

# HEALTH & SPORT

Volume 13, Nomor 1, Agustus 2016

**ANALISIS KELUHAN MUSKULOSKELETAL SISWA AKIBAT  
PENGUNAAN MEJA KURSI YANG TIDAK ERGONOMIS DI SDN 13  
KABILA KABUPATEN BONE BOLANGO PROVINSI GORONTALO  
(RENI HIOLA)**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGGUNAAN  
ALAT KONTRASEPSI PRIA DI KABUPATEN BONE BOLANGO  
PROVINSI GORONTALO TAHUN 2015  
(LUSIANE ADAM)**

**TINGKAT PENGETAHUAN REMAJA PUTRI MENGENAI INFEKSI  
MENULAR SEKSUAL DI SMA NEGERI 3 KOTA GORONTALO  
(EDWINA. R .MONAYO)**

**GAMBARAN STATUS GIZI BATITA TERHADAP POLA ASUH  
KELUARGA MISKIN DAN TIDAK MISKIN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS PULUBALA  
(SUNARTO KADIR)**

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETIDAKPATUHAN  
PENDERITA PENYAKIT JANTUNG HIPERTENSI (HIPERTENSION  
HEART DISEASE) MINUM OBAT DI POLIKLINIK JANTUNG RSUD  
RADEN MATTATHER JAMBI  
(MURSIDAH DEWI)**

**TINGKAT KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT ANTIHIPERTENSI  
PASIEN RAWAT JALAN RSUD DR. M.M. DUNDA LIMBOTO  
(TETI SUTRIYATI TULOLI)**

**PENGARUH LATIHAN DOUBLE LEG SPEED HOP TERHADAP  
POWER OTOT TUNGKAI DALAM OLAHRAGA KARATE PADA  
SISWA PUTERA KELAS VII SMP NEGERI 1 TELAGA  
(RAHMAD ISHAK<sup>1</sup>), MARSA LIE TUMBAL<sup>2</sup>, SYARIF HIDAYAT<sup>3</sup>)**

**PENGARUH PENGGUNAAN METODE PEMBELAJARAN  
COOPERATIVE LEARNING (STAD) TERHADAP HASIL BELAJAR  
DAN KETERLIBATAN MAHASISWA PADA PELAJARAN SISTEM  
PERKEMIHAN MAHASISWA  
(RATNAWATI)**

**JURNAL HEALTH AND SPORT**  
**VOLUME 13 NOMOR 1 Agustus 2016**

---

Terbit dua kali setahun pada bulan Februari dan Agustus berisi naskah hasil penelitian, gagasan konseptual, Kajian Teori atau aplikasi IPTEK Olahraga dan Kesehatan

**Ketua Penyunting**

**Hartono Hadjarati**

**Wakil Penyunting**

**Tety Suryani Tuloli**

**Penyunting Pelaksana**

**Ruslan**

**Widysusanti Abdulkadir**

**Sunarto Kadir**

**Syarif Hidayat**

**Nanang .R. Paramata**

**Pelaksana Tata Usaha**

**Tety Monti**

**Wahyuni Musa**

**Fatmawati Panigoro**

**Pembantu Pelaksana Tata Usaha**

**Rochamat Gani**

**Supriato Kadir**

**Ucin Nue**

**JURNAL HEALTH AND SPORT** : Diterbitkan oleh Fakultas Olahraga dan Kesehatan UNG Kerjasama dengan Ikatan Sarjana Olahraga (ISORI) Provinsi Gorontalo.

Publikasi Naskah : Penyunting menerima naskah yang belum pernah diterbitkan dalam jurnal lain (Petunjuk bagi Penulisan : Baca pada bagian dalam sampul belakang)

Alamat Penyunting dan Sekretariat :

Kampus 3 FOK UNG : Jln. Jhon Ario Katili No 44 Kota Gorontalo. Tlp (0453-821698) Fax (0435-831944)

Email : [beladiri.langga@gmail.com](mailto:beladiri.langga@gmail.com)

