



PEMBERDAYAAN KELUARGA TERHADAP PEMANFAATAN MAKANAN LOKAL PADA BALITA DI DESA NOEPESU

Jane Leo Mangi¹

¹ Jurusan Kebidanan, janeagustina@gmail.com, Poltekkes Kemenkes Kupang

ABSTRACT

Nutritional problems are divided into macro and micro problems. Macronutrient problems are problems that are mainly caused by a lack or imbalance in energy and protein intake. The manifestation of macronutrient problems when they occur in fertile women and pregnant women who are chronically deficient in energy (KEK) is low birth weight (LBW). This situation when it occurs in children under five will result in marasmus with kwashiorkor or marasmic kwashiorkor and then growth disorders will occur in school-age children. Nutritional problems are divided into macro and micro problems. Macronutrient problems are problems that are mainly caused by a lack or imbalance in energy and protein intake. The manifestation of macronutrient problems when they occur in fertile women and pregnant women who are chronically deficient in energy (KEK) is low birth weight (LBW). This situation when it occurs in children under five will result in marasmus with kwashiorkor or marasmic kwashiorkor and then growth disorders will occur in school-age children. The purpose of this study was to determine the effect of family empowerment on local food management knowledge for toddlers in Noepesu Village. . The sample size is 120 mothers who have toddlers for the experimental group and 60 mothers of children under five as the control group 60 people. The results of the study of the nutritional knowledge variable (X1) have a positive influence on maternal nutritional behavior with a regression coefficient of 0.333. it means that if nutritional knowledge increases by 1 percent, nutritional behavior will increase by 0.333 percent. The conclusion of this study is that family empowerment affects mother's knowledge in utilizing local food for toddlers

Keywords: empowerment, local food, nutrition

ABSTRAK

Masalah gizi terbagi menjadi masalah makro dan mikro. Masalah gizi makro adalah masalah yang utamanya disebabkan oleh kekurangan atau ketidakseimbangan asupan energi dan protein. Manifestasi masalah gizi makro bila terjadi pada wanita subur dan ibu hamil yang kekurangan energi kronis (KEK) adalah berat badan bayi baru lahir yang rendah (BBLR). Keadaan tersebut bila terjadi pada anak balita akan mengakibatkan *marasmus* dengan *kwashiorkor* atau *marasmic kwashiorkor* dan selanjutnya akan terjadi gangguan pertumbuhan pada anak usia sekolah. Masalah gizi terbagi menjadi masalah makro dan mikro. Masalah gizi makro adalah masalah yang utamanya disebabkan oleh kekurangan atau ketidakseimbangan asupan energi dan protein. Manifestasi masalah gizi makro bila terjadi pada wanita subur dan ibu hamil yang kekurangan energi kronis (KEK) adalah berat badan bayi baru lahir yang rendah (BBLR). Keadaan tersebut bila terjadi pada anak balita akan mengakibatkan *marasmus* dengan *kwashiorkor* atau *marasmic kwashiorkor* dan selanjutnya akan terjadi gangguan pertumbuhan pada anak usia sekolah. Tujuan dari penelitian ini mengetahui pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap pengetahuan pengelolaan makanan lokal Bagi Balita di Desa Noepesu. . Besar sampel 120 ibu yang mempunyai balita untuk kelompok eksperimen dan 60 orang ibu balita sebagai kelompok control 60 orang. Hasil penelitian variable pengetahuan gizi (X1) mempunyai pengaruh positif terhadap perilaku gizi ibu dengan koefisien regresi sebesar 0,333. artinya bahwa apabila pengetahuan gizi meningkat sebesar 1 persen maka perilaku gizi akan meningkat sebesar 0,333 persen. Simpulan dari penelitian ini pemberdayaan keluarga berpengaruh terhadap pengetahuan ibu dalam memanfaatkan makanan local untuk balita

Kata kunci : pemberdayaan, makanan lokal, gizi

1. PENDAHULUAN

Tujuan Pembangunan Nasional adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia yang dilakukan secara berkelanjutan berdasarkan Visi Pembangunan Kesehatan yang ingin dicapai untuk mewujudkan Manusia Indonesia Sehat. Visi pembangunan gizi adalah mewujudkan keluarga mandiri sadar gizi untuk status gizi keluarga yang optimal (Julianti 2017)

Masalah gizi terbagi menjadi masalah makro dan mikro. Masalah gizi makro adalah masalah yang utamanya disebabkan oleh kekurangan atau ketidakseimbangan asupan energi dan protein. Manifestasi masalah gizi makro bila terjadi pada wanita subur dan ibu hamil yang kekurangan energi kronis (KEK) adalah berat badan bayi baru lahir yang rendah (BBLR). Keadaan tersebut bila terjadi pada anak balita akan mengakibatkan *marasmus* dengan *kwashiorkor* atau *marasmic kwashiorkor* dan selanjutnya akan terjadi gangguan pertumbuhan pada anak usia sekolah (Soekirman 2010).

