

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI TERHADAP STATUS GIZI PADA
BALITA DI KECAMATAN CIAWI
KABUPATEN TASIKMALAYA**

*Sari Fatimah*Ikeu Nurhidayah**Windy Rakhmawati****

ABSTRAK

Kurang energi protein atau gizi kurang merupakan salah satu penyakit gangguan gizi yang penting di Indonesia maupun di banyak negara berkembang lainnya. Kurang energi protein adalah suatu keadaan dimana berat badan anak kurang dari 80% indeks berat badan menurut umur (BB/U) baku WHO-NCHS yang disebabkan oleh kurangnya zat gizi karbohidrat dan kekurangan protein disertai susunan hidangan yang tidak seimbang. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui dan menggambarkan faktor-faktor yang dapat menyebabkan timbulnya suatu kejadian dengan merunut ke belakang kronologis kejadian tersebut (Sugiyono, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki balita di Desa Ciawi Kabupaten Tasikmalaya. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 50 responden dengan teknik pengambilan sampel adalah dengan accidental sampling. Data dikumpulkan dengan teknik wawancara terstruktur, angket dan food recall dan kemudian diolah dan dianalisa dengan menggunakan rumus persentase dan proporsi. Hasil penelitian menunjukkan faktor yang memiliki kontribusi terhadap gizi kurang pada anak adalah riwayat penyakit infeksi, tingkat pengetahuan ibu yang kurang, tingkat sosial ekonomi keluarga yang rendah, dan asupan kalori serta protein yang kurang, sedangkan faktor yang kepercayaan ibu terhadap makanan (100%) memiliki kepercayaan yang mendukung terhadap status gizi balita. Jadi faktor kepercayaan ibu terhadap makanan tidak berkontribusi terhadap status gizi kurang pada balita. Berdasarkan hasil penelitian diatas maka disarankan agar semua pihak terutama keluarga berpartisipasi untuk meningkatkan upaya pencegahan terjadinya gizi kurang pada anak, diantaranya dengan pembinaan dan pemberdayaan keluarga yang memiliki resiko gizi kurang pada anak. Pemberdayaan dan pembinaan keluarga ini dapat dilakukan oleh Puskesmas setempat dengan melibatkan perawat kesehatan komunitas. Selain itu perlu dilakukan diseminasi informasi tentang gizi untuk meningkatkan pengetahuan keluarga khususnya ibu tentang asupan nutrisi, cara pengolahan dan pemilihan bahan makanan yang baik pada anak, dan perlu dilakukan upaya promotif dan preventif untuk mengurangi angka penyakit infeksi, seperti penyuluhan tentang penyakit infeksi pada balita, terutama ISPA, diare dan tuberkulosis, misalnya melalui revitalisasi posyandu dengan cara meningkatkan partisipasi masyarakat untuk menggunakan posyandu sebagai pusat kesehatan dan sumber informasi di masyarakat.

Kata kunci: Asupan nutrisi pada balita, penyakit infeksi, sosial ekonomi

ABSTRACT

Energy Protein Malnutrition is a mainly nutrition problem both in Indonesia also in other developed countries. Energy protein malnutrition is a condition that body weight children less than 80% of body weight index per age based on WHO-

NCHS standard, that caused by inadequate calory and protein intake with unbalanced diet. The variables in this study was univariat variable with sub variables are nutrition intake, infection history, mother's cognitive about nutrition, mother's faith of food and the level of family social economic state. Design of this study is descriptive, that used ex post facto method. The population in this study are family with child in District of Ciawi Tasikmalaya Residence. Research sample taken in accidental sampling, total samples are 50 respondences. Sample collecting procedures with structured interview, questionnaire, and food recall and then analyzed by percentage and proportion method. The results of this study describe that the factors that contributing to energy protein malnutrition are infection history, the poor level of mother's cognitive about nutrition, the lower level of family's social economic state, and inadequate calory and protein intake. While the mother's faith of food is not contributing to energy protein malnutrition cases. Recommended by researcher was need to intensified family participation and family empowering. Besides that, the mainly factors that should be intensified is dissemination information about nutrition, mainly infection cases in child such us acute respiratory infection, tuberculosis and diarrhea. All that efforts could be held in Posyandu, so Posyandu will be most important place as a public health centered to get information about child health generally.

Key word: nutrition intake for child, infection history, social economic

PENDAHULUAN

Tujuan utama pembangunan nasional adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia yang berkelanjutan. Visi pembangunan kesehatan di Indonesia adalah mewujudkan Indonesia Sehat 2010. Salah satu faktor utama yang berperan penting dalam mewujudkan Indonesia Sehat 2010, dan sesuai dengan target MDG'S 2015 (*Millennium Development Goals*) adalah menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA) dan Angka Kematian Anak (AKA).

Angka kematian bayi, balita dan anak merupakan salah satu indikator kesehatan yang sangat mendasar, dan status gizi merupakan faktor utama yang berpengaruh pada peningkatan atau penurunan angka kematian bayi, balita dan anak. Gizi pada balita terutama diperlukan untuk mendukung pertumbuhan dan

perkembangannya. Kurang terpenuhinya gizi pada anak akan menghambat sintesis protein DNA sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan sel otak yang selanjutnya akan menghambat perkembangan otak. Jika hal ini terjadi setelah masa divisi sel otak terhenti, hambatan sintesis protein akan menghasilkan otak dengan jumlah sel yang normal tetapi dengan ukuran yang lebih kecil. Namun perubahan yang kedua ini dapat hilang kembali (*reversibel*) dengan perbaikan diet.