## DAFTAR ISI

<b>Daftar Isi.....</b>	<b>i</b>
ANALISIS KELUHAN MUSKULOSKELETAL SISWA AKIBAT PENGUNAAN MEJA KURSI YANG TIDAK ERGONOMIS DI SDN 13 KABILA KABUPATEN BONE BOLANGO PROVINSI GORONTALO <b>Reni Hiola.....</b>	<b>2399</b>
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI PRIA DI KABUPATEN BONE BOLANGO PROVINSI GORONTALO TAHUN 2015 <b>Lusiane Adam .....</b>	<b>2412</b>
Tingkat Pengetahuan Remaja Putri Mengenai Infeksi Menular Seksual di SMA Negeri 3 Kota Gorontalo <b>Edwina. R .Monayo .....</b>	<b>2418</b>
GAMBARAN STATUS GIZI BATITA TERHADAP POLA ASUH KELUARGA MISKIN DAN TIDAK MISKIN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PULUBALA <b>Sunarto Kadir .....</b>	<b>2433</b>
FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETIDAKPATUHAN PENDERITA PENYAKIT JANTUNG HIPERTENSI (HIPERTENSION HEART DISEASE) MINUM OBAT DI POLIKLINIK JANTUNG RSUD RADEN MATTASHER JAMBI <b>Mursidah Dewi .....</b>	<b>2444</b>
TINGKAT KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT ANTIHIPERTENSI PASIEN RAWAT JALAN RSUD Dr. M.M. DUNDA LIMBOTO <b>Teti Sutriyati Tulol.....</b>	<b>2458</b>
PENGARUH LATIHAN DOUBLE LEG SPEED HOP TERHADAP POWER OTOT TUNGKAI DALAM OLAHRAGA KARATE PADA SISWA PUTERA KELAS VII SMP NEGERI 1 TELAGA <b>Rahmad Ishak1),Marsa Lie Tumbal2),Syarif Hidayat3) .....</b>	<b>2466</b>
PENGARUH PENGGUNAAN METODE PEMBELAJARAN COOPERATIVE LEARNING (STAD) TERHADAP HASIL BELAJAR DAN KETERLIBATAN MAHASISWA PADA PELAJARAN SISTEM PERKEMIHAN MAHASISWA <b>Ratnawati .....</b>	<b>2478</b>

# GAMBARAN STATUS GIZI BATITA TERHADAP POLA ASUH KELUARGA MISKIN DAN TIDAK MISKIN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PULUBALA

**Sunarto Kadir**

Fakultas Olah Raga dan Kesehatan, Universitas Negeri Gorontalo

Email: Sunarto.kadir@yahoo.co.id

## ABSTRAK

Status gizi sangat berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan balita. Status gizi balita merupakan hal penting yang harus diketahui oleh setiap orang tua. Status gizi juga berpengaruh pada kecerdasan balita, balita dengan gizi kurang atau buruk akan memiliki tingkat kecerdasan yang lebih rendah, nantinya mereka tidak mampu bersaing. Pola asuh anak merupakan kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya baik fisik, maupun mental, dan sosial, berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, dan memberi kasih sayang. Rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana status gizi batita terhadap pola asuh anak keluarga miskin dan tidak miskin. Tujuan penelitian yaitu mengetahui pola asuh anak keluarga miskin dan tidak miskin pada anak batita. Penelitian ini dilaksanakan di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo. Populasi penelitian ini adalah 96 batita dengan jumlah sampel sebanyak 40 batita. Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan dan persamaan pola asuh yang baik dan kurang baik pada keluarga miskin dan tidak miskin. Pada keluarga miskin terdapat status gizi buruk 15% dan gizi kurang 25%, sedangkan pada keluarga tidak miskin tidak ada gizi buruk tetapi ada status gizi kurang 10%. Dapat di simpulkan bahwa status gizi dapat mempengaruhi pola asuh, baik pada keluarga miskin dan keluarga tidak miskin. Jika pola asuh baik maka status gizi juga baik. Disarankan kepada masyarakat agar lebih memperhatikan penerapan pola asuh anak pada setiap keluarga.

***Kata Kunci: Status Gizi, Pola Asuh, Keluarga, Miskin, Tidak Miskin.***

## Pendahuluan

Berdasarkan profil kesehatan RI tahun 2010 diketahui bahwa prevalensi status gizi sangat kurus pada balita Indonesia yang di ukur berdasarkan BB/TB adalah 6,0%, gizi kurus sebanyak 7,3%, gizi normal 72,8% dan gizi gemuk sebesar 14,0%. Data Dinkes Provinsi Gorontalo menunjukkan angka balita penderita gizi buruk menurun dari tahun 2010 sebesar 17,5 persen, menjadi 14,44 persen pada tahun 2012. Angka tersebut diperoleh setelah melakukan Pemantauan Status Gizi (PSG) kepada 25 ribu balita.

