

**PENGASUHAN ANAK BALITA GIZI SANGAT KURUS YANG MENGIKUTI PEMULIHAN GIZI
DI PUSKESMAS
(CARING PRACTICE FOR SEVERE WASTED CHILDREN WHO FOLLOWED TREATMENT
AT HEALTH CENTER)**

Astuti Lamid¹, Laurentia Konadi¹, Nurfi Afriansyah¹, Reviana Christijani², Bona Simanungkalit²

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumberdaya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Jl.Percetakan Negara no 29 Jakarta, Indonesia

²Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Jl.Percetakan Negara no 29 Jakarta, Indonesia
E-mail: astuti4@yahoo.com

Diterima: 20-10-2018

Direvisi: 28-11-2018

Disetujui: 22-12-2018

ABSTRACT

Severe wasted among children under five is still a public health problem. Treatment of severe wasted at the health center follows the management recommended by the Ministry of Health and WHO. The improvement of nutrition and health status has not been maximized during treatment and it was suspected related to childcare. Therefore it will be studied how caring practice had been done at household. The purpose of this study was to examine caring practice level and their constraints as well. This research was a mix-method with cross-sectional design, located in four provinces. Then in each province, the two highest regencies of severe wasted were selected, and purposively from each district one health center was taken which had a lot of severe wasted cases. Sample were parents whose children suffered from severe wasted and informants were nutritionist of health center and integrated post cadre. Data collected were data of characteristics children and their families, feeding and care for sick children habit and caring practice level of parents. Data was analyzed descriptively. Results levels of good caring practice were highest in West Java Province (60%), while the other three provinces were lower. The constraints faced were the low mothers education, father's main job as laborers, the habit of giving prelacteal food and formula milk from birth, solid food given at the beginning children suffered from severe wasted and complaints of some infectious diseases. There needs to be an increase in caring practice level with parenting programs both expected to be at health center or at integrated post.

Keywords: *caring practice, childcare, parenting, severe wasted, treatment*

ABSTRAK

Status gizi sangat kurus pada balita masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan prevalensi nasional sekitar 5,3 persen. Penanganannya di puskesmas mengikuti tatalaksana direkomendasikan Kementerian Kesehatan dan WHO. Saat ini peningkatan gizi dan kesehatan belum maksimal melalui pemulihan gizi sangat kurus, diduga masalahnya berkaitan dengan pengasuhan anak. Tujuan penelitian ini mengkaji pengasuhan anak dalam praktik pemberian makan, perawatan anak sakit di rumah tangga dan kendalanya. Penelitian ini merupakan penelitian *mix-method* dengan desain kros-seksional, berlokasi di empat provinsi dengan prevalensi gizi sangat kurus yang tinggi. Dari tiap provinsi dipilih dua kabupaten yang tinggi prevalensinya, kemudian secara *purposive* dari tiap kabupaten diambil satu puskesmas yang merupakan kantong gizi sangat kurus. Sampel adalah orang tua yang mempunyai balita gizi sangat kurus yang mengikuti pemulihan gizi di puskesmas. Informan adalah TPG Puskesmas dan kader posyandu. Data yang dikumpulkan adalah data karakteristik balita dan keluarga, kebiasaan pemberian makan dan perawatan anak, dan tingkat pengasuhan anak yang meliputi praktik pemberian makan, perawatan dan perkembangan anak. Data dianalisis secara deskriptif. Hasil tingkat pengasuhan anak yang baik tertinggi di Provinsi Jabar (60%), sedangkan tiga provinsi lainnya lebih rendah dan yang terendah di Provinsi NTT (26%). Kendala yang dihadapi adalah pendidikan ibu yang kurang (banyak yang hanya sampai sekolah dasar), pendidikan ayah terbanyak sebagai buruh, kebiasaan ibu yang memberikan makanan *prelakteal*, susu formula sejak lahir, kebiasaan memberikan makanan padat ketika anak mengalami gizi sangat kurus dan keluhan timbulnya beberapa penyakit infeksi. Perlu adanya peningkatan pengasuhan anak melalui program *parenting* untuk ibu balita gizi sangat kurus yang bisa dilakukan di Puskesmas atau posyandu. [*Penel Gizi Makan 2018, 41(2):101-112*]

Kata kunci: pengasuhan anak, *parenting*, gizi sangat kurus, pemulihan

PENDAHULUAN

Secara nasional menurut survei Riskesdas 2013, prevalensi gizi sangat kurus berdasarkan indikator antropometri BB/TB di Indonesia masih tinggi yaitu sebesar 5,3 persen. Separuh provinsi di Indonesia merupakan daerah dengan prevalensi gizi sangat kurus tinggi di atas prevalensi nasional. Kasus gizi sangat kurus tersebar mulai dari ujung timur Provinsi Papua sampai ujung barat Provinsi Aceh. Lima diantaranya merupakan provinsi dengan prevalensi tertinggi terdapat pada Provinsi Kalimantan Barat (10,4%), Papua (8%); Sumatera Utara (7,5%), Nusa Tenggara Timur (7,4%) dan Riau dan Bengkulu masing-masing sebesar 6,9 persen. Jumlah balita diperkirakan adalah 10 persen dari total penduduk Indonesia, maka dikalkulasikan jumlah balita gizi sangat kurus kurang lebih 1,5 juta anak.

Dampak gizi sangat kurus pada anak balita yang menonjol terlihat adalah sangat kurus, lebih pendek sebesar 7-8 cm dari anak normal, sering sakit karena imunitas menurun, kemampuan kognitif rendah dibanding anak normal, bila tidak segera ditolong dapat menyebabkan mortalitas meningkat¹. Dampak jangka panjangnya terjadi kehilangan sumberdaya berkualitas (*lost generation*) di masa depan. Kondisi ini mempengaruhi pencapaian terbaik bonus demografi pada tahun 2030².

Program penanganan gizi sangat kurus dilaksanakan di puskesmas dan Rumah Sakit (RS). Penanganan di puskesmas dilaksanakan oleh tim asuhan gizi yang telah mendapat pelatihan gizi sangat kurus. Penyelenggara pelatihan adalah Dinas Kesehatan daerah maupun pusat. Pedoman penanganan gizi sangat kurus di Puskesmas mengikuti tatalaksana Kementerian Kesehatan Indonesia³ dan WHO⁴ yang sudah diimplementasikan di daerah, mencakup sepuluh tahapan kegiatan di dalamnya termasuk penyuluhan gizi bagi orang tua balita. Melalui tatalaksana tersebut, dapat memperbaiki status gizi dan kesehatan balita. Namun saat ini pemulihan peningkatan status gizi dan kesehatan belum optimal^{5,6}. Kemungkinan status gizi sangat kurus berkaitan dengan pengasuhan anak.