Masalah gizi yang utama di Indonesia adalah kurang energi protein (KEP), kekurangan vitamin A (KVA), anemia gizi besi serta gangguan akibat kekurangan iodium (GAKI). Dari keempat masalah gizi tersebut, KEP merupakan penyebab kesakitan dan juga sekaligus penyebab kematian (Depkes RI, 1997). Berdasarkan hasil sementara

SP 2000, diperkirakan jumlah penderita gizi buruk pada balita adalah 1.520.000 anak dan 4.940.000 anak dengan gizi kurang.

Masih tingginya prevalensi gizi kurang pada anak balita disebabkan berbagai faktor diantaranya masih tingginya angka berat badan lahir rendah pada bayi (BBLR). Akibat dari BBLR dan gizi kurang pada balita akan menghasilkan masalah lanjutan pada pertumbuhan tinggi badan anak baru masuk sekolah (TBABS). Berdasarkan pemantauan TBABS didapatkan data bahwa dari 21.777.0000 anak usia 5-9 tahun yang sekolah, 7.800.000 anak tersebut mengalami hambatan dalam pertumbuhan. Di Indonesia sendiri, pada tahun 2005 gizi kurang terdapat 19,2%, gizi buruk 8,8%. Untuk usia 0-5 bulan gizi buruk tahun 2005 8,5%, usia 6-11 bulan 14,2%, usia 12-23 bulan 20% dan usia 24-59 bulan 21,2%. (BKKBN, 2006). Jawa Barat merupakan salah satu propinsi yang masih mengalami permasalahan gizi kurang pada balita. Dari 5 juta balita yang ada di Jawa Barat pada tahun 2001, sekitar 1,23% berstatus gizi buruk.

Kabupaten Tasikmalaya merupakan salah satu kabupaten dengan jumlah balita penderita gizi buruk dan gizi kurang yang cukup *significant*. Menurut Kepala Dinas Kesehatan (Dinkes Tasikmalaya), dr. Oki Zulkifli, pada tahun 2007 sebanyak 16.386 balita yang tersebar di 39 kecamatan telah dinyatakan mengalami kekurangan gizi. Tragisnya, dari jumlah itu sebanyak 1.097 balita masuk pada katagori gizi buruk. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya menyebutkan, mulai tahun 2001 hingga 2006 jumlah penderita gizi

buruk di Kabupaten Tasikmalaya terus meningkat. Pada 2001, dari 128.164 balita yang ditimbang, sebanyak 647 di antaranya mengalami gizi buruk, dan jumlah itu meningkat pada 2002, yakni menjadi 737 dari jumlah balita yang ditimbang sebanyak 131.794. Jumlah balita yang mengalami gizi buruk melambung tinggi pada tahun 2003, yakni mencapai 849 balita dari jumlah bayi yang ditimbang sebanyak 104.859, namun angka itu sempat mengalami penurunan secara drastis pada tahun 2004 yakni 541 balita dari 142.008 balita yang ditimbang. Pada tahun 2005, jumlah balita penderita gizi buruk kembali meningkat yakni 754 balita dari 143.537 balita yang ditimbang. Tragisnya, jumlah itu kembali melambung pada 2006, yakni mencapai 1.097 balita dari 148.816 balita yang ditimbang.

Tingginya angka kejadian gizi kurang tentunya tidak lepas dari faktor-faktor penyebabnya, baik penyebab langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung adalah kurangnya kecukupan zat gizi dan penyakit infeksi pada balita. Penyebab tidak langsung adalah rendahnya pengetahuan ibu tentang gizi, kepercayaan ibu yang kurang baik terhadap makanan tertentu, tidak tersedianya fasilitas kesehatan, tidak adanya kebijaksanaan pemerintah terhadap penanggulangan masalah gizi dan penghasilan keluarga yang rendah (Depkes RI, 1997).

Kekurangan gizi merupakan masalah yang sangat kompleks dan saling berkaitan. Penyebab gizi kurang pada balita baik yang langsung maupun tidak langsung mempunyai peranan yang bervariasi dan berbeda-beda di setiap daerah.

Oleh karena itu, sangat penting untuk mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian gizi kurang pada balita di Kecamatan Ciawi Kabupaten Tasikmalaya.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif dengan menggunakan metode *ex post facto* yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk mengetahui dan menggambarkan faktor-faktor yang dapat menyebabkan timbulnya suatu

kejadian dengan merunut ke belakang kronologis kejadian tersebut (Sugiyono, 2003).

