

# FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS GIZI KELUARGA DI TIGA DAERAH BERBEDA POLA KEKERABATAN

Yayah K. Husaini\*, R. Margono Slamet\*\*, Pang S. Asngari\*\*,  
M. Syarkani Musa\*\*, Prabowo Tjitropranoto\*\*, Darwin Karyadi\*

## ABSTRACT

### FACTORS OF THE FAMILY NUTRITIONAL STATUS INFLUENCE IN THREE DIFFERENT KINSHIP AREAS

*The study was carried out in three different kinship areas : bilineal in West Java, patrilineal in Lampung and matrilineal in West Sumatera. The purpose of this study was to investigate the extent of sociocultural factors that may effect nutritional status. A total of 428 women in three study areas were interviewed and families were observed. The mean per capita expenditure was about the same in the three areas, and the portion of expenditure for food was 55 to 59 percent. Based on weight for height using WHO-NCHS standard, the percent of families with malnourished children was 42,9 percent in Cianjur (West Java), 29,5 percent in Lampung Selatan (Lampung), and 30,7 percent in Tanah Datar (West Sumatera). The study revealed that condition and characteristic of the families of different kinships in the study areas contribute the difference in knowledge, practice and eating pattern leading to the difference in nutritional status. In promoting behavioural change and for determining appropriate approaches to use, factors such as the role and status of women in the family in different kinships and community experiences combined with appropriate methods of adult education should be considered in applying the nutrition extension programme.*

## PENDAHULUAN

Tujuan pembangunan nasional dalam bidang kesehatan ialah tercapainya kemampuan hidup berperilaku sehat bagi setiap penduduk agar dapat terwujud derajat kesehatan yang optimal<sup>1</sup>. Perilaku sehat adalah tindakan dan kegiatan yang dilakukan seseorang untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk tindakan mencegah penyakit, perilaku makan makanan yang bergizi dan menggunakan fasilitas kesehatan<sup>2</sup>.

Perilaku makan yang dalam hal ini termasuk memilih dan mengkonsumsi makanan dimediasi oleh keluarga. Di Indonesia terdapat tiga macam pola kekerabatan dalam keluarga, yaitu patrilineal, matrilineal dan bilineal. Dalam hubungannya dengan pola kekerabatan ini, maka peranan, status dan kekuasaan wanita berbeda di dalam keluarga. Wanita merupakan pelaku utama dalam mengelola dan menyediakan makanan kepada keluarga, serta memberi

---

\* Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi, Badan Litbang Kesehatan, Depkes RI.

\*\* Institut Pertanian Bogor.

makan kepada bayi dan anak umur bawah lima tahun (Balita).

Penelitian ini bertujuan menelaah faktor-faktor penentu dalam hubungan dengan status gizi anak Balita di tiga daerah yang berpola kekerabatan matrilineal, patrilineal dan bilineal.

## METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di tiga daerah yang berbeda pola kekerabatan yaitu : (1) Cianjur (Jawa Barat), daerah suku Sunda yang berkekerabatan bilineal, (2) Lampung Selatan (Lampung), daerah suku Lampung yang berkekerabatan patrilineal, dan (3) Tanah Daftar (Sumatera Barat), daerah suku Minang yang berkekerabatan matrilineal. Di setiap daerah tersebut dipilih dua desa, yaitu desa Cikondang dan desa Cimanggu, keduanya di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Cianjur, desa Kedondong dan desa Pancengahan, Kecamatan Kedondong, Kabupaten Lampung Selatan; serta desa Balai Baru dan desa Sungai Salak, Kecamatan Tanjung Emas, Kabupaten Tanah Datar. Desa-desanya terpilih ini memenuhi kriteria sebagai berikut : sebagian besar penduduk adalah asli suku daerah tersebut, serta telah menerima dan masih melaksanakan program gizi dan kesehatan.

Dari 26 Posyandu di 6 desa yang terpilih, hanya 11 Posyandu yang dipilih sebagai contoh untuk penelitian, karena Posyandu tersebut masih aktif melakukan kegiatan, ada kader setempat, dan ada petugas kesehatan dari Puskesmas yang dapat hadir pada setiap hari buka Posyandu. Kemudian dilakukan pencatatan terhadap seluruh rumah tangga di daerah ruang lingkup Posyandu terpilih. Pengambilan subyek penelitian (responden) dilakukan secara objektif dari seluruh rumah tangga yang berdasarkan hasil pencacahan memenuhi seluruh kriteria yang telah

ditetapkan (*total coverage*). Kriteria tersebut adalah : (1) lokasi rumah berada di wilayah kerja Posyandu yang masih tetap aktif, (2) rumah tangga mandiri, artinya untuk keperluan kebutuhan hidup berkeluarga dapat dipenuhi oleh suami-istri; (3) keadaan ibu sedang hamil atau menetek atau biasa (tidak hamil tidak menyusui tetapi punya anak Balita atau kombinasi dari ketiganya). Informasi yang dikumpulkan berupa data kualitatif dan kuantitatif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah metode wawancara (formal dan informal), wawancara mendalam, observasi dan diskusi kelompok terarah atau *focus group discussion* (FGD). Pada waktu mengumpulkan data, digunakan kombinasi metode tersebut dengan teknik pendekatan antropologis dan sosiologis seperti yang dianjurkan oleh Scrimshaw dan Hurtado<sup>3</sup>, dan WHO-SIDA<sup>4</sup>. Selain menggunakan metode tersebut, juga dilakukan pengukuran berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Data yang digunakan untuk analisis yaitu peubah : (a) karakteristik rumah tangga meliputi peubah tipe keluarga, umur, tingkat sosial-ekonomi, besar, pengeluaran untuk makanan; (b) pasangan suami-istri meliputi peubah suku, alokasi waktu di dalam dan di luar rumah tangga, peran suami dan istri dalam mengambil keputusan dalam kehidupan rumah tangga, dan peran sosial suami dan istri dalam kehidupan bermasyarakat; (c) pengetahuan dalam hal gizi dan kesehatan, (d) perilaku dalam hal konsumsi bahan pangan serta usaha pencegahan untuk penyakit tertentu, dan (e) antropometri (berat badan dan tinggi badan) untuk penentuan status gizi.

