

Pengetahuan Gizi Ibu Dan Persediaan Pangan Keluarga Terhadap Status Gizi Balita Bawah Garis Merah Di Wilayah Kerja Puskesmas Danowudu

Daniel Robert¹, Olfie Sahelangi², Desye A. Larawo³

gizivio@yahoo.co.id

^{1,2} Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Manado

³ Dinas Kesehatan Kota Bitung

ABSTRACT

A person's nutritional knowledge affects attitudes and behaviors in food selection. Toddler is a very important period because it is a critical period in an effort to create quality human resources. Food security is the condition of the fulfillment of food needs for the household which is reflected from the availability of adequate food, both of quantity and quality, safe, equitable and affordable. The purpose of analyzing the relationship of mother's nutritional knowledge and family food supply of nutritional status of children under the red line in the working area of Danowudu Public Health Center. The type of this research is descriptive analytic research with cross sectional design. The sample is part of the population of 30 BGM children under five who are in the working area of Danowudu Puskesmas. The results obtained by nutrition knowledge of under five children under the red line in the working area of puskesmas danowudu are only 53.3%. Family food supply is only 66.7%, nutritional status of children under five is skinny 66.7%. The results of physical Examination Exam no correlation between nutritional knowledge with food supply, nutritional knowledge relation with nutritional status, relation of family's food supply with nutritional status of children under the red line in Danowudu health center working area.

Keywords: Maternal Nutrition Knowledge, Food Inventory, Nutritional Status of Under Five

PENDAHULUAN

Keberhasilan pembangunan nasional suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia, yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat dan kesehatan yang prima di samping penguasaan terhadap ilmu pengetahuan dan teknologi. Kekurangan gizi dapat merusak kualitas SDM (Depkes RI, 2004). Upaya peningkatan Sumber Daya Manusia diatur dalam Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan bahwa setiap individu berhak hidup sejahtera, dan pelayanan kesehatan adalah salah satu hak asasi manusia. Pemenuhan pangan dan gizi untuk kesehatan warga Negara merupakan investasi untuk peningkatan kualitas SDM (Kementerian PPN/Bappenas, (2011).

Mulyo dkk. (2015) menyebutkan pangan merupakan kebutuhan dasar manusia. Pembangunan pangan ke depan dalam konteks otonomi daerah diharapkan mampu menyediakan pangan bagi penduduk terutama dari produksi dalam negeri, dalam jumlah dan keragaman yang cukup, aman dan terjangkau dari waktu ke waktu (*sustainable*).

Ketahanan pangan terwujud apabila seluruh penduduk mempunyai akses dan ekonomi terhadap pangan untuk memenuhi kecukupan gizi sesuai kebutuhannya, agar dapat

menjamin kehidupan yang sehat dan produktif dari hari ke hari. Penghayatan masyarakat Indonesia atas pentingnya pemantapan ketahanan pangan bagi pembangunan bangsa telah muncul sejak proklamasi kemerdekaan republik Indonesia. Penghayatan ini dinyatakan dalam Undang-Undang Dasar 1945 yang berintikan amanat untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat, dimana ketahanan pangan menjadi salah satu pilar utamanya. Pembangunan ketahanan pangan, sesuai amanat Undang-undang Nomor 7 tahun 1996 tentang Pangan, bertujuan untuk mewujudkan ketersediaan pangan bagi seluruh rumah tangga, dalam jumlah yang cukup, mutu dan gizi yang layak, aman dikonsumsi, merata serta terjangkau oleh setiap individu (Rohadi, dkk 2003).

Pertumbuhan ekonomi Indonesia tahun 2016 mencapai 5,02%, lebih tinggi dari tahun 2015 sebesar 4,8%, dimana pendapatan perkapita sebesar 47,96 juta per tahun. Sementara pendapatan perkapita di propinsi sulawesi utara sebesar 33,781,400 juta atau berada di bawah rata-rata pendapatan tingkat nasional, walaupun pertumbuhan ekonomi propinsi sulut tahun 2016 mencapai 6,0- 6,4% (BPS Sulut, 2017).

Pada rumah tangga miskin, pengeluaran pangan akan lebih besar dari pada pengeluaran non pangan sehingga hal ini akan berpengaruh pada pemenuhan gizi dalam penentuan ketahanan pangan rumah tangga. Pemenuhan gizi yang diperoleh dari pangan yang dikonsumsi akan menentukan tingkat konsumsi. Pada tingkat rumah tangga, perkembangan tingkat konsumsi pangan juga merefleksikan tingkat pendapatan atau daya beli rumah tangga. Peningkatan pendapatan akan mengakibatkan individu cenderung meningkatkan kualitas konsumsi pangannya dengan harga yang lebih mahal. Apabila pendapatan meningkat, pola konsumsi pangan akan lebih beragam sehingga konsumsi pangan yang lebih bernilai gizi juga akan ikut meningkat (Yudaningrum, 2011).

Menurut Sudiman (2006), konsumsi pangan dengan gizi yang cukup serta seimbang merupakan salah satu faktor penting yang menentukan tingkat kesehatan dan intelegensia manusia. Tingkat kecukupan konsumsi pangan dan gizi seseorang akan mempengaruhi keseimbangan perkembangan jasmani dan rohani yang bersangkutan. Untuk mempertahankan ketahanan pangan tingkat rumah tangga ditetapkan rekomendasi kecukupan energi dan protein per orang perhari adalah 2.200 kilokalori dan 52 gram. Sementara itu, tingkat dan pola konsumsi pangan dan gizi keluarga dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, sosial dan budaya setempat.

Suhardjo (2003) menyatakan golongan rawan gizi terutama adalah bayi dan anak-anak balita. Kekurangan energi dan protein yang kronis pada bayi dan anak-anak dapat menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan terganggu. Salah satu dampak serius yang

dapat terjadi dari permasalahan ini adalah tumbuhnya anak-anak yang mempunyai tingkat kecerdasan terhambat dan mengakibatkan retardasi mental yang tak dapat diperbaiki kembali karena kekurangan gizi, sehingga perlu perhatian khusus.

Masalah gizi disebabkan oleh banyak faktor yang saling terkait. Secara langsung keadaan gizi dipengaruhi oleh kecukupan asupan makanan dan keadaan kesehatan individu. Kedua faktor tersebut selain dipengaruhi oleh masalah ekonomi dan pelayanan kesehatan, juga dipengaruhi oleh pola asuh anak tidak memadai. Oleh karena itu masalah gizi harus dipecahkan melalui pendekatan keluarga, dan terpadu, tidak hanya dari masalah kesehatan saja, melainkan harus melibatkan sektor terkait (Depkes RI, 2004).

Hardinsyah (2007), menyatakan proporsi rumah tangga yang tergolong rentan pangan (secara ekonomi kurang baik tetapi konsumsi energi cukup) di Indonesia mencapai 47%, di kota dan desa masing-masing sebesar 34% dan 56%. Sementara itu proporsi rumah tangga yang kurang pangan (secara ekonomi baik tetapi konsumsi energi kurang) di Indonesia sekitar 10%, di daerah kota dan desa masing-masing sebesar 18% dan 5%.

Masalah gizi berada dalam keadaan serius yang ditandai dengan prevalensi gizi balita kurus lebih besar atau sama dengan 15%, atau 10-14,9% dan disertai faktor penyulit (Kemenkes RI, 2012). Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2010, pencapaian berdasarkan indikator *Millenium Development Goals* diketahui prevalensi gizi buruk adalah 17,9 %, gizi kurang 13,3%, dan balita stanting 35,6%, dengan demikian dalam kurun waktu 5 tahun mendatang Indonesia harus menurunkan prevalensi balita gizi burkur sebesar 2,4 persen yang berarti rata-rata dalam setahun harus turun sebesar 0,5 % (Kemenkes RI, 2011).

Sesuai dengan standar WHO, suatu wilayah dikatakan tidak ada masalah gizi bila prevalensi balita pendek kurang dari 20% dan prevalensi balita kurus kurang dari 15% (Kemenkes RI, 2016). Berdasarkan laporan hasil Riskesdas bahwa pemantauan pertumbuhan balita yang dilakukan setiap bulan menunjukkan bahwa persentase balita umur 6-59 bulan yang tidak pernah ditimbang dalam enam bulan terakhir cenderung meningkat dari 25,5 persen (2007), menjadi 34,3 persen (2013a). Laporan profil dinas kesehatan Kota Bitung menunjukkan balita yang berada di bawah garis merah tahun 2016 berjumlah 277 bayi atau 15,1% , sementara data sampai dengan bulan Maret 2017 berjumlah 127 bayi atau 3,5%. Hasil penimbangan di posyandu pada wilayah kerja Puskesmas Danowudu bulan Januari sampai Juni 2017 ditemukan berat bayi dibawah garis merah telah mencapai 30 bayi. Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah maka perumusan masalah penelitian apakah ada hubungan pengetahuan gizi ibu dan persediaan pangan keluarga dengan status gizi balita bawah garis merah di wilayah kerja Puskesmas Danowudu.

BAHAN DAN CARA

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Danowudu bulan Oktober tahun 2017. Populasi penelitian adalah keluarga atau rumah tangga yang mempunyai anak balita yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Danowudu, dengan rata-rata balita BGM 6 bulan terakhir berjumlah 30 bayi. Sampel merupakan bagian dari populasi yaitu 30 anak balita BGM yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Danowudu. Dengan kriteria inklusi yaitu : 1) balita usia 0-59 bulan; 2) bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Danowudu, 3) responden yang dalam hal ini adalah ibu balita BGM bersedia ikut penelitian dengan menandatangani *informed consent*. Adapun kriteria eksklusinya adalah balita usia 0-59 bulan, balita dalam keadaan sakit, balita yang tinggal tidak satu atap dengan orang tua, dan balita yang kembar. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah berdasarkan *purposive sampling* (berdasarkan data balita BGM Puskesmas Danowudu).

Data yang telah dikumpulkan akan diolah secara kuantitatif dengan mengelompokkan berdasarkan kategori melalui *editing, coding, entry, dan cleaning data*. Selanjutnya analisis data dilakukan secara bertahap, yaitu :

- a. Analitik, yaitu analisis data dilakukan dengan uji statistik untuk membuktikan hipotesis penelitian. Teknik uji statistik yang digunakan adalah analisis *univariat, bivariat* sebagai berikut :
 - 1) Analisis *univariat* (analisis persentase), yaitu analisis yang dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti, meliputi : pengetahuan gizi ibu, persediaan pangan keluarga, status gizi balita, pendidikan orang tua, dan pendapatan keluarga.
 - 2) Analisis *bivariat*, dilakukan dengan menggunakan tabel (2x2). Selanjutnya dilakukan uji statistik *Fhiser Exact test* dengan interval kepercayaan atau *confidence interval (CI)* 95 persen (%) dan kemaknaan $p < 0,05$ (Budiarto, 2002).

HASIL

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Danowudu adalah salah satu unit pelayanan teknis Dinas Kesehatan pemerintah Kota Bitung terletak di kelurahan Danowudu Kecamatan Ranowulu.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu

kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Menurut Depkes RI (2004) puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja (Kemenkes RI, 2015).

Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas merupakan pelayanan yang menyeluruh yang meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Pelayanan tersebut ditujukan kepada semua penduduk dengan tidak membedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak dari pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia (Kemenkes RI, 2013b).

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Kemenkes RI, 2013c).

Menurut Kemenkes RI, (2015) ada 3 (tiga) fungsi puskesmas yaitu: pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berarti puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Disamping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

1. Letak Geografi

Wilayah kerja Puskesmas Danowudu sebagian merupakan daratan dan sebagiannya adalah daerah berbukit, mengalami iklim dan musim yang sama dengan umumnya di daerah kota Manado.

a. Batas Wilayah.

Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Likupang, Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Bitung Barat, Sebelah selatan berbatasan dengan Kauditan, dan Sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Dimembe.

b. Luas Wilayah Kerja.

Luas wilayah secara keseluruhan 13.231 ha, yang terdiri dari 11 kelurahan yaitu : Kelurahan Danowudu 1373 ha, Kelurahan Pinokalan 1235 ha, Kelurahan Tewan 1150

ha, Kelurahan Apela I 1233 ha, Kelurahan Apela II 1281 ha, Kelurahan Komersot 1164 ha, Kelurahan Karondoran 1135 ha, Kelurahan Dua sudara 1230 ha, Kelurahan Pinasungkulan 1136 ha, Kelurahan Batu Putih Atas 1142 ha, dan Kelurahan Batu Putih Bawah 1153 ha.

B. Analisis Univariat

1. Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini berjumlah 30 orang yaitu mereka yang mempunyai balita yang berada di bawah garis merah (BGM) pada wilayah kerja Puskesmas Danowudu. Jenis kelamin responden yaitu 100% perempuan (30 Orang) yang merupakan ibu dari balita BGM, selanjtnya distribusi golongan umur responden, tingkat pendidikan, sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi golongan umur responden

Golongan Umur	n	(%)
17 – 21	6	20
22- 26	6	20
27 – 31	4	13,3
32 – 37	8	26,7
38 – 43	4	13,3
44 -48	2	6,7
Jumlah	30	100

Hasil penelitian menunjukkan umur responden pada saat penelitian paling banyak pada umur 32 – 37 tahun.

Tabel 3. Distribusi Tingkat Pendidikan Responden

Tingkat Pendidikan	n	(%)
Tidak Sekolah	2	6,7
Tamat SD	6	20,0
Tamat SMP	13	43,3
Tamat SLTA	8	26,7
Akademi/Sarjana	1	3,3
Jumlah	30	100

Tabel 3 menunjukkan pendidikan responden pada penelitian ini sebanyak 43,3% adalah tamat SMP.

Tabel 4. Distribusi Pekerjaan Responden

Pekerjaan	n	(%)
Tidak Bekerja	23	76,7
Buruh	6	20,0
PNS	1	3,3
Jumlah	30	100

Data table 4 di atas menunjukkan distribusi pekerjaan responden, yakni 76,7% responden tidak bekerja.

Tabel 5. Distribusi Pengetahuan Gizi Ibu

Kategori	n	(%)
Rendah	16	53,3
Tinggi	14	46,7
Jumlah	30	100

Berdasarkan table 5 diketahui distribusi pengetahuan gizi ibu sebagian besar (53,35%) termasuk rendah.

Tabel 6. Distribusi Pendapatan Responden

Kategori	n	(%)
Rendah	27	90
Tinggi	3	10
Jumlah	30	100

Hasil penelitian memberikan informasi bahwa distribusi pendapatan responden 90% termasuk rendah.

Tabel 7. Distribusi Persediaan Pangan Responden

Kategori	n	(%)
Tersedia	16	53,3
Tidak Tersedia	14	46,7
Jumlah	30	100

Data tabel 7 menunjukkan distribusi persediaan pangan responden yaitu 53,3% pada kategori tersedia.

Tabel 8. Rata-rata pendapatan, median pengetahuan gizi ibu, dan persediaan pangan responden

Variabel	Mean/median	SD
Pendapatan Keluarga	1,186,000	1,18
Pengetahuan Gizi Ibu	13,53	1,54
Persediaan Pangan	1,43	0,48

Data hasil penelitian menunjukkan rata-rata pendapatan responden Rp. 1,186,000, dan median pengetahuan gizi responden 13,53 poin, dan median persediaan pangan keluarga 1,43 poin

2. Karakteristik Sampel Penelitian

Tabel 9. Distribusi umur sampel penelitian

Golongan Umur	n	(%)
10 - 15	5	16,7
16 -21	8	26,7
22 - 27	5	16,7
28 - 33	2	6,7
34 - 39	3	10
40 – 46	3	10
47 – 52	2	6,7
53 – 58	2	6,7
Jumlah	30	100

Distribusi sampel penelitian berdasarkan umur terbanyak pada umur 16-21 bulan yaitu 26,7%.

Tabel 10. Distribusi jenis kelamin sampel penelitian

Jenis kelamin	n	(%)
Laki-laki	16	53,3
Perempuan	14	46,7
Jumlah	30	100

Jenis kelamin sampel dalam penelitian ini adalah 53,3% laki-laki dan 46,7% perempuan.

Tabel 11. Rata-rata berat badan dan tinggi badan sampel penelitian

Variabel	Mean	SD
Berat Badan	9,15	1,54
Tinggi Badan	79,55	1,80

Selanjutnya rata-rata berat dan yaitu 9,15 kg dan rata-rata tinggi badan 79,55 cm.

Tabel 12. Distribusi Status Gizi Sampel Penelitian

Status Gizi	n	%
Kurus (skor $z < -2$ SD s/d 2 SD)	20	66,7
Normal (skor $z < -2$ SD s/d 2 SD)	10	33,3
Jumlah	30	100

Data tabel 12 menunjukkan sampel sebagian besar memiliki status gizi kurus (66,7%) atau yang berada di bawah garis merah.

C. Analisis Bivariat

- a. Hubungan pengetahuan gizi ibu dengan persediaan pangan

Tabel 13. Hubungan pengetahuan gizi ibu dengan persediaan pangan

Pengetahuan Gizi Ibu	Persediaan Pangan		Jumlah	P*
	Tersedia	Tidak tersedia		
Rendah (<nilai median)	6	10	16	0,000
Tinggi (>nilai Mendian)	14	0	14	
Jumlah	20	10	30	

*Uji Fhiser Exact test

Hasil Uji statistik dengan menggunakan uji alternatif yaitu *Fhiser Exact test* data menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan gizi ibu balita dengan persediaan pangan keluarga $p < 0,05$.

b. hubungan pengetahuan gizi ibu dengan status gizi balita

Tabel 14. Hubungan pengetahuan gizi dengan Status Gizi Balita

Pengetahuan Gizi Ibu	Status Gizi		Jumlah	P*
	Kurus	Normal		
Rendah (<nilai median)	16	0	16	0,000
Tinggi (>nilai Mendian)	4	10	14	
Jumlah	20	10	30	

*Uji Fhiser Exact test

Pada Uji hubungan antara pengetahuan gizi dengan status gizi dengan menggunakan statistik dengan uji alternatif yaitu *Fhiser Exact test* data menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan gizi ibu balita dengan persediaan pangan keluarga $p < 0,05$.

c. Hubungan persediaan pangan keluarga dengan status gizi balita

Tabel 15. Hubungan persediaan Pangan dengan Status Gizi balita

Persediaan Pangan	Status Gizi		Jumlah	P*
	Kurus	Normal		
Tersedia (>nilai Mendian)	10	10	20	0,011
Tidak Tersedia (<nilai median)	10	0	10	
Jumlah	20	10	30	

*Uji Fhiser Exact test

Pada Uji hubungan antara persediaan pangan dengan status gizi dengan menggunakan statistik dengan uji alternatif yaitu *Fhiser Exact test* hasilnya terdapat hubungan antara persediaan pangan keluarga dengan status gizi responden $p < 0,05$.

PEMBAHASAN

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Danowudu bulan Agustus tahun 2017, dengan responden keluarga 30 orang, serta sampel balita 30 orang. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan gizi ibu balita dengan persediaan pangan keluarga $p > 0,05$. Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Yudaningrum, (2011) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan masyarakat yang tinggi maka akan memiliki pengetahuan gizi dan kesehatan yang baik, sehingga dapat mengelola konsumsi individu secara optimal sesuai dengan tingkatan kebutuhannya.

Hasil penelitian juga menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan gizi ibu balita dengan persediaan pangan keluarga $p < 0,05$. Hasil ini sesuai dengan tulisan Hardinsyah (2007) yang menyatakan persediaan pangan bukan hanya merupakan suatu isu gizi dan kesehatan yang hanya mencakup tingkat nasional, maupun regional saja, tetapi juga tingkat rumah tangga. persediaan pangan keluarga sebagaimana hasil rumusan *International Congres of Nutrition (ICN)* yang diselenggarakan di Roma tahun 1992 mendefenisikan bahwa: “Ketahanan pangan keluarga (*household food security*) adalah kemampuan rumah tangga untuk memenuhi kecukupan pangan anggotanya dari waktu ke waktu agar dapat hidup sehat dan mampu melakukan kegiatan sehari-hari”.

Hasilnya penelitian juga terdapat hubungan antara persediaan pangan keluarga dengan status gizi responden. Hasil penelitian ini sesuai dengan konsep ketahanan pangan lazimnya memenuhi lima syarat utama, yaitu ketersediaan pangan, akses pangan, penyerapan pangan, stabilitas pangan serta status gizi. Ketersediaan pangan merupakan syarat yang menunjukkan bahwa pangan tersebut tersedia dalam jumlah yang cukup, aman dan bergizi untuk semua orang dalam suatu negara baik yang berasal dari produksi sendiri, impor, cadangan pangan maupun bantuan pangan, dimana pangan tersebut juga harus mampu mencukupi jumlah kalori yang dibutuhkan untuk kebutuhan yang aktif dan sehat (Lonika, 2011).

Penelitian hampir serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Hardinsyah (2007) menyebutkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengeluaran pangan dengan ketahanan pangan keluarga. Tingkat pengeluaran pangan berbanding terbalik dengan ketahanan pangan, semakin besar tingkat pengeluaran pangan maka semakin rendah ketahanan rumah tangga yang bersangkutan. Semakin menurunnya kesejahteraan suatu rumah tangga menyebabkan

daya beli menjadi rendah akibatnya tingkat pengeluaran suatu rumah tangga untuk pangan menjadi meningkat.

Secara umum, ketahanan pangan lazimnya memenuhi lima syarat utama, yaitu ketersediaan pangan, akses pangan, penyerapan pangan, stabilitas pangan serta status gizi. Ketersediaan pangan merupakan syarat yang menunjukkan bahwa pangan tersebut tersedia dalam jumlah yang cukup, aman dan bergizi untuk semua orang dalam suatu negara baik yang berasal dari produksi sendiri, impor, cadangan pangan maupun bantuan pangan, dimana pangan tersebut juga harus mampu mencukupi jumlah kalori yang dibutuhkan untuk kebutuhan yang aktif dan sehat (Yudaningrum, 2011).

Hal lain Alamsyah (2013) menyatakan bahwa ketahanan pangan sampai pada tingkat rumah tangga antara lain tercermin oleh tersedianya pangan yang cukup dan merata pada setiap waktu dan terjangkau oleh masyarakat baik fisik maupun ekonomi serta tercapainya konsumsi pangan yang beraneka ragam, yang memenuhi syarat-syarat gizi yang diterima budaya setempat (Suhadi Purwantoro, 2009).

Menurut Sunarti, (2008) kebijakan peningkatan ketahanan pangan memberikan perhatian secara khusus kepada mereka yang memiliki risiko tidak mempunyai akses untuk memperoleh pangan yang cukup.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 68 tahun 2002, ketahanan pangan merupakan kondisi terpenuhinya pangan bagi rumah tangga yang tercermin dari tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, merata, dan terjangkau. Faktor-faktor yang diduga memengaruhi ketahanan pangan keluarga.

Akses pangan adalah kemampuan rumah tangga dan individu dengan sumber daya yang dimilikinya untuk memperoleh pangan yang cukup untuk kebutuhan pangannya sendiri. Penyerapan pangan merupakan syarat yang menggambarkan penggunaan pangan untuk kebutuhan hidup yang sehat yang meliputi kebutuhan energi dan gizi, air serta kesehatan lingkungan. Stabilitas pangan merupakan dimensi waktu dari ketahanan pangan yang terbagi menjadi kerawanan pangan kronis dan kerawanan pangan sementara (Alamsyah, 2013).

Hasil perhitungan angka kecukupan energi dan angka kecukupan protein pada setiap kelompok umur dan jenis kelamin, serta komposisi penduduk hasil sensus penduduk tahun 2010, diperoleh rata-rata angka kecukupan energi dan angka kecukupan protein pada tingkat konsumsi masing-masing adalah sebesar 2150 kkal dan 57 gram per kapita per hari dengan proporsi anjuran protein hewani 25%. Sementara itu, angka kecukupan energi dan angka kecukupan protein pada tingkat ketersediaan pangan mencapai 2400 kkal dan 63 gram

per kapita per hari. (Hardinsyah, 2007). Walaupun ketahanan pangan di tingkat nasional dan provinsi sudah dapat dikatakan tergolong aman dan terjamin, hal tersebut belum dapat menentukan ketahanan pangan di tingkat keluarga.

Ketahanan pangan di tingkat keluarga adalah kemampuan sebuah keluarga untuk cukup tahan dalam hal pangan untuk menjamin kecukupan intake makanan bagi seluruh anggota keluarga. Ketahanan pangan merupakan konsep yang multidimensi, meliputi mata rantai sistem pangan dan gizi mulai dari produksi, distribusi, konsumsi dan status gizi (Dirjen Kesmas, 2005).

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengetahuan gizi ibu balita yaitu yang paling banyak kategori tinggi sebanyak 16 orang (53,3%).
2. Persediaan pangan keluarga balita bawah garis merah di wilayah kerja Puskesmas Danowudu (66,7%).
3. Status gizi balita paling banyak kurus atau berada di bawah garis merah di wilayah kerja Puskesmas Danowudu (66,7%).
4. Ada hubungan pengetahuan gizi ibu dengan persediaan pangan keluarga balita bawah garis merah di wilayah kerja Puskesmas Danowudu (nilai p-value = 0,000).
5. Ada hubungan pengetahuan gizi ibu dengan status gizi balita bawah garis merah di wilayah kerja Puskesmas Danowudu (nilai p-value = 0,000).
6. Ada hubungan persediaan pangan keluarga dengan status gizi balita bawah garis merah di wilayah kerja Puskesmas Danowudu (nilai p-value = 0,011).