Status gizi anak balita sangat dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain ketersediaan atau keberadaan sumber bahan pangan setempat, tingkat pendapatan, pendidikan, dan tingkah pengetahuan gizi ibu serta pola pengasuhan. Faktor yang cukup dominan yang menyebabkan meluasnya keadaan gizi kurang adalah perilaku yang kurang baik dikalangan masyarakat dalam memilih dan memberi makanan kepada anggota keluarganya, terutama kepada anak balita (Salam, 2001).

Pola asuh anak merupakan kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya baik fisik, maupun mental, dan sosial, berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat kebersihan, dan memberi kasih sayang (Hasibuan, 2000).

Desa Pulubala merupakan salah satu Desa yang ada di Kabupaten Gorontalo, yang berjumlah penduduk 823 KK, jumlah KK yang miskin 381 KK berdasarkan data Kantor Desa Pulubala Kecamatan Pulubala. Kemiskinan di Pulubala di gambarkan dengan kondisi rumah yang belum termasuk rumah yang sehat layak huni, dan dengan mata pencaharian yang upahnya hanya cukup untuk biaya makan sehari atau dua hari. Akan tetapi anak mereka dirawat sendiri dengan perhatian, dan diawasi langsung sehingga itu anak mereka tumbuh sehat. Sedangkan keluarga tidak miskin di Pulubala yaitu dengan orangtua PNS atau orangtua yang berpenghasilan tinggi yang dapat

membayar diluar dari kebutuhan keluarga. Tetapi keluarga tidak miskin hanya mengendalikan dengan adanya ketersediaan materi yang memadai, mereka tidak memperhatikan pengasuhan langsung dan waktu antara anak dan ibu.

Dengan Babysister, menitipkan anak pada nenek, tante, ibu, dan bahkan tetangga. Penitipan ini dilakukan karena pekerjaan orangtua yang diharuskan 8 jam bekerja, turun pagi pulang sore bahkan ada yang dalam seminggu bertemu anak hanya 2 hari. Sehingga itu inilah kesenjangan yang terjadi pada keluarga miskin dan tidak miskin dalam Pengasuhan Anak. Dengan laporan status gizi batita tahun 2013 Puskesmas Pulubala Kecamatan Pulubala, dengan jumlah batita sebanyak 185 batita, gizi buruk 34 balita, gizi kurang 41 batita. Belum teridentifikasi batita dari keluarga miskin dan tidak miskin.

Berdasarkan uraian di atas peneliti melakukan penelitian tentang “Gambaran Status Gizi Batita Terhadap Pola Asuh Keluarga Miskin Dan Tidak Miskin Di Wilayah Kerja Puskesmas Pulubala”

## Metode

Lokasi penelitian dilaksanakan di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo Provinsi Gorontalo. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juni tahun 2016. Jenis penelitian ini adalah survey deskriptif yang dilakukan kepada sekumpulan objek yang biasanya bertujuan untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu (Notoatmodjo, 2010) Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak batita

berumur 1-2 tahun yang terdaftar pada registrasi Puskesmas Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo, dengan jumlah 96 batita. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling*. Sampel dalam penelitian ini yaitu 20 batita dari keluarga miskin, 20 batita dari keluarga tidak miskin. Data yang telah di kumpul, kemudian diolah dan dianalisis secara deskriptif.

## Hasil dan Pembahasan

### Hasil

Tabel 3.1 Distribusi Sampel Berdasarkan Kelompok Umur Keluarga Miskin di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo.

Umur (Bulan)	Jumlah	
	n	%
12-17	4	20
18-23	7	35
24-29	7	35
30-35	2	10
Jumlah	20	100

Sumber : Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 3.1 didapatkan hasil bahwa usia batita pada keluarga miskin sebagian besar berusia 18-23 bulan dan 24-29

bulan yakni sebanyak 7 batita (35%), dan yang paling sedikit pada umur 30-35 bulan yakni sebanyak 2 batita (10%).

