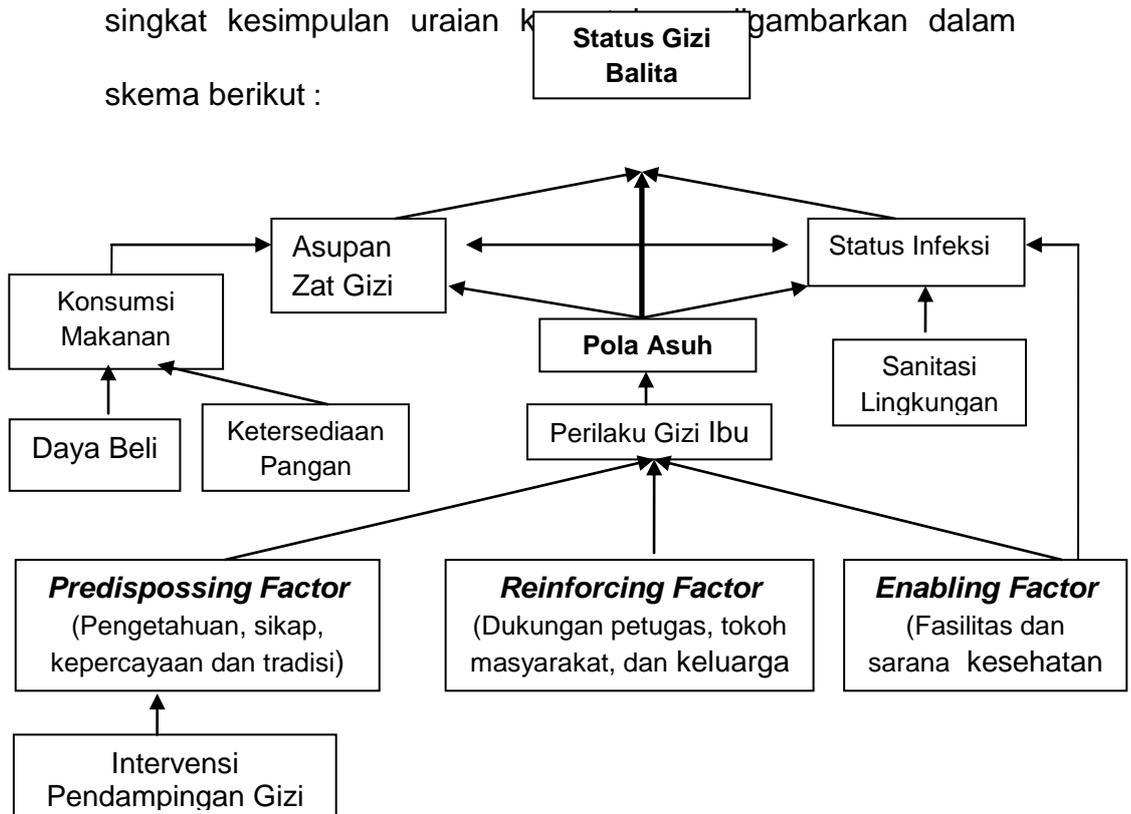
Tabel 2. Tabel Sintesa, Penelitian Mengenai Pendampingan Gizi

No	Peneliti (Tahun)	Judul	Desain	Variabel	Hasil penelitian
1.	Sirajuddin, 2007	Pengaruh Model Tungku terhadap status gizi anak usia 12-59 bulan di Kabupaten Selayar	Quasi Eksperimental dengan <i>Nonrandomized control group pre test post test Design</i>	Variabel bebas : Penerapan Model tungku Variabel terikat : Status Gizi dan Status pertumbuhan anak	Penerapan Model tungku dapat menurunkan prevalensi wasting sebesar 8,28% selama 3 bulan dan meningkatkan status pertumbuhan sebesar 28,6%.
2.	Aswita Amir, 2008	Pengaruh intervensi penyuluhan model pendampingan terhadap status gizi usia 6-24 bulan	Quasi Eksperiment dengan <i>Nonrandomized control group pre test post test Design</i>	Variabel bebas : Intervensi penyuluhan Model pendampingan Variable terikat : Pengetahuan ibu, tingkat asupan makanan dan hari sakit	Penerapan penyuluhan model pendampingan dapat meningkatkan pengetahuan ibu, TKE, dan menurunkan jumlah hari sakit diare pada baduta. Tidak ada perbedaan TKP, jumlah hari sakit ISPA antara kelompok intervensi dan kontrol
3	Moestue, H. & Huffly, S. 2008. Journal Epidemiology Community Health	Adult Education and Child Nutrition : The Role of Family and Community	Cross sectional design	Pendidikan dan penyuluhan Gizi Balita	Pendidikan/ Penyuluhan gizi berhubungan dengan status gizi balita (P<0,001)
4.	Gesman, dkk. 2008	Penanggulangan Gizi buruk. Studi keterlibatan Puskesmas dan Ninik Mamak, alim ulama, cerdik pandai	Metode Kualitatif dengan melakukan Survei, ceramah dan diskusi	Keterlibata PKM dan Ninik mamak, alim ulama, cerdik pandai dalam penanggulangan Gizi buruk	Penyuluhan (Konseling) kepada Ibu atau Pengasuh Balita dapat meningkatkan pengetahuan ibu dan status gizi balitanya.

