

BAB 6**PEMBAHASAN****6.1 Pola Konsumsi Makanan Pada Anak Usia 6 – 24 Bulan Antara Yang BBLR Dan Non BBLR****6.1.1 Pola Pemberian ASI Dan MP-ASI**

Pola Konsumsi makanan anak usia 6 – 24 bulan secara kualitatif dilihat berdasarkan pola pemberian Air Susu Ibu (ASI) serta Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI), serta jenis / macam bahan makan dan frekuensi makan (*food frequency*). Secara kuantitatif dilihat berdasarkan kecukupan energi dan kecukupan protein dari makanan yang dikonsumsi oleh anak rata-rata dalam sehari.

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pola konsumsi makanan pada anak yang BBLR, secara umum lebih baik dari pada pola konsumsi makanan pada anak Non BBLR. Hal ini terlihat dari nilai rata-rata skor pola pemberian ASI dan MP-ASI, skor jenis bahan makanan dan frekuensi makan, serta kecukupan energi yang lebih tinggi dari pada anak Non BBLR. Sedangkan nilai rata-rata kecukupan protein pada anak BBLR lebih rendah bila dibandingkan dengan anak yang Non BBLR, seperti yang terlihat pada tabel 5.26.

Tingginya skor pola pemberian ASI dan MP ASI pada anak BBLR bila dibandingkan dengan anak Non BBLR juga dapat dilihat secara deskriptif antara lain : Seluruh anak BBLR (100 %) sampai saat penelitian berlangsung masih diberi ASI oleh ibunya, 60 % diantaranya diberi ASI dengan frekuensi yang lebih

sering (6 – 7 x / hari). Lebih banyak didapatkan anak yang diberi colostrum pada anak BBLR (97,1 %) Selain itu juga didapatkan lebih banyak anak yang mulai diberikan makanan pendamping ASI pada waktu yang tepat dan sesuai anjuran, yaitu 4 – 6 bulan (60 %).

Dari hasil uji statistik (uji regresi ganda) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara berat badan lahir dengan pola pemberian ASI dan MP-ASI ($p = 0,997$ dengan $\alpha 0,05$). Dengan kata lain bisa dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan pola pemberian ASI dan MP-ASI antara anak yang BBLR dan Non BBLR

Secara umum semua anak (baik yang BBLR maupun Non BBLR) pernah diberi ASI (disusui oleh ibunya), walaupun lama pemberian ASI serta frekuensi pemberian ASI relatif bervariasi. Seluruh anak BBLR masih diberi ASI, sedangkan pada anak Non BBL terdapat 48,57 % yang masih diberi ASI, sedangkan 51,43 % sudah disapih.

Air susu ibu (ASI) merupakan pilihan makanan terbaik bagi bayi/ anak, karena mengandung semua zat yang diperlukan untuk pertumbuhan bayi dalam bentuk perbandingan yang tepat, sehingga mudah dicerna dan diserap. Selain itu dapat mempererat hubungan ibu dan anak, lebih mudah, ekonomis, alamiah, dan segar. Bagi ibu itu sendiri dapat mengurangi resiko timbulnya kanker, juga dapat memperbaiki bentuk tubuh, serta mengurangi perdarahan uterus (Spohrer,1966)

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) juga diberikan pada semua anak (BBLR maupun Non BBLR) sebagai makanan pelengkap disamping ASI tetap diberikan pada anak. Terdapat 40 ,0% anak BBLR sudah mulai mendapatkan MP-ASI pada umur kurang dari 4 bulan, dan 60 % pada umur 4 – 6 bulan. Sedangkan



pada kelompok anak Non BBLR sebagian besar (51,43 %) sudah mulai mendapatkan MP-ASI pada usia kurang dari 4 bulan, sedangkan 48,57 % pada umur 4 – 6 bulan. Dengan demikian lebih banyak anak pada kelompok Non BBLR yang mendapatkan MP-ASI terlalu dini.

Hal tersebut diatas sesuai pula dengan hasil survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 1991, 1994, dan 1997. Tercatat 96 – 97 % anak lahir dalam 5 tahun sebelum survei pernah mendapatkan ASI. Cakupan bayi yang pernah mendapat ASI tidak berbeda menurut daerah perkotaan atau pedesaan. Sekitar 42 % bayi sudah mendapat minuman atau makanan pendamping ASI pada umur kurang dari 4 bulan.

Dengan bertambahnya umur bayi, bertambah pula perkembangan motoriknya, kemampuan mengunyah serta kemampuan usus untuk mencerna dan menyerap makanan lain selain ASI. Oleh sebab itu setelah bayi berumur 4 bulan sudah dapat diberi makanan lain selain ASI (Milla, Stevenson & Allaire, (1991) dalam WHO, 1998).

Pemberian MP ASI yang terlalu dini akan menurunkan konsumsi ASI sebagai zat gizi berkualitas tinggi, serta kemungkinan terjadinya gangguan pencernaan/diare. Pemberian ASI yang terlambat dapat menyebabkan anak menderita kurang gizi, karena volume ASI yang diproduksi mulai menurun sedangkan kebutuhan anak meningkat (Dep Kes RI, 1992).

Lebih baiknya pola konsumsi makanan anak BBLR bila dibandingkan pola konsumsi makanan anak Non BBLR bisa disebabkan oleh pengetahuan gizi pada ibu dari anak BBLR lebih tinggi dari pada anak Non BBLR.