Data tentang pengetahuan gizi & kesehatan yang dikumpulkan meliputi :

- (1) Pengetahuan yaitu kemampuan mengingat (*recall*) atau mengenal kembali (*recognition*) akan penelitian ini pertanyaan yang dianjurkan kepada responden mengenai :

(a) pengetahuan gizi umum yaitu dapat menyebutkan: guna makan bagi tubuh, bahan makanan menurut kelompok "4 sehat 5 sempurna", susunan menu sehat dan pedoman menyusun hidangan sehat; dan (b) pengetahuan perawatan kesehatan anak yaitu dapat menyebutkan umur yang tepat untuk imunisasi, guna imunisasi, umur bayi pada waktu mulai diberi makanan tambahan, umur disapih, dan diare.

- (2) Pemahaman yaitu kemampuan untuk menangkap makna dan arti atau mampu menjelaskan kembali dengan kata-kata sendiri hal-hal yang telah dipelajari. Pada penelitian ini responden diminta menerangkan : (a) pemahaman gizi yaitu perbedaan pengertian antara makanan dan gizi, antara sayuran bergizi dan kurang bergizi, bahan makanan bergizi, bahan makanan kurang bergizi; (b) pemahaman pertumbuhan anak yaitu cara mengetahui pertumbuhan anak, manfaat KMS, wilayah anak bergizi baik, kurang dan buruk pada KMS dan arti arah pertumbuhan pada KMS; dan (c) pemahaman mengenai defisiensi gizi: kurang gizi, anemia, kurang vitamin A, kurang yodium.
- (3) Penerapan yaitu kemampuan mengaplikasikan suatu kaidah atau cara pendekatan pada kasus atau persoalan yang sedang dihadapi: (a) menilai susunan menu hidangan sehat, (b) bahan makanan bergizi, (c) bahan makanan kurang bergizi dan (d) sumber vitamin A.

Semua peubah yang dikumpulkan dapat digolongkan ke dalam : (1) peubah nominal; (2) peubah ordinal, dalam hal ini adalah tataan tingkat kekerapan dengan 7 kategori (dari tidak pernah sampai sering sekali) seperti halnya untuk frekuensi konsumsi bahan makanan. Dengan manipulasi statistika tiap peubah semacam ini kemudian diubah menjadi

peringkat median (*rankit*) atau normit. Keduanya berskala ukur kontinyu yang tidak mempunyai satuan ukur. Cara ini juga dilakukan oleh Bingham et al.<sup>5</sup> dan Gibson.<sup>6</sup> (3) peubah cacah yang bersifat diskret; (4) peubah dari penilaian dengan nilai pertimbangan (*judgment score*) dengan nilai 0 (tidak tahu), 25 (kurang tahu), 50 (agak tepat) dan 100 (tahu dengan tepat) yang diperlakukan sebagai peubah ukur interval; (5) peubah rasional; (6) peubah ordinal dari pengkelasan suatu peubah rasional. Selain itu, ada dibuat beberapa peubah indeks atau peubah komposit yang kontinyu, dengan nilai kisaran 0 sampai 1 atau 0 sampai 100.

Hubungan-hubungan antara peubah dan diskripsi rinci disajikan dalam bentuk tabel eka/dwi/tri/banyak kasta berupa : (a) tabel frekuensi mutlak (dan nisbi) yang semuanya merupakan peubah-peubah kategorik, dan (b) tabel dengan sel-sel tabel berisi keterangan berupa statistik-statistik dari satu atau lebih peubah berskala ukur cacah atau rasional. Semua analisis data dilakukan dengan teknik komputer menggunakan program Minitab Release 10.

## H A S I L

### Gambaran Responden

Jumlah responden di tiga daerah penelitian ada sebanyak 434 rumah tangga (RT) yaitu 188 RT di Jawa Barat, 120 RT di Lampung, dan 126 RT di Sumatera Barat. Sebaran responden menurut kondisi ibu menunjukkan sebaran yang kurang lebih sama antara masing-masing daerah penelitian. Proporsi terbanyak adalah keluarga yang punya anak balita yaitu sekitar 30-40%, sedangkan ibu meneteki, dan ibu meneteki tapi juga punya anak Balita masing-masing sekitar 20-30%. Jumlah ibu hamil ada sekitar 10%, dan separuh diantaranya adalah ibu yang belum mempunyai anak.

## Pola Kekerabatan dan Kehidupan Berumah-tangga

Di ketiga daerah yang diteliti sebanyak 97,2% (N=422) adalah pasangan suami-istri sesuku, dengan perincian sebagai berikut: di daerah Cianjur (Jawa Barat) sebanyak 98,5% (N=185) suami dan istri keduanya suku Sunda; di Lampung Selatan (Lampung) sebanyak 94,3% (N=113) keduanya suku Lampung; dan di Tanah Datar (Sumatera Barat) sebanyak 98,4% (N=124) keduanya suku Minang. Dengan demikian kriteria pemilihan responden dengan mengutamakan suku daerah setempat terpenuhi.

