



**HUBUNGAN TINGKAT KESEJAHTERAAN KELUARGA
PENERIMA PROGRAM KELUARGA HARAPAN DENGAN
STATUS GIZI ANAK USIA DINI DI KECAMATAN
SEMARANG BARAT KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

**diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana
Pendidikan Program Studi Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini**

oleh

Annisa Salma Fadilah

1601416038

JURUSAN PENDIDIKAN GURU PENDIDIKAN ANAK USIA DINI

FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2020

PERNYATAAN

Dengan ini, saya

nama : Annisa Salma Fadilah

NIM : 1601416038

program studi : Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini S1

menyatakan bahwa skripsi yang berjudul "*Hubungan Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima Program Keluarga Harapan dengan Status Gizi Anak di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang*" ini benar-benar karya saya (penelitian dan tulisan) sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Atas pernyataan ini saya siap menanggung risiko/sanksi yang dijatuhkan apabila ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya ini.

Semarang, 28 Juli 2020



Annisa Salma Fadilah

NIM. 1601416038

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi dengan judul “Hubungan Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima Program Keluarga Harapan dengan Status Gizi Anak Usia Dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang” telah disetujui oleh pembimbing untuk diajukan ke sidang panitia ujian skripsi Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang, pada

hari : Selasa

tanggal : 28 Juli 2020

Mengetahui,



Ketua Jurusan PGPAUD

Amirul Mukminin, S.Pd., M.Kes
NIP. 197803302605011001

Dosen Pembimbing

dr. Reni Rawestuti Ambari Sumanto M.K.M
NIP. 19880620201402001

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Hubungan Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima Program Keluarga Harapan dengan Status Gizi Anak Usia Dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang” disusun oleh

Annisa Salma Fadilah

1601416038

telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi Fakultas Ilmu Pendidikan pada hari Selasa tanggal 18 Agustus 2020 dan disahkan oleh panitia ujian.

Semarang, 22 Oktober 2020

Panitia:

Ketua,



Drs. Edy Purwanto, M.Si
NIP. 196301211987031001

Sekretaris,

Amirul Mukminin, S.Pd., M.Kes
NIP. 197803302005011001

Penguji I

Amirul Mukminin, S.Pd., M.Kes
NIP. 197803302005011001

Penguji II

Yuli Kurniawati Sugiyo Pranoto., S.Psi., M.A., D.Sc
NIP. 19810704200512003

Penguji III

dr. Reni Pawestuti Ambari Sumanto M.K.M
NIP. 19880620201402001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Sugih tanpo bondo, digdoyo tanpo aji, nglurug tanpo bolo, menang tanpo ngasorake. Trimah mawi pasrah, suwung pamrih tepi adjrih, langgeng tan ana susah tan ana bungah, anteng manteng sugeng djeneng.”

-R.M. Panji Sosrokartono-

“Kita tidak mendapatkan kesejahteraan dengan sekedar menginginkannya”

-T Harv Eker-

Skripsi ini kupersembahkan untuk:

Seseorang yang akan kutemui dalam keabadian-Nya, Almarhum Abi Edi Prayitno.

Sosok tegar yang selalu berdiri dibelakangku, Ummi Mufliah dan Abi Sunaryo.

Saudaraku Mba Ike, Mas Difa, Mas Hasan, dan Mba Anna.

Almamaterku tercinta, Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini

Universitas Negeri Semarang.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan kasih sayang dan petunjukNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima PKH (Program Keluarga Harapan) dengan Status Gizi Anak di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang”.

Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat dalam menempuh studi jenjang Strata 1 (S1) untuk memperoleh gelar Sarjana Pendidikan di Universitas Negeri Semarang. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak yang mana telah memberikan bimbingan, dukungan, dan motivasi serta bantuan dalam berbagai bentuk. Penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. Dr. Drs. Edy Purwanto, M.Si, selaku Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang yang telah memberikan ijin dalam penyusunan skripsi ini.
2. Amirul Mukminin, S.Pd., M.Kes, selaku ketua Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini yang telah memberikan ijin dalam pelaksanaan skripsi ini.
3. dr. Reni Pawestuti Ambari Sumanto M.K.M, selaku dosen pembimbing yang banyak memberi arahan, motivasi, dan bimbingan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Rina Windiarti, S.Pd, M.Ed, selaku dosen wali yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Segenap dosen dan keluarga besar Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini yang telah mendukung dalam proses penyelesaian skripsi ini.
6. Kepala Dinas Sosial yang telah memberikan ijin penelitian, pengelola program PKH Mas Aldo (selaku Koordinator PKH Kota Semarang), Mba Putri (selaku Koordinator Pendamping PKH Kecamatan Semarang Barat), Mba Septi (selaku Koordinator Pendamping PKH Kecamatan Gunungpati), Mba Zenik dan Mas Fuad (selaku Pendamping Kelompok PKH).

7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah membantu dalam proses penyelesaian skripsi ini. Kesmas Bidang Gizi Mas Rudi dan Mbak Linda.
8. Kepala Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Semarang yang telah membantu dalam proses penyelesaian skripsi ini. Ibu Kasie Bidang Dalduk, Bu Erlin.
9. Camat Kecamatan Semarang Barat dan Ibu Suti selaku Kasie Sosial Kecamatan Semarang Barat yang telah melancarkan proses penelitian ini.
10. Abi Sunaryo dan Ummi Mufliah serta saudaraku (Mba Anna, Mba Ike, Mas Difa dan Mas Hasan), yang tiada henti mendukung dan mendoakan agar diberikan kemudahan dan kelancaran dalam proses skripsi ini.
11. Sahabat-sahabatku Soleh, Trischa, Tika, Kak Putri, Kak Yulita, Luthfiana, Linggar, Milang, Ayu dan Esa yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam proses menyelesaikan skripsi ini.
12. Teman seperjuangan rombel *internasional class* angkatan 2016 yang telah berjuang bersama.
13. Teman jurusan PGPAUD FIP Unnes, teman UKM Rebana Modern, dan teman The Green Scientist Society (GS2) FIP yang senantiasa memberikan bantuan dan semangat.
14. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, yang telah membantu dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini.

Penulis berharap semoga skripsi ini dapat berguna bagi para pembaca dan dapat memberikan sumbangan ilmu untuk kemajuan dunia anak usia dini pada umumnya dan kesehatan gizi anak usia dini pada khususnya.

Penulis

ABSTRAK

Fadilah, Annisa Salma. 2020. Hubungan Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima PKH (Program Keluarga Harapan) dengan Status Gizi Anak Usia Dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang. Skripsi, jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini, Universitas Negeri Semarang. dr. Reni Pawestuti Ambari Sumanto M.K.M

Kata Kunci: Kesejahteraan Keluarga, Program Keluarga Harapan (PKH), Status Gizi

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat kesejahteraan keluarga penerima PKH (Program Keluarga Harapan) dengan status gizi anak usia dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang. Misi besar PKH adalah untuk menurunkan angka kemiskinan dengan memberikan subsidi ekonomi kepada keluarga menengah kebawah sehingga kebutuhan ekonomi mereka tercukupi. Apabila kebutuhan ekonomi telah tercukupi maka tingkat kesejahteraan keluarga akan semakin membaik. Tidak hanya itu, pada program ini anak usia dini memiliki tunjangan tersendiri sehingga pemenuhan gizi mereka dapat tercukupi dengan baik, dan sudah semestinya anak penerima PKH memiliki gizi yang baik pula.

Penelitian ini adalah jenis penelitian *cross-sectional* yang dilakukan melalui pendekatan kuantitatif dengan menggunakan desain *ex post facto*. Populasi dalam penelitian adalah keluarga penerima PKH yang memiliki anak usia dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 164 keluarga yang didapatkan melalui teknik *cluster random sampling*. Pengambilan data dilakukan menggunakan kuesioner/ angket, observasi dan dokumentasi. Data dianalisis menggunakan analisis univariat dan bivariat.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa tingkat kesejahteraan keluarga penerima PKH di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang didominasi oleh Keluarga Sejahtera (KS) Tahap III dengan jumlah 87 keluarga (50,3%). Sedangkan untuk status gizi anak usia dini keluarga penerima PKH di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang didominasi oleh kategori status gizi baik dengan jumlah 67 anak (49,9%). Berdasarkan hasil uji hipotesis diketahui $p\text{ value} = 0,370 > 0,05$ yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat kesejahteraan keluarga penerima PKH dengan status gizi anak usia dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang dengan kekuatan hubungan antar variabel pada tingkat lemah yaitu $r = 0,062$.

Orangtua hendaknya lebih memperhatikan pola makan anak, ketersediaan menu harian, serta kecukupan gizi anak agar tidak ada lagi anak yang berada pada kategori *over nutrisi* maupun Kekurangan Energi Protein (KEP).

ABSTRACT

Fadilah, Annisa Salma. 2020. The Relationship between Level Family Welfare in Recipients PKH (Program Keluarga Harapan) with Early Childhood Nutritional Status in Sub-district of Semarang Barat Semarang City. Scription, Early Childhood Teacher Education Departement, Universitas Negeri Semarang. dr. Reni Pawestuti Ambari Sumanto M.K.M

Keywords: *Family Welfare, Program Keluarga Harapan (PKH), Nutritional Status*

The greatest mission from PKH is reducing poverty through give the family with middle-low income a subsidy in order to adequately their primary needs. If the primary needs have been fulfilled, the level of family welfare will get better. In addition, this program gives special subsidy for early childhood. So, their nutritional needs alredy better and the early childhood nutritional status should be properly with their age. The purpose of this study to find out the relationship between level family welfare in recipients PKH (Program Keluarga Harapan) with early childhood nutritional status in sub-district of Semarang Barat Semarang city.

This is cross-sectional with a quantitative approach and use ex post facto design. The population is PKH's family and has early childhood in sub-district of Semarang Barat. Samples chosen by cluster random sampling in 164 families. The data obtained with the questionnaire, documentation, and observation. Subsequently, the data analyzed by univariate and bivariate techniques.

The level of family welfare that recipients PKH in sub-district Semarang Barat dominated by KS level III with a total 87 families, whilst the nutritional status of early childhood dominated by good nutrition category with a total 67 children. Result from the hypothesis discovered that $p \text{ value} = 0,370 > 0,05$ that indicate nothing significant relation between the level of family welfare with nutritional status in early childhood of sub-district semarang barat semarang city with the strength of the variable relationship low $r = 0,062$.

Parents should more get attention with the children pattern of eating, daily menus, and the adequacy of childhood nutrition in order to decrease over nutrition or malnutrition in early childhood.

DAFTAR ISI

	Halaman
PENGESAHAN	iv
PRAKATA	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB	
I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	22
1.3 Tujuan Penelitian	22
1.4 Manfaat Penelitian	23
II. LANDASAN TEORI	
2.1 Tingkat Kesejahteraan Keluarga	25
2.2 Program Keluarga Harapan	33
2.3 Status Gizi	43
2.4 Anak Usia Dini	64
2.5 Kerangka Berpikir	83
III. METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis dan Desain Penelitian	86
3.2 Definisi Operasional Variabel	87
3.3 Hipotesis Penelitian	89
3.4 Populasi dan Sampel	89
3.5 Instrumen Penelitian	93
3.6 Teknik Pengumpulan Data	99

3.7 Teknik Analisis Data	101
IV. HASIL DAN BAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian	104
4.2 Bahasan	122
4.3 Keterbatasan Penelitian	152
V. PENUTUP	
5.1 Simpulan	154
5.2 Saran	154
DAFTAR PUSTAKA RUJUKAN	157
LAMPIRAN	164

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Data Tahapan Keluarga Sejahtera Kota Semarang Tahun 2019	6
1.2 Data Prevalensi Status Gizi BB/TB Anak Usia Dini Kota Semarang Tahun 2019 per Kecamatan	15
1.3 Prevalensi Stunting Kota Semarang Tahun 2019	18
2.1 Komponen Kesehatan	39
2.2 Komponen Pendidikan	40
2.3 Komponen Kesejahteraan Sosial	41
2.4 Kategori Status Gizi Pada Berbagai Ukuran Antropometri	51
2.5 Berbagai Kategori dari Cutoff Point Status Gizi Gomez	56
2.6 Kategori dan Cutoff Point Status Gizi Cara Havard Standard	57
2.7 Beberapa Kategori dan Status Gizi Berdasarkan Cara Waterlow	57
2.8 Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan WHO-NCHS	58
2.9 Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Anak Usia Dini 1-3 Tahun (Toddler)	69
2.10 Kebutuhan Vitamin dan Mineral Anak Usia 1-3 Tahun (1000 Kkal)	73
2.11 Contoh Menu Harian Gizi Seimbang untuk Anak Usia 1-3 Tahun (Toddler)	73
2.12 Angka Kecukupan Gizi (AKG) Pada Anak Usia Prasekolah	75
2.13 Makanan Panduan untuk Anak Prasekolah	76
2.14 Contoh Menu Makanan untuk Anak Usia Prasekolah	77
3.1 Definisi Operasional Variabel Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima PKH dan Status Gizi Anak Usia Dini	88
3.2 Sample Penelitian	92
3.3 Kisi Kisi Umum Instrumen Penelitian Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima PKH dan Status Gizi Anak Umur Dini	94
3.4 Hasil Uji Validitas Kuesioner Penelitian Pertama	96
3.5 Hasil Uji Baliditas Kuesioner Penelitian Kedua	97
3.6 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner	99

3.7	Kategorisasi Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima PKH berdasarkan Interval Kelas	100
4.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Ayah	108
4.2	Tendensi Sentral Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Ayah	109
4.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Ibu	110
4.4	Tendensi Sentral Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Ibu	110
4.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Anak Usia Dini	114
4.6	Tendensi Sentral Karakteristik Umur Anak Usia Dini	114
4.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Anak	114
4.8	Karakteristik Responden Berdasarkan Tinggi Badan Anak	115
4.9	Tendensi Sentral Karakteristik Tinggi Badan Anak	115
4.10	Karakteristik Responden Berdasarkan Berat Badan Anak	116
4.11	Tendensi Sentral Karakteristik Berat Badan Anak	116
4.12	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Kesejahteraan Keluarga	119
4.13	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Gizi Anak	120
4.14	Hasil Analisis Korelasi Hubungan Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima PKH dengan Status Gizi Anak Usia Dini	120
4.15	Hasil Uji Hipotesis Hubungan Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima PKH dengan Status Gizi Anak Usia Dini	122

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
3.1 Kerangka Berpikir Penelitian	85

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1.1 Proporsi Status Gizi Buruk dan Gizi Kurang pada Balita Tahun 2007 s.d 2018	11
1.2 Proporsi Status Gizi Sangat Pendek pada Balita Tahun 2007 s.d 2018	12
1.3 Proporsi Status Gizi Kurus dan Gemuk pada Balita Tahun 2007 s.d 2018 ..	12
1.4 Proporsi Status Gizi Buruk dan Gizi Kurang Balita menurut Provinsi Tahun 2013 s.d 2018	13
1.5 Proporsi Status Gizi Pendek dan Sangat Pendek pada Balita menurut Provinsi Tahun 2013 s.d 2018	13
1.5 Proporsi Status Gizi Kurus dan Sangat Kurus pada Balita menurut Provinsi Tahun 2013 s.d 2018	13
2.1 Cakupan PKH Tahun 2007 s.d 2018	35
2.2 Mekanisme Pelaksanaan PKH	38
2.3 Proses Validasi PKH	38
2.4 Pencapaian Anak KPM PKH Berprestasi Bidang Akademik	42
2.5 Pencapaian Anak KPM PKH Bidang Olahraga	43
2.6 Pencapaian Anak KPM PKH yang Diterima Bidik Misi dan Beasiswa Luar Negeri	43
2.7 Pencapaian Anak KPM PKH Berprestasi Bidang Sains	43
4.1 Peta Wilayah Kecamatan Semarang Barat	106
4.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Ayah	111
4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Ibu	112
4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Ayah	112
4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Ibu	113
4.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Nafsu Makan Anak	117
4.7 Karakteristik Responden Standar Menu Harian Keluarga	117
4.8 Jenis Pekerjaan Sampingan Responden	118
4.9 Jenis Pekerjaan Sampingan Keluarga Penerima PKH	126
4.10 Hasil Diagram Crosstab Pendidikan Terakhir Ayah dengan Tingkat	

Kesejahteraan Keluarga Penerima PKH di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang	129
4.11 Hasil Diagram Crosstab Pendidikan Terakhir Ibu dengan Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima PKH di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang	130
4.12 Hasil Diagram Crosstab Pekerjaan Ayah dengan Pendidikan Terakhir yang Ditempuh	132
4.13 Hasil Diagram Crosstab Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima Program PKH dengan Status Gizi Anak Usia Dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang	144

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Surat keputusan dosen pembimbing	165
2. Surat rekomendasi penelitian Kesbangpol	166
3. Surat balasan Dinas Kesehatan Kota Semarang	168
4. Lembar penjelasan penelitian	169
5. Kisi-kisi kuesioner penelitian	170
6. Pedoman observasi	172
7. Lembar kuesioner	173
8. Hasil uji instrumen kesejahteraan keluarga penerima PKH	177
9. Tabel distribusi frekuensi pendidikan terakhir ayah dan ibu, jenis pekerjaan ayah dan ibu, jenis kelamin anak usia dini, nafsu makan anak, dan standar pemenuhan menu harian	187
10. Tendensi sentral dan tabel distribusi frekuensi umur orangtua, umur anak, berat badan anak, dan tinggi badan anak	190
11. Hasil uji hipotesis hubungan tingkat kesejahteraan keluarga penerima PKH dengan status gizi anak usia dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang	194
12. Hasil observasi penelitian	197
13. Hasil tabulasi data penelitian	199
14. Data Dalduk Tingkat Kesejahteraan Keluarga Kota Semarang Tahun 2019	208
15. Data Prevalensi Status Gizi Anak di Kota Semarang Tahun 2019 berdasarkan BB/U	209
16. Data Hasil Pelaksanaan Bulan Penimbangan Balita (BPB) Berdasarkan BB/TB Indikator BB/TB Kota Semarang	210

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kemiskinan selalu memperoleh perhatian utama di Indonesia. Hal ini terjadi karena adanya kesadaran pemerintah bahwa kegagalan mengatasi persoalan kemiskinan akan berdampak pada munculnya berbagai persoalan baik dari segi sosial, ekonomi, maupun politik ditengah-tengah masyarakat. Persoalan kemiskinan di Indonesia dari tahun ke tahun terus mengalami penurunan.

Berdasarkan data BPS, jumlah penduduk miskin pada Maret 2018 sebanyak 25,95 juta orang (9,82%) menurun pada September 2018 sebanyak 0,80 juta orang (0,41%) hingga pada September 2019 terdapat sebanyak 25,14 juta orang (9,41%) yang berada di garis kemiskinan. Sedangkan persentase penduduk miskin di daerah perkotaan pada September 2018 sebesar 6,89%, turun menjadi 6,69% pada Maret 2019. Sementara persentase penduduk miskin di daerah perdesaan pada September 2018 sebesar 13,10%, turun menjadi 12,85% pada Maret 2019. Dibanding September 2018, jumlah penduduk miskin pada Maret 2019 di daerah perkotaan turun sebanyak 136,5 ribu orang (dari 10,13 juta orang pada September 2018 menjadi 9,99 juta orang pada Maret 2019). Sementara itu, daerah perdesaan turun sebanyak 393,4 ribu orang (dari 15,54 juta orang pada September 2018 menjadi 15,15 juta orang pada Maret 2019).

Garis Kemiskinan pada Maret 2019 tercatat sebesar Rp.425.250,- /kapita/bulan dengan komposisi Garis Kemiskinan Makanan sebesar Rp.313.232,-

(73,66%) dan Garis Kemiskinan Bukan Makanan sebesar Rp.112.018,- (26,34%). Pada Maret 2019, secara rata-rata rumah tangga miskin di Indonesia memiliki 4,68 orang anggota rumah tangga. Dengan demikian, besarnya garis kemiskinan per rumah tangga miskin secara rata-rata adalah sebesar Rp.1.990.170,-/rumah tangga miskin/bulan (BPS, 2019).

Menurunnya angka kemiskinan di Indonesia bukan berarti tingkat kesejahteraan masyarakat telah terlampaui dan tersebar secara merata. Kesejahteraan dapat diartikan sebagai kemampuan keluarga untuk memenuhi semua kebutuhan untuk bisa hidup layak, sehat, dan produktif. Sedangkan masih ada sekitar 13,3% masyarakat Indonesia yang berada dibawah garis kemiskinan sehingga menandakan bahwa tingkat kesejahteraan masyarakat masih perlu untuk diupayakan.

Oleh karena itu untuk mengentaskan kemiskinan dan mencapai tujuan pembangunan dalam hal kesejahteraan keluarga, pemerintah menggagas sebuah program yaitu Program Keluarga Harapan (PKH). Program Keluarga Harapan atau lebih dikenal dengan PKH merupakan salah satu program yang diciptakan oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia untuk menanggulangi kemiskinan di Indonesia. Sebagai sebuah program bantuan sosial bersyarat, PKH membuka akses kepada keluarga pra sejahtera terutama ibu hamil dan anak untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan kesehatan (faskes) dan fasilitas layanan pendidikan (fasdik) yang tersedia di sekitar mereka. Manfaat PKH juga mulai didorong untuk mencakup penyandang disabilitas dan lanjut usia dengan mempertahankan taraf

kesejahteraan sosialnya sesuai dengan amanat konstitusi dan Nawacita Presiden RI (Kemensos RI, 2018).

Misi besar PKH untuk menurunkan kemiskinan semakin mengemuka mengingat jumlah penduduk miskin Indonesia sampai pada Maret tahun 2016 masih sebesar 10,86% dari total penduduk atau 28,01 juta jiwa (BPS, 2016). Pemerintah telah menetapkan target penurunan kemiskinan menjadi 7%-8% pada tahun 2019, sebagaimana tertuang di dalam RPJMN 2015-2019. PKH diharapkan dapat berkontribusi secara signifikan untuk menurunkan jumlah penduduk miskin, menurunkan kesenjangan (*gini ratio*) seraya meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) (Kemensos RI, 2018).