Variabel dalam penelitian ini merupakan variabel univariat dengan sub variabel sebagai berikut :

1. Asupan nutrisi pada balita
2. Penyakit infeksi yang diderita oleh balita
3. Pengetahuan ibu tentang gizi pada balita
4. Keyakinan ibu tentang makanan pada balita
5. Mengidentifikasi tingkat sosial ekonomi keluarga balita

Definisi Operasional Penelitian

Sub Variabel	Definisi Operasional
Asupan nutrisi pada balita	Asupan nutrisi dalam penelitian ini adalah asupan nutrisi pada balita ditinjau dari jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi selama tiga hari. Penilaian asupan nutrisi dilakukan terhadap satu aspek yaitu jumlah zat gizi makanan.
Penyakit infeksi yang diderita oleh balita	Penyakit infeksi dalam penelitian ini adalah adanya riwayat penyakit kronis seperti diare kronis, ISPA, dan TBC kronis dalam tiga bulan terakhir.
Pengetahuan ibu tentang gizi pada balita	Pengetahuan ibu tentang gizi adalah pengetahuan ibu yang berhubungan dengan perilaku ibu, antara lain mampu menyebutkan makanan bergizi yang bisa diberikan sehari-hari, memahami proses pengolahan makanan dan kebersihan makanan.
Keyakinan ibu tentang makanan pada balita	Keyakinan ibu tentang makanan pada balita adalah kepercayaan ibu terhadap makanan tertentu atau adanya pantangan terhadap makanan tertentu yang didasarkan pada tradisi atau kebiasaan turun temurun.
Mengidentifikasi tingkat sosial ekonomi keluarga balita	Status sosial ekonomi adalah mengidentifikasi dari segi besarnya pendapatan dan pengeluaran perkapita per bulan yang dihitung dari biaya yang dikeluarkan untuk konsumsi makanan dan bukan makan dibagi dengan jumlah anggota keluarga. Status sosial ekonomi keluarga dikategorikan rendah, sedang dan tinggi dengan Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Tasikmalaya yaitu sebesar Rp. 700.000,- (Hasil koordinasi antara Asosiasi Pengusaha Indonesia (Aspindo), SPSI, Disnakertrans, Kesbang, 2008).
Gizi Kurang	Gizi kurang menurut Depkes RI (1997) adalah keadaan seseorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya

Sub Variabel	Definisi Operasional
	konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari atau gangguan penyakit tertentu, baku rujukan yang dilakukan adalah WHO-NCHS. Dalam penelitian ini diambil klasifikasi anak balita dengan gizi baik adalah skala 80 – 120 % dan anak balita dengan gizi kurang 60 – 79,9 %, dan gizi buruk < 60 %, dengan indeks BB/U WHO-NCHS.

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki balita di Kecamatan Ciawi Kabupaten Tasikmalaya Jawa Barat dengan sampel diambil menggunakan teknik *accidental sampling*. Sampel diambil pada keluarga yang datang ke Puskesmas Ciawi selama kurun waktu Bulan Agustus 2008. Sampel dalam penelitian ini adalah 50 orang, yang terdiri dari 18 orang balita dengan gizi kurang dan 32 orang gizi baik.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menanyakan langsung pada ibu (responden) yang mempunyai anak balita, pengukuran antropometrik BB dan TB. Untuk menanyakan langsung pada ibu menggunakan dua cara. Wawancara dilakukan dengan mengidentifikasi *critical point* untuk mendapatkan data tentang penyakit infeksi, kepercayaan ibu terhadap makanan tertentu dan tingkat penghasilan keluarga dan pengetahuan keluarga tentang nutrisi. Selain itu untuk mendapatkan informasi tentang asupan nutrisi digunakan *food recall*. Pengukuran antropometrik dilakukan untuk mendapatkan data tentang berat badan, TB, dan status gizi balita.

Teknik Pengolahan dan Analisis Data Analisa Univariat

1. Faktor Penyakit Infeksi

Menggunakan wawancara terstruktur dengan dua jenis pertanyaan ordinal (positif dan negatif).

2. Faktor Kepercayaan Ibu terhadap Makanan

Menggunakan wawancara terstruktur dengan 5 pertanyaan yang meliputi kepercayaan-kepercayaan yang berasal dari kebiasaan yang beredar di masyarakat dengan dua item jawaban (ya, tidak). Hasil dari pengukuran ini dikategorikan menjadi dua yaitu kepercayaan yang positif (yang mendukung ke arah peningkatan gizi) dan kepercayaan yang negatif (yang tidak mendukung ke arah peningkatan gizi). Skor dari masing-masing pertanyaan skor terendah adalah 0 dan skor tertinggi adalah 5.

Kemudian dari skor total tersebut dihitung persentase dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{X}{X_{maks}} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase skor tiap responden

X = Skor total dari keseluruhan pada variable atau sub variable penelitian

X maks= Skor total maksimum atau sub variable penelitian

3. Faktor Sosial Ekonomi Keluarga

Pengolahan data sosial ekonomi keluarga dengan cara menghitung total skor dalam skala untuk tiap responden dijumlahkan. Skala tertinggi adalah yang mungkin

adalah $4 \times K$, K = banyaknya item, skala terendah yang mungkin adalah $1 \times K$, K =banyaknya item. Pada penelitian ini untuk mengukur tingkat sosial ekonomi keluarga digunakan 2 pertanyaan, maka nilai batas pengkategorian yang digunakan adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Batas kategori sosial ekonomi keluarga

Batas	Skor
Minimum	$1 \times 2 = 2$
P 33,3	$2 \times 2 = 4$
P66,7	$3 \times 2 = 6$
Maksimum	$4 \times 2 = 8$

Setiap skor responden dicari dengan rumus

$$\sum_{i=1}^k X_n$$

Dimana n adalah banyaknya responden dan k adalah banyaknya item yang dianalisis dalam setiap sub variable.

