

## Research Article

# Status gizi anak 6-35 bulan dan pola pemberian air susu ibu di daerah perdesaan

*Nutritional status of 6-35 month children and breast milk pattern in rural areas*

Titus Priyo Harjatmo<sup>1</sup>, Annas Burhani<sup>2</sup>, Sugeng Wiyono<sup>1</sup>, Trina Astuti<sup>1</sup>, Nils Aria Zulfianto<sup>1</sup>, Tugiman<sup>1</sup>

### Abstract

#### Dikirim:

28 April 2018

#### Diterbitkan:

24 Mei 2018

**Purpose:** This study aimed to identify the nutritional status of children under 3 years, nutrient intake and breastfeeding patterns in Purwojati sub-district, Banyumas. **Methods:** This survey used 392 toddlers (6-35 months) from 10 villages in Purwojati sub-district. **Results:** Most aged 12-23 months were 43.4% and the age group 24-35 months was 32.7%. Most of the children under five have junior high school education level or equal. The composite analysis was used to look at nutritional problems significantly. Based on the composite analysis showed that as many as 19.6% of toddlers had normal short nutritional problems. Energy and protein consumption in toddlers in a large category in the less category. Most toddlers did not do initiation of early breastfeeding behavior in infants who were born at 60.7% and most did not exclusively breastfeed by 40.3%. **Conclusion:** The composite analysis of nutritional status based on the index of height-for-age and weight-for-height shows from the short toddler then 19.6% of toddlers who experience the potential fat. This is slightly lower with the results of 2016 nutrition status monitoring of 27.5% of short children (height-for-age), as many as 23.4% of under-fives have normal body weight (weight-for-height). If stunted children get more feeding treatment than what is expected to increase height, they are potentially obese.

**Keywords:** nutritional status; exclusive breastfeeding; rural population; stunting

<sup>1</sup>Politeknik Kesehatan Jakarta II (Email: titoespriyo@yahoo.co.id)

<sup>2</sup>Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas Provinsi Jawa Tengah

## PENDAHULUAN

Menyusui terbukti memberikan banyak manfaat bagi anak-anak, ibu, sistem kesehatan dan ekonomi. Menyusui dikaitkan dengan penurunan risiko kanker payudara pada ibu, kanker ovarium dan diabetes tipe 2, kecerdasan anak yang lebih tinggi serta penurunan risiko infeksi, maloklusi gigi, kelebihan berat badan dan diabetes (1,2). Menyusui sesuai rekomendasi terdiri dari inisiasi dini menyusui (dalam jam pertama kelahiran), ASI eksklusif untuk enam bulan pertama, dan terus menyusui sesuai usia yang tepat dua tahun (disertai dengan makanan pelengkap yang kaya zat besi makanan) (3). Oleh sebab itu, pemberian air susu ibu merupakan faktor status gizi. Strategi dan intervensi yang dibangun termasuk promosi kontak fisik ibu-bayi, emosi model kanguru (sentuhan kulit), dan dukungan inisiasi menyusui selama perawatan di rumah sakit serta advokasi perubahan kebijakan termasuk dukungan menyusui di tempat kerja (4).

Status gizi bayi dan balita merupakan indikator kesehatan dan kesejahteraan masyarakat karena bayi dan balita sangat rentan terhadap faktor yang menyebabkan balita kekurangan gizi. Riset Kesehatan Dasar 2013 menunjukkan bahwa sebesar 18,0% balita menderita status gizi sangat pendek dan 19,2% pendek. Secara kumulatif angka masalah gizi sangat pendek dan pendek lebih tinggi atau meningkat dibanding dengan tahun 2010. Sedangkan berdasarkan indeks BB/U, sebanyak 5,7% balita menderita status gizi sangat kurang dan 13,9% gizi kurang (5).