Persoalan kemiskinan jelas bukan semata-mata persoalan ekonomi, melainkan persoalan pendidikan dan kesehatan untuk terbebas dari kemiskinan. Oleh karena itu setiap individu dalam keluarga diupayakan untuk memenuhi ketiga kriteria tersebut di atas. Untuk dapat menjadi sentosa setiap keluarga perlu memegang teguh 3 norma yaitu : norma cerdas, norma sehat, dan norma makmur. Ketiga norma tersebut sejalan dengan ukuran indeks pembangunan manusia yang dilansir lembaga PBB yaitu : pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Hal ini juga sejalan dengan filosofi Jawa tentang kesentosaan, yakni : *wareg, warasdanwasis*(kenyang, sehat dan cerdas) (Mulyadi 2017).

Gizi keluarga merupakan norma sehat. Setiap keluarga perlu memegang teguh norma ini, sehingga keluarga perlu pemahaman utuh dan kesadaran kuat soal gizi, yakni bahwa setiap orang memperoleh gizi secara baik terlebih bagi balita. Gizi terbaik adalah yang sealami mungkin dari lingkungan sekitar yang berasal dari keluarga dan diperoleh secara murah.

Menurut laporan UNICEF, jumlah anak berusia di bawah 5 tahun yang menderita gizi buruk di Indonesia tahun 2015 berjumlah 1,5 juta orang balita, sedangkan tahun 2006 berjumlah 2,3 juta anak balita gizi buruk. Hal ini berarti gizi buruk naik menjadi 800.000 jiwa anak balita (Kompas, 27 September 2010). Survei tinggi badan anak baru masuk sekolah (TB – ABS) yang dilaksanakan di 5 provinsi di Indonesia (Jawa Barat, Jawa Tengah, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Irian Jaya) tahun 2014 dan 2015 masing-masing menunjukkan prevalensi gangguan pertumbuhan anak usia 5 – 9 tahun yang hasilnya 42,4% dan 37,8%. Hal ini menunjukkan penurunan prevalensi gangguan pertumbuhan namun angka tersebut masih tinggi.

Hasil penelitian Bararah (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang deteksi dini tumbuh kembang anak dengan pelaksanaan program bina keluarga balita di Puskesmas Mergansan Kodya Yogyakarta. Uji statistik dengan *chi-square* menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan tinggi dalam mendeteksi dini pada tumbuh kembang anak dengan pelaksanaan Bina Keluarga Balita (BKB) (Bararah 2014).

Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), Dokter TB Rachmat Sentika, menyatakan bahwa peningkatan jumlah anak gizi buruk sangat mengkhawatirkan karena hal tersebut dapat menyebabkan hilangnya satu generasi (*lost generation*). Dikatakan juga bahwa masalah gizi buruk pada anak balita sebenarnya disebabkan oleh berbagai sebab dan belum dilaksanakannya desentralisasi di bidang kesehatan oleh pemerintah kabupaten dan kota.

Status gizi balita dapat diukur dengan indeks berat badan per umur (BB/TB), tinggi badan per umur (TB/U) dan berat badan per tinggi badan (BB/TB). Berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) yang dilakukan Kementerian Kesehatan tahun 2016, status gizi pada indeks BB/U pada balita 0-59 bulan di Indonesia, menunjukkan persentase gizi buruk sebesar 3,4%, gizi kurang sebesar 4,4%. Pemberian informasi mengenai pemanfaatan makanan lokal keluarga telah diberikan oleh tenaga-tenaga kesehatan dari Puskesmas Niki-Niki yang dilaksanakan melalui kegiatan posyandu. Dari aspek pemberdayaan masyarakat terhadap pemanfaatan makanan lokal belum dilaksanakan secara optimal yang menyangkut pengetahuan, sikap serta praktek pemberian makanan pada balita, yang mencakup persiapan makanan, pengelolaan makanan dan frekwensi pemberian makanan pada balita. Faktor sosial budaya seperti jumlah anggota keluarga yang menganut system *extended family* dan prioritas pemberian makanan masih mempengaruhi cara pemberian makanan pada balita.

Nurhayati (2012), melakukan penelitian tentang hubungan kesadaran gizi keluarga dengan status gizi anak bawah 2 tahun di Kabupaten Purworejo, hasilnya menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna setelah dilakukan intervensi gizi melalui pendekatan pemberdayaan keluarga, tentang tingkat kesadaran keluarga dalam pemberian makanan yang beraneka ragam kepada anak bawah 2 tahun BB meningkat, bila dibandingkan dengan keluarga yang tidak mendapat perlakuan (Nurhayati, Hakimi, and Hartini 2012)

Berdasarkan data yang diperoleh di Desa Noepesu Kecamatan Miomafo Bulan Maret 2019 diperoleh data sebagai berikut jumlah Balita 120 orang dengan klasifikasi status Gizi sebagai berikut Gizi baik 99 orang Balita, gizi kurang dan buruk 21 orang Balita. Desa Noepesu berpotensi dalam hal pangan. Jenis makanan pokok adalah jagung, beras, umbi-umbian dan kacang-kacangan. Namun, kenyataan yang dijumpai ditemukan banyak gizi kurang dan gizi buruk pada anak balita, sehingga dirasakan perlunya suatu pengkajian yang spesifik tentang kearifan keluarga terhadap pemanfaatan makanan-makanan lokal. Kegiatan yang dilakukan adalah penimbangan berat badan di posyandu dan pengukuran status gizi dengan indikator BB/U, BB/TB, pemberian makanan tambahan, penyuluhan dan konseling gizi oleh petugas puskesmas. Berdasarkan uraian di atas, peneliti ingin mengkaji pemberdayaan keluarga terhadap pemanfaatan pemberian makanan lokal pada balita di Desa Noepesu, wilayah Puskesmas Eban, Kab. Timor Tengah Utara.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti ingin mengetahui pengaruh pemberdayaan keluarga terhadap pengetahuan pengelolaan makanan lokal Bagi Balita di Desa Noepesu, Wilayah Puskesmas Eban, Kab. TTU.

2. TINJAUAN PUSTAKA

a. Pemberdayaan (*empowerment*)

Pemberdayaan, sebagai basis utama dalam memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anak, menjadi komitmen setiap bangsa. Hal ini sesuai dengan Konvensi Hak Anak atau *CRC (Convention on the Right of the Child)* antara lain : 1) Hal sipil dan kemerdekaan anak (*Civil right and freedom*). 2) Hak pemenuhan kebutuhan lingkungan dan bentuk pemeliharaan (*family environment and alternative care*). 3) Hak kesehatan dasar dan kesejahteraan (*basic health and welfare*). 4) Hak pendidikan, rekreasi dan budaya (*education, leisure and culture activities*). 5) Hak perlindungan khusus (*special protection measure*).

Pemberdayaan merupakan upaya yang sistematis dan terorganisir untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat berdaya dan mandiri berperilaku sehat, yaitu tidak ingin mendapatkan masalah kesehatan (Cisse et al. 2012)

Metode dan cara yang digunakan adalah penyuluhan individu, penyuluhan kelompok, konseling, penyuluhan kelompok sebaya, orientasi, pendidikan keterampilan hidup sehat (*life skill education*), partisipasi masyarakat.

Sasaran meliputi keluarga, generasi muda, RT/RW, pengunjung tempat hiburan, sekolah dan anak didik, pengelola tempat-tempat hiburan.

Hasil yang diharapkan meliputi tumbuhnya kesadaran dan kepedulian masyarakat, pemecahan masalah kesehatan secara mandiri dan swadaya, peningkatan peran aktif masyarakat dalam pencegahan terjadinya masalah kesehatan (Suryo Y Manajemen Promosi Kesehatan, Minat PPK). Menurut (Chambers, 1983), ketidakberdayaan memiliki hubungan erat dengan kemiskinan. Ketidakberdayaan dan kemiskinan bersumber dari adanya jebakan kekurangan atau jebakan ketidakberuntungan yang dialami oleh seseorang atau sekelompok orang. Dimensi ketidakberdayaan sosial dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar meliputi: pangan dan gizi, sandang, perumahan, pendidikan dan kesehatan.

Program berbasis masyarakat sangat kental dengan aspek pemberdayaan. Dalam pemberdayaan termaktub "to give and to ability", yakni memberikan sesuatu yang memungkinkan keluarga mampu berbuat lebih banyak atau diberdayakan secara sosial, ekonomi, agar berperan membentuk kepribadian anak untuk berkembang secara normal. Selanjutnya dijelaskan oleh Ginanjar (2010) bahwa keberdayaan masyarakat adalah unsur dasar yang memungkinkan suatu masyarakat bertahan, dan secara dinamis mengembangkan diri mencapai kemajuan. Memberdayakan masyarakat mengandung arti adanya upaya untuk meningkatkan harkat martabat masyarakat yang dalam kondisi belum mampu melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan. Dengan demikian upaya pemberdayaan haruslah dimulai dengan menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang.

b. Gizi kurang dan gizi buruk balita (Soekirman 2010)

Gizi kurang merupakan salah satu masalah utama pada balita di Indonesia yang dilandasi oleh kurangnya energi dan protein.