Di daerah yang berkekerabatan matrilineal, pasangan suami-istri lebih banyak bertempat tinggal di desa tempat istri berasal; di daerah yang berkekerabatan patrilineal terjadi sebaliknya, mereka banyak bertempat tinggal di desa tempat suami berasal; sedangkan di daerah

yang berkekerabatan bilineal jumlah mereka yang bertempat tinggal di desa istri berasal sama banyak dengan desa suami berasal.

Dilihat dari struktur keluarga maka di daerah Cianjur sebanyak 93,7% (N=176) keluarga batih (*nuclear family*) dan hanya sebanyak 6,3% termasuk keluarga luas. (*extended family*). Di daerah Lampung Selatan yang bertipe keluarga luas terdapat sebanyak 30,0% (N=36), dan di Tanah Datar sebanyak 44,5% (N=56).

Alokasi waktu suami dan istri yang merupakan pembagian kerja dalam melakukan kegiatan sehari-hari dalam hal mengurus rumah tangga, membantu mencari nafkah dan melakukan kegiatan non ekonomi di ketiga daerah tampak berbeda (Tabel 1). Dalam hal membantu mengurus rumah tangga, suami tampak paling menonjol di daerah Lampung Selatan yaitu 2,0 jam per hari dibandingkan

**Tabel 1. Alokasi Waktu Suami dan Istri dalam Melaksanakan Kegiatan Berumah-tangga.**

Macam kegiatan	Cianjur		Lampung Selatan		Tanah Datar	
	Suami	Isteri	Suami	Isteri	Suami	Isteri
	(jam)	(jam)	(jam)	(jam)	(jam)	(jam)
Mengurus rumah tangga*)	0,5 <sub>±</sub> 1,4	5,5 <sub>±</sub> 1,4	2,0 <sub>±</sub> 1,5	5,2 <sub>±</sub> 1,2	0,0 <sub>±</sub> 0,1	4,1 <sub>±</sub> 1,0
Mencari nafkah**)	8,2 <sub>±</sub> 2,9	1,0 <sub>±</sub> 2,2	7,4 <sub>±</sub> 2,3	2,5 <sub>±</sub> 2,9	8,8 <sub>±</sub> 1,4	2,7 <sub>±</sub> 2,9
Melakukan kegiatan non ekonomi***)	0,8 <sub>±</sub> 1,0	0,8 <sub>±</sub> 1,5	0,3 <sub>±</sub> 0,8	0,0 <sub>±</sub> 0,4	1,0 <sub>±</sub> 1,2	1,3 <sub>±</sub> 1,8
Waktu luang	6,2 <sub>±</sub> 2,2	8,0 <sub>±</sub> 2,7	6,7 <sub>±</sub> 2,3	7,9 <sub>±</sub> 2,5	6,0 <sub>±</sub> 1,8	6,5 <sub>±</sub> 2,5

\*) Terdiri dari mengasuh anak, membereskan rumah, mencuci dan menyiapkan makanan.

\*\*) Terdiri dari bekerja sebagai buruh tani, jualan makanan kecil, dan membuka warung.

\*\*\*) Terdiri dari mencari kayu bakar, menggembala sapi, membersihkan sawah atau kebun, membantu pekerjaan suami.

dengan di Cianjur 0,5 jam dan di Tanah Datar 0,0 jam. Rata-rata waktu istri untuk mengurus rumah tangga di daerah Cianjur dan Lampung Selatan masing-masing 5,5 dan 5,2 jam per hari dibandingkan dengan di Tanah Datar yang hanya 4,1 jam.

Dalam hal mencari nafkah di daerah Tanah Datar, baik suami maupun istri rata-rata waktu yang dicurahkan lebih banyak dari pada di kedua daerah lainnya, begitu pula halnya dalam kegiatan non-ekonomi. Di daerah Tanah Datar yang berkekerabatan matrilineal lebih

banyak istri membantu mencari nafkah, sedangkan di daerah bilineal lebih kecil peranannya. Mengenai waktu luang terutama untuk istri di daerah matrilineal lebih rendah yaitu rata-rata 6,5 jam dibandingkan dengan daerah patrilineal 7,9 jam dan bilineal 8,0 jam per hari.

Peranan suami dan istri dalam pengambilan keputusan urusan keluarga yang meliputi soal alokasi uang belanja, menentukan menu makanan, tempat berobat, dan pemeliharaan kesehatan disajikan pada Tabel 2. Di daerah matrilineal (Tanah Datar), dalam pengertian