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia menunjukkan 27% bayi umur 4-5 bulan mendapat ASI eksklusif, 8% bayi diberi susu lain dan 8% diberi air putih. Pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 4-5 bulan 2012 lebih tinggi dibanding 2007 (6). Profil kesehatan 2012 menyebut cakupan pemberian ASI eksklusif hanya 25,6%, menurun dibanding 2011 (3). Cakupan ASI eksklusif di Kabupaten Sragen mencapai 50,8% di tahun 2011 dan 60,9% di tahun 2012, sehingga belum mencapai target ASI eksklusif (7). Analisis pola asuh yang dapat dikaji adalah pemberian ASI pada anak balita. Informasi ini dapat dikaji berdasarkan Susenas 1995 dan 2003. Secara nasional pemberian ASI terutama pada bayi di bawah 1 tahun menurun dari 46,5% tahun 1995 menjadi 31,1% tahun 2003. Provinsi terendah memberikan ASI adalah Aceh (23,7%) dan tertinggi Nusa Tenggara Barat (42,6%) (8). Banyak faktor yang menyebabkan status gizi kurang pada anak di bawah usia tiga tahun. Berdasarkan kerangka UNICEF sejak 1990 telah dikembangkan faktor determinan status gizi balita. Faktor penyebab langsung status gizi adalah asupan, penyakit dan infeksi. Sedangkan faktor penyebab tidak langsung antara lain pola pemberian air susu ibu, ketersediaan pangan keluarga, pola asuh, keadaan sanitasi dan kebersihan diri, keadaan sosial ekonomi dan perilaku kesehatan. Penelitian bertujuan

mengidentifikasi status gizi anak di bawah 3 tahun (6-35 bulan), asupan zat gizi dan pola pemberian ASI.

## METODE

Survei *cross-sectional* dilakukan di 10 desa di Kecamatan Purwojati. Populasi penelitian adalah seluruh anak berusia 6-35 bulan (Batita). Sampel diambil dengan cara *cluster sampling*, dengan titik pusat kluster adalah rumah ketua RT. Diperoleh sampel sejumlah 392 batita. Data status gizi dikumpulkan secara antropometri dengan mengukur berat dan tinggi badan. Data antropometri terdiri dari indeks BB/U, TB/U dan BB/TB dengan standar WHO 2005 dan dilakukan klasifikasi menurut ketentuan Kementerian Kesehatan RI. Data konsumsi diperoleh dengan metode *recall* pada ibu atau pengasuh untuk makanan yang dikonsumsi dalam waktu 1 x 24 jam yang lalu. Konsumsi makanan dianalisis menurut daftar komposisi bahan makanan atau *food processor* (FP2) untuk mendapatkan besaran kecukupan energi dan protein. Konsumsi energi dan protein dibanding dengan Angka Kecukupan Gizi 2004 untuk mendapat gambaran tentang defisit energi dan protein. Konsumsi energi dan protein dikatakan kurang jika <70% untuk energi dan <80% untuk protein.

## HASIL

Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah responden yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan relatif sama. Bila dilihat dari kelompok usia, maka sebagian besar berusia 12-23 bulan. Sebagian besar pendidikan ibu batita SMP dan tidak bekerja. Sebagian besar ayah berprofesi buruh atau petani dan masih dijumpai ayah tidak bekerja (2,8%).

Tabel 2 menunjukkan berat badan dan pengukuran panjang atau tinggi badan batita. Setelah dibanding dengan standar WHO 2005 maka diperoleh nilai Z skor untuk indeks BB/U, TB/U, BB/TB dan IMT/U. Status gizi batita berdasarkan indeks BB/U sebesar 13,5% mengalami status gizi kurang dan sangat kurang. Status gizi pendek dan sangat pendek pada batita berdasarkan indeks TB/U sebesar 5,9% dan 17,9%. Batita mempunyai status gizi sangat kurus dan kurus sebesar 3,6% dan 11,8%. Batita gemuk berdasarkan indeks BB/TB sebesar 4,8%. Indeks IMT/U mempunyai proporsi status gizi yang hampir sama dengan berat badan per tinggi badan.

Tabel 3 menunjukkan bahwa rata-rata asupan energi anak di bawah tiga tahun sebesar 876 Kkal, dan rata-rata asupan protein sebesar 30 gram. Konsumsi energi dan protein pada sebagian besar batita berada pada kategori kurang. Menyusui sejak dini berdampak positif baik bagi ibu maupun bayi.

