

HUBUNGAN KESADARAN GIZI KELUARGA DENGAN STATUS GIZI ANAK BAWAH DUA TAHUN (BADUTA) DI KABUPATEN PURWOREJO

Ida Nurhayati¹; Mohammad Hakimi²; T. Ninuk Sri Hartini¹

¹Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Depkes RI, Medan

²Laboratorium Penelitian Kesehatan dan Gizi Masyarakat UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY NUTRITION AWARENESS AND THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN UNDER TWO YEARS IN PURWOREJO DISTRICT

Background: Children under two years of age are at risk of malnutrition and should be given appropriate foods. Family Nutrition Awareness is a feeding practice provided by consumption of variety foods and balanced diet. Prevalence of malnutrition among children under two years of age were still high. This phenomenon is interested to be studied.

Objectives: The study was aimed to determine the role of Family Nutrition Awareness in nutritional status among children under two years in Purworejo District.

Methods: A cross-sectional study was conducted in Purworejo District. In all, nutritional status and complementary feeding for 350 children under two years of age were included in the analyses. Data were collected in 2003. Family Nutrition Awareness was the total scores of variety foods consumed, exclusive and complementary breast feeding, high-dose of vitamin A supplementation and child weighing. Nutritional status (weight for age) was measured by using Z-score based on WHO-NCHS criteria. Data were analyzed by using Polychotomous Logistic Regression.

Results: The result showed that composite index of Family Nutrition Awareness was not related with nutritional status. Only one of five Family Nutrition Awareness indicators had significant association with nutritional status, i.e. consumption of variety foods ($p=0.005$). Family Nutrition Awareness had more nutrition impact among children below 6 month old than that 6-23 month old. The number of family members was significantly associated with nutritional status ($p<0.05$), except for over-nutrition. Compared to family with less than 5 members, those with 5-7 members and over 7 members were 10 and 20 times at high risk of having severe malnutrition respectively ($CI=8.59-46.71$ and $CI=4.47-21.34$). Only 4.9% children were practicing exclusive breast feeding. Intervention should be done by Government by: 1) intensifying Family Nutrition Awareness since the prevalence of underweight was still high; 2) keeping on the family planning program; 3) emphasizing on consumption of variety foods; 4) increasing breastfeeding promotion.

Conclusion: Indicators of Family Nutrition Awareness, i.e. the consumption of variety foods had significant association with nutritional status considering the number of family members. [Penel Gizi Makan 2004, 27(2): 25-33].

Key words: family; nutrition awareness; nutritional status; children under two years

PENDAHULUAN

Prevalensi gizi buruk di banyak negara masih tinggi. Unicef melaporkan bahwa sebanyak 1,8 juta (8%) bayi mengalami gizi buruk di dunia. Sedangkan gangguan gizi pada balita mencapai 5,2-7 juta (26-34%) (1). Di Asia Selatan, Sub-Sahara Afrika, Asia Pasifik dan Amerika Latin prevalensinya masing-masing sebesar 49%, 31%, 19% dan 9%. Di India prevalensi gangguan gizi pada anak balita mencapai 49,6% dan defisiensi vitamin A pada anak mencapai 0,8% (3). Malnutrisi (*undernutrition*) termasuk masalah

dunia yang mematikan (*silent emergency*) dan sebagai faktor yang ikut berperan dalam kematian jutaan orang tiap tahun serta mele-mahkan vitalitas ekonomi jangka panjang (2).

Data di Indonesia selama 10 tahun terakhir menunjukkan bahwa gizi buruk terjadi pada 1,3 juta balita, kurang energi dan protein diderita 12 juta balita dan anak sekolah (4). Berdasarkan data CHN-RL (*Community Health and Nutrition Research Laboratory, Gadjah Mada University*) (2000), pada

akhir tahun 1998, prevalensi gangguan gizi buruk anak balita di Kabupaten Purworejo mencapai 8,11% dan tahun 2003 meningkat menjadi 16% (5). Gizi buruk dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan perilaku ibu. Remaja yang menjadi ibu biasanya mempunyai pengetahuan, sikap dan perilaku yang lebih rendah dibandingkan dengan ibu dewasa (6).

Anak balita termasuk salah satu kelompok yang mempunyai risiko tinggi mengalami perkembangan fisik tidak normal apabila ada gangguan gizi. Perilaku ibu dan pengasuh sangat menentukan gizi bayi. Bayi membutuhkan makanan khusus sehingga perlu adanya informasi pada ibu tentang penyediaan makanan yang bervariasi, memonitor kebutuhan gizi bayi dan mengkon-sultasikannya ke pelayanan gizi masyarakat (7).