**Tabel 2. Pengambil Keputusan dalam Hal Makanan dan Kesehatan.**

Penentu keputusan	Cianjur (Jawa Barat) N = 188		Lampung Selatan (Lampung) N = 120		Tanah Datar (Sumatera Barat) N = 126	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
1. Besar uang belanja makanan:						
suami	4	23,9	16	13,6	47	37,3
isteri	128	68,1	74	62,7	27	21,4
suami - isteri	15	88,0	28	23,7	52	41,3
2. Belanja makanan:						
suami	8	4,3	6	5,1	2	1,6
isteri	175	93,1	112	94,9	124	98,4
suami - isteri	5	2,6	0	-	0	-
3. Menu :						
suami	4	2,1	6	5,1	1	0,8
isteri	184	97,9	112	94,9	125	99,2
suami - isteri	0	-	0	-	0	-
4. Berobat :						
suami	30	16,0	24	20,3	30	23,8
isteri	105	55,8	85	72,0	77	61,1
suami - isteri	53	28,2	9	7,7	19	15,1
5. Imunisasi :						
suami	16	8,5	16	13,6	5	4,0
isteri	153	81,4	100	84,7	104	82,5
suami - isteri	19	10,1	2	1,7	17	13,5

bahwa posisi dan peranan wanita dalam hirarki kekerabatan didudukkan lebih tinggi dari pada laki-laki, tetapi kenyataannya dalam mengambil keputusan tentang belanja makanan, menu makanan, tempat berobat, dan pemeliharaan kesehatan tidak berbeda dengan daerah patrilineal (Lampung Selatan) dan bilineal (Cianjur). Lebih-lebih dalam hal menentukan alokasi uang belanja peranan istri rendah di daerah matrilineal yaitu hanya 21,4% (N=27) atau kurang lebih sepertiganya dari daerah patrilineal yaitu 61,7% (N=74) dan daerah bilineal sebanyak 67,6 persen (N=127).

Demikian pula peranan suami di daerah patrilineal dalam hal menentukan alokasi uang belanja ternyata kebalikan dari yang diperkirakan yaitu paling rendah dibandingkan dengan kedua daerah lainnya. Hal yang sama juga ditemukan di daerah bilineal dimana keputusan bersama suami dan istri untuk menentukan alokasi uang belanja paling rendah dibandingkan dengan daerah matrilineal maupun patrilineal. Kalau kelima macam aspek tersebut digabungkan ternyata peranan ibu dalam mengambil keputusan tertinggi di daerah

Cianjur dan Lampung Selatan masing-masing hampir sama yaitu 43,2 % (N=81) dan 43,2% (N=51), sedangkan di Tanah Datar hanya 7,9% (N=10).

### Karakteristik Keluarga

Untuk melihat status ekonomi keluarga, dapat didekati dari besarnya pendapatan atau pengeluaran keluarga<sup>7</sup>. Pada penelitian ini dilakukan pengumpulan data mengenai besarnya pengeluaran keluarga untuk mengetahui status ekonomi karena secara teknis lebih mudah dan lebih mendekati realitas.

Rata-rata pengeluaran sebulan paling rendah adalah Rp 131.526,- di daerah Tanah Datar, menyusul Rp 143.649,- di daerah Cianjur, dan paling tinggi di Lampung Selatan yaitu Rp 173.988,- (Tabel 3). Walaupun besar rata-rata pengeluaran tersebut di atas tampak berbeda antar daerah, tetapi pada hakekatnya rata-rata pengeluaran untuk pangan terhadap pengeluaran total tidak berbeda yaitu berkisar antara 57 sampai 59 %.

**Tabel 3. Rata-rata Pengeluaran Rumah Tangga Sebulan.**

Pengeluaran	Cianjur (Jawa Barat)	Lampung Selatan (Lampung)	Tanah Datar (Sumatera Barat)
	(Rp)	(Rp)	(Rp)
Pangan	79.477+35.429	84.863+33.038	66.649+24.642
Non Pangan	64.217+52595	89.125+81.235	64.877+56.042
Total	143.694+80,508	173.988+80.508	131.526+74.933
Persen pangan terhadap total	58,9+13,3	54,7+13,4	56,0+13,6

Hasil pengolahan selanjutnya untuk mengetahui rata-rata pengeluaran per kapita sebuah untuk pangan, menunjukkan bahwa jumlahnya berkisar antara Rp 13.000,- sampai Rp 17.400,- dan kalau dilihat proporsi terhadap total pengeluaran per kapita sebulan ternyata di ketiga daerah hampir sama yaitu pengeluaran sekitar 55 sampai 59% (Tabel 4). Dengan kata lain persentase pengeluaran pangan terhadap total pengeluaran per kapita berada di bawah 60% (ambang batas), atau masih dalam batas yang dianggap mencukupi. Makin rendah persentase pengeluaran pangan terhadap total pengeluaran per kapita makin sejahtera yang bersangkutan<sup>7</sup>.

**Pengetahuan Gizi dan Kesehatan**

Rata-rata pengetahuan responden (ibu rumah tangga) menurut penilaian terhadap wawasan kognitif pada tingkat pengetahuan,

pemahaman, dan penerapan dalam hal gizi dan kesehatan yang erat berhubungan dengan status gizi, di sajikan pada Tabel 4. Tingkat pengetahuan dinilai berdasarkan indeks dengan kisaran 0 sampai 100. Untuk membandingkan antar ketiga daerah yang diteliti, maka nilai index 50 ditentukan sebagai nilai tengah dan di ambil sebagai nilai tengah dan diambil sebagai batas antara "cukup baik" dan "kurang baik".

