

ANALISIS PRAKTIK MENYUSUI, PENYAKIT INFEKSI DAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI TERHADAP PERTUMBUHAN LINEAR ANAK USIA 12-60 BULAN DI KECAMATAN INDERALAYA KABUPATEN OGAN ILIR

ANALYSIS OF BREASTFEEDING PRACTICE, INFECTION DISEASES AND SOSIODEMOGRAPHIC FACTOR WITH CHILDREN LINEAR GROWTH IN INDRALAYA, OGAN ILIR

Suci Destriatania

Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

E-mail: fkm@unsri.ac.id; sd_fkmunsri@yahoo.com

ABSTRACT

Background : *Linear growth is the best indicator to assess quality of children growth. Optimal growth is influenced by direct (infections and foods intake) and indirect factor caring capacity of mother, access to health facility and foods). This research was done as one of efforts to enhance quality of children growth particularly in critically period.*

Methods : *A non probability sampling towards 81 mothers who had children under five years old (12-60 months) in Indralaya Subdistrict. The study design was cross sectional with quantitative approach by using a structured questionnaire. Chi square was used for data analysis.*

Result : *56.8% children under 5 years old in this study were stunted (TB/U <-2SD, based on WHO 2005 reference). Most of them weren't practice early initiate breastfeeding (86,4 %), 88,9% were nonexclusive breastfeeding. There were 67,5% children under 5 suffered from ISPA 1 months before this research was done. More than half of mother hold basic level of education. They were housewife, had family income more than 1 million per month, had more than 1 child and part of extended family. Most of mother had low level of knowledge about breastfeeding practice and presented negative attitude. Level of education (pv 0.023), total children of mother (pv 0.043) and family composition (pv 0.009) were associated with children linear growth.*

Conclusion : *Increasing caring capacity of mother is one of efforts that can influence better infant growth.*

Key words : *Linear Growth, Breastfeeding, Infections*

ABSTRAK

Latar Belakang : *Pertumbuhan linear adalah indikator terbaik untuk mengukur kualitas pertumbuhan anak. Pertumbuhan optimal dipengaruhi oleh faktor langsung (infeksi dan asupan makanan) dan tidak langsung (pola asuh ibu, akses fasilitas kesehatan dan makanan). Penelitian ini dilakukan sebagai usaha untuk meningkatkan kualitas pertumbuhan anak khususnya pada periode kritis.*

Metode : *Sampel adalah 81 ibu yang memiliki anak balita (12-60 bulan) di kecamatan indralaya yang diambil secara tidak acak. Desain studi adalah cross sectional dengan pendekatan kuantitatif yang menggunakan kuesioner terstruktur. Analisis data menggunakan chi square.*

Hasil Penelitian: *56,8% balita dalam penelitian ini digolongkan pendek (TB/U <-2SD, berdasarkan referensi WHO 2005). Sebagian besar dari mereka tidak diinisiasi menyusui dini (86,4%) dan tidak diberikan asi eksklusif (88,9%). Sebesar 67,5% balita menderita ISPA. Lebih dari sebagian ibu berpendidikan rendah. Mereka adalah ibu rumah tangga dengan penghasilan keluarga lebih dari 1 juta per bulan, memiliki lebih dari 1 anak dan tinggal dengan keluarga besar. Sebagian besar ibu berpengetahuan rendah tentang praktik menyusui dan menunjukkan sikap negatif. Tingkat pendidikan (pv 0.023), jumlah anak yang dimiliki ibu (pv 0.043) dan komposisi keluarga (pv 0.009) berhubungan dengan pertumbuhan linear anak.*

Kesimpulan : *meningkatkan pola asuh ibu adalah salah satu upaya yang dapat mempengaruhi pertumbuhan anak yang lebih baik.*

Kata Kunci: *Pertumbuhan Linear, Menyusui, Infeksi*

PENDAHULUAN

Hasil kajian berbagai studi menunjukkan bahwa praktik pemberian makan yang tidak adekuat akan berdampak pada pertumbuhan, perkembangan serta imunitas bayi dan anak terutama di negara berkembang.¹ Oleh karena itu, agar pertumbuhan anak optimal, WHO dalam *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* merekomendasikan pemberian ASI dalam 30 menit pertama setelah melahirkan, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, pemberian MP ASI setelah usia 6 bulan dan meneruskan ASI hingga 2 tahun.²

Pertumbuhan linear (pertumbuhan tinggi badan) anak merupakan indikator terbaik untuk menilai kualitas pertumbuhan fisik anak. Rendahnya tinggi badan per umur pada anak di bawah 2-3 tahun merefleksikan gagalnya proses pertumbuhan selanjutnya (*stunting*) sedangkan pada anak yang lebih tua lebih merefleksikan kondisi kegagalan pencapaian pertumbuhan linear normal.