Dari tujuh variabel bebas yang meliputi : berat badan lahir, usia gestasi lahir anak, pengetahuan gizi ibu, status gizi ibu, sosial ekonomi keluarga, pantangan makan, serta prioritas makan, dengan variabel terikat skor pola pemberian ASI dan MP-ASI yang diuji statistik (regresi ganda) menunjukkan bahwa pengetahuan gizi ibu mempunyai hubungan yang signifikan dengan skor pola pemberian ASI dan MP-ASI ($p = 0,004$). Hal ini berarti bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan gizi ibu dengan pola pemberian ASI dan MP ASI. Semakin tinggi pengetahuan gizi ibu, semakin tinggi pula skor pola pemberian ASI dan MP-ASI.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 1993). Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada yang tidak didasari oleh pengetahuan. Di sisi lain, menurut Lawrence Green bahwa perilaku manusia ditentukan oleh tiga faktor, yaitu : faktor predisposisi (*predisposing factors*), pendukung (*enabling factors*), dan pendorong (*reinforcing factors*), yang berarti bagaimana latar belakang pengetahuan dan sikap seseorang itu akan mempengaruhi ketrampilannya dalam menerapkan pengetahuan yang dimiliki.

6.1.2 Jenis Bahan Makanan Dan Frekuensi Makan

Secara deskriptif didapatkan nilai rata-rata skor *food frequency* pada anak BBLR sebesar 2,2 dengan Standar Deviasi 0,3 dan anak Non BBLR 1,9 dengan Standar deviasi 0,3. Dengan demikian dapat dikatakan skor *food frequency* pada anak BBLR lebih tinggi dari pada anak Non BBLR. Hal ini berarti pada anak

BBLR lebih banyak macam/jenis bahan makanan serta lebih sering dalam mengkonsumsinya bila dibandingkan dengan anak Non BBLR.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh berat badan lahir terhadap jenis bahan makanan dan frekuensi makan pada anak. Dengan kata lain terdapat perbedaan jenis bahan makanan dan frekuensi makan antara anak BBLR dan Non BBLR. Hal ini terbukti dari hasil uji statistik regresi ganda dengan ($p = 0,007$).

Hal ini bisa disebabkan oleh adanya tingkat pengetahuan gizi ibu dari anak BBLR lebih tinggi dari pada ibu dari anak Non BBLR. Tingginya skor *food frequency* bisa juga disebabkan oleh lebih tingginya kebutuhan anak BBLR akan zat gizi dalam makanan guna bisa mencapai tumbuh kejar (*catch up growth*) yang memadai, sehingga lebih banyak macam makanan yang dimakan serta frekuensi makan yang lebih sering.

Bila ditinjau dari faktor sosial budaya yang berkaitan dengan pemberian makanan pada anak, terlihat bahwa pada anak BBLR lebih banyak yang tidak ada pantangan makan pada jenis bahan makanan tertentu (91,4 %), bila dibandingkan dengan anak Non BBLR (71,4 %).

Selain itu juga lebih banyak didapatkan anak BBLR yang mendapat prioritas dalam pembagian makanan di keluarga (91,4 %), bila dibandingkan dengan anak Non BBLR (85,7 %).

Bila dilihat dari pengasuh dan perawat anak juga terlihat bahwa pada anak BBLR lebih banyak yang dirawat dan diasuh oleh ibu kandungnya sendiri (91,4 %) dan seluruh keputusan hal-hal yang berkaitan dengan makanan anak berada di tangan ibu.

Hal ini senada yang dikemukakan oleh (WHO, 1998) bahwa faktor sosial ekonomi yang sangat berperan dalam pemberian MP ASI pada anak adalah faktor “*care giver*”, yaitu siapa yang langsung memberikan pengasuhan dan perawatan terhadap anak, yang pada umumnya adalah ibu kandung dari anak itu sendiri.

6.1.3 Kecukupan Energi

Dari hasil *food recall* 1 x 24 jam diperoleh hasil bahwa rata-rata konsumsi energi dalam sehari pada kelompok anak BBLR adalah 841 kalori (81,6 % dari Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan), sedangkan kelompok pada anak Non BBLR adalah 780,35 kalori (76,6 % dari Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan).

Hal tersebut menunjukkan bahwa rata-rata konsumsi energi dalam sehari pada kelompok anak BBLR lebih tinggi dari pada kelompok anak Non BBLR, namun secara keseluruhan kecukupan energi pada anak BBLR maupun Non BBLR masih dibawah standar Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan.

Berdasarkan hasil uji statistik (regresi ganda) menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kecukupan energi antara anak BBLR dan Non BBLR, ($p = 0,078$).

Menurut Roedjito (1989), secara kategorial bisa dikatakan bahwa kecukupan energi pada kelompok anak BBLR tergolong baik (≥ 80 % AKG), sedangkan pada kelompok anak Non BBLR tergolong cukup (70 – 79 % AKG).

Apabila energi yang masuk lebih kecil dari kebutuhan, maka tubuh akan menggunakan cadangan agar dapat mencukupi kebutuhannya. Hal ini disebut

keseimbangan energi negatif (*negative calory balance*). Bila keadaan ini berlangsung terus menerus dapat berakibat berat badan akan berkurang.

Dari tujuh variabel bebas yang diuji dengan variabel terikat kecukupan energi menunjukkan bahwa variabel pengetahuan gizi ibu mempunyai hubungan yang signifikan dengan kecukupan energi anak ($p = 0,035$). Semakin tinggi pengetahuan gizi ibu, semakin tinggi pula kecukupan energi pada anak.

Hal ini menunjukkan bahwa perawatan ibu terhadap anak khususnya dalam pemberian makanan pada anak yang didasari oleh pengetahuan gizi sangat berperan dalam terpenuhinya kecukupan energi pada anak.