Di daerah Cianjur pengetahuan tentang makanan bayi dan diare tergolong cukup baik, sedangkan pengetahuan tentang gizi praktis dan imunisasi masih kurang baik. Di daerah Lampung Selatan, pengetahuan responden tentang aspek gizi praktis, makanan bayi, dan diare tergolong "cukup baik", hanya pengetahuan tentang diare yang termasuk "kurang baik". Di daerah Tanah Datar, pengetahuan tentang gizi praktis, makanan bayi, imunisasi anak, dan diare, semuanya tergolong kurang baik. Berdasarkan analisis ini,

**Tabel 4. Indeks Rata-rata Tingkat Pengetahuan\* Ibu Rumah Tangga Mengenai Gizi dan Kesehatan.**

Pengetahuan	Cianjur (Jawa Barat)	Lampung Selatan (Lampung)	Tanah Datar (Sumatera Barat)
<b>a. Pengetahuan:</b>			
1. Gizi praktis	44,8±(19,5)	63,2±(14,7)	47,6±(20,9)
2. Makanan bayi	67,4±(15,6)	63,0±(16,0)	47,8±(27,7)
3. Imunisasi anak	38,3±(25,6)	47,5±(30,3)	46,1±(29,0)
4. Diare	67,8±(17,1)	63,7±(21,2)	50,4±(29,0)
<b>b. Pemahaman:</b>			
1. Gizi praktis	42,0±(16,5)	43,1±(16,9)	40,2±(21,0)
2. Pertumbuhan anak	26,1±(22,3)	31,2±(26,2)	59,8±(22,6)
3. Defisiensi gizi	71,6±(14,1)	57,4±(17,6)	49,0±(18,3)
<b>c. Penerapan:</b>			
Gizi praktis	48,6±(11,7)	45,9±(12,2)	43,6±(13,2)

\* Berdasarkan indeks dibuat kategori : cukup baik bila nilai indeks > 50,0 dan kurang baik bila nilai indeks < 50.

maka responden di daerah Lampung Selatan wawasan kognitif pada tingkat pengetahuan gizi kesehatan adalah paling baik di bandingkan dengan responden di kedua daerah lainnya, menyusul Cianjur, dan terakhir di Tanah Datar.

Mengenai wawasan kognitif pada tingkat pemahaman untuk responden di daerah Cianjur, Lampung Selatan, dan Tanah Datar, masing-masing mempunyai nilai indeks cukup baik untuk satu dari tiga macam aspek yaitu untuk daerah Cianjur tentang defisiensi gizi, untuk daerah Lampung Selatan juga tentang defisiensi gizi, dan untuk daerah Tanah Datar tentang pertumbuhan anak. Mengenai pemahaman dalam hal gizi praktis, responden di ketiga daerah mempunyai nilai indeks yang tergolong kurang baik. Apabila dibandingkan antar ketiga daerah dalam wawasan kognitif pemahaman gizi kesehatan, setiap daerah kurang lebih sama tingkatannya. Dengan kata lain responden di daerah Tanah Datar mempunyai pemahaman yang baik tentang pertumbuhan anak, sebaliknya responden di daerah Cianjur dan Lampung Selatan mempunyai pemahaman yang lebih baik tentang penyakit defisiensi gizi dibandingkan dengan responden di daerah Tanah Datar. Mengenai aspek penerapan gizi praktis, responden di daerah Cianjur, Lampung Selatan dan Tanah Datar dalam penerapan pengetahuan gizi praktis dalam kehidupan berumah tangga masih tergolong kurang baik.

Informasi mengenai hal ini, sangat penting untuk program perbaikan gizi nasional, khususnya mengenai penyuluhan gizi dan kesehatan dalam mengidentifikasi aspek-aspek yang masih lemah yang perlu mendapat prioritas perbaikan, misalnya mengenai pengetahuan tentang imunisasi, perlu diberikan secara lebih intensif di tiga daerah, karena nilai indeks yang didapatkan masih rendah, sedangkan penyuluhan pemahaman tentang

pertumbuhan anak, penyuluhan mengenai hal ini perlu lebih diintensifkan di daerah Cianjur dan Lampung Selatan, sedangkan di daerah Tanah Datar sudah sedikit lebih baik.

Perlu ditekankan disini walaupun untuk aspek pengetahuan tertentu tergolong "cukup baik" atau skor diantara 50-70, tidak berarti sudah tidak diperlukan lagi penyuluhan, malainkan perlu ditingkatkan terus.

### **Perilaku Makan**

Perilaku mengkonsumsi bahan pangan dinyatakan dengan kekerapan mengkonsumsi 23 macam bahan pangan dalam dua bulan terakhir. Bahan pangan tersebut dikelompokkan menjadi sumber karbohidrat selain beras, sumber protein hewani, sumber protein nabati, sayur-sayuran, buah-buahan dan lain-lain (kelapa, minyak dan gula). Dengan pengelompokan tersebut dibuat indeks konsumsi pangan untuk setiap kelompok bahan pangan. Indeks konsumsi bahan untuk daerah Lampung Selatan dan Tanah Datar yaitu masing-masing 3,30 dan 3,15, sedangkan untuk daerah Cianjur adalah 2,95 (Tabel 5). Hal ini menunjukkan keluarga di kedua daerah yang disebut terdahulu mengkonsumsi lebih beragam bahan pangan dibandingkan dengan keluarga di Cianjur. Makin beragam pangan yang dikonsumsi makin tinggi kualitas menu makan, karena makin banyak mengandung zat-zat gizi<sup>8</sup>.