Kriteria uji:

- Jika skor responden jatuh antara batas min (2) dan P33,3 (4) maka kesimpulannya responden dikategorikan memiliki tingkat sosial ekonomi rendah
- Jika skor responden jatuh antara batas min P33,3 (4) dan P66,7 (6) maka kesimpulannya responden dikategorikan memiliki tingkat sosial ekonomi sedang
- Jika skor responden jatuh antara batas P66,7 (6) dan nilai maksimal kesimpulannya responden dikategorikan memiliki tingkat sosial ekonomi tinggi

4. Faktor Pengetahuan Ibu Tentang Gizi

Untuk mengetahui pengetahuan ibu digunakan wawancara

terstruktur yang berisi pertanyaan untuk mengidentifikasi pengetahuan ibu tentang gizi pada balita, kemudian diberi skor masing-masing jawaban yang dipilih oleh responden, dan diberi nilai 1 (satu) bila jawaban benar dan nilai 0 (nol) bila jawaban salah. Jawaban dinyatakan benar bila sesuai teori dan sebaliknya. Data yang diperoleh dari responden ditabulasi yang kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi prosentase. Dan untuk mengukur tingkat pengetahuan digunakan rumus prosentase sebagai berikut :

$$P = \frac{X}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = prosentase

X = Jumlah jawaban yang benar

n = Nilai maksimum

Dari hasil perhitungan data yang bersifat kuantitatif untuk aspek pengetahuan dimasukkan ke dalam standar objektif sebagai berikut:

- Baik : > 75 %
- Cukup : 60% - 75 %
- Kurang : < 60%

5. Faktor Asupan Nutrisi

Asupan nutrisi dalam penelitian ini adalah asupan nutrisi pada balita ditinjau dari jumlah makanan yang dikonsumsi selama tiga hari. Penilaian asupan nutrisi dilakukan terhadap satu aspek yaitu jumlah zat gizi makanan.

Jumlah zat gizi makanan ditentukan melalui penentuan zat gizi makanan yang dikonsumsi responden sehari-hari, angka kecukupan energi serta prosentase tingkat kecukupannya, dimana tingkat kecukupan gizi rata-rata per orang per hari bagi orang sehat di Indonesia tercantum dalam suatu

daftar yang disebut Daftar Kecukupan Gizi (DKG).

Unsur utama dalam makanan yang diperlukan untuk pertumbuhan adalah protein sebagai zat pembangun dan kalori yang menyediakan energi (Pudjiadi, 1999).

Masalah gizi yang banyak diderita balita adalah kurang kalori dan protein (Supariasa, 2001). Oleh karena itu, tingkat kecukupan gizi yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah tingkat kecukupan energi dan protein.

Berikut ini adalah angka kecukupan gizi rata-rata pada balita berdasarkan DKG

Golongan Umur	Berat Badan	Energi	Protein
1-3 tahun	12	1250	23
4-6 tahun	18	1750	52

Angka yang tercantum dalam DKG setara dengan kebutuhan rata-rata individu. Angka tersebut sudah memperhitungkan variasi kebutuhan individu yang dipengaruhi oleh jenis kelamin, berat badan, umur, tinggi badan, keadaan fisiologis, aktivitas, metabolisme dan sebagainya.

Jumlah zat gizi makanan diukur menggunakan tingkat kecukupan zat gizi makanan (kalori dan protein) yang dikonsumsi selama 24 jam melalui tanya ulang selama 3 hari. Cara menghitung :

1. Mengkonversikan konsumsi makanan sehari ke dalam zat gizi energy menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM), Daftar Kandungan Zat Gizi Makanan Jajanan (DKMJ), Daftar Ukuran Rumah Tangga (DURT), Daftar Bahan Makanan Penukar (DBP) dan Daftar Kecukupan Gizi (DKG)
2. Menghitung jumlah zat gizi yang telah dikonsumsi oleh balita dengan menggunakan rumus :

$$KGij = \frac{Bj}{100} \times Gij \times \frac{BDDj}{100}$$

KGij = Penjumlahan zat gizi i dari setiap bahan

makanan atau pangan I yang dikonsumsi

Bj = Berat bahan makanan j (gram)

Gij = Kandungan zat gizi I dari bahan makanan j

BDDj = Persen bahan makanan j yang dimakan

3. Menghitung jumlah angka kecukupan gizi pada balita dengan rumus:

$$AKGi = \frac{Ba}{Bs} \times AKG$$

Dimana:

AKGi = Berat angka kecukupan energi atau protein pada balita

Ba = Berat badan balita yang ditimbang

Bs = Berat badan rata-rata yang dianjurkan berdasarkan umur tertentu dan tercantum dalam DKG

AKG = Angka kecukupan energi yang tercantum dalam DKG

4. Menghitung tingkat konsumsi zat gizi balita :

$$TKGi = \frac{KGi}{AKGi} \times 100\%$$

5. Menghitung rata-rata tingkat kecukupan gizi pada balita

$$TKGr = \frac{TKG \text{ hari1} + TKG \text{ hari2} + TKG \text{ hari3}}{3}$$

Skala pengukuran yang digunakan adalah ordinal, dengan kategori :

- Tingkat Konsumsi Baik : > 100%
- Tingkat Konsumsi Sedang : 80-99%
- Tingkat Konsumsi Kurang : 70 - 79 %
- Tingkat Konsumsi Buruk : < 69 %

6. Setelah data diolah dan didapatkan hasil pengelompokan berdasarkan tingkat kecukupan gizi kemudian dibuat tabel tingkat kecukupan kalori dan protein pada responden. Masing-masing tabel terdiri dari kolom kategori, frekuensi dan prosentase.