Berdasarkan data Kemensos RI tahun 2018 menunjukkan bahwa terdapat 10.000.232 KPM (Keluarga Penerima Manfaat) di Indonesia. Terdapat sekitar Rp. 2.715.239.249.200,- diberikan kepada 39.843 warga dengan presentase realisasi sekitar 99,28%. Disisi lain untuk penyebaran Provinsi Jawa Tengah terdapat 1.537.360 KPM dengan dana Rp.413.068.240.000,- dengan persentase 13,37%. Sedangkan untuk Kota Semarang terdapat 23.983 KPM menerima bantuan PKH yang terdiri dari Kecamatan Banyumanik sebanyak 1.395 KPM, Kecamatan Candisari sebanyak 1.453 KPM, Kecamatan Gajah Mungkur sebanyak 581 KPM, Kecamatan Gayamsari sebanyak 1.292 KPM, Kecamatan Genuk sebanyak 2.016 KPM, Kecamatan Gunung Pati sebanyak 1.929 KPM, Kecamatan Mijen sebanyak 1.567 KPM, Kecamatan Ngaliyan sebanyak 1.224 KPM, Kecamatan Pedurungan sebanyak 1.947 KPM, Kecamatan Semarang Barat sebanyak 2.028 KPM, Kecamatan Semarang Selatan sebanyak 841 KPM, Kecamatan Semarang Tengah

sebanyak 820 KPM, Kecamatan Semarang Timur sebanyak 1.616 KPM, Kecamatan Semarang Utara sebanyak 2.689 KPM, Kecamatan Tembalang sebanyak 2.291 KPM, dan Kecamatan Tugu sebanyak 394 KPM.

Kecamatan Semarang Barat merupakan kecamatan dengan penerima KPM PKH terbanyak ketiga setelah Semarang Utara dan Tembalang. Kecamatan Semarang Barat terbagi kedalam 16 Kelurahan yaitu, Kelurahan Bojongsalaman, Kelurahan Bojongsari, Kelurahan Cabean, Kelurahan Gisikdrono, Kelurahan Kalibanteng Kidul, Kelurahan Kalibanteng Kulon, Kelurahan Karang Ayu, Kelurahan Kembangarum, Kelurahan Krapyak, Kelurahan Krobokan, Kelurahan Manyaran, Kelurahan Ngemplaksimongan, Kelurahan Salamanmloyo, Kelurahan Tambak Harjo, Kelurahan Tawangmas, dan Kelurahan Tawangsari. Masing-masing KPM terbagi kedalam kategori Bumil, Usia Dini, SD, SMP, SMA, Lanjut Usia, dan Disabilitas.

Kecamatan Semarang Barat merupakan daerah perkampungan yang mana sebagian besar penduduknya memiliki mata pencaharian yang beragam, seperti petani, buruh, nelayan, pengusaha, industri rumahan, pedagang, supir angkutan, pensiunan, PNS dan jasa. Sedangkan untuk penerima PKH sebagian besar didominasi oleh buruh pabrik dan pekerja serabutan. Hasil yang diperoleh hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, untuk kebutuhan lain seperti pendidikan dan kesehatan mereka sangat terbantu dengan adanya program ini. Dari segi sandang, papan, dan pangan keluarga penerima PKH di Kecamatan Semarang Barat sudah cukup baik, walaupun masih banyak ditemukan warga yang tidak memiliki sertifikat tanah atas rumah yang ditempati sehingga sewaktu-waktu dapat

digusur, sebagian besar keluarga tinggal bersama keluarga besar dalam satu rumah, dan sebagian yang lain tinggal di rumah kontrak maupun rumah peninggalan orangtua. Kebutuhan pangan mereka cukup terbantu dengan adanya program ini, walaupun dalam hal kecukupan gizi belum dapat dikatakan memadai. Mereka membeli baju hanya jika Idul Fitri saja, tetapi sebagian besar keluarga jika berpergian dan di rumah menggunakan baju yang berbeda, serta sopan.

Keluarga Penerima PKH di Kota Semarang Barat rajin mengikuti pertemuan yang diselenggarakan oleh pendamping PKH, walaupun sebagian besar merupakan pekerja, akan tetapi mereka memiliki kesadaran untuk mengikuti kegiatan ini. Tidak hanya itu, beberapa keluarga juga memberikan kontribusinya di lingkungan mereka, seperti menjadi pengurus dalam organisasi masyarakat dan ikut serta dalam kegiatan di lingkungan. Lokasi tempat tinggal keluarga merupakan daerah perkampungan yang masih *guyub rukun*, sehingga mereka masih mengunggulkan gotong royong dalam banyak hal, termasuk dalam memberikan donasi dan jimpitan lainnya. Berdasarkan hasil observasi, peneliti menyimpulkan bahwa rerata keluarga di Kota Semarang memiliki tingkat kesejahteraan yang berada pada tahap II dan III. Hal ini didukung dengan data yang diperoleh dari Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (Dalduk KB, 2019) terkait dengan tingkat kesejahteraan keluarga di Kota Semarang yang menyatakan bahwa sebanyak 29.523 keluarga berada pada tahap keluarga prasejahtera, sebanyak 62.345 keluarga berada pada tahap KS Tahap I, sebanyak 88.218 keluarga berada pada KS Tahap II, sebanyak 205.730 keluarga berada pada KS Tahap III, dan

sebanyak 51.067 keluarga berada pada KS Tahap III Plus. Berikut adalah data tahapan keluarga sejahtera di Kota Semarang.

Tabel 1.1 Data Tahapan Keluarga Sejahtera Kota Semarang Tahun 2019

No	Kecamatan	Hasil Pentahapan Keluarga Sejahtera					Jumlah
		Kelg. Pra-Sejahtera	KS I	KS II	KS III	KS III Plus	
1	Semarang Timur	1.514	3.625	6.369	5.288	1.158	17.954
2	Semarang Selatan	634	3.706	3.437	6.742	2.098	16.617
3	Semarang Barat	2.619	6.317	8.290	18.076	6.347	41.649
4	Semarang Tengah	1.373	4.372	3.054	3.544	2.049	14.392
5	Semarang Utara	4.572	5.998	6.917	11.085	2.819	31.391
6	Genuk	2.870	4.941	8.716	12.971	2.812	32.310
7	Gunungpati	1.288	2.189	4.567	16.811	1.252	26.107
8	Mijen	2.023	3.313	7.083	7.755	1.189	21.363
9	Tugu	600	1.029	2.820	4.367	180	8.996
10	Gayamsari	1.805	3.336	2.831	7.650	2.637	18.259
11	Candisari	2.350	5.113	5.379	7.463	1.441	21.746
12	Gajahmungkur	252	1.388	3.411	7.842	2.557	15.450
13	Pedurungan	2.170	4.969	8.710	22.942	6.364	45.155
14	Tembalang	2.574	4.780	5.859	32.213	4.240	49.666
15	Banyumanik	1.325	4.044	5.883	22.152	4.951	38.355
16	Ngalian	1.554	3.225	4.892	18.829	8.973	37.473
Kota		29.523	62.345	88.218	205.730	51.067	436.883

(Sumber: Data Dalduk, 2019)

Berdasarkan tabel 1.1 diketahui bahwa Kecamatan Semarang Barat merupakan kecamatan dengan tingkat kesejahteraan keluarga pra-sejahtera terbanyak di Kota Semarang yaitu dengan jumlah 2.619, kemudian untuk KS Tahap I terdapat sebanyak 6.317, KS Tahap II sebanyak 8.290, KS Tahap III sebanyak 18.076, KS Tahap III Plus sebanyak 6.347 sehingga total terdapat sekitar 17.954 keluarga di Kecamatan Semarang Barat. Banyaknya keluarga yang berada pada tingkat pra-sejahtera menjadikan Kecamatan Barat sebagai Kecamatan dengan penerima PKH terbanyak ke-3 setelah Kecamatan Tembalang dan Semarang Utara.

Pada program PKH keluarga mendapatkan bantuan tetap maupun bantuan komponen. Selain itu penerima PKH juga mendapatkan beberapa fasilitas dan

pendampingan dari pemerintah. Melalui program PKH pemerintah berharap tingkat kesejahteraan keluarga di Indonesia akan semakin meningkat. Hal ini dikarenakan keluarga adalah lingkup terkecil dalam tatanan masyarakat.

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedmen dalam Suprajitno, 2004). Menurut pakar konseling, keluarga adalah suatu ikatan/persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga (Sayekti dalam Suprajitno 2004). Anggota keluarga terdiri dari orangtua dan anak. Orangtua memiliki peranan penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Dasar pembentukan karakter anak dipengaruhi oleh orang tua, begitu juga dengan kebiasaan dalam beberapa aspek kehidupan ketika dewasa, tentu tak jauh dari bagaimana orangtua melakukan pembiasaan sejak dini.

Anak pada usia satu sampai tiga tahun merupakan masa “golden age”, yaitu usia emas yang ditandai dengan perkembangan impuls saraf otak. Masa tersebut akan menjadi masa penentu bagi perkembangan anak ditahap berikutnya. Optimalisasi masa emas anak semestinya harus didukung dengan stabilisasi dan keharmonisan dalam struktur keluarga, maupun pola pengasuhan (*parenting*) yang benar. Dua hal penting tersebut harus diciptakan oleh para orangtua (Rohmat, 2010).

Pola pengasuhan yang benar tidak melulu ditunjukkan melalui prestasi akademik maupun non akademik anak. Hal lain yang perlu diperhatikan orangtua untuk membentuk kualitas sumber daya manusia yang berkelanjutan adalah pembangunan kesehatan dan gizi anak. Pembangunan kesehatan dan gizi harus dilandasi oleh kesadaran mengenai pentingnya investasi kesehatan bagi kemajuan suatu bangsa. Tanpa kesehatan, tidak akan ada sumber daya manusia (SDM) intelektual dan produktif yang merupakan prasyarat utama keberhasilan suatu bangsa. Grossman (1972) menyatakan bahwa kesehatan adalah kapital utama pembangunan yang tanpanya, kapital-kapital lain tidak akan berfungsi optimal. Orangtua sebagai stakeholder memiliki peran yang penting dalam pemantauan kondisi kesehatan anak.

Kondisi kesehatan dan gizi dapat ditinjau dari sisi individu, lingkungan dan keluarga. Salah satu indikator kesehatan dan gizi yang sangat penting adalah status gizi anak. Hal ini dikarenakan anak merupakan investasi sumber daya manusia (SDM) yang memerlukan perhatian khusus untuk kecukupan status gizinya sejak lahir, bahkan sejak dalam kandungan. Ketika masih dalam kandungan dikatakan: apa yang dimakan ibu itulah yang dimakan janin, kalau ibunya merokok maka berarti pula janinnya merokok, dan jika ibunya minum minuman keras maka janinnya juga ikut minum minuman keras. Setelah lahir, apa yang dimakan oleh bayi sejak usia dini merupakan fondasi yang penting bagi kesehatan dan kesejahteraan di masa depan. Balita akan sehat jika sejak awal kehidupannya sudah diberi makanan sehat dan seimbang sehingga kualitas SDM yang dihasilkan optimal (Auliana, 2011).

Gizi adalah bagian yang cukup penting dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas. Untuk mencapai keseimbangan konsumsi gizi pada setiap individu atau keluarga juga dipengaruhi banyak faktor seperti ekonomi, sosial budaya, kebiasaan, kesukaan, kondisi kesehatan termasuk juga pendidikan dan pengetahuan seputar masalah gizi (Eliana & Sholikah, 2012).

Zat gizi dari makanan merupakan sumber utama untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anak yang optimal sehingga dapat mencapai kesehatan paripurna, yaitu sehat fisik, sehat mental, dan sehat sosial. Oleh karena itu, slogan umum bahwa pencegahan adalah upaya terbaik dan lebih efektif-efisien daripada pengobatan, harus benar-benar dilaksanakan untuk mencegah terjadinya masalah gizi pada anak. Kecukupan gizi adalah rata-rata asupan gizi harian yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bagi hampir semua (97,5%) orang sehat dalam kelompok umur, jenis kelamin, dan fisiologis tertentu. Nilai asupan zat gizi harian yang diperkirakan dapat memenuhi kebutuhan gizi mencakup 50% orang sehat dalam kelompok umur, jenis kelamin, dan fisiologis tertentu disebut dengan kebutuhan gizi (Muchtadi dalam Suprayitno & Sulistiyati, 2017).

Standar kecukupan gizi di Indonesia pada umumnya masih menggunakan standar makro, yaitu kecukupan kalori (energi), karbohidrat dan kecukupan protein, sedangkan standar kecukupan gizi secara mikro seperti kecukupan vitamin dan mineral belum banyak diterapkan di Indonesia. Kecukupan energi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, status fisiologis, kegiatan, efek termik, iklim, dan adaptasi. Untuk kecukupan protein dipengaruhi oleh faktor-

faktor umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, status fisiologi, kualitas protein, tingkat konsumsi energi dan adaptasi (Muchtadi dalam Suprayitno & Sulistiyati, 2017).

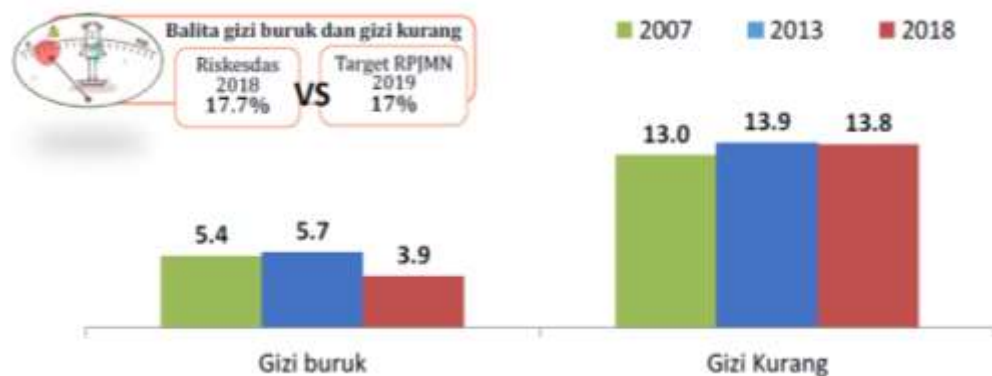
Konsumsi pangan masyarakat masih belum sesuai dengan pesan gizi seimbang. Hasil penelitian Riskesdas 2010 menyatakan gambaran tentang konsumsi pangan masyarakat Indonesia. Pertama, konsumsi sayuran dan buah-buahan pada kelompok usia di atas 10 tahun masih rendah, yaitu persentase konsumsi sayur sebanyak 36,7% dan konsumsi buah-buahan sebanyak 37,9%. Kedua, kualitas protein yang dikonsumsi rata-rata perorang perhari masih rendah karena sebagian besar berasal dari protein nabati seperti sereal dan kacang-kacangan. Ketiga, konsumsi makanan dan minuman berkadar gula tinggi, garam tinggi dan lemak tinggi, baik pada masyarakat perkotaan maupun perdesaan masih cukup tinggi. Keempat, konsumsi cairan pada remaja masih rendah. Kelima, cakupan pemberian Air Susu Ibu Eksklusif (ASI Eksklusif) pada bayi 0-6 bulan masih rendah yaitu sekitar 61,5% (Kemenkes RI, Pedoman Gizi Seimbang, 2014).

Dari beberapa permasalahan pangan diatas, secara garis besar masalah disebabkan oleh gizi. Permasalahan gizi pada anak usia dini dapat terjadi karena adanya ketidakseimbangan antara asupan dan penggunaannya oleh tubuh. Masalah gizi yang umum terjadi pada anak-anak Indonesia antara lain gizi buruk, gizi kurang, gizi lebih, masalah pendek (*stunting*), anemia gizi besi, juga kurang vitamin A (KVA) serta gangguan akibat kekurangan yodium.

Data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan *World Health Organization* (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR).

Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4%. Pada tahun 2017, lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (55%) sedangkan lebih dari sepertiganya (39%) tinggal di Afrika. Dari 83,6 juta balita stunting di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%).

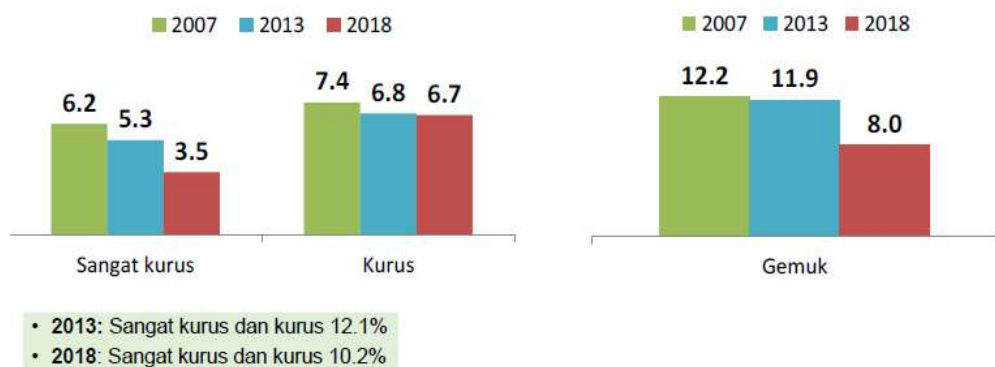
Indonesia saat ini tengah dihadapkan pada “*double burden of malnutrition*” atau masalah gizi ganda dimana pada satu sisi masih harus berupaya keras untuk mengatasi masalah kekurangan gizi salah satunya stunting, sementara di sisi lain masalah kelebihan gizi mulai merangkak naik yang berujung pada peningkatan kasus penyakit tidak menular (PTM) pada kelompok dewasa (Kemenkes, 2018). Berikut adalah hasil penelitian yang dilakukan oleh kementerian kesehatan pada tahun 2018 terkait prevalensi status gizi anak di Indonesia:



Gambar 1.1 Proporsi Status Gizi Buruk dan Gizi Kurang pada Balita Tahun 2007-2018. (Sumber: Laporan RISKESDAS, 2018)

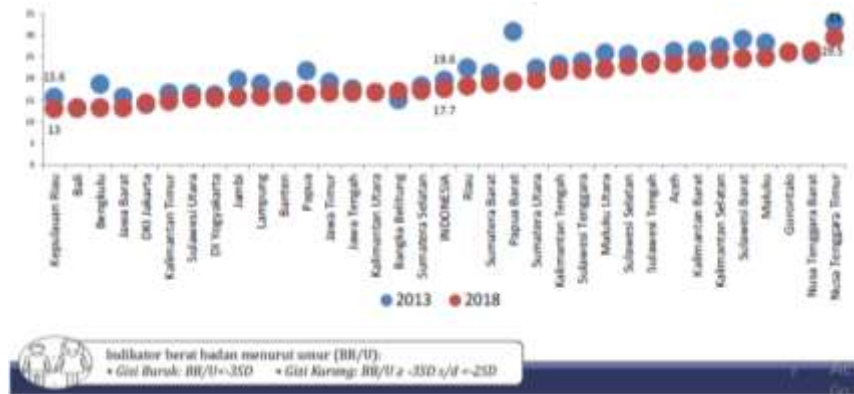


Gambar 1.2 Proporsi Status Gizi Sangat Pendek dan Pendek pada Balita 2007-2018.
 (Sumber: Laporan RISKESDAS, 2018)

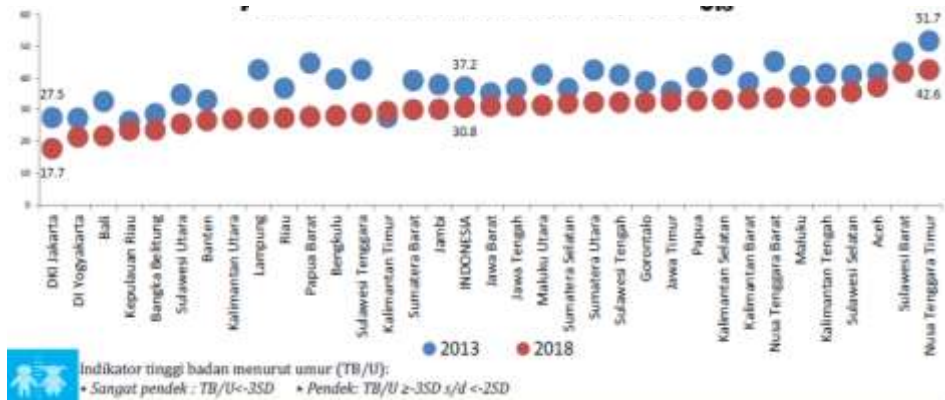


Gambar 1.3 Proporsi Status Gizi Kurus dan Gemuk pada Balita Tahun 2007-2018
 (Sumber: Laporan RISKESDAS, 2018)

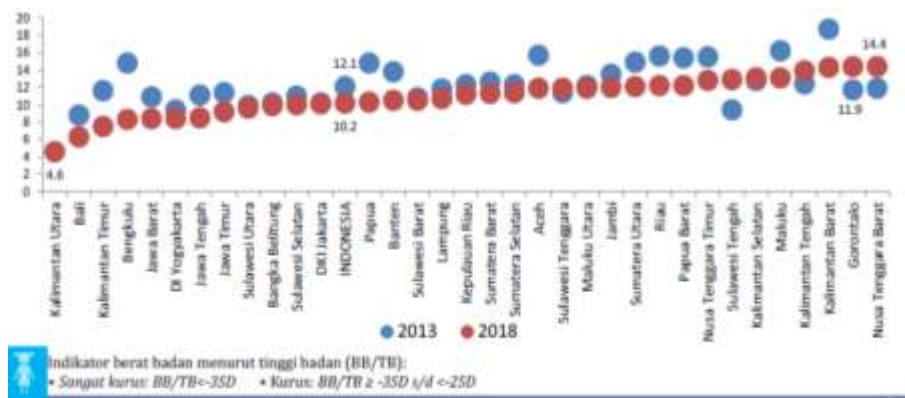
Berdasarkan gambar 1.1, gambar 1.2 dan gambar 1.3 diatas, dapat diketahui bahwa prevalensi status gizi buruk dan gizi kurang berada pada 5,7% dan 13,9% dari target RPJMN 2019 sebesar 17%. Pada tahun 2018 prevalensi gizi buruk berada pada 3,9% dan gizi kurang berada pada persentase 13,8%. Sedangkan untuk sangat pendek dan gizi pendek pada tahun 2013 sebesar 18,0% dan 19,2%. Untuk tahun 2018 berada pada persentase 11,5% sangat pendek dan gizi pendek 19,5%. Status gizi sangat kurus dan kurus pada tahun 2013 mencapai 12,1% dan mengalami penurunan pada tahun 2018 menjadi 10,2% (Kemenkes RI, 2018).