Merujuk kerangka Unicef (1998), penyebab kurang gizi disebabkan dua hal yaitu penyebab langsung dan tidak langsung⁷. Secara langsung disebabkan kurangnya asupan zat gizi yang berasal dari makanan sehari-hari dan penyakit infeksi karena rendahnya imunitas anak dan faktor lingkungan sanitasi perumahan yang tidak higienis. Kedua faktor tersebut sangat dipengaruhi kurangnya pengasuhan anak yang dilakukan orang tua di

rumah. Pengasuhan dipengaruhi oleh faktor budaya, ketersediaan pangan di rumah tangga, sosial ekonomi seperti pendidikan, pengetahuan dan pendapatan.

Pengasuhan adalah interaksi antara orang tua dan anak selama mengadakan pengasuhan artinya orang tua mendidik, membimbing, mengarahkan perkembangan anak, mendisiplinkan serta melindungi anak dan memenuhi kebutuhannya⁸. Pengasuhan merupakan cara orang tua mendidik, membimbing dan membesarkan anak yang meliputi pola asuh makan, pola asuh psikososial, pola asuh kesehatan/perawatan⁹. Dengan diketahui pengasuhan anak di rumah tangga di beberapa daerah dapat merupakan bahan dalam meningkatkan pemulihan status gizi dan kesehatan anak balita selama perawatan melalui konseling gizi. Sampai saat ini belum ada penelitian yang mengulas tentang bagaimana pengasuhan di rumah tangga anak balita gizi sangat kurus yang mengikuti pemulihan gizi secara rawat jalan di Puskesmas. Sejauh ini penelitian yang ada hanya melihat pola asuh pada anak balita di posyandu yang berat badannya kurang ditunjukkan dalam kartu menuju sehat (KMS)¹⁰.

Berdasarkan permasalahan di atas, timbul pertanyaan bagaimana pengasuhan anak gizi sangat kurus termasuk praktik pemberian makan, praktik perawatan kesehatan dan praktik bimbingan perkembangan anak. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan mengetahui bagaimana pengasuhan di rumah tangga (makan, perawatan dan perkembangan) dan kendala yang dihadapi serta keluhan penyakit yang diderita anak balita gizi sangat kurus. berdasarkan ukuran berat dan panjang atau tinggi badan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif (*mix-method*) dengan desain kros-seksional yang merupakan bagian dari Penelitian dengan Biaya DIPA tahun 2017 dengan judul "Penelitian Studi Implementasi Penanganan Balita Kurus (Gizi Kurang) dan Balita Sangat Kurus (Gizi Buruk) di Puskesmas¹¹. Lokasinya pada empat provinsi yang dipilih prevalensi gizi sangat kurus berdasarkan antropometri berat badan/tinggi badan (BB/TB) masih relatif tinggi dan perbedaan kebiasaan pemberian makan dan perawatan kesehatan anak. Terpilih adalah Provinsi Banten, Jawa Barat (Jabar), Kalimantan Barat (Kalbar) dan Nusa Tenggara Timur (NTT). Kemudian dari masing-masing provinsi dipilih secara *purposive* dua kabupaten dengan prevalensi gizi sangat kurus tertinggi

dan dari masing-masing kabupaten dipilih satu puskesmas yang merupakan kantong gizi sangat kurus selama dua tahun terakhir.

Berdasarkan kriteria tersebut terpilih kabupaten di Provinsi Banten (Kabupaten Tangerang dan Serang), Provinsi Jabar (Kabupaten Bogor dan Karawang), Provinsi Kalbar (Kabupaten Sambas dan Kota Pontianak), dan Provinsi NTT (Kabupaten Malaka dan Kota Kupang). Kemudian Puskesmas terpilih Puskesmas Balaraja (Kabupaten Tangerang), Puskesmas KramatWatu (Kabupaten Serang), Puskesmas Sejangkung (Kabupaten Sambas), Puskesmas Pontianak Timur atau Saigon (Kota Pontianak), Puskesmas Betun (Kabupaten Malaka) dan Puskesmas Oepoi (Kota Kupang).

Sampel adalah orang tua balita gizi sangat kurus yang mengikuti pemulihan gizi di Puskesmas. Balita gizi sangat kurus ditentukan berdasarkan pengukuran antropometri berat badan dan panjang badan/tinggi badan (BB/TB) atau (BB/PB) < -3 Z skor. Secara consecutive dari masing-masing puskesmas terkumpul 15 orang tua balita gizi sangat kurus sehingga dari setiap provinsi (2 puskesmas) terpilih sebanyak 30 sampel orang tua balita gizi sangat kurus. Kriteria inklusi adalah orang tua balita kooperatif. Selain itu informan yang diambil adalah Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) dari tiap puskesmas, dan ketua kader posyandu dari 2 desa yang ada kasus balita sangat kurus. Dua desa yang diambil dianggap mewakili tiap puskesmas. Sehubungan setiap provinsi terdiri dari 2 puskesmas, dan tiap puskesmas diwawancarai 2 ketua kader posyandu maka dalam tiap provinsi jumlah keseluruhan ketua kader yang diwawancarai sebanyak 4 orang.

Data yang dikumpulkan terdiri dari karakteristik balita, keluarga (ayah, ibu), kebiasaan memberi makan dan merawat anak, dan tingkat pengasuhan anak. Karakteristik balita yaitu umur, jenis kelamin, BB lahir, BB dan PB/TB saat pengumpulan data, besar keluarga dan karakteristik keluarga terdiri dari tingkat pendidikan, pekerjaan orang tua. Pengasuhan anak terbagi dalam 1) praktik pemberian makan balita seperti riwayat pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif dan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), pemberian makanan *prelakteal*, pemberian makanan pendamping ASI (MPASI), pemberian kapsul vitamin A; 2) praktik perawatan kesehatan anak termasuk pemberian imunisasi, perawatan anak sakit, pemberian obat, tempat persalinan anak dan frekuensi *antenatal care* (ANC) ketika mengandung anak balita ini dan kekerapan anak ditimbang di posyandu, dan 3) praktik

psikososial/perkembangan yang terdiri dari pantauan perkembangan anak, siapa terbanyak yang mengasuh anak, siapa yang terbanyak yang memberi makanan anak, apakah ada alat permainan edukatif di rumah anak, cara menstimulasi perkembangan anak dan pola asuh stimulasi atau perkembangan. Tingkat pengasuhan anak dinilai baik bila jawaban yang benar lebih dari 70 persen ($\geq 70\%$) dan kurang bila jawabannya kurang dari 70 persen ($< 70\%$).

Pengumpulan data untuk ibu balita dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner terstruktur dan informan dengan wawancara mendalam dengan kuesioner tidak terstruktur. Data BB, PB atau TB diukur dengan pengukuran menggunakan timbangan injak dengan ketelitian 0,1 kg dan data PB diukur dengan alat panjang badan sedangkan TB dengan alat mikrotoise. Data BB, PB/TB yang diperoleh dihitung Z skor BB/TB/PB menggunakan baku WHO 2005. Data pengukuran antropometri dan wawancara terhadap ibu balita dan informan dilakukan oleh peneliti. Sedangkan data penyakit anak balita dikumpulkan oleh dokter Puskesmas. Data informan TPG yang diambil adalah kegiatan penyuluhan/konseling, stimulasi perkembangan anak, dan informan kader yang dikumpulkan adalah peranan kader dan dana desa yang terkait penanganan gizi sangat kurus. Selanjutnya data diolah dan dianalisis secara deskriptif.