Sumber data : Diolah dari berbagai Sumber

F. Kerangka Teori

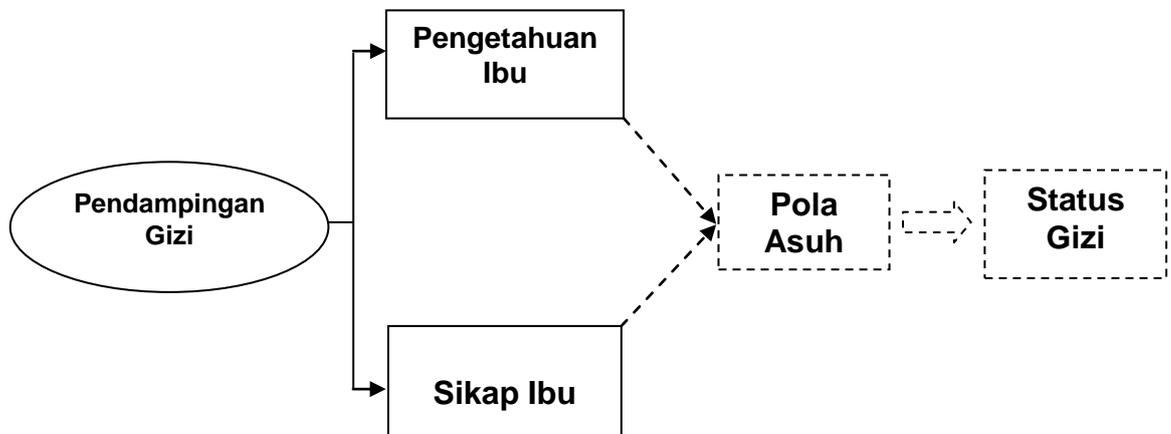
Kesimpulan dari uraian kepustakaan adalah status gizi dipengaruhi secara langsung oleh asupan gizi dan penyakit infeksi. Pendidikan dan pengetahuan, sumber daya ekonomi keluarga dan pelayanan kesehatan menjadi penyebab tidak langsung. Peningkatan pengetahuan dapat dilakukan dengan metode pendidikan individual (perorangan) dengan bentuk pendekatan penyuluhan. Pendampingan akan meningkatkan pengetahuan dan akan menyebabkan perubahan perilaku ibu dalam pemberian makanan dan perawatan anak. Secara singkat kesimpulan uraian k... gambarkan dalam skema berikut :



**Gambar 3. Kerangka Teori Penelitian
(Modifikasi dari UNICEF 1998 dan Green 1991)**

G. Kerangka Konsep

Pendampingan gizi apabila dilaksanakan dengan baik maka akan meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu, memperbaiki pola pengasuhan dan perawatan anak khususnya yang terkait dengan cara pemberian makanan anak, memelihara kebersihan anak dan memberikan pengobatan pada anak yang sakit. Apabila praktek pengasuhan anak dapat diperbaiki maka secara langsung akan meningkatkan status gizi dan menurunkan kejadian dan durasi penyakit infeksi pada anak, sehingga pada akhirnya akan meningkatkan status gizi balita. Secara konsep, alur pemikiran dalam penelitian digambarkan sebagai berikut :



Keterangan



:

Variabel Independent



:

Variabel Dependent

Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

H. Hipotesis

1. Ada pengaruh pendampingan gizi terhadap peningkatan pengetahuan gizi ibu tentang pola asuh pada balita.
2. Ada pengaruh pendampingan gizi terhadap peningkatan sikap ibu tentang pola asuh pada balita

I. Definisi Operasional

1. Pendampingan gizi adalah kegiatan pemberian dukungan dan layanan bagi keluarga mengenai pola asuh yang menyangkut tentang pola pemberian makan, pola Kebersihan anak dan lingkungan dan pola pengasuhan perawatan dasar anak yang dilakukan selama 30 hari oleh TGP (Tenaga Gizi Pendamping) dalam bentuk kunjungan rumah, penyuluhan intensif/konseling.

2. Pengetahuan gizi ibu

Adalah segala sesuatu yang diketahui ibu balita yang dilihat dari kemampuan ibu menjawab pertanyaan tentang pola asuh pada balitanya. Penilaian pengetahuan dengan menggunakan "*Skala Guttman*", dimana jawaban benar diberi skor (1) dan jawaban salah diberi skor (0).

3. Sikap Gizi Ibu

Adalah kecenderungan perilaku ibu tentang pernyataan gizi khususnya tentang pola asuh balitanya yang diukur dengan jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju terhadap pertanyaan yang diberikan

4. Penyuluhan Konvensional

Adalah pemberian pengetahuan keluarga khususnya ibu mengenai pola asuh yang dilakukan di posyandu oleh Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas selama 1 kali dalam sebulan.

5. Pola Asuh adalah praktik ibu dalam mengasuh anak balitanya yang dilihat dari :

a. Pola Pemberian Makan adalah kegiatan ibu yang berkaitan dengan waktu pemberian, porsi, frekuensi konsumsi, jenis bahan makanan dan susunan hidangan.

b. Pola Kebersihan Anak dan Lingkungan adalah kegiatan ibu yang berkaitan dengan frekuensi memandikan anak, menjaga kebersihan kuku, memakai sabun mandi, mencuci tangan, mengganti pakaian, menjaga kebersihan tempat tidur, dan melatih buang air besar/kecil (toilet training).

c. Pola Pengasuhan Perawatan Dasar Anak adalah kegiatan ibu yang berkaitan dengan kebiasaan ibu mencari bentuk pengobatan jika anak mengalami sakit (diare, demam) dan juga meliputi upaya pencegahan agar anak tidak jatuh sakit.