Perilaku yang salah dalam pemberian makanan pada anak, rendahnya pengetahuan tentang makanan bergizi, serta rendahnya kesadaran mengenai pemeliharaan anak merupakan salah satu aspek yang dapat mengakibatkan kekurangan makanan bergizi pada anak (UNICEF,1997).

Salah satu penyebab kekurangan gizi adalah masalah perilaku (Notoatmojo,1995). Perilaku konsumsi seseorang (ibu) dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan gizi. Ketidaktahuan dapat menyebabkan kesalahan dalam pemilihan bahan makanan dan cara pemberian makan pada anak, meskipun mungkin bahan makanan tersebut tersedia.

6.1.4 Kecukupan Protein

Dari hasil *food recall* 1 x 24 jam menunjukkan bahwa nilai rata-rata konsumsi protein dalam sehari pada kelompok anak BBLR adalah 16,25 gram (89,2 % AKG), sedangkan pada kelompok anak Non BBLR adalah 18,6 gram (96,6 % AKG).

Dari hasil tersebut di atas terlihat bahwa secara deskriptif nilai rata-rata kecukupan protein pada kelompok anak Non BBLR lebih tinggi dari pada kelompok anak BBLR.

Berdasarkan hasil uji statistik (regresi ganda) menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh berat badan lahir terhadap kecukupan protein ($p = 0,172$). Dengan kata lain tidak terdapat perbedaan kecukupan protein pada anak antara yang BBLR dan Non BBLR.

Pada keadaan kecukupan protein yang tinggi, namun kecukupan energi yang rendah, maka protein yang dikonsumsi tidak bisa berfungsi sebagaimana mestinya sebagai zat untuk pertumbuhan, namun protein akan dipecah untuk sumber energi (tiap 1 gram protein menghasilkan 4 kkal). Energi adalah dasar penting dari semua kebutuhan zat gizi. Dengan demikian konsumsi protein yang tinggi merupakan suatu pemborosan, karena pada umumnya bahan makanan sumber protein relatif lebih mahal dari pada bahan makanan sumber karbohidrat.

Dari tujuh variabel bebas yang diuji dengan variabel terikat kecukupan protein menunjukkan bahwa terdapat pengaruh sosial ekonomi khususnya besarnya pengeluaran untuk makan per kapita per bulan terhadap kecukupan protein pada anak. Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi, semakin tinggi pula kecukupan protein pada anak.

Besarnya pengeluaran untuk makan per kapita per bulan merupakan salah satu faktor yang dapat menentukan ketersediaan makanan dalam keluarga, yang selanjutnya dapat berpengaruh pada kualitas dan kuantitas makanan. Dari hasil penelitian ini didapatkan nilai rata-rata pengeluaran per kapita per bulan pada

kelompok Non BBLR lebih tinggi, yaitu sebesar Rp. 99.309,40, bila dibandingkan dengan anak BBLR Rp. 92.035,94.

Hal tersebut diatas bisa disebabkan oleh lebih banyak anak Non BBLR yang diberi PASI berupa susu formula bayi dari pada diberi ASI, sebaliknya pada anak BBLR seluruhnya masih diberi ASI oleh ibunya. Dengan demikian terbukti bahwa pemberian ASI lebih ekonomis dari pada PASI. Harga PASI relatif lebih mahal bila dibandingkan dengan ASI.

Orang-orang dengan sosial ekonomi rendah di negara-negara berkembang, membelanjakan pendapatannya sebagian besar untuk makanan. Dengan bertambahnya pendapatan, susunan makannya akan lebih bervariasi (Alan Berg, 1986).

6.2 Status Gizi Pada Anak Usia 6 – 24 Bulan Antara Yang BBLR Dan Non BBLR

6.2.1 Berdasarkan Indikator Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Pada kelompok anak BBLR terjadi peningkatan nilai rata-rata z score BB/U dari saat lahir sampai saat ini sebesar 0,52 (dari -2,59 menjadi -2,07). Sedangkan pada kelompok anak Non BBLR terjadi penurunan sebesar 1,2 (dari -0,25 menjadi -1,45).

Dari gambar 5.8 juga terlihat bahwa semakin menyempitnya jarak (*distance*) grafik nilai Z score BB/U saat ini antara anak BBLR dan Non BBLR, bila dibandingkan dengan gambar 5.7 yang menunjukkan grafik nilai z score BB/U antara anak BBLR dan Non BBLR saat lahir.

Perbedaan nilai z score (BB/U) saat lahir dan saat ini bila diuji dengan uji beda “ t test” juga menunjukkan hasil yang bermakna, baik pada kelompok anak BBLR ($p = 0,01$), maupun pada kelompok anak Non BBLR ($p = 0,000$).

Berdasarkan hasil uji regresi ganda menunjukkan bahwa terdapat pengaruh berat badan lahir terhadap status gizi anak dengan indikator BB/U ($p = 0,000$). Dengan kata lain terdapat perbedaan status gizi anak saat ini berdasarkan indikator BB/U antara anak BBLR dan Non BBLR. Semakin rendah berat badan lahir semakin rendah status gizi anak (nilai z score BB/U).

Secara kategorial, seperti pada tabel 5.35 juga dapat terlihat telah terjadi perubahan status gizi pada kelompok anak BBLR maupun Non BBLR. Pada kelompok anak BBLR terjadi peningkatan anak yang tergolong gizi baik (*normal weight*) sebesar 17,1 %, dan penurunan anak yang gizi buruk (*severe under weight*) sebesar 20 %.

