

**TINGKAT KONSUMSI ZAT GIZI DAN STATUS GIZI ANAK BALITA
DI DESA RAJAWALI KEC. LINTAU BUO KAB. TANAH DATAR
PROVINSI SUMATERA BARAT**

ISMED

Akademi Kebidanan Salma
ismedismail@ymail.com

Abstract: *A healthy and intelligent child is the hope of the nation and state, this hope will be fulfilled if the children can grow and develop perfectly so that one day they become productive and skilled workers. Nutritional status is one of the important factors that determine the quality of life and labor productivity. At present in Indonesia, the main nutritional problem is the lack of calories and protein and also the implications for health problems are very heavy. This research aims to determine the consumption of nutrients and nutritional status of children under five in Desa Rajawali, Kec. Lintau Buo Kab. Tanah Datar. Of the 52 children under five who were sampled, 36.5% suffered from malnutrition with the weight / age index and 25.0% with the weight / height index. In terms of nutrient consumption, well-nourished children under five generally consume more than under-fives with less nutrition. The difference is significantly seen in protein consumption. The economic level of the family is a factor that affects the nutritional consumption of children under five, while the length of education of the mother and the number of family members has no influence. The presence or absence of infectious diseases was found to affect the nutritional status of children under five, where children under five who suffer from infection have a higher percentage of malnutrition, while those who are not infected are found to be quite low. In general, the average consumption of energy, Ca, Fe and Vitamin B is still consumption of children under five is recommended for adequacy, while protein, vitamin A and vitamin C above recommended adequacy.*

Keywords: *Nutrition Substance, Nutrition Status, Toddler Children.*

Abstrak: Anak yang sehat dan cerdas merupakan harapan bangsa dan negara, harapan tersebut akan terpenuhi jika anak-anak dapat tumbuh dan berkembang dengan sempurna sehingga kelak mereka menjadi tenaga produktif dan terampil. Status gizi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan mutu hidup dan produktivitas tenaga kerja. Pada saat ini di Indonesia, masalah gizi yang utama adalah kurangnya kalori dan protein dan juga sangat berat implikasinya terhadap masalah kesehatan. Penelitiannya ini bertujuan untuk mengetahui tentang konsumsi zat gizi dan status gizi anak balita di Desa Rajawali Kec. Lintau Buo Kab. Tanah Datar. Dari 52 anak balita yang menjadi sampel ditemukan 36,5 % menderita gizi kurang dengan indeks BB/U dan 25,0% dengan indeks BB/TB. Di dalam konsumsi zat gizi, anak balita gizi baik pada umumnya mengkonsumsi lebih tinggi daripada anak balita gizi kurang. Perbedaannya secara bermakna terlihat pada konsumsi protein. Tingkat ekonomi keluarga merupakan faktor yang berpengaruh terhadap konsumsi zat gizi anak balita, sedangkan lama pendidikan ibu dan jumlah anggota keluarga tidak terdapat pengaruh. Ada tidaknya penyakit infeksi ditemukan berpengaruh terhadap status gizi anak balita, dimana anak balita yang menderita infeksi memiliki presentase yang lebih tinggi gizi kurang, sedangkan yang tidak infeksi ditemui presentasenya cukup rendah. Secara umum rata-rata konsumsi energi, Ca, Fe dan Vitamin B masih dikonsumsi anak balita

dibawah kecukupan yang dianjurkan, sedangkan protein, vitamin A dan vitamin C diatas kecukupan yang dianjurkan.

Kata Kunci : Zat Gizi, Status Gizi, Anak Balita.

A.Pendahuluan

Dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 tercantum dengan jelas cita-cita bangsa yang sekaligus merupakan tujuan Nasional bangsa Indonesia, diantara tujuan tersebut adalah untuk mewujudkan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Pada Undang-Undang pokok tentang kesehatan, secara jelas dicantumkan bahwa setiap warga negara berhak untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dengan demikian berarti bahwa tingkat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya itu merupakan salah satu sasaran yang hendak dicapai didalam pembangunan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Kesehatan merupakan salah satu unsur pokok yang menentukan mutu kehidupan dalam tingkat kesejahteraan masyarakat atau bangsa, sedangkan di sisi lain kesehatan merupakan salah satu modal dasar untuk melaksanakan kegiatan dalam mencapai sasaran pembangunan tersebut.

Dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal tersebut, peningkatan perbaikan gizi merupakan salah satu upaya kesehatan yang sangat penting. Anak yang sehat dan cerdas merupakan harapan bangsa dan negara, harapan tersebut akan terpenuhi jika anak-anak dapat tumbuh dan berkembang dengan sempurna sehingga kelak mereka akan menjadi tenaga yang produktif dan terampil. Disamping itu kesehatan merupakan salah satu aspek dari kehidupan manusia dan status gizi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan mutu hidup dan produktivitas tenaga kerja. Dilain pihak masalah gizi dengan berbagai penyakit kekurangan gizi sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan utama di negara yang sedang berkembang, dalam hal ini secara terang dan jelas termasuk negara Indonesia.

Adapun masalah gizi utama di Indonesia pada saat ini adalah kurang kalori dan protein (KKP), kurang vitamin A dan anemia gizi. Dari ketiga masalah gizi utama tersebut KKP merupakan masalah yang tidak kunjung hilang dari pendengaran kita dan menempatkan dia pada porsi yang paling penting dan juga sangat berat implikasinya terhadap kesehatan nasional

Diperkirakan 33% anak balita di Indonesia menderita berbagai kekurangan kalori dan protein, 3% diantanya adalah KKP tingkat berat sedangkan di Sumatera Barat angkanya lebih tinggi yaitu 30-40%. Anak-anak yang menderita kekurangan gizi, walaupun terhindar dari kematian tetapi pada kehidupan selanjutnya akan mengalami keterlambatan dalam pertumbuhan jasmani dan menderita keterlambatan perkembangan mental dan kecerdasan. Dari berbagai penyelidikan ditemukan bahwa 50-75% dari kematian bayi dan anak balita disebabkan oleh komplikasi kekurangan gizi dan penyakit infeksi. Dengan masih rendahnya keadaan sosial ekonomi dan kemampuan masyarakat untuk menyediakan makanan yang mencukupi, sekitar 40-50% dari total kematian terjadi pada usia dibawah lima tahun sedangkan di negara maju angka kematian balita ini hanya sekitar 7% dari total kematian. Dari uraian diatas penulis merasa tertarik untuk menyelidiki masalah dengan judul "tingkat konsumsi zat gizi dan status gizi anak balita di desa Rajawali Kec. Lintau Pulo Kab. Tanah Datar Provinsi Sumatera Barat.

Tujuan Khusus dari penelitian ini adalah untuk mengetahui konsumsi energi protein serta status gizi anak balita, mengetahui tingkat ekonomi keluarga, tingkat pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, serta ada tidaknya anak balita menderita penyakit infeksi.

B. Metodologi Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analitik dengan desain cross sectional. Pengambilan sampel dilakukan secara purposive Sampling karena peneliti mengadakan studi pendahuluan terlebih dahulu serta sampling berdasarkan pada suatu pertimbangan oleh peneliti sendiri (Notoadmojo, 2005). Penelitian ini dilakukan selama 4 hari dan data yang dikumpulkan meliputi tingkat pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, pengeluaran keluarga setara dengan harga beras, ada tidaknya penyakit infeksi, konsumsi zat gizi dan status gizi anak balita. Tingkat pendidikan ibu, jumlah anggota dari keluarga dan ada tidaknya penyakit infeksi yanggg diderita anak balita diperoleh dengan wawancara dengan responden. Data konsumsi zat gizi diperoleh dengan "recall" dan dibantu dengan penimbangan selama 3 hari berturut-turut. Sedangkan status gizi anak balita didapatkan dengan pengukuran antropometri untuk BB dan TB. BB diukur dengan timbangan dacin yang khusus untuk program gizi, ketelitian 0,1 kg. TB diukur dengan microtase. Pengolahan data dari setiap pertanyaan yang diajukan kepada responden adalah secara manual dengan menggunakan coding card. Status gizi anak balita ditentukan dengan menggunakan indeks BB.U, BB/TB dan pemakaian secara bersama-sama indeks BB/U, BB/TB, serta TB/U dengan menggunakan baku Harvard, kemudian disesuaikan dengan baku Indonesia sehingga 100 % baku Indonesia= baku Harvard 50 persentile. Data tentang konsumsi zat gizi didapatkan secara "recall" selama 3 hari berturut-turut, kemudian diambil rata-ratanya. Konsumsi zat gizi anak balita didapatkan dalam bentuk persentase kecukupan zat gizi yang dianjurkan. Analisa statistik yang digunakan adalah Z Test dan Chi Square Test . Untuk data yang tidak bisa dianalisa dengan statistik disajikan secara deskriptif.

C. Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Distribusi Anak Balita menurut lama pendidikan Ibu

| Lama Pendidikan Ibu (tahun) | N | % |
|-----------------------------|----|------|
| 0-3 | 4 | 7,7 |
| 4-6 | 28 | 53,8 |
| > 7 | 20 | 38,5 |
| Jumlah | 52 | 100 |

Dari tabel diatas terlihat bahwa anak balita yang lama pendidikan ibunya 7 tahun atau lebih adalah 38,5%, sedangkan anak balita yang lama pendidikan ibunya 6 tahun kebawah persentasenya cukup tinggi yaitu 61,5%

Tabel 2. Distribusi Anak Balita menurut jumlah anggota keluarga

| Jumlah anggota keluarga (orang) | N | % |
|---------------------------------|----|------|
| 3-4 | 24 | 46,1 |
| 5-6 | 16 | 30,8 |
| ≥ 7 | 12 | 23,1 |
| Jumlah | 52 | 100 |

Bila kita lihat tabel diatas, tampak bahwa anak balita yang anggota keluarganya berjumlah 3-4 orang dua kali lebih banyak dari anak balita yang jumlah anggota keluarganya 7 orang atau lebih yaitu 46,1%, sedangkan anak balita yang jumlah anggota keluarganya 5-6 orang 30,8%.

Tabel 3. Distribusi Anak Balita menurut tingkat ekonomi keluarga

| Tingkat ekonomi keluarga | N | % |
|--------------------------|----|------|
| Kaya | 16 | 30,8 |
| Sedang | 28 | 53,8 |

| | | |
|--------|----|------|
| Miskin | 8 | 15,4 |
| Jumlah | 52 | 100 |

Dari Tabel diatas terlihat bahwa anak balita yang tingkat ekonomi keluarganya termasuk dalam kategori kaya adalah 30,8%, angkanya lebih tinggi pada anak balita yang berasal dari tingkat ekonomi keluarga tergolong sedang yaitu 53,8%, sedangkan anak balita yang berasal dari tingkat ekonomi keluarga tergolong miskin ditemui cukup rendah yaitu 15,4%.

Tabel 4. Status Gizi Anak Balita berdasarkan BB/U

| Status Gizi | N | % |
|-------------|----|------|
| Baik | 33 | 63,5 |
| Kurang | 19 | 36,5 |
| Jumlah | 52 | 100 |

Dari Tabel diatas terlihat bahwa anak balita gizi kurang masih tinggi yaitu sebanyak 19 orang (36,5%), sedangkan anak balita gizi baik adalah sebanyak 33 orang (63,5%). Pada penelitan ini ditemukan status gizi anak balita dalam dua kategori yaitu gizi baik dan kurang, sedangkan gizi buruk tidak ditemukan.

Tabel 5. Status Gizi Anak Balita berdasarkan BB/TB

| Status Gizi | N | % |
|-------------|----|-----|
| Baik | 39 | 75 |
| Kurang | 13 | 25 |
| Jumlah | 52 | 100 |

Bila kita bandingkan antara Tabel 4 dengan Tabel 5 terlihat persentase anak balita gizi kurang lebih tinggi dengan menggunakan indeks BB/U daripada BB/TB, dimana berdasarkan indeks BB/U ditemukan 36,5%, sedangkan berdasarkan BB/TB ditemui 25%.

Tabel 6. Distribusi Status Gizi anak Balita menurut Klasifikasi Seaone Latham

| Status Gizi | N | % |
|--|----|------|
| Gizi Normal | 33 | 63,5 |
| KKP Akut Baru | 6 | 11,5 |
| KKP Kronis sejak lama | 5 | 9,6 |
| Dahulu KKP Kronis, sekarang sudah sembuh | 8 | 15,4 |
| Jumlah | 52 | 100 |

Pada Tabel diatas terlihat bahwa sebanyak 6 orang anak balita (11,5%) menderita KKP akut baru dan sebanyak 5 orag (9,6%) telah menderita KKP kronis sejak lama, sedangkan sebanyak 8 orang (15,4%) anak balita telah sembuh dari KKP kronis yang dideritanya.

Tabel 7. Distribusi Anak Balita menurut ada tidaknya Penyakit infeksi

| Status Gizi | N | % |
|---------------|----|------|
| Ada (+) | 24 | 46,2 |
| Tidak Ada (-) | 28 | 53,8 |
| Jumlah | 52 | 100 |

Dari Tabel diatas terlihat bahwa hampir sebagian dari anak balita yang menderita penyakit infeksi yaitu sebanyak 24 orang (46,2%) dan yang tidak menderita penyakit infeksi adalah sebanyak 28 orang (53,8%).