Perbaikan gizi yang telah dilakukan di berbagai negara ternyata dapat mengurangi mortalitas dan morbiditas infeksi pernapasan dan diare. Pemberian suplemen vitamin A pada anak-anak dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas sebesar 23% (8). Salah satu evaluasi program perbaikan gizi yang dilakukan adalah dengan pengukuran antropometri untuk mengetahui status gizi.

Makanan berkualitas dipilih sebagai indikator untuk mengevaluasi makanan bergizi yang dikonsumsi oleh masyarakat. Ada dua cara yang digunakan untuk mengevaluasi makanan bergizi yang dikonsumsi oleh masyarakat yaitu dengan menghitung: 1) *Food Variety Score* (FVS) adalah banyaknya jenis makanan (*food item*) yang dikonsumsi dalam rumah tangga per hari, dan 2) *Dietary Diversity Score* (DDS) adalah banyaknya golongan makanan (*food groups*) yang dikonsumsi dalam rumah tangga per hari (9). Pemberian makanan beraneka ragam adalah penyediaan makanan yang terdiri dari 5 macam golongan bahan makanan sesuai dengan metode HEA (*Healthy Eating Index*). Pada metode ini makanan dikelompokkan menjadi lima, yaitu makanan pokok, buah, sayur, lauk-pauk dan susu. Metode ini dipilih karena paling efektif dan direkomendasikan di Kanada serta sesuai dengan penggolongan makanan yang dianjurkan di Indonesia. (10).

ASI eksklusif dapat mencegah kematian bayi 1,3 juta setiap tahun dan mengurangi morbiditas pada anak. Namun kendala pemberian ASI eksklusif masih sangat tergantung dari faktor sosial ekonomi dan

pendidikan ibu (12). Dilaporkan bahwa ada hubungan yang kuat antara lamanya pemberian ASI dengan pertumbuhan anak secara linier (13).

Sebaiknya anak ditimbang minimal satu kali dalam dua bulan (11). Dengan menimbang anak ibu dapat menilai dan berbuat sesuatu untuk memperbaiki dan meningkatkan perkembangan kesehatan anaknya (14). Chit melaporkan bahwa perilaku ibu dalam memantau tumbuh kembang anak berpengaruh positif terhadap pola makan dan berat badan anak (15).

Pemberian vitamin A pada anak dilakukan pada umur 6-11 bulan, yaitu berupa kapsul vitamin A 100.000 SI (warna biru), sedangkan pada umur 1-5 tahun diberi 1 kapsul vitamin A 200.000 SI (warna merah) setiap 6 bulan sekali. Kapsul dapat diperoleh di posyandu setiap bulan Februari dan Agustus (16). Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A dua kali per tahun sebesar 90% (17).

Perbaikan gizi masyarakat diarahkan pada tercapainya keadaan gizi optimal seluruh penduduk yang tercermin dari meningkatnya jumlah keluarga berperilaku gizi seimbang (18). Ini akan berimplikasi membaiknya status gizi masyarakat. Permasalahannya adalah masih tingginya gangguan gizi anak di Kabupaten Purworejo sehingga perbaikan gizi melalui Kesadaran Gizi Keluarga (KGK) menarik untuk diteliti.

Kesadaran Gizi Keluarga (KGK) tercermin dari perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi setiap anggota keluarga dan mampu mengambil langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai anggota keluarga (11). Indikator yang digunakan untuk mengukur KGK keluarga anak baduta adalah: 1) Pemberian makanan beraneka ragam; 2) Pemberian ASI eksklusif; 3) Pemberian MP-ASI; 4) Penimbangan anak dan 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi.

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan KGK dengan status gizi anak baduta dan menilai KGK dalam pemberian a) Makanan beraneka ragam; b) ASI eksklusif; 3) MP-ASI; 4) Vitamin A dosis tinggi; dan 5) Penimbangan anak baduta. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan status gizi anak baduta, menentukan indikator yang relevan untuk mengukur KGK, mengetahui prevalensi ASI eksklusif dan kelompok risiko tinggi gangguan gizi anak baduta.