HASIL

Sehubungan balita gizi sangat kurus baru pertama kali berkunjung ke Puskesmas jumlahnya kurang di masing-masing Puskesmas, maka pasien lama yang berkunjung sebulan dan dua bulan lalu akhirnya di rekrut, sepanjang BB/TB masih di bawah -3 Z skor. Proporsi balita gizi sangat kurus yang ditangani tidak diketahui, karena jumlah balita gizi sangat kurus yang ditangani masing-masing Puskesmas sulit diperoleh. Hal ini disebabkan pengumpulan data dilaksanakan pada bulan Juni sampai Agustus 2017 yang masih merupakan tahun berjalan.

Secara keseluruhan total sampel dari masing-masing provinsi yaitu Banten (Puskesmas Balaraja dan Kramat Watu), Kalbar (Puskesmas Sejangkung dan Pontianak Timur), Jabar (Puskesmas Cibungbulang dan Puskesmas Karawang); dan NTT (Puskesmas Oepoi dan Malaka) terkumpul sebanyak masing-masing 30 orang tua balita gizi sangat kurus. Hampir seluruh sampel yang diwawancarai adalah ibu balita, kecuali sebanyak 6,6 persen ($n=2$) sampel dari

provinsi Banten dan NTT yang diwawancarai adalah nenek balita gizi sangat kurus. Kondisi ini disebabkan ibu balita bekerja sebagai tenaga kerja wanita (TKW) di Arab Saudi dan Malaysia.

Karakteristik Sampel

Tabel 1 memperlihatkan karakteristik sampel balita sangat kurus. Hampir semua ibu balita ($\geq 50\%$) berpendidikan sampai Sekolah Dasar, dan ditemukan di antaranya kurang dari 10 persen ibu yang buta huruf (BH). Kecuali di provinsi Jabar persentase lebih rendah yaitu 46,3 persen hanya mencapai SD dan diantaranya sebesar 3,3 persen yang BH. Persentase yang tertinggi hanya mencapai SD di provinsi NTT (73,3%) dengan persentase yang BH sekitar 10 persen. Ibu yang berpendidikan tamat SMA terbanyak di provinsi Kalbar (36,7%) (di antaranya 10% berpendidikan D1/D3), dan persentase terendah di Provinsi NTT (13,3%).

Pekerjaan ibu di semua provinsi terbanyak sebagai ibu rumah tangga (RT). Persentase ibu bekerja sebagai buruh (di pertanian, pembantu RT, pasar tradisional) lebih kecil, demikian juga persentase ibu yang menggantungkan mata pencaharian dari sektor pertanian sebagai petani kecil, tidak lebih dari 10 persen. Sedangkan pekerjaan ayah terutama sebagai buruh (bangunan, pertanian, buruh pabrik) terbanyak terlihat di provinsi NTT (46,7%) dan tiga provinsi lainnya masing-masing sebesar 33,3 persen. Terbanyak

berikutnya adalah bekerja sebagai pegawai (kantor, sekolah, pegawai negeri sipil/PNS dan lain-lain) dengan rentangan terendah (13,3%) di NTT sampai dengan tertinggi (33,3%) di Jabar. Sedangkan pekerjaan lainnya yaitu sebagai petani, pedagang, wiraswasta atau tidak bekerja ditemukan persentasenya lebih kecil.

Karakteristik anak balita

Distribusi umur anak balita gizi sangat kurus disajikan pada Tabel 2. Berdasarkan karakteristik anak balita gizi sangat kurus ditemukan paling banyak anak balita berusia di atas 2 tahun. Hampir di seluruh puskesmas di empat provinsi ditemukan kecil persentase anak umur 6-11 bulan. Lebih dari 50 persen balita gizi sangat kurus berjenis kelamin perempuan. Mayoritas keluarganya mempunyai ART lebih dari 3 orang dan mempunyai anak kurang dari 3 orang.

Adapun berat badan lahir anak balita gizi sangat kurus <2500 gram di semua provinsi kurang dari 40 persen, tertinggi di Puskesmas provinsi Kalbar dan NTT masing-masing 36,7 persen dan terendah di provinsi Banten 26,7 persen. Sebagian besar tipe keluarga di provinsi Banten (60%) dan NTT (63,3%) merupakan keluarga besar (*extended family*), kebalikannya tipe di provinsi Jabar dan Kalbar terbanyak merupakan keluarga inti (*nuclear*) dengan persentase masing-masing sebesar 73,3 persen dan 56,7 persen.

Tabel 1
Karakteristik Keluarga Balita Gizi Sangat Kurus

Karakteristik	Banten (N=30)		Jabar (N=30)		Kalbar (N=30)		NTT (N=30)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pendidikan Ibu	Buta huruf	1	3,3	1	3,3	1	3,3	3	10,0
	Tidak tamat SD	2	6,7	3	10,0	1	3,3	6	20,0
	Tamat SD	12	40,0	10	33,3	13	43,3	13	43,3
	Tamat SLTP/MTS	6	20,0	6	20,0	4	13,3	4	13,3
	Tamat SLT/MA	9	30,0	10	33,3	11	36,7	4	13,3
Pekerjaan Ibu	Petani	1	3,3	3	10,0	3	10,0	1	3,3
	Buruh	4	13,3	2	6,7	7	23,3	8	26,7
	Ibu rumah tangga	25	83,3	25	83,3	20	66,7	21	70,0
Pekerjaan Ayah	Pegawai (swasta, PNS)	9	30,0	10	33,3	6	20,0	4	13,3
	Wiraswasta	2	6,7	4	13,3	5	16,7	1	3,3
	Petani	2	6,7	2	6,7	3	10,0	4	13,3
	Buruh	10	33,3	10	33,3	10	33,3	14	46,7
	Pedagang	5	16,7	2	6,7	4	13,3	2	6,7
	Lain (Tidak bekerja)	2	6,7	2	6,7	2	6,7	5	16,7

Keterangan: MTS=Madrasah Tsanawiyah; MA=Madrasah Aliyah

Tabel 2
Karakteristik Anak Balita Gizi Sangat Kurus yang Mengikuti Pemulihan di Puskesmas