### **Usaha Pencegahan Penyakit**

Perilaku keluarga dalam mencari pertolongan pencegahan penyakit untuk bayi (umur 0-11 bulan), anak umur 1-2 tahun, dan anak umur 3-5 tahun meliputi usaha untuk mendapatkan imunisasi dan kapsul vitamin A dosis tinggi dapat dilihat pada Tabel 6. Adapun



**Tabel 5. Indeks Rata-rata Kekekrapan Konsumsi Pangan\*).**

Bahan pangan	Cianjur (Jawa Barat)	Lampung Selatan (Lampung)	Tanah Datar (Sumatera Barat)
Sumber karbohidrat**)			
Sumber protein hewani	0,47	0,52	0,52
Sumber protein nabati	0,42	0,63	0,63
Sayur-sayuran	0,49	0,54	0,57
Buah-buahan	0,57	0,54	0,49
Lain-lain:	0,42	0,51	0,25
(minyak, kelapa, gula)	0,57	0,56	0,45
<b>J u m l a h</b>	<b>2,95</b>	<b>3,30</b>	<b>3,15</b>

\*) Jarang sekali bila indeks > 0,50, jarang bila 0,40 < indeks < 0,70, dan sering indeks > 0,70

\*\*\*) Selain beras, seperti umbi-umbian, jagung, mi atau bihun, dan tepung-tepungan.

imunisasi yang umum diberikan kepada anak Balita adalah BCG (untuk mencegah penyakit TBC), DPT (untuk mencegah penyakit diphteri, pertusis, tetanus) dan Polio (untuk mencegah penyakit polio); sedangkan kapsul vitamin A diberikan kepada anak di atas satu tahun setiap enam bulan sekali pada bulan promosi vitamin A yaitu bulan Februari dan Agustus. Setiap anak pada kelompok umur tertentu diharapkan telah memperoleh kedua hal tersebut sebagai berikut : (a) bayi telah memperoleh BCG serta DPT dan polio masing-masing minimal dua kali; (b) anak 1-2 tahun telah memperoleh BCG, DPT dan polio minimal tiga kali, serta vitamin A minimal satu kali; dan (c) anak 3-5 tahun telah memperoleh BCG, DPT dan polio minimal dua kali, serta vitamin A minimal tiga kali. Berdasarkan hal tersebut, setiap anak dikategorikan menjadi tiga kelompok: (1) imunisasi dan vitamin A tidak diberi, (2) imunisasi dan vitamin A tidak lengkap, dan (3) imunisasi dan vitamin A lengkap.

Pada Tabel 6 terlihat bahwa usaha pencegahan penyakit pada bayi umur 0-11 bulan, paling baik di Tanah Datar, menyusul Lampung Selatan, dan terakhir Cianjur. Untuk anak umur 1-2 tahun, upaya pencegahan penyakit di ketiga daerah yang diteliti kurang lebih sama baiknya, dan untuk anak 3-5 tahun, daerah Lampung Selatan dan Tanah Datar keduanya lebih baik daripada Cianjur. Dengan kata lain, perilaku pencegahan penyakit di daerah Lampung Selatan dan Tanah Datar lebih baik dari pada di Cianjur.

### Status Gizi

Status gizi keluarga dikatakan "baik" apabila tidak bermasalah dengan gizi anak Balitanya, sedangkan "kurang" bila ada anak Balitanya yang kurang gizi. Keadaan gizi anak Balita dipergunakan sebagai ukuran, sebab mereka termasuk kelompok rawan yang perlu

**Tabel 6. Usaha Pencegahan Penyakit untuk Bayi dan Anak Balita.**

Usaha pencegahan	Cianjur (Jawa Barat)		Lampung Selatan (Lampung)		Tanah Datar (Sumatera Barat)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
<b>Bayi (0-11 bulan):</b>						
- tidak diimunisasi	25	28,5	3	10,3	1	4,1
- imunisasi tidak lengkap	67	67,9	22	75,9	19	79,2
- imunisasi lengkap	1	3,6	4	13,8	4	16,7
<b>Sub total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>
<b>Anak 1-2 tahun:</b>						
- imunisasi dan vitamin A tidak diberi	9	11,1	2	3,3	1	2,1
- imunisasi dan vitamin A tidak lengkap	47	58,0	42	68,8	33	68,8
- imunisasi dan vitamin A lengkap	25	30,9	17	27,9	14	29,1
<b>Sub total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>
<b>Anak 3-5 tahun:</b>						
- imunisasi dan vitamin A tidak diberi	14	15,2	0	-	0	-
- imunisasi dan vitamin A tidak lengkap	69	75,0	36	76,6	46	78,0
- imunisasi dan vitamin A lengkap	9	9,8	11	23,4	13	22,0
<b>Sub total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

mendapat perhatian. Pada Tabel 7 terlihat status gizi keluarga yang "baik" paling banyak ditemukan di Lampung Selatan yaitu 70,8% (N=86), menyusul di Tanah Datar sebanyak 69,3% (N=88), dan yang paling rendah di Cianjur yaitu 57,1% (N=101).

## PEMBAHASAN

Perbedaan status gizi di ketiga daerah penelitian ini tidak banyak dipengaruhi oleh perbedaan status ekonomi keluarga. Pada umumnya keluarga responden mempunyai

penghasilan per kapita (dinyatakan dalam bentuk pengeluaran) yang kurang lebih sama, dan persen pengeluaran keluarga untuk pangan juga kurang lebih sama yaitu 58,9% di Cianjur, 54,7% di Lampung Selatan, dan 56,0% di Tanah Datar.

Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap status gizi keluarga adalah perilaku mengkonsumsi pangan. Di daerah Lampung Selatan dan Tanah Datar, jumlah keluarga yang berstatus Gizi Baik masing-masing 70,5 dan 69,3% adalah lebih tinggi dari pada di Cianjur yang hanya 57,1% paralel dengan indeks

Tabel 7. Status Gizi Keluarga.