Faktor penyebab langsung kondisi tersebut adalah penyakit infeksi, buruknya praktik pola pemberian makan baik dari segi kualitas maupun kuantitas atau kombinasi keduanya.³ Pada tingkat populasi, tingginya prevalensi *stunted* berhubungan dengan rendahnya tingkat sosioekonomi, infeksi penyakit dan praktik pemberian makan yang tidak adekuat.⁴ Faktor sosioekonomi, kondisi lingkungan serta praktik pemberian makan merupakan faktor determinan malnutrisi di negara berkembang.⁵

Konsekuensi *stunted* terhadap kesehatan maupun sosial telah ditunjukkan oleh berbagai studi. Diketahui bahwa terdapat hubungan antara status pertumbuhan anak dengan kemampuan intelektual dan performa di sekolah.⁶ *Stunted* selama masa anak-anak juga menyebabkan rendahnya kapasitas kerja ketika dewasa yang kelak akan berdampak pada produktifitas ekonomi.⁷

Studi longitudinal di Guatemala menunjukkan bahwa 65% anak perempuan yang dikategorikan *severely stunted* pada usia 3 tahun akan tumbuh menjadi dewasa *stunted*.⁶ Wanita pendek akan memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami komplikasi obstetri karena memiliki ukuran pelvis yang kecil.³ Selain itu wanita tersebut memiliki resiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR).

Diperkirakan bahwa sebesar 38% atau 206 juta balita di negara berkembang tergolong *stunted*.⁸ Tepatnya sekitar dua per tiga (72%) atau sebesar 363 juta balita *stunted* terdapat di Asia.⁸ Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa bahwa prevalensi *stunted* dan *severe stunted* di Indonesia sebesar 18% dan 18,8%.⁹ Berdasarkan klasifikasi WHO tentang tingkat keparahan defisit pertumbuhan, dapat dikatakan bahwa secara umum prevalensi *stunted* dan *severe stunted* di Indonesia terbilang rendah.³ Walaupun demikian, prevalensi *stunted* di beberapa provinsi dan kabupaten di Indonesia masih termasuk kategori sedang bahkan tinggi. Diketahui bahwa prevalensi *severe stunted* di Provinsi Sumatera Selatan tertinggi dibandingkan dengan provinsi lain yang berada di Kepulauan Sumatera yaitu sebesar 28,1%.⁹

Ogan Ilir termasuk salah satu Kabupaten di Sumatera Selatan dimana kondisi lingkungan dan sanitasinya belum begitu baik. Hanya 39,1% keluarga yang memiliki akses air bersih. Selain itu, kepemilikan rumah sehat dan sarana sanitasi dasar juga masih rendah yaitu sebesar 44,4% dan 65,3%. Berdasarkan kategori WHO, prevalensi *stunted* di Kabupaten Ogan Ilir termasuk kategori sedang sebesar 25,5% dan salah satu kecamatannya yaitu kecamatan Inderalaya dikategorikan tinggi yaitu sebesar 39,3%. Oleh karena itu penelitian ini dilakukan sebagai usaha untuk meningkatkan kualitas pertumbuhan anak khususnya pada periode kritis.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Studi ini ingin melihat hubungan antara praktik pemberian makan terhadap pertumbuhan linear anak usia 12-60 bulan dimana faktor-faktor lain yang mempengaruhi pertumbuhan linear anak juga akan diteliti. Variabel dependen dalam studi ini adalah pertumbuhan linear anak usia 12-60 bulan sedangkan variabel independennya, adalah: praktik pemberian makan (inisiasi menyusui dini, pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping (MP-ASI)), penyakit infeksi, karakteristik sosiodemografi ibu (pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan, pengetahuan dan sikap ibu, komposisi keluarga, dan jumlah anak yang dimiliki ibu). Studi ini menggunakan desain *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif dimana pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung menggunakan kuesioner terstruktur.

