

Pola asuh ibu sebagai faktor risiko kejadian kurang energi protein (KEP) pada anak balita

Adni Abdul Razak¹, I Made Alit Gunawan², R. Dwi Budiningsari³

ABSTRACT

Background: Protein energy deficiency (PED) is one of nutrition disorders which happen to children under five years. According to data of nutritional status examination result 2005 and 2006, the prevalence of PED at the Province of Sulawesi Tengah was 30.61% and 30.84%, whereas at District of Morowali was 11% and 11.6%. Lots of factors cause malnutrition among children under five, among others are imbalanced nutrient intake, infection, and rearing pattern of mothers comprising care and food supply.

Objective: To identify rearing pattern of mothers as risk factor for the prevalence of PED in children under five.

Method: This was an observational study with case control study design. Population and samples of the study were children under five suffering from PED as indicated from anthropometric standard weight for age according to standard of WHO National Child Health Standard (NCHS), i.e. < -2 elementary school to ≥ -3 elementary school. The controls were children under five who did not suffer from PED. Respondents consisted of mothers of children who had PED and did not have PED that fulfilled inclusion and exclusion criteria. The variables observed were rearing pattern, infection as confounding variable and nutritional status. Nutritional status of children with PED and without PED was processed using index of weight for age against standard of WHO-NCHS. Chi-square and odds ratio were used to identify rearing pattern as risk factor for PED.

Results: The result of the study showed that there were 23 mothers (57.5%) practising poor rearing pattern in children with PED and there were 35 mothers (87.5%) practising good rearing pattern in children without PED. The result of statistical test showed $p < 0.05$, i.e. $p = 0.001$, so there was significant difference in rearing pattern of mothers which consisted of knowledge, attitude and practice in the care and food supply of children under five.

Conclusion: Poor rearing pattern of mothers brought greater risk for children with PED than good rearing pattern in the care and food supply of children under five.

KEY WORDS protein energy deficiency, rearing pattern

PENDAHULUAN

Kurang gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang terjadi di negara-negara berkembang dan merupakan faktor dasar. Lima puluh persen dari 10-11 juta anak di bawah usia lima tahun setiap tahun meninggal dengan sebab-sebab yang seharusnya dapat dicegah. Di seluruh dunia, sekitar 60 juta anak mengalami kurang gizi akut, 13 juta anak mengalami gizi buruk, dan sekitar 2% anak-anak di negara berkembang mengalami gizi buruk (1).

Pencapaian pembangunan manusia yang diukur dengan indeks pembangunan manusia (IPM) di Indonesia masih menunjukkan hasil yang kurang menggembirakan. Hal ini dapat dilihat dari rendahnya IPM Indonesia yang hanya menduduki peringkat 111 dari 174 negara. Rendahnya IPM di Indonesia ini dipengaruhi oleh status gizi dan kesehatan penduduk. IPM Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2003 juga menunjukkan hasil yang tergolong kurang, yaitu berada pada peringkat 22 dari 30 provinsi (2).

Gizi buruk dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Di antara berbagai faktor penyebab timbulnya gizi buruk, kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk, tetapi untuk mencegah gizi buruk tidak harus menunggu keberhasilan pembangunan ekonomi sampai masalah kemiskinan tuntas (2).

Berdasarkan hasil pemantauan status gizi (PSG), status gizi buruk di Sulawesi Tengah tahun 2005 sebesar 9,34% dan tahun 2006 meningkat menjadi 9,62%, sedangkan angka KEP (kurang energi protein) tahun 2005 sebesar 30,61% dan tahun 2006 sebesar 30,84%. Sementara itu, di Kabupaten Morowali angka status gizi buruk tahun 2005 sebesar 2% dan tahun 2006 meningkat menjadi 2,4%, sedangkan angka KEP tahun 2005 sebesar 11% dan tahun 2006 menjadi 11,6% (3). Data tersebut menunjukkan adanya penurunan status gizi masyarakat, baik di Sulawesi Tengah maupun di Kabupaten Morowali.

Kasus gizi buruk ditemukan di semua wilayah Kabupaten Morowali dengan jumlah kasus yang sangat dinamis (berubah setiap saat). Keadaan ini perlu disadari karena terjadinya kasus gizi buruk terkait dengan berbagai faktor yang mempengaruhi, antara lain: penyakit infeksi seperti diare, TB (tuberkulosis)-paru, ISPA (infeksi saluran

¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Morowali Sulawesi Tengah, Komplek Perkantoran Bumi Fonuasingko Dinas Kesehatan Kabupaten Morowali Provinsi Sulawesi Tengah

² Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Departemen Kesehatan RI Yogyakarta, Jl. Tatabumi No. 3, Yogyakarta

³ Magister Gizi Kesehatan UGM, Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281, e-mail: budiningsari25@yahoo.com

pernafasan atas), dan lain-lain yang terkait dengan faktor kemiskinan. Kemiskinan mengakibatkan akses penduduk terhadap kesehatan dan konsumsi makanan menjadi rendah, sehingga mendorong timbulnya kasus gizi buruk (4).