Seluruh variabel diatas akan dihitung prosentasenya dengan menggunakan analisis prosentase yaitu analisis yang digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi responden serta untuk mendeskripsikan sub variabel. Analisis prosentase ini digunakan untuk seluruh variabel penelitian yaitu asupan nutrisi, penyakit infeksi, kepercayaan ibu tentang makanan, pengetahuan ibu tentang gizi dan tingkat sosial ekonomi keluarga. Analisis prosentase ini menggunakan rumus:

$$P = \frac{X}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

- P : Persentase
X : Frekuensi
N : Jumlah responden

Kemudian hasil perhitungan frekuensi responden dalam persentase diinterpretasikan sebagai berikut :

- 0 % = Tidak seorangpun responden
1% - 19% = Sangat sedikit responden
20% - 39% = Sebagian kecil responden
40% - 59% = Setengahnya reponden
60% - 79% = Sebagian besar responden
80% - 99% = Hampir seluruh responden
100% = Seluruh responden

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bagian ini penulis akan menyajikan hasil penelitian, interpretasi dan hasil pembahasan yang diperoleh dari hasil jawaban 50 orang responden yang merupakan sampel dalam penelitian. Penelitian dilakukan di Puskesmas Ciawi Kabupaten Tasikmalaya pada Bulan Agustus 2008. Penyajian data ditampilkan dalam bentuk tabel frekuensi dan kemudian dideskripsikan dalam bentuk narasi. Pembahasan meliputi gambaran faktor-faktor yang berkontribusi dengan status gizi kurang pada anak balita. Sebelum jabaran hasil penelitian dan pembahasan penulisan merasa perlu untuk menyajikan karakteristik responden.

Adapun karakteristik yang dilihat dari orangtua adalah pendidikan ibu dan pekerjaan kepala

keluarga, sedangkan untuk anak adalah usia dan status gizi.

Tabel 1 Karakteristik Pendidikan Ibu

No	Karakteristik Pendidikan	F	%	Baik		Kurang		Buruk	
				F	%	F	%	F	%
1	SD	26	52.00%	6	12.00%	10	20.00%	0	0.00%
2	SLTP	16	32.00%	12	24.00%	4	8.00%	0	0.00%
3	SMU	4	8.00%	10	20.00%	4	8.00%	0	0.00%
4	D3	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
5	S1	4	8.00%	4	8.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total		50	100.00%	32	64.00%	18	36.00%	0	0.00%

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa ibu yang anaknya paling banyak mengalami gizi kurang adalah lulusan SD yaitu sebanyak 10 orang

atau 20% dari total responden, atau 55% dari total balita dengan gizi kurang.

Tabel 2 Karakteristik Pekerjaan Kepala Keluarga dan Status Gizi anak

No	Karakteristik Pekerjaan	F	%	Baik		Kurang		Buruk	
				F	%	F	%	F	%
1	PNS	4	8.00%	4	8.00%	0	0.00%	0	0.00%
2	Wiraswasta	18	36.00%	14	28.00%	4	8.00%	0	0.00%
3	Petani	14	28.00%	6	12.00%	8	16.00%	0	0.00%
4	Buruh	14	28.00%	8	16.00%	6	12.00%	0	0.00%
Total		50	100.00%	32	64.00%	18	36.00%	0	0.00%

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa keluarga yang anaknya paling banyak mengalami gizi kurang adalah keluarga dimana kepala keluarganya

bekerja sebagai petani, yakni sebanyak 8 orang atau 16% dari total responden, atau 44% dari responden dengan gizi kurang.

Penyakit Infeksi

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Riwayat Penyakit Infeksi Pada Responden

Status Gizi	Infeksi				Total
	(+)	%	(-)	%	
Baik	12	24.00%	20	40.00%	32
Kurang	18	36.00%	0	0.00%	18
Buruk	0	0.00%	0	0.00%	0
Total	30	60.00%	20	40.00%	50

Dari tabel 3 diketahui bahwa sebagian kecil dari responden (40%) anak yang tidak punya penyakit infeksi bergizi normal. Pada anak dengan gizi kurang positif seluruhnya (100%) memiliki riwayat infeksi.

Dalam penelitian ini diketahui bahwa seluruh anak dengan gizi kurang, seluruhnya (100%) memiliki riwayat penyakit infeksi. Penyakit infeksi dalam penelitian ini adalah penyakit infeksi kronis, yaitu diare berulang, ISPA berulang dan Tuberkulosis. Pudjadi (1996) menyatakan bahwa penyakit infeksi dan kurangnya asupan nutrisi mempunyai hubungan yang saling timbal balik. Anak yang kurang asupan nutrisinya maka akan mengakibatkan daya tahan tubuh menurun sehingga mudah terkena penyakit infeksi. Sebaliknya penyakit infeksi derajat apapun dapat memperburuk keadaan gizi. Anak yang memiliki penyakit infeksi akan menyebabkan menurunnya kemampuan tubuh dalam mengabsorpsi zat-zat yang dibutuhkan tubuh untuk perbaikan jaringan yang rusak, membentuk sel-sel baru dan sumber energi tidak tersedia secara adekuat. Dampak lain dari penyakit infeksi adalah penggunaan energi yang berlebih dari tubuh untuk mengatasi penyakit bukan untuk pertumbuhan dan perkembangan, sehingga akan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan tubuh anak.