Tabel 3.2 Distribusi Sampel Berdasarkan Kelompok Umur Keluarga Tidak Miskin di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo

Umur (Bulan)	Jumlah	
	N	%
12-17	9	45
18-23	6	30
24-29	5	25
30-35	-	-
Jumlah	20	100

Sumber : Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 3.2 didapatkan hasil bahwa usia batita pada keluarga tidak miskin sebagian besar pada berusia 12-17 bulan yakni sebanyak 9 batita (45%) dan yang paling

sedikit pada umur 24-29 bulan yakni sebanyak 5 batita (25%).

Tabel 3.3 Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin Keluarga Miskin di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala kabupaten Gorontalo.

Jenis Kelamin	Jumlah	
Laki-Laki	10	50
Perempuan	10	50
Jumlah	20	100

Sumber : Data Primer, 2015

Berdasarkan tabel 3.3 didapatkan hasil bahwa frekuensi jenis kelamin pada kelompok keluarga miskin sama besar antara jenis kelamin Laki-laki dan Perempuan yakni sebanyak 10 batita (50 %).

Tabel 3.4 Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin Keluarga Tidak Miskin di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo.

Jenis Kelamin	Jumlah	
	Laki-Laki	5
Perempuan	15	75
Jumlah	20	100

Sumber : Data Primer, 2015

Berdasarkan tabel 3.4 didapatkan hasil bahwa frekuensi sampel terbanyak jenis kelamin Perempuan yakni sebanyak 15 batita (75%).

Tabel 3.5 Hasil Penelitian Berdasarkan Pola Asuh Keluarga Miskin Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo.

Pola Asuh	Baik		Kurang	
	n	%	n	%
Menjaga Anak	15	75	5	25
Pemberian Makanan	15	75	5	25
Penyimpanan Makanan	20	100	-	-
Pemberian Asi	11	55	9	45
Sanitasi Lingkungan	10	50	10	50

Sumber : Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 3.5 dapat diketahui bahwa pola asuh keluarga miskin pada kategori Menjaga Anak (Baik) yaitu sebanyak 15 batita 75%, dan Menjaga Anak (Kurang Baik) yaitu 5 batita 25%. Selanjutnya, kategori Pemberian Makanan (Baik) yaitu 15 batita 75% dan Pemberian Makanan (Kurang Baik) yaitu 5 batita 25%. Selanjutnya, kategori Penyimpanan Makanan (Baik) yaitu 20 batita 100%, dan Penyimpanan Makanan (Kurang

Baik) yaitu tidak ada karena setiap rumah sudah memiliki berbagai macam variasi penyimpanan makanan yang lebih baik. Selanjutnya, kategori Pemberian ASI (Baik) yakni 11 batita 55% dan Pemberian ASI (Kurang Baik) yaitu 9 batita 45%. Selanjutnya kategori Sanitasi Lingkungan (Baik) yaitu 10 batita 50%, dan Sanitasi Lingkungan (Kurang Baik) yaitu 10 batita 50%.

Tabel 3.6 Hasil Penelitian Berdasarkan Pola Asuh Keluarga Tidak Miskin di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo.

Pola Asuh	Baik		Kurang	
	n	%	n	%
Menjaga Anak	13	65	7	35
Pemberian Makanan	20	100	-	-
Penyimpanan Makanan	20	100	-	-
Pemberian Asi	9	45	11	55
Sanitasi Lingkungan	13	65	7	35

Sumber : Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 3.6 dapat diketahui bahwa pola asuh keluarga tidak miskin pada kategori Menjaga Anak (Baik) yaitu sebanyak 13 batita 65%, dan Menjaga Anak (Kurang Baik) yaitu 7 batita 35%. Selanjutnya, kategori Pemberian Makanan (Baik) yaitu 20 batita 100% dan Pemberian Makanan (Kurang Baik) yaitu tidak ada.

Selanjutnya, kategori Penyimpanan Makanan (Baik) yaitu 20 batita 100%, dan Penyimpanan Makanan (Kurang Baik) yaitu tidak ada. Selanjutnya, kategori Pemberian ASI (Baik) yakni 9 batita 45% dan Pemberian ASI (Kurang Baik) yaitu 11 batita 55%. Selanjutnya kategori Sanitasi Lingkungan (Baik) yaitu 13 batita 65%, dan Sanitasi Lingkungan (Kurang Baik) yaitu 7 batita 35%.