Populasi dalam studi ini adalah seluruh ibu yang memiliki anak yang berusia 12-60 bulan di Kecamatan Inderalaya Kabupaten Ogan Ilir sedangkan sampel studi ini adalah sebagian ibu yang memiliki anak berusia 12-60 bulan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel penelitian dihitung dengan menggunakan rumus. Sampel yang diambil dalam studi ini harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi sampel, yaitu: anak berusia 12-60 bulan, secara umum anak terlihat sehat, dan tinggal di kecamatan Inderalaya, bersedia berpartisipasi dalam studi ini, sedangkan kriteria eksklusi sampel adalah: anak lahir prematur, berat lahir di bawah 2500 gram, dan anak menderita polio dan kelainan tulang.

Data primer yang dikumpulkan berupa data pertumbuhan linear anak (panjang badan anak untuk anak ≤ 2 tahun dan tinggi badan anak untuk anak > 2 tahun), praktik pola pemberian makan (inisiasi menyusui dini, pemberian ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI), penyakit infeksi (diare dan

ISPA), dan data sosiodemografi ibu (pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengetahuan, sikap, jumlah anak yang dimiliki, dan komposisi keluarga).

Pertumbuhan linear didapatkan dari pengukuran langsung panjang badan (untuk anak < 2 tahun) dengan menggunakan infantometer dan pengukuran tinggi badan anak (untuk anak > 2 tahun) dengan menggunakan *microtoise*. Panjang badan dan tinggi badan diambil dalam dua kali pengukuran kemudian diambil angka rata-rata pengukurannya. Riwayat penyakit infeksi dalam 1 bulan terakhir, pemberian makanan pendamping, dan data sosiodemografi ibu diperoleh dengan menggunakan kuesioner terstruktur melalui wawancara langsung kepada ibu. Pengukuran panjang badan dan tinggi badan, praktik pemberian makan serta data demografi ibu dilakukan oleh enumerator yang sudah dilatih terlebih dahulu.

HASIL PENELITIAN

Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks TB/U

Berdasarkan hasil penelitian sebagaimana yang dapat dilihat pada tabel 1 diketahui bahwa lebih dari sebagian besar anak tergolong pendek. Anak digolongkan pendek jika indeks Tinggi badan per umur (TB/U) < -2 SD dan dikatakan normal jika berada pada kisaran $-2SD$ sampai $2SD$. Pengkategorian tersebut menggunakan rujukan terbaru dari World Health Organization (WHO) tahun 2005.⁵

Tabel 1.
Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks Antropometri TB/U (n=81)

Status gizi anak berdasarkan indeks TB/U	n	%
Pendek	46	56,8%
Normal	35	43,2%

Praktik Menyusui

Tabel 2.
Praktik Pola Pemberian Makan Ditinjau Dari Aspek Inisiasi Menyusu Dini, Pemberian ASI Eksklusif dan Makanan Pendamping ASI (n=81)

Praktik Pola Pemberian Makan	n	%
Inisiasi menyusui dini		
Ya	11	13,6 %
Tidak	70	86,4 %
ASI eksklusif		
Eksklusif	9	11,1%
Tidak eksklusif	72	88,9%

Dari tabel 2. di atas diketahui bahwa hampir sebagian besar Ibu masih menunda pemberian ASI atau belum menerapkan praktik inisiasi menyusui dini (IMD) dan ibu yang tidak menyusui eksklusif 8 kali lipatnya dari ibu yang menyusui eksklusif.

Penyakit Infeksi yang Diderita Anak dalam Kurun Waktu 1 Bulan Terakhir

Tabel 3.
Penyakit Infeksi (Diare dan Ispa) yang Diderita Anak dalam Kurun Waktu 1 Bulan Terakhir (n=81)

Penyakit infeksi	n	%
Diare		
Ya	31	38,3%
Tidak	50	61,7%
ISPA		
Ya	55	67,5%
Tidak	26	32,1%

Sebagain besar anak terkena ISPA (pilek dan batuk disertai serta radang tenggorokan) pada 1 bulan terakhir walaupun hanya kurang dari sebagian anak menderita diare.