Karakteristik	Banten (N=30)		Jabar (N=30)		Kalbar (N=30)		NTT (N=30)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Umuranak	6-11 bl	4	13,3	4	13,3	5	16,7	2	6,7
	12-23 bl	14	46,7	8	26,7	3	10,0	7	23,3
	24-59 bl	16	53,3	18	60,0	22	73,3	21	70,0
Jenis kelamin	Laki-laki	7	23,3	13	43,3	14	46,7	14	46,7
	Perempuan	23	76,7	17	56,7	16	53,3	16	53,3
Jml ART	≤3 org	4	13,3	7	23,3	2	6,7	4	13,3
	4-5 org	15	50,0	14	46,7	17	56,7	9	30,0
	>6 org	11	36,7	9	30,0	11	36,7	17	56,7
Jml Anak	≤2 org	24	80,0	20	66,7	19	63,3	16	53,3
	3-4 org	5	16,7	8	26,7	8	26,7	6	20,0
	>5 org	1	3,3	2	6,7	3	10,0	8	26,7
BB Lahir	<2500 gr	8	26,7	9	30,0	11	36,7	11	36,7
	≥2500 gr	22	73,3	21	70,0	19	63,3	19	63,3
Tipe Keluarga	Nuclear	12	40,0	22	73,3	17	56,7	11	36,7
	Extended	18	60,0	8	26,7	13	43,3	19	63,3

Tabel 3
Kebiasaan Makanan Diberikan

Jenis Makanan Biasa Diberikan	Banten (N=30)		Jabar (N=30)		Kalbar (N=30)		NTT (N=30)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Lahir-6ulan	Makanan prelakteal	10	33,3	8	26,7	9	30,0	12	40,0
	ASI eksklusif	12	40,0	13	43,3	12	40,0	12	40,0
	Susu_formula	8	26,7	9	30,0	9	30,0	6	20,0
Awal penelitian	MPASI	26	86,7	28	93,3	26	86,7	22	73,3
	Makanan padat	4	13,3	2	6,7	4	13,3	8	26,6

Kebiasaan Makanan dan Perawatan Kesehatan yang Diberikan Kepada Balita

Kebiasaan ibu dalam pemberian makan dan perawatan kesehatan pada anak balita terkait dengan tradisi dan budaya lokal masyarakat di daerah penelitian. Dari wawancara diperoleh makanan prelakteal telah diberikan sejak dini yaitu pada usia di bawah seminggu seperti madu, pisang, kopi dan kebiasaan ini masih banyak dilakukan di NTT (40%) diikuti dengan Banten (33,3%), terendah Jabar (26,7%). Pemberian ASI eksklusif di daerah penelitian berkisar dari 40-43,3 persen, tertinggi di Jabar (43,3%) dan terendah di 3 provinsi lain masing-masing 40 persen. Susu formula sudah diberikan

sebelum usia 6 bulan, bahkan ada diberikan pada usia kurang dari satu bulan (sejak lahir). Terbanyak diberikan pada balita gizi sangat kurus di provinsi Jabar dan Kalbar masing-masing sebesar 30 persen dan dua provinsi lainnya persentasenya lebih kecil.

Makanan Pendamping ASI (MPASI) seperti bubur bayi, nasi tim yang diberi ketika balita mengalami gizi sangat kurus tertinggi di Jabar (93,3%) diikuti di Banten dan Kalbar yang masing-masing sebesar 86,7 persen, dan terendah di NTT (73,3%). Namun masih ada balita gizi sangat kurus pada awal mengalami gizi sangat kurus diberikan makanan padat, tertinggi di NTT (26,6%) dan terendah (6,7%) di Jabar.

Tabel 4
Kebiasaan Perawatan Kesehatan

Kebiasaan perawatan kesehatan	Banten (N=30)		Jabar (N=30)		Kalbar (N=30)		NTT (N=30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Melahirkan anak di dukun	4	13,3	2	6,7	3	10,0	5	16,7
Tidak rutin menimbang anak	2	6,7	2	6,7	2	6,7	4	13,3
Imunisasi tidak lengkap	8	26,7	7	23,3	7	23,3	11	36,7
Anak berobat ke dukun	2	6,7	2	6,7	2	6,7	3	10,0
Cara tradisional penanganan gizi sangat kurus	9	30,0	6	20,0	12	40,0	18	60,0

Kepercayaan atau budaya mencari pertolongan kepada dukun masih ditemukan di empat provinsi. Persalinan di tolong dukun juga ditemukan tertinggi di NTT (16,7%), diikuti dengan Banten (13,3%); dan Jabar terendah (6,7%). Persentase orang tua biasanya membawa anak berobat ke dukun tertinggi di NTT (10,0%) dan terendah sisanya di tiga provinsi yang masing-masing sebesar 6,7 persen. Kebiasaan tidak rutin menimbang anak di posyandu terlihat kurang dari 13,3 persen. Imunisasi balita tidak lengkap ditemukan di NTT sebesar 36,7 persen, dan terkecil di Jabar dan Kalbar masing-masing 23,3 persen. Masyarakat mempunyai budaya lokal dalam cara penanggulangan gizi sangat kurus, hal ini dapat dilihat tertinggi yang menggunakan cara tradisional (seperti menggunakan minyak yang digosokkan pada tubuh) dalam penanggulangan gizi sangat kurus tertinggi 60 persen di NTT dan terendah Jabar sebesar 20 persen (Tabel 4).

Penilaian Pengasuhan Anak (Praktik Pemberian Makan, Perawatan Kesehatan dan Perkembangan)

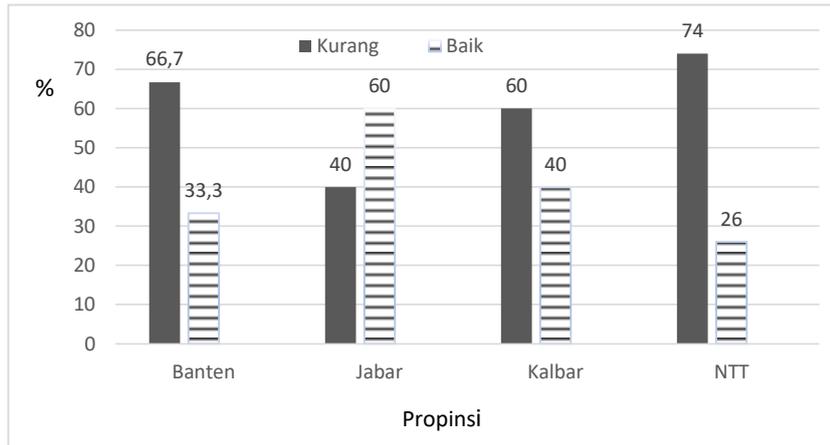
Penilaian ini diperoleh dari hasil wawan-

cara tentang bagaimana praktik pemberian makan, perawatan kesehatan dan perkembangan anak. Masing-masing praktik pengasuhan terdiri dari 10 pertanyaan. Jawaban yang benar ≥ 70 persen dikategorikan baik dan ≤ 70 persen dikategorikan kurang. Praktik pemberian makan termasuk kategori kurang yang dilakukan oleh orang tua terbanyak ($\geq 60\%$) di provinsi Banten, Kalbar dan NTT. Kebalikannya termasuk kategori baik terbanyak ($>50\%$) di Provinsi Jabar. Demikian pula praktik perawatan anak dan praktikbimbingan perkembangan termasuk kategori kurang persentase tertinggi lebih dari 50 persen terdapat di Provinsi Banten, Kalbar dan NTT. Namun kebalikannya termasuk kategori baik lebih dari 50 persen hanya pada provinsi Jabar (Tabel 5).