Sebaliknya pada anak Non BBLR, yang pada saat lahir 100 % tergolong gizi baik, namun pada saat ini didapatkan 22,9 % yang tergolong gizi kurang, bahkan didapatkan 2,9 % yang tergolong gizi buruk.

Berat badan seorang balita rendah (*under weight*) mungkin disebabkan oleh :

- 1) Anak tersebut PB/U nya rendah, anak tersebut pendek (*stunted*),

- 2) Anak tersebut BB/PB nya rendah, anak tersebut kurus (*wasted*).

- 3) Anak tersebut PB/Unya rendah, anak tersebut pendek (*stunted*), dan BB/PBnya rendah, anak tersebut kurus (*wasted*)

Meningkatnya nilai z score BB/U saat ini pada anak BBLR merupakan tumbuh kejar (*catch up growth*) dalam upaya untuk mencapai keadaan yang normal. Dari gambar 5.9 terlihat bahwa tumbuh kejar yang memadai atau tumbuh

kejar secara lengkap (*complete catch up growth*) pada anak BBLR untuk mencapai keadaan normal terhadap nilai z score BB/U (± 2 SD) dapat dicapai oleh anak BBLR dengan usia gestasi lahir yang tergolong kurang dari 37 minggu (prematuur).

Pada anak Non BBLR penurunan nilai z score BB/U dan PB/U dari keadaan normal terjadi pada anak dengan usia gestasi lahir prematur maupun cukup bulan.

Berdasarkan hasil uji statistik regresi ganda juga menunjukkan adanya pengaruh berat badan lahir dengan perubahan nilai z score BB/U dari saat lahir dan saat ini ($p = 0,018$). Semakin tinggi berat badan lahir, semakin rendah perubahan z score BB/U nya.

Pada anak BBLR lebih banyak yang mengalami perubahan kearah peningkatan nilai z score BB/U, sebaliknya pada anak Non BBLR lebih banyak yang mengalami perubahan kearah penurunan nilai z score BB/U.

Dari 15 anak BBLR yang lahir dalam keadaan prematur terdapat lebih banyak (80 %) yang mengalami peningkatan nilai z score BB/U, dan 20 % yang mengalami penurunan nilai z score BB/U. Dari 20 anak BBLR yang cukup bulan atau tergolong Kecil Masa Kehamilan (KMK), 70 % juga mengalami peningkatan, dan 30 % yang mengalami penurunan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pada anak BBLR, baik yang prematur maupun KMK ada kemungkinan untuk *catch up growth* bila diberi perawatan yang optimal, sesuai kebutuhan anak.

Sebaliknya pada anak Non BBLR, sebagian besar yaitu sebanyak 34 anak (97,1 %) tergolong cukup bulan. Dari 34 anak Non BBLR yang cukup bulan,

70,6 % mengalami penurunan nilai z score BB/U, dan hanya 26,5 % yang mengalami peningkatan nilai z score, dan 2,9 % yang tetap tidak mengalami perubahan.

Selain berat badan lahir juga frekuensi sakit infeksi 3 kali atau lebih dalam satu bulan terakhir juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ($p = 0,011$).

Faktor-faktor yang berperan dalam tumbuh kejar antara lain : tingkat pemenuhan gizi secara keseluruhan, frekuensi anak sakit, serta karakteristik keluarga (sosial ekonomi keluarga, pendidikan orang tua, kebersihan lingkungan).

Bila dilihat pola konsumsi makanan, memang terlihat bahwa pada anak BBLR lebih baik dari pada anak Non BBLR, lebih jarang sakit, pendidikan orang tua, pengetahuan gizi ibu juga lebih tinggi, bila dibandingkan dengan anak Non BBLR.

Hasil penelitian (Moersintowarti, 1990) di Surabaya menunjukkan bahwa dengan pemberian 400 – 500 kalori/hari selama 6 bulan belum dapat menunjukkan tumbuh kejar yang lengkap pada anak balita bergizi kurang.

Berat badan merupakan ukuran antropometrik yang penting digunakan untuk mengukur status gizi. Berat badan merupakan hasil peningkatan atau penurunan jaringan yang ada pada tubuh, antara lain : tulang, otot, lemak, cairan tubuh, dan lain-lain. Berat Badan digunakan sebagai indikator yang terbaik untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak, dan sangat sangat sensitif terhadap perubahan sedikit saja. (Soetjiningsih, 1998).

6.2.2 Berdasarkan Indikator Panjang Badan Menurut Umur (PB/U)

Terjadi penurunan nilai rata-rata z score (PB/U) dari saat lahir sampai saat ini (penelitian berlangsung), baik pada kelompok anak BBLR (sebesar 0,5) maupun pada kelompok anak Non BBLR (sebesar 1,54).

Berdasarkan hasil uji regresi ganda menunjukkan hasil bahwa terdapat pengaruh berat badan lahir terhadap status gizi anak PB/U ($p = 0,023$). Dengan kata lain terdapat perbedaan status gizi anak berdasarkan indikator PB/U antara anak BBLR dan Non BBLR.

Tumbuh kejar secara lengkap pada anak BBLR untuk mencapai keadaan normal terhadap nilai z score PB/U (± 2 SD) dapat dicapai oleh anak dengan usia gestasi lahir cukup bulan, sedangkan tumbuh kejar BB/PB dapat dicapai anak yang tergolong prematur.