Pengetahuan tentang Gizi

Pengetahuan orangtua terutama ibu, tentang gizi sangat berpengaruh terhadap tingkat kecukupan gizi yang diperoleh oleh balita. Pengetahuan tentang gizi yang penting diketahui oleh ibu adalah

berkaitan dengan kandungan makanan, cara pengolahan makanan, kebersihan makanan dan lain-lain. Orangtua perlu memahami pengetahuan tentang gizi, terutama yang berkaitan dengan zat-zat yang dikandung dalam makanan, cara mengolah makanan, menjaga kebersihan makanan, waktu pemberian makan dan lain-lain, sehingga pengetahuan yang baik akan membantu ibu atau orangtua dalam menentukan pilihan kualitas dan kuantitas makanan.

Tingkat Sosial Ekonomi Keluarga

Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa pada anak yang status gizinya kurang, 88% diantaranya berasal dari keluarga dengan tingkat sosial ekonomi yang rendah. Hal ini sesuai dengan laporan Oda Advisory Committee on Protein pada tahun 1974, bahwa kemiskinan merupakan dasar penyakit KEP, demikian juga UNICEF (1990) menyatakan bahwa rendahnya tingkat sosial ekonomi merupakan akar permasalahan dari penyakit KEP.

Kondisi status sosial ekonomi dapat dipakai sebagai alat ukur untuk menilai tingkat pemenuhan kebutuhan dasar (Widodo, 1990). Status sosial ekonomi keluarga dapat dilihat dari pendapatan dan pengeluaran keluarga. Keadaan status ekonomi yang rendah mempengaruhi pola keluarga, baik untuk konsumsi makanan maupun bukan makanan. Status sosial ekonomi keluarga akan mempengaruhi kualitas konsumsi makanan, karena hal ini berkaitan dengan daya beli keluarga. Keluarga dengan status sosial ekonomi rendah kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pangan terbatas, sehingga

akan mempengaruhi konsumsi makanan. Asupan nutrisi yang rendah dan terdapatnya penyakit infeksi pada anak balita dalam penelitian ini paling dominan disebabkan oleh rendahnya kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan yang memenuhi standar gizi dan untuk pemenuhan kebutuhan yang berkaitan dengan kesehatan. Sesuai dengan pernyataan Effendi (1998), status ekonomi rendah erat kaitannya dengan kemampuan orang untuk memenuhi kebutuhan gizi, perumahan yang sehat, pakaian dan kebutuhan lain yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan.

Kepercayaan Ibu terhadap Makanan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor kepercayaan ibu terhadap makanan tidak berkontribusi terhadap kejadian gizi kurang pada anak. Hal ini sebenarnya bertentangan dengan pendapat Pudjiadi (1993) bahwa adanya pantangan untuk menggunakan bahan makanan tertentu yang sudah turun-temurun dapat mempengaruhi terjadinya KEP. Kepercayaan bisa timbul dari agama atau dari kebiasaan yang turun-temurun. Kepercayaan yang berasal dari agama sulit untuk diubah, sedangkan yang berasal dari kebiasaan turun-temurun masih dapat diatasi dengan pendidikan kesehatan yang baik. Haryanti (2005) juga menyatakan bahwa masalah gizi

di Indonesia disebabkan oleh pola konsumsi pangan yang salah, dan diantaranya adalah distribusi makanan di masyarakat yang mempunyai kebiasaan dan anggapan bahwa seorang ayah mempunyai prioritas utama atas jumlah dan jenis makanan utama dalam keluarga, dan prasangka atau kepercayaan yang buruk pada bahan makanan tertentu. Adanya kepercayaan seperti ini bisa mengakibatkan kacaunya pola konsumsi keluarga. Anak yang seharusnya menjadi prioritas justru terabaikan karena ayah lebih didahulukan untuk mengkonsumsi makanan yang bernilai baik, baik dari sisi kualitas maupun kuantitasnya, juga ada pantangan terhadap makanan tertentu karena kebiasaan yang salah, sehingga zat makanan yang seharusnya dibutuhkan bagi anak-anak untuk pertumbuhan dan perkembangannya justru tidak diberikan sehingga akan mengganggu proses tumbuh kembang anak.

Namun dalam kenyataannya, pada hasil penelitian ini, anak dari ibu dengan kepercayaan yang baik terhadap makanan memiliki status nutrisi yang kurang. Sehingga dari data ini dapat diketahui bahwa ada faktor lain yang lebih berkontribusi terhadap status gizi anak. Ibu yang kepercayaannya baik tetapi kondisi status sosial ekonominya kurang akan mengakibatkan ibu tidak mampu memenuhi kebutuhan pangan bagi anaknya.