Tabel 8. Status Gizi Anak Balita Menurut Konsumsi Zat Gizi

| Status Gizi | n = 52 | Konsumsi Zat Gizi (%RDA) | | | |
|-------------|--------|--------------------------|------|-------------|------|
| | | Energi (%) | | Protein (%) | |
| | | Mean | SD | Mean | SD |
| Baik | 33 | 89,0 | 29,8 | 121,3 | 52,5 |
| Kurang | 19 | 81,2 | 25,9 | 97,9 | 40,1 |

Pada Tabel 8 kelihatan bahwa anak balita yang keadaan gizinya baik mengkonsumsi energi 89,0 % dari kecukupan yang dianjurkan, sedangkan anak balita dengan keadaan gizi kurang mengkonsumsi energi 81,2% dari kecukupan. Kalau kita perhatikan lagi konsumsi protein, anak balita gizi baik mengkonsumsi 121,3% dan anak balita gizi kurang 97,9% dari kecukupan yang dianjurkan. Berdasarkan pengujian statistik chi square, ditemukan perbedaan konsumsi energi antara anak balita gizi baik dengan gizi kurang tersebut tidak bermakna, sedangkan pada konsumsi protein ternyata perbedaannya bermakna.

Tabel 9. Konsumsi zat gizi Anak Balita Berdasarkan Lama Pendidikan Ibu

| Lama Pendidikan Ibu (tahun) | n = 52 | Konsumsi Zat Gizi (%RDA) | | | |
|-----------------------------|--------|--------------------------|------|-------------|------|
| | | Energi (%) | | Protein (%) | |
| | | Mean | SD | Mean | SD |
| 0-3 | 4 | 80,0 | 19,2 | 88,0 | 52,5 |
| 4-6 | 28 | 86,6 | 27,5 | 111,4 | 41,4 |
| ≥7 | 20 | 86,9 | 30,4 | 119,8 | 58,7 |

Bila kita perhatikan Tabel 9 diatas terlihat bahwa anak balita yang lama pendidikan ibunya 0-3 tahun, mengkonsumsi energi sebesar 80,0% dan protein 88,0 % dari kecukupan yang dianjurkan. Bila kita lihat lagi anak balita yang lama pendidikan ibunya 4-6 tahun, mengkonsumsi energi sebesar 86,6% dan protein 111,4% dari kecukupan yang dianjurkan. Sedangkan pada anak balita yang lama pendidikan ibunya 7 tahun atau lebih mengkonsumsi energi 86,9% dan protein 119,8% dari kecukupan yang dianjurkan. Berdasarkan pengujian statistik p=0,05 perbedaannya tidak bermakna.

Tabel 10. Konsumsi zat gizi Anak Balita Berdasarkan Jumlah anggota keluarga

| Jumlah anggota keluarga (orang) | n = 52 | Konsumsi Zat Gizi (%RDA) | | | |
|---------------------------------|--------|--------------------------|------|-------------|------|
| | | Energi (%) | | Protein (%) | |
| | | Mean | SD | Mean | SD |
| 3-4 | 24 | 90,0 | 29,9 | 122,1 | 53,4 |
| 5-6 | 16 | 86,0 | 24,1 | 106,1 | 40,3 |
| 7 | 12 | 86,9 | 28,2 | 103,1 | 46,1 |

Pada Tabel. 10 diatas terlihat bahwa anak balita yang jumlah anggota keluarganya 3-4 orang, didapatkan mengkonsumsi energi 90,0 % dan protein 122,1 % dari kecukupan yang dianjurkan. Sedangkan anak balita dengan jumlah anggota keluarga 5-6 orang, mengkonsumsi energi 86,0 % dan protein 106,1 % dari kecukupan yang dianjurkan. Bila kita lihat anak balita yang jumlah anggota keluarganya sama atau lebih 7 orang mengkonsumsi energi 86,9% dan protein sebesar 103,1 % dari kecukupan yang dianjurkan. Dari uji statistik pada $p=0,05$, tidak ada perbedaan konsumsi anak balita baik energi atau protein dari jumlah anggota keluarga yang berbeda tersebut.

Tabel 11. Konsumsi zat gizi Anak Balita Berdasarkan Tingkat Ekonomi Keluarga

| Tingkat Ekonomi keluarga | n = 52 | Konsumsi Zat Gizi (%RDA) | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------|------|-------------|------|
| | | Energi (%) | | Protein (%) | |
| | | Mean | SD | Mean | SD |
| Kaya | 16 | 97,8 | 32,5 | 129,0 | 59,5 |
| Sedang | 28 | 81,3 | 25,0 | 107,2 | 43,2 |
| Miskin | 8 | 80,0 | 20,1 | 100,0 | 23,1 |

Dari Tabel 11 diatas terlihat bahwa anak yang berasal dari tingkat ekonomi keluarga tergolong kaya, mengkonsumsi energi 97,8% dan protein 129,0% dari kecukupan yang dianjurkan. Sedangkan anak balita yang tingkat ekonomi keluarganya tergolong miskin, mengkonsumsi energi sebesar 80,0% dan protein 100,0% dari kecukupan yang dianjurkan. Berdasarkan uji statistik ada perbedaan konsumsi energi dan protein dari anak balita dengan keadaan tingkat ekonomi keluarga yang berbeda tersebut.

Dengan menggunakan indeks BB/U, ditemukan penderita KKP masih tinggi (36,5%), sedangkan rata-rata nasional 33,0% (Depkes RI). Bila digunakan indeks BB/TB ternyata penderita KKP lebih rendah (25,0%). Hal ini dapat terjadi karena indeks BB/U memberikan gambaran keadaan gizi masa lampau. Dari uraian tersebut dapat diperkirakan dahulunya anak balita belum menderita KKP, akan tetapi pada saat sekarang dia menderita KKP, yang menyebabkan angka KKP menjadi lebih tinggi pada indeks BB/U.

Pada Tabel 8 terlihat bahwa terdapat perbedaan secara bermakna konsumsi protein anak balita gizi baik dan gizi kurang, sedangkan konsumsi energi tidak ditemui perbedaannya. Ternyata anak balita gizi baik mengkonsumsi protein di atas kecukupan yang dianjurkan dan energi masih dibawah kecukupan, sedangkan anak balita gizi kurang masih mengkonsumsi energi dan protein dibawah kecukupan yang dianjurkan, serta lebih rendah dari konsumsi energi dan protein anak balita gizi baik. Hal ini bisa terjadi karena anak balita yang gizinya kurang, menderita penyakit infeksi atau salah satu penyakit. Anak yang sakit jelas nafsunya berkurang, kalau berlangsung lama anak bisa kurus dan akhirnya akan menderita gizi kurang.

Pada tabel 9 terlihat bahwa anak balita yang pendidikan ibunya lebih tinggi, mengkonsumsi energi dan protein lebih tinggi dari anak balita yang pendidikan ibunya lebih rendah, setelah dianalisa dengan statistik perbedaannya tidak bermakna. Hal ini dapat terjadi mungkin besarnya peranan faktor lain seperti pengetahuan tentang kesehatan atau gizi yang diperoleh keluarga dari kegiatan atau pendidikan non formal seperti ceramah, penyuluhan serta kegiatan lainnya.

Dari Tabel 10 terlihat anak balita yang jumlah anggota keluarganya 3-4 orang, mengkonsumsi energi lebih tinggi dari anak balita dengan jumlah anggota keluarga 5-6 orang dan 7 orang atau lebih, akan tetapi masih berada dibawah kecukupan yang dianjurkan. Dalam hal konsumsi protein, anak balita yang jumlah anggota keluarganya 3-4 orang, 5-6 orang dan 7 orang atau lebih, telah mengkonsumsi sesuai dengan kecukupan yang dianjurkan dan anak balita yang jumlah anggota keluarganya lebih sedikit mengkonsumsi lebih tinggi dari anak balita yang jumlah anggota keluarganya lebih banyak. Dari uji statistik perbedaan tersebut tidak bermakna. Hal ini terjadi mungkin anggota keluarga yang jumlahnya banyak, keadaan ekonominya lebih baik sehingga memungkinkan distribusi makanan lebih baik.