Tabel 3.7 Hasil Penelitian Berdasarkan Status Gizi Batita Keluarga Miskin di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo.

Status Gizi	Jumlah	
	n	%
Gizi Buruk	3	15
Gizi Kurang	5	25
Gizi Baik	12	60
Gizi Lebih	-	-
Jumlah	20	100

Sumber : Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 3.7 dapat diketahui bahwa Status Gizi keluarga miskin dalam kategori Gizi Baik yaitu sebesar 12 batita

(60%), selanjutnya kategori Gizi Kurang yaitu sebesar 5 batita (25%), dan kategori Gizi Buruk yaitu sebesar 3 batita (15%).

Tabel 3.8 Hasil Penelitian Berdasarkan Status Gizi Batita Keluarga Tidak Miskin di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo.

Status Gizi	Jumlah	
	n	%
Gizi Buruk	-	-
Gizi Kurang	2	10
Gizi Baik	18	90
Gizi Lebih	-	-
Jumlah	20	100

Sumber : Data Primer, 2015

Berdasarkan Tabel 3.8 dapat diketahui bahwa Status Gizi keluarga tidak miskin dalam kategori Gizi Baik yaitu sebesar 18 batita (90%), dan kategori Gizi Kurang yaitu sebesar 2 batita (10%).

Tabel 3.9 Hasil Penelitian Pola Asuh dan Status Gizi Keluarga Miskin dan Tidak Miskin di Desa Pulubala Kecamatan Pulubala Kabupaten Gorontalo.

Pola Asuh	Frekuensi	
	Keluarga Miskin	Keluarga Tidak Miskin
Menjaga Anak	75 %	65 %
Pemberian Makanan	75 %	100 %
Penyimpanan Makanan	100 %	100 %
Pemberian Asi	55 %	45 %
Sanitasi Lingkungan	50 %	65 %
Status Gizi	Keluarga Miskin	Keluarga Tidak Miskin
Gizi Buruk	15 %	-
Gizi Kurang	25 %	10 %
Gizi Baik	60 %	90 %
Gizi Lebih	-	-

Sumber : Data Primer, 2015

Berdasarkan tabel 3.9 dapat diketahui bahwa pola asuh indikator pertama yakni menjaga anak sebanyak 75% keluarga miskin dan 65% keluarga tidak miskin, indikator kedua yakni pemberian makanan sebanyak 75% keluarga miskin dan 100% keluarga tidak miskin, indikator ketiga yakni penyimpanan makanan sebanyak 100% keluarga miskin dan 100% keluarga tidak miskin, indikator keempat yakni pemberian ASI sebanyak 55% keluarga miskin dan 45% keluarga tidak miskin, dan indikator kelima yakni sanitasi lingkungan sebanyak 50% keluarga miskin dan 65% keluarga tidak miskin. Selanjutnya

dapat diketahui bahwa status gizi dengan kategori gizi buruk pada keluarga miskin 15% batita dan keluarga tidak miskin tidak ada batita gizi buruk, kategori gizi kurang pada keluarga miskin 25% dan keluarga tidak miskin 10%, kategori gizi baik pada keluarga

miskin 60% dan keluarga tidak miskin 90%, selanjutnya untuk kategori gizi lebih tidak ada baik pada keluarga miskin maupun keluarga tidak miskin.

## Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian, indikator pola asuh pertama yakni penyimpanan makanan sebanyak 100% keluarga tidak miskin dan 100% pada keluarga miskin. Hal ini disebabkan karena sebagian besar orangtua sudah memiliki berbagai macam variasi tempat yang baik digunakan untuk penyimpanan makanan.

Selanjutnya, Indikator menjaga anak sendiri sebanyak 65% batita pada keluarga tidak miskin dan 75% batita pada keluarga miskin, Sedangkan batita yang dijaga oleh nenek, tante, dan babysister sebanyak 35% keluarga tidak miskin dan 25% batita keluarga miskin. Pada indikator ini tidak terlampaui jauh perbedaan menjaga anak sendiri pada keluarga miskin dan keluarga tidak miskin, hal ini disebabkan banyak ibu dari keluarga tidak miskin pekerjaannya IRT, apalagi pada keluarga miskin. Untuk menjaga anak yang tidak dilakukan sendiri pada keluarga miskin disebabkan karena ada ibu yang pekerjaannya jualan dipasar. dan petani yang harus membantu suaminya, jadi mereka menitipkan anak pada nenek, bahkan tetangga.