Gambar 1.4 Proporsi Status Gizi Buruk dan Gizi Kurang Balita menurut Provinsi Tahun 2013-2018. (Sumber: Laporan RISKESDAS, 2018)



Gambar 1.5 Proporsi Status Gizi Pendek dan Sangat Pendek pada Balita menurut Provinsi Tahun 2013-2018. (Sumber: Laporan RISKESDAS, 2018)



Gambar 1.6 Proporsi Status Gizi Kurus dan Sangat Kurus pada Balita menurut Provinsi Tahun 2013-2018. (Sumber: Laporan RISKESDAS, 2018)

Berdasarkan gambar 1.4, gambar 1.5 dan 1.6 diatas dapat disimpulkan bahwa prevalensi status gizi buruk dan kurang di Provinsi Jawa Tengah merujuk pada indikator BB/U (berat badan/usia) tahun 2013 berada pada persentase 17% dan menurun pada tahun 2018 menjadi 15%. Sedangkan untuk status gizi pendek dan sangat pendek merujuk pada indikator TB/U (tinggi badan/usia) tahun 2013 sebesar 37,2% dan menurun pada tahun 2018 menjadi 30%. Prevalensi status gizi sangat kurus dan kurus merujuk pada indikator BB/TB (berat badan/tinggi badan) tahun 2013 berada pada persentase 11% dan menurun menjadi 8% di tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018).

Sedangkan menurut data Hasil Pelaksanaan Bulan Penimbangan Balita (BPB) (Dinkes, 2019) prevalensi status gizi balita berdasarkan Berat Badan/Tinggi Badan di Kota Semarang diketahui balita dengan kategori sangat kurus sebanyak 0,14% (149 anak), kategori kurus sebanyak 1,61% (1719 anak), kategori normal sebanyak 81,57% (87.333 anak), dan kategori gemuk sebanyak 3,20% (3429 anak) dari total keseluruhan sejumlah 86,51% balita yang ditimbang (107.071 jumlah balita di Kota Semarang per tahun 2019).

Adapun prevalensi status gizi anak menurut BB/TB berdasarkan Hasil Pelaksanaan Bulan Penimbangan Balita (BPB) tahun 2019 menurut Kecamatan yaitu:

Tabel 1.2 Data Prevalensi Status Gizi BB/TB Anak Usia Dini Kota Semarang Tahun 2019 per Kecamatan

No	Kecamatan	Status Gizi BB/TB							
		Sangat Kurus		Kurus		Normal		Gemuk	
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
1	Semarang Tengah	5	0.19	65	2.49	1922	73.60	141	5.40
2	Semarang Utara	46	0.63	285	3.90	6118	83.77	316	4.31
3	Semarang Timur	2	0.05	92	2.46	3013	80.70	61	1.62
4	Semarang Selatan	11	0.33	50	1.51	2772	83.90	49	1.49
5	Semarang Barat	14	0.16	342	3.93	6541	75.08	496	5.70
6	Gayamsari	3	0.06	33	0.67	3654	74.71	84	1.70
7	Candisari	0	0.00	22	0.45	4625	93.90	17	0.33
8	Gajahmungkur	4	0.14	85	2.94	1589	54.93	193	6.68
9	Genuk	14	0.15	45	0.48	7984	85.20	379	4.03
10	Pedurungan	12	0.09	93	0.73	8626	68.11	160	1.27
11	Tembalang	5	0.04	92	0.81	10469	92.23	643	5.67
12	Banyumanik	16	0.15	111	1.06	7980	76.47	306	2.92
13	Gunungpati	14	0.21	73	1.07	5440	79.99	121	1.78
14	Mijen	1	0.02	132	2.31	5361	93.73	155	2.70
15	Ngaliyan	2	0.02	164	1.62	9014	89.23	266	2.62
16	Tugu	0	0.00	35	1.55	2225	98.41	42	1.86
TOTAL		149	0.14	1719	1.61	87333	81.57	3429	3.20

(Sumber: Hasil Pelaksanaan Bulan Penimbangan Balita (BPB), 2019)

Berdasarkan tabel observasi awal diatas dapat diketahui bahwa tingkat prevalensi status gizi berdasarkan BB/TB Kecamatan Semarang Barat berada pada urutan tertinggi untuk anak dengan kategori kurus yaitu sejumlah 342 anak (3.93%), kemudian untuk kategori sangat kurus terdapat 14 anak (0.14%), kategori normal sejumlah 6541 anak (75.08%) dan untuk kategori gemuk sejumlah 496 anak (5.70%).

Adapun data yang diperoleh dari Dinkes (2019) menyatakan bahwa di Kecamatan Semarang Barat terdapat 5 puskesmas, yaitu Karangayu, Lebdosari, Manyaran, Krobokan, dan Ngeemplaksimongan. Puskesmas Karangayu memiliki 24 posyandu dengan jumlah anak sebanyak 1137.5 pada tahun 2019 terdapat 1079 anak ditimbang (94.86%) dengan prevalensi status gizi berdasarkan BB/TB yaitu sebanyak 2 anak (0.18%) berada pada kategori sangat kurus, sebanyak 16 anak (1.41%) berada pada kategori kurus, sebanyak 1008 anak (88.62%) berada pada kategori normal, dan sebanyak 53 anak (4.66%) berada pada kategori gemuk. Puskesmas Lebdosari memiliki 27 posyandu dengan jumlah anak sebanyak 2000 pada tahun 2019 terdapat 1447 anak ditimbang (72.36%) dengan prevalensi status gizi berdasarkan BB/TB yaitu sebanyak 4 anak (0.20%) berada pada kategori sangat kurus, sebanyak 106 anak (5.30%) berada pada kategori kurus, sebanyak 1241 anak (62.07%) berada pada kategori normal, dan sebanyak 96 anak (4.80%) berada pada kategori gemuk.

Puskesmas Manyaran memiliki 33 posyandu dengan jumlah anak sebanyak 2615 pada tahun 2019 terdapat 2273 anak ditimbang (86.91%) dengan prevalensi status gizi berdasarkan BB/TB yaitu sebanyak 1 anak (0.04%) berada pada kategori sangat kurus, sebanyak 174 anak (6.66%) berada pada kategori kurus, sebanyak 1806 anak (69.06%) berada pada kategori normal, dan sebanyak 292 anak (11.17%) berada pada kategori gemuk. Puskesmas Krobokan memiliki 18 posyandu dengan jumlah anak sebanyak 1182 pada tahun 2019 terdapat 1084 anak ditimbang (91.72%) dengan prevalensi status gizi berdasarkan BB/TB yaitu sebanyak 6 anak (0.51%) berada pada kategori sangat kurus, sebanyak 3 anak (0.25%) berada pada

kategori kurus, sebanyak 1061 anak (89.77%) berada pada kategori normal, dan sebanyak 14 anak (1.19%) berada pada kategori gemuk. Puskesmas Ngemplak Simongan memiliki 17 posyandu dengan jumlah anak sebanyak 1779 pada tahun 2019 terdapat 1510 anak ditimbang (84.90%) dengan prevalensi status gizi berdasarkan BB/TB yaitu sebanyak 1 anak (0.06%) berada pada kategori sangat kurus, sebanyak 43 anak (2.42%) berada pada kategori kurus, sebanyak 1425 anak (80.13%) berada pada kategori normal, dan sebanyak 41 anak (2.30%) berada pada kategori gemuk.

Data lain melaporkan bahwa status gizi anak balita menurut ketiga indeks berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) terlihat prevalensi gizi buruk dan gizi kurang meningkat dari tahun 2013 ke tahun 2017. Tingkat kecukupan gizi terus mengalami naik dan turun yang menandakan belum stabilnya status gizi anak usia dini di Indonesia. Salah satu contoh kekurangan gizi adalah stunting pada anak. Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO (Kemenkes RI, 2017). Peningkatan status kesehatan dan gizi ibu dan anak adalah satu dari enam sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Rencana Strategis (RENSTRA) Kementerian Kesehatan 2015-2019 menyatakan bahwa Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama meliputi paradigma sehat, penguatan pelayanan

kesehatan dan jaminan kesehatan nasional (Kemenkes RI, Pedoman Gizi Seimbang, 2014).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan (DKK) Kota Semarang, menyatakan bahwa status gizi anak di Kota Semarang berdasarkan BB/U sebagai berikut:

Tabel 1.3 Prevalensi Stunting Kota Semarang Tahun 2019

No	Kecamatan	Jumlah Stunting	% Stunting
1	Semarang Tengah	114	4.37
2	Semarang Utara	859	11.76
3	Semarang Timur	129	3.46
4	Semarang Selatan	164	4.96
5	Semarang Barat	138	1.58
6	Gayamsari	15	0.31
7	Candisari	52	1.06
8	Gajahmungkur	114	3.94
9	Genuk	105	1.12
10	Pedurungan	184	1.45
11	Tembalang	166	1.46
12	Banyumanik	240	2.30
13	Gunungpati	316	4.65
14	Mijen	89	1.56
15	Ngaliyan	31	0.31
16	Tugu	43	1.90
Jumlah		2759	46.19

(Sumber: DKK Kota Semarang, 2019)

Berdasarkan tabel 1.2 dapat dilihat bahwa Kecamatan Semarang Barat berada pada urutan ke-7 dengan jumlah 138 (1.58%) anak stunting setelah Kecamatan Semarang Selatan, Kecamatan Tembalang, Kecamatan Pedurungan, Kecamatan Banyumanik, Kecamatan Gunungpati, dan Kecamatan Semarang Utara. Terdapat 5 puskesmas di Kecamatan Semarang Barat yaitu, Puskesmas Karangayu dengan prevalensi BB/U 17 (1.49%) anak, Puskesmas Lebdosari 77 (3.85%),

Puskesmas Manyaran 12 (0.46%), Puskesmas Krobokan 10 (0.85%), dan Puskesmas Ngemplak Simongan 22 (1.24%).

Orangtua dari anak PKH di Kota Semarang sebagian besar adalah pekerja yang mana hanya ada sedikit waktu untuk memperhatikan kecukupan gizi anak, jangankan kebutuhan gizi anak, pola makan anak saja tidak mudah untuk mereka kondisikan. Kebanyakan anak mengkonsumsi makanan yang mereka anggap enak saja (seperti mie instan, tempura, sosis, dan makanan instan yang mengandung MSG lain), sebagai orangtua yang tidak mau ambil repot kebanyakan mengikut apa yang dimau anak tanpa memikirkan bagaimana kecukupan gizi harian yang dibutuhkan anak, dalam istilah ibu-ibu biasa dikatakan “asal anak doyan” dan orangtua tidak perlu khawatir. Tetapi terdapat pula beberapa ibu yang merasa khawatir akan pertumbuhan dan perkembangan anaknya, mereka merasa bahwa kebutuhan gizi anak perlu untuk diupayakan.

Sebelumnya pernah dilakukan penelitian oleh Maiyanti (2011) yang berjudul Hubungan Tingkat Kesejahteraan dengan Status Gizi Balita di RW 2 Kelurahan Ngampilan Yogyakarta. Penelitian dilakukan terhadap 30 responden yang digolongkan berdasarkan jenis pekerjaan dan latar belakang pendidikan. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 7 responden (23,3%) yang berada pada Keluarga Sejahtera (KS) tahap I, 11 responden (36,7%) berada pada KS tahap II, 5 responden (16,7%) berada pada KS tahap III, 7 responden (23,3%) berada pada KS tahap III plus. Disisi lain diperoleh penilaian status gizi balita yang mana terdapat 13 balita (43,5%) berada pada status gizi baik dan sebanyak 2 balita (6,5%) berada pada status gizi kurang. Tingkat kesejahteraan keluarga di RW 2 Kelurahan

Ngampilan Yogyakarta mayoritas berada pada KS tahap II dengan jumlah 11 responden. KS tahap II mayoritas memiliki balita dengan status gizi baik sebanyak 3 orang (10,0%), sedangkan KS tahap III plus mayoritas memiliki balita dengan status gizi baik sebanyak 3 orang (10,0%) dan gizi cukup sebanyak 2 orang (6,7%). Sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara tingkat kesejahteraan keluarga dengan status gizi balita di RW 2 Kelurahan Ngampilan Yogyakarta.

Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Ika Pambudi Abriyani (2011) berjudul Hubungan Antara Tingkat Kesejahteraan Keluarga dengan Status Gizi Balita di Dusun Puluhan Argomulyo Sedayu Bantul Yogyakarta. Hasil dari penelitian ini membuktikan bahwa tingkat kesejahteraan keluarga yang berada di kelas bawah berjumlah 28 responden atau 46,7%. Sementara itu, hasil pengukuran status gizi pada 28 responden atau 46,7% berada pada status gizi baik dan 32 responden atau 53,3% dalam status gizi buruk. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat kesejahteraan keluarga dengan status gizi balita di Dusun Puluhan Argomulyo Sedayu Bantu Yogyakarta.

Tingkat kesejahteraan keluarga dipengaruhi oleh banyak faktor, dalam penelitian yang dilakukan oleh Yulaichah (2019) tentang “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kesejahteraan Keluarga di Desa Ngadirejo Kecamatan Jabung Kabupaten Malang” menunjukkan bahwa pendidikan memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kesejahteraan keluarga dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka kesejahteraan keluarganya akan semakin meningkat. Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Akbar Auli R, Akhirmen, dan Triani Mike (2018) yang berjudul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesejahteraan

Keluarga di Sumatera Barat” menunjukkan bahwa kesejahteraan keluarga dipengaruhi oleh pekerjaan dan pendidikan. Penelitian ini didukung oleh Iqbal (dalam Akbar Auli R, Akhirmen, dan Triani Mike, 2018) yang menyatakan bahwa kesejahteraan menggunakan dua pendekatan yaitu pendapatan dan pengeluaran dari pekerjaan. Semakin besar tingkat pendapatan maka akan semakin berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan.

Sedangkan untuk status gizi anak, menurut penelitian yang dilakukan Purwanti dkk (2016) tentang “Karakteristik Keluarga yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Umur 6-59 Bulan” menyatakan bahwa pengetahuan ibu menjadi tolak ukur status gizi anak. Pada penelitian yang dilakukan Nazimah (2012) yang berjudul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kekurangan Energi Protein (KEP) pada Balita di Wilayah Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan” mengungkapkan bahwa yang menjadi faktor status gizi pada anak adalah asupan makanan yang diterima oleh anak. Menurut Utami (2016) pada penelitiannya yang berjudul “Konsumsi Susu Formula Sebagai Faktor Resiko Kegemukan pada Balita di Kota Semarang” menemukan bahwa konsumsi susu formula yang berlebihan juga dapat menjadi faktor penentu status gizi anak.

Program PKH semestinya dapat menurunkan angka kelaparan di Indonesia terkhusus di Kota Semarang yang memiliki kedudukan sebagai Ibu Kota Provinsi Jawa Tengah. Hal tersebut merujuk pada misi besar Program PKH yaitu untuk menurunkan angka kemiskinan dengan memberi subsidi kebutuhan ekonomi terhadap keluarga menengah kebawah sehingga kebutuhan pangan mereka

tercukupi, dengan begitu maka tingkat kesejahteraan keluarga juga akan semakin tinggi. Tidak hanya itu, pada program ini anak usia dini memiliki tunjangan tersendiri sehingga kecukupan kebutuhan gizi mereka pun bukan lagi hal yang sulit untuk dipenuhi. Atas dasar hal tersebut, semestinya anak penerima Program PKH memiliki status gizi yang baik, terlebih Wilayah Kecamatan Semarang Barat merupakan daerah perkotaan dan tidak sulit untuk mendapatkan akses untuk memperoleh makanan bergizi. Akan tetapi hal ini kembali lagi kepada bagaimana orang tua sebagai pihak yang berpengaruh untuk mengatur kecukupan gizi anak mereka. Hubungan antara tingkat kesejahteraan keluarga penerima PKH dengan status gizi anak menjadi sebuah topik yang perlu dikaji untuk mengetahui optimalisasi Program PKH dalam pemenuhan kebutuhan gizi dan status gizi anak usia dini.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Apakah hubungan antara tingkat kesejahteraan keluarga penerima PKH dengan status gizi anak di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan permasalahan di atas, maka tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat kesejahteraan keluarga penerima PKH dengan status gizi anak di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun kontribusi dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini dapat memberikan sumbangan referensi bagi dunia akademis mengenai hubungan tingkat kesejahteraan keluarga penerima PKH dengan status gizi anak sehingga dapat menjadi acuan dalam pengembangan kualitas kesehatan dan gizi serta pelayanan kesejahteraan masyarakat.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

Memberikan pengalaman dan pengetahuan yang baru dan berbeda tentang status gizi anak pada keluarga penerima program PKH.

2. Bagi Masyarakat

Memberikan pengetahuan tentang pentingnya gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan anak kepada keluarga penerima PKH serta meningkatkan kesadaran orang tua agar memanfaatkan bantuan yang telah didapat dengan semestinya agar status gizi anak dapat optimal.

3. Bagi Pemerintah

Penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi guna evaluasi dalam pelaksanaan pemerataan program PKH dan perbaikan status gizi anak di Kota Semarang.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi peneliti selanjutnya dalam mengetahui hubungan status gizi anak dan kesejahteraan keluarga penerima PKH.

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Tingkat Kesejahteraan Keluarga

2.1.1 Tingkat Kesejahteraan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, sejahtera mengandung pengertian aman sentosa, makmur, serta selamat terlepas dari berbagai gangguan. Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat memberi pengertian sejahtera yaitu suatu kondisi masyarakat yang telah terpenuhi kebutuhan dasarnya. Kebutuhan dasar tersebut berupa kecukupan dan mutu pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan, lapangan pekerjaan, dan kebutuhan dasar lainnya seperti lingkungan yang bersih, aman dan nyaman. Juga terpenuhinya hak asasi dan partisipasi serta terwujudnya masyarakat beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Tribowo, 2018).

Selanjutnya, Spicker (dalam Karianga, 2013: 176-177) mengemukakan pengertian kesejahteraan sedikitnya mengandung empat makna yaitu: (1) sebagai kondisi sejahtera (*well-being*). Pengertian ini biasanya merujuk pada istilah kesejahteraan sosial (*social welfare*) sebagai kondisi terpenuhinya kebutuhan material dan non material yang mengancam kehidupannya; (2) sebagai pelayan sosial. Di Inggris, Australia, dan Selandia Baru, pelayanan sosial umumnya mencakup lima bentuk, yakni jaminan sosial (*social security*), pelayanan kesehatan, pendidikan, perumahan, dan pelayanan sosial personal (*personal social services*); (3) sebagai tunjangan sosial. Khususnya di daerah Amerika Serikat, diberikan

kepada orang miskin. Karena sebagian besar penerima *welfare* adalah orang-orang miskin, cacat, penganggur, keadaan ini kemudian menimbulkan konotasi negative pada istilah kesejahteraan, seperti kemiskinan, kemalasan, ketergantungan, yang sebenarnya lebih tepat disebut *social welfare*; (4) sebagai proses atau usaha terencana yang dilakukan oleh perorangan, lembaga-lembaga sosial, masyarakat maupun badan-badan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kehidupan.

FFI atau *Full Frame Initiative* (dalam Bertram, Decker, Gillies, & Choi, 2017) menyatakan bahwa terdapat 5 domain dalam kesejahteraan, yaitu : (1) *Social Connectedness*, keterkaitan sosial mengakui perlunya memberi dan menerima dukungan sosial, materi, dan informasi serta mengalami rasa memiliki; (2) *Stability*, stabilitas adalah pengalaman yang dapat diprediksi, kehadiran yang akrab dan pengetahuan bahwa hambatan kecil tidak akan memicu sebuah krisis; (3) *Safety*, keselamatan menekankan kebutuhan orang untuk memanasifestasikan siapa diri mereka tanpa risiko cedera fisik ataupun emosional; (4) *Mastery*, penguasaan adalah pengalaman untuk dapat mempengaruhi situasi, masa depan, dan hubungan seseorang melalui peluang dan keterampilan; dan (5) *Meaningful to relevant resources*, kegunaan akses sumber daya yang relevan menekankan pemenuhan kebutuhan dasar tanpa rasa malu, bahaya, atau kesulitan besar.

Sedangkan dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial (dalam Puryono, 2016: 127) kesejahteraan didefinisikan sebagai kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan sosial warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya. Kesejahteraan memiliki beberapa kata kunci yakni

terpenuhi kebutuhan dasar, makmur, sehat, damai, dan selamat, beriman dan bertaqwa. Dalam mencapai kesejahteraan, manusia melakukan berbagai macam usaha misalnya di bidang pertanian, perdagangan, pendidikan, kesehatan, serta keagamaan, pertahanan-keamanan dan sebagainya. Manusia juga melakukan upaya-upaya secara individu serta berkelompok. Upaya mencapai kesejahteraan kelompok misalnya membentuk paguyuban, koperasi, assosiasi, maupun organisasi (Tribowo, 2018).

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat kesejahteraan adalah suatu klasifikasi yang berurutan berdasarkan kondisi terpenuhinya kebutuhan dasar setiap individu termasuk kesehatan, penyampaian hak dan kebebasan spiritual dalam kehidupan sehari-hari sehingga dapat memerankan fungsi sosialnya secara optimal.

2.1.2 Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedmen dalam Suprajitno, 2004). Menurut pakar konseling, keluarga adalah suatu ikatan/persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga (Sayekti dalam Suprajitno 2004).