Secara keseluruhan pengasuhan anak yang merupakan gabungan praktik pemberian makan, perawatan dan bimbingan perkembangan anak disajikan pada Gambar 1. Pengasuhan anak tingkat baik terbanyak ditemukan di Provinsi Jabar (60%) sedangkan ketiga provinsi lainnya pengasuhan anaknya pada tingkat kurang dengan persentasenya lebih tinggi ($\geq 60\%$).

Tabel 5
Kategori Pengasuhan Menurut Praktik Pengasuhan

Praktik Pengasuhan	Kategori	Banten (N=30)		Jabar (N=30)		Kalbar (N=30)		NTT (N=30)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Pemberian Makan	Kurang	18	60,0	14	46,7	23	76,7	25	83,3
	Baik	12	40,0	16	53,3	7	23,3	5	16,7
Perawatan Kesehatan	Kurang	23	76,7	14	46,7	25	83,3	22	73,3
	Baik	7	23,3	16	53,3	5	16,7	8	26,7
Perkembangan	Kurang	17	56,7	10	33,3	16	53,3	20	66,7
	Baik	13	43,3	20	66,7	14	46,7	10	33,3



Gambar 1
Tingkat Pengasuhan Anak

Tabel 6
Pengasuh Anak Balita

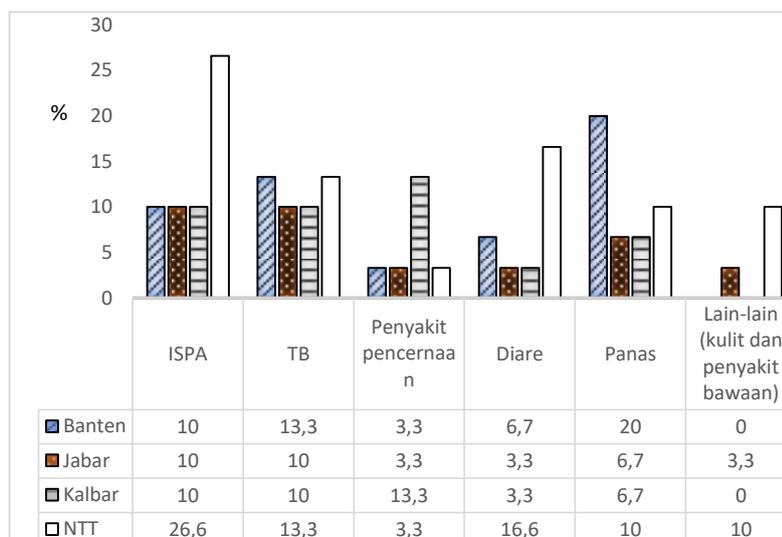
Pengasuh	Banten (n=30)		Jabar (n=30)		Kalbar (n=30)		NTT (n=30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ibu	24	80,0	22	73,3	21	70,0	22	73,3
Nenek	2	6,7	0	0	0	0	2	6,7
Bersama (ibu dan ayah/nenek dll)	4	13,3	8	26,6	9	30,0	6	20,0

Ibu terbanyak mengasuh anak di rumah, terlihat pada Tabel 6. Persentase ibu mengasuh anak sendiri pada Provinsi Banten tertinggi persentasenya (80%), diikuti oleh Provinsi Jabar dan NTT (masing-masing 73,3%) dan terendah pada Provinsi Kalbar sebesar 70 persen. Bila ibu mengasuh bersama dengan anggota lain tertinggi di provinsi NTT sebesar 20 persen dan terendah di Banten hanya 13,3 persen. Terlihat pengasuhan anak yang dilakukan oleh ibu sendiri dan bersama (ibu dan ayah/nenek dll) masih mendominasi pengasuhan di semua provinsi, tertinggi 100 persen di Jabar. Walaupun ada diasuh oleh ART lain seperti neneknya namun persentasenya sangat kecil (6,7%) yang terdapat di NTT dan Banten hal ini terjadi karena ibu bekerja sebagai TKW di Malaysia.

Penyakit yang Diderita Anak Balita

Beberapa jenis penyakit seperti ISPA, Tuberkulosis (TB), penyakit pencernaan,

diare, panas dan lain (termasuk kulit dan kongenital) masih diderita oleh balita gizi sangat kurus. Persentase jenis penyakit yang dikeluhkan anak gizi sangat kurus dalam kurun waktu seminggu yang lalu bervariasi antar provinsi. Penyakit ISPA yang terbanyak diderita di provinsi NTT dan terkecil di Banten, Jabar dan Kalbar (10%). Penyakit TB tertinggi di Provinsi Banten dan NTT dan terendah di Kalbar dan Jabar. Penyakit pencernaan terbanyak dikeluhkan balita gizi sangat kurus di Provinsi Kalbar dan lebih rendah (3,3%) ditemukan pada tiga provinsi lainnya. Keluhan penyakit diare terbanyak di Provinsi NTT, keluhan panas banyak diungkapkan oleh balita gizi sangat kurus di provinsi Banten. Sedangkan penyakit lainnya yang diutarakan ibu seperti kulit, mata hanya ditemukan tidak lebih dari 10 persen di NTT yang menderita penyakit kulit dan kelainan kongenital sedangkan di Jabar anak balita gizi sangat kurus mengalami sakit mata (Gambar 2).



Gambar 2
Proporsi Jenis Penyakit yang Dikeluhkan Balita Gizi Sangat Kurus

Peranan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas dan Kader Posyandu Terkait Pengasuhan Anak

Informasi peranan TPG dikumpulkan dari tiap puskesmas melalui wawancara mendalam. Kegiatan yang digali mengenai konseling dan stimulasi. Ditemukan di semua Puskesmas istilah status gizi sangat kurus belum digunakan secara luas, istilah yang dipakai adalah gizi buruk dengan indikator sama yaitu menurut BB/TB. Hasil wawancara diketahui bahwa konseling/penyuluhan gizi dan kesehatan dilakukan di semua puskesmas namun materi pengasuhan anak belum dimasukkan dalam kegiatan konseling tersebut. Adapun kegiatan stimulasi untuk menstimulus perkembangan motorik, hanya terdapat pada dua puskesmas provinsi Jabar. Pendapat TPG seperti yang dikemukakan di bawah ini:

‘Balita gizi buruk yang berkunjung ke Puskesmas, diperiksa kesehatan oleh dokter, setelah ditimbang dan diukur berat dan tinggi badan, diberi penyuluhan makanan bergizi, kesehatan termasuk Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yaitu kebiasaan mencuci tangan, memotong kuku dengan menggunakan leaflet dan buku Kartu Menuju Sehat’.

“Kadang-kadang dokter yang ada juga memberikan penyuluhan”.

“Kadang-kadang pemantauan ke rumah dilakukan untuk melihat pemberian obat, pemberian makanan tambahan dari puskesmas

di rumah tangga dan melihat perkembangan kesehatan anak balita”.

Adapun informasi kader posyandu didapatkan dari wawancara mendalam terhadap ketua kader dari 2 desa yang dianggap mewakili satu puskesmas. Belum semua 2 desa dalam wilayah puskesmas penelitian di 4 provinsi memberikan bantuan PMT dan insentif kader posyandu. Kecuali di Provinsi Jabar, 2 desa dari masing-masing puskesmas telah memberikan bantuan PMT dan memberikan insentif kader serta rujukan ke puskesmas/RS. Bantuan desa dalam hal rujukan yaitu membantu dengan menyiapkan surat keterangan tidak mampu (SKTM) dan bila diperlukan dapat menyiapkan kendaraan transpor berupa ambulans. Sedangkan di Provinsi Banten dan NTT hanya ada 2 desa dari satu puskesmas yang telah memberikan bantuan PMT, insentif dan rujukan kasus gizi sangat kurus. Sedangkan di Kalbar belum ada bantuan sama sekali dana desa yang diberikan pada desa dalam dua puskesmas di provinsi tersebut (Tabel 7).

Peranan kader terkait dalam kegiatan penanganan gizi sangat kurus adalah pendampingan balita ke puskesmas dan membagikan PMT ini telah dilakukan oleh semua kader pada Puskesmas di masing-masing provinsi. Namun pendampingan pengasuhan anak kerumah balita belum pernah dilakukan oleh kader di semua desa dan puskesmas daerah penelitian di empat provinsi.

Tabel 7
Informasi tentang kegiatan Di Puskesmas dan Desa

Informan	Informasi yang diperoleh	Banten 2 PKM	Jabar 2 PKM	Kalbar 2 PKM	NTT 2 PKM	
TPG	Konseling	Gizi dan Kesehatan	++	++	++	++
		Pengasuhan	--	--	--	--
Kader posyandu	Stimulasi	Perkembangan motorik anak	--	++	--	--
	Peranan Kader	1. Pendampingan balita ke puskesmas dan bagi PMT	++	++	++	++
		2. Pendampingan pengasuhan anak ke rumah balita	--	--	--	--
	Bantuan desa	1. Dana desa untuk PMT di posyandu dan insentif kader	+ -	++	--	+ -
2. Rujukan anak bila sakit ke puskesmas/rumah sakit		+ -	++	+ -	+ -	

Keterangan: PKM=Puskesmas

BAHASAN

Gambaran pengasuhan anak balita gizi sangat kurus di daerah penelitian dipengaruhi oleh tingkat pendidikan orang tua, pendapatan keluarga, dan kebiasaan orang tua dalam pemberian makan dan perawatan kesehatan anak. Seperti terlihat tingkat pendidikan ibu balita gizi sangat kurus di daerah penelitian sebagian besar ($\geq 50\%$) hanya mencapai sekolah dasar dan ditemukan pula kurang dari 10 persen ibu balita yang buta huruf. Kecuali di provinsi Jabar persentase lebih rendah yaitu 46,3 persen. Walaupun tingkat pendidikan suami tidak dikumpulkan datanya namun diperkirakan pendidikannya tidak jauh dari pendidikan istri. Tingkat pendidikan di daerah penelitian ini lebih rendah dari rata-rata lama pendidikan secara nasional sekitar 7,1 tahun (BPS 2004)¹². Rendahnya tingkat pendidikan di lokasi penelitian, membuat mereka tidak bisa bersaing di bursa tenaga kerja yang semakin kompetitif sehingga peluang untuk memperbaiki pendapatan keluarga berkurang. Lebih lanjut pendidikan orang tua berperan dalam memperbaiki kesehatan anak¹³. Selain itu minimnya pendidikan ibu juga dapat mempengaruhi pengasuhan anak di rumah⁷.

Persentase terbesar pekerjaan utama ayah sebagai buruh terlihat pada provinsi NTT (46,7%), dan sisanya 3 provinsi lainnya sekitar 33,3 persen. Kondisi pekerjaan ayah pada provinsi Jabar lebih baik karena persentase bekerja sebagai pegawai (PNS, pegawai swasta) tertinggi yaitu 33,3 persen. Namun demikian pada semua provinsi ditemukan ayah balita tidak bekerja dan bekerja sebagai buruh yang terbesar sehingga diperkirakan

pendapatan keluarga yang diperoleh dipastikan tidak mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari. Temuan lain yaitu persentase jumlah ART yang lebih besar dari 3 orang ditemukan pada semua provinsi dan keluhan penyakit diare, ISPA, TB, penyakit pencernaan dan panas yang sering diutarakan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain bahwa faktor risiko umumnya yang berhubungan dengan gizi sangat kurus adalah pendidikan orang tua yang rendah, besar keluarga, pendapatan keluarga atau kemiskinan, dan infeksi yang kambuh seperti penyakit diare dan penyakit infeksi lainnya¹³.

Kebiasaan Pemberian Makan dan Perawatan Anak Gizi Sangat Kurus

Makanan *prelakteal* seperti madu, pisang, kopi biasa diberikan kepada bayi bawah usia seminggu bahkan sejak lahir. Kebiasaan ini masih banyak dilakukan oleh ibu balita tertinggi di NTT (40%) dan terendah di Provinsi Jabar yaitu 26,7 persen. Selain itu susu formula sudah diberikan di bawah usia 6 bulan, bahkan ada yang diberikan sejak lahir. Persentase balita diberi makanan *prelakteal* dalam penelitian ini lebih rendah (kecuali di NTT), dibandingkan dengan survei Risesdas tahun 2010 dan 2013 yang sekitar 40 persen bayi lahir telah diberi makanan *prelakteal*. Penelitian ini serupa dengan hasil peneliti lain yang mengungkapkan bahwa pemberian minuman dan makanan selain ASI (makanan *prelakteal*, susu formula) sudah diberikan sejak bayi lahir sampai usia 6 bulan¹⁰.

Pemberian makanan selain ASI setelah bayi lahir merupakan penyebab gagalnya penerapan inisiasi menyusui dini dan

pemberian ASI eksklusif. Pemberian makanan *prelakteal* dimaksudkan agar bayi kenyang dan tidak rewel. Namun pemberian ini dapat menyebabkan gangguan pencernaan pada bayi yang dapat mengakibatkan bayi sakit perut dan diare. Jika bayi sakit, akan kurang mendapat asupan makanan yang bergizi dan beragam sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhannya.