CARA

Rancangan penelitian *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang mempunyai baduta di Kabupaten Purworejo. Penelitian dilakukan pada bulan Januari-Maret 2003. Data diperoleh dari hasil studi surveilan longitudinal CHNRL tahun 2003. Data dipilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, kemudian diseleksi lagi dari *missing data*. Sampel yang dianalisis berasal dari 350 keluarga (72 keluarga dari daerah pantai, 59 keluarga dari dataran tinggi dan 219 keluarga dari dataran rendah).

Variabel yang diteliti meliputi: 1) Variabel bebas yaitu KGK merupakan total skor pemberian makanan

beraneka ragam, ASI eksklusif dan MP-ASI, vitamin A dosis tinggi serta penimbangan anak baduta; 2) Variabel terikat, yaitu status gizi anak baduta dengan empat kategori (gizi lebih, baik, kurang dan buruk). Berdasarkan atas indeks berat badan menurut umur (BB/U) dengan *z-score* menurut WHO-NCHS, 3) Variabel pengganggu meliputi umur ibu, pendidikan ibu, pengeluaran keluarga, jumlah anggota keluarga serta kejadian sakit batuk, panas dan diare.

Data diolah melalui tahap *coding, editing, cleaning*, dan pembuatan data kategori. Analisis data dilakukan secara bertahap, yaitu analisis deskriptif dan analitik (univariat, bivariat dengan uji *Chi Square* dan multivariat dengan regresi logistik polikotomus (19). Kriteria penilaian KGK dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1
Kriteria Penilaian KGK dan Indikatornya

No	Indikator	Kriteria Umur < 6 Bulan	Skor	Kritria Umur 6-23 Bulan
1	Pemberian makanan beraneka ragam	Belum diberi makanan	4	Diberi 4 macam kelompok makanan
		Diberi 1 macam kelompok makanan	3	Diberi 3 macam kelompok makanan
		Diberi 2 macam kelompok makanan	2	Diberi 2 macam kelompok makanan
		Diberi 3 macam kelompok makanan	1	Diberi 1 macam kelompok makanan
		Diberi 4 macam kelompok makanan	0	Belum diberi makanan
2	Pemberian ASI eksklusif	Diberi ASI saja, belum makan	4	Diberi ASI saja s/d 6 bulan
		Diberi ASI, sudah makan	0	Umur makan < 6 bln/> 6 bln
3	Pemberian MP-ASI	Belum diberi makan	4	Umur makan=6 bulan, masih ASI
		Sudah diberi makan, masih ASI	2	Umur makan <6 bln/>6 bln, masih
		Sudah diberi makan, ASI tidak diteruskan	0	Umur makan <6 bln/>6 bln, ASI tidak diteruskan
4	Penimbangan anak baduta	Anak ditimbang	4	Anak ditimbang
		Anak tidak ditimbang	0	Anak tidak ditimbang
5	Pemberian Vitamin A dosis tinggi	Tidak diberi vitamin A	4	Diberi vitamin A
		Diberi Vitamin A	0	Tidak/belum diberi vitamin A
TOTAL SKOR KGK (Kesadaran Gizi Keluarga)			0 - 20	

Keterangan:

Skor 4=sesuai dengan yang dianjurkan

HASIL DAN BAHASAN

Gambaran Umum Ibu dan Anak

Karakteristik sampel menggambarkan perbedaan di masing-masing daerah, yaitu daerah pantai, dataran rendah dan dataran tinggi. Anak berumur

antara 6-23 bulan lebih banyak daripada anak umur kurang dari 6 bulan di semua daerah. Jenis kelamin anak baduta secara keseluruhan hampir berimbang antara laki-laki dan perempuan.

Tabel 2
Karakteristik Sampel dalam Survei Hubungan KGK dengan Status Gizi Anak Baduta di Kabupaten Purworejo, Januari-Maret 2003