Tabel 4 menunjukkan nilai *odds ratio* antara inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif terhadap

Tabel 1. Ciri batita dan keluarga (n=392)

Karakteristik	%
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	50,8
Perempuan	49,2
<b>Kelompok usia batita</b>	
Usia 6-11 bulan	24,0
Usia 12-23 bulan	43,3
Usia 24-35 bulan	32,7
<b>Pendidikan ibu</b>	
Tidak tamat SD	4,6
Tamat SD	23,1
Tamat SMP/MTS	40,6
Tamat SMA/MA	25,8
Tamat D1/D2/D3/PT	5,9
<b>Status pekerjaan Ibu</b>	
Tidak bekerja	66,1
Bekerja	33,9
<b>Status pekerjaan ayah</b>	
Tidak bekerja	2,8
TNI/POLRI/PNS/BUMN	2,3
Pegawai swasta	28,1
Wirawasta	29,1
Pelayan jasa/petani/buruh	32,6
Lainnya	5,1

Tabel 2. Distribusi frekuensi status gizi batita di kecamatan Purwojati tahun (n= 392)

Status gizi	n	z%	Indonesia 2013 (%)
<b>Indeks BB/U</b>			
Sangat kurang	5	1,3	5,7
Kurang	48	12,2	13,9
Normal	327	83,4	75,9
Lebih	12	3,1	4,5
<b>Indeks PB/U atau TB/U</b>			
Sangat pendek	23	5,9	8,4
Pendek	70	17,8	
Normal	299	76,3	
<b>BB/PB atau BB/TB</b>			
Sangat kurus	14	3,6	5,3
Kurus	46	11,8	6,8
Normal	313	79,8	76,1
Gemuk	19	4,8	11,8
<b>Indeks IMT/U</b>			
Sangat kurus	21	5,4	2,3
Kurus	36	9,1	6,2
Normal	312	79,6	84,8
Gemuk	23	5,9	6,7

stunting. Tidak terdapat hubungan bermakna antara IMD maupun ASI eksklusif terhadap status *stunting*. Meski demikian, secara praktis anak dengan IMD memiliki persentase stunting yang lebih kecil (secara statistik tidak bermakna).

## BAHASAN

Pendidikan ibu relatif lebih rendah dibanding dengan pendidikan ayah. Tingkat pendidikan ibu sebanyak 23,1% mempunyai pendidikan sekolah dasar atau sederajat dan yang tidak sekolah sebanyak 4,6%. Yang cukup

Tabel 3. Frekuensi asupan zat gizi batita (n=392)

Asupan Zat Gizi	%
<b>Konsumsi energi</b>	
Cukup (>70% AKG)	35,5
Kurang (<70% AKG)	64,5
<b>Konsumsi protein</b>	
Cukup (>80% AKG)	22,7
Kurang (<80% AKG)	77,3
<b>Inisiasi menyusui dini</b>	
Ibu melakukan IMD	39,3
Ibu tidak melakukan IMD	60,7
<b>ASI eksklusif</b>	
ASI eksklusif	59,7
ASI tidak eksklusif	40,3
<b>Status Gizi Komposit</b>	
Pendek kurus	3,2
Normal kurus	12,2
Pendek normal	19,6
Normal normal	60,2
Pendek gemuk	1,0
Normal gemuk	3,8

Tabel 4. Nilai *odds ratio* pola pemberian ASI dengan *stunting* batita di kecamatan Purwojati (n=392)

	<i>Stunting</i>		Normal		OR	95% CI
	n	%	n	%		
<b>IMD</b>						
Tidak	61	25,6	177	74,4	0,8	0,5-1,3
Ya	32	20,8	122	79,2		
<b>Eksklusif</b>						
Tidak	31	19,6	127	80,4	0,7	0,4-1,1
Ya	62	26,5	172	73,5		

menggembirakan adalah pendidikan ibu setingkat perguruan tinggi sebesar 5,9%. Hal ini relatif sama dengan temuan di Wonogiri pada ibu-ibu balita peserta Program Keluarga Harapan (9). Pendidikan merupakan modal bagi pengetahuan ibu. Penelitian sebelumnya menunjukkan efek perbedaan pengetahuan antara sebelum dan setelah intervensi *peer education* terhadap pengetahuan menjaga kebersihan pribadi. Temuan lain menunjukkan *peer education* meningkatkan pengetahuan pencegahan HIV/AIDS bagi WBP (10). Temuan lain menunjukkan kelompok yang mendapat *peer education* memiliki pengetahuan, sikap dan tindakan lebih tinggi dibanding kelompok kontrol. Temuan tersebut didukung observasi pada kelompok intervensi, yang sebagian besar aspek kebersihan badan, mulut, kuku, rambut, pakaian, dan kebersihan menstruasi dijawab "ya" (11).