Selanjutnya untuk keluarga yang tidak miskin karena ada yang pekerjaan PNS, Buruh, Penjual, dan Penjahit. Wanita yang berstatus sebagai ibu rumah tangga memiliki peran ganda dalam keluarga, terutama jika memiliki aktivitas di luar rumah seperti

bekerja ataupun melakukan aktivitas lain dalam kegiatan sosial. Wanita yang bekerja di luar rumah biasanya dalam hal menyusun menu tidak terlalu memperhatikan keadaan gizinya, tetapi cenderung menekankan dalam jumlah atau banyaknya makanan.

Sedangkan gizi mempunyai pengaruh yang cukup atau sangat berperan bagi pertumbuhan dan perkembangan mental maupun fisik anak. Selama bekerja ibu cenderung mempercayakan anak mereka diawasi oleh anggota keluarga lainnya yang biasanya adalah nenek, saudara perempuan atau anak yang sudah besar bahkan orang lain yang diberi tugas untuk mengasuh anaknya (Sunarti, 1989).

Selanjutnya indikator sanitasi lingkungan, yang melakukan sanitasi lingkungan dengan baik sebanyak 65% keluarga tidak miskin dan 50% keluarga miskin. Sedangkan yang belum melakukannya dengan baik sebanyak 35% keluarga tidak miskin dan 50% keluarga miskin. Dalam hal ini sanitasi lingkungan yang dimaksud yaitu kondisi bersih, rapi, dan teratur sekitar lingkungan batita. Orangtua yang belum mampu memperhatikan lingkungannya diakibatkan karena sibuk dan kurang peduli akan lingkungan yang sehat dan bersih.

Pengelolaan lingkungan yang buruk dan perawatan kesehatan yang tidak memadai

juga menjadi penyebab turunnya tingkat kesehatan yang memungkinkan timbulnya beragam penyakit (Saragih, 2010). 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. Selanjutnya indikator Pemberian ASI yang mendapatkan ASI yaitu sebanyak 55% keluarga miskin dan 45% keluarga tidak miskin.

Sedangkan yang tidak mendapatkan ASI yaitu sebanyak 45% keluarga miskin dan 55% keluarga tidak miskin. Melihat selisih yang tidak begitu berbeda batita yang mendapatkan ASI dan yang tidak mendapatkan ASI pada keluarga miskin dan keluarga tidak miskin hal ini disebabkan karena keluarga miskin yang tidak memberikan ASI melainkan susu formula diakibatkan karena ada ibu yang menganggap memberikan susu formula lebih praktis mereka tidak perlu mengonsumsi makanan yang lebih banyak agar menghasilkan ASI lebih banyak, ada juga ibu yang ASInya sedikit jadi memilih untuk tidak memberikan ASI, ada pula anaknya tidak mau menyusui, dan ada juga ibu yang hanya mengangkat anak. Sedangkan, yang tidak memberikan ASI dari keluarga tidak miskin karena ada yang sibuk dengan pekerjaan.

Pemberian ASI tidak dibatasi dan dapat

diberikan setiap saat terutama ASI eksklusif (As'ad, 2002). ASI eksklusif adalah bayi yang diberi ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur, biskuit dan tim.

Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya selama 4 bulan, tetapi bila mungkin sampai 6 bulan. Setelah bayi berumur 6 bulan harus mulai diperkenalkan dengan makanan padat, sedangkan ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih dari 2 tahun (Roesli, 2000). Hal ini di dukung oleh penelitian Azwar (2010) ada hubungan pemberian ASI dengan pekerjaan. Indikator yang sangat terlihat jelas perbedaannya adalah pada indikator pemberian makanan terlihat jelas bahwa pada keluarga miskin sebanyak 75% dan keluarga tidak miskin 100%. Hal ini terlihat dari batita dari keluarga miskin yang tidak di berikan makanan dengan cara di suapi, tidak diberikan makanan yang cukup kadar gizinya, sedangkan keluarga tidak miskin dapat memenuhi makanan dengan kadar gizi yang seimbang.

Sulistijani (2001) mengemukakan seiring bertambahnya usia anak ragam makanan harus bergizi lengkap dan seimbang yang mana penting untuk menunjang tumbuh kembang dan status gizi anak. Hal ini didukung dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Natalia (2006) yang menunjukkan hasil yang signifikan bahwa praktek pemberian makanan pada kategori baik. Penelitian di Bogota, Columbia membuktikan bahwa anak-anak yang menderita kurang gizi, dikunjungi

rumahnya setiap minggu selama 6 bulan oleh kader desa, ternyata pertumbuhan pada umur 3 tahun lebih tinggi daripada yang tidak dikunjungi. Dengan dikunjungi rumahnya, ibu-ibu menjadi lebih memahami kebutuhan anak dan memberi makan pada saat anak sedang lapar. Didapatkan juga bahwa ibu-ibu yang memahami tentang kebutuhan untuk perkembangan kognitif anak, anak-anaknya lebih pintar daripada ibu yang lalai dalam pengasuhan anaknya (Anwar, 2007).

Dari hasil penelitian status gizi batita keluarga miskin, didapatkan 15% yang termasuk dalam kategori gizi buruk, kategori gizi kurang 25%, dan kategori gizi baik 60%. Sedangkan status gizi batita keluarga tidak miskin, didapatkan gizi kurang sebanyak 10%, dan kategori gizi baik sebanyak 18 batita 90%.

Masalah gizi secara garis besar disebabkan oleh dua faktor yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung yang mempengaruhi status gizi adalah asupan makanan (energi dan protein) dan penyakit penyerta. Sedangkan faktor tidak langsung adalah tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, pola asuh, sosial budaya, ketersediaan pangan, pelayanan kesehatan dan faktor lingkungan (Depkes RI, 2007).

Anak balita berada dalam masa transisi dari makanan bayi ke makanan dewasa. Selain itu, balita juga belum dapat mengurus dirinya sendiri termasuk dalam memilih makanannya sehingga diperlukan peran perilaku orang tua. Menurut Moehji (2002) bahwa pengasuhan yang baik sangat baik untuk dapat menjamin tumbuh kembang anak yang optimal, misalnya keluarga miskin

dimana ketersediaan pangan dirumahnya belum tentu mencukupi, ibu yang tahu mengasuh anak dapat memanfaatkan sumber-sumber yang terbatas untuk dapat menjamin tumbuh kembang anak yang optimal.

Berdasarkan hasil penelitian antara status gizi batita dan pola asuh keluarga miskin dan tidak miskin meliputi : menjaga anak, pemberian makanan sendiri dan kadar gizi yang seimbang, penyimpanan makanan pada tempat yang tidak mudah di hinggapi lalat, kecoa, dan cicak, pemberian ASI, dan sanitasi lingkungan dalam hal ini lingkungan harus bersih, rapi, dan teratur.

Dapat diketahui bahwa yang telah dilakukan dengan baik pada keluarga miskin yakni menjaga anak yang dilakukan sendiri dan penyimpanan makanan. Karena untuk penyimpanan makanan sudah banyak variasi lemari ikan dijual dan untuk penjagaan anak sering dilakukan sendiri karena ibu batita mayoritas pekerjaannya URT. Sehingga itu status gizi batita keluarga miskin dari jumlah sampel 20 batita yang termasuk kategori gizi baik sebanyak 12 batita. Selanjutnya yang terbanyak indikator yang kurang baik pada indikator pemberian ASI, pemberian makanan dan sanitasi lingkungan, hal ini yang menyebabkan ada batita dari keluarga miskin termasuk pada kategori gizi buruk dan gizi kurang.