Pola pengasuhan anak dapat berupa: pengetahuan, sikap, praktik ibu dan pengasuhan lain dalam kedekatannya dengan anak, cara memberi makan, merawat, serta memberi kasih sayang kepada anak. Anak yang diasuh oleh ibu kandung dapat lebih berinteraksi secara positif dibandingkan dengan anak yang diasuh oleh orang lain. Pola asuh ibu terhadap anaknya berkaitan erat dengan keadaan ibu, terutama kesehatan, pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan tentang pengasuhan anak (5). Di Kabupaten Morowali, khususnya di daerah penelitian Kecamatan Bungku Utara, pola asuh oleh ibu jarang dilakukan. Para ibu umumnya menitipkan anak balitanya kepada keluarga atau tetangga, karena ibu memiliki kesibukan membantu suami untuk bekerja di ladang. Kondisi tersebut bisa menyebabkan perawatan serta pemberian makan tidak sesuai dengan kebutuhan anak balita. Keadaan ini diperburuk dengan budaya makan yang masih memprioritaskan makanan untuk kepala keluarga, sehingga kebutuhan makanan pada anak balita tidak terpenuhi yang berdampak pada kurang gizi (4).

Mencermati kondisi tersebut, perlu dicari upaya pemecahan untuk mengatasi KEP pada anak balita dengan melihat faktor penyebab yang terdekat, yaitu: pola konsumsi makan balita, pola asuh atau perawatan ibu, dan penyakit infeksi. Pemberian makanan tambahan pada anak balita kurang gizi ternyata belum dapat mengatasi perbaikan status gizi semua anak balita kurang gizi (4). Memang sudah ada beberapa penelitian sebelumnya yang mencari hubungan pola asuh dengan KEP pada anak balita, namun penelitian di Kabupaten Demak dan Kabupaten Bogor tidak dapat memastikan pola asuh sebagai faktor risiko KEP pada anak karena berturut-turut menggunakan rancangan *cross sectional* dan eksploratif implementatif (6, 7). Kondisi tersebut mendorong dilakukannya penelitian yang bertujuan mengetahui pola asuh ibu sebagai faktor risiko kejadian KEP pada anak balita.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan *case control*. Populasi penelitian ini meliputi balita KEP sebagai kasus dan balita tidak KEP sebagai kontrol. Sampel ditentukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu: balita berumur 6-60 bulan, merupakan anak kandung dari ibu (responden), dan menderita KEP (untuk sampel kasus), namun sebaliknya untuk sampel kontrol tidak menderita KEP. Kriteria eksklusi yaitu: anak BBLR (berat badan lahir rendah), anak menderita kelainan kongenital/cacat fisik, ibu kandung tidak tinggal satu atap, dan anak menderita infeksi yang tidak tercatat dalam buku register atau tidak mempunyai kartu status. Perhitungan besar

sampel didasarkan atas rumus pengujian hipotesis untuk dua proporsi populasi dengan proporsi kasus sebesar 16% (3), proporsi kontrol sebesar 10% (8), dan proporsi rata-rata sebesar 0,13 yang dihitung pada tingkat kepercayaan 95% (9). Berdasarkan rumus tersebut, diperoleh sampel sebanyak 80 anak balita yang terdiri dari 40 balita KEP sebagai kasus dan 40 balita tidak KEP sebagai kontrol dengan *matching* berdasarkan jenis kelamin. Besar sampel di tiap-tiap desa diambil secara *systematic random sampling* dengan rumus N (jumlah balita KEP atau balita tidak KEP tiap desa) dibagi dengan N (total balita KEP atau tidak KEP) kemudian dikalikan dengan jumlah sampel.

Data yang dikumpulkan meliputi karakteristik responden (umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengeluaran, dan jumlah anggota keluarga), pola asuh (pengetahuan, sikap, praktik pola asuh ibu), serta penyakit infeksi. Pola asuh ibu dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner pola asuh yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Skor pola asuh diperoleh dari interval nilai (skor tertinggi dikurangi skor terendah dibagi dengan jumlah kategori yang diinginkan) (10). Pola asuh ibu dikategorikan kurang jika skor < 192 dan baik jika skor 192-282. Pola asuh dirinci lagi menjadi pengetahuan, sikap, dan praktik. Pengetahuan merawat dan memberikan makan anak balita didasarkan atas wawasan ibu mengenai cara merawat dan memberi makan anak balita. Skor pengetahuan dikategorikan menjadi kurang jika < 46 dan dinyatakan baik jika skor 46-60. Sikap merawat dan memberikan makan anak balita merupakan reaksi atau tanggapan ibu dalam mengasuh, merawat, dan memberikan makanan kepada anak balita. Sikap ibu dinyatakan kurang baik apabila total skor < 103 dan baik apabila skor 103-170. Praktik cara merawat dan memberikan makan anak balita adalah tindakan nyata ibu dalam mengasuh anak balita atau cara merawat dan memberikan makanan kepada anak balita. Praktik ibu dinyatakan kurang baik apabila total skor < 40 dan baik apabila skor 40-52.

Status KEP merupakan suatu keadaan kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari. Klasifikasi KEP dalam penelitian ini adalah gizi kurang. Kelompok kasus adalah anak balita yang menderita KEP berdasarkan standar baku antropometri WHO-NCHS berdasarkan indeks BB/U (berat badan/umur). Dinyatakan KEP apabila < -2 SD sampai \geq -3 SD. Kelompok kontrol adalah anak balita yang tidak menderita KEP. Dinyatakan tidak KEP apabila \geq -2 SD sampai 2 SD.

Penyakit infeksi adalah penyakit yang diderita atau yang pernah dialami anak balita dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terakhir sampai dengan saat penelitian. Dikatakan ada penyakit infeksi apabila pernah menderita penyakit infeksi (diare, ISPA, TBC) dengan

melihat diagnosis dokter/bidan pada kartu status pasien.

Data kemudian diuji secara statistik menggunakan *chi square*, baik pada data karakteristik responden maupun pada data pola asuh untuk mengetahui perbedaan proporsi antara balita KEP dan tidak KEP. Untuk mengetahui variabel infeksi sebagai variabel pengganggu digunakan stratifikasi dan standardisasi pada tingkat kemaknaan 5% ($p < 0,05$).