*Global Nutrition Report* menyebut Indonesia berada di peringkat ke-17 di antara 117 negara dengan prevalensi tinggi *stunting* pada balita tahun 2014 (12). Hasil studi ini menunjukkan bahwa gizi kurang dan sangat kurang (indeks BB/U) (13,5,0%) yang masuk kategori masalah kesehatan sedang karena berada antara 10-19,9%. Prevalensi anak pendek dan sangat pendek di Purwojati mencapai 17,9% dan 5,9% yang masih berada di bawah angka nasional yaitu 31,4% di kota dan 39,9% di desa

(13). Namun, jika dibanding dengan data pantauan status gizi (PSG) 2016, status gizi *stunting* (pendek dan sangat pendek) sebesar 21,7% pada anak 0-23 bulan maka status gizi *stunting* di Purwojati sedikit lebih tinggi dengan hasil PSG tahun 2016 (14). Bila status gizi balita di Purwojati dibanding dengan batasan untuk kesehatan masyarakat, maka indeks BB/U termasuk masalah kesehatan masyarakat 'sedang', *stunting* dalam kategori sedang. Namun status "sangat kurus" dan "kurus" (*wasting*) (15,4%) merupakan masalah serius (15). Potensi gemuk pada balita pendek adalah 19,6%, lebih rendah dari data pantauan status gizi 2016 dari 27,5% balita pendek (TB/U), 23,4% balita mempunyai berat badan menurut tinggi badan normal. Jika anak-anak pendek mendapat perlakuan pemberian makanan lebih dari apa yang diharap bisa meningkatkan tinggi badan, mereka justru berpotensi mengalami kegemukan (14).

Ketahanan pangan dapat menentukan status gizi, tetapi tidak cukup untuk menjelaskan keseluruhan status gizi (16). Ketahanan pangan tidak terkait dengan *stunting* pada balita yang berasal dari keluarga sangat miskin karena ketersediaan makanan lebih stabil dengan kegiatan produksi pangan (peternakan atau ternak) dilakukan secara mandiri (17). Temuan tentang asupan energi dan protein pada balita menunjukkan bahwa asupan terhadap kedua jenis zat gizi tersebut dalam kategori kurang, 64,5% untuk energi dan 77,3% untuk asupan protein. Temuan lain menunjukkan bahwa sebagian besar rumah tangga digolongkan sebagai baik dalam tingkat konsumsi energi (>80%) dengan status gizi sebagian besar balita normal

(59,33%). Tidak ada hubungan antara ketahanan pangan dengan status gizi pada balita (17).

Gizi memadai perlu untuk kebutuhan bayi di masa tumbuh kembang. WHO mengusulkan 4 hal: pemberian ASI sesegera mungkin 30 menit setelah bayi lahir, ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, makanan pendamping ASI usia 6-24 bulan, dan meneruskan ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (18).

Ibu pemberi ASI eksklusif sebagian besar adalah responden dari keluarga miskin yang tidak bekerja sehingga memiliki cukup waktu untuk memberikan ASI eksklusif. Bekerja menuntut ibu untuk meninggalkan bayi pada usia dini dalam jangka waktu yang cukup lama dalam setiap harinya. Lama waktu pisah dengan bayi berpengaruh negatif untuk kelangsungan pemberian air susu ibu. Partisipasi wanita yang meningkat dalam angkatan kerja serta cuti yang kurang memadai bagi ibu yang bekerja mengurangi jumlah dan lama menyusui (19).

## SIMPULAN

Anak di bawah tiga tahun yang pendek memiliki potensi gemuk sebesar 19,6%. Hal ini sedikit lebih rendah dengan hasil Pemantauan Status Gizi Tahun 2016 dari 27,5% balita pendek (tinggi badan/umur), sebanyak 23,4% balita mempunyai berat badan menurut tinggi badan normal. Balita tersebut berpotensi mengalami kegemukan. Tidak terdapat hubungan bermakna antara inisiasi menyusui dini maupun pemberian air susu ibu eksklusif terhadap status *stunting*.