Asupan Gizi

Tabel 4 Asupan Kalori

Status Gizi	Kalori						Total
	Baik		Kurang		Buruk		
	F	%	F	%	F	%	
Baik	20	40.00%	12	24.00%	0	0.00%	32
Kurang	4	8.00%	14	28.00%	0	0.00%	18
Buruk	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0
Total	24	48.00%	26	52.00%	0	0.00%	50

Dari tabel 4 dapat diketahui bahwa sebagian dari responden (52%) memiliki asupan nutrisi yang kurang, dimana 28 % nya merupakan anak dengan status gizi kurang. Sedangkan bila dilihat dari total 18 orang anak yang memiliki status gizi kurang, maka 14 orang anak atau 77% nya memiliki asupan kalori yang kurang.

Asupan nutrisi sangat berkaitan dengan asupan kalori dan asupan protein. Menurut Notoatmodjo (1996), bahwa KEP terjadi karena ketidakseimbangan antara konsumsi kalori dan protein dengan kebutuhan energi, atau terjadi defisiensi atau deficit energi dan protein, dalam hal ini berkaitan dengan angka kecukupan konsumsi, kalori dan protein. Selain itu menurut Depkes RI (1997), bahwa penyebab langsung KEP adalah berkurangnya kecukupan zat gizi dan penyakit infeksi pada balita.

Kalori merupakan satuan panas dalam proses metabolisme dan dipakai untuk menyatakan besarnya energi yang terkandung dalam bahan makanan. Batasan untuk satu kal adalah jumlah yang diperlukan untuk menaikkan suhu 1 kg air dari 14.5° C menjadi 15.5° C, ternyata terdapat variasi yang luas mengenai keperluan dan pengeluaran energi pada anak,

selain tergantung dari faktor umur juga dari keadaan anak pada saat itu. Secara garis besar penggunaan energi rata-rata pada anak 6-12 tahun adalah untuk metabolisme basal, pertumbuhan 12%, aktivitas jasmani 25% dan eliminasi sebesar 8-10%. Secara umum kalori yang diberikan akan dimanfaatkan untuk: metabolisme basal, SDA (*Specific Dinamic Action*), aktivitas jasmani, pembuangan sisa makanan (eliminasi). Dengan demikian kekurangan asupan kalori akan mengakibatkan kerja tubuh tidak optimal dan aktivitas hidup akan terganggu. Apalagi kalori pada anak sangat dibutuhkan terutama untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Sehingga kurangnya asupan kalori dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak.

Protein berfungsi untuk membangun sel-sel yang rusak, membentuk zat-zat pengatur seperti enzim dan hormone yang berguna dalam proses metabolisme. Anak yang asupan proteinnya kurang akan mengalami gangguan terutama gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Selain itu protein pada masa balita sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan otak. Kurang

terpenuhinya gizi pada anak akan menghambat sintesis protein DNA sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan sel otak yang selanjutnya akan menghambat perkembangan otak. Jika hal ini terjadi setelah masa divisi sel otak terhenti, hambatan sintesis protein akan menghasilkan otak dengan jumlah sel yang normal tetapi dengan ukuran yang lebih kecil. Namun perubahan yang kedua ini dapat hilang kembali (*reversibel*) dengan perbaikan diet.

Melihat pembahasan tersebut diatas, maka harus ada solusi dari permasalahan di atas, khususnya faktor-faktor yang berkontribusi terhadap status gizi kurang, yakni asupan kalori dan protein, pengetahuan ibu terhadap makanan, penyakit infeksi, sedangkan faktor kepercayaan ibu terhadap makanan tidak memiliki kontribusi terhadap status gizi kurang. Untuk mengatasi masalah tersebut maka dibutuhkan kerja sama antara pemerintah, tenaga kesehatan dan masyarakat.

Untuk solusi jangka panjang, pemerintah perlu memikirkan tentang peningkatan kesejahteraan rakyat, karena masalah gizi kurang sebenarnya berakar pada masalah perekonomian, misalnya dengan cara meningkatkan jiwa *enterpreunership* masyarakat, sehingga masyarakat dapat kreatif untuk menciptakan lapangan kerja sendiri. Selain itu untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang gizi, kiranya perlu dilakukan upaya diseminasi informasi tentang gizi kepada masyarakat, misalnya melalui pendidikan kesehatan bagi ibu-ibu, atau bagi kader kesehatan dan melakukan revitalisasi posyandu

sehingga posyandu dapat menjadi sumber informasi kesehatan yang adekuat bagi masyarakat.

Selain itu untuk mengantisipasi masalah asupan nutrisi dan penyakit infeksi, perlu ditingkatkan upaya penyuluhan gizi yang berkaitan dengan alternatif-alternatif makanan khususnya bagi keluarga yang kurang mampu sehingga ada makanan pengganti yang harganya lebih murah, serta pemberdayaan masyarakat untuk menjaga kebersihan lingkungannya karena gizi kurang juga dapat disebabkan oleh penyakit infeksi kronis pada balita dimana sebagian besar penyakit infeksi berasal dari kebersihan lingkungan yang tidak terjaga. Untuk mengatasi masalah ini diperlukan keterlibatan perawat komunitas untuk melakukan asuhan keperawatan pada keluarga yang memiliki masalah kesehatan anak terutama anak dengan gizi kurang, sehingga dapat dilakukan pembinaan keluarga yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan keluarga tersebut.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian didapatkan faktor yang memiliki kontribusi terhadap gizi kurang pada anak adalah riwayat penyakit infeksi, tingkat pengetahuan ibu yang kurang, tingkat sosial ekonomi keluarga yang rendah, dan asupan kalori serta protein yang kurang. Sedangkan faktor yang kepercayaan ibu terhadap makanan (100%) memiliki kepercayaan yang mendukung terhadap status gizi balita. Jadi faktor kepercayaan ibu terhadap makanan tidak berkontribusi terhadap status gizi kurang pada balita.