HASIL DAN BAHASAN

Karakteristik sampel penelitian

Karakteristik sampel pada penelitian ini disajikan pada **Tabel 1**. Hasil analisis sampel kelompok umur 6-24 bulan diperoleh sebagian besar (57,5%) sampel tergolong balita KEP, sedangkan pada sampel kelompok umur 25-60 bulan diperoleh sebagian besar (65%) sampel tergolong tidak KEP. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,36$ yang berarti tidak ada perbedaan proporsi umur antara sampel KEP dan tidak KEP. Di antara sampel tersebut, sampel laki-laki yang tergolong KEP dan tidak KEP jumlahnya sama, masing-masing sebanyak 22 orang, demikian pula sampel perempuan masing-masing sebanyak 18 orang karena telah dilakukan *matching* sampel kasus dan kontrol berdasarkan jenis kelamin.

Hasil analisis jumlah balita dalam keluarga hampir sama antara balita KEP dan tidak KEP. Rata-rata jumlah balita dalam satu keluarga kurang dari 2 balita. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,232$ yang berarti tidak ada perbedaan jumlah balita dalam keluarga antara balita KEP dan tidak KEP.

Berdasarkan hasil analisis penyakit infeksi diperoleh sebagian besar (87,5%) balita yang mengalami infeksi merupakan balita KEP, sedangkan sampel yang tidak

mengalami infeksi sebagian besar (57,5%) merupakan balita tidak KEP. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,001$, maka dapat dikatakan ada perbedaan proporsi penyakit infeksi antara balita KEP dan tidak KEP (ada perbedaan yang bermakna antara penyakit infeksi pada balita KEP dan tidak KEP). Oleh karena itu, akan dilakukan analisis lebih lanjut antara ada/tidaknya penyakit infeksi terhadap kejadian KEP anak balita.

Hasil analisis jenis infeksi antara balita KEP dan tidak KEP, diketahui yang terbanyak menderita ISPA merupakan balita KEP yaitu sebanyak 26 (74,3%) orang, sedangkan infeksi diare, baik pada balita KEP maupun tidak KEP jumlahnya hampir sama. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,34$, maka dapat dikatakan tidak ada perbedaan proporsi jenis infeksi antara balita KEP dan tidak KEP (tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis infeksi pada balita KEP dan tidak KEP).

Karakteristik responden penelitian

Orang tua balita merupakan responden pada penelitian ini dan karakteristiknya disajikan pada **Tabel 2**. Hasil analisis tingkat pendidikan ibu antara balita KEP dan tidak KEP hampir sama. Rata-rata ibu balita berpendidikan SD (sekolah dasar), baik ibu balita KEP maupun tidak KEP, masing-masing sebanyak 23 (57,5%) orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,507$, maka dapat dikatakan tidak ada perbedaan proporsi tingkat pendidikan ibu antara balita KEP dan tidak KEP (tingkat pendidikan ibu antara balita KEP dan tidak KEP hampir sama).

Hasil analisis tingkat pendidikan ayah antara balita KEP dan tidak KEP yang terbanyak juga SD, masing-masing sebanyak 23 (57,5%) dan 21 (52,2%) orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,782$, maka dapat dikatakan tidak ada perbedaan proporsi tingkat pendidikan ayah

TABEL 1. Karakteristik sampel

Variabel	Balita KEP		Balita tidak KEP		χ^2	p
	n	%	n	%		
Kelompok umur						
6-24 bulan	23	57,5	14	35,0	4,073	0,36
25-60 bulan	17	42,5	26	65,0		
Jenis kelamin						
Laki-laki	22	55,0	22	55	0,0001	0,589
Perempuan	18	45,0	18	45		
Jumlah balita dalam keluarga						
< 2	26	65,0	30	75	0,952	0,232
> 2	14	35,0	10	25		
Penyakit infeksi						
Ada infeksi	35	87,5	16	42,5	17,8	0,001*
Tidak ada infeksi	5	12,5	23	57,5		
Jenis infeksi						
ISPA	26	74,3	11	64,7	0,512	0,34
Diare	9	25,7	6	35,3		

Keterangan:

* Bermakna ($p < 0,05$; uji *chi square*)

antara balita KEP dan tidak KEP (tingkat pendidikan ayah antara balita KEP dan tidak KEP hampir sama).

Berdasarkan pekerjaan ibu, sebagian besar 26 (65%) ibu balita KEP bekerja sebagai petani, sedangkan pekerjaan ibu balita tidak KEP rata-rata sebagai petani dan ibu rumah tangga, masing-masing sebanyak 20 (50%) orang. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,129$, maka dapat dikatakan tidak ada perbedaan proporsi pekerjaan ibu antara balita KEP dan tidak KEP (pekerjaan ibu antara balita KEP dan tidak KEP hampir sama). Pekerjaan ayah, baik pada balita KEP maupun tidak KEP bekerja sebagai petani.

Hasil analisis jumlah anggota keluarga antara balita KEP dan tidak KEP hampir sama. Rata-rata jumlah anggota keluarga yang terbanyak yaitu 6–8 orang, baik pada keluarga balita KEP maupun tidak KEP, masing-masing dengan persentase 75% dan 67,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,311$, maka dapat dikatakan tidak ada perbedaan proporsi jumlah anggota keluarga antara balita KEP dan tidak KEP (tidak ada perbedaan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga balita KEP dan tidak KEP).

Hasil analisis pengeluaran pangan per kapita per bulan antara balita KEP dan tidak KEP hampir sama, yaitu \geq Rp 50.000,-. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,069$ yang berarti tidak ada perbedaan proporsi pengeluaran per kapita antara balita KEP dan tidak KEP (tidak ada perbedaan yang bermakna antara pengeluaran per kapita balita KEP dan tidak KEP).

Pola asuh ibu (pengetahuan, sikap, dan praktik) dalam merawat dan memberi makan anak balita

Perbedaan proporsi pola asuh (pengetahuan, sikap, dan praktik) ibu dalam merawat balita disajikan pada **Tabel 3**.

Pengetahuan Ibu Pengetahuan ibu pada balita KEP umumnya kurang baik, sedangkan ibu pada balita tidak KEP umumnya memiliki pengetahuan yang baik, masing-masing dengan persentase 77,5% dan 65,0%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,001$ (IK 95%: 2,38-7,15), yang berarti ada perbedaan proporsi kejadian KEP antara ibu yang berpengetahuan kurang baik dengan ibu yang berpengetahuan baik (ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan ibu pada balita KEP dan tidak KEP). Nilai OR sebesar 6,397 menunjukkan peluang memiliki balita KEP 6 kali lebih besar pada ibu dengan pengetahuan kurang baik dibandingkan dengan ibu yang berpengetahuan baik.

Dari seluruh item pertanyaan pada pengetahuan ibu dalam merawat dan memberi makan anak balita, sebanyak 57 (71,25%) ibu menjawab salah pada item pertanyaan nomor 7 yaitu "Bila anak dikeramas rambutnya tidak harus pakai *shampoo*".

Hasil penelitian di Cianjur tahun 2006 menunjukkan bahwa KEP pada anak balita dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya pengetahuan tentang sumber bahan makanan, serta perilaku ibu dalam bertindak atas perubahan fisik dan kesehatan anak. Di samping itu, cara mengolah makanan, pengetahuan tentang penyakit infeksi, tindakan yang harus dilakukan, dan rendahnya pendapatan keluarga yang diperoleh untuk kebutuhan hidup, dapat menjadi penyebab kekurangan energi protein pada anak balita (11).

Pengetahuan ibu yang kurang menyebabkan ibu tidak bisa memilih dan menyediakan makanan yang dapat memenuhi kebutuhan zat gizi anak, khususnya kebutuhan energi dan protein. Keadaan ini bila berlangsung lama berakibat anak menderita kurang gizi (KEP). Pengetahuan yang kurang juga menyebabkan para ibu jarang atau mungkin tidak pernah memaksa anak-anak kecil dan anak yang baru disapih untuk makan makanan tertentu. Anak-anak

TABEL 2. Karakteristik responden

Variabel	Balita KEP		Balita tidak KEP		χ^2	p
	n	%	n	%		
Pendidikan ibu						
SD	23	57,5	23	57,5	1,36	0,507
SLTP	13	35,0	11	27,5		
SLTA	3	7,5	6	15,0		
Pendidikan ayah						
SD	23	57,5	21	52,2	0,491	0,782
SLTP	13	32,5	12	32,3		
SLTA	4	10,0	6	15,0		
Pekerjaan ibu						
Petani	26	65,0	20	50,0	1,841	0,129
IRT	14	35,5	20	50,0		
Jumlah anggota keluarga						
3-5 orang	10	25,0	13	32,5	0,549	0,311
6-8 orang	30	75,0	27	67,5		
Pengeluaran pangan per kapita/bulan						
< Rp71.700,-	26	65,0	22	55,0	0,833	0,247
\geq Rp71.700,-	14	43,0	18	45,0		

Keterangan:

p (uji *chi square*)

TABEL 3. Pola asuh ibu dalam merawat dan memberi makan anak balita

Variabel	Balita KEP		Balita tidak KEP		χ^2	p	OR	IK 95%
	N	%	n	%				
Pengetahuan ibu								
Kurang baik	31	77,5	14	35,0	1,81	0,001*	6,397	2,38-7,15
Baik	9	22,5	26	65,0				
Sikap ibu								
Kurang baik	23	57,5	9	22,5	10,2	0,010*	4,66	1,76-2,3
Baik	17	42,5	31	77,5				
Praktik ibu								
Kurang baik	24	60,0	13	32,5	6,08	0,010*	3,11	1,24-7,78
Baik	16	40,0	27	67,5				
Pola asuh ibu secara keseluruhan								
Kurang baik	23	57,5	5	12,5	17,8	0,001*	9,47	3,07-29,2
Baik	17	42,5	35	87,5				

Keterangan:

* Bermakna ($p < 0,05$; uji *chi square*)

diperbolehkan untuk memilih segala makanan yang diinginkan dan menolak makanan yang tidak disukai. Keadaan tersebut bila berlangsung lama, terutama berakibat pada kekurangan protein dalam makanan anak-anak dan sering menjurus pada penyakit kekurangan protein yang dikenal sebagai kwashiorkor (12).

Ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap zat gizi, yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal yaitu faktor yang menjadi dasar pemenuhan tingkat kebutuhan gizi seseorang atau faktor yang berada dalam diri individu itu sendiri, meliputi asupan makanan dan penyakit infeksi. Asupan makanan yang dimaksud pada penelitian ini adalah *intake* makanan yang didapat anak dari luar sudah tercukupi atau belum. Cukup atau tidaknya zat gizi yang masuk ke dalam tubuh akan menentukan tingkat kesehatan atau status gizi seseorang. Rendahnya pendapatan keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup menjadi penyebab kekurangan energi protein pada anak balita (13).

Sikap ibu Sikap ibu pada balita KEP sebagian besar diketahui kurang baik, namun sikap ibu pada balita tidak KEP diketahui baik, masing-masing dengan persentase 57,5% dan 77,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,01$ (IK 95%: 1,76-2,3), maka dapat dikatakan ada perbedaan proporsi kejadian balita KEP antara ibu yang mempunyai sikap kurang baik dengan ibu yang mempunyai sikap baik (ada perbedaan yang bermakna antara sikap ibu pada balita KEP dan tidak KEP). Nilai OR = 4,66 artinya ibu yang memiliki sikap kurang baik memiliki peluang balita KEP sebesar 4,6 kali lebih besar dibandingkan yang memiliki sikap baik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Kabupaten Bantul tahun 2004 yang membuktikan bahwa ada perbedaan bermakna proporsi kejadian balita KEP pada ibu yang mempunyai sikap yang kurang baik dengan ibu yang mempunyai sikap baik dalam memberi makan (14). Demikian pula dengan penelitian di Kabupaten Purworejo tahun 2003 yang membuktikan adanya hubungan yang bermakna antara

pengetahuan, pendapatan, dan tradisi dengan pengetahuan ibu dalam pemberian MP-ASI (makanan pendamping air susu ibu) (15). Setelah seseorang memperoleh pengetahuan yang cukup, orang tersebut akan bersikap dan mengembangkan sikapnya. Perkembangan sikap biasanya sesuai dengan pengalaman pribadi yang berkaitan dengan realitas, seperti informasi dari teman, media masa, dan sumber lain (12).

Pembentukan sikap tidak terlepas dari berbagai faktor yang mempengaruhi, antara lain: pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan, lembaga agama, serta faktor emosi dari dalam individu (16).

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Pengukuran secara langsung dapat diketahui dari pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek (sangat setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*over behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata, diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas. Di samping fasilitas, juga diperlukan faktor pendukung (*support*) dari pihak lain, misalnya: suami atau istri, orang tua atau mertua, dan lain-lain (17).

Praktik ibu Praktik ibu yang kurang baik lebih banyak pada balita KEP dibandingkan balita tidak KEP. Dari hasil analisis praktik ibu, diketahui sebagian besar (60%) praktik ibu yang kurang baik ada pada balita KEP, sedangkan praktik ibu yang baik sebagian besar ada pada balita KEP (67,5%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,01$, maka dapat dikatakan ada perbedaan proporsi kejadian KEP antara ibu yang mempunyai praktik kurang baik dengan ibu yang mempunyai praktik baik (ada perbedaan yang bermakna antara praktik ibu pada balita KEP dan tidak KEP). Nilai OR sebesar 3,11 menunjukkan ibu yang mempunyai praktik kurang baik dalam mengasuh anak mempunyai peluang 3 kali menyebabkan balita KEP dibandingkan dengan ibu yang mempunyai praktik baik.

Dari seluruh item pertanyaan pada praktik dalam merawat dan memberi makan anak balita, sebanyak 54 (67,5%) ibu menjawab salah pada item pertanyaan nomor 24 yaitu "apakah makanan anak bervariasi antara pagi dengan sore".

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan di Kabupaten Demak tahun 2001 yang menjelaskan adanya hubungan bermakna antara praktik ibu dalam mengasuh anak dengan status KEP. Praktik ibu yang tidak baik dalam mengasuh anak akan dapat memperburuk status gizi anak balita dengan risiko 3,2 kali dibandingkan praktik ibu yang baik dalam mengasuh anak (6).

Bayi yang berumur di atas 6 bulan, sudah mulai mendapat makanan tambahan selain ASI. Makanan tersebut harus cukup kuantitas dan kualitas, namun cara memberikan makanan tersebut kepada bayi menjadi faktor yang lebih penting. Perilaku atau kebiasaan memberi makan bayi mempengaruhi asupan zat-zat gizi bayi. Perilaku tersebut antara lain: cara membujuk anak untuk makan, menciptakan situasi nyaman, perilaku yang ramah terhadap anak, menghindari pertengkaran sewaktu makan, membiasakan waktu makan yang teratur, memberikan perlindungan kepada anak, memberi makan setiap kali anak merasa lapar, dan memantau banyaknya makanan yang dihabiskan oleh anak (18).

Tindakan mengabaikan perawatan atau pengasuhan anak mempunyai dampak menurunkan nafsu makan (anoreksia). Kekurangan makan dan anoreksia menyebabkan malnutrisi yang jika berlanjut dapat menyebabkan KEP berat pada anak. Tindakan perawatan ibu terhadap anak yang kurang baik dapat memperburuk status gizi pada anak. Perawatan pola asuh ibu terhadap anak merupakan suatu tindakan yang sangat penting karena akan mempengaruhi proses tumbuh kembang anak. Anak yang diasuh dengan baik oleh ibunya akan lebih dapat berinteraksi secara positif dibandingkan bila anak diasuh orang lain selain ibunya (19, 20).

Pola asuh ibu Pola asuh ibu yang kurang baik ditemukan paling banyak pada balita KEP, namun pola asuh ibu yang baik ditemukan paling banyak pada balita tidak KEP, masing-masing dengan persentase sebesar 57,5% dan 87,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,001$ (IK 95%: 3,07-29,2) yang berarti ada perbedaan proporsi kejadian KEP antara ibu yang mempunyai pola asuh kurang baik dengan ibu yang mempunyai pola asuh baik (ada perbedaan yang bermakna antara pola asuh ibu pada balita KEP dan tidak KEP). Nilai OR yang diperoleh sebesar 9,47, berarti ibu yang mempunyai pola asuh yang kurang baik mempunyai peluang 9 kali lebih besar menyebabkan balita KEP dibandingkan dengan ibu yang mempunyai pola asuh baik.

Dari seluruh item pertanyaan pada pola asuh ibu (pengetahuan, sikap, dan praktik) dalam merawat dan memberi makan anak balita, sebanyak 44 (55,0%) ibu

ternyata menjawab skor < 46 pada pengetahuan. Jadi pola asuh ibu yang kurang baik terutama pada pengetahuan ibu dalam merawat dan memberi makan pada anak balita.

Pengasuhan anak didefinisikan sebagai perilaku yang dipraktikkan pengasuh (ibu, bapak, nenek, atau orang lain) dalam memberikan makanan, pemeliharaan kesehatan, memberikan stimulan, serta dukungan emosional yang dibutuhkan anak untuk tumbuh kembang, termasuk juga kasih sayang dan tanggung jawab orang tua (21).

Penyebab terjadinya KEP adalah pola pengasuhan anak. Suatu studi *positive deviance* mempelajari alasan hanya sebagian kecil bayi dan anak balita yang menderita gizi buruk pada di suatu desa miskin, padahal orang tua mereka semuanya petani miskin. Dari studi ini diketahui pola pengasuhan anak berpengaruh terhadap timbulnya gizi buruk. Anak yang diasuh oleh ibunya sendiri dengan kasih sayang ditambah dengan pendidikan dan pengetahuan ibu yang cukup mengenai ASI, posyandu, dan kebersihan akan menjadi lebih sehat dibandingkan dengan yang tidak diasuh ibu sendiri, meskipun sama-sama berasal dari golongan kurang mampu (22).

Unsur pendidikan wanita berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak. Sebagian anak yang mengalami gizi buruk ternyata diasuh oleh nenek atau tetangga bukan kerabat yang juga miskin dan tidak berpendidikan. Wanita yang meninggalkan desa untuk mencari kerja di kota, bahkan menjadi TKI (tenaga kerja Indonesia), kemungkinan dapat menjadi penyebab gizi buruk pada bayi (23).

Penelitian di Kabupaten Bogor membuktikan bahwa perubahan pola asuh psikososial telah meningkatkan derajat pertumbuhan anak. Penelitian di Bogota, Columbia juga membuktikan bahwa anak-anak yang menderita kurang gizi, saat dikunjungi rumahnya setiap minggu selama 6 bulan oleh kader desa, ternyata pertumbuhan pada umur 3 tahun, lebih tinggi daripada yang tidak dikunjungi. Kunjungan ke rumah menjadikan ibu lebih memahami kebutuhan anak dan memberi makan pada saat anak sedang lapar. Ibu yang memahami kebutuhan anak untuk perkembangan kognitif menyebabkan anak-anak lebih pintar dibanding ibu yang lalai dalam pengasuhan anak (18).

Praktik pola asuh yang diterapkan ibu terhadap anaknya selama ini merupakan praktik turun-temurun. Dengan demikian, penyebab gizi buruk bukanlah hanya sebatas keterbatasan ibu dalam memberikan makanan kepada anaknya. Keterkaitan satu faktor dengan yang lainnya dalam suatu rangkaian panjang, dimulai sejak terjadinya penanaman benih dalam kandungan seorang ibu. Hal ini member isyarat bahwa kejadian gizi buruk tidak dapat diselesaikan dengan cara yang sederhana (24).

Penyakit infeksi sebagai variabel pengganggu atau efek modifikasi pada kejadian KEP

Dalam menganalisis kebenaran variabel penyakit infeksi sebagai faktor pengganggu terhadap kejadian KEP, digunakan stratifikasi dan standarisasi berdasarkan pola asuh ibu. Hasil analisis tersebut dapat dilihat pada **Tabel 4**.

Analisis penyakit infeksi setelah distratifikasi berdasarkan pola asuh menunjukkan bahwa kelompok anak balita dengan penyakit infeksi yang terpapar pola asuh kurang baik, ternyata lebih banyak yang menderita KEP dibandingkan dengan yang tidak KEP, masing-masing sebesar 57,1% dan 17,6%, sedangkan yang tidak terpapar (pola asuh baik) lebih sedikit yang menderita KEP dibandingkan dengan yang tidak KEP, yaitu masing-masing sebesar 42,9% dan 82,4%. Angka *odds ratio* menunjukkan bahwa pada kelompok anak balita dengan penyakit infeksi yang terpapar pola asuh kurang baik mempunyai risiko 6,222 kali lebih besar kemungkinannya untuk menderita KEP.

Hasil perhitungan *odds ratio Mantel Haenszel* (ORMH) diperoleh nilai 1,243 sedangkan *crude odds ratio* (COR) diperoleh nilai 1,562. Karena nilai ORMH lebih kecil dibandingkan dengan COR, maka dapat diketahui bahwa penyakit infeksi bukan merupakan faktor pengganggu. Dari hasil perhitungan OR pada strata 1 diperoleh nilai 6,222, sedangkan OR pada strata 2 diperoleh nilai 5,400. Karena OR strata 1 tidak sama dengan OR strata 2, maka variabel penyakit infeksi merupakan efek modifikasi yang memperkuat hubungan pola asuh dengan kejadian KEP pada anak balita.

Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa faktor penyakit infeksi tidak cukup kuat mengganggu hubungan pola asuh dengan kejadian KEP pada anak balita, namun hanya memberikan kontribusi memperkuat hubungan keduanya atau sebagai efek modifikasi. Murti (8) menyatakan bahwa bila terdapat variabel-variabel yang diduga sebagai penyebab memperkuat atau memperlemah hubungan kedua variabel,

maka cukup dilaporkan atau dideskripsikan saja dan tidak perlu dianalisis lebih lanjut. Efek modifikasi adalah perubahan besarnya efek paparan terhadap kasus menurut level faktor luar. Faktor luar yang menyebabkan efek modifikasi disebut dengan pengubah efek. Pengaruh pengubah efek tidak menyestakan seperti faktor *confounding*.

Hasil penelitian di Kabupaten Demak tahun 2001 menunjukkan walaupun secara statistik ada hubungan yang kuat antara penyakit infeksi dan kejadian KEP setelah dilakukan analisis secara bersamaan antara penyakit infeksi, pendidikan ibu, dan komposisi makanan, namun tidak dapat diketahui dengan pasti peran penyakit infeksi sebagai variabel pengganggu atau efek modifikasi (6).

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Jawa Timur bahwa anak-anak yang mengalami kurang energi dan protein akan mudah terserang infeksi seperti diare, ISPA, TBC, dan polio. Gejala awal KEP dimulai dengan anak yang tidak mengalami pertambahan tinggi maupun berat badan. Bila keadaan ini berlanjut, anak menjadi kurus dan berat badan justru menurun. Gejala yang ada yaitu anak akan lesu, apatis, selalu gelisah, dan cengeng. Anak juga akan terserang penyakit infeksi dan memburuknya keadaan menyebabkan anak mengalami kurang energi dan protein sekaligus akan menjadi kurus kering yang biasa disebut marasmus. Anak-anak yang mengalami hal ini biasanya kehilangan nafsu makan, rewel, diare, bersikap apatis, dan menderita infeksi lambung serta perubahan psikomotor (25).

Sesuai kerangka teori WHO, timbulnya malnutrisi secara langsung disebabkan makanan yang kurang dan penyakit infeksi, sedangkan pola pengasuhan anak merupakan penyebab sinergis atau penyebab tidak langsung terhadap timbulnya malnutrisi. Anak yang mendapat pengasuhan yang lebih baik dan makanan cukup baik, tetapi sering menderita penyakit infeksi, maka anak dapat

TABEL 4. Penyakit infeksi sebagai variabel pengganggu pada kejadian KEP anak balita

Variabel	Balita KEP		Balita tidak KEP		OR	IK 95%	p	
	n	%	n	%				
Infeksi								
Pola asuh kurang baik	20	57,1	3	17,6	6,222	1,511-25,621	0,005*	
Pola asuh baik	15	42,9	14	82,4				
Jumlah	35	100	17	100				
Tidak infeksi								
Pola asuh kurang baik	3	60,0	5	8,7	5,400	0,698-41,747	0,101	
Pola asuh baik	2	40,0	18	91,3				
Jumlah	5	100	33	100				
Total	40	100	40	100				
					COR	1,562	0,579-4,214	0,376
					ORMH	1,243	0,546-3,438	0,526

Keterangan:

* Bermakna ($p < 0,05$; uji *chi square*)

COR (*crude odds ratio*)

ORMH (*odds ratio Matel Haenszel*)

menderita kurang gizi. Keadaan kurang gizi merupakan faktor risiko yang sangat penting terjadinya peningkatan prevalensi penyakit infeksi dan mortalitas (26, 27).

Ada beberapa jenis penyakit infeksi yang erat kaitannya dengan dengan kejadian KEP berat, seperti diare yang dapat mengakibatkan dehidrasi yang mengancam jiwa. Lama penyakit dan lama penyembuhan penyakit juga dipengaruhi oleh keadaan gizi yang buruk. Kurang gizi dapat mempengaruhi penyakit menular. Jika penyakit tidak dihentikan, akan makin parah sehingga dapat meningkatkan risiko kematian atau cacat permanen (28).

Penyakit infeksi merupakan faktor risiko langsung penyebab terjadinya malnutrisi selain asupan makanan, sedangkan jenis penyakit yang ada hubungannya dengan malnutrisi antara lain: DHF (*dengue haemorrhagic fever*), diare, ISPA, campak, kecacangan, TB-paru, dan AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*). Jenis penyakit yang sering diderita anak balita malnutrisi sebagian besar adalah ISPA, TB-paru, dan diare, walaupun jenis infeksi yang lainnya juga ada seperti campak dan DHF dengan proporsi yang lebih kecil (29).

Penyakit infeksi berpotensi sebagai penyokong atau pembangkit KEP. Penyakit diare, campak, dan infeksi saluran nafas kerap menghilangkan nafsu makan. Penyakit saluran pencernaan yang sebagian muncul dalam bentuk muntah dan gangguan penyerapan menyebabkan kehilangan zat-zat gizi dalam jumlah besar. Percepatan proses katabolisme meningkatkan kebutuhan sekaligus menambah kehilangan zat-zat gizi (30).

Hasil beberapa penelitian WHO menunjukkan bahwa kenaikan insiden dan angka kematian diakibatkan penyakit

infeksi pada kelompok anak-anak malnutrisi. Selain itu, terdapat pula bukti yang menunjukkan hubungan dua arah antara status gizi dan penyakit infeksi terutama diare dan ISPA (31).

KESIMPULAN DAN SARAN

Pengetahuan, sikap, praktik, dan pola asuh ibu yang kurang baik dalam merawat dan memberi makan pada anak balita, mempunyai risiko lebih besar terhadap kejadian balita KEP dibandingkan ibu yang mempunyai pengetahuan, sikap, dan praktik yang baik.

Disarankan kepada petugas gizi puskesmas agar memberikan pengetahuan atau informasi kepada ibu balita baik melalui penyuluhan di posyandu maupun melalui *leaflet*, tentang cara merawat dan memberi makan anak balita untuk mencegah terjadinya KEP pada balita.

Ucapan terima kasih

Penelitian ini terlaksana berkat dukungan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Morowali. Pada kesempatan ini, diucapkan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Morowali atas izin serta dukungan yang diberikan sehingga penelitian ini dapat terlaksana. Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada Camat Bungku Utara, Kepala Puskesmas Baturube, Kepala Desa Uemasi, Tambarobone, Uewajo, Womparigi, Bidan, Kader dan Ibu balita yang menjadi responden yang membantu terlaksananya penelitian ini.

RUJUKAN

- Collins S, Dent N, Binns P, Bahwere P, Sadler K, Hallam A. Management of Severe Acute Malnutrition in Children [serial online] 2006 [cited 2007 August 12]. Available from: www.thelancet.com.
- Departemen Kesehatan RI. Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009. Jakarta: Bakti Husada; 2005.
- Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tengah. Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Tengah. Palu: Dinkes Sulawesi Tengah; 2006.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Morowali. Profil Kesehatan Kabupaten Morowali. Bungku: Dinkes Morowali; 2006.
- World Health Organisation. Impact of Women Health and Nutrition Entrepreneurs and Mobilizers on Health and Nutrition of Rural Children and Mothers Knowledge and Health-related Practices. New York: WHO; 2004.
- Suharsih. Hubungan Pola Asuh dan Penyakit Infeksi dengan Anak Balita Kurang Energi Protein di Kabupaten Demak Propinsi Jawa Tengah [tesis]. Yogyakarta: UGM; 2001.
- Widayanti. Hubungan antara Pola Asuh dengan Status Gizi Anak Balita pada Rumah Tangga Petani di Kabupaten Bogor Jawa Barat [tesis]. Yogyakarta: UGM; 2001.
- Murti B. Desain dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2006.
- Lemeshow S, Hosmer D, Klar J. 1990. Adequacy of Sample Size in Health Studies. (Terjemahan) Pramono D. Yogyakarta: UGM Press; 1997.
- Slamet Y. Analisis Kuantitatif untuk Data Sosial. Solo: Dabara Publisher; 1993.
- Yusnandar ME, Sejati S. Aplikasi Analisis Khi Kuadrat terhadap Kekurangan Energi Protein pada Anak Balita dan Faktor-faktor yang Berhubungan. Informatika Pertanian 2006;15:17-31.
- Foster MG, Anderson GB. Antropologi Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia; 2005.
- Paryanto E. Gizi Dalam Masa Tumbuh Kembang. Jakarta: Buku Kedokteran ECG; 1997.

14. Akhmadi. Hubungan antara Pola Asuh Keluarga dan Kejadian Kurang Energi Protein Anak Balita di Kecamatan Imogiri Kabupaten Bantul [tesis]. Yogyakarta: UGM; 2004.
15. Sudiyanto. Pengetahuan dan Perilaku Ibu Rumah Tangga Tentang Pemberian Makanan Pendamping ASI [tesis]. Yogyakarta: UGM; 2003.
16. Azwar S. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya. Edisi ke-2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2003.
17. Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineke Cipta; 2003.
18. Anwar MH. Peranan Gizi dan Pola Asuh dalam Meningkatkan Tumbuh Kembang Anak [serial online] 2008 [cited 2008 April 9]. Available from: www.whandi.net.
19. Waterlow JC. Protein Energy Malnutrition. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1992.
20. American Psychological Association (APA). Child Care Mother-Child Interaction in The First 3 Years of Life (NICHD Early Child Care Research Network). *Dev Psychol* 2001; 35(6): 112-34.
21. Anwar K, Juffri M, Julia M. Faktor Risiko Kejadian Gizi Buruk. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia* 2006; 2(3): 108-16.
22. Sandjaja. Penyimpangan Positif (Positive Deviance) Status Gizi Anak Balita dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi. Bogor; Centre for Research and Development of Nutrition and Food NIHRD: 2003.
23. Soekirman. Therapeutic Feeding Centre (TFC) Kota Depok [serial online] 2008 [cited 2008 April 9]. Available from: www.gizi.net.
24. Pardede PJ. Gizi Buruk Erat Kaitannya dengan Kemiskinan [serial online] 2006 [cited 2008 April 9]. Available from: http://japarde.multiply.com/journal/item/12/Gizi_Buruk.
25. Dinas Kesehatan Jawa Timur. Gizi Buruk, Kwasiorkor atau Marasmik Kwasiorkor [serial online] 2008 [cited 2008 April 23]. Available from: www.dinkesjatim.go.id.
26. Soekirman. Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat. Jakarta: Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional; 2000.
27. Tomkins. Malnutrition, Morbidity and Mortality in Children and Their Mother. *Proc Nutr Soc* 2000; 59(1): 135-46.
28. Johansson. Interaction Effects of Infection and Malnutrition on Child Mortality in Scania, Sweden 1766-1894. Conference paper of IUSSP Meeting; 2008 Sep 28-Oct 2; Marrakech, Maroc. Sweden; 2008.
29. Pelto. Improving Complementary Feeding Practices and Responsive Parenting as a Primary Component of Interventions to Prevent Malnutrition in Infancy and Early Childhood. *Pediatr* 2000; 106(5): 115-22.
30. Arisman MB. Gizi dalam Daur Kehidupan. Palembang: Buku Kedokteran ECG; 2000.
31. Onis dM. Measuring Nutritional Status in Relation to Mortality. *Public Health Classics. Bull World Health Organ* [serial online] 2000 [cited 2008 April 15]. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000001000012&script=sci_arttext.