Gizi buruk adalah keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam waktu dan jumlah yang cukup lama. Tanda-tanda klinis dari gizi buruk secara garis besar dapat dibedakan menjadi marasmus dan kwashiorkor.

Penyebab masalah bisa secara langsung maupun tidak langsung. UNICEF telah mengembangkan kerangka konsep makro (seperti pada skema) sebagai salah satu strategi untuk menanggulangi masalah kurang gizi. Dalam kerangka tersebut ditunjukkan bahwa masalah kurang gizi disebabkan oleh :

- 1) Penyebab langsung
Makanan dan penyakit secara langsung menyebabkan gizi kurang. Timbulnya gizi kurang tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang tetapi juga penyakit.
- 2) Penyebab tidak langsung
 - a) Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai.
 - b) Pola pengasuhan anak yang kurang memadai.
 - c) Pelayanan kesehatan dan lingkungan yang kurang memadai.

c. Pemberdayaan *keluarga* di bidang kesehatan dan gizi

Pemberdayaan keluarga adalah proses keluarga-keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dan gizi bekerja bersama-sama menanggulangi masalah yang mereka hadapi. Cara terbaik untuk membantu mereka adalah ikut berpartisipasi dalam memecahkan masalah yang mereka hadapi. Upaya perbaikan gizi yang dilakukan adalah dengan meningkatkan kemandirian keluarga mandiri sadar gizi dengan harapan mereka dapat mengenal dan mencari pemecahan masalah yang dihadapi. Kegiatan operasional yang dilaksanakan adalah pemetaan keluarga mandiri sadar gizi oleh dasa wisma dalam rangka survei mawas diri masalah gizi keluarga dan asuhan dengan konseling gizi

Menurut Malekafzali (2010), pengadaan bahan makanan beraneka ragam dapat diperoleh dari pemanfaatan pekarangan (*home garden*) dan bahan makanan lokal yang dihasilkan di daerah setempat (Malekafzali 2000). Hal ini sesuai dengan program jangka panjang dalam peningkatan status gizi masyarakat yaitu masyarakat dapat mengakses atau membeli bahan makanan (Nurhayati, Hakimi, and Hartini 2012). Melaksanakan asuhan dan konseling gizi bagi keluarga dengan tenaga profesional, dengan menggunakan tata laksana asuhan dan konseling gizi. Tujuan pemberdayaan keluarga di bidang kesehatan dan gizi adalah: 1) mengidentifikasi keluarga-keluarga yang belum melaksanakan perilaku gizi yang baik dan benar; 2) meningkatkan kemandirian anggota keluarga dalam pelayanan gizi. Kegiatan yang dilaksanakan adalah:

- 1) Menyusun standar tata laksana asuhan dan konseling gizi.
 - a) Melaksanakan kegiatan asuhan dan penyuluhan gizi di setiap sarana pelayanan kesehatan.
 - b) Melaksanakan kegiatan asuhan gizi melalui penyuluhan kelompok mengenai makanan pada balita dari bahan-bahan lokal (kearifan lokal).
 - c) Melaksanakan kegiatan asuhan dan konseling gizi secara profesional.

2) Pendidikan kesehatan

Merupakan upaya terencana untuk mengubah perilaku individu maupun masyarakat yang merupakan perubahan cara berpikir, bersikap dan berbuat dengan tujuan membantu promosi hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan, rehabilitasi (Stuart, 1968). Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang menghubungkan informasi kesehatan dengan praktek

Pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktek belajar dengan tujuan mengingat fakta atau kondisi nyata dengan cara mendorong terhadap pergerakan diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru. Determinan kesehatan meliputi: aspek fisik, emosional, sosial dan orientasi nilai-nilai dari berbagai aspek. Oleh karena itu pendidikan kesehatan diarahkan pada perubahan sikap positif seseorang atau kelompok (Riyanto 2014).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2002) menunjukkan hasil uji statistik bahwa ada peningkatan pengetahuan ibu balita tentang makanan sumber vitamin A alam. Metode pendidikan kesehatan yang digunakan adalah ceramah. Ceramah dapat digunakan untuk memperkenalkan suatu subjek dengan memberikan gambaran dan menuntun orang untuk mengambil tindakan yang lebih jauh. Ceramah juga dapat menimbulkan suatu sikap kritis pada pendengar .

Tingkat pengetahuan yang mencakup domain kognitif adalah

- a) Tahu, yaitu mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- b) Memahami, yaitu suatu kemampuan menjelaskan secara benar, tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan suatu materi tersebut secara benar.
- c) Aplikasi, adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya.
- d) Sintesis, adalah kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang sama.
- e) Evaluasi, merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Dalam penelitian ini, tingkat pengetahuan yang akan diteliti sampai pada domain kognitif aplikasi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain: tingkat pendidikan, informasi, budaya, pengalaman dan sosial ekonomi. Cara pengukuran pengetahuan adalah dengan menyebarkan angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian (Firdaus and Mahargia 2018)

3. METODOLOGI PENELITIAN

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah rancangan penelitian kuantitatif dengan jenis *quasi experimental* dengan jenis *time series* yaitu mempelajari status kesehatan dari sebuah populasi dari beberapa kali pengamatan sebelum dan sesudah perlakuan dalam beberapa waktu. Jarak waktu antara observasi pertama dan berikutnya sama. Intervensi pada kelompok eksperimen dilakukan dengan pemilihan sampel secara non random sampling dengan jenis *purposive sampling*. Disain penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :

Pada disain penelitian ini dilakukan observasi – observasi sebelum perlakuan dengan rata-rata nilai setelah perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol. eksperimen untuk melihat perbandingan sebelum dan sesudah perlakuan. Metode penyuluhan adalah ceramah, diskusi dan tanya jawab. Kegiatan penyuluhan diberikan 4 kali yang dibagi dalam 2 kelompok, yaitu kelompok pertama 60 orang dan kelompok kedua 60 orang. Lamanya pertemuan 2 jam.

b. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah semua orangtua balita yang berjumlah 120 dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- 1) Mempunyai anak balita yang berumur 1 – 5 tahun dengan indikator BB/U dan BB/TB:2.0 SD
- 2) Bertempat tinggal di Desa Noepesu, wilayah Puskesmas Eban Kab.TTU
- 3) Bersedia menjadi responden dan diberi perlakuan berupa penyuluhan dan konseling serta pretest dan posttest.
- 4) Keluarga (ayah/ibu) dapat membaca dan menulis.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara non *randomsampling* dengan teknik *purposive sampling*. Besar sampel 120 ibu yang mempunyai balita untuk kelompok eksperimen dan 60 orang ibu balita sebagai kelompok control 60 orang.

c. Variabel Penelitian

- 1) Variabel bebas adalah Pengetahuan dan praktek keluarga terhadap pengelolaan makanan local bagi Balita dan kemampuan keluarga dalam mempraktekan dan melaksanakan makanan lokal bagi Balita
- 2) Variabel terikat adalah Pemberdayaan Keluarga terhadap pemanfaatan dan Pengelolaan Makanan Lokal bagi Balita

d. Definisi Operasional

- 1) Pemberdayaan keluarga tentang pemanfaatan pemberian makanan lokal pada balita adalah hasil kemampuan keluarga dalam menjawab kuesioner pada komponen item pengelolaan makanan local oleh keluarga untuk pemberian makanan pada balita. Skala pengukuran : ordinal. Total skor 10.
- 2) Kemampuan keluarga adalah sejumlah aktivitas yang dilakukan keluarga sehubungan dengan pemanfaatan makanan lokal dalam pemberian makanan pada balita. Skala pengukuran nominal. Total score 10

e. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah kuesioner tertutup yang berisi tentang komponen pengetahuan, sikap dan praktek keluarga yang menyangkut pemanfaatan makanan lokal dalam pemberian makanan pada balita. Penyuluhan tentang pemanfaatan makanan lokal dalam pemberian makanan pada balita merupakan bentuk intervensi (perlakuan) yang dilakukan pada kelompok eksperimen yang dilaksanakan sebanyak 2 kali untuk 2 kelompok. sedangkan kelompok kontrol hanya diberi penyuluhan gizi secara umum oleh petugas puskesmas dan peneliti. Materi penyuluhan meliputi: pengertian pemanfaatan makanan local dalam pemberian makanan pada balita, sumber makanan, makanan pada balita umur 1-2 tahun, makanan pada balita umur 3-5 tahun. Materi ini bersumber dari buku panduan konseling gizi, makanan sehat untuk balita (Akbar 2018)