Meningkatnya status gizi anak (PB/U) pada kelompok BBLR, bisa disebabkan karena perawatan ibu terhadap anak yang BBLR lebih baik, ditunjang juga oleh keadaan kesehatan ibu, khususnya status gizi ibu yang tergolong normal (BMI = 20,35), dengan pengetahuan gizi ibu dari anak BBLR yang lebih baik, serta pola konsumsi makanan anak yang relatif lebih baik dari pada anak Non BBLR.

Dengan perawatan pada anak yang cukup baik, maka memungkinkan tercukupinya konsumsi makanan anak, serta mengurangi frekuensi anak menderita sakit infeksi, sehingga dapat terhindar dari masalah kurang gizi atau malnutrisi (UNICEF, 1990).

Bila dilihat dari frekuensi anak mengalami sakit infeksi dalam satu bulan terakhir terlihat bahwa pada anak Non BBLR lebih sering mengalami sakit infeksi

dari pada anak BBLR. Pada anak Non BBLR, 82,9 % mengalami sakit 1-2 x , 5,7 % mengalami sakit 3 kali atau lebih, 11, 4 % yang tidak pernah sakit. Sedangkan pada kelompok anak BBLR tidak didapatkan anak yang mengalami sakit 3x atau lebih dalam satu bulan terakhir, 71,4 % mengalami sakit dengan frekuensi 1- 2 x, dan 28,6 % yang tidak pernah mengalami sakit.

6.2.3 Berdasarkan Indikator Berat Badan Menurut Panjang Badan (BB/PB)

Terjadi peningkatan nilai rata-rata z score BB/PB dari saat lahir sampai saat ini pada kelompok anak BBLR sebesar 1,83. Sedangkan pada kelompok anak Non BBLR terjadi penurunan sebesar 0,15

Berdasarkan hasil uji regresi ganda menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh berat badan lahir terhadap status gizi (BB/PB). Dengan kata lain bahwa tidak terdapat perbedaan status gizi anak (BB/PB) antara yang BBLR dengan Non BBLR.

Meningkatnya nilai z score BB/PB pada anak BBLR bisa disebabkan meningkatnya berat badan anak, karena pola konsumsi makanan yang lebih baik, serta jarang mengalami sakit infeksi.

Dari hasil pencatatan KMS terlihat bahwa anak BBLR lebih sering “ N” (naik hasil timbangannya) bila dibandingkan dengan anak Non BBLR.

Selain itu didapatkan perhatian ibu yang cukup lebih besar bila anak mengalami sakit, dengan tetap memberikan ASI serta dibuatkannya makanan khusus pada anak (tabel 5.39).

Menurunnya nilai z score BB/PB pada anak Non BBLR bisa disebabkan oleh menurunnya berat badan anak, karena pola konsumsi makanan anak yang

relatif kurang baik, serta lebih seringnya anak mengalami infeksi, serta dari hasil pencatatan KMS lebih sering “T” (tetap /turun hasil timbangannya).

Bila nilai absolut BB naik, tetapi grafik berpindah ke pita yang lebih bawah (T_1) berarti kenaikan/pertumbuhan BB yang tidak memadai, artinya pembentukan jaringan baru lebih lambat dari anak yang sehat.

Bila nilai BB tetap sehingga arah grafik mendatar (T_2) berarti pertumbuhan berhenti, artinya pembentukan jaringan baru tidak terjadi.

Bila nilai BB berkurang, sehingga arah grafik menurun (T_3) berarti pertumbuhan negatif, artinya terjadi penghancuran jaringan yang sebelumnya telah terbentuk.

Penyakit infeksi dapat menurunkan nafsu makan anak, sehingga konsumsi makanannya menurun, padahal kebutuhan gizi anak sewaktu sakit justru meningkat. Infeksi itu sendiri dapat mengakibatkan kehilangan zat-zat gizi karena diare dan muntah-muntah (Alisjahbana, Ana, 1985).

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang telah dikemukakan sebelumnya dapat dikemukakan beberapa kesimpulan, yaitu :

1. Tidak terdapat perbedaan pola pemberian ASI dan MP-ASI pada anak usia 6 – 24 bulan antara yang BBLR dan Non BBLR.
2. Terdapat perbedaan Jenis Bahan Makanan dan frekuensi makan pada anak usia 6– 24 bulan antara yang BBLR dan Non BBLR. Skor jenis bahan makanan dan frekuensi makan pada anak BBLR lebih tinggi dari pada anak Non BBLR.
3. Tidak terdapat perbedaan kecukupan energi pada anak usia 6 – 24 bulan antara yang BBLR dengan Non BBLR
4. Tidak terdapat perbedaan kecukupan protein pada anak usia 6 – 24 bulan antara yang BBLR dengan Non BBLR
5. Terdapat perbedaan status gizi saat ini berdasarkan indikator BB/U pada anak usia 6 – 24 bulan antara yang BBLR dan Non BBLR. Nilai z score BB/U pada anak BBLR lebih rendah dari pada anak Non BBLR.
6. Terdapat perbedaan status gizi saat ini berdasarkan indikator PB/U pada anak usia 6 – 24 bulan antara yang BBLR dan Non BBLR. Nilai z score PB/U pada anak BBLR lebih rendah dari pada anak Non BBLR.
7. Tidak terdapat perbedaan status gizi saat ini berdasarkan indikator BB/PB pada anak usia 6 – 24 bulan antara yang BBLR dan Non NBBLR.

8. Terdapat perbedaan status gizi anak berdasarkan indikator BB/U saat lahir dan saat ini pada anak BBLR. Nilai z score BB/U saat ini lebih tinggi dari pada z score BB/U saat lahir.
9. Terdapat perbedaan status gizi anak berdasarkan indikator BB/U saat lahir dan saat ini pada anak Non BBLR. Nilai z score BB/U saat ini lebih rendah dari pada z score BB/U saat lahir.
10. Tingkat pengetahuan gizi ibu dari anak BBLR lebih tinggi dari pada ibu dari anak Non BBLR.

7.2 Saran

1. Perlu adanya peningkatan pengetahuan gizi bagi ibu, khususnya mengenai hal-hal yang berkaitan dengan pola konsumsi makanan anak, baik secara kualitatif maupun kuantitatif), khususnya dalam jumlah MP ASI yang sesuai dengan kebutuhan anak, serta kapan saatnya anak sudah bisa diperkenalkan makanan sumber hewani, sehingga dapat meningkatkan status gizi anak.
2. Dalam upaya meningkatkan status gizi anak baik yang mempunyai riwayat BBLR maupun tidak, perlu peningkatan pengetahuan ibu tentang gizi anak, dengan jalan memberikan beberapa resep makanan yang tepat bagi anaknya, sekaligus diadakan demonstrasi cara pemilihan bahan makanan, cara memasak dan cara pemberian makanan pada anak melalui metode pendampingan.
3. Perlu penyuluhan yang lebih intensif dari petugas maupun kader gizi kepada ibu dari anak yang mempunyai riwayat BBLR, mengingat resiko yang lebih besar untuk mengalami gangguan pertumbuhan lebih besar dari anak Non BBLR

4. Perlu penyuluhan yang lebih intensif kepada ibu dari anak Non BBLR, terutama bila diketahui anak mengalami " T " (walaupun masih tergolong T 1), untuk mencegah terjadinya T 2, T 3 dan seterusnya yang akhirnya bisa mengakibatkan anak mengalami kurang gizi (penurunan nilai z score yang lebih besar).
5. Perlu dilakukan pencatatan atas berat badan lahir serta panjang badan lahir anak sejak lahir, yang selanjutnya perlu dilakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak, dengan menimbang berat badan dan mengukur panjang badan secara rutin minimal satu bulan sekali.
6. Guna menurunkan angka kesakitan dan kejadian munculnya penyakit infeksi pada anak usia 6 – 24 bulan, ibu perlu juga dibekali pengetahuan dan ketrampilan praktis tentang manajemen terpadu balita sakit. Metode pendampingan dapat dipakai sebagai salah satu pendekatannya.
7. Diharapkan ada kurikulum singkat tentang pendidikan pembuatan MPASI dengan teknologi tepat guna dan pemanfaatan bahan pangan lokal pada pendidikan bidan atau perawat, yang merupakan ujung tombak tenaga kesehatan di masyarakat.
8. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai tingkat densitas makanan yang diberikan pada anak, serta tingkat penerimaan terhadap makanan yang diberikan ibu pada anak baik yang BBLR maupun yang Non BBLR.

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR PUSTAKA

- ACC/SCN 24th Session Symposium, 1997. Nutrition and Poverty, Papers from ACC/SCN 24th. Kathmandu
- Akre, James, 1990. Infant Feeding The Physiologic Basis, WHO, p.127-130
- Alisjahbana, Ana, 1985. Gizi Kurang dan Infeksi dalam Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita, Jakarta : Yayasan Obor Indonesia, hlm. 53-55
- Alisjahbana, Ana, 1986. Maternal Nutritional Variabel and Pregnancy Outcome, Seminar IPTEK Gizi dan Kesehatan Ibu Hamil. Surabaya: UNAIR
- Astuti, Widi, 2001. Faktor-Faktor Determinan Terjadinya KEP Pada Balita Usia 6 - 23 Bulan vdi Kei Kemasan Kec Krian Kabupaten Sidoarjo. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, hlm.32.
- Badan Pusat Statistik, 2000. Statistik Indonesia 1999, Jakarta : BPS, hlm. 580-583
- Bengoa, 1975. Malnutrition Problem. Journal of Public Health 12 : 90
- Biro Pusat Statistik, 1996. Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 1995. Jakarta : Biro Pusat Statistik.
- Brown H, Kenneth and Sara E Wuehler, 2000. Zinc and Human Health, Canada : Micronutrient Initiative p. 1-12
- Brown, E Judith and Richard, 1985. Metode Mencari Penyebab Kekurangan Gizi Pada Anak. Semarang: Yayasan Essentia Medica, hlm.4-8.
- Cameron, Margaret and Hofvander, Yngve, 1983. Manual on Feeding Infants and Young Children, third edition. United States: Oxford University Press, New York, pp 3-128.
- Depkes dan Kesejahteraan Sosial R.I., 2000. Pedoman Adaptasi Lokal Anjuran Pemberian Makan Dalam Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Jakarta : Depkes dan Kessos, hlm.4-41.
- Depkes, R.I., 1997. Laporan Pemantauan Status Gizi Melalui Posyandu, Jakarta: Direktorat Bina Gizi masyarakat.
- Depkes, R.I., dan Biro Pusat Statistik, 1988. Laporan Studi Analisa Besar dan Luasnya Masalah KEP Serta Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya, Jakarta : Biro Pusat Statistik, hlm.4-7.
- Depkes, R.I., 1991. Daftar Komposisi Zat Gizi Pangan Indonesia. Jakarta: Ditjen Binkesmas.

- Depkes, R.I., 1992. *Manajemen Laktasi*, Jakarta : Dirjen Binkesmas Direktorat Bina Gizi Masyarakat, hlm. 10-29.
- Depkes, R.I., 1992. *Pedoman Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)*, Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat, hlm.6-12.
- Depkes, R.I., 1993. *Asuhan Kesehatan Anak Dalam Konteks Keluarga*, Jakarta: Pusdiknakes, hlm.78-79.
- Depkes, R.I., 1996. *Analisis Situasi Kesehatan, POKJA I Penyusunan REPELITA VI Kesehatan*.
- Depkes, R.I., 1997. *Laporan Pemantauan Status Gizi Melalui Posyandu*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat.
- Depkes, R.I., 1998. *Pedoman Tata Laksana Kekurangan Energi Protein Pada Anak di Tingkat Rumah tangga/Puskesmas, Rumah Sakit Kabupaten/Kodya*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes, R.I., 2000. *Panduan Pengelolaan Program Perbaikan Gizi Kabupaten/Kota*, Jakarta : Direktorat Gizi Masyarakat, hlm. 2-5.
- Depkes, R.I., 2000. *Program Kesehatan Balita dan Anak Pra sekolah Di Era Desentralisasi*, Jakarta : Dep Kes RI, hlm 2 - 10
- Depkes. R.I., 1994. *Pedoman Praktis Untuk Mempertahankan BB Normal Berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) Dengan Gizi Seimbang*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Masyarakat, hlm. 2-6.
- Depkes. R.I., 1995. *Panduan 13 Pesan Dasar Gizi Seimbang*. Jakarta : hlm. 23-52.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, 2000. *Profil Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 2000*, Sidoarjo: Dinkes Kabupaten Sidoarjo.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2000. *Pemantauan Status Gizi Jawa Timur 1999*
- Entjang, Indan, 1982. *Pendidikan Kependudukan dan Keluarga Berencana*, Bandung : Alumni, hlm. 13-15.
- Fomon,SJ, 1974. *Infant Nutrition*. Philadelphia : WB Saunders Company West Washington Square, Philadelphia 2 nd edition.
- Foster and Anderson, 1986. *Antropologi Kesehatan (Terjemahan)*, Jakarta : UI, hlm.311-330.
- Hidayat, Boerhan, 1999. *Makanan Bayi dan Anak Sehat*. Surabaya : Mimbar, Vol 3-4 tahun 1999, RSUD Dr. Soetomo.

- Husaini, 1988. *Antropometri dan Pertumbuhan Anak*. Jakarta: Buletin Gizi No. 1 Vol 12, hlm.1-9.
- Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran UNDIP dan Badan Gastroenterologi Anak Indonesia, 1977. *Kumpulan Naskah Simposium Peningkatan Penggunaan ASI Pada Tumbuh Kembang Bayi dan Anak*, Semarang : IKA UNDIP, hlm. 18-47.
- Jelliffe and Jelliffe, 1989. *World Wide Breast Feeding Promotion Programs Consideration of Key Components*, *Journal of Tropical Pediatrics* 35
- Jelliffe, DB, 1994. *Kesehatan Anak di Daerah Tropis*, Jakarta : Bumi Aksara.
- Jelliffe, Derrick B and E.F. Patricia Jelliffe, 1989. *World Wide Breast Feeding Promotion Programs Consideration of Key Components (Editorial)*, *Journal of Tropical Pediatrics*, 35 p. 144 - 146
- Kanwil Depkes Propinsi Jawa Timur, 2000. *Profil Kesehatan Jawa Timur 2000 (Data Tahun 1999)*, Surabaya: Kanwil Depkes Prop. Jatim
- Kardjati, Sri, dan Darwin Karyadi, 1986. *Hasil Seminar IPTEK Gizi dan Kesehatan Ibu Hamil*, Surabaya: Universitas Airlangga.
- Kardjati, Sri, 1990. *Proceeding of Seminar cum Workshop on Safe Motherhood and Child Survival, Growth and Development*. Surabaya: Airlangga University.
- Kardjati, Sri, dkk. 1985. *Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita*, edisi 1. Jakarta : Yayasan Obor Indonesia, hlm. 28-78.
- Kardjati, Sri, et al, 1977. *East Java Nutrition Studies*, Surabaya – Amsterdam : School of Medicine University Airlangga, Royal Tropical Institute, p. 34-35.
- Khumaidi, M, 1994. *Gizi Masyarakat*. Jakarta: Gunung Mulia, 38-125.
- Kodyat, Benny, 1998. *Penuntasan Masalah Gizi Kurang dalam Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VI*. Jakarta : hlm 1-20.
- Krause, 1992. *Food Nutrition and Diet Therapy*, 5 th edition, United States of America: W.B. Saunders Copmpany.
- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, 1998. *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VI*. Jakarta: LIPI.
- Lemeshow, Stainley, et al, 1990. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. England: John Wiley & Son Ltd, p. 21-23.

- Leuwen, Van Gerard, 1973. *A Manual of New Born Medicine*. United States of America: Year Book Medical Publishers, pp 67-68.
- Mahdin Anwar, 1983. *Makanan Bayi dan Anak Serta Alternatif Cara Peningkatan Gizinya*. Jakarta: Berita IPTEK ke 27 tahun ke 4, hlm.4-10.
- Mahdin, Anwar, 1978. *Antropometri dan Pertumbuhan Anak*. Buletin Gizi, No.1 Vol.12. Jakarta: Pergizi Pangan.
- Mc Cormick MC, 1985. *The Contribution of Low Birth Weight to Infant Mortality and Childhood Morbidity, N England*.
- Moersintowarti, 1990. *Pola Tumbuh Kejar (catch up growth) Pada Anak balita Bergizi Kurang*, Surabaya : Lembaga Penelitian UNAIR Surabaya.
- Morrison, 1981. *Multivariate Statistical Methods*. Mc Graw Hill International, Book Company.
- Muhilal, Fasli Jalal, Hardinsyah , 1998. *Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan*. Jakarta: LIPI, hlm.844-846
- Narendra MB, et al, 2000. *Adaptation of mother's Card For Integrated Management of Underfaive Illness in Java Indonesia*. Folia Medica Indonesia XXXVI Oct – Dec 2000, p. 59 - 65
- Nestle Indonesia, 1999. *Energi – Protein, KEP dan Pencegahannya*, Jakarta: Nestle Indonesia.
- Nestle Indonesia, 2000. *Gizi dan Kesehatan Saluran Pencernaan Bayi dan Anak*, Jakarta: Nestle Indonesia.
- Pemerintah Propinsi Jawa Timur, 2000. *Analisis Situasi Ibu dan Anak (ASIA) Jawa Timur tahun 2001 – 2005*. Surabaya: Pemerintah Propinsi Jawa Timur, hlm. 72-33.
- Persagi, 1988. *Penuntun Diit Anak*. Jakarta: Gramedia, hlm.14-16
- Pollit, Ernesto, 1990. *Malnutrition and Infection in The Classroom*, UNESCO, Paris.
- Reksodikusumo, dkk, 1989. *Penilaian Status Gizi Secara Antropometri*, Jakarta: Bagian Peningkatan Pengembangan Kegiatan Selected Center, AKZI Jkt.
- Rochjati, Poedji, 1986. *Ciri-Ciri Ibu Hamil Dengn Resiko Berat Bayi Lahir Rendah di RSUD Dr. Soetomo*, Surabaya: Unair Surabaya, hlm.101.
- Roedjito, Djiteng, 1989. *Kajian Penelitian Gizi*. Jakarta : Mediyatama Sarana Perkasa, hlm 60 – 111.

- Rohde, E Jon, 1979. *Prioritas Pediatri Di Negara Berkembang*. Jogjakarta : Yayasan Esentia medika, hlm. 188-190.
- Saifudin, 2001. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: JNPKKR-POGI Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, hlm.375-379.
- Samsudin, 1985. *Gizi dan Tumbuh Kembang*, Jakarta : Fakultas Kedokteran UI, hlm. 1-57
- Sayogyo, Suhardjo, Khumaidi, 1978. *Proyek Studi Sektoral Regional Penelitian atas Tingkat Pendapatan Rumah Tangga dan Kecukupan Pangan*, Bogor : Lembaga Penelitian Sosiologi Pedesaan, Institut Pertanian Bogor.
- Soetjiningsih, 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : EGC, hlm.13-15.
- Spohrer, Gail C Frank, 1996. *Community Nutrition*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc. pp 47-57.
- Sub Committee on Criteria for Dietary Evaluation, 1986. *Nutrient Adequacy*, Washington DC pp. 7-17.
- Sudjana, 1996. *Metoda Statistika*, edisi 6, Bandung : Transito, hlm. 347-366.
- Sugiarto, dkk, 2001. *Teknik Sampling*, Jakarta : PT Gramedia, hlm. 48-107.
- Supriyanto, 1988. *Penggunaan Statistik Dalam Riset dan Evaluasi*. Surabaya: Fakultas Kedokteran UNAIR, hlm 42-45.
Symposium Report Kathmandu : Nutrition Policy Paper, p. 53-55
- Tan, Mely et al, 1970. *Social and Cultural Aspect of Food Habits in Five Rural Areas in Indonesia*, Jakarta : LIPI.
- Tsang, Reginald and Nicolas, 1988. *Nutrition During Infancy*. Philadelphia.
- UNICEF Jakarta, 1997. *Memaksimalkan Potensi Sumber Daya Manusia di Indonesia Tahun 1999 – 2003*. Jakarta: UNICEF Jakarta, hlm 4-10.
- UNICEF, 2001. *The State of The World s Children 2001*.
- Utomo, Budi, 1996. *Health and Social Dimension of Infant Feeding in Indramayu, West Java*. Jakarta: LIPI-UNICEF
- Utomo, Budi, 1998. *Dampak Krisis Moneter dan Kekeringan Terhadap Status Kesehatan dan Gizi Anak dalam Prihatin Lahir Batin*, Jakarta : Puslitbang Kependudukan dan Ketenagakerjaan LIPI – UNICEF, hlm. 133 –139.

- Vulliamy, 1972. *The Newborn Child*, third edition. Edinburgh and London Churchill Livinstone, pp 67-87.
- WHO, 1976. *Methodology of Nutrition Surveillance*, Technical Report Series. No. 593
- WHO, 1983. *Measuring Change in Nutritional Status, Guidelines for Assesing the Nutritional Impact of Supplementary Feeding Programmes for Vulnerable Groups*. Geneva: 25-101.
- WHO, 1988. *Education for Health. A Manual on Health Education in Primary Health Care*, p.16-20.
- WHO, 1989. *Nutritional Learning Packages*. Geneva: WHO, pp 67-83.
- WHO, 1998. *Complementary Feeding of Young Children in Developing Contries, A Review of Current Scientific Knowledge*, pp 4-16.
- World Vision Indonesia dan AKZI Surabaya, 2001. *Laporan Hasil Kegiatan Base Line Survei Tentang Perilaku dan Status Gizi Masyarakat di Kota Surabaya*. Surabaya: World Vision Indonesia dan AKZI Surabaya
- Zainuddin, Muhamad, 2000. *Metodologi Penelitian*. Surabaya: Universitas Airlangga, hlm 73-85.