Karakteristik Sampel	Pantai		Dataran Rendah		Dataran Tinggi		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jumlah rumah tangga yang disurvei	72	20,6	219	62,6	59	16,9	350	100
Umur ibu								
< 25 tahun	26	36,1	64	29,2	15	25,4	105	30,0
25-35 tahun	28	38,9	90	41,1	30	50,8	148	42,3
>35 tahun	18	25,0	65	29,7	14	23,7	97	27,7
Pendidikan ibu								
Tidak sekolah	28	38,9	65	29,7	20	33,9	113	32,3
SD	42	58,3	147	67,1	39	66,1	228	65,1
SLTP	2	2,8	7	3,2	0	0	9	2,60
Pengeluaran keluarga								
Rendah	20	27,8	57	26,0	25	42,4	102	29,1
Sedang	30	41,7	86	39,3	29	49,2	145	41,4
Tinggi	22	30,6	76	34,7	5	8,5	103	29,4
Jumlah anggota keluarga								
< 5 orang	5	6,9	14	6,4	4	6,8	23	6,6
5-7 orang	35	48,6	122	55,7	32	54,2	189	54,0
> 7 orang	32	44,4	83	37,9	23	39,0	138	39,4
Kejadian sakit batuk, panas, diare								
Pernah sakit	25	34,7	68	31,1	33	55,9	126	36,0
Tidak pernah sakit	47	65,3	151	68,9	26	44,1	224	64,0
Kesadaran Gizi Keluarga								
Rendah	18	25,0	28	12,8	14	23,7	60	17,7
Sedang	42	58,3	167	76,3	34	57,6	243	69,4
Tinggi	12	16,7	24	11,0	11	18,6	47	13,4
Anak baduta:								
Umur anak (bulan):								
<6 bulan	29	40,3	99	45,2	24	40,7	152	43,4
6-24 bulan	43	59,7	120	54,8	35	59,3	198	56,6
Jenis kelamin:								
Laki-laki	35	48,6	120	54,8	24	40,7	179	51,1
Perempuan	37	51,4	99	45,2	35	59,3	171	48,9
Status gizi anak baduta :								
Gizi lebih (>2 z-skor)	9	12,5	17	7,8	9	15,3	35	10,0
Gizi Baik (-2 s/d + 2 z-skor)	56	77,8	172	78,5	35	59,3	263	75,1
Gizi Kurang (-2 s/d -3 z-skor)	2	2,8	17	7,8	8	13,6	27	7,7
Gizi Buruk (<-3 z-skor)	5	6,9	13	5,9	7	11,9	25	7,1

Di dataran tinggi kejadian sakit anak baduta lebih besar (55,9%) dibandingkan dengan dataran rendah (31,1 %) dan daerah pantai (34,7%). Sebagian besar (42,3%) ibu berumur antara 25-35 tahun; 65,1% berpendidikan SD, 41,4% mempunyai pengeluaran keluarga sedang, 54% jumlah anggota keluarga antara 5-7 orang. Kesadaran Gizi Keluarga rendah banyak dijumpai di pantai (25%) dan dataran tinggi (23,7%) (Tabel 2).

Kesadaran Gizi Keluarga (KGK)

Dari Tabel 3 dapat diketahui bahwa sebanyak 34% ibu memberikan makanan beraneka ragam dengan skor 3 (yaitu 1 macam kelompok makanan pada anak umur kurang dari 6 bulan dan 3 macam pada anak umur 6-23 bulan), ASI eksklusif sebanyak 4,9%, tidak memberikan MP-ASI 52,6% (sebanyak 47,5% anak masih disusui), 82% ibu menimbang anak-anaknya dan 66% ibu memberikan vitamin A dosis tinggi sesuai umur pemberian yang dianjurkan.

Tabel 3
Distribusi Indikator KGK Menurut Kelompok Umur

Indikator Kesadaran Gizi Keluarga	Anak Baduta				Total (n=350)	Total (%)
	< 6 bln (n=152)		6-23 bln (n=198)			
	n	%	n	%		
Pemberian makanan beraneka ragam						
Skor 0	4	2,6	15	7,6	19	5,4
Skor 1	11	7,2	34	17,2	45	12,9
Skor 2	25	16,4	53	26,8	78	22,3
Skor 3	53	34,9	66	33,3	119	34,0*
Skor 4	59	38,8	30	15,2	89	25,4
Pemberian ASI eksklusif						
Skor 0	147	96,7	186	93,9	333	95,1*
Skor 4	5	3,3	12	6,1	17	4,9
Pemberian ASI komplementer						
Skor 0	10	6,6	174	87,9	184	52,6*
Skor2	137	90,1	12	6,1	149	42,6
Skor 4	5	3.3	12	6,1	17	4,9
Penimbangan anak baduta						
Skor 0	48	31,6	15	7,6	63	18,0
Skor4	104	68,4	183	92,4	287	82,0*
Pemberian vitamin A dosis tinggi						
Skor 0	7	4,6	112	56,6	119	34,0
Skor 4	145	95,4	86	<43,4	231	66,0*

Keterangan:

* skor terbanyak pada masing-masing indikator

Dari analisis bivariat, KGK tidak mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi ($\chi^2 = 5,670$; $p=0,462$) Walaupun KGK tidak bermakna, proporsi status gizi baik baduta lebih banyak dijumpai pada keluarga dengan KGK tinggi, gizi lebih banyak dijumpai pada keluarga dengan tingkat KGK sedang.

Jumlah anggota keluarga ($\chi^2 = 20,930$; $p=0,002$), kejadian sakit ($\chi^2 = 7,922$; $p=0,048$) dan daerah

tempat tinggal ($\chi^2 = 12,723$; $p=0,048$) mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi. Jumlah anggota keluarga 5-7 orang dan lebih dari 7 orang mempunyai risiko 10 dan 20 kali anak dalam keluarga tersebut mengalami gizi buruk. Anak yang pernah menderita sakit beresiko mengalami status gizi buruk sebesar 1,7 kali, gizi kurang sebesar 2 kali dan gizi lebih sebesar 2,3 kali dibandingkan dengan anak yang

belum pernah menderita sakit. Anak baduta yang tinggal di pantai dan dataran tinggi lebih berisiko mengalami gangguan gizi masing-masing sebesar 2 kali dan 3 kali dibandingkan dengan anak yang tinggal di dataran rendah. Hasil analisis bivariat dapat dilihat pada Tabel 4.

Status Gizi

Ibu dewasa cenderung memiliki anak dengan status gizi lebih baik dibandingkan dengan ibu remaja. Dalam penelitian ini umur ibu hampir sama (25-35 tahun) dan diasumsikan perilaku KKG hampir homogen. Pendidikan ibu hampir homogen, sebagian besar SD dan tidak sekolah sehingga tidak berpengaruh terhadap status gizi anak (20). Penelitian lain mengatakan bahwa ibu berpendidikan cenderung menyediakan makanan lebih sehat dibandingkan dengan ibu tidak berpendidikan (21).

Pengeluaran Keluarga

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengeluaran keluarga tidak berpengaruh terhadap status gizi. Meskipun pengeluaran keluarga tinggi, namun apabila jumlah anggota keluarganya banyak, maka ada kemungkinan kebutuhan tiap anggota keluarga tidak terpenuhi. Johnson dalam penelitiannya melaporkan bahwa pengeluaran keluarga tidak signifikan mempengaruhi status gizi anak, tetapi perilaku ibu lebih menentukan status gizi anak (22).

Dalam penelitian ini jumlah anggota keluarga lebih berpengaruh terhadap status gizi anak baduta. Balita KEP lebih banyak dijumpai pada rumah tangga miskin dengan jumlah anak banyak (23).

Kejadian Sakit

Kejadian sakit berpengaruh terhadap status gizi karena keadaan sakit dapat meningkatkan metabolisme tubuh, mempengaruhi asupan zat gizi

dan malabsorpsi tubuh sehingga mengakibatkan gangguan gizi. Lopez dalam penelitiannya menunjukkan bahwa manajemen terpadu balita sakit (MTBS atau IMCI = *Integrated Management of Childhood Illness*) bersifat preventif, seperti pemberian suplemen, imunisasi, penyuluhan kesehatan, termasuk makanan bergizi pada ibu, dapat menurunkan kejadian malnutrisi pada anak (24). Dilaporkan juga bahwa infeksi saluran pernapasan pada anak dapat berakibat buruk pada status gizi anak (8).

Setelah hasil analisis bivariat tersebut di atas, dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui faktor yang paling berperan dalam status gizi baduta. Hasil analisis multivariat menggambarkan bahwa KKG tetap tidak berhubungan dengan status gizi, sedangkan jumlah anggota keluarga mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi ($p < 0,05$). Dibandingkan dengan keluarga berjumlah anggota kurang dari 5 orang, keluarga berjumlah anggota 5-7 orang dan lebih dari 7 orang berisiko tinggi mempunyai anak dengan status gizi buruk sebesar masing-masing 10 dan 20 kali ($CI=4,47-21,34$ dan $CI=8,59-46,71$) berisiko mempunyai anak dengan status gizi buruk. Anak yang tinggal di dataran tinggi lebih berisiko mengalami gizi lebih sebesar 2,5 kali dibanding dengan anak yang tinggal di dataran rendah dan berisiko mengalami gizi kurang sebesar 5 kali dibanding dengan anak yang tinggal di pantai. Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 4.

Oleh karena KKG tidak mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi, maka masing-masing dari 5 indikator KKG dianalisis dan dihubungkan langsung dengan status gizi. Hasil analisis hanya dilihat signifikansinya untuk memberikan gambaran atau kemungkinan bahwa penyebab KKG tidak mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi. Dari kelima indikator KKG itu ternyata hanya satu indikator yang mempunyai hubungan bermakna, yaitu pemberian makanan beraneka ragam.

Tabel 4
Nilai Odds Ratio (OR) dan 95% CI Status Gizi Anak

Variabel	Status Gizi		
	Lebih	Kurang	Buruk
Kesadaran Gizi Keluarga			
Rendah	1,49 (0,33-6,81)	3,17 (0,54-18,52)	5,22 (0,59-46,38)
Sedang	2,28 (0,64-8,18)	2,34 (0,47-11,62)	4,90 (0,62-38,78)
Tinggi*	1,00	1,00	1,00
Jumlah anggota keluarga			
< 5 orang*	1,00	1,00	1,00
5-7 orang	0,60 (0,15-2,34)	0,09** (0,03-0,33)	10,24** (4,47-21,34)
> 7 orang	0,62 (0,15-2,54)	0,29** (0,09-0,95)	20,03** (8,59-46,71)
Sakit batuk, panas, diare			
Pernah sakit	1,95 (0,94-4,06)	1,75 (0,74-4,11)	1,35 (0,57-3,20)
Tidak pernah sakit*	1,00	1,00	1,00
Daerah			
Pantai	0,67 (0,23-1,92)	1,16** (0,03-0,88)	0,47 (0,13-1,67)
Dataran Rendah	0,39** (0,15-0,99)	0,50 (0,18-1,38)	0,38 (0,13-1,08)
Dataran tinggi*	1,00	1,00	1,00

Keterangan:

Referensi untuk status gizi adalah kelompok anak dengan status gizi bai

* referensi untuk masing-masing variabel

** $p < 0.05$

Pemberian Makanan Beraneka Ragam

Pemberian makanan beranekaragam mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi ($p=0,005$; $X^2 = 28,163$). Sebagian besar ibu (34,9%) telah memberikan 1 macam kelompok makanan pada anak umur kurang dari 6 bulan dan sebanyak 33,3% ibu memberikan 3 macam kelompok makanan pada anak umur 6-23 bulan (Tabel 3). Penelitian Hatloy di Mali menunjukkan, anak dari rumah tangga dengan DDS (*dietary diversity score*) rendah berisiko dua kali lipat ($OR > 2$) mengalami *stunted* dan *underweight* dibandingkan dengan anak yang mengonsumsi DDS lebih tinggi (9).

Pemberian ASI Eksklusif

Pemberian ASI eksklusif tidak mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi ($p=0,507$; $X^2 = 2,330$). Hanya 4,9% ibu memberikan ASI eksklusif. Sebagian besar anak sudah diberi makan sebelum umur 6 bulan. Di Brazil Selatan, bayi yang tidak diberi ASI mempunyai kemungkinan meninggal karena mencret 14,2 kali lebih banyak daripada bayi ASI eksklusif (25). ASI juga menurunkan morbiditas bayi

terkena penyakit infeksi telinga, batuk, pilek dan alergi. Apabila morbiditas berkurang, maka status gizi dapat ditingkatkan.

Pemberian MP-ASI

Pemberian MP-ASI tidak mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi ($p=0,751$; $X^2 = 3,447$). Sebanyak 52,6% pemberian ASI tidak diteruskan ketika anak berusia kurang dari dua tahun, hanya 47,5% anak yang masih disusui. Kemungkinan kecukupan gizi dapat dipenuhi dari pemberian makanan beraneka ragam. Namun, efek negatif pemberian makan secara dini belum diperhitungkan. Hasil penelitian yang telah dilakukan di India dan Kanada menyebutkan bahwa bayi yang diberi makanan formula sebelum berumur 6 bulan akan mengalami kejadian sakit lebih banyak dibandingkan dengan pemberian makan setelah 6 bulan (26).

Penimbangan Anak Baduta

Penimbangan anak baduta tidak mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi ($p=0,425$; $X^2 = 2,794$). Sebagian besar (82%) ibu menimbang

anaknya minimal sekali dalam 2 bulan. Penimbangan bertujuan untuk memantau tumbuh kembang anak dan sedini mungkin dapat mengetahui adanya gangguan gizi pada anak sehingga diharapkan ada konseling dari kader. Sebagian besar ibu berpendidikan SD dan tidak sekolah sehingga diasumsikan mereka kemungkinan tidak memahami maksud penimbangan. Dikatakan bahwa pendidikan ibu berpengaruh terhadap perawatan anak termasuk praktik penyediaan makanan, pemantauan pertumbuhan anak dan perilaku higienis (27).

Pemberian Vitamin A Dosis Tinggi

Pemberian Vitamin A dosis tinggi tidak mempunyai hubungan bermakna dengan status gizi ($p=0,737$; $X^2=1,269$). Sebanyak 66% ibu memberikan vitamin A dosis tinggi sesuai dengan umur anaknya. Bayi baru lahir mempunyai cadangan vitamin A di dalam hatinya. Kebutuhan vitamin A sebenarnya dapat dipenuhi oleh ASI dan MP-ASI. Jumlah yang direkomendasikan untuk bayi sebanyak 420 ug RE (*retinol equivalent*) per hari, lebih rendah dari yang terdapat dalam ASI, yakni 850 ml (28). Dikatakan bahwa ASI yang disekresikan dapat mencapai 750 ml pada masa anak berusia 12-18 bulan. Susunan kimiawi ASI menunjukkan bahwa hampir tidak ada perbedaan antara ASI dari ibu yang berasal dari sosio ekonomi rendah dengan ibu bergizi cukup (29).

Kesadaran Gizi Keluarga (KGK)

Hasil analisis hubungan KGK dengan status gizi anak umur kurang dari 6 bulan menunjukkan bahwa hubungan bermakna ($p=0,036$) dan tidak bermakna pada kelompok umur 6-23 bulan ($p=0,426$). Hal ini membuktikan bahwa KGK yang dimiliki keluarga anak baduta kelompok umur kurang dari 6 lebih berisiko untuk mengalami gangguan gizi. Secara psikososial, kelompok umur kurang dari 6 bulan masih sangat tergantung pada ibunya, dan dari segi fisik merupakan kelompok rawan. Anak umur 6-23 bulan tidak hanya tergantung pada ibunya, namun sudah dipengaruhi oleh lingkungan yang menunjang status gizinya. Penelitian membuktikan bahwa peran pengasuh, perilaku pemberian atau penyediaan makan pengasuh menentukan status gizi anak di bawah umur lima tahun (30).

KESIMPULAN

Kesadaran Gizi Keluarga yang dimiliki oleh ibu sebagai berikut: a) Sebagian besar anak umur kurang dari 6 bulan telah diberi makan dengan 1 macam kelompok makanan dan anak umur 6-23 bulan diberi 3 macam kelompok makanan; b) Baru 5% ibu yang memberikan ASI eksklusif; c) Setengah dari seluruh ibu tidak meneruskan pemberian ASI; d) Hampir seluruh ibu menimbang anaknya minimal sekali dalam dua bulan; e) Lebih dari separuh ibu memberikan vitamin A dosis tinggi sesuai dengan umur pemberian yang dianjurkan. Indikator KGK yang berhubungan dengan status gizi yaitu pemberian makan beraneka ragam, dengan mempertimbangkan jumlah anggota keluarga. Kesadaran gizi ibu yang kurang pada anak umur kurang dari 6 bulan lebih berperan terhadap gangguan gizi dibandingkan dengan kesadaran ibu pada anak umur 6-23 bulan sehingga KGK pada anak umur kurang dari 6 bulan lebih diperhatikan. Permasalahan gizi dan kejadian sakit batuk, panas, diare banyak dijumpai di dataran tinggi.

Dari penelitian ini disarankan: 1) Dalam mengukur KGK di Kabupaten Purworejo, cukup menggunakan indikator pemberian makanan beraneka ragam; 2) Intervensi gizi diintensifkan dengan menggunakan indikator pemberian makanan beraneka ragam; 3) Intervensi gizi lebih diintensifkan di dataran tinggi, difokuskan pada pemberian makanan beraneka ragam dan ASI eksklusif serta melanjutkan pemberian ASI sampai dengan anak umur 2 tahun; dan 4) Untuk mencapai tujuan optimal penimbangan sebaiknya disertai konseling pada ibu anak baduta.

RUJUKAN

1. United Nations Children's Fund (UNICEF). *The State of World's Children*. London: Oxford University Press, 1998.
2. Bekele, F. *Malnutrition: The "Silent Emergency" UNICEF urges massive action to stem millions of preventable death. Africa Recovery* 1998,11(3): 3.
3. Mahtab, S. Early Nutrition and Health. *Current Science* 2003, 85(8): 1137-11422.
4. Badan Pusat Statistik. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 1999*. Jakarta: BPS, 1998.

5. Dinas Kesehatan Purworejo. *Purworejo dalam Angka*. Purworejo: Dinas Kesehatan Purworejo, 2003.
6. Malekafzali, H. Community-based Nutritional Intervention for Reducing Malnutrition among Children Under 5 Years of Age. *Journal of Nutrition* 2000, 6(2,3): 238-245.
7. Institute of Medicine. *Nutrition Services in Perinatal Care*. USA: National Academy Press, 1992.
8. English, RM; Badcock, JC; Giay, T; Ngu, T; Waters, AM and Bennett, SA. Effect of nutrition improvement project on morbidity from infectious diseases in preschool children in Vietnam: comparison with control commune. *BMJ* 1997, 315(7116): 1122-5.
9. Hatloy, A; Hallund, J; Diarra, MM and Oshaung, A. Food Variety, Socioeconomic Status and Nutritional Status in Urban and Rural Areas in Koutiala (Mali). *Pubic Health Nutrition* 1999, 3(1): 57-65.
10. Dubois, L; Girard, M; and Bergeron, N. The Choice of Diet Quality indicator to Evaluate The Nutritional Health of Populations. *Public Health Nutrition* 2000, 3(3): 357-365.
11. Depkes, RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2001*. Jakarta: Pusat Data Kesehatan, 2002.
12. World Health Organization (WHO). *Diet, Nutrition and the Prevention of the Chronic Disease*, Technical Report. Geneva: WHO, 2002.
13. Adelheid, WO; Steven, AE; Michael, SK. Continued Breastfeeding and Child Growth in the Second Years of Life. *Lancet* 1999, 354: 2042-2045.
14. Supriasa, N. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC, 2002.
15. Chit, TM; Kyi, H; Thiwin, A. Mothers beliefs and attitudes toward child weight, child feeding and related practices in Myanmar. *Journal of Nutrition and Health* 2003, 17 (3): 231-54.
16. Depkes, RI. *Summary Kadarzi*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat, 2000.
17. Depkes, RI. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kab/Kota*. Jakarta: Depkes RI, 2003.
18. UPI. *Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi V*. Jakarta: LIPI, 2000.
19. Hosmer, DW and Lemeshow, S. *Applied Logistic Regression*. New York: A Wiley Interscience Publication, 2000.
20. Moore, K A , Brent, CM; Barbara, WS; Donna, RM; Dana, AG; Connie, B. Adolescent sexual behavior, pregnancy and Parenthood: A Review and Intervention. *Lancet* 2004, 353(6754): 1463-9.
21. Christianne, LH; Hupkens, Ronald, AK; Anneke, H. Van Otterloo and Maria, JD. Class Differences in The Food Rules Mothers Impose on Their Children: A Cross National Study. *Lancet*, 1998, 354(8963): 1463-8.
22. Johnson, FC; Rogers, BL. Children's Nutrition Status in Female-Headed Household in The Dominican Republic. *Soc Sci Med* 1993, 37(11): 1293-301.
23. Mulyati, S. *Karakteristik Keluarga Anak Batita Gizi Kurang dan Normal*. Dalam: Prosiding Kongres Nasional dan KIPG, Jakarta, 1992.
24. Lopez, F; Barquera, CS. Kageyama, E. Evaluation Of Integrated Management Of Childhood Illness Against Malnutrition In Urban Areas Of Nayarit, Mexico. *Salud Publica Mex* 2004, 46(2): 158-63.
25. Victoria, CG. Evidence of Protection by Breastfeeding against Infant Death from Infectious Diseases in Brazil. *Lancet* 1997: 319-322.
26. Soysa, EP. *The Advantages Of Breastfeeding A Developing Country Point Of View*. Sri Lanka: University Of Colombo, 1999.
27. Klemesu, MTR; Daniel, GM; Carol, EL and Saul, SM. Poor Maternal Schooling Is the Main Constraint to Good Child Care Practices in Accra. *Journal of Nutrition* 2000,130: 1597-1607.
28. Guthrie, HA. *Introductory Nutrition*, 6th ed. St. Louis: College Publishing, 1998.
29. Kusum, PS. Breastfeeding and Health. *Journal of Nutrition* 1988,130:1335-1338.
30. Edward, A; FrangilJo, Jr; Delisle, H. Caregiver Behaviors and Resources Influence Child Height-for-Age in Rural Chad. *Journal of Nutrition* 1999, 129 (3): 680-686.