B. Saran

1. Perlu upaya yang kontinyu dari pihak puskesmas dalam melakukan promosi kesehatan bagi ibu dan anak dalam bentuk surveilans.
2. Keluarga harus memperhatikan asupan gizi pada anak balita dengan memberikan zat gizi yang adekuat, dan memanfaatkan pekarangan rumah sebagai lahan yang produktif yang ditanami tanaman yang dapat di konsumsi sewaktu-waktu sebagai persedian pangan keluarga.
3. Keluarga sebaiknya harus bekerja sehingga ada pendapatan yang dapat dipakai untuk menyediakan pangan bagi keluarga teristimewa balita.
4. Perlu kerjasama lintas sector dan lintas program dalam menangani masalah kekurangan gizi pada balita.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah. D (2013) *Pemberdayaan Gizi, Terori dan Perilaku*. Nuha Medica Yogyakarta.
- BPS Propinsi Sulut (2017). *Profil Propinsi Sulawesi Utara*.
- Depkes, RI. (2004) *Panduan Umum Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Direktorat Gizi Masyarakat. Proyek FHN-ADB LOAN 1471-INO. Jakarta.(2004) *Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Mewujudkan Keluarga Cerdas dan Mandiri*.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Direktorat Gizi Masyarakat. Jakarta. (2005) *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Hardinsyah (2007) *Review Faktor Determinan Keragaman Konsumsi Pangan*. *Jurnal Gizi dan Pangan*.
- Kementerian PPN/Bappenas, (2011) *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015*.
- _____ (2011). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010*. Balitbangkes Kemenkes
- _____ (2012). *Pedoman Kegiatan Gizi Dalam Penanggulangan Bencana*, Dirjen Bina Kesehatan Masysrakat.
- _____ (2013a). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Balitbangkes Kemenkes.
- _____ (2013b). *Pedoman Paket Gizi Masyarakat*, Buku 2. Direktorat Bina Gizi, Ditjen Bina Dan KIA.
- _____ (2013c). *Pedoman Pemberian Makanan Pendamping ASI Berbasis Pangan Lokal*. Direktorat Bina Gizi, Ditjen Bina Dan KIA.
- _____ (2015). *Pedoman Gizi Seimbang*, Dirjen Bina Gizi Dan KIA. Kemenkes RI.
- _____ (2016). *Buku Saku Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Tahun 2015*. Direktorat Gizi Masyarakat Dirjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI.
- Lonika A.(2011) *Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita*. Skripsi. Fakultas Ekonomi Universitas Andalas.
- Mulyo. J.K, Sugiyarto, Widada. A.W (2015) *Ketahanan Dan Kemandirian Pangan Rumah Tangga Tani Daerah Marginal Di Kabupaten Bojonegoro*. *Agro Ekonomi* Vol. 26/2 Desember 2015.
- Notoatmodjo, S. (2003) *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cet. ke-2. Rineka Cipta. Jakarta.
- Rohadi. S, Julia. M, Gunawan. I. M.A (2003) *Tingkat Ketahanan Pangan Rumah Tangga Dengan Status Gizi Balita Di Daerah Rawan Pangan Kabupaten Idramayu*. *Jurnal Gizi Dan Dietetika Indonesia*.
- Sudrman, H. (2006) *Perbandingan Status Gizi Balita dengan Indeks Antropometri Berdasar baku Rujukan WHO-NCHS*. *Buletin Penelitian Kesehatan*.
- Suhardjo (2003) *Perencanaan Pangan dan Gizi*. Edisi 1. Cetakan ketiga. PT. Bumi Aksara. Jakarta.
- Sunarti, E. (2008) *Analisis Faktor Risiko Status Gizi Anak* [Internet]. Jakarta: Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi. LIPI. Tersedia dalam: <http://wkpg.org> [Diakses 17 Maret 2009].
- Yudaningrum, Agnes. (2011). *Analisis Hubungan Proporsi Pengeluaran dan Konsumsi Pangan Dengan Ketahanan Pangan Rumah Tangga Petani di Kabupaten Kulon Progo*. Skripsi. Fakultas Pertanian Universitas Sebelas Maret. Surakarta.