Gizi keluarga*	Cianjur (Jawa Barat)		Lampung Selatan (Lampung)		Tanah Datar (Sumatera Barat)		Jumlah	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Kurang	78	42,9	36	29,5	39	30,7	153	35,7
Baik	101	57,1	86	70,5	88	69,3	275	64,3
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100,0</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>	<b>428</b>	<b>100,0</b>

\* Status gizi keluarga didefinisikan berdasarkan keadaan gizi anak umur bawah lima tahun (Balita).

- Kurang, apabila keluarga mempunyai satu atau lebih anak Balita yang menderita Kurang Gizi.

- Baik, apabila keluarga mempunyai anak Balita semuanya berstatus Gizi Baik.

perilaku mengkonsumsi pangan yaitu 3,30 di Lampung Selatan, 3,15 di Tanah Datar, dan hanya 2,95 di Cianjur. Di daerah Lampung Selatan dan Tanah Datar yang mempunyai status gizi keluarga lebih baik dari pada di Cianjur, juga mempunyai perilaku mengkonsumsi pangan yang lebih beragam. Hal ini mendukung pendapat bahwa perubahan perilaku makan perlu diutamakan untuk peningkatan status gizi keluarga<sup>8</sup>.

Faktor lain yang juga diduga berpengaruh terhadap status gizi adalah status kesehatan anak. Imunisasi mencegah anak dari sakit terhadap penyakit tertentu merupakan salah satu upaya yang nyata. Pada Tabel 6 terlihat bahwa pada bayi umur 0-11 bulan di daerah Cianjur lebih banyak yang tidak mendapatkan imunisasi dari pada kedua daerah lainnya, demikian pula pada umur 1-2 tahun dan 3-5 tahun lebih banyak di daerah Cianjur yang tidak mendapatkan imunisasi. Anak yang tidak mendapat imunisasi akan lebih mudah sakit dan lebih lama sakit yang diderita. Pada anak yang sakit lebih banyak energi yang dikeluarkan

karena demam, atau terjadi malabsorpsi karena diare, dan rendah *intake* zat-zat gizi karena menurunnya nafsu makan. Oleh sebab itu anak yang sering sakit akan mudah menjadi kurang gizi.

Memilih dan mengkonsumsi makanan bergizi, menggunakan fasilitas kesehatan, dan melakukan tindakan-tindakan untuk pencegahan penyakit merupakan unsur-unsur dalam berperilaku sehat<sup>2</sup>. Kemampuan berperilaku sehat erat hubungan dengan pengetahuan, sikap dan ketrampilan (PSK) individu dalam bidang kesehatan dan gizi. Margono Slamet mengemukakan bahwa penyuluhan merupakan suatu proses pendidikan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui perubahan perilaku<sup>9</sup>. Melalui penyuluhan manusia dibuat menjadi tahu, mengerti dan dapat menggunakan serta mau melaksanakan. Jadi untuk menimbulkan perubahan perilaku dilakukan melalui perubahan salah satu unsur dari ketiga unsur PSK, atau melalui dua dari tiga unsur, atau melalui perubahan ketiga unsur.

Dalam hubungannya dengan wawasan kognitif pengetahuan gizi kesehatan, seperti disajikan dalam Tabel 4, maka dalam hal : (a) pengetahuan atau kemampuan mengingat atau mengenal kembali akan hal-hal yang pernah dipelajari, (b) pemahaman untuk menangkap makna dan arti serta mampu menjelaskan kembali dengan kata-kata sendiri, dan (c) penerapan yaitu kemampuan yang cukup baik dalam hal mengaplikasikan pengetahuan gizi kesehatan ke dalam kehidupan sehari-hari, maka responden di daerah Lampung Selatan dan Tanah Datar lebih baik dari pada di Cianjur. Tingkatan pengetahuan responden mengenai gizi kesehatan ini sebanding dengan tingkatan gizi keluarga di tiga daerah yang diteliti.

Nilai dan kepercayaan dapat pula merupakan aspek yang kuat berpengaruh terhadap perilaku makan dan cara memberi makan kepada bayi dan anak. Alasan rasional tentang keputusan yang diambil tentang makanan dapat dikategorikan ke dalam "sehat" atau "merugikan" berdasarkan kepada pengetahuan, kepercayaan maupun pengalaman<sup>10</sup>. Wanita terutama yang sudah berkeluarga merupakan pelaku utama dalam mengelola dan mempersiapkan makanan keluarga, dan merupakan subyek yang langsung berhubungan dengan gizi keluarga. Di beberapa daerah, status dan kekuasaan wanita di dalam keluarga maupun masyarakat ditentukan atau dibatasi oleh sistem kekerabatan.