Dari 20 batita yang termasuk gizi buruk sebanyak 3 batita (15%), gizi kurang sebanyak 5 batita (25%). Hal ini di dukung oleh Hasil Penelitian Kusumaningsih (2012) menunjukkan bahwa ada hubungan pemberian makanan dengan status gizi pada bayi. Sebagian besar bayi yang diberi makanan pendamping ASI (MP-ASI) sesuai

dengan umur, jenis, dan jumlah pemberiannya maka bayi tersebut berstatus gizi baik. *UNICEF (United Nations Children's Fund)* menyatakan bahwa ada dua penyebab langsung terjadinya kasus gizi buruk, yaitu kurangnya asupan gizi dari makanan dan akibat terjadinya penyakit yang menyebabkan infeksi. Kurangnya asupan gizi bisa disebabkan oleh terbatasnya jumlah makanan yang dikonsumsi atau makanannya tidak memenuhi unsur gizi yang dibutuhkan. Selanjutnya untuk keluarga tidak miskin yang telah dilakukan dengan baik yakni penyimpanan makanan dan pemberian makanan. Selanjutnya indikator yang kurang baik dilakukan yakni Menjaga anak yang paling sering dijaga orang lain, pemberian ASI, dan sanitasi lingkungan. Hal ini dilihat terdapat balita dari keluarga tidak miskin ada yang termasuk pada status gizi kategori gizi kurang dari 20 balita kategori gizi kurang sebanyak 10%, dan gizi baik 90%. Hal ini didukung oleh penelitian TS Hidayat DKK (2011) Variabel sanitasi lingkungan hanya berhubungan dengan status gizi berdasarkan

klasifikasi BB/U. Tinggi rendahnya prevalensi gizi kurang hanya mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut.

Sanitasi lingkungan, lebih terlihat memberikan efek langsung pada perkembangan kesehatan anak balita. Selanjutnya dengan hasil penelitian dari Husin (2008) dengan 82 responden yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pola asuh dengan status gizi balita. Hasil penelitian Muh.Rizal (2010) lama pemberian ASI menunjukkan bahwa anak yang masih diberi ASI sampai sekarang memiliki status gizi yang lebih baik dibandingkan anak yang telah disapih, hal ini dikarenakan anak yang masih menyusui kebutuhannya jauh lebih terpenuhi dibanding anak yang telah berhenti menyusui dan hanya mendapat MP-ASI saja ataupun susu formula dimana ASI tidak akan dapat disamai oleh PASI (pengganti air susu ibu).

## **Simpulan dan Saran**

### **Simpulan**

1. Perbedaan pola asuh keluarga miskin dan tidak miskin, yang sangat terlihat pada indikator pola asuh pemberian makanan, pada keluarga miskin sebanyak 75% dan keluarga tidak miskin 100%.
2. Tidak semua balita keluarga tidak miskin memiliki status gizi baik ada juga yang mengalami status gizi kurang yakni sebanyak 10%. Dan tidak semua balita

keluarga miskin memiliki gizi buruk dan gizi kurang, ada juga yang memiliki status gizi baik yakni sebanyak 60%.

3. Pola asuh berpengaruh pada status gizi, baik pada keluarga miskin dan tidak miskin. Jika pola asuh yang diterapkan keluarga pada anak baik maka status gizi juga baik.

### **Saran**

1. Bagi Masyarakat, diharapkan untuk menerapkan pola asuh anak yang baik pada setiap keluarga baik dari segi

penjagaan anak, pemberian makanan, pemberian ASI dan sanitasi lingkungan.

2. Bagi Puskesmas, diharapkan agar lebih mensosialisasikan pentingnya ASI, pemberian makanan yang bergizi dan

hidup sehat dengan lingkungan yang bersih.

### Daftar Pustaka

- Anwar. 2007. Pola Asuh dalam Hubungannya dengan Status Gizi Balita Ditinjau dari Pekerjaan, Pendapatan dan Pengeluaran Orang Tua di Daerah Sulawesi Selatan. *Tesis*. Universitas Hasanudin. Makasar.
- As'ad. S, 2002. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kurang Energi Protein (KEP) Pada Anak Balita 6-59 Bulan di Jakarta Timur Tahun 2005. Skripsi FKM UI. 2007
- Departemen Kesehatan RI, 2007. Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI). Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Notoadmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Roesli, U. 2000. Mengenal ASI Eksklusif. Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara, Jakarta
- Salam, A. 2001. Faktor Sosial Budaya yang Mempengaruhi Status Gizi Anak Balita di Lingkungan Cagar Budaya Pemukiman Masyarakat Suku Sasak Kabupaten Lombok Tengah. *Tesis*. Universitas Airlangga. Surabaya.