---

### Abstrak

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi status gizi anak usia 6-35 bulan, asupan zat gizi dan pola pemberian ASI. **Metode:** Survei dilakukan di Kecamatan Purwojati Banyumas melibatkan 392 anak berumur 6-35 bulan. **Hasil:** Sebagian besar berusia 12-23 bulan sebesar 43,4% dan kelompok usia 24-35 bulan sebesar 32,7%. Sebagian besar ibu balita mempunyai tingkat pendidikan setingkat SMP. Analisis komposit tersebut digunakan untuk melihat masalah gizi secara nyata. Analisis komposit menunjukkan bahwa sebesar 19,6% balita mempunyai masalah gizi pendek normal. Konsumsi energi dan protein pada anak di bawah tiga tahun sebagian besar pada kategori kurang. Sebagian besar ibu balita tidak melakukan perilaku inisiasi menyusui dini pada bayi yang dilahirkan sebesar 60,7% dan sebagian besar memberikan ASI tidak eksklusif sebesar 40,3%. **Simpulan:** Analisis komposit status gizi berdasarkan indeks TB/U dan BB/TB menunjukkan 19,6% balita pendek, lebih rendah dari angka 27,5% data pantauan status gizi tahun 2016. Sebanyak 23,4% balita mempunyai status BB/TB normal. Jika anak-anak pendek mendapat perlakuan pemberian makanan lebih dari apa yang diharap bisa meningkatkan tinggi badan, mereka justru berpotensi mengalami kegemukan. Tidak terdapat hubungan bermakna antara inisiasi menyusui dini dan pemberian air susu ibu eksklusif terhadap status anak pendek.

**Kata kunci:** status gizi; asupan zat gizi; ASI eksklusif; *stunting*

---

## PUSTAKA

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J et al. The annual cost of not breastfeeding in Indonesia: the economic burden of treating Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475–90.
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387:491–504.
3. Begin F, Arts M, White J, Clark D, Sint TT, Taqi I et al. *From the First Hour of Life - Making the Case for Improved Infant and Young Child Feeding Everywhere*. New York; 2016.
4. Wang Y, Briere C-E, Xu W, Cong X. Factors Affecting Breastfeeding Outcomes at Six Months in Preterm Infants. *Journal of Human Lactation*. 2018;890334418771307.
5. Kementerian Kesehatan. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta; 2013.
6. Kementerian Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta; 2012.
7. Kesehatan D. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Sragen*. Sragen; 2012.
8. Atmarita T s F. *Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta; 2004.
9. Harjatmo TP. *Laporan Riset Pembinaan Tenaga Kesehatan*. Jakarta; 2017.
10. Perdana I. Efektivitas pendidikan kesehatan metode peer education terhadap pengetahuan, sikap dan praktik pencegahan HIV/AIDS bagi warga binaan lembaga pemasyarakatan di Yogyakarta. [Tesis] Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret. 2013.
11. Rochmawati L, Rahayu GR. Efektivitas pendidikan sebaya terhadap perilaku kesehatan diri santri di pesantren. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2017; 33(11):717–52.
12. Palupi IR, Rahmanti AR. Association of household food security with toddler stunting in the Sleman Regency Indonesia. *International Journal of Community Medicine Public Health*. 2017;4(5):1424–8.
13. Kementerian Kesehatan. *Laporan Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta; 2013.
14. Kementerian Kesehatan. *Hasil Pemantauan Status Gizi*. Jakarta; 2016.
15. World Health Organization. *Country Profile Indicators Interpretation Guide*. WHO, editor. Geneva; 2010.
16. World Dev. Care and nutrition: concepts and measurement. 27(8). *World Dev*; 1999. 1309-37 p.
17. Mutisya M, Ngianga K, Moses WN CW. Household food (in) security and nutritional status of urban poor children aged 6 to 23 months in Kenya. *BMC Public Health*. 2015;15(1052).
18. World Health Organization. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization; 2003.
19. Andayani D, Emilia O, Ismail D. Peran kelas ibu hamil terhadap pemberian ASI Eksklusif di Gunung Kidul. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 33(7):317-24.