Kebiasaan ibu balita yang anaknya mengalami gizi sangat kurus terbanyak diberikan MPASI, namun masih ada balita gizi sangat kurus pada awal mengikuti pemulihan gizi di puskesmas diberikan makanan padat yaitu tertinggi di NTT (26,6%) dan terendah (6,7%) di Jabar (Tabel 3). Pemberian makanan padat pada awal mengalami gizi sangat kurus tidak dianjurkan oleh Kemenkes dan WHO karena menurut pedoman tatalaksana gizi sangat kurus bahwa makanan balita gizi sangat kurus pada awal seharusnya diberikan makanan cair dan belum diberikan makanan padat^{3,4}.

Kebiasaan perawatan kesehatan anak masih menggunakan cara tradisional dan tergantung budaya lokal. Pada daerah penelitian menunjukkan ibu balita biasa membawa anaknya berobat ke dukun, demikian juga ditemukan kurang dari 20 persen persalinan di tolong oleh dukun di empat provinsi (Tabel 4). Survei kesehatan rumah tangga tahun 1980 menyebutkan bahwa anggota masyarakat masih banyak yang mengobati sendiri penyakitnya (34,8%) ataupun pergi ke dukun serta pengobatan alternatif lainnya (6,0%)¹⁴. Demikian juga pengobatan ke dukun masih ada di beberapa daerah Indonesia termasuk di Pulau Sumatera¹⁴.

Kebiasaan lain seperti tidak rutin menimbang anak di posyandu terlihat kurang dari 13 persen, imunisasi anak tidak lengkap sekitar 23,3 sampai 36,7 persen di empat provinsi. Dihubungkan dengan data Riskesdas 2013, maka di daerah penelitian ini persentase anak yang tidak rutin menimbang lebih rendah dan persentase imunisasi tidak lengkap lebih tinggi. Masyarakat mempunyai budaya lokal yaitu dengan menggosok dengan minyak cara penanggulangan gizi sangat kurus, hal ini dapat dilihat cara tradisional tertinggi di NTT (60%) dan terendah di Banten (20%) yaitu dengan menggosok dengan minyak.

Pengasuhan Anak

Praktik pengasuhan pemberian makan pada 4 provinsi sebagian besar termasuk kategori kurang kecuali provinsi Jawa Barat dengan kategori baik persentasenya diatas 50

persen. Demikian juga praktik perawatan kesehatan dan praktik bimbingan perkembangan sebagian besar persentase terbanyak termasuk kategori kurang, hanya di provinsi Jabar tertinggi yang termasuk kategori baik. Total tingkat pengasuhan anak dari tiga praktik (pemberian makan, kesehatan dan bimbingan pengasuhan) sebagian besar tingkat pengasuhan termasuk tingkat kurang (lebih dari 60%), sedangkan di provinsi Jawa Barat terendah (40%). Dengan demikian pengasuhan tingkat baik berada di Provinsi Jabar tertinggi sebesar 60 persen.

Di daerah penelitian lebih dari 70 persen pengasuhan anak lebih banyak dilakukan oleh ibu. Pengasuhan bersama antar ibu dan ART lain juga ditemukan. Kurang dari 20 persen pengasuhan dilakukan oleh nenek balita gizi sangat kurus. Hal ini terjadi di Banten atau NTT, ibu RT bekerja di tanah pertanian atau bekerja sebagai TKW di Malaysia. Peranan pengasuh sangat penting dalam pengasuhan anak. Pengasuhan anak merupakan seluruh interaksi antara subjek (pengasuh) dan objek (balita) yang meliputi bimbingan, pengarahan dan pengawasan terhadap aktivitas objek sehari-hari yang berlangsung secara rutin sehingga membentuk suatu pola. Pengasuhan ini diarahkan untuk mengubah tingkah laku sesuai dengan kemauan si pengasuh¹⁶. Sedang menurut Engles (2008), pengasuhan dimanifestasikan cara orang tua memberi makan, perawatan kesehatan dan memberikan stimulasi mental serta dukungan emosional dan kasih sayang⁹. Lebih lanjut dikemukakan oleh Munawaroh (2015) bahwa pengasuhan mempengaruhi status gizi balita gizi sangat kurus dan kurang¹⁷. Sejalan dengan itu, Razak AB *et al* (2009), menyebutkan bahwa pengasuhan anak pada tingkat buruk berisiko pada anak balita gizi kurang dalam penyediaan makanan untuk anak balita¹⁸.

Agar peningkatan status gizi selama pemulihan gizi sangat kurus di Puskesmas terjadi, maka saatnya perlu ditingkatkan pengasuhan anak yang dilakukan oleh ibu. Studi kasus di Accra, Ghana menurut Ruel MT *et al* (1999), walaupun keluarga miskin dan pendidikan ibu rendah, dengan pengasuhan anak yang baik yang diukur dari praktik pemberian makan dapat memperbaiki status gizi anak balita kurang gizi¹⁹. Sejalan dengan itu menurut Baitun N (2012), program pengasuhan atau parenting dapat meningkatkan praktek pengasuhan anak dan perkembangan anak²⁰. Dengan program *parenting* ibu akan memahami cara pemberian makan sehingga, meningkat nafsu makannya, dan memberikan perawatan agar terhindar dari

cedera dan penyakit yang akan menghambat pertumbuhan menjadi gizi sangat kurus. Pengasuhan yang baik dilakukan ibu akan memberikan kontribusi yang besar pada pertumbuhan dan perkembangan balita sehingga akan menurunkan angka kejadian gangguan gizi.

Tingkat pengasuhan anak yang lebih baik ditemukan di Provinsi Jabar. Hal ini didukung oleh temuan bahwa 1) persentase tingkat pendidikan ibu yang hanya sampai di SD terendah, 2) pekerjaan orang tua bekerja sebagai pegawai terbanyak, 3) kecil persentase ibu yang memberikan makanan prelakteal dan makanan padat selama anak mengalami gizi sangat kurus dibandingkan pada tiga provinsi lainnya. Selain itu juga didukung dengan keterkaitan peranan TPG dan kader posyandu, yaitu adanya kegiatan stimulasi untuk memperbaiki perkembangan anak di dua Puskesmas di Provinsi Jabar, dan adanya dana desa yang dipergunakan untuk kegiatan PMT, insentif kader dan rujukan kasus gizi sangat kurus ke Puskesmas/RS (Tabel 7).

Sudah saatnya perlu ada program pengasuhan/parenting dalam program perbaikan gizi di Puskesmas dan Posyandu yang disinkronkan dengan program pemerintah yang ada di desa. Program parenting merupakan kegiatan pengasuhan anak berupa materi dan praktik yang disampaikan dalam konseling di puskesmas dan penyuluhan di posyandu. Peran kader selama ini yang terkait dengan gizi sangat kurus mendampingi balita ke Puskesmas dan mendistribusikan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), setelah kader mendapat pelatihan tentang parenting sekaligus dapat memberi pendampingan cara pengasuhan (praktik pemberian makan, perawatan anak, dan perkembangan anak) di rumah anak balita gizi sangat kurus. Selain itu diharapkan peranan kader posyandu lebih proaktif sebagai penghubung ke desa agar semua kegiatan atau program pemerintah melalui desa lebih diutamakan untuk keluarga yang mempunyai balita gizi sangat kurus. Terutama saat ini dana desa dari Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi dapat digunakan untuk membiayai pelaksanaan program dan kegiatan bersifat lintas bidang yaitu di posyandu seperti memberikan bantuan PMT, insentif untuk kader posyandu, pembangunan fisik posyandu dan lainnya²¹.