Di daerah Tanah Datar yang berpola kekerabatan matrilineal sebanyak 44,4% adalah keluarga luas, dibandingkan dengan Lampung Selatan sebanyak 31,7% dan Cianjur yang hanya 6,3%. Pengaruh orang tua atau nenek pada keluarga luas berperanan terhadap peranan responden dalam menyediakan makanan untuk keluarga dan memberi makanan bayinya<sup>8</sup>. Di daerah yang berkekerabatan

matrilineal, pasangan suami-istri di dalam keluarga luas hidup bersama-sama orang tua istri, sedangkan di daerah patrilineal cenderung pada orang tua suami. Orang tua istri lebih kuat peranannya terhadap makanan keluarga dan makanan cucu-cucunya. Orang-orang tua lebih kuat berpegang kepada cara-cara lama tentang sesuatu hal yang boleh dan tidak boleh dimakan, dan lebih sulit mengadopsi cara-cara baru dibandingkan dengan wanita-wanita yang berasal dari generasi lebih muda. Hal ini yang kemungkinan berpengaruh terhadap perbedaan status gizi Balita pada daerah-daerah yang berlainan sistem kekerabatannya. Namun pada penelitian ini pengaruh orang-orang tua lebih banyak berdampak positif. Karena di daerah matrilineal dan patrilineal terdapat banyak keluarga luas, maka orang tua mempunyai kesempatan lebih banyak *sharing* dalam mengasuh anak. Sebaliknya di daerah bilineal, terutama untuk pasangan muda yang belum banyak berpengalaman, pengasuhan anak merupakan beban tersendiri yang harus dipikul sendiri. Selain itu di daerah matrilineal dimana posisi dan peranan wanita dalam hal hirarki kekerabatan didudukkan lebih tinggi dari pada laki-laki, mempunyai kontribusi nyata terhadap dampak positif pada status gizi keluarga.

Di dalam hal pengambilan keputusan tentang belanja makanan, menu makanan, tempat berobat, dan pemeliharaan kesehatan di daerah matrilineal tidak berbeda dengan daerah patrilineal dan bilineal. Tampaknya dalam hal pengambilan keputusan terdapat pergeseran di dalam pola kekerabatan. Pujiwati Sajogyo juga telah mensinyalir adanya pergeseran pola peranan wanita dan pria dalam keluarga dan rumah tangga karena adanya pengaruh lingkungan dan masyarakatnya. Demikian pula pola berpikir dan kesediaan untuk menerima hal-hal baru dalam cara mengasuh dan memberi makan bayi dan anak pada orang-orang tua di

daerah matrilineal dan patrilineal bukan lagi merupakan sesuatu yang tabu.

## KESIMPULAN

Tingkat sosio ekonomi yang kurang lebih sama di tiga daerah penelitian tidak menjamin status gizi keluarga yang sama baiknya, melainkan terdapat faktor non ekonomi seperti tipe pola kekerabatan mempunyai kontribusi terhadap keadaan gizi keluarga.

Tingkat pengetahuan wanita dalam hal gizi dan kesehatan, di tiga daerah yang diteliti, tidak berbeda nyata. Tetapi perilaku konsumsi pangan yang dinilai berdasarkan indeks rata-rata kekerapan konsumsi pangan di daerah Lampung Selatan (Lampung) dan Tanah Datar (Sumatera Barat) lebih baik dari pada daerah Cianjur (Jawa Barat). Di kedua daerah Lampung Selatan dan Tanah Datar, konsumsi pangannya lebih beragam dari pada di daerah Cianjur.

Pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit untuk anak balitanya di daerah Lampung Selatan dan Tanah Datar lebih baik dari pada di daerah Cianjur.

Status gizi balita tampak lebih baik di daerah Tanah Datar dan Lampung Selatan, dari pada di daerah Cianjur.

Dalam upaya meningkatkan perilaku sehat melalui penyuluhan gizi kesehatan yang efektif, di dalam penerapannya hendaknya disesuaikan dengan lingkungan dan sosio budaya setempat. Keragaan tingkat pengetahuan gizi kesehatan di tingkat masyarakat sangat menentukan keberhasilan penyuluhan yang bertujuan menimbulkan perubahan perilaku, mau meninggalkan cara-cara lama yang kurang baik dan menga-

dopsi cara-cara baru. Perubahan perilaku sehat termasuk perilaku makan yang baik akan membantu mempercepat terjadinya perbaikan gizi keluarga.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Kepada Sdr. Ir. Y. Widodo dan Agus Triwinarto, penulis mengucapkan terima kasih banyak atas bantuan dalam mengumpulkan data baik kualitatif maupun kuantitatif di tiga propinsi yang diteliti.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan (1990). Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Indonesia, Jakarta.
2. Becker M.H. (1974). *Psychological Aspect of Health Related Behaviour* Prentice Hall Inc. New Jersey.
3. Scrimshaw, S.C.M. dan E. Hurtando, (1987). *Rapid Assessment Procedure for Nutrition and Health Care - Anthropological Approach to Improving Programme Effectiveness*. UNU/UNICEF UCLA, Los Angeles.
4. WHO-SIDA (Swedish International Development Agency) (1988). *Guidelines for Rapid Appraisal to Assess Community Health Need. A Focus on Health Improvement for Low Income Urban Area*. WHO/SHS/NHP/88.4., Geneva.
5. Bingham, et al. (1994). *Comparison of dietary*. *British J. of Nutr.* 72:619-643.
6. Gibson, R.S. (1990). *Principles of Nutritional Assessment* Oxford University Press, New York.
7. BPS (1994). *Indikator Kesejahteraan Anak*, Jakarta.

8. Anonim (1995). Behavioral change and nutrition programmes. SCN News 13:4-9.
9. Margono Slamet (1984). Meningkatkan Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan Pedesaan Interaksi, Th.I/1. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Jakarta.
10. Sanjur, D. (1982). Social and Cultural, Perspectives in Nutrition. Prentice Hall, Inc., New Jersey.
11. Pudjiwati Sayogyo (1981). Peranan Wanita dalam Keluarga, Rumah Tangga dan Masyarakat yang lebih Luas di Pedesaan Jawa. Disertasi Doktor. Universitas Indonesia, Jakarta.