Kuesioner dalam penelitian yang menyangkut item pengetahuan direncanakan sebanyak 10 pertanyaan dengan tipe jawaban berdasarkan skala Buttmann yaitu: "ya" atau "tidak" dengan 1 atau 0. Nilai pengetahuan yang tertinggi adalah 10 dan yang paling rendah adalah 0. Komponen sikap terdiri 10 item dengan tipe pilihan jawaban berdasarkan skala Likert. Pengukuran sikap dengan skala Likert dengan 3 pilihan jawaban yakni nilai 3 pada jawaban sangat setuju (SS) nilai 2 pada jawaban ragu-ragu (R) nilai 1 untuk jawaban tidak setuju (TS). Nilai sikap yang tertinggi adalah 30 dan terendah 10. Pada komponen praktek terdiri dari 10 pertanyaan dengan tipe pilihan jawaban berdasarkan skala Buttmann, yaitu: "ya" atau "tidak" dengan nilai 1 atau 0. Nilai praktek yang tertinggi adalah 10 dan terendah adalah 0.

f. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian di Desa Nobi-Nobi Wilayah Puskesmas Niki-Niki, Kabupaten TTS, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Dasar pemilihan lokasi penelitian karena Desa tersebut dikategorikan Desa yang cukup berpotensi dalam hal penyediaan sumber makanan, namun masih ditemukan anak Balita yang mengalami gizi kurang. Lokasi penelitian mudah terjangkau dengan kendaraan, di samping itu mudah terpapar informasi kesehatan dan informasi lain.

g. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian dilakukan 3 tahap meliputi :

- 1) Persiapan proposal dimulai dengan survei pendahuluan untuk mendapatkan data sekunder. Konsultasi dengan pembimbing menyusun instrumen penelitian dan melakukan uji coba instrumen pada 50 orang responden di luar responden penelitian dan kontrol. Kegiatan ini bertujuan untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen penelitian.
- 2) Pelaksanaan penelitian :
 - Melakukan identifikasi terhadap keluarga (ayah/ibu) yang mempunyai balita sesuai dengan kriteria inklusi baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol.
 - Penjelasan tentang tujuan penelitian kepada subjek penelitian yang memenuhi kriteria dan cara pengisian kuesioner sekaligus meminta subjek untuk menandatangani surat persetujuan untuk ikut dalam penelitian
 - Mencatat dan melengkapi identitas subjek seperti nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, serta menetapkan subjek kelompok perlakuan maupun kontrol.
 - Melakukan observasi terhadap kelompok intervensi dan kontrol selama 2 minggu
 - Kelompok eksperimen dibagi menjadi 2 kelompok. Setelah 2 minggu observasi dilanjutkan dengan penyuluhan tentang pemanfaatan makanan lokal pada balita.
 - Setelah penyuluhan, dilakukan observasi selama 2 minggu dan dilanjutkan dengan evaluasi dengan indikator rata-rata (*mean*) sebelum pengamatan, rata-rata frekwensi setelah intervensi, besarnya perubahan sebelum dan sesudah intervensi, persentase perubahan rangkaian berkala, nilai p terhadap $H_0 =$ tidak terdapat perubahan.
- 3) Pengolahan data yang dikumpulkan melalui *editing*, *coding* serta dilanjutkan dengan *entry* data dengan menggunakan fasilitas komputer. Selanjutnya dilakukan analisis dan penyusunan laporan.

h. Rencana Analisis Data

Dalam penelitian ini dilakukan analisis *paired sample test*, yaitu melakukan pengujian terhadap 2 sampel yang saling berhubungan untuk mengetahui perbedaan antara sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan untuk melihat atau menganalisis komponen perilaku yakni :

- 1) Analisis *paired sample test* pada komponen pengetahuan untuk melihat apakah ada perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah mendapatkan pemberdayaan melalui penyuluhan dan konseling terhadap keluarga tentang pemanfaatan makanan lokal dalam pemberian makanan pada anak balita untuk kelompok eksperimen, sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada komponen sikap untuk mengetahui apakah ada perbedaan sikap sebelum dan sesudah pemberdayaan melalui penyuluhan pemanfaatan makanan lokal dalam pemberian makanan pada balita pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tanpa penyuluhan.
- 2) Analisis *paired sample t test* pada komponen praktek atau tindakan untuk melihat apakah ada perbedaan praktek sebelum dan sesudah mendapatkan pemberdayaan melalui penyuluhan tentang pemanfaatan makanan lokal keluarga dalam pemberian makanan pada balita untuk kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tanpa penyuluhan.

Dalam penelitian ini juga dilakukan analisis korelasi *Pearson Product Moment*, untuk menjelaskan hubungan antara pengetahuan sikap dan praktek setelah mendapatkan pemberdayaan keluarga melalui penyuluhan kearifan lokal pemberian makanan pada balita yakni:

- a) Analisis univariat, yaitu persentase responden berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.
- b) Analisis bivariat, yaitu hubungan antara pengetahuan terhadap sikap setelah mendapat penyuluhan dan hubungan sikap terhadap praktek setelah mendapatkan penyuluhan.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hasil

1) Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Desa Noepesu terletak di Kabupaten Timor Tengah Utara (TTU) dengan batas wilayah Sebelah sebagai berikut Timur berbatasan dengan Desa Fatuneno, Barat berbatasan dengan Gunung Mutis, Selatan Berbatasan dengan Desa Bonleu, Utara berbatasan dengan Desa Saenam. Jumlah Penduduk Desa Noepesu Kecamatan Miomafo Barat Kabupaten TTU, rincian sebagai berikut Jumlah KK 720 KK, Jumlah penduduk sebanyak 2.350 jiwa, laki-laki 1200 jiwa, Perempuan 1150 jiwa. Usia Komsumtif 0 – 14 tahun 580 jiwa, Usia produktif 15 – 64 tahun 800 jiwa, kelompok non produktif 150 jiwa. Jumlah Balita : 120 orang, jumlah bayi 16 orang. Dari aspek Pendidikan sebagian besar berpendidikan Dasar SD dan SMP 444 jiwa. Mata pencaharian : Petani : 350 KK, PNS : 15 KK, Buruh 8 KK, Purnabakti POLRI 1 KK, Wiraswasta 40 KK, Lain-Lain 46 KK.

Keadaan geografis : Keadaan tanah lembab (warna merah) terletak di dataran tinggi, perubahan iklim tropis. Sarana kesehatan Posyandu 4 unit, polindes 1 unit, Jumlah tenaga kesehatan 1 orang, jumlah kader 5 orang. Sarana ibadah ; Gereja Katholik (Kapela) : 1 buah, sarana pendidikan : PAUD 4 unit, SD 2unit, SMP, 1 unit.

2) Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel...berikut ini:

Tabel 1 Karakteristik responden

e	Keterangan	N	%
1	Umur ibu:		
	- < 30 tahun	24	39.6
	- 30-40 tahun	33	50.8
	- >40 tahun	8	12.3
2	Pendidikan ibu:		
	- tinggi (> SMP)	14	21.5
	- rendah (<SMA)	51	78.5
3	Pengetahuan:		
	- Mean	56.92	
	- Min	20	
	- Max	100	
	- ≥ Mean	34	52.3
	- < Mean	31	47.7

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berusia antara 30-40 tahun yakni sebesar 33 orang (50,8%), yang berusia kurang dari 30 tahun sebanyak 24 orang (39,6%) dan yang berusia lebih dari 40 tahun sebanyak 8 orang (12,3%). berdasarkan latar belakang pendidikan dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berpendidikan rendah (< SMA) sebanyak 51 orang atau 78,5%.

Berdasarkan indikator pengetahuan gizi ibu balita dapat diketahui bahwa rata-rata (Mean) skor pengetahuan gizi ibu balita adalah 56.92 dengan nilai terendah 20 dan nilai tertinggi 100. dari 65 responden yang diteliti terdapat 34 orang ibu (52.3%) yang memiliki skor lebih dari sama dengan rata-rata dan terdapat 31 (47.7%) orang ibu balita yang memiliki nilai pengetahuan kurang dari rata-rata.

Hasil analisis pemberdayaan (pengetahuan, sikap, praktek) terhadap perilaku pemanfaatan makanan lokal pada Balita balita gizi kurang di Desa Noepesu, Kecamatan Miomafo Barat, Kab.TTU dapat dilihat pada tabel 1 berikut ini.

Variable	Koef. Regresi	t- Hitung	Sig.	Keterangan
Konstanta	-2.75	-0.003		

Pengetahuan (X1)	0.333	2.64	0.000	Berpengaruh signifikan
-------------------------	-------	------	-------	------------------------

Nilai konstanta sebesar -2,75, hal ini berarti bahwa perilaku gizi ibu akan sebesar -2,75 jika variable pengetahuan gizi sama dengan nol. artinya perilaku gizi akan menurun jika tidak didukung oleh variable tersebut. variable pengetahuan gizi (X1) mempunyai pengaruh positif terhadap perilaku gizi ibu dengan koefisien regresi sebesar 0,333. artinya bahwa apabila pengetahuan gizi meningkat sebesar 1 persen maka perilaku gizi akan meningkat sebesar 0,333 persen.

b. Pembahasan

1) Pengetahuan

Berdasarkan indikator pengetahuan gizi ibu balita dapat diketahui bahwa rata-rata (*Mean*) skor pengetahuan gizi ibu balita adalah 56.92 dengan nilai terendah 20 dan nilai tertinggi 100. dari 65 responden yang diteliti terdapat 34 orang ibu (52.3%) yang memiliki skor lebih dari sama dengan rata-rata dan terdapat 31 (47.7%) orang ibu balita yang memiliki nilai pengetahuan kurang dari rata-rata.

