

BEBERAPA ASPEK PSIKO-SOSIAL PADA ANAK KURANG ENERGI PROTEIN (KEP) DI DAERAH BOGOR

Oleh : Djoko Kartono dan Sihadi

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan mendapatkan data tentang aspek psiko-sosial anak usia bawah lima tahun (Balita) dengan keadaan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik. Aspek- aspek tersebut meliputi tingkat pendidikan ayah dan ibu, keadaan psikologis ibu, aktifitas ibu di luar rumah, tipe rumah tangga dan keadaan perumahan. Sebanyak 126 keluarga bertempat tinggal di daerah Bogor tercakup dalam penelitian ini. Keluarga dibagi menjadi 3 kelompok yaitu keluarga dengan anak gizi buruk, dengan gizi kurang dan gizi baik. Jumlah sampel masing-masing kelompok sebanyak 42 anak. Dalam penelitian ini ditunjukkan adanya pengaruh yang nyata dari beberapa aspek psiko-sosial terhadap keadaan gizi anak. Aspek-aspek tersebut adalah nomor urut anak dalam keluarga, tingkat pendidikan ayah dan pendidikan ibu, umur pada waktu pertama menikah baik ayah maupun ibu dan aktivitas ibu di luar rumah. Akan tetapi, tidak ada perbedaan bermakna dalam tipe rumah tangga dan keadaan perumahan. Selain itu, ibu-ibu yang selalu khawatir terhadap kehidupan rumah tangganya dan kurang aktif dalam kegiatan di luar rumah cenderung mempunyai anak dengan keadaan kurang gizi. Demikian pula, ibu-ibu yang jarang mengikuti kegiatan di luar rumah seperti pengajian dan penimbangan bulanan. (Penelit.Gizi Makan 1993,16:8-15).

Pendahuluan

Keadaan Kurang Energi Protein (KEP) pada anak balita (bawah lima tahun) masih merupakan masalah gizi utama di Indonesia (1). KEP ini menjadi salah satu penyebab masih tingginya angka kematian bayi dan anak, terganggunya pertumbuhan anak yang optimal dan gangguan perkembangan mental anak (2,3,4). Dengan demikian, masalah KEP akan mempunyai dampak yang negatif dalam era pembangunan, karena dapat menurunkan kualitas hidup manusia di masa yang akan datang.

KEP merupakan masalah yang cukup kompleks. Berbagai aspek atau faktor turut serta berperan dalam terjadinya KEP. Aspek-aspek tersebut adalah biologis, infeksi, sosial-ekonomi, psiko-sosial dan lain-lain (5). Psiko-sosial dapat didefinisikan sebagai aspek non-gizi yang mempunyai pengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal sehingga anak dapat menjadi manusia yang stabil dan produktif (6). Contoh dari aspek psiko-sosial adalah keadaan hubungan suami-istri (perkawinan), keadaan psikis ibu, dan kegiatan ibu di luar rumah yaitu hubungan dengan tetangga dan masyarakat. Telah banyak penelitian dilakukan mengenai masalah KEP. Namun demikian masih jarang penelitian dilakukan mengenai aspek psikologis dan sosial dalam hubungannya dengan terjadinya

masalah KEP. Dalam tulisan ini dibahas beberapa aspek psiko-sosial dari keluarga yang mempunyai anak balita dengan keadaan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik.

Bahan dan Cara

Penelitian ini dilakukan di daerah sub-perkotaan dan pedesaan di Bogor. Sampel dibedakan menjadi 3 kelompok anak yaitu kelompok anak balita dengan gizi buruk, kelompok gizi kurang dan kelompok gizi baik. Kelompok anak dengan gizi buruk adalah anak yang merupakan pasien Klinik Gizi, Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi. Sedangkan kelompok anak dengan gizi kurang dan gizi baik, yang dijadikan pasangan untuk kelompok anak balita dengan gizi buruk, diperoleh dari anak balita yang bertempat tinggal di sekitar kelompok anak balita dengan gizi buruk yang mempunyai karakteristik umur, jenis kelamin dan latar belakang sosial-ekonomi kurang lebih sama. Masing-masing kelompok berjumlah 42 anak/keluarga sehingga jumlah seluruhnya 126 anak/keluarga. Penentuan status gizi anak didasarkan pada hasil pengukuran antropometri anak yaitu berat badan menurut umur (BB/U) yang ada pada Kartu Menuju Sehat (KMS) anak balita. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terhadap responden, yaitu ibu dari anak, dengan menggunakan kuesioner. Wawancara dilengkapi dengan alat bantu berupa kertas warna untuk pertanyaan-pertanyaan yang memerlukan jawaban yang bertingkat (bergradasi). Misalnya untuk menjaring jawaban: selalu, sering, kadang-kadang, jarang, tidak pernah. Data yang dikumpulkan mencakup: antropometri dan keadaan anak; keadaan psikis ibu, aktivitas ibu di luar rumah; keadaan ayah; dan keadaan rumah yaitu tipe rumah tangga dan perumahan. Data dikumpulkan oleh tenaga yang sebelumnya telah dilatih. Pengumpulan data di bawah binaan ahli gizi dan ahli psikologi. Analisis data dilakukan dengan uji-chi kuadrat dan Kruskal-Wallis (7).

Hasil dan Bahasan

1. Keadaan anak

1.1. Umur

Jumlah anak berumur 10-12 bulan adalah 15 anak (11.9%), berumur 13-18 bulan sebanyak 24 anak (19.0%), berumur 19-24 bulan sebanyak 36 anak (28.6), berumur 25-36 bulan sebanyak 30 anak (23.8%), dan berumur lebih dari 36 bulan sebanyak 21 anak (16.7%). Jumlah anak perempuan sebanyak 51 anak (40.5%) dan anak laki-laki 75 anak (58.5%). Penentuan keadaan gizi anak adalah berdasarkan standar Harvard (8). Berdasarkan hasil pengukuran antropometri, maka berat badan menurut umur (BB/U), panjang/tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut panjang/tinggi badan (BB/TB) dan lingkaran lengan atas menurut umur (LLA/U), terdapat perbedaan yang nyata pada masing-masing nilai rata-rata ketiga kelompok anak (lihat Tabel 1).

Tabel 1. Rata-rata ukuran antropometri berdasarkan standar Harvard menurut keadaan gizi anak

Ukuran antropometri	Keadaan gizi		
	I+	II++	III+++
BB/U (% standar)	51.2	75.1	96.8 ^{*)}
TB/U (% standar)	86.1	92.1	94.9 ^{*)}
BB/TB (% standar)	74.5	86.1	94.6 ^{*)}
LLA/U (% standar)	67.5	82.1	90.6 ^{*)}

Catatan :

+ = Gizi buruk

+++ = Gizi baik

++ = Gizi kurang

^{*)} $p < 0.05$

1.2. Nomor urut anak

Kelompok anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik rata-rata bernomor urut 4.3, 3.2 dan 2.4 dalam keluarga. Terdapat perbedaan nyata dari ketiga kelompok tersebut. *Waldrop* dan *Bell*, seperti dikutip oleh *Pollit* (9) menerangkan terjadinya *marasmus* pada bayi dengan mengukur *family size* dan *density index* yaitu dengan melihat dari nomor urut anak dan jarak kelahiran. Ternyata jika nomor urut bertambah besar dan jarak kelahiran semakin pendek akan memperbesar kemungkinan terjadinya *marasmus* pada bayi.

2. Keadaan ibu

Keadaan ibu secara menyeluruh disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Latar belakang ibu menurut keadaan gizi anak

Variabel	Keadaan gizi		
	I+	II++	III+++
Umur (tahun)	29.9	26.6	28.0
Umur pertama menikah	16.9	16.7	22.6
Umur pada saat melahirkan sampel	28.0	25.7	26.0
Jumlah pernikahan	1.3	1.1	1.1 ^{*)}
Tingkat pendidikan	2.2	5.2	5.6 ^{*)}
Psikis ibu	295	305	330 ^{*)}
Aktifitas ibu diluar rumah	272	338	371 ^{*)}

Catatan :

+ = Gizi buruk

+++ = Gizi baik

++ = Gizi kurang

^{*)} $p < 0.05$

2.1. Umur

Rata-rata umur ibu dari kelompok anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik adalah 29.9 tahun, 26.8 tahun dan 28 tahun. Tidak terdapat perbedaan yang nyata dari ketiga kelompok tersebut.

2.2. Umur waktu menikah

Ibu-ibu dari kelompok anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik rata-rata berumur 16.9 tahun, 16.7 tahun dan 22.6 tahun pada waktu pertama menikah. Tidak terdapat perbedaan yang nyata antara kelompok anak dengan gizi buruk dan gizi kurang, akan tetapi berbeda nyata pada anak dari kelompok gizi baik.

2.3. Umur pada saat melahirkan

Ibu-ibu yang mempunyai anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik rata-rata berumur 28 tahun, 25.7 tahun dan 26 tahun pada waktu melahirkan anak yang menjadi sampel dalam penelitian ini. Ternyata ibu-ibu dari kelompok anak dengan gizi buruk melahirkan pada usia lebih tua dibandingkan dengan anak gizi kurang dan gizi baik.

2.4. Jumlah pernikahan

Jumlah pernikahan ibu-ibu dari kelompok anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik rata-rata 1.3, 1.1 dan 1.1 kali. Tidak terdapat perbedaan yang nyata untuk jumlah perkawinan ibu-ibu dari ketiga kelompok tersebut.

2.5. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan ibu bervariasi dari tidak pernah sekolah sampai tamat sekolah lanjutan tingkat pertama. Ibu-ibu dari anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik rata-rata hanya berpendidikan 2.2 tahun, 5.2 tahun dan 5.6 tahun. Terdapat perbedaan nyata dari ketiga kelompok tersebut.

Graham (10) mendapatkan adanya hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian gizi kurang pada anak. Demikian juga Graves (11) mendapatkan adanya hubungan antara ibu-anak dan tingkat pendidikan ibu dengan kejadian gizi kurang pada anak.

Hampir semua ibu (95%) adalah ibu rumah tangga artinya tidak bekerja meninggalkan rumah. 2.6. Psikis ibu Penilaian keadaan psikis ibu meliputi perasaan ibu tentang kehidupan rumah tangga dan kehidupan anak di masa yang akan datang. Dengan uji Kruskal-Wallis ternyata terdapat perbedaan yang nyata di antara ketiga kelompok ibu. Ibu-ibu yang selalu khawatir dengan kehidupan rumah tangga dan anaknya dimasa yang akan datang cenderung mempunyai anak dengan keadaan kurang gizi. Skor untuk ibu dengan anak gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik adalah 295, 305 dan 330.

2.7. Kegiatan ibu di luar rumah

Penilaian untuk aktivitas ibu di luar rumah meliputi hubungan ibu dengan tetangga, kegiatan di lingkungannya seperti arisan dan pengajian. Dengan uji Kruskal-Wallis ternyata

terdapat perbedaan yang nyata diantara ketiga kelompok ibu. Nilai skor pada ibu dari anak dengan gizi buruk lebih rendah dibandingkan ibu dari anak dengan gizi kurang maupun gizi baik. Skor untuk ibu dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik adalah 272, 338 dan 371.

Graves (11) dan Kerr (12) juga menemukan keadaan serupa yaitu ibu-ibu yang mempunyai sifat apatis, tidak dapat mandiri dan selalu khawatir tentang kehidupannya akan cenderung mempunyai anak dengan keadaan gizi kurang. Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa ibu-ibu yang selalu khawatir akan masa depan rumah tangga dan anak, dan kurang mandiri lain cenderung mempunyai anak dengan keadaan gizi kurang.

3. Keadaan ayah

Keadaan ayah secara menyeluruh ditunjukkan dalam Tabel 3.

Tabel 3. Latar belakang ayah menurut keadaan gizi anak

Variabel	Keadaan gizi		
	I+	II++	III+++
Umur (tahun)	35.2	32.8	32.7
Umur pertama menikah	21.9	22.5	22.6
Jumlah pernikahan	1.4	1.3	1.3
Jumlah tahun di pendd. formal	3.6	3.9	4.8

Catatan :

+ = Gizi buruk

++ = Gizi kurang

+++ = Gizi baik

*) $P < 0.05$

3.1. Umur

Rata-rata umur ayah (Kepala Keluarga) dari kelompok anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik adalah 35.2 tahun, 32.8 tahun dan 32.7 tahun. Terdapat perbedaan yang nyata antara rata-rata umur ayah dari anak gizi buruk dengan ayah dari anak gizi kurang dan gizi baik.

3.2. Umur waktu menikah

Rata-rata umur ayah pada saat menikah untuk pertama kali adalah sebagai berikut. Ayah dari kelompok anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik adalah 21.9 tahun, 22.5 tahun dan 22.6 tahun. Tidak terdapat perbedaan yang nyata pada ketiga kelompok tersebut.

3.3. Jumlah pernikahan

Jumlah pernikahan ayah dari anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik adalah 1.4, 1.3 dan 1.3 kali. Tidak terdapat perbedaan yang nyata dari ketiga kelompok tersebut. Sedangkan jenis pekerjaan ayah sebagian besar adalah buruh. Masing-masing untuk ayah dari anak gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik adalah 33, 18 dan 24 orang.

3.4. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan ayah adalah sebagai berikut. Rata-rata jumlah tahun ayah di bangku pendidikan formal dari anak dengan gizi buruk, gizi kurang dan gizi baik adalah 3,6, 3,9 dan 4,8 tahun (tidak tamat SD). Terdapat perbedaan nyata dari ketiga kelompok tersebut.

4. Keadaan rumah

4.1. Tipe rumah tangga

Tipe rumah tangga menurut keadaan gizi anak ditunjukkan pada Tabel 4. Kebanyakan rumah tangga (102) merupakan rumah tangga inti (*nuclear family*) yaitu rumah tangga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Sebanyak 16 rumah tangga merupakan *joint family* yaitu rumah tangga yang terdiri lebih dari satu keluarga. Sebanyak 7 rumah tangga merupakan keluarga luas (*extended family*) yaitu rumah tangga yang terdiri dari ayah, ibu, anak dan nenek/kakek. Hanya 1 rumah tangga *matrifocal family* yaitu rumah tangga yang terdiri dari ibu dan anak tanpa ayah. Tidak terdapat perbedaan yang nyata dari ketiga kelompok tersebut.

Tabel 4. Tipe rumah tangga menurut keadaan gizi anak

Tipe rumah tangga	Keadaan gizi			Jumlah	
	I+	II++	III+++	N	%
Nuclear family	31	36	35	102	80.9
Joint family	8	4	4	16	12.7
Extended family	2	2	3	7	5.6
Matrifocal family	1	-	1	0.8	
Jumlah	42	42	42	126	100.0

Catatan :

+ = Gizi buruk ++ = Gizi baik +++ = Gizi kurang

4.2. Perumahan

Penilaian keadaan perumahan didasarkan pada pemilikan rumah, keadaan atap, dinding, lantai, luas ruangan per penghuni, sumber air minum dan tempat buang air besar. Hasil skoring terhadap keadaan perumahan, digolongkan menjadi perumahan baik, cukup dan kurang baik. Tidak terdapat perbedaan yang nyata dalam keadaan perumahan dari ketiga kelompok. Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Graham (10) yang menyatakan bahwa ada pengaruh antara jumlah orang per ruangan (*crowded index*) dengan kejadian gizi kurang pada anak.

Simpulan

Hubungan antara beberapa aspek psiko-sosial dan anak dengan keadaan Kurang Energi Protein (KEP) dari hasil penelitian ini, dapat disimpulkan sebagai berikut.

1. Ada hubungan antara nomor urut kelahiran anak dalam keluarga dan keadaan kurang gizi. Semakin besar nomor urut anak dalam keluarga terlihat semakin cenderung menderita keadaan gizi kurang.
2. Tingkat pendidikan ayah dan tingkat pendidikan ibu terlihat berpengaruh terhadap keadaan gizi anak. Semakin tinggi tingkat pendidikan ayah maupun ibu semakin cenderung mempunyai anak dengan keadaan gizi baik.
3. Ibu yang selalu khawatir tentang kehidupan masa depan rumah tangga dan anaknya, dan tidak aktif dalam kegiatan di luar rumah menunjukkan pengaruh negatif terhadap keadaan gizi anak.
4. Tidak terlihat hubungan yang nyata antara keadaan gizi anak dan keadaan rumah yaitu tipe rumah tangga dan perumahan.

Saran.

1. Karena nomor urut anak dan tingkat pendidikan orangtua mempunyai hubungan dengan terjadinya kekurangan gizi, maka perlu untuk melaksanakan keluarga berencana dan meningkatkan pendidikan.
2. Karena ibu-ibu yang hanya mengurus pekerjaan rumahtangga, selalu khawatir mengenai kehidupan dimasa mendatang, selalu khawatir tentang masa depan anak mempunyai hubungan dengan keadaan gizi anak, maka perlu program penyuluhan khusus di Posyandu untuk ibu-ibu dengan kekurangan gizi yang mengarah terhadap perbaikan perilaku.

Rujukan

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. Hasil lokakarya penelitian dan pengembangan kesehatan di Jakarta, 24-27 April 1977.
2. Indoneia, Departemen Kesehatan. Sistem kesehatan nasional. Cet 2. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1982.
3. Davidson, S., R.Passmore and J.F.Drock. Human nutrition and dietetic (5th edition). Churchil livingstone, 354, 1973.
4. Faulk, W.P; et al. Some effect at malnutrition on the immune response in man. Am. J. Clin. Nutr 1972, 27.
5. De Maeyer, E.M. Protein energy malnutrition in preventive medicine. WHO Monograph Series No.62, 1972.
6. Zeithin, Martian; Huscin Ghassemi; and Mohamed Mansour. Positive deviance and behavioural aspects and implications for development. Tokyo: United Nation University, 1990.
7. Steel, R.G.D; and J.H. Torric. Principles and procedures of statistics a biometrical approach. Singapore: Mc Graw-Hill, 1984.

8. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi. Pedoman ringkas cara pengukuran antropometri dan penentuan keadaan Gizi. 1980.
9. Pollit, Ernesto. Behavior of infant causation of nutritional marasmus. *Am J Clin Nutr* 1973, 26: 264-270.
10. Graham, George G. Environmental factors affecting the growth of children. *Am J Clin Nutr* 1972, 25: 1184-1188.
11. Graves, Pyrkko Lauslahti. Nutrition, infant behavior, and maternal characteristics : a pilot study in West Bengal, India. *Am J Clin Nutr* 1976, 29:305-319.
12. Kerr, Mary Ann; Jacqueline Landman Bogues; and Douglas S. Kerr. Psychosocial functionary of mothers of malnourished children. *Pediatrics* 1978, 62: 778-784.