Karakteristik Sosiodemografi Ibu

Pada tabel 4. diketahui bahwa sebagian besar ibu berpendidikan tingkat

dasar (menamatkan pendidikan hingga tingkat SD). Sebagian besar ibu tidak bekerja dan memiliki lebih dari 1 sedangkan pendapatan keluarga mayoritas lebih dari 1 juta. Dilihat dari tingkat pengetahuan dan sikap ibu mengenai praktik pemberian makan pada anak, sebagian besar ibu tergolong berpengetahuan rendah dan menunjukkan sikap negatif.

Tabel 4.
Karakteristik Sosiodemografi Ibu (n=81)

Karakteristik sosiodemografi ibu	n	%
Tingkat pendidikan		
Tingkat pendidikan dasar	62	76,5%
Tingkat pendidikan menengah	19	23,5%
Status pekerjaan ibu		
Bekerja	38	46,9%
Tidak bekerja	43	53,1%
Pendapatan keluarga		
< 1 juta	29	35,8%
≥ 1 juta	52	64,2%
Jumlah anak yang dimiliki ibu		
Punya > 1 anak	59	72,8%
Punya 1 anak	22	27,2%
Sikap Ibu		
Negatif	45	55,6%
Positif	36	44,4%
Pengetahuan Ibu		
Rendah	52	64,2%
Tinggi	29	35,8%

Pengetahuan ibu dirumuskan dari 10 pertanyaan mengenai praktik pemberian makan pada anak dan pertumbuhan linear anak. Sikap ibu juga dirumuskan dari 10 pernyataan sikap dimana terdiri 9 pernyataan positif dan 1 pernyataan negatif. Untuk pernyataan positif, jika responden yang menjawab setuju atas pernyataan yang diberikan maka akan diberi poin 3 dan jika menjawab netral dan tidak setuju maka akan diberi poin 2 dan 1, begitu sebaliknya untuk pernyataan sikap negatif.

Pertumbuhan Linear Anak Berdasarkan Penyakit Infeksi, Praktik Pola Pemberian Makanan dan Karakteristik Sosiodemografi Ibu

Tabel 5.

Pertumbuhan Linear Anak Berdasarkan Praktik Pola Pemberian Makan pada Anak

Praktik pola pemberian makan pada anak	Pertumbuhan linear anak TB/U		Odds Ratio		p-value
	Pendek n (%)	Normal n (%)	OR	CI	
Inisiasi menyusui dini					
Tidak	41(58,6%)	29 (41,4%)	1,697	(0,4-6,0)	0,625
Ya	5 (45,5%)	6 (54,4%)			
ASI eksklusif					
Tidak Eksklusif	41 (56,9%)	31 (43,1%)	1,058	(0,2-4,2)	1,000
Eksklusif	5 (55,6%)	4 (44,4%)			

Berdasarkan tabel 5. di atas diketahui bahwa hasil statistik tidak menunjukkan adanya hubungan bermakna antara praktik menyusui dengan status gizi berdasarkan

indeks TB/U, tetapi dari hasil tabulasi silang dapat diketahui bahwa sebagian besar anak yang tergolong pendek tidak diinisiasi menyusui dini dan tidak disusui eksklusif.

Tabel 6.

Pertumbuhan Linear Anak Berdasarkan Riwayat Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi	Pertumbuhan linear anak TB/U		Odds Ratio		p-value
	Pendek n (%)	Normal n (%)	OR	CI	
Diare					
Ya	21(67,7%)	10 (32,3%)	2.100	(0,8-5.3)	0.182
Tidak	25(50,0%)	25 (50,0%)			
ISPA					
Ya	31(56,4%)	24(43,6%)	0.947	(0,4-2,4)	1.000
Tidak	15(57,7%)	11(42,3%)			

Pada tabel 6. di atas diketahui bahwa dari hasil uji statistik, tidak ada hubungan yang bermakna antara penyakit infeksi dengan pertumbuhan linear anak. Akan tetapi jika dilihat dari hasil tabulasi silang antara variabel

penyakit infeksi yaitu diare dan ISPA dengan status gizi anak berdasarkan indeks TB/U, diketahui bahwa sebagian besar anak yang tergolong pendek pernah menderita diare dan ISPA dalam kurun waktu 1 bulan yang lalu.

Tabel 7.

Pertumbuhan Linear Anak Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi Ibu

Karakteristik sosiodemografi ibu	Pertumbuhan linear anak TB/U		Odds Ratio		p-value
	Pendek n (%)	Normal n (%)	OR	CI	
Tingkat pendidikan					
pendidikan dasar	40 (64,5%)	22 (35,5%)	3,939	(1,3-11,8)	0,023
Pendidikan menengah	6 (31,6%)	13 (68,4%)			
Status pekerjaan ibu					
Bekerja	25 (65,8%)	13 (34,2%)	2,015	(0,8-4,9)	0.189
Tidak bekerja	21 (48,8%)	22 (51,2%)			
Pendapatan keluarga					
< 1 juta	20 (69,0%)	9 (31%)	2,222	(0,8-5,7)	0,156
≥ 1 juta	26 (50,0%)	26 (50,0%)			
Jumlah anak ibu					
Punya > 1 anak	29 (49,2%)	30 (50,8%)	0,284	(0,1-0,8)	0,043
Punya 1 anak	17 (77,3%)	5 (22,7%)			

Komposisi keluarga					
Keluarga besar	34 (69,4%)	15 (30,6%)	3,778	(1,4-9,6)	0,009
Keluarga inti	12 (37,5%)	20 (62,5%)			
Sikap Ibu					
Negatif	25 (55,6%)	20 (44,4%)	0,893	(0,3-2,1)	0,980
Positif	21 (58,3%)	15 (41,7%)			
Pengetahuan Ibu					
Rendah	32 (61,5%)	20 (38,5%)	1,714	(0,6-4,2)	0,357
Tinggi	14 (48,3%)	15 (51,7%)			

Dari tabel 7 diketahui bahwa hasil uji statistik antara variabel sosiodemografi ibu dan status gizi anak berdasarkan indeks TB/U diketahui bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu, jumlah anak yang dimiliki dan komposisi keluarga ibu.

PEMBAHASAN

Indeks antropometri TB/U menggambarkan status gizi masa lampau, artinya jika seorang anak pendek, berarti hal tersebut mengindikasikan rendahnya kuantitas dan kualitas asupan makanan anak dalam jangka waktu yang cukup lama. Rendahnya TB/U pada anak yang lebih muda (di bawah 2-3 tahun) di negara berkembang juga merefleksikan kegagalan proses pertumbuhan selanjutnya (*stunting*) dan apada anak yang lebih tua (di atas 3 tahun) merefleksikan kegagalan pertumbuhan (*stunted*). Hal yang penting digarisbawahi adalah terganggunya pertumbuhan dimulai selama masa bayi yang dipengaruhi oleh kondisi spesifik yang bervariasi antar populasi. Anak yang tumbuh pendek akan sulit untuk dikejar pertumbuhannya kecuali jika anak-anak yang dilahirkan di lingkungan yang buruk kemudian diadopsi dan tinggal di lingkungan dengan kondisi sanitasi yang baik serta diberikan asupan makanan yang adekuat maka pertumbuhannya akan baik.

Fakta epidemiologi mengenai manfaat ASI eksklusif di awal kehidupan anak hingga 2 tahun pertama kehidupannya telah diketahui. ASI melindungi anak dari infeksi karena substansi imunitas yang terkandung di dalamnya dapat meningkatkan kekebalan

tubuh anak terhadap penyakit. Bayi usia 0-5 bulan yang tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) eksklusif mempunyai resiko 2 kali lebih tinggi mengalami kematian akibat diare dan pneumonia.¹¹ Resiko tersebut meningkat menjadi 7 kali dan 5 kali lebih tinggi jika bayi tidak disusui.¹²

Hasil uji statistik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara variabel inisiasi menyusui dini, praktik pemberian ASI eksklusif dan pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) dengan status gizi anak berdasarkan indeks TB/U. Hubungan antara variabel yang belum dapat dibuktikan dalam penelitian ini mungkin dikarenakan praktik pola pemberian makan yang diteliti belum begitu spesifik dan rentang usia anak yang cukup lebar yaitu hingga 60 bulan dimana asupan makanan anak usia tersebut lebih bervariasi karena telah mengkonsumsi makanan keluarga. Penelitian ini belum menggali kaitan defisiensi asupan zat gizi tertentu yang dibutuhkan untuk pertumbuhan atau kombinasinya terhadap pertumbuhan linear anak misalnya protein dan berbagai mineral. Berbagai studi telah menunjukkan hubungan antara defisiensi zat gizi tertentu atau kombinasi dari kekurangan berbagai zat gizi terhadap pertumbuhan. Anak yang kurang gizi tinggi badan dan berat badannya di bawah standar. Jika kekurangan zat gizi cukup parah dan terjadi dalam jangka waktu lama maka akan berdampak pada retardasi pertumbuhan linear. Pertumbuhan linear akan terhambat jika defisiensi asupan protein walaupun asupan energi terbilang cukup.

Akan tetapi berdasarkan hasil tabulasi silang dapat diketahui bahwa sebagian besar anak yang tergolong pendek tidak diinisiasi

menyusu dini, tidak disusui eksklusif dan bahkan telah diberikan makanan selain ASI sebelum usia yang seharusnya (6 bulan). Pertumbuhan berat badan anak sejak lahir hingga usia 3 bulan di negara berkembang secara umum hampir sama bahkan sedikit lebih baik dibandingkan dengan populasi rujukan di negara maju.¹³ Studi di Guatemala menunjukkan bahwa pertumbuhan linear anak pada 3 bulan pertama kehidupan secara umum juga sesuai dengan nilai rujukan atau dengan kata lain, tidak terjadi kegagalan pertumbuhan. Hal tersebut dikarenakan tingginya praktik inisiasi menyusu dini pada periode awal postnatal. Pertumbuhan linear anak yang mulai terlihat turun pada 3 bulan pertama kehidupannya kemudian menjadi *stunting* pada usia 9-12 bulan dengan prevalensi sangat parah (nilai Z skor <-2 SD) kerap dijumpai di beberapa negara berkembang.¹⁴

Praktik menyusui merupakan hal yang sangat krusial terhadap status gizi bayi. Fakta dari sebuah studi menunjukkan bahwa waktu inisiasi dan total durasi menyusui berkontribusi dalam melindungi bayi dari *stunting*.¹⁵ Pemberian makanan prelaktal seperti madu, air gula bahkan bubur dapat menghambat proses *let down reflex* dan meningkatkan resiko bayi terkena infeksi. Resiko ini disebabkan oleh kontaminasi antara alat makan yang digunakan dan makanan dikarenakan praktik yang tidak higienis dalam menyiapkan makanan bagi bayi. Setelah bayi berusia 6 bulan, ASI saja tidak dapat memenuhi kebutuhannya terutama kebutuhan zat gizi makro dan mikro sehingga ia harus diberikan makanan pendamping. Tetapi, praktik yang kerap terjadi adalah waktu pengenalan pemberian makanan pendamping lebih cepat dari usia yang dianjurkan.

Penyakit infeksi juga diketahui memiliki kontribusi langsung terhadap status gizi anak atau dengan kata lain jika anak mudah terkena penyakit infeksi maka pertumbuhan anak tidak akan optimal. Penyakit diare dan infeksi pernafasan bagian

atas (ISPA) merupakan penyakit yang sering menyerang bayi dan balita. Penelitian ini belum bisa membuktikan kebermaknaan hubungan variabel tersebut dalam uji statistik. Hal tersebut mungkin dikarenakan singkatnya periode yang digunakan untuk menilai riwayat penyakit infeksi yang diderita anak, yaitu sekitar 1 bulan. Tetapi jika dilihat dari hasil tabulasi silang antara variabel penyakit infeksi yaitu diare dan ISPA dengan status gizi anak berdasarkan indeks TB/U, diketahui bahwa sebagian besar anak yang tergolong pendek pernah menderita diare dan ISPA dalam kurun waktu 1 bulan yang lalu. Briend et al dalam studinya membandingkan kenaikan berat badan dan tinggi badan anak-anak yang terkena diare selama kurun waktu 3 bulan. Hasilnya menunjukkan bahwa kenaikan berat badan dan pertumbuhan tinggi badan pada anak yang memiliki riwayat menderita diare lebih rendah dibandingkan anak-anak yang tidak terkena diare dalam kurun waktu tersebut.

Sebuah studi di Tanzania menunjukkan bahwa pola asuh ibu berhubungan dengan kejadian malnutrisi pada anak.¹⁵ Pola asuh ibu dalam hal buruknya praktik pemberian akan berdampak pada buruknya status gizi anak. Selain itu komposisi atau ukuran rumah tangga juga berkaitan dengan lamanya waktu yang diberikan ibu dalam mengasuh anak. Dengan kata lain bahwa, semakin meningkatnya jumlah anggota keluarga maka semakin berkurang waktu seorang ibu dalam mengasuh anak karena ia harus membagi waktunya untuk anggota keluarga lain.

KESIMPULAN DAN SARAN

Status gizi anak khususnya balita masih tergantung dengan ibunya. Oleh karena itu seorang ibu harus bijak dalam mengasuh anaknya terlebih ibu yang memiliki lebih dari 1 anak. Seorang ibu seharusnya mengetahui pola makan yang terbaik untuk anak agar pertumbuhan anak dapat optimal.

Saran dari penelitian ini adalah Ibu hendaknya proaktif mencari informasi mengenai menyusui dan pola asuh anak dengan memaksimalkan media yang ada, baik cetak maupun elektronik. Selain itu, ibu juga harus diberikan dukungan penuh oleh suami dan anggota keluarga yang lain dalam hal perawatan anak.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hop LT, Gross R, Giay T, Sastroamidjojo S, Schultink W, Lang NT. Premature complementary feeding is associated with poorer growth of Vietnamese children. *J Nutr.* 2000. Vol. 130, pp:2683–90.
2. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding Report of an Expert Consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2002.
3. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. *Technical Report Series*, No. 854. Geneva: WHO. 1995.
4. Frongillo EA Jr, de Onis M, Hanson KM. Socioeconomic and demographic factors are associated with worldwide patterns of stunting and wasting of children. *J Nutr.* 1997. Vol 127, pp 2302-2309.
5. Mwadime RKN and SL Baldwin. Relationship between household access to food and malnutrition in eastern and Southern Africa. *East. Afr. Med. J.* 1994. Vol. 71, pp: 571-579.
6. de Onis M. Child Growth and Development. In: Semba, D. Richard and Martin W Bloem. *Nutrition and Health in Developing Countries.* Humana Press Inc. Totowa New Jersey, 2001. pp: 71-91.
7. Spurr GB, Barac-Nieto M, Maksud MG. Productivity and minimal oxygen consumption in sugar cane cutters. *Am J Clin Nutr.* 1977. Vol. 30, pp: 316-321.
8. de Onis M, Blossner M. Global Database on Child Growth and Malnutrition. Doc WHO/NUT/97.4. Geneva: WHO. 1997.
9. The National Institute of Health Research and Development Ministry of Health Republic of Indonesia. Basic Health Survey 2007. Jakarta: Ministry of Health Republic of Indonesia. 2008.
10. WHO Collaborative Study Team. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet.* 2000. Vol. 355, pp:451–55.
11. Arifeen, S. et al. 'Exclusive Breastfeeding Reduces Acute Respiratory Infection and Diarrhea Deaths Among Infants in Dhaka Slums', *Pediatrics*, 2001. vol. 108, no. 4, pp. E67.
12. Black, RE., Saul S Morris and Jennifer Bryce. 'Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year?', *Lancet*, 2003. vol. 361, pp. 2226–34.
13. Neuman CG, Garrison GG. Onset and evolution of stunting in infants and children. Example from the human nutrition collaborative research support program. Kenya and Egypt studies. *Eur J Clin Nutr.* 1994. Vol. 48, pp: 90-102.
14. Huttly SRA, Victoria CG, Barros FC, Teixeira AMB, Vaughan JP. The timing of nutritional status determination: implications for interventions and growth monitoring. *Eur J Clin Nutr.* 1991. Vol. 45, pp: 85-96.
15. Maseta E, Kogi-Makau W, Omwega AM. Childcare practices and nutritional status of children aged 6–36 months

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada Universitas Sriwijaya yang telah mendanai penelitian ini. Apresiasi tulus disampaikan kepada enumerator dan ibu-ibu yang berpartisipasi dalam penelitian ini.

among short- and long-term beneficiaries
of the Child Survival Protection and
Development Programmes (the case of

Morogoro, Tanzania). *S Afr J Clin Nutr.*
2008. Vol. 21(1) pp:16-20.