Pada penyajian Tabel 11 terlihat bahwa anak balita dengan tingkat ekonomi keluarganya tergolong kaya, mengkonsumsi energi dan protein lebih tinggi dari anak balita yang berasal dari tingkat ekonomi kategori sedang dan miskin. Dan anak balita yang ekonomi keluarganya termasuk kaya, didapatkan hampir mengkonsumsi energi sesuai dengan kecukupan yang dianjurkan (97,8%). Dalam hal konsumsi protein ternyata anak balita dari keadaan ekonomi yang berbeda tersebut telah mengkonsumsi sesuai dengan kecukupan yang dianjurkan. Sedangkan anak balita yang keadaan ekonomi keluarganya tergolong kaya, mengkonsumsi jauh diatas kecukupan yang dianjurkan (129,0%). Berdasarkan uji statistik terdapat perbedaan ekonomi energi dan protein dari anak balita dengan keadaan ekonomi keluarga yang berbeda tersebut. Hal ini terjadi karena keluarga yang tingkat ekonominya lebih baik, mampu untuk mendapatkan makanan yang diinginkannya baik jumlah maupun mutu (Anwar, 2009).

D.Penutup

Dari uraian-uraian yang telah disajikan terutama pada bab hasil dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpulan yaitu berdasarkan dari hasil pengukuran antropometri dengan indeks BB/U, didapatkan 19 anak dari 52 sampel (36,5%) masih menderita gizi kurang sedangkan dengan indeks BB/TB adalah sebesar 25,0%. Dari klasifikasi Seaone Latham ditemui anak balita gizi normal 63,5 %, KKP akut baru 11,5%, KKP kronis sejak lama 9,6% dan dahulunya KKP kronis akan tetapi sekarang sudah sembuh 15.4%. Dari pengujian statistik ternyata perbedaan konsumsi energi antara anak balita gizi baik dengan gizi kurang tidak bermakna. Sedangkan pada konsumsi protein anak balita dengan gizi baik telah mengkonsumsi diatas kecukupan yang dianjurkan dan anak balita gizi kurang masih di bawah dari kecukupan. Dari tiga variabel yang dijadikan sebagai kontrol ditemui tidak ada perbedaan konsumsi anak balita antara jumlah anggota keluarga dan lama pendidikan ibu. Akan tetapi pada tingkat ekonomi keluarga terlihat perbedaannya baik konsumsi energi atau protein. Saran yang dapat diberikan oleh peneliti dalam usaha menanggulangi masalah gizi, terutama masalah KKP maka sesuai dengan lokasi penelitian dan dari pembahasan serta kesimpulan yang telah diambil, maka yang harus diperhatikan dalam penanggulangan adalah peningkatan konsumsi terutama energi, secara tidak langsung dengan membekali ibu-ibu dengan berbagai pengetahuan tentang gizi dan memberi pengertian secara luas tentang masalah KKP serta akibat-akibat yang mungkin timbul dari masalah tersebut. Dalam hal ini tentu tidak akan terlepas dari keikutsertaan ibu-ibu terhadap program kesehatan pada umumnya dan program gizi khususnya. Dari hasil penelitian yang dilakukan ternyata peranan ekonomi suatu keluarga cukup besar terhadap konsumsi anak balita, serta secara tidak langsung terhadap status gizi anak balita. Maka untuk itu perlu diciptakan suatu lapangan kerja yang dapat melipatgandakan pendapatan suatu keluarga. Karena di Desa ini penduduk pada umumnya sebagai petani, yang paling

penting dibina adalah sektor pertanian, baik dalam hal ekstensifikasi maupun intensifikasi pertanian.

Daftar Pustaka

- Adiana, Erwin, P.P., dan Karmini (2012). *Pengaruh pendapatan, jumlah anggota keluarga dan Pendidikan terhadap Pola Konsumsi Rumah Tangga Miskin di Kecamatan Gianyar*. Jurnal Ekonomi Pembangunan.
- Anwar, Husaini Mahdin. (2009). *Peranan Gizi dan Pola asuh dalam meningkatkan Tumbuh Kembang Anak*.
- Almatsier. (2010). *Prinsip dalam Ilmu Gizi*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- Andriani, M., dan Wirjatmadi, B. (2014). *Peran Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana Persada Media Group
- Berg. (1986). *Peranan gizi dalam pembangunan Nasional*. Rajawali. Jakarta
- Depkes RI. (2001). *Profil Kesehatan Indonesia 2001 Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta
- Infodatin. (2015). *Situasi Kesehatan Anak Balita Indonesia*. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI.(2010). *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Suparisa, I.D.N. dkk.2013. *Penilaian status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Sjahmien Moehji. (2002). *Ilmu Gizi I Pengetahuan Dasar ilmu Gizi*. Jakarta: Papas Sinar Sinanti
- Suhardjo. (2003). *Peranan Pangan dan Gizi*. Jakarta : Bumi Aksara