Seseorang yang berpengetahuan gizi yang baik, akan mengembangkan sikap gizi yang baik pula. Bila sikap tidak terbentuk dengan baik, maka pengetahuan gizi tersebut berhenti pada tahap pengetahuan saja. Sikap seseorang akan berubah apabila mendapat rangsangan yang sesuai dengan minat dan kebutuhan yang mendesak. Sikap merupakan respon evaluatif, yaitu bentuk reaksi yang dimanifestasikan sebagai sikap yang timbul didasari oleh proses evaluasi dalam diri individu yang memberi kesimpulan terhadap stimulus dalam bentuk nilai positif atau negatif (Azwar 2013). Terdapat 6 faktor yang membentuk sikap, yaitu : pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, lembaga pendidikan dan agama, dan emosi dalam diri individu.

Sekalipun diasumsikan bahwa sikap merupakan predisposisi evaluasi yang banyak menentukan cara individu bertindak, akan tetapi sikap dan tindakan seringkali jauh berbeda. Hal ini karena tindakan nyata ditentukan tidak hanya oleh sikap, akan tetapi oleh berbagai faktor eksternal lainnya. Sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut, melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

i. Simpulan

- 1) Pemberdayaan keluarga berpengaruh terhadap pengetahuan ibu dalam memanfaatkan makanan local untuk balita

j. SARAN

- 1) Bagi Keluarga : Diharapkan dapat memanfaatkan makanan lokal bagi Balita
- 2) Tokoh-Tokoh Masyarakat : Agar dapat meningkatkan pemantauan dan mendorong keluarga Balita agar memanfaatkan makanan lokal pada balita
- 3) Puskesmas : menindaklanjuti kegiatan pendidikan kepada keluarga untuk memanfaatkan makanan lokal pada Balita

DAFTAR PUSTAKA

Akbar, Huda Choirul. 2018. "HUBUNGAN KEPUASAN PELAYANAN MAKANAN, ASUPAN ENERGI DAN ASUPAN PROTEIN TERHADAP STATUS GIZI SANTRI MTs PPMI ASSALAAM SUKOHARJO."

Azwar, Saifuddin. 2013. "Sikap Manusia, Teori, Dan Pengukurannya (Vol. 18)." *Yogyakarta: Pustaka Belajar.*

Bararah, Isna Wardatul. 2014. "Kontribusi Dan Posisi Pendidikan Islam Di Indonesia." *Jurnal MUDARRISUNA: Media Kajian Pendidikan Agama Islam* 4(1).

Cisse, Hassane, Sam Muller, Chantal Thomas, and Wang Chenguang. 2012. *4 The World Bank Legal Review: Legal Innovation and Empowerment for Development.* World Bank Publications.

Firdaus, Angga, and Yunanta Mahargia. 2018. "Pengetahuan Dan Sikap Remaja Terhadap Penggunaan Napza Di Sekolah Menengah Atas Di Kota Semarang."

Julianti, Rina. 2017. "Hubungan Pola Asuh Ibu Dengan Status Gizi Anak Pra Sekolah (3–5 Tahun) Di Kelurahan Bandar Buat Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Kilangan Padang Tahun 2016." *UNES Journal of Sciencetech Research* 2(1): 101–9.

- Malekafzali, H. 2000. "Community-Based Nutritional Intervention for Reducing Malnutrition among Children under 5 Years of Age in the Islamic Republic of Iran." *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 6 (2-3), 238-245, 2000.
- Mulyadi, Mohammad. 2017. "Peran Pemerintah Dalam Mengatasi Pengangguran Dan Kemiskinan Dalam Masyarakat." *Kajian* 21(3): 221–36.
- Nurhayati, Ida, Mohammad Hakimi, and T Ninuk Sri Hartini. 2012. "Hubungan Kesadaran Gizi Keluarga Dengan Status Gizi Anak Bawah Dua Tahun (Baduta) Di Kabupaten Purworejo." *Penelitian Gizi dan Makanan*.
- Riyanto, H Yatim. 2014. *Paradigma Baru Pembelajaran: Sebagai Referensi Bagi Pendidik Dalam Implementasi Pembelajaran Yang Efektif Dan Berkualitas*. Prenada Media.
- Soekirman. 2010. "Ilmu Gizi Dan Aplikasinya Untuk Keluarga Dan Masyarakat." *Dirjen Dikti Departemen Pendidikan Nasional, Jakarta*.