KESIMPULAN

Sebagian besar tingkat pengasuhan anak yang dilakukan ibu adalah kurang, tingkat pengasuhan baik yang terbanyak dilakukan

oleh ibu balita di Provinsi Jabar. Kendala yang dihadapi adalah pendidikan ibu yang rendah banyak yang sampai SD, pendidikan ayah terbanyak sebagai buruh, kebiasaan ibu di daerah penelitian yang memberikan makanan prelakteal, susu formula sejak dini/lahir, kebiasaan memberikan makanan padat ketika anak mengalami gizi sangat kurus dan keluhan timbulnya penyakit infeksi seperti ISPA, TB dll.

Tingkat pengasuhan anak yang lebih baik di Jabar didukung oleh peranan TPG dan kader posyandu di daerah penelitian, yaitu adanya kegiatan stimulasi untuk memperbaiki perkembangan anak, dan adanya dana desa yang dipergunakan untuk kegiatan PMT, insentif kader dan rujukan kasus gizi sangat kurus ke Puskesmas/RS.

SARAN

Informasi dari hasil penelitian ini baik pengasuhan anak, kendala dan peranan TPG dan kader sebagai bahan masukan untuk Kemenkes dan Kementerian lain yang terkait untuk menyusun program pengasuhan atau parenting dalam program perbaikan gizi, baik kegiatan tersebut dilakukan di puskesmas atau di posyandu.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih penulis sampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi (Banten, Jabar, Kalbar, NTT) dan Kabupaten (Tangerang, Serang, Bogor, Karawang, Pontianak, Sambas, Kupang dan Malaka) dan Kepala Puskesmas, TPG serta kader posyandu di wilayah puskesmas (Balaraja, Kramatwatu; Karawang, Cibungbulang, Pontianak Timur/Saigon, Sejangkung, Oepoi dan Betun) yang telah memberi izin untuk mengumpulkan data di lapangan dan semua pihak yang berkontribusi dalam penelitian ini.

RUJUKAN

1. Arnelia. The effects of severe malnutrition during early childhood on physical growth and intelligence level of school-age children. *Thesis*. SEAMEO-TROPED UI. Jakarta. 1999.
2. Heryanah. Ageing population dan bonus demografi kedua di Indonesia. *Populasi*. 2015;23(2):1-16.
3. Indonesia, Kementerian Kesehatan RI. *Petunjuk teknis tatalaksana gizi buruk: buku II*. Jakarta. 2003.
4. World Health Organization [WHO]. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior*

- health workers. Geneva: World Health Organization, 1999.
5. Lamid A, Arnelia, Puspitasari DS dan Irawati A. Optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan anak balita gizi buruk melalui peningkatan pemulihan rawat jalan. *Laporan Penelitian*. Bogor: Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, 2009.
 6. Arnelia, Irawati A, Lamid A, Fajarwati T dan Rahmawati R. Pengaruh pemulihan gizi buruk rawat jalan secara komprehensif terhadap kenaikan BB, PB dan status gizi anak balita. *Penel Gizi Makan*. 2010;33(2):125-137.
 7. Unicef. *The state of the worlds children*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
 8. Hurlock EB. *Child growth and development*. New York: Tata McGraw-Hill Education Pvt. Ltd, 2010.
 9. Engle PL and Lhotska L. The role of care in programmatic actions for nutrition: designing programmes involving care. *Food and Nutrition Bulletin*. 1999; 20(1):121-135.
 10. Adriani M dan Kartika K. Pola asuh makan pada balita dengan status gizi kurang di Jawa timur, Jawa tengah dan Kalimantan Tengah, tahun 2011 (Feeding pattern for under five children with malnutrition status in East Java, West Java, and Central Kalimantan, Year 2011). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2013;16(2):185-193
 11. Lamid A, Konadi L, Pratiwi D, Afriansyah N, Fitriana, Hartati NS dkk. *Penelitian studi implementasi penanganan balita kurus (gizi kurang) dan balita sangat kurus (gizi buruk) di puskesmas*. Laporan Penelitian. Jakarta: Puslitbang Sumberdaya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan. 2017.
 12. Indonesia, Badan Pusat Statistik. *National human development report*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2004.
 13. Bahawaluddin J, Arbab AJ, Shankar L, Ghulam RB, Saifullah J. Risk Factors for severe acute malnutrition in children under the age of five year in Sukkur. *Pak J Med Res*. 2012;51(4):111-113.
 14. Muzaham F. *Memperkenalkan sosiologi kesehatan*. Jakarta: UI Press, 1995.
 15. Handika SR, Yoza D, Budiani ES. Sistem pengobatan dan persepsi masyarakat terhadap pengobatan tradisional berdukun atau bulian di desa Sungai Pasir Putih Kecamatan Kelayang Kabupaten Indragiri Hulu (Treatment system and public perception of traditional treatment berdukun or Bulian in the village of Sungai Pasir Putih Kelayang Subdistrict, Indragiri Hulu District). *Jom Faperta UR*. 2016; 3(2):1-9.
 16. Gunarsa S. *Dasar teori perkembangan anak*. Jakarta: PT. BPK Gunung Mulia, 1997.
 17. Munawaroh S. Pola asuh mempengaruhi status gizi balita (Relationship of parenting pattern and toddlers' nutritional status). *Jurnal Keperawatan*. 2015;6(1):4-50.
 18. Razak AB, Gunawan IMA, Budiningsari RD. Pola asuh ibu sebagai faktor risiko kejadian kurang energi protein (KEP) pada anak balita. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2009;6(2):95-103.
 19. Ruel MT, Levin CE, Klemesu MA, Maxwell D, and Morris SS. *Good care practices can mitigate the negative effects of poverty and low maternal schooling on children's nutritional status: evidence from Accra: FCND Discussion Paper No. 62*. Washington DC: Food Consumption And Nutrition Division-International Food Policy Research Institute-World Development, Elsevier, 1999.
 20. Baitun N, Iqbal H, Jena DH, Tahmeed A, Grantham-McGregor S and Lars-Ake P. Effects of psychosocial stimulation on improving home environment and child-rearing practices: results from a community-based trial among severely malnourished children in Bangladesh. *BMC Public Health*. 2012;12:622-631.
 21. Indonesia, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi RI. *Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, Dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2018 tentang prioritas penggunaan dana desa tahun 2019*. Jakarta: Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi RI, 2018.