Keluarga adalah rumah tangga yang memiliki hubungan darah atau perkawinan atau menyediakan terselenggaranya fungsi-fungsi instrumental

mendasar dan fungsi-fungsi ekspresif keluarga bagi para anggotanya yang berada dalam suatu jaringan (Lestari, 2013:6). Keluarga merupakan kumpulan orang yang saling membutuhkan satu sama lain. Keluarga adalah suatu kelompok orang yang mempunyai tempat dan fungsi masing-masing (Murniasih, 2008:3).

Berdasarkan beberapa pernyataan tentang keluarga, dapat didefinisikan bahwa keluarga adalah ikatan/ persekutuan hidup atas dasar perkawinan dari dua orang yang kemudian menyediakan terselenggaranya fungsi-fungsi instrumental mendasar (sandang, papan, pangan) dan fungsi ekspresif maupun sosial serta memunculkan individu yang memiliki hubungan darah dan saling membutuhkan satu sama lain.

Keluarga seringkali menjadi pertahanan pertama ketika seorang individu berjuang, membutuhkan dukungan, atau sedang dalam masa kritis. Hal ini menjadikan keluarga sebagai kekuatan seorang individu dalam mengatasi rasa sakitnya. Keluarga memberikan keleluasaan untuk memahami individu serta dunia di sekitar mereka. Selain itu keluarga juga berfungsi sebagai elemen sentral dari potensi dan nilai-nilai yang ada dalam masyarakat (Fogel 2019). Perilaku mengakomodasi keluarga biasanya melibatkan seluruh anggota seperti orang tua yang memungkinkan anak untuk menghindari sesuatu hal yang memicu kecemasan mereka, orang tua akan memfasilitasi keselamatan anak serta mengubah rutinitas dan jadwal yang ada (Benito dalam Salloum et al., 2018).

2.1.3 Tingkat Kesejahteraan Keluarga

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 1994 Tentang Penyelenggaraan Pembangunan Keluarga Sejahtera, keluarga

sejahtera adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, memiliki hubungan yang serasi, selaras, dan seimbang antar anggota dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan.

Menurut Dumbrill Gary C (2010), asosiasi pelayanan kesejahteraan masyarakat juga dibutuhkan untuk mengenalkan orang tua tentang sistem perlindungan anak, pengetahuan yang diperoleh nantinya akan membantu mereka dalam praktik pengelolaan anggota keluarga. Hal tersebut akan memudahkan keterwujudnya kesejahteraan keluarga. Terdapat 4 bidang sistem reformasi untuk meningkatkan asosiasi pelayanan kesejahteraan, yaitu: (1) pembiayaan, (2) desain dan koordinasi sistem, (3) keterampilan dan profesionalisme personal, dan (4) inovasi praktek yang efektif (Barth et al. 2017).

Sedangkan menurut Undang-Undang Republik Indonesia No 52 tahun 2009 kesejahteraan keluarga adalah keluarga yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antar anggota dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (BKKBN, 2011).

Dilihat dari segi fase-fase pencapaian tingkat kesejahteraannya, maka keluarga sejahtera distratifikasikan atas 5 kelompok, yaitu (BKKBN, 1997):

- a. Tahapan Keluarga Pra Sejahtera (KPS), yaitu keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya (basic needs) secara minimal, seperti kebutuhan akan pangan, sandang, papan dan kesehatan.

- b. Tahapan Keluarga Sejahtera I (KS I), yaitu keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan sosial psikologisnya (socio psychological needs), seperti kebutuhan akan pendidikan, keluarga berencana, interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan, dan transportasi.
- c. Tahapan Keluarga Sejahtera II, yaitu keluarga yang disamping telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya, juga telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan sosial psikologisnya, akan tetapi belum dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan perkembangannya (developmental needs) seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi.
- d. Tahapan Keluarga Sejahtera III, yaitu keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhan dasar, kebutuhan sosial psikologis, dan kebutuhan pengembangannya, namun belum dapat memberikan sumbangan (kontribusi yang maksimal terhadap masyarakat lingkungannya, seperti secara teratur memberikan sumbangan dalam bentuk material dan keuangan untuk kepentingan sosial kemasyarakatan serta berperanserta secara aktif dengan menjadi pengurus lembaga kemasyarakatan atau yayasan-yayasan sosial, keagamaan, kesenian, olahraga, pendidikan, dan sebagainya.
- e. Tahapan Keluarga Sejahtera III Plus, yaitu keluarga yang telah dapat memenuhi seluruh kebutuhannya, baik yang bersifat dasar, sosial psikologis maupun bersifat pengembangan serta telah dapat pula

memberikan sumbangan yang nyata dan berkelanjutan bagi masyarakat dan lingkungannya.

Tahapan keluarga sejahtera diidentifikasi dengan menggunakan 13 variabel. Variabel tersebut meliputi: agama, pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan, keluarga berencana, tabungan, interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan, informasi, transportasi, dan peranan dalam masyarakat. Ketigabelas variabel tersebut kemudian dituangkan menjadi 22 item yang terbagi ke dalam empat kelompok. Setiap kelompok mengukur tingkat kesejahteraan keluarga (Faturochman and Dwiyanto 1998).

Adapun item-item untuk mengukur keluarga sejahtera yang disusun secara urut adalah sebagai berikut (Faturochman dan Dwiyanto, 1998).

Keluarga Sejahtera Tahap I

1. Anggota keluarga melaksanakan ibadah menurut agama yang dianut masing-masing.
2. Pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
3. Seluruh anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk dipakai di rumah, bekerja/sekolah, dan bepergian.
4. Bagian yang terluas dari lantai bukan berupa tanah.
5. Bila anak sakit dan atau PUS ingin ber-KB mereka dibawa ke sarana/petugas kesehatan serta diberi obat/cara KB modern.

Keluarga Sejahtera Tahap II

6. Anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur menurut agama yang dianut masing-masing.
7. Paling kurang sekali seminggu keluarga menyediakan daging/ ikan/telur sebagai lauk-pauk.
8. Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian setahun terakhir.
9. Luas lantai rumah paling kurang 8 meter persegi untuk tiap penghuni rumah.
10. Seluruh anggota keluarga pada tiga bulan terakhir dalam keadaan sehat sehingga dapat melaksanakan tugas/fungsi masing-masing.
11. Paling tidak satu orang anggota keluarga yang berumur 15 tahun ke atas mempunyai penghasilan tetap.
12. Seluruh anggota keluarga yang berumur 10-60 tahun bisa membaca tulisan latin.
13. Seluruh anak berusia 6-15 tahun bersekolah pada saat ini.
14. Bila anak hidup 2 atau lebih, keluarga yang masih berstatus PUS saat ini memakai kontrasepsi (kecuali bila sedang hamil).

Keluarga Sejahtera Tahap III

15. Keluarga mempunyai upaya untuk meningkatkan pengetahuan agama.
16. Sebagian dari penghasilan keluarga dapat disisihkan untuk tabungan keluarga.

17. Keluarga biasanya makan bersama paling kurang sekali sehari dan kesempatan itu dimanfaatkan untuk berkomunikasi antar anggota keluarga.
18. Keluarga biasanya ikut serta dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.
19. Keluarga dapat memperoleh berita dari surat kabar/radio/TV/ majalah.
20. Anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi yang sesuai dengan kondisi daerah setempat.

Keluarga Sejahtera Tahap III Plus

21. Keluarga atau anggota keluarga secara teratur (pada waktu tertentu) dan sukarela memberikan sumbangan bagi kegiatan sosial masyarakat dalam bentuk materi.
22. Kepala keluarga atau anggota keluarga aktif sebagai pengurus perkumpulan/yayasan/institusi masyarakat.

Kesejahteraan merupakan tujuan utama dari sebuah keluarga. Kesejahteraan keluarga dapat diartikan sebagai kemampuan keluarga untuk memenuhi semua kebutuhan agar dapat hidup layak, sehat, dan produktif. Sedangkan tingkat kesejahteraan keluarga adalah tinggi rendahnya kemampuan yang dimiliki suatu keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

2.2 Program Keluarga Harapan

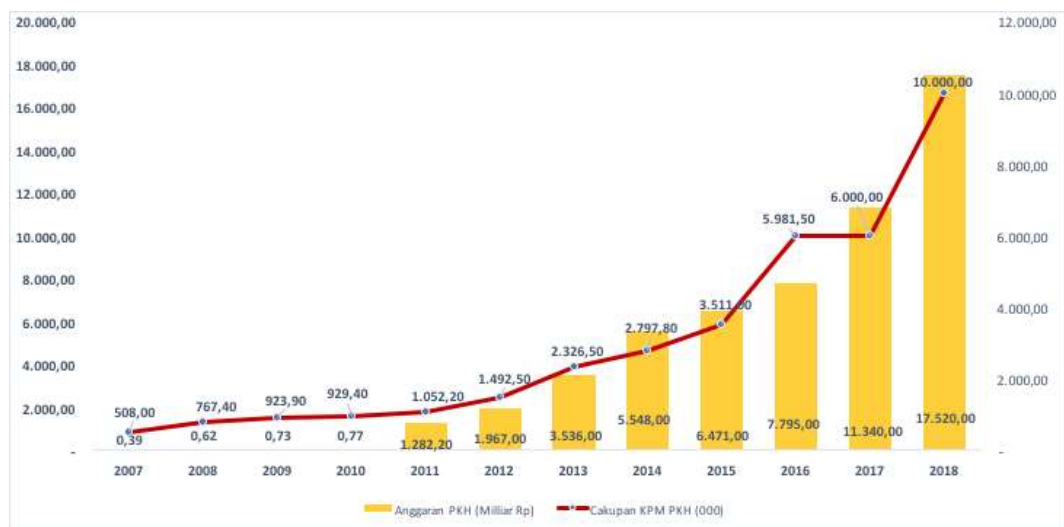
Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga prasejahtera yang ditetapkan sebagai Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH. Program ini merupakan upaya percepatan

penanggulangan kemiskinan yang dicanangkan sejak tahun 2007 oleh Pemerintah Indonesia. Program perlindungan sosial yang juga dikenal di dunia internasional dengan istilah *Conditional Cash Transfers* (CCT) ini terbukti cukup berhasil dalam menanggulangi kemiskinan yang dihadapi di beberapa negara berkembang, terutama masalah kemiskinan kronis. Sebagai sebuah program bantuan sosial bersyarat, PKH membuka akses keluarga miskin terutama ibu hamil dan anak untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan kesehatan (faskes) dan fasilitas layanan pendidikan (fasdik) yang tersedia di sekitar mereka. Manfaat PKH juga mulai didorong untuk mencakup penyandang disabilitas dan lanjut usia dengan mempertahankan taraf kesejahteraan sosialnya sesuai dengan amanat konstitusi dan Nawacita Presiden RI (Kemensos RI, 2018).

Melalui PKH, keluarga prasejahtera didorong untuk memiliki akses dan memanfaatkan pelayanan sosial dasar, kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, perawatan, pendampingan, dan akses terhadap berbagai program perlindungan sosial lainnya yang merupakan program komplementer secara berkelanjutan. PKH diarahkan untuk menjadi episentrum dan *center of excellence* penanggulangan kemiskinan yang mensinergikan berbagai program perlindungan dan pemberdayaan sosial nasional. PKH adalah jenis bantuan yang tidak hanya memberikan fasilitas berupa material saja, akan tetapi masyarakat juga mendapatkan pendampingan yang akan memunculkan jiwa kewirusahaan dan kemandirian (Kemensos RI, 2018).

Misi besar PKH untuk menurunkan kemiskinan semakin mengemuka mengingat jumlah penduduk miskin Indonesia sampai pada Maret tahun

2016 masih sebesar 10,86% dari total penduduk atau 28,01 juta jiwa. Pemerintah telah menetapkan target penurunan kemiskinan menjadi 7-8% pada tahun 2019, sebagaimana tertuang di dalam RPJMN 2015-2019. PKH diharapkan dapat berkontribusi secara signifikan untuk menurunkan jumlah penduduk miskin, menurunkan kesenjangan (*gini ratio*) seraya meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) (Kemensos RI, 2018).



Gambar 2.1 Cakupan PKH Tahun 2007 s.d 2018. (Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)

- a) Pada PJP (Perencanaan Jangka Panjang) Tahun 2010 - 2014 terjadi peningkatan target *beneficiaries* dan alokasi budget PKH, melampaui *baseline* target perencanaan
- b) Pelaksanaan PKH tahun 2016 sebanyak 6 juta keluarga miskin dengan anggaran sebesar Rp. 10 Triliun
- c) Jumlah penerima PKH tahun 2017 sebanyak 6.228.810 keluarga dengan anggaran sebesar Rp. 11,5 Triliun

- d) Jumlah penerima PKH tahun 2018 sebanyak 10.000.232 KPM dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 17,5 Triliun
- e) Target penerima PKH tahun 2019 sebanyak 10 juta KPM dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 32,65 Triliun

KPM PKH harus terdaftar dan hadir pada fasilitas kesehatan dan pendidikan terdekat. Kewajiban KPM PKH di bidang kesehatan meliputi pemeriksaan kandungan bagi ibu hamil, pemberian asupan gizi dan imunisasi serta timbang badan anak balita dan anak prasekolah. Sedangkan kewajiban di bidang pendidikan adalah mendaftarkan dan memastikan kehadiran anggota keluarga PKH ke satuan pendidikan sesuai jenjang sekolah dasar dan menengah. Selanjutnya untuk komponen kesejahteraan sosial yaitu penyandang disabilitas dan lanjut usia mulai 60 tahun (Kemensos RI, 2018).

Program Keluarga Harapan merupakan program yang dirancang oleh pemerintah untuk menanggulangi kemiskinan di Indonesia. Program pemberian bantuan sosial bersyarat yang diberikan kepada keluarga prasejahtera ini memiliki anggaran yang selalu meningkat setiap tahunnya, hal ini selaras dengan tujuan PKH sehingga ibu hamil, anak-anak, penyandang disabilitas, dan lansia dapat memanfaatkan pelayanan sosial dasar, kesehatan, pendidikan, pangan dan gizi, perawatan, pendampingan, serta akses terhadap perlindungan sosial lainnya. Disisi lain setiap penerima PKH memiliki kewajiban yang harus dipatuhi, hal ini terkait dengan terwujudnya kesejahteraan pada penerima PKH. KPM PKH juga mendapatkan pendampingan dari pemerintah sehingga memunculkan jiwa kewirausahaan dan kemandirian.

2.2.1 Pembagian PKH

Bantuan sosial PKH pada tahun 2019 terbagi menjadi dua jenis yaitu Bantuan Tetap dan Bantuan Komponen yang diberikan dengan ketentuan sebagai berikut (Kemensos RI, 2018):

- a. Bantuan Tetap untuk Setiap Keluarga
 1. Reguler : Rp. 550.000,- / keluarga / tahun
 2. PKH AKSES : Rp. 1.000.000,- / keluarga / tahun
- b. Bantuan Komponen untuk Setiap Jiwa dalam Keluarga PKH
 - 1.) Ibu hamil : Rp. 2.400.000,-
 - 2.) Anak usia dini : Rp. 2.400.000,-
 - 3.) SD : Rp. 900.000,-
 - 4.) SMP : Rp. 1.500.000,-
 - 5.) SMA : Rp. 2.000.000,-
 - 6.) Disabilitas berat : Rp. 2.400.000,-
 - 7.) Lanjut usia : Rp. 2.400.000,-

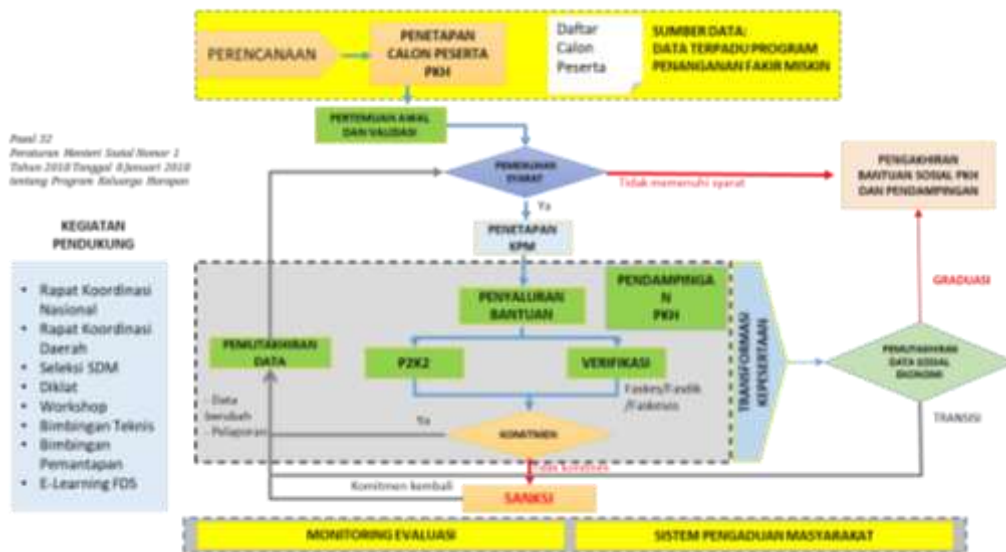
Bantuan komponen diberikan maksimal untuk 4 jiwa dalam satu keluarga.

2.2.2 Proses PKH

Terdapat 3 proses dalam program PKH yaitu mekanisme, validasi, dan komponen.

1) Mekanisme PKH

Adapun mekanisme dalam pelaksanaan PKH sesuai dengan Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 tanggal 8 Januari 2018 tentang Program Keluarga Harapan. Berikut adalah skema mekanisme PKH:



Gambar 2.2 Mekanisme Pelaksanaan PKH. (Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)

2) Validasi PKH

Proses validasi PKH terdiri atas 5 tahapan yaitu Penetapan Lokasi, Pra Kondisi, Pertemuan Awal & Validasi, Closing Hasil Validasi, dan Penetapan Peserta PKH. Berikut adalah gambaran proses validasi PKH:



Gambar 2.3 Proses Validasi PKH. (Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)

3) Komponen PKH

Proses terakhir dalam program PKH adalah komponen. Adapun komponen PKH sesuai dengan Peraturan Menteri Sosial Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Program Keluarga Harapan Pasal 3, 4, dan 5.

1. Komponen Kesehatan*)

Tabel 2.1 Komponen Kesehatan

Komponen	Jumlah Anggota Keluarga**)
Bumil	165.881
Balita	2.681.405
Anak Prasekolah	528. 505

(Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)

Ibu Hamil/ Nifas

- 1) Pemeriksaan kesehatan di faskes sebanyak minimal 4 kali selama kehamilan (1 kali trimester ke-I, 1 kali trimester ke-II, dan 2 kali trimester ke-III),
- 2) Melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan,
- 3) Pemeriksaan kesehatan ibu nifas 4 kali selama 42 hari setelah melahirkan.

Bayi

Usia 0 s.d 11 bulan

- 1) Pemeriksaan kesehatan 3 kali dalam 1 bulan pertama,
- 2) ASI Eksklusif selama 6 bulan pertama,
- 3) Imunisasi lengkap,
- 4) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan setiap bulan,
- 5) Mendapat suplemen vitamin A satu kali pada usia 6-11 bulan,

- 6) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali dalam setahun.

Anak Usia Dini

Usia 1 s.d < 5 tahun

- 1) Imunisasi tambahan,
- 2) Penimbangan berat badan setiap bulan,
- 3) Pengukuran tinggi badan minimal 2 kali dalam setahun,
- 4) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali dalam setahun,
- 5) Pemberian kapsul vitamin A 2 kali dalam setahun.

Usia 5 s.d < 6 tahun

- 1) Penimbangan berat badan minimal 2 kali dalam setahun,
- 2) Pengukuran tinggi badan minimal 2 kali dalam setahun,
- 3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali dalam setahun.

2. Komponen Pendidikan

Tabel 2.2 Komponen Pendidikan

Komponen	Jumlah Anggota Keluarga**)
SD	6.645.121
SMP	3.581.784
SMA	2.585.256

(Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)

Anak Sekolah

Usia 6-21 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar (SD,SMP,

SMA)

- 1) Terdaftar di sekolah-sekolah/ pendidikan kesetaraan,
- 2) Minimal 85% kehadiran dikelas.

3. Komponen Kesejahteraan Sosial

Tabel 2.3 Komponen Kesejahteraan Sosial

Komponen	Jumlah Anggota Keluarga**)
Lanjut Usia	1.611.995
Disabilitas Berat	110.991

(Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)

Lanjut Usia

Lansia 60 tahun keatas

- 1) Memastikan pemeriksaan kesehatan serta penggunaan layanan Puskesmas Santun Lanjut Usia, layanan *home care* (pengurus merawat, memandikan, dan mengurus KPM lanjut usia), dan *day care* (mengikuti kegiatan sosial di lingkungan tempat tinggal, lari pagi, senam sehat, dan lain sebagainya) bagi lanjut usia tersebut minimal 1 tahun sekali.

Penyandang Disabilitas Berat

Disabilitas Berat

- 1) Pihak keluarga atau pengurus melayani, merawat, dan memastikan pemeriksaan kesehatan bagi penyandang disabilitas berat minimal 1 tahun sekali dengan menggunakan layanan *home visit* (tenaga kesehatan datang ke rumah KPM penyandang disabilitas berat), dan layanan *home care* (pengurus memandikan, mengurus, dan merawat KPM PKH).

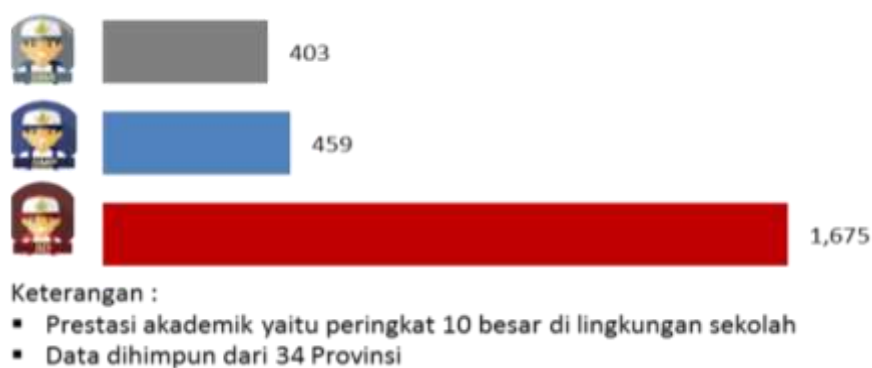
Keterangan:

*)Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

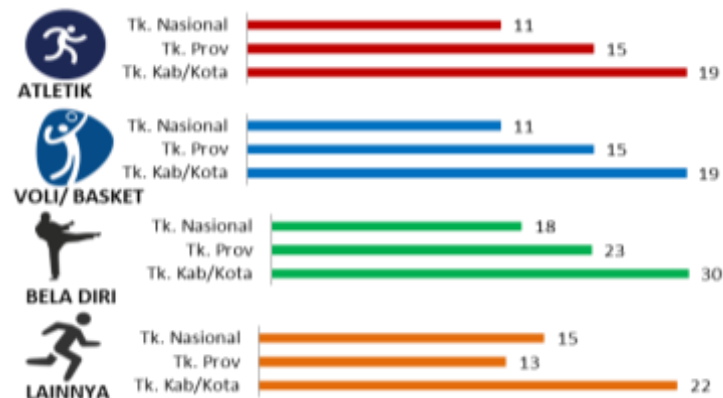
***)Data Komponen berdasarkan hasil final closing tahap IV tahun 2018 dan diolah tanggal 17 Desember 2018

2.2.3 Pencapaian Program PKH

Dalam pelaksanaannya, Program PKH telah menunjukkan proses yang cukup cepat untuk mencapai tujuan. Hal tersebut dapat dilihat dari pencapaian-pencapaian penerima PKH di beberapa bidang yaitu:



Gambar 2.4 Pencapaian Anak KPM PKH Berprestasi Bidang Akademik. (Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)



Gambar 2.5 Pencapaian Anak KPM PKH Bidang Olahraga. (Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)



Gambar 2.6 Pencapaian Anak KPM PKH yang diterima Bidik Misi dan Beasiswa Luar Negeri. (Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)



Gambar 2.7 Pencapaian Anak KPM PKH Berprestasi Bidang Sains. (Sumber: Kemensos RI, <https://pkh.kemensos.go.id>)

2.3 Status Gizi

2.3.1 Pengertian Status Gizi

Menurut Soegiyanto dkk (2007), status gizi adalah keadaan keseimbangan antara asupan (*intake*) dan kebutuhan (*requirement*) zat gizi. Status gizi adalah suatu ukuran mengenai kondisi tubuh seseorang yang dapat dilihat dari makanan

yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Status gizi dibagi menjadi tiga kategori, yaitu status gizi kurang, gizi normal, dan gizi lebih (Almatsier, 2011). Menurut Supariasa dkk (2016) status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu. Dalam Fitri & Wiji (2019) status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk ibu hamil. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrient.

Dapat disimpulkan bahwa definisi status gizi adalah suatu ukuran dari *nurtiture* yang seimbang berdasarkan asupan gizi dan kebutuhan pangan yang dibutuhkan oleh seorang individu.

2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

Status gizi dapat dipengaruhi oleh beberapa macam faktor. Meskipun sering berkaitan dengan masalah kekurangan pangan, pemecahannya tidak selalu berupa peningkatan produksi dan pengadaan pangan. Pada kasus tertentu, seperti dalam keadaan krisis (bencana alam, perang, kekacauan sosial, krisis ekonomi) permasalahan gizi muncul akibat masalah ketahanan pangan di tingkat rumah tangga, yaitu kemampuan rumah tangga memperoleh makanan untuk semua anggotanya. Oleh karena itu, peningkatan status gizi masyarakat memerlukan kebijakan yang menjamin setiap anggota masyarakat untuk memperoleh makanan yang cukup baik dari sisi jumlah maupun menunya, dalam konteks ini masalah gizi tidak lagi semata-mata masalah kesehatan tapi juga masalah kemiskinan, pemerataan dan masalah kesempatan kerja.

Status gizi dapat dipengaruhi oleh faktor lain dengan indikatornya masing-masing, seperti faktor tersedianya pangan dan gizi, faktor ekologi, dan lingkungan dalam arti luas, yang mempengaruhi kualitas hidup pada umumnya; untuk itu perlu diketahui masalah-masalah demografi, geografi, budaya dan epidemiologi penyakit (Soegianto, dkk: 2007). Berdasarkan Soekiman dalam materi Aksi Pangan dan Gizi Nasional (Depkes, 2000), penyebab kurang gizi dapat dijelaskan sebagai berikut (dalam Fitri & Wiji, 2019):

1. Penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang baik tetapi karena sering sakit diare atau demam dapat menderita kurang gizi. Demikian pada anak yang makanannya tidak cukup baik maka daya tahan tubuh akan melemah dan mudah terserang penyakit. Kenyataannya baik makanan maupun penyakit secara bersama-sama merupakan penyebab kurang gizi.
2. Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga dalam jumlah yang cukup dan baik mutunya. Pola asuh adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktunya, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal baik fisik, mental dan sosial. Pelayanan

kesehatan dan sanitasi lingkungan adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh seluruh keluarga.

Faktor-faktor tersebut sangat berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan keluarga. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan dan keterampilan terdapat kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan dalam keluarga, makin baik pola pengasuhan anak dan keluarga makin banyak memanfaatkan pelayanan yang ada. Ketahanan pangan keluarga juga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan dan daya beli keluarga serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan.

2.3.3 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi (*nutritional assessment*), menurut Rosalind S. Gibson, didefinisikan sebagai: interpretasi dari informasi yang diperoleh dari studi diet, biokimia, antropometri dan klinis (*the interpretation of information obtained from Dietary, Biochemical, Anthropometric and Clinical Studies*). Informasi tersebut digunakan untuk menetapkan status gizi individu atau kelompok populasi yang dipengaruhi asupan dan penggunaan zat gizi. Sistem penilaian status gizi dapat berupa tiga bentuk: *survey*, *surveillance*, atau *screening* (WHO, Gibson, dalam Soegianto, 2007). Sedangkan menurut Yuniastuti (2008), penilaian status gizi dapat diketahui melalui penilaian konsumsi pangan berdasarkan data kuantitatif maupun kualitatif. Pada dasarnya penilaian status gizi dapat dibagi dua, yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penilaian secara langsung meliputi antropometri, biokimia, klinis dan biostatistik. Penilaian secara tidak langsung meliputi survei konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi. Penilaian status gizi tersebut

mempunyai kelemahan dan kelebihan masing-masing (Supriasa, Bakri, & Fajar, 2016).

Penilaian status gizi dapat digunakan untuk memperoleh gambaran tentang:

- a. Status Gizi Anak, untuk memutuskan apakah anak perlu diberikan intervensi atau tidak (pemberian makanan tambahan ataupun pengobatan).
- b. Status Gizi Masyarakat, sering digambarkan dengan besaran masalah gizi pada kelompok balita. Besaran masalah gizi ini biasa disajikan dalam nilai prevalensi kurang gizi. Dengan memperoleh gambaran tentang besaran masalah gizi dan dikaitkan dengan masalah-masalah lainnya (misalnya insiden penyakit infeksi, kemiskinan, tingkat pengetahuan, perilaku), dapat dirumuskan kebijakan program gizi masyarakat.

Penilaian status gizi dapat dibedakan dua macam yaitu penilaian status gizi secara langsung dan penilaian status gizi secara tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung adalah pengukuran yang dilakukan dengan mengukur subyek menggunakan alat ukur tertentu, sedangkan penilaian status gizi tidak langsung adalah pengukuran status gizi dengan menelaah faktor ekologi secara umum terkait konsumsi makanan dalam masyarakat tertentu dimana data yang disajikan nantinya dalam bentuk statistik. Adapun perbedaan yang mendasar dari kedua penilaian ini dapat dilihat pada subyek yang dikenai. Penilaian status gizi langsung lebih mendetail pada per-individu dan bersifat spesifik, sedangkan penilaian status gizi tidak langsung dilakukan pada individu sekaligus dalam jumlah banyak dan bersifat

general. Penilaian status gizi hendaknya dilakukan berdasarkan pedoman pengukuran agar hasil yang didapatkan objektif dan berkualitas sehingga dapat ditindaklanjuti (Black et al. 2008).

Penilaian status gizi yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan penilaian secara langsung. Penilaian status gizi secara langsung diantaranya:

1. Antropometri

Antropometri adalah tinggi badan yang diukur menggunakan stadiometer dengan tingkat ketelitian 1 mm dan berat badan (kg) menggunakan sebuah skala digital dengan tingkat ketelitian 100 gram. Pengukuran yang dilakukan oleh orang yang terlatih dan terstandarisasi menggunakan prosedur sesuai standar yang ada (Lohman & Habicht dalam Bonvecchio et al., 2009).

Antropometri gizi sering dilakukan dengan mengukur tubuh manusia yang meliputi tinggi badan, lingkar dada, lingkar kepala, berat badan, lingkar lengan atas, lingkar perut, dll (Soegianto, Wijono, & Jawawi, 2007). Antropometri gizi merupakan penilaian status gizi dengan pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain : berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan tebal lemak bawah kulit. Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain yaitu (Supriasa, Bakri, & Fajar, 2016):

Umur

Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Kesalahan penentuan umur akan menyebabkan interpretasi status gizi menjadi salah. Batasan

umur dibedakan menjadi dua, yaitu tahun umur penuh dan bulan usia penuh. Untuk usia 0 – 2 tahun digunakan bulan usia penuh.

Berat Badan (BB)

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir (neonatus). Pada masa bayi sampai balita, berat badan dapat dipergunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi, kecuali terdapat kelainan klinis seperti dehidrasi, asites, edema dan adanya tumor.

Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang, jika umur tidak diketahui dengan tepat. Pengukuran TB untuk anak balita yang sudah dapat berdiri dilakukan dengan alat pengukur tinggi mikrotoa (*microtoise*) yang mempunyai ketelitian 0,1 cm. Sedangkan untuk bayi atau anak yang belum dapat berdiri digunakan alat pengukur panjang bayi.

Lingkar Lengan Atas (LLA)

LLA merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi, karena mudah dilakukan dan tidak memerlukan alat-alat yang sulit diperoleh dengan harga yang lebih murah. Mengukur LLA anak balita dilakukan dengan menggunakan alat berupa pita pengukur yang dibuat dari *fiber glass*, yaitu jenis kertas tertentu berlapis plastik. Bila tidak mempunyai alat ini, dapat juga digunakan meteran lain.

Indeks antropometri yang umum digunakan adalah Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Adapun Lingkar Lengan Atas (LLA) cukup dinilai tunggal

saja antara anak berumur 1 tahun sampai 5 tahun perbedaannya relatif kecil (Supriasa, Bakri, & Fajar, 2016).

Indeks antropometri Berat Badan menurut Umur (BB/U). Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh. Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini (*current nutritional status*).

Indeks antropometri Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Berat badan memiliki hubungan yang linier dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (sekarang).

Indeks antropometri Lingkar Lengan Atas menurut Umur (LLA/U). Lingkar lengan atas memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. Lingkar lengan atas sebagaimana dengan berat badan merupakan parameter yang labil, dapat berubah-ubah dengan cepat. Oleh karena itu, lingkar lengan atas merupakan indeks status gizi saat ini.

Saat ini pengukuran antropometri digunakan secara luas dalam penelitian status gizi, terutama jika terjadi ketidakseimbangan kronik antara intik energi dan protein. Pengukuran antropometri terdiri atas dua dimensi, yaitu pengukuran pertumbuhan dan komposisi tubuh. Komposisi tubuh mencakup komponen lemak tubuh (*fat mass*) dan bukan lemak tubuh (*non-fat mass*) (Yuniastuti, 2008).

Pengukuran status gizi pada balita dan anak dapat dilakukan menggunakan indeks antropometri sebagai berikut (Yuniastuti, 2008):

- (1) Indeks berat badan menurut umur (BB/U),
- (2) Indeks berat badan menurut panjang atau tinggi badan (BB/TB),
- (3) Indeks panjang atau tinggi badan menurut umur (TB/U),
- (4) Indeks gabungan (BB/U;BB/TB;TB/U),
- (5) Indeks lingkaran lengan atas (LiLA),
- (6) Indeks lingkaran kepala menurut umur (LK/U),
- (7) Tebal lipatan lemak dibawah kulit (TLBK).

Kategori status gizi pada berbagai ukuran antropometri untuk balita dan anak terdapat pada tabel berikut:

Tabel 2.4 Kategori Status Gizi pada Berbagai Ukuran Antropometri

BB/U	PB/U	BB/PB
Gizi lebih (>2,0 SD baku WHO NCHS)	Normal ($\geq 2,0$ SD baku WHO NCHS)	Gemuk (>2,0 SD baku WHO NCHS)
Gizi baik (-2,0 SD s/d +2,0 SD) Gizi kurang (<-2,0 SD) Gizi buruk (<-3,0 SD)	Pendek/ stntewd <-2,0 SD	Normal (-2,0 SD s/d +2,0 SD) Kurus/ <i>wasted</i> (<-2,0 SD s/d -3,0 SD) Sangat kurus (<-3,0 SD)

(Sumber: Supriasa dkk, 2016)

2. Pemeriksaan Klinis.

Pemeriksaan klinis adalah pemeriksaan terhadap gejala (*symptoms*) dan tanda (*sign*) pada tubuh akibat gangguan metabolisme zat gizi (Soegianto, Wijono, & Jawawi, 2007). Tanda-tanda klinis gizi kurang dapat merupakan indikator yang digunakan untuk menduga defisiensi gizi. Hal ini mencakup kelambatan pertumbuhan dan perkembangan yang dapat ditentukan dengan cara membandingkan seorang individu atau kelompok tertentu terhadap ukuran normal pada umumnya (Supriasa, Bakri, & Fajar, 2016).

Riwayat medis dan pengujian fisik merupakan metode klinis yang digunakan untuk mendeteksi tanda-tanda (pengamatan yang dibuat oleh dokter) dan gejala-gejala (manifestasi yang dilaporkan oleh pasien) yang berhubungan dengan malnutrisi. Tanda-tanda atau gejala-gejala ini sering tidak spesifik dan hanya berkembang selama tahap depleksi (pengosongan cadangan zat gizi dalam tubuh) yang sudah parah. Karena alasan tersebut, diagnosis defisiensi gizi tidak boleh mengandalkan hanya pada metode klinis. Sebenarnya yang diperlukan dalam metode ini yaitu sebelum berkembangnya sindrom. Oleh karena itu, metode laboratorium harus digunakan sebagai pelengkap metode klinis (Yuniastuti, 2008).

Alat skrining dirancang untuk mendeteksi protein, Kurang Energi Potensial (KEP), kekurangan gizi, sehingga didapatkan kemungkinan akan berkembang membaik/ memburuk. Terdapat 4 prinsip dalam penggunaan skrining yaitu, (1) *What is the condition now?*; (2) *Is the condition stable?*; (3) *Will the condition get worse?*; (4) *Will the disease process accelerate nutritional deterioration?*. Pada ESPN (European Society Parenteral and Enteral Nutrition) alat skrining yang dapat digunakan secara universal untuk anak belum tersedia. Akan tetapi masih dalam proses pengerjaan yang diketuai oleh Prof. Bert Koletzko, Munich. Hal ini disebabkan grafik tinggi dan berat badan pada anak mengalami percepatan dalam pertumbuhan, sehingga sangat sensitive terhadap status gizi anak (Kondrup et al. 2003).

3. Penilaian Status Gizi Secara Biokimia.

Pemeriksaan biokimia dalam penilaian status gizi memberikan hasil yang lebih tepat dan objektif daripada menilai konsumsi pangan dan pemeriksaan lain.

Pemeriksaan biokimia yang sering digunakan yaitu teknik pengukuran kandungan berbagai zat gizi dan substansi kimia lain dalam darah dan urine. Hasil pengukuran tersebut dibandingkan dengan standar normal yang telah ditetapkan. Adanya parasit dapat diketahui melalui pemeriksaan feses, urine dan darah, karena kurang gizi sering berkaitan dengan prevalensi penyakit akibat parasit (Supriasa, Bakri, & Fajar, 2016). Tes Biokimia adalah pemeriksaan secara biokimia terhadap jaringan dan cairan tubuh seperti darah, urine, tinja dan jaringan seperti otak, hati, dll (Soegianto, Wijono, & Jawawi, 2007).

Metode biokimia bersifat sangat obyektif, bebas dari faktor emosi dan subyektif lain sehingga biasanya digunakan untuk melengkapi cara penilaian status gizi lainnya. Secara teoritis, keadaan defisiensi subklinis dapat diidentifikasi melalui pengukuran kadar zat gizi/ metabolitnya dalam suatu bahan biopsi. Metode ini mampu merefleksikan kadar zat gizi tubuh total atau besarnya simpanan di jaringan yang paling sensitive terhadap deplesi sehingga disebut uji biokimia statis. Cara lain untuk menguji defisiensi subklinis adalah uji gangguan fungsional. Uji ini mempunyai makna biologi yang lebih besar daripada uji biokimia statis karena mengukur besarnya konsekuensi fungsional dari zat gizi spesifik (Yuniastuti, 2008).

Uji fungsional adalah pengukuran perubahan dalam aktivitas enzim spesifik atau kadar komponen darah spesifik tergantung pada zat gizi yang diberikan, pengukuran produksi metabolit abnormal, pengukuran fungsi fisiologi dan perilaku yang tergantung pada zat gizi spesifik (misalnya *taste aquaty* untuk Zn; fungsi kognitif untuk besi). Kedua uji ini sering dipengaruhi oleh faktor teknis dan faktor

biologi, yaitu regulasi, homostatis, variasi diurnal, kontaminasi contoh, keadaan fisiologi, infeksi, status hormonal, latihan fisik, kelompok umur, jenis kelamin, dan etnik, *accuracy* dan *precision* metode analisis, intik pangan yang baru dilakukan, hemolysis (ukuran serum/plasma), obat-obatan, keadaan penyakit, stress peradangan, kehilangan berat badan, prosedur sampling dan pengumpulan data, sensitivitas dan spesifisitas metode analisis yang dapat mengganggu interpretasi hasil. Sebaiknya dilakukan kombinasi uji biokimia statis fungsional daripada uji tunggal untuk setiap zat gizi (Yuniastuti, 2008).

4. Penilaian Status Gizi dengan Metode Biofisik

Pemeriksaan Biofisik yaitu pemeriksaan gangguan fisik dan fungsi dari jaringan tubuh karena gangguan metabolisme zat gizi, seperti dengan cara *radiographic examination*, tes fungsi (*tests of physical function*) dan *cytological tests* karena gangguan zat gizi (Soegianto, Wijono, & Jawawi, 2007). Penentuan status gizi dengan biofisik adalah melihat dari kemampuan fungsi jaringan dan perubahan struktur. Tes kemampuan fungsi jaringan meliputi kemampuan kerja dan energi expenditure serta adaptasi sikap. Tes perubahan struktur dapat dilihat secara klinis maupun tidak dapat dilihat secara klinis. Pemeriksaan yang tidak dapat dilihat secara klinis biasanya dilakukan dengan pemeriksaan radiology. Penilaian status gizi secara biofisik sangat mahal, memerlukan tenaga yang profesional dan dapat diterapkan dalam keadaan tertentu saja (Supriasa, Bakri, & Fajar, 2016).

Penilaian status gizi adalah suatu teknologi yang digunakan untuk mengukur gizi seseorang yang mana dapat dilakukan melalui cara langsung dan tidak langsung dan dapat diperoleh melalui data kuantitatif maupun kualitatif.

2.3.2 Klasifikasi Status Gizi

Dari berbagai indeks antropometri yang ada, untuk menginterpretasikannya dibutuhkan ambang batas. Ambang batas yang digunakan untuk menilai status gizi anak balita yaitu dengan menggunakan standar deviasi unit disebut juga Z-Score.

Standar deviasi unit (Z-Score) digunakan untuk meneliti dan memantau pertumbuhan. Standar deviasi unit ini digunakan untuk mengetahui klasifikasi status gizi. WHO memberikan gambaran perhitungan standar deviasi unit terhadap NCHS. Pertumbuhan nasional untuk suatu populasi dinyatakan dalam positif dan negatif 2 standar deviasi unit dari median.

Rumus perhitungan z - skor adalah sebagai berikut :

$$Z - Score = \frac{\text{Nilai Riil} - \text{Nilai Median Rujukan}}{SD Upper}$$

Selain standar deviasi unit (z-skor) digunakan untuk meneliti dan memantau pertumbuhan, perhitungan juga dapat dilakukan menggunakan persen terhadap median rujukan. Menurut Soegianto dkk (2007) prinsip perhitungan terhadap median rujukan adalah membandingkan berat maupun tinggi badan dengan nilai median baku rujukan.

Rumus perhitungan persen terhadap median rujukan adalah sebagai berikut:

$$\% Median = \frac{\text{Nilai Riil} \times 100\%}{\text{Nilai Median Rujukan}}$$

Terdapat bermacam-macam pendekatan yang digunakan dalam pengukuran/ penyajian data status gizi, diantaranya yaitu (Depkes RI dalam Soegianto, 2007):

1. *Klasifikasi Status Gizi Menurut Depkes RI, 2017*

Gizi lebih : *overweight* dan *obesity*

Gizi baik : *wellnourished*

Gizi kurang : *underweight (mild and moderate malnutrition)*

Gizi buruk : *severe malnutrition* (marasmus, kwashiorkor dan marasmic kwashiorkor)

Untuk mendapatkan gambaran tentang keadaan gizi anak apakah seorang anak masuk kategori gizi kurang atau tidak, maka perlu ditentukan titik acuan standar tersebut.

2. Cara Gomez

Didasarkan atas berat badan individu dibandingkan dengan berat badan yang diharapkan pada anak sehat seumur. Sebagai baku patokan dipakai persentil 50 baku Havard, dengan klasifikasi sebagai berikut:

Tabel 2.5 Beberapa Kategori dan Cutoff Point Status Gizi Cara Gomez

a.)

<i>%Expected weight for age</i>	<i>Classification</i>	<i>Category of Nutritional Status</i>
>90%	<i>Normal</i>	<i>Normal</i>
76-90%	<i>Mild Malnutrition</i>	<i>1st degree malnutrition</i>
61-75%	<i>Moderate Malnutrition</i>	<i>2nd degree malnutrition</i>
<60%	<i>Severe Malnutrition</i>	<i>3rd degree malnutrition</i>

(Sumber: Soegianto, 2007)

b.)

Derajat KEP	Berat Badan % dari Buku*)
0 = Normal	=/>90%
1 = Ringan	89%-75%
2 = Sedang	74%-60%
3 = Berat	<60%

(Sumber: Soegianto, 2007)

*)Baku = Persentil 50 Havard

c.)

Batasan	Klasifikasi
>90%	Normal
76-90%	Malnutrition ringan
61-76%	Malnutrition sedang
<60%	Malnutrition berat

(Sumber: Depkes RI, Soegianto, 2007)

Cara ini mudah dilakukan dan telah digunakan secara luas. Kelemahannya ialah tidak memperhatikan panjang badan, dan umur harus diketahui secara tepat.

3. *Cara Havard Standard*

Tabel 2.6 Kategori dan Cutoff Point Status Gizi Cara Havard Standard

Indikator	Gizi Baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk
BB/U	>80%	>60%-80%	<60%
TB/U	>85%	>70%-85%	<70%
BB/TB	>90%	>80%-90%	<80%
LLA/U	>85%	>70%-85%	<70%
LLA/TB	>85%	>75%-85%	<75%

(Sumber: Soegiarto, 2007)

Keuntungan dari cara tersebut ialah mudah dilakukan. Bila umur tidak diketahui dengan pasti, digunakan ukuran BB atau LLA menurut TB. Kelemahannya ialah tidak membedakan jenis kelamin sampai umur 5 tahun, sedangkan pertumbuhan anak laki-laki berbeda dengan anak perempuan.

4. *Cara Waterlow*

Indikator yang dipakai BB/TB dan TB/U dalam kombinasi, dengan menggunakan standar Havard dan klasifikasi sebagai berikut:

Tabel 2.7 Beberapa Kategori dan Status Gizi berdasarkan Cara Waterlow

a.)

<i>Height for Age Degree of Stunting</i>	<i>Weight for Height Degree of Wasting</i>			
Percent (Grade)	>90% (0)	80-90% (1)	70-80% (2)	<70% (3)
>90% (Grade =0)	Normal		Wasting	
95-90% (Grade =1)	Stunting		Stunting and Wasting	
85-90% (Grade = 2)				
<85% (Grade =3)				

(Sumber: Soegiarto, 2007)

b.)

GANGGUAN DERAJAT	<i>Stunting</i> (Tinggi Badan Menurut Umur)	<i>Wasting</i> (Berat Badan Menurut Umur)
0= Normal	≥95%	≥90%
1= Ringan	90-95%	80-90%
2= Sedang	85-89%	70-80%
3= Berat	<85%	<70%

(Sumber: Soegiarto, 2007)

5. Cara WHO

Pada dasarnya cara WHO dalam penggolongan indikator sama seperti cara penilaian Waterlow. Indikator yang digunakan meliputi BB/TB dan TB/U. Standar yang digunakan adalah buku antropometri US-NCHS (*National Center for Health Atatistics, USA*), dengan klasifikasi sebagai berikut:

Tabel 2.8 Klasifikasi Status Gizi berdasarkan WHO-NCHS

BB/TB	BB/U	TB/U	Status Gizi
Normal	Rendah	Rendah	Baik, pernah kurang
Normal	Normal	Normal	Baik
Normal	Tinggi	Tinggi	Jangkung, masih baik
Rendah	Rendah	Tinggi	Buruk
Rendah	Rendah	Normal	Buruk, Kurang
Rendah	Normal	Tinggi	Kurang
Tinggi	Tinggi	Rendah	Lebih, Obese
Tinggi	Normal	Rendah	Lebih, pernah Kurang
Tinggi	Tinggi	Normal	Lebih, tidak pernah obese

(Sumber: Soegiarto, 2007)

6. Menurut Buku Pedoman Pemantauan Status Gizi (PSG) melalui Posyandu, Depkes RI 2017

Indeks dan buku rujukan yang digunakan dalam pengolahan data ialah indeks BB menurut umur dengan menggunakan baku rujukan antropometri WHO-NCHS, dengan menentukan 4 kategori sebagai berikut:

Gizi baik : $\geq 80\%$ terhadap baku median

Gizi sedang : 70-79,9% terhadap baku median

Gizi kurang : 60-69,9% terhadap baku median

Gizi buruk : $< 60\%$ terhadap baku median

7. Menurut Buku Antropometri WHO-NCHS kategori Status Gizi BB/U (Z-SCORE)

$> + 2SD$ = BB Lebih (Gizi Lebih)

- 2SD s/d +2SD = BB Normal (Gizi Normal)
- 3SD s/d <-2SD = BB Rendah (Gizi Kurang)
- <-3SD = BB Sangat Rendah (Gizi Buruk)

8. Menurut Buku Antropometri WHO-NCHS kategori status gizi BB/U (%Median)

- <60% = KEP Berat
- 60%-69% = KEP Sedang
- 70%-79% = KEP Ringan
- 80%-109% = Gizi Baik
- ≥110% = Gizi Lebih

9. Menurut Standar Pemantauan Balita, Depkes RI Dirjen Binkesmas 2004

Balita dalam keadaan *status gizi* buruk bila

- a. BB/PB atau BB/TB < -3SD dan ada tanda-tanda klinis
- b. BB/PB atau BB/TB ≥ -3SD dan ada tanda-tanda klinis
- c. BB/PB atau BB/TB < -3SD dan tidak ada tanda-tanda klinis

10. Standar Brocca

Merupakan cara penentuan Berat Badan Ideal (BBI) yang sudah lama digunakan di Indonesia. Berat Badan Ideal menurut Brocca adalah berat badan yang diperoleh berdasarkan rumus:

$$\text{BBI} = (\text{Tinggi Badan} - 100) - 10\% (\text{Tinggi badan} - 100)$$

Penelitian terhadap penentuan berat badan ideal dengan menggunakan standar Brocca dan IMT menunjukkan bahwa cara ini adalah sensitive (se>90)

baik pada pria maupun wanita. Tetapi cara ini kurang spesifik, khususnya pada pria dalam mengklasifikasikan berat badan kurang ($Sp = 73,9$) dengan ketentuan:

- a. Kurus (bila <batas nilai minimum)
- b. Ideal atau normal (80%-110 standar Brocca)
- c. Gemuk (bila >batas nilai maksimum)

Catatan:

➔ Nilai maksimum = $1,1 \times (TB-100)$

➔ Nilai minimum = $0,8 \times (TB-100)$

11. *Sistem Skrining Sederhana untuk Malnutrisi*

Semua metode klasifikasi yang telah dikemukakan tergantung pada pengetahuan tentang: umur anak, pengukuran berat badan yang tepat dan pada beberapa hal tergantung tinggi badan atau panjang badan dan penggunaan data untuk pembandingan; dengan demikian dibatasi oleh adanya keterbatasan biaya, peralatan dan tenaga terlatih. Karena itu diperlukan suatu metode skrining yang sederhana, cepat, namun kurang teliti, seperti cara pengukuran:

c. *Lingkar Pertengahan Lengan Atas (Mid – Upper arm circumference)*

Untuk menilai keadaan gizi dengan menggunakan hasil pengukuran lingkar lengan atas, Jelliffe, Bestrian dan Blackburn menggunakan perhitungan yang sama, yaitu:

$$\% \text{ deviasi dari standar} = \frac{\text{Pengukuran sebenarnya}}{\text{Nilai standar}} \times 100$$

Dimana:

- *Obesity* : > 2% standar

- *Normal* : 90 – 110% standar
- *Moderate depletion* : 60 – 90% standar
- *Severe depletion* : < 60% standar

d. QUAC Stick (*the Quacker upper arm circumference*)

Metode ini dikembangkan sebagai metode skrining oleh tim *Quack Service* di Nigeria yang murah, cepat dan sederhana (Arnold 1969 dalam Seogianto, 2007).

e. Peta Dinding BB/TB (*Weight for Height Wall Chart*)

Metode ini dikembangkan oleh Nabarro dan Mc Nab (1980) berdasarkan pada indek BB/TB dan tiga persentase tertentu dari median BB/TB yang berhubungan pada data rujukan NCHS, yaitu 70% - 80%, 80% - 90%, dan 90% - 110%. Anak dikatakan kurus (*wasted children*) apabila persentase BB/TB kurang dari 80% median rujukan.

2.3.3 Indikator Sosial yang Berhubungan dengan Status Gizi Masyarakat

Status gizi masyarakat dapat dipengaruhi oleh keadaan geopolitik, kondisi budaya dan permasalahan ekonomi yang ada (Rush 2000). Menurut Kemenkes RI (dalam BPS, 2011) terdapat 3 pembagian indikator dalam penilaian kesehatan masyarakat yaitu indikator derajat kesehatan, indikator upaya kesehatan, dan indikator sumber daya kesehatan. Disisi lain terdapat 6 indikator sosial budaya yang menjadi indikator kesehatan masyarakat yaitu (McKenzie, Pinger, & Kotecki, 2006): 1) kepercayaan, tradisi dan praduga, 2) ekonomi, 3) politik, 4) agama, 5) norma sosial, dan 6) status sosial ekonomi. Adapun indikator sosial

dalam penilaian status gizi di masyarakat menurut George Christakis (dalam Soegianto, 2007) yaitu:

1. Keadaan kependudukan (demografi)
2. Strata sosial ekonomi
3. Statistik vital (kesehatan: Morbidity dan Mortality)
4. Sumber daya kesehatan
5. Kesehatan gizi
6. Faktor-faktor budaya
7. Organisasi politik dan kemasyarakatan
8. Perumahan
9. Penyediaan pangan
10. Program gizi anak sekolah
11. Program kesejahteraan sosial
12. Transportasi
13. Pendidikan
14. Pekerjaan
15. Geografi dan lingkungan
16. Aspek masyarakat lainnya

Dapat disimpulkan bahwa indikator yang mempengaruhi kesehatan ataupun status gizi di masyarakat sangatlah beragam, indikator ini dapat dijadikan tolak ukur dalam pendataan angka kesehatan dan keadaan status gizi di masyarakat.

2.3.4 Statistik Vital Kesehatan dan Status Gizi

Statistik vital (*book keeping of humanity*) adalah buku pegangan kehidupan manusia yang berhubungan dengan registrasi, analisis (penguraian), dan interpretasi (penafsiran) tentang kelahiran, kematian, perkawinan, agama, soal-soal sosial, pendidikan dan lain-lain (Irianto, 2014). Status gizi masyarakat dapat dilihat dari statistik vital yang meliputi angka kematian (*mortality*) dan angka kesakitan (*morbidity*). Angka kematian pada anak usia dini secara global disebabkan oleh pneumonia, diare, malaria, meningitis, campak, dan lain-lain, akan tetapi implementasi yang sukses dari pencegahan kekurangan gizi dan defisiensi mikronutrien secara substansial dapat mengurangi angka kematian anak dan meningkatkan kesehatan serta perkembangan anak (Black R, Cousens, dkk, 2010). Adapun angka vital yang lebih mendekati status gizi adalah (Soegianto, 2007):

1. Angka kematian pada kelompok umur tertentu (*Age Spesific Mortality Rate*),
2. Angka kematian karena penyakit tertentu (*Cause Specific Mortality Rate*),
3. Angka kesakitan karena penyakit tertentu,
4. Angka cakupan pelayanan kesehatan (*Coverage Health Services*).

Sedangkan menurut Supriasa, dkk (2016) menyatakan bahwa analisis keadaan gizi di suatu wilayah dapat diketahui melalui:

1. Angka kematian pada kelompok umur tertentu,
2. Angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu,

3. Statistik pelayanan kesehatan penyakit infeksi yang berhubungan dengan gizi,
4. Infeksi yang relevan dengan keadaan gizi.

Statistik vital adalah sebuah buku yang berisi tentang registrasi, analisis (penguraian), dan interpretasi (penafsiran) data kehidupan manusia yang dapat dijadikan untuk mendeteksi tingkat kesehatan dan status gizi masyarakat serta terdiri dari angka kematian, angka kesakitan, pelayanan kesehatan, dan infeksi.

2.4 Anak Usia Dini

2.4.1 Pengertian Anak Usia Dini

Definisi anak usia dini yang dikemukakan oleh NAEYC (National Assosiation Education for Young Chlidren) adalah sekelompok individu yang berada pada rentang usia antara 0 – 8 tahun. Anak usia dini merupakan sekelompok manusia yang berada dalam proses pertumbuhan dan perkembangan. Pada usia tersebut para ahli menyebutnya sebagai masa emas (Golden Age) yang hanya terjadi satu kali dalam perkembangan kehidupan manusia. Pertumbuhan dan perkembangan anak usia dini perlu diarahkan pada fisik, kognitif, sosio emosional, bahasa, dan kreativitas yang seimbang sebagai peletak dasar yang tepat guna pembentukan pribadi yang utuh (Priyanto, 2014).

Hurlock (dalam Priyanto, 2014), masa anak usia dini dimulai setelah bayi yang penuh dengan ketergantungan, yaitu kira-kira usia 2 tahun sampai saat anak matang secara seksual. Ia memiliki karakteristik tertentu yang khas dan tidak sama dengan orang dewasa serta akan berkembang menjadi manusia dewasa seutuhnya.

Definisi anak usia dini adalah individu usia 0-8 tahun (usia keemasan) yang memiliki ketergantungan pada orang dewasa serta memiliki karakteristik tertentu yang akan berkembang dan bertumbuh menjadi manusia dewasa sehingga harus mendapatkan stimulus optimal dalam aspek perkembangan fisik, kognitif, sosial, ekonomi, bahasa dan kreativitas.

2.4.2 Karakteristik Anak Usia Dini

Karakteristik anak usia dini yang khas menurut Richard D. Kellough (1996 dalam Pebriana, 2017) adalah:

- (1) Anak itu bersifat egosentris, ia cenderung melihat dan memahami sesuatu dari sudut pandang dan kepentingannya sendiri. Hal ini dapat dilihat dari perilakunya seperti masih berebut alat-alat mainan, menangis bila menghendaki sesuatu yang tidak dipenuhi oleh orang tuanya, atau memaksakan sesuatu terhadap orang lain. Karakteristik seperti ini terkait dengan perkembangan kognitifnya yang menurut Piaget disebutkan bahwa anak usia dini sedang berada pada fase transisi dari fase praoperasional (2-7) ke fase operasional konkret (7-11).
- (2) Anak memiliki rasa ingin tahu yang besar. Menurut persepsi anak, dunia ini dipenuhi dengan hal-hal yang menarik dan menakjubkan. Hal ini menimbulkan rasa keingintahuan anak yang tinggi. Rasa keingintahuan sangatlah bervariasi, tergantung dengan apa yang menarik perhatiannya. Sebagai contoh, anak lebih tertarik dengan benda yang menimbulkan akibat dari pada benda yang terjadi dengan sendirinya.

- (3) Anak adalah makhluk sosial, anak senang diterima dan berada dengan teman sebayanya. Mereka senang bekerja sama dalam membuat rencana dan menyelesaikan pekerjaannya. Mereka secara bersama saling memberikan semangat dengan sesama temannya. Anak membangun konsep diri sendiri melalui interaksi sosial. Ia akan membangun kepuasan melalui penghargaan diri ketika diberikan kesempatan untuk bekerjasama dengan temannya.
- (4) Anak bersifat unik. Anak merupakan individu yang unik di mana masing-masing memiliki bawaan, minat, kapabilitas, dan latar belakang kehidupan yang berbeda satu dengan yang lainnya. Di samping memiliki kesamaan, menurut Bredekamp (1987), anak juga memiliki keunikan tersendiri seperti dalam gaya belajar, minat, dan latar belakang keluarga.
- (5) Anak umumnya kaya dengan fantasi. Anak senang dengan hal-hal yang bersifat imajinasi, sehingga pada umumnya ia kaya dengan fantasi. Anak dapat bercerita melebihi pengalaman-pengalaman aktualnya atau kadang bertanya hal-hal gaib sekalipun. Hal ini disebabkan imajinasi anak berkembang melebihi apa yang dilihatnya. Sebagai contoh, ketika anak melihat gambar sebuah robot, maka imajinasinya berkembang bagaimana robot itu berjalan dan bertempur dan seterusnya.
- (6) Anak memiliki daya konsentrasi yang pendek. Pada umumnya anak sulit untuk berkonsentrasi pada suatu kegiatan dalam jangka waktu yang lama. Ia selalu cepat mengalihkan perhatian pada suatu kegiatan dalam jangka waktu yang lama. Ia selalu cepat mengalihkan perhatian pada kegiatan lain, kecuali

memang kegiatan tersebut selain menyenangkan juga bervariasi dan tidak membosankan.

Karakteristik anak usia dini tentu berbeda dengan orang dewasa, anak usia dini adalah makhluk sosial yang bersifat egosentris, memiliki rasa ingin tahu yang besar, unik, penuh dengan imajinasi, dan memiliki tingkat konsentrasi yang pendek.

2.4.3 *Kebutuhan Gizi Anak*

Masa anak-anak adalah masa dimana seseorang sedang mengalami tumbuh kembang yang amat pesat. Pada masa ini, proses perubahan fisik, emosi, dan sosial anak berlangsung dengan cepat. Pertumbuhan anak dapat dipantau melalui pengukuran fisiknya maupun melalui pengamatan sikap atau perilaku anak. Standar ukuran fisik maupun perkembangan emosi dan perilaku seorang anak telah ditetapkan secara nasional yang dapat diperoleh melalui kuisioner atau instrumen lain yang digambarkan pada Kartu Menuju Sehat (KMS).

Tumbuh kembang anak usia dini berpengaruh terhadap masa dewasa seseorang, baik dari segi fisik, mental maupun intelektualnya. Oleh karena itu, pada masa usia dini perlu diperhatikan berbagai stimulasi yang diperlukan untuk mencapai tumbuh kembang optimal. Tidak hanya stimulasi berbicara, stimulasi sosial, stimulasi kognitif, dan stimulasi motorik saja, akan tetapi kebutuhan gizi anak sangat penting untuk diperhatikan, karena nutrisi yang buruk ketika usia dini akan berpengaruh terhadap kesiapan belajar anak pada masa sekolah (Mwaniki EW & Makokha AN, 2013) dan tentunya akan berpengaruh pula untuk keberlangsungan hidup seseorang. Kebutuhan gizi pada anak-anak disesuaikan dengan kecukupan gizi yang disesuaikan dengan kelompok umur dan kemampuan anak menerima

makanan yang diberikan. Seperti contohnya kebutuhan mikronutrien yang akan mempengaruhi kesehatan anak, kecukupan vitamin A pada 6 tahun usia kehidupan anak dapat menurunkan tingkat mortalitas (Black R, dkk, 2008), sedangkan pemenuhan kebutuhan yodium pada trimester ke 2 dapat meningkatkan perkembangan neurologis dan kognitif janin (Rastogi R, Mathers CD dalam Black R, dkk 2008).

Energi sangat dibutuhkan oleh anak agar mereka terhindar dari penyakit sehingga dapat mencapai perkembangan fisik dan mental yang optimal. Anak yang kekurangan energi akan beresiko kekurangan gizi (Mwaniki EW & Makokha AN, 2013). Secara epidemik, ibu memiliki peran yang penting dalam pemenuhan nutrisi anak usia dini dan resiko penyakit kronis di usia dewasa (Allen L & Gillespie D dalam Mwaniki EW & Makokha AN, 2013). Pemenuhan makanan menjadi tolak ukur kecukupan nutrisi anak. Adapun makanan yang dikonsumsi diklasifikasikan kedalam beberapa kelompok yaitu, sereal, kacang-kacangan, sayuran, daging, susu, buah-buahan dan umbi-umbian yangmana pada pelaksanaannya minimal terdapat 4 kelompok makanan dalam setiap menu harian (Mwaniki EW & Makokha AN, 2013).

Asupan gizi harian yang didapatkan dari mengkonsumsi makanan memiliki peran yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Seperti telah dijelaskan sebelumnya, orangtua memegang kendali utama dalam hal ini. Bagaimana cara agar anak mendapatkan gizi sesuai dengan kebutuhannya, tidak berkekurangan dan tidak pula berkelebihan. Anak dapat mengalami defisiensi zat gizi yang nantinya berakibat pada berbagai aspek tumbuh kembang secara mental

dan fisik. Tidak hanya itu, anak juga dapat mengalami obesitas atau kelebihan berat badan yang akan berpengaruh pula terhadap perkembangan motorik dan sosialnya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Payne & Howard (2020) menyatakan bahwa 54% anak yang mengalami berat badan lebih dan obesitas mendapatkan *weight bias* (sikap negatif, stereotip, dan penilaian buruk) seperti yang dialami oleh orang dewasa sehingga akan berpengaruh terhadap kemampuan sosial anak. Hal ini dapat ditanggulangi dengan cepat, jangka pendek, dan jangka panjang serta dapat dicegah oleh orang tua dan stakeholder sesuai dengan klarifikasi dampak defisiensi zat gizi maupun *over nutrisi*, antara lain melalui pengaturan pola makan yang benar. Disisi lain pemberian minuman serbuk yang mengandung mikronutrien (berupa zat besi dan yodium) dapat meningkatkan kebugaran fisik dan kemampuan mental anak (Solon F. S, 2003).

Adapun kebutuhan gizi yang diperlukan oleh anak untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal yaitu:

1. Usia 1-3 Tahun

Tabel 2.9 Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Anak Usia 1-3 Tahun (Toddler)

Anak (1-3 tahun)	
BB	13 kg
TB	91 cm
Energi	1125 kkal
Protein	26 g
Lemak	44 g
Omega-6	7,0 g
Omega-3	0,7 g
Karbohidrat	155 g
Serat	16 g
Air	1200 mL
Vitamin A	400 mcg
Vitamin D	15 mcg
Vitamin E	6 mcg
Vitamin K	15 mcg
Vitamin B1	0,6 mg

Anak (1-3 tahun)	
Vitamin B2	0,7 mg
Vitamin B3	6 mg
Vitamin B5	2,0 mg
Vitamin B6	0,5 mg
Vitamin B9	160 mg
Vitamin B12	0,9 mg
Biotin	8 mcg
Kolin	200 mg
Vitamin C	40 mg
Besi	8 mg
Flour	0,6 mg
Fosfor	500 mg
Yodium	120 mcg
Kalium	3000 mg
Kromium	11 mcg
Magnesium	60 mg
Mangan	1,2 mg
Natrium	1000 mg
Selenium	17 mcg
Seng	4 mg
Tembaga	340 mcg

(Sumber: Hardian, AKG 2013. Rusilanti 2015)

a. Energi

Anak usia 1-3 tahun membutuhkan energi (sebagai kalori) untuk memungkinkan mereka beraktivitas serta untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuh mereka. Tubuh mendapatkan energi dari lemak dan karbohidrat dan beberapa dari protein.

b. Asupan Kalori

Anak-anak usia 1-3 tahun membutuhkan kalori yang cukup banyak karena mereka aktif bergerak mereka setidaknya membutuhkan 1500 kalori setiap harinya. Balita mendapatkan kalori dari makanan-makanan yang mengandung protein, lemak, dan gula.

c. Protein

Anak membutuhkan protein yang cukup banyak daripada orang dewasa. Asupan gizi yang baik bagi anak 1-3 tahun terdapat pada makanan yang mengandung protein. Karena protein sendiri bermanfaat sebagai *precursor* untuk *neurotransmitter* demi perkembangan otak yang baik nantinya. Protein dapat diperoleh dari makanan-makanan seperti ikan, susu, daging 2 ons, telur 2 butir dan sebagainya.

d. Lemak

Anak-anak membutuhkan lebih banyak lemak dibandingkan orang dewasa karena tubuh mereka menggunakan energi yang lebih secara proporsional selama masa pertumbuhan dan perkembangan mereka. Namun, anjuran makanan sehat untuk anak lebih dari usia 5 tahun adalah asupan lemak total sebaiknya tidak lebih dari 35% dari total energi. Sumber lemak pada makanan dapat diperoleh dalam mentega, susu, daging, ikan dan minyak nabati.

e. Karbohidrat

Anjuran konsumsi karbohidrat sehari bagi anak usia 1 tahun keatas antara 50%-60%. Anak tidak memerlukan 'gula pasir' sebagai energi serta madu harus dibatasi. Balita memerlukan karbohidrat sebagai energi utama serta untuk perkembangan otak saat belajar karena karbohidrat di otak berupa *sialic acid*. Karbohidrat dapat diperoleh dari makanan seperti roti, nasi, kentang, roti, sereal, kentang atau mi. selain sebagai menu utama, karbohidrat bisa diolah sebagai makanan selingan atau bekal sekolah, seperti pudding roti atau donat kentang yang lezat.

f. Serat

Serat adalah bagian dari karbohidrat dan protein nabati yang tidak dipecah dalam usus kecil dan penting untuk mencegah sembelit serta gangguan usus lainnya. Serat dapat membuat perut anak menjadi cepat penuh dan terasa kenyang, menyisakan ruang untuk makanan lainnya sehingga sebaiknya tidak diberikan berlebih.

g. Vitamin dan Mineral

Vitamin adalah zat organik kompleks yang dibutuhkan dalam jumlah yang sangat kecil untuk banyak proses penting yang dilakukan dalam tubuh. Mineral adalah zat anorganik yang dibutuhkan oleh tubuh untuk berbagai fungsi. Makanan yang berbeda memberikan vitamin dan mineral yang berbeda dan memiliki diet yang bervariasi dan seimbang. Hal ini penting untuk menyediakan jumlah yang cukup dari semua zat gizi. Pemberian suplemen juga dapat dilakukan untuk mencukupi kebutuhan vitamin maupun mineral pada anak.

h. Zat Besi

Anak usia 1-3 tahun merupakan usia yang cenderung kekurangan zat besi sehingga anak harus diberikan asupan makanan yang mengandung zat besi. Makanan atau minuman yang mengandung vitamin C seperti jeruk merupakan salah satu makanan yang mengandung gizi bermanfaat untuk penyerapan zat besi.

i. Kalsium

Anak usia 1-3 tahun juga membutuhkan asupan kalsium secara teratur sebagai pertumbuhan tulang dan gigi balita. Salah satu pemberi kalsium terbaik adalah susu yang diminum secara teratur.

Tabel 2.10 Kebutuhan Vitamin dan Mineral Anak Usia 1-3 Tahun (1000 kkal)

Nutrisi	Kebutuhan/ Hari	Konversi (Setara)
Vit A	400 ug	Wortel (50 gram)
Vit D	200 IU	Susu (470 ml atau 2 cangkir)
Vit K	15 ug	2 tangkai asparagus (20 gram)
Vit B1 (Thiamin)	0,5 mg	Kentang rebus (150 gram)
Vit B2 (Riboflavin)	0,5 mg	Telur rebus (55 gram)
Vit B3 (Niacin)	6 mg	Dada ayam (50 gram)
Vit B6 (Piridoksin)	0,5 ug	Fillet salmon (90 gram)
Vit B12	0,9 ug	1 butir telur rebus
Asam Folat	150 ug	3 kuntum brokoli (35 gram)
Kalsium	500 mg	Susu (290 ml)
Magnesium	60 mg	1 mangkuk buah labu (245 gram)
Zat Besi	8 mg	Daging sapi (170 gram)
Zinc	7 mg	Kacang tanah (100 gram)
Selenium	17 ug	Tuna (20 gram)
Natrium	0,8 g	Garam (1/2 sendok teh)

(Sumber: Hardin, 2013. Rusilanti 2015)

Pemberian susu sangat berperan penting dalam pola makan anak, meskipun sedikit berkurang, yaitu sekitar 200-600 ml susu atau 2-3 porsi susu per hari. anak juga harus makan berbagai makanan yang sehat, bervariasi, seimbang, serta dari setiap kelompok makanan seperti: 4 porsi jenis karbohidrat per hari, 2-3 porsi susu per hari, 1-2 porsi jenis daging atau jenis daging lainnya per hari. 5 porsi jenis buah dan sayuran per hari. Adapun contoh menu makanan untuk anak usia 1-3 tahun yaitu:

Tabel 2.11 Contoh Menu Harian Gizi Seimbang untuk Anak Usia 1-3 Tahun

Sarapan	1 cup nasi tim ayam sayur
	120 cc susu rendah lemak
Snack	½ - 1 buah pisang utuh
Makan Siang	1 cup bubur/ nasi lembek
	1 potong hati sapi ungkep kuning
	1 potong tahu/ tempe kukus
	½ cangkir sayur bening
	120 cc susu rendah lemak
Snack	2 buah biscuit anak
	120 cc jus buah
Makan malam	1 cup bubur/ nasi lembek
	1 potong daging ikan tuna goreng
	½ cangkir sop sayur dan tahu
	120-180 cc susu rendah lemak
Snack	1 cup es krim buah

(Sumber: Hardin, 2013. Rusilanti 2015)

2. Usia 4-6 Tahun

Berikut beberapa nutrisi penting yang dibutuhkan oleh setiap anak usia pra-sekolah yang sangat berpengaruh pada tumbuh kembangnya (Santoso dalam Rusilanti, 2015).

a. Vitamin A, D, E, dan K

Keempat vitamin yang sangat vital bagi pertumbuhan anak. Seperti diketahui, vitamin A sangat baik untuk penglihatan dan kesehatan kulit, sedangkan vitamin D berperan penting dalam meningkatkan penyerapan kalsium serta membantu pertumbuhan tulang dan gigi anak. Sementara vitamin E memiliki antioksidan yang membantu pertumbuhan sistem saraf serta pertumbuhan sel dan vitamin K membantu pembekuan darah.

b. Kalsium

Kalsium sangat penting untuk membentuk tulang yang kuat sehingga anak terhindar dari patah tulang ketika mulai belajar memanjat dan aktif bermain. Sumber makanan dari kalsium antara lain, susu, keju, tahu, brokoli, tomat, oatmeal, kacang-kacangan, dan ikan salmon.

c. Vitamin B dan C

Fungsi dari vitamin B yaitu untuk meningkatkan sistem saraf dan imun tubuh anak, meningkatkan pertumbuhan sel, serta mengatur metabolisme tubuh. Sementara vitamin C berfungsi untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam tubuh anak dan mencegah sariawan.

d. Zat Besi

Anak sangat membutuhkan zat besi untuk membantu perkembangan otaknya. Jika kebutuhan zat besi pada anak tidak tercukupi kemungkinan ia akan mengalami kelambanan dalam fungsi otak. Sumber makanan yang banyak mengandung zat besi antara lain aging, ikan, brokoli, telur, bayam, kedelai, seta alpokat.

Tabel 2.12 Angka Kecukupan Gizi (AKG) pada Anak Usia Pra-sekolah

Anak (4-6 tahun)	
BB	19 kg
TB	112 cm
Energi	1600 kkal
Protein	35 g
Lemak	62 g
Omega-6	10,0 g
Omega-3	0,9 g
Karbohidrat	220 g
Serat	22 g
Air	1500 ml
Vitamin A	450 mcg
Vitamin D	15 mcg
Vitamin E	7 mcg
Vitamin K	20 mcg
Vitamin B1	0,8 mg
Vitamin B2	1,0 mg
Vitamin B3	9 mg
Vitamin B5	2,0 mg
Vitamin B6	0,6 mg
Vitamin B9	200 mg
Vitamin B12	1,2 mg
Biotin	12 mcg
Kolin	250 mg
Vitamin C	45 mg
Besi	9 mg
Flour	0,9 mg
Fosfor	500 mg
Yodium	120 mcg
Kalium	3800 mg
Kalsium	1000 mg
Kromium	15 mcg
Magnesium	95 mg
Mangan	1,5 mg
Natrium	1200 mg
Selenium	20 mcg
Seng	5 mg
Tembaga	440 mcg

(Sumber: Hardin, AKG 2013. Rusilanti, 2015)

Penyusunan menu harian dalam penyelenggaraan makanan sehat seimbang untuk anak usia 4-6 tahun harus memperhatikan kecukupan gizi dengan berpedoman pada tumpeng gizi seimbang. Berikut merupakan makanan panduan untuk anak prasekolah:

Tabel 2.13 Makanan Panduan untuk Anak Pra-sekolah

Kelompok Makanan	Disarankan Porsi Harian	Disarankan Melayani Ukuran
Sayur-sayuran berdaun hijau gelap, kuning, kacang kering dan kacang polong, serta sayuran lain.	3-5 porsi Sertakan semua jenis secara teratur. Sering sajikan sayuran hijau tua. Sajikan kacang kering dan kacang polong yang dimasak dalam beberapa kali seminggu.	¼ cangkir sayuran yang dimasak. ¼ cangkir sayuran mentah cincang. ½ cangkir sayuran mentah berdaun seperti daun selada atau bayam.
Buah-buahan Sertakan buah-buahan atau jus pada mereka secara teratur	2-4 porsi	½ buah utuh seperti pisang, apel, jeruk, atau irisan melon. ½ cangkir jus. ¼ cangkir dimasak atau buah kalengan. ¼ cangkir kismis.
Sereal, nasi, dan pasta	6-11 porsi Termasuk beberapa porsi produk gandum harian.	½ potong roti. ½ roll, biskuit atau <i>muffin</i> . 4 kerupuk, biskuit asin. ¼ cangkir dimasak sereal, nasi atau pasta. 1/3 cangkir siap untuk makan sereal kering. ¼ dari cangkir untuk dimasak sereal panas.
Susu, yogurt, dan keju	4 porsi	½ cangkir susu atau yogurt. ¾ ons keju alami. ½ ons keju diproses.
Daging unggas, ikan, kacang kering dan kacang polong, telur dan kacang-kacangan.	3-5 porsi	1 ons daging dimasak, unggas atau ikan. ½ telur. ½ cangkir kacang masak. 2 sendok makan selai kacang.

(Sumber: Rusilanti, 2015)

Tabel 2.14 Contoh Menu Makanan untuk Anak Usia Prasekolah

NILAI GIZI		
Energi: 1300 kkal		Protein: 35 g
Sarapan (Pukul 07.00)		
Nasi goreng	½ piring	55 g
Telur mata sapi	1 butir	35 g
Pepaya	½ potong sedang	50 g
Selingan Pagi (Pukul 10.00)		
Susu	1 gelas sedang	200 g
Biskuit	2 ½ keping sedang	25 g
Makan Siang (Pukul 13.00)		
Nasi putih	½ piring	50 g
Ayam kecap	½ potong sedang	30 g
Pepes tahu	½ buah besar	50 g
Sayur bening bayam	1 mangkuk kecil	50 g
Pepaya	½ potong sedang	20 g
Selingan Sore (Pukul 15.00)		
Susu	½ gelas	100 g
Lemper	1 buah	100 g
Makan Malam (Pukul 18.00)		
Nasi putih	½ piring	50 g
Sayur asem	1 mangkuk kecil	50 g
Ayam goreng	1 potong sedang	55 g
Pisang	1 buah sedang	75 g
Selingan Malam (Pukul 20.00)		
Susu	1 gelas	200 g

(Sumber: Rusilanti, 2015)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Mwaniki EW & Makokha AN (2013) menemukan bahwa sarapan memiliki presentase terendah dalam pemenuhan kebutuhan energi harian anak yaitu 10,2%. Sedangkan makan siang berada pada tingkat kedua dengan persentase 44,5% dan persentase tertinggi berada pada makan malam yaitu 45.3%. Beberapa faktor yang mempengaruhi kecukupan gizi pada

anak adalah tingkat mordibilitas, asupan kalori, kebiasaan mencuci tangan sebelum makan dan variasi menu makanan. Apabila kebutuhan energi anak usia dini tercukupi, maka kebutuhan gizinya pun juga tercukupi sehingga anak tidak mudah sakit dan dapat melakukan aktifitas yang akan menunjang perkembangan dan pertumbuhannya.

Kebutuhan nutrisi harus diperhatikan terutama untuk anak yang berada dalam perawatan medis seperti dalam masa kritis, bayi yang baru dilahirkan melalui operasi, maupun anak yang dirawat di rumah sakit karena sebab lainnya. Menurut Mehta Nelish M, dkk (2012) diperlukan aturan baku untuk menggabungkan pedoman penilaian nutrisi, kebutuhan makanan enteral (EN), pemantauan energi harian, intoleransi, dan meminimalkan gangguan pada EN untuk mengurangi komplikasi infeksi. Selain itu, asupan protein yang secara signifikan lebih tinggi (hingga 3g/kg per hari) melalui pemberian makanan yang teratur dan suplemen protein penting untuk mengimbangi katabolik dan dapat mencapai keseimbangan nitrogen positif pada anak dalam perawatan medis (Coss-Bu JA, dkk dalam Metha Nelish, dkk, 2013).

2.4.4 Masalah Gizi Anak

Terdapat beberapa permasalahan gizi pada anak antara lain:

1. Pada Anak Usia 1-3 Tahun
 - a) Kecelakaan

Jenis kecelakaan meliputi,

- Kecelakaan mobil, tenggelam, terbakar, keracunan dan jatuh.

- Kemungkinan kecelakaan tersebut dapat terjadi karena serba ingin tahu dan suka merasakan maupun mencicipi segala hal.
- Jatuh/luka akibat mengendarai sepeda.
- Tertabrak karena lari mengejar bola/balon
- Aspirasi dan asfiksia.

b) Masalah Penglihatan

Gangguan mata sering terjadi pada penderita alergi atau asma. Namun seringkali gangguan ini dianggap kelainan tersendiri dengan penanganan yang tersendiri pula. Seharusnya penanganan gangguan kesehatan mata dilakukan dengan cermat, maka dapat mengungkapkan bahwa alergi makanan ternyata selama ini tanpa disadari juga mengganggu kesehatan mata.

Gangguan mata yang sering terjadi pada penderita alergi makanan adalah sebagai berikut:

- Pada anak 1-3 tahun, mata sering timbul kotoran atau belekan pada salah satu bagian sisi mata. Hal ini terjadi karena gangguan obstruksi duktus lakrimalis. Gangguan *ioni erinmg* disertai bayi sering bersin dan tidur sering miring ke salah satu sisi karena hidung buntu. Mata dan hidung dihubungkan dengan saluran, biasanya kalau hidung terganggu mata juga terpengaruh. Selama ini gangguan seperti ini diberi obat tetes mata atau salep mata tidak akan pernah membaik. Pada beberapa kasus dilakukan operasi berulang kali juga akan tetap hilang timbul, tetapi saat dilakukan penanganan alergi gangguan tersebut membaik tanpa obat.
- Kelopak mata bagian bawah berwarna gelap atau kehitaman.

- Mata gatal sering digaruk atau “kucek-kucek mata”. Selama ini gangguan gatal mata ini sering dianggap karena mengantuk. Pada keadaan seperti ini mata bagian bawah tampak berwarna kehitaman.
- Hordeolum atau bintitan. Hal ini masih menjadi kontroversi, selama ini teori yang dianut penyebabnya adalah karena tangan kotor yang mengusap mata sehingga timbul infeksi.

c) Karies gigi

Gigi berlubang atau dalam istilah medis disebut *Early Childhood Caries (ECC)* adalah karies gigi pada 1 gigi atau lebih, hilang/rusaknya gigi dengan kondisi parah karena karies gigi, atau adanya penambalan gigi pada gigi susu ketika anak berusia antara 0-6 tahun. Deteksi adanya karies gigi pada anak dapat dilakukan dengan memeriksa gigi anak (terutama 4 gigi seri yang paling rentan karies), buka bibir bagian atasnya, bersihkan sisa-sisa makanan dengan kain kasa dan air hangat lalu kita lihat di bawah pencahayaan yang cukup.

Penyebab karies gigi pada anak umumnya sama dengan orang dewasa, yaitu terpaparnya gigi dalam waktu yang lama oleh asam sehingga mineral-mineral email gigi larut. Bakteri dalam mulut mengubah gula yang berasal dari makanan/minuman menjadi asam. Namun spesifik pada balita disebabkan oleh seringnya anak tertidur sambil mengonsumsi minuman nutrisi dalam dot, seperti susu, jus buah, ASI dan lain-lain sehingga sering juga disebut Karies Susu Botol atau *Nursing Bottle Caries*. Terendamnya gigi dalam cairan tersebut merupakan tempat yang sangat ideal untuk bakteri berkembang biak dan menghasilkan asam.

d) Infeksi Pernapasan dan Telinga

Otitis media adalah keadaan akibat infeksi di saluran Eustachian. Saluran tipis ini menghubungkan hidung dengan telinga. Ketika anak menderita pilek atau infeksi, saluran Eustachian tersumbat. Ini menyebabkan cairan terkumpul dan terinfeksi yang kemudian mengakibatkan sakit telinga. Infeksi telinga paling banyak diderita oleh anak usia 6-18 bulan, dengan 75% dari seluruh kasus otitis media dialami anak usia dibawah 10 tahun (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003). Gejala utama otitis media meliputi, sakit telinga, demam tinggi 38°C atau lebih, badan sakit, kekurangan energi, dan pendengaran kurang.

e) Kekurangan Energi dan Protein

KEP akut derajat berat dapat dibedakan menjadi tiga bentuk, sebagai berikut:

- Marasmus, pada kasus ini anak terlihat kurus kering sehingga wajahnya seperti orang tua. Bentuk ini disebabkan oleh kekurangan energi yang dominan.
- Kwashiorkor, anak terlihat semu akibat edema. Edema yaitu penumpukan cairan di sela-sela sel dalam jaringan. Walaupun terlihat gemuk, tetapi otot-otot tubuhnya mengalami pengurangan (*wasting*). Edema disebabkan oleh kekurangan asupan protein secara akut (*mendadak*) misalnya karena penyakit infeksi padahal cadangan protein dalam tubuh sudah habis.
- Marasmik-Kwashiorkor, bentuk ini merupakan kombinasi antara marasmus dan kwashiorkor. Kejadian ini disebabkan oleh kebutuhan energi dan protein yang meningkat tidak dapat terpenuhi dari asupannya.

-

f) Obesitas

Timbulnya obesitas dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya keturunan dan lingkungan. Tentu saja faktor utama adalah asupan energi yang tidak sesuai dengan penggunaan.

2. Pada Anak Usia 4-5 Tahun

Pada usia ini anak tumbuh dan berkembang sangat cepat seperti dalam hal kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia yang terjadi pada masa ini akan berpengaruh pada perkembangan selanjutnya. Kekurangan zat gizi yang biasa terjadi pada anak balita seperti:

a) Kurang Energi Protein (KEP)

KEP merupakan suatu keadaan dimana konsumsi energi dan protein dalam makanan sangat rendah sehingga tidak mencukupi AKG. Gejala klinis yang biasanya timbul yaitu kwashiorkor, marasmus, dan marasmik-kwashiorkor. Dari ketiga gejala tersebut pembedanya berupa ada atau tidaknya edema. Untuk gejala klinis yang disertai edema disebut kwashiorkor, sedangkan marasmus tidak disertai edema. Selain dari makanan yang tidak seimbang, ketahanan pangan keluarga, tidak adanya sanitasi, dan pola pengasuhan dapat menjadi penyebab terjadinya KEP.

b) Kurang Vitamin A (KVA)

KVA yang terjadi pada anak usia 4-5 tahun menyebabkan timbulnya penyakit xerophthalmia yang dilihat dari kadar serum retinol <20 mcg/100 ml. Tingginya proporsi anak dengan serum retinol <20 mcg/100 ml ini menyebabkan anak beresiko tinggi untuk terjadinya xerophthalmia dan menurunnya tingkat

kekebalan tubuh sehingga mudah terserang penyakit infeksi. Keadaan ini yang mengharuskan pemerintah memberikan kapsul vitamin A dosis tinggi pada anak.

c) Anemia Gizi Besi (AGB)

Menurut SKRT (2011 dalam Ruslianti, 2015) prevalensi anemia gizi pada anak dibawah usia 2 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan anak diatas 2 tahun, yaitu sekitar 60%. Gambaran ini mencerminkan masih rendahnya kualitas MP-ASI yang diberikan kepada anak, sementara itu penanganan anemia secara nasional baru diprioritaskan pada ibu hamil. Anemia Gizi Besi berdampak pada menurunnya kemampuan motorik anak, menurunnya skor IQ, menurunnya kemampuan kognitif, menurunnya kemampuan mental anak, gangguan pertumbuhan, gangguan imunitas serta rentan terhadap pengaruh racun dari logam-logam berat.

2.5 Kerangka Berpikir

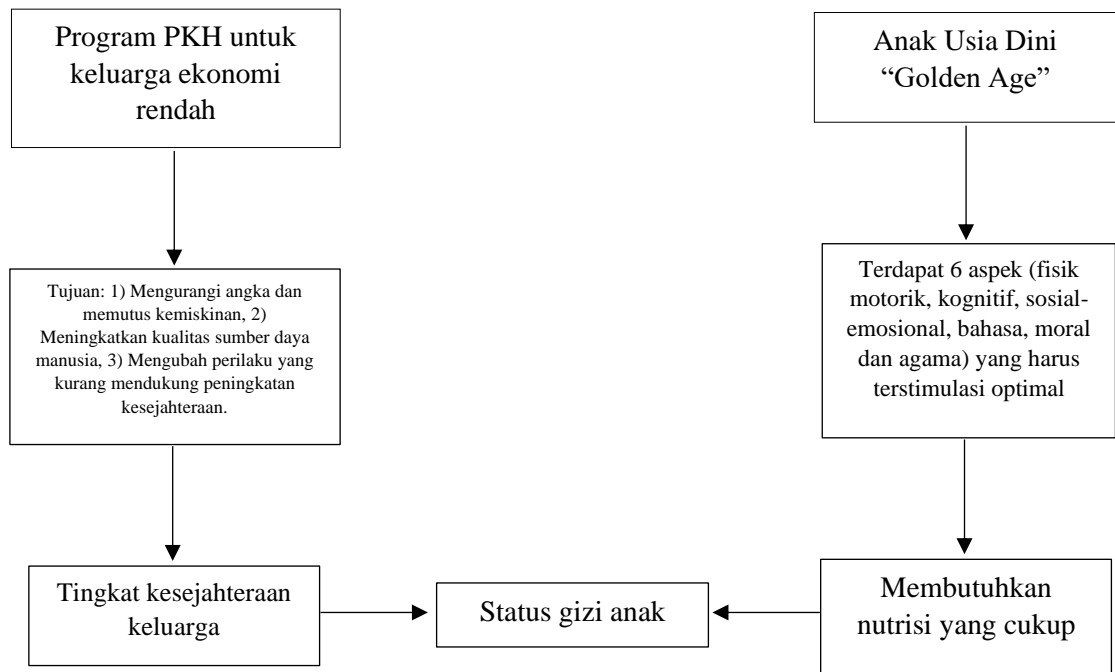
Program bantuan sosial PKH adalah program yang dikhususkan untuk keluarga pra sejahtera dengan keadaan ekonomi rendah. Program ini memiliki tujuan untuk mengurangi angka kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, dan mengubah perilaku yang kurang mendukung peningkatan kesejahteraan. Terdapat 4 tahapan keluarga sejahtera yaitu Keluarga Sejahtera Tahap I, Keluarga Sejahtera Tahap II, Keluarga Sejahtera Tahap III, dan Keluarga Sejahtera Tahap III plus. Ketercapaian program PKH salah satunya dapat dilihat dari sejauh mana KPM memasuki keempat tahapan keluarga sejahtera tersebut.

Anak usia dini adalah masa keemasan dalam tahapan perkembangan manusia. Oleh karena itu, perlu stimulus yang optimal dalam beberapa aspek tumbuh kembangnya seperti aspek fisik-motorik, aspek kognitif, aspek sosial-

emosional, aspek bahasa, dan aspek moral-agama. Disisi lain untuk dapat mengoptimalkan keenam aspek tersebut diperlukan nutrisi yang cukup dan sesuai kebutuhan usianya, karena tanpa nutrisi tubuh tidak akan dapat menerima stimulus dengan baik. Kecukupan kebutuhan nutrisi anak dapat dilihat dari status gizinya, jika status gizi anak sudah berada dalam kategori baik berarti pemenuhan kebutuhan nutrisi anak sudah dapat dikatakan sesuai.

Program PKH semestinya dapat menurunkan angka kelaparan di Indonesia terkhusus di Kota Semarang yang memiliki kedudukan sebagai Ibu Kota Provinsi Jawa Tengah. Hal tersebut merujuk pada misi besar Program PKH yaitu untuk menurunkan angka kemiskinan dengan memberi subsidi kebutuhan ekonomi terhadap keluarga menengah kebawah sehingga kebutuhan pangan mereka tercukupi. Disisi lain, pada program ini anak usia dini memiliki tunjangan tersendiri sehingga kecukupan kebutuhan gizi merekapun bukan lagi hal yang sulit untuk dipenuhi. Atas dasar hal tersebut, semestinya anak penerima Program PKH memiliki status gizi yang baik, terlebih Wilayah Kecamatan Semarang Barat merupakan daerah perkotaan yang tidak sulit untuk mendapatkan makanan bergizi. Akan tetapi hal ini kembali lagi kepada bagaimana orang tua sebagai pihak yang berpengaruh untuk mengatur kecukupan gizi anak mereka.

Hubungan antara tingkat kesejahteraan keluarga penerima PKH dengan status gizi anak menjadi sebuah topik yang perlu dikaji untuk mengetahui optimalisasi Program PKH dalam pemenuhan kebutuhan gizi dan status gizi anak usia dini. Adapun kerangka berpikir dalam penelitian ini yaitu:



Bagan 2.1 Kerangka Berpikir Penelitian

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul Hubungan Tingkat Kesejahteraan Keluarga Penerima Program PKH (Program Keluarga Harapan) dengan Status Gizi Anak Usia Dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang diperoleh kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kesejahteraan keluarga penerima program PKH dengan status gizi anak usia dini di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang dengan kekuatan hubungan antar variabel pada tingkat sangat lemah yaitu $r = 0,062$ dan $p \text{ value} = 0,370$. Sedangkan untuk tingkat kesejahteraan keluarga penerima program PKH di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang didominasi oleh KS Tahap III dengan jumlah 87 keluarga (50,3%) dan status gizi anak keluarga penerima program PKH di Kecamatan Semarang Barat Kota Semarang didominasi oleh kategori status gizi baik dengan jumlah 67 anak (40,9%).

5.2 Saran

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti ingin menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

5.2.1 Untuk Keluarga Penerima Program PKH

- a. Hendaknya lebih memperhatikan pola makan harian anak agar sesuai dengan kebutuhan asupan nutrisi

- b. Menyediakan menu makanan yang sesuai dengan gizi seimbang dan pedoman penyediaan menu harian untuk anak
- c. Membuat menu makanan yang bervariasi dan menarik agar membuat anak tertarik untuk makan sehingga meningkatkan nafsu makannya
- d. Melakukan deteksi dini status gizi dalam upaya pencegahan anak berada dalam kondisi KEP maupun *over nutrition* dengan cara membawa anak rutin ke posyandu
- e. Melakukan diskusi dengan anak terkait dengan penyediaan menu harian agar orangtua mengetahui apa yang menjadi ketertarikan anak sehingga dapat membuat hidangan yang menarik bagi anak serta sesuai dengan pedoman gizi seimbang

5.2.2 Untuk Pemerintah Kota Semarang

Berdasarkan observasi yang peneliti lakukan selama pengambilan data berikut adalah beberapa masukan untuk pemerintah terkait dengan penyelenggaraan program PKH di Kecamatan Semarang Barat:

- a. Melakukan demonstrasi kepada orangtua pada saat kegiatan pertemuan kelompok tentang cara pengolahan makanan yang baik dan benar agar zat gizi pada makanan tidak larut bahkan hilang.
- b. Membuat program khusus seperti kelas gizi untuk orangtua yang membahas akan pentingnya gizi untuk tumbuh kembang anak, gizi seimbang, kebutuhan gizi harian anak, penyediaan menu makanan yang sesuai dengan pedoman gizi seimbang, membuat olahan makanan yang

menarik untuk anak, cara meningkatkan nafsu makan anak dan berbagai pengetahuan lain untuk menambah wawasan orangtua.

- c. Memberikan sosialisasi kepada orangtua tentang penerapan pola makan anak yang baik dan akibat dari pola makan yang buruk bagi perkembangan aspek kognitif, motorik, bahasa, sosial, emosional, dan seni.
- d. Melakukan sosialisasi terkait dengan program ini, seperti ketentuan keluarga yang bisa mendapatkan bantuan sosial, kualifikasi, serta proses penentuan dan pendataan penerima PKH kepada masyarakat agar tidak terjadi kesalahpahaman dan kesenjangan antara masyarakat yang menerima dan tidak menerima bantuan.

5.2.3 Untuk Peneliti Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut serta mendalam tentang tingkat kesejahteraan keluarga penerima program PKH dan status gizi anak usia dini dengan variabel lain yang lebih terperinci dan mendetail, dengan desain penelitian yang berbeda dan cakupan wilayah yang lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA RUJUKAN

- Abidin , Z., Wachdani, R., & Yaqin, M. (2012). Pengatur Pola Menu Makanan Balita untuk Mencapai Status Gizi Seimbang Menggunakan Sistem Informasi Ruzzy Metode Sugeno. *Research Gate*.
- Abriyani, I. P. (2011). Hubungan Antara Tingkat Kesejahteraan Keluarga dengan Status Gizi Balita di Dusun Puluhan Argomulyo Sedayu Bantul Yogyakarta.
- Aini, E. N., Isnaini, I., & Sukanti, S. (2018). Pengaruh Tingkat Pendidikan terhadap Tingkat Kesejahteraan Masyarakat di Kelurahan Kesatrian Kota Malang. *Technomedia Journal*, 3(1).
- Akbar, A. R., Akhirmen, & Triani, M. (2018). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Kesejahteraan Keluarga di Sumatera Barat. *Journal EcoGren*, 1(3), 531. Retrieved Juli 16, 2020, from ejournal.unp.ac.id
- Al-Mahi, K. B. (2019). Peran Buruh Bangunan Terhadap Kesejahteraan Keluarga di Kelurahan Laikang Kecamatan Biringkanaya Kota Makassar. 1-81.
- Almatsier, S. (2011). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Anggraini, L. (2014). *Hubungan Tingkat Aktivitas Fisik terhadap Status Gizi Anak Usia Prasekolah*. 2014: Universitas Diponegoro. Retrieved Juli 17, 2020
- Asra, A., & Sutomo, S. (2019). *Pengantar Statistika 1: Panduan Bagi Pengajar dan Mahasiswa*. Depok: Rajawali Pres.
- Auliana, R. (2011). *Gizi Seimbang dan Makanan Sehat untuk Anak Usia Dini*. Yogyakarta: <http://staffnew.uny.ac.id/>. Retrieved Desember 25, 2019, from

<http://staffnew.uny.ac.id/upload/132048525/pengabdian/gizi-seimbang-dan-makanan-sehat-untuk-anak-usia-dini.pdf>

Azahro, M., & Yuliasuti, N. (2013). Kajian Kehidupan Masyarakat Kampung Lama Sebagai Potensi Keberlanjutan Lingkungan Pemukiman Kelurahan Gabahan Semarang. *Jurnal Teknik PWK*, 481-490. Retrieved from <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/pwk>

Barth, Richard P et al. 2017. "Equipping the Child Welfare Workforce to Improve the Well-Being of Children."

Bertram, Rosalyn M, Tim Decker, Megan E Gillies, and Soo-whan Choi. 2017. "Transforming Missouri's Child Welfare System: Community Conversations, Organizational Assessment, and University Partnership." 98(1): 9–17.

Black, Robert E et al. 2008. "Global , Regional , and National Causes of Child Mortality in 2008 : A Systematic Analysis." *The Lancet* 375(9730): 1969–87. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60549-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60549-1).

BKKBN. (1997). Pokok Pokok Sub Sistem Pendataan Keluarga Sejahtera. In BKKBN, *Petunjuk Teknis Pendataan Keluarga Sejahtera* (pp. 5-6). Jakarta: flipbook.bkkbn.go.id.

BKKBN. (2011). <http://aplikasi.bkkbn.go.id/mdk/BatasanMDK.aspx>. Retrieved from [aplikasi.bkkbn.go.id: BatasanMDK.aspx](http://aplikasi.bkkbn.go.id/BatasanMDK.aspx)

Bonvecchio, Anabelle et al. 2009. "Overweight and Obesity Trends in Mexican Children 2 to 18 Years of Age from 1988 to 2006." 51(1).

BPS. (2011). *Kajian Indikator Kesehatan Laporan Sosial 2010*. Jakarta: CV. Nario Sari.

BPS. (2019 Juli 15). Online. Diakses pada 23 Mei 2020. <https://www.bps.go.id/pressrelease/2019/07/15/1629/persentase->

penduduk-miskin-maret-2019-sebesar-9-41-persen.html. Retrieved from www.bps.go.id: persentase-penduduk-miskin-maret-2019-sebesar-9-41-persen.html

Dalduik Kota Semarang. 2019. Tingkat Kesejahteraan Keluarga Kota Semarang Laporan Tahun 2019

Direktorat, P. (2017). *Booklet Layanan Kesehatan, Gizi, dan Perawatan*. Jakarta: Direktorat PPAUD.

DKK Kota Semarang. 2019. Hasil Pelaksanaan Bulan Penimbangan Balita (BPB) Berdasarkan Indikator BB/TB Provinsi Jawa Tengah Kota Semarang.

Eliana, D., & Sholikah. (2012, Juni). Pengaruh Buku Saku Gizi Terhadap Tingkat pengetahuan Gizi pada Anak Kelas 5 Muhammadiyah Dadapan Besel Wonokerto Kecamatan Turi Kabupaten Sleman. *Journal Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 160-232. Retrieved Desember 25, 2019, from <https://media.neliti.com/media/publications/24939-ID-pengaruh-buku-saku-gizi-terhadap-tingkat-pengetahuan-gizi-pada-anak-kelas-5-muha.pdf>

Faturochman, and Agus Dwiyanto. 1998. "Validitas Dan Reuabiutas Pengukuran Keluarga Sejahtera." *Jurnal Populasi* 9(1): 37-49. <https://jurnal.ugm.ac.id/populasi/article/viewFile/11710/8668>.

Fitri, I., & Wiji, R. N. (2019). *Buku Ajar Gizi Reproduksi dan Bukti*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Fogel, Sondra J. 2019. "The Family and Its Many Facets." <https://doi.org/10.1177/1044389419884288>.

Grossman, M. (1972). *The Demand for Health: Theoretical and Empirical Investigation*. New York: Coloumbia UNIVERSITY PRESS.

Hikmawati, F. (2018). *Metodologi Penelitian*. Depok: Rajawali Press.

- Irianto, K. (2014). *Ilmu Kesehatan Masyarakat (Public Health)*. Bandung: CV. ALFABETA.
- Iskandar, Hartoyo, Sumarwan, U., & Khomsan, A. (2018). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Kesejahteraan Keluarga. *Repository Institusi Universitas Sumatera Utara*, 133-141. Retrieved Juli 16, 2020, from repository.usu.ac.id
- Karianga, H. (2015). *Politik Hukum dalam Pengeolaan Keuangan Daerah*. Jakarta: KENCANA.
- Kemenkes RI. (2014). *Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta. Retrieved from <http://gizi.depkes.go.id/download/pedoman%20gizi/pgs%20ok.pdf>
- Kemenkes RI. (2017). *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes, P. (2018). Buletin Jendela dan Pusat Informasi Kesehatan. *Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*, pp. 1-56.
- Kemensos RI. (2018). <https://pkh.kemosos.go.id/?pg=dashome>. Retrieved Desember 26, 2019, from [pkh.kemosos.go.id: ?pg=dashome](https://pkh.kemosos.go.id/?pg=dashome)
- Kemensos RI. (2018). <https://pkh.kemosos.go.id/?pg=tentangpkh-1>. Retrieved from [pkh.kemosos.go.id: pg=tentangpkh-1](https://pkh.kemosos.go.id/?pg=tentangpkh-1)
- Kondrup, J et al. 2003. "SPECIAL ARTICLE ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002." 22: 415–21.

Lestari, P. I., Prima, E., & Sulistyadewi, N. E. (2019). Pelatihan dan Pendampingan Menu Makanan Sehat Bergizi Seimbang di TPA Bali Dewata Desa Daging Puri Kaja kecamatan Denpasar Utara. *Jurnal Paradharma*, 11-17.

Lestari, S. (2016). *Psikologi Keluarga*. Jakarta: Kencana.

Maiyanti, S. (2011). *Hubungan Tingkat Kesejahteraan dengan Status Gizi Balita di RW 2 Kelurahan Ngampilan Yogyakarta*. Skripsi Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Martianto, D., & Dkk. (2011). POLA ASUH MAKAN PADA RUMAH TANGGA YANG TAHAN DAN TIDAK TAHAN PANGAN SERTA KAITANNYA DENGAN STATUS GIZI ANAK BALITA DI KABUPATEN BANJARNEGARA. *Journal of Nutrition and Food*, 51-58.

McKenzie, J. F., Pinger, R. R., & Kotecki, J. E. (2006). *Kesehatan Masyarakat: Suatu Pengantar*. Jakarta: EGC.

Murniasih, E. (2008). *Mengenal Keluarga*. Depok: Ceras Interaktif.

Nasir, A., Muhith, A., & Ideputri, M. E. (2011). *Buku Ajar: Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: NuhaMedika.

Nazimah, N. (2012). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kekurangan Energi Protein (KEP) pada Balita (6-59 bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Petukangan Selatan Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan. *Universitas Indonesia*. Retrieved Juli 17, 2020

Payne, Keith, and Janna B Howard. 2020. "Implicit Weight Bias in Children Age 9 to 11 Years." 140(1).

Pradana, R. A. (2014). Pengaturan Pola Makan pada Anak Usia Sekolah Keluarga Bapak M dengan Masalah Ketidakseimbangan Nutrisi: Lebih dari Kebutuhan Tubuh.

- Pradipta, M. (2017). Tingkat Kesejahteraan Keluarga Petani Padi di Desa Sumberagung Kecamatan Moyudan Kabupaten Sleman DIY. 1-115.
- Prasetyo, B., & Jannah, L. M. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Rajawali Press.
- Priyanto, A. (2014, November). Pengembangan Kreativitas Pada Anak Usia Dini Melalui Aktivitas Bermain. *Jurnal Ilmiah Guru "COPE"*, 02(17), 42-43.
- Purwanti, R., & dkk. (2016). Karakteristik keluarga yang berhubungan dengan status gizi balita umur 6-59 bulan. *Jurnal Gizi Indonesia*, 50-54.
- Puryono, S. (2016). *Mengelola Laut untuk Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Putri, R. M., H, W. R., & Maemunah, N. (2017). Kaitan Pendidikan, Pekerjaan Orangtua dengan Status Gizi Anak Pra Sekolah. *Jurnal Care*, 5, 231-245.
- Qoyyimah, & M, M. W. (2016). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Kesejahteraan Keluarga di Desa Pucanglaban Kecamatan Pucanglaban Kabupaten Tulungagung. *e journal boga*, 5(3), 64-72.
- Riyadi, H., & dkk. (2011). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Anak Balita di Kabupaten Timor Tengah Utara NTT. *Journal of Nutrition and Food*, 66-73.
- Rohmat. (2010, Januari-Juni). Keluarga dan Pola Pengasuhan Anak. *Jurnal Studi Gender dan Anak*, 5(1), 35-46. Retrieved Juni 26, 2019, from <http://garuda.ristekdikti.go.id/documents/detail/49181>
- Rush, David. 2000. "Nutrition and Maternal Mortality in the Developing World 1 – 3." 72(1): 212–40.
- Rusilanti, Dahlia, M., & Yulianti, Y. (2015). *Gizi dan Kesehatan Anak Prasekolah*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

- Salloum, Alison et al. 2018. "Family Accommodation as a Predictor of Cognitive-Behavioral Treatment Outcome for Childhood Anxiety." <https://doi.org/10.1177/1044389418756326>.
- Saputri, M. P., Nuraeni, A., & Suoriyono, M. (2015). Efektivitas Variasi Makanan Terhadap Peningkatan Nafsu Makan Anak Usia Prasekolah di Kelurahan Kuningan Semarang Utara. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan kebidanan*.
- Soegianto, B., Wijono, D., & Jawawi. (2007). *Penilaian Status Gizi dan Buku Antropometri WHO-NCHS*. Surabaya: CV. Duta Prma Airlangga .
- Sujarweni, W. V. (2019). *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Supmawati, S., & Ramli. (2019, April). Deskripsi Mata Pencaharian Masyarakat dan Tingkat Kesejahteraan Masyarakat di Desa Lagasa Kecamatan Duruka Kabupaten Muna. *Jurnal Penelitian Pendidikan Geografi*, 4(2), 1-11.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Suprayitno, E., & Sulistiyati, T. D. (2017). *Metabolisme protein*. Malang, Indonesia: UB Press.
- Supriasa, I. N., Bakri, B., & Fajar, I. (2016). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Tribowo, A. (2018). Parameter Kesejahteraan. *Tamaddun*, 6.
- Utami, C. T. (2016). Konsumsi Susu Formula Sebagai Faktor Risiko Kegemukan pada Balita di Kota Semarang. *Universitas Diponegoro*. Retrieved Juli 17, 2020

Widoyono, & Suhito, H. P. (2019). *Profil Kesehatan Kota Semarang 2018*. Semarang, Jawa Tengah: Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Yulaichah. (2019). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kesejahteraan Keluarga di Desa Ngadirejo Kecamatan Jabung Kabupaten Malang. *Jurnal Universitas Negeri Malang*.

Yuniastuti, A. (2008). *Gizi dan Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.