SARAN

Semua pihak terutama keluarga diharapkan berpartisipasi untuk meningkatkan upaya pencegahan terjadinya gizi kurang pada anak, diantaranya dengan pembinaan dan pemberdayaan keluarga yang memiliki resiko gizi kurang pada anak. Pemberdayaan dan pembinaan keluarga ini dapat dilakukan oleh Puskesmas setempat dengan melibatkan perawat kesehatan komunitas.

Selain itu perlu dilakukan diseminasi informasi tentang gizi untuk meningkatkan pengetahuan keluarga khususnya ibu tentang asupan nutrisi, cara pengolahan dan pemilihan bahan makanan yang baik pada anak. Perlu dilakukan upaya promotif dan preventif untuk mengurangi angka penyakit infeksi, seperti penyuluhan tentang penyakit infeksi pada balita, terutama ISPA, diare dan tuberkulosis, misalnya melalui revitalisasi posyandu dengan cara meningkatkan partisipasi masyarakat untuk menggunakan posyandu sebagai pusat kesehatan dan sumber informasi di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi V. Jakarta : Rineka Cipta.
- Azwar, S. 2000. *Reliabilitas dan Validitas*. Edisi ke-4. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Depkes RI. 1992. *Strategi Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*. Jakarta: Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI.1997. *Pedoman Penanggulangan Kekurangan Energi Protein (KEP) dan Petunjuk Pelaksanaan PMT pada Balita*. Jakarta: Depkes RI
- FKUI. 2003. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi ketiga, Jilid dua. Jakarta: Media Aeskulapius.
- Friedman, M. 1998. *Keperawatan Keluarga* Edisi 3. Jakarta: EGC
- Haryanti, E. 2005. *Gizi Buruk dan Sikap Reaktif Kita*. Available online at <http://www.google.com/article/s/Fajar Online> Online_Gizi Buruk dan Sikap Reaktif Kita.htm (Diakses tanggal 5 Agustus 2008).
- Hurlock. 1994. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga
- Kaplan, Robert, M dan P. Sacuzzo, Dennis. 1993. *Psychological Testing Principles, Application and Issue*. Third Edition. California : Brocks/Cole Publishing Company.
- Khumaidi, M. 1994. *Gizi Masyarakat*. Jakarta: PT BPK Gunung Mulia.
- Kompas Cyber Media. 2006. Kurang Asupan Gizi, Daya Saing Turun (online): <http://www.kompascybermedia.com> diakses tanggal 8 Januari 2008
- Lab/SMF Ilmu Kesehatan Anak FK UNUD/RS Sanglah. 2005. *Kapita Selekta Gastroenterologi Anak*. Jakarta: Sagung Seto
- Markum, A.H. 1999. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- National Human Development Report. 2004. *Angka Kematian Bayi dan Balita (online)*: <http://suskernas.litbang.depke>

- s.go.id, diakses tanggal 8 Januari 2008
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : P.T. Rineka Cipta.
- 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- 2002. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- Profil Dinas Kesehatan Profinsi Jawa Barat. 2003. *Pola Penyakit Penderita Rawat Jalan di Puskesmas Umur 1-4 Tahun*. Dinkes Jawa Barat
- Pudjiadi, S. 2003. *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak, Edisi ke-4*. Jakarta. Balai Penerbit FKUI
- P2M & PL & LITBANGKES. 2007. *Ribuan Balita di Kabupaten Tasikmalaya Kekurangan Gizi (online)*
<http://www.litbangkes.go.id>
diakses tanggal 8 Januari 2007
- Sacharin, R. M. 1996. *Prinsip Keperawatan Pедиatri*. Jakarta : EGC
- Sediaoetama, A. 2000. *Ilmu Gizi*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Sekretariat SUSKERNAS, BADAN LITBANGKES DEPKES RI. 2005. *Kajian Kematian Ibu, Kematian Anak dan Status Gizi di Indonesia (online):*
<http://suskernas.litbang.depkes.go.id>, diakses tanggal 8 Januari 2008
- Soetjiningsih. 1998. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC
- Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 1997. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Percetakan Infomedika
- Supariasa, dkk. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC
- Suparman, dkk. 1990. *Manajemen Pelaksanaan Intervensi Gizi Masyarakat*. Jakarta: Pusat Pengembangan Tenaga Gizi Pusat, Departemen Kesehatan RI.
- Sugiyono. 2003. *Statistika untuk Penelitian*. Edisi ke-5. Bandung : Alfabeta.
- Widodo, S.T. 1990. *Indikator Ekonomi Dasar Perhitungan Perekonomian di Indonesia*. Yogyakarta: Kanisius
- * Penulis adalah Staf Edukatif Bagian Keperawatan Klinik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran