

The relation between malnutrition with ownership of family means in 0-5 years old in Pendoworejo Village, Girimulyo, Kulonprogo, Yogyakarta

Donnie Tegar Pambudi

*Program Study Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,
Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*

ABSTRACT

Background : Malnutrition is one of the problem that usually happen in Indonesia. Malnutrition is suffered by children to adult but mostly suffered by children in developing country. Based on Dinas Badan Gizi Kementrian Kesehatan, the area that have the most number of disease in Yogyakarta is located at Kulonprogo.

Family means consist in many things that can support a family to do some activity, including toilet, water source, electricity, house, farm etc.

The purpose of this research is to know is there any correlation between malnutrition and ownership of family means.

Method : the research design is analytic observational with cross sectional approach. It is cross sectional because researcher just take the data at one opportunity without following up the development of nutrition status.

The data analyze in this research is fischer test, and the value is 0,866 or $p > 0,05$ means that there is no correlation between malnutrition and ownership of family means in Pendoworejo Village, Kulonprogo, Yogyakarta.

Result : analysis of fischer test showed that there is no significant relation between malnutrition and ownership of family means, with value is 0,866 ($p > 0,05$)

Conclusion : this result showed that there is no significant relation between malnutrition and ownership of family means.

Keyword : Malnutrition, ownership of family means

Hubungan antara malnutrisis dengan kepemilikan sarana keluarga pada balita di Desa Pendoworejo, Girimulyo, Kulonprogo, Yogyakarta

Donnie Tegar Pambudi

Program Study Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,
Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

INTISARI

Latar Belakang : malnutrisis adalah salah satu masalah yang sering terjadi di Indonesia. Malnutrisis terjadi pada anak-anak hingga dewasa, namun lebih sering terjadi pada anak-anak khususnya di Negara berkembang. Berdasarkan data dari Dinas Badan Gizi Kementrian Kesehatan, area yang paling banyak terdapat malnutrisis bertempat di Kulonprogo

Sarana keluarga terdiri dari banyak hal yang bisa membantu sebuah keluarga dalam menjalankan aktifitas, termasuk toilet, sumber air bersih, alat-alat elektronik, rumah, kebun dan lain lain.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan antara malnutrisis dengan kepemilikan sarana keluarga.

Metode Penelitian : disain penelitian adalah observasional analitik dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini cross sectional karena peneliti hanya mengambil data sekali dalam satu kesempatan tanpa mengikuti perkembangan dari status nutrisis.

Analisa data pada penelitian kali ini adalah dengan menggunakan fischer test, dan hasil yang didapatkan adalah 0,866 atau $p > 0,05$ yang berarti tidak ada hubungan antara malnutrisis dengan kepemilikan sarana keluarga di desa Pendoworejo, Kulonprogo, Yogyakarta.

Hasil Analisis : uji fischer tidak menunjukkan adanya signifikansi antara malnutrisi dengan kepemilikan sarana keluarga dengan $p > 0,866$ ($p > 0,05$)

Kesimpulan : dari hasil penelitian, data disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara malnutrisis dengan kepemilikan sarana keluarga .

Kata kunci : malnutrisis, kepemilikan sarana keluarga

PENDAHULUAN

Malnutrisi biasanya dipakai sebagai kata ganti dari undernutrition padahal malnutrisi juga dapat dikategorikan sebagai overnutrition. Seseorang bisa dikatakan malnutrisi bila asupan nutrisi untuk pertumbuhan dan perkembangannya kurang, atau bisa karena nutrisi dari makanan yang dimakan tidak bisa diserap tubuh secara maksimal karena suatu penyakit (undernutrition), selain itu malnutrisi juga bisa dikarenakan asupan kalori yang berlebihan (overnutrition) (United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), 2006). Malnutrisi adalah salah satu faktor yang paling penting yang memberikan kontribusi pada angka kematian anak. Malnutrisi dapat menyebabkan penyakit di negara - negara berkembang. Sebagian besar kematian ini terjadi di negara - negara berkembang, ditandai dengan lebih dari setengah terjadi malnutrisi dan komplikasi (UNICEF, 1998).

Gizi buruk masih menjadi masalah yang serius dalam bidang kesehatan. Tercatat, empat persen atau sekitar 900 ribu balita Indonesia menyandang status gizi buruk. Ini mengakibatkan Indonesia menduduki peringkat lima besar pemilik gizi buruk balita (tribunnews, 2012).

Gizi Kementerian Kesehatan menyebutkan di Indonesia (2010) tercatat jumlah anak penderita gizi buruk sebesar 10,6%. Prevalensi anak gizi buruk untuk Provinsi D.I Yogyakarta tercatat sebesar 1,4% (DBGKK, 2010). Kabupaten Kulonprogo termasuk tercatat sebagai salah satu daerah yang memiliki tingkat anak penderita gizi buruk terbesar di provinsi D.I Yogyakarta dengan prevalensi 1% (BPS, 2010).

Kepemilikan sarana keluarga dalam hal ini juga menjadi salah satu

faktor terjadinya malnutrisi, contohnya dalam hal kepemilikan sarana air bersih dan toilet pribadi. Sanitasi lingkungan yang buruk akan menyebabkan anak lebih mudah terserang penyakit infeksi yang akhirnya dapat mempengaruhi status gizi (Poedjiadi, 1994). Sanitasi lingkungan sangat terkait dengan ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban, jenis lantai rumah serta kebersihan peralatan makan pada setiap keluarga. Makin tersedia air bersih untuk kebutuhan sehari-hari, makin kecil risiko anak terkena penyakit kurang gizi (Soekirman, 2000). Hal - hal tersebut menjadi sebuah ketertarikan peneliti untuk meneliti hubungan antara kepemilikan rumah tangga dengan kejadian malnutrisi.

METODE PENELITIAN

Disain penelitian adalah *cross sectional study*. Pengamatan terhadap variabel bebas dan terikat dilakukan sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Hal ini berarti setiap subyek diobservasi sekali saja tanpa dilakukan intervensi maupun manipulasi subyek.

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Kulonprogo, Daerah Istimewa Yogyakarta. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan secara sengaja didasarkan atas pertimbangan bahwa Kabupaten terpilih merupakan wilayah dengan prevalensi gizi buruk tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta berdasarkan laporan Depkes 2008.

Populasi target : anak usia 1-5 tahun kabupaten kulon progo

Populasi terjangkau : anak usia 1-5 tahun kecamatan girimulyo

Sampel : anak usia 1-5 tahun desa pendoworejo

Sampel yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anak balita berusia 1-5 tahun yang bertempat tinggal di Desa pendoworejo.

Pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan data primer. Data primer meliputi data tentang karakteristik ibu (umur ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan gizi ibu), pola makan, (pemberian kolostrum, pemberian asi eksklusif, umur penyapihan, umur pemberian MP ASI, pemberian makanan), pola asuh (sering tidaknya sakit, lamanya sakit, pengobatan, pemeliharaan kesehatan, tempat pencarian pelayanan kesehatan), dan status gizi 1-5 tahun.

Data kepemilikan sarana keluarga dikumpulkan melalui wawancara langsung dengan responden (ibu/pengasuh dan anaknya) menggunakan kuisioner. Sedangkan status gizi anak 1-5 tahun ditentukan secara antropometri dengan mengukur berat badan menurut umurnya dan tinggi per panjang badan menurut umurnya. Untuk mengukur berat badan digunakan timbangan sedangkan untuk mengukur tinggi badan anak digunakan microtoise dan alat ukur panjang badan.

HASIL

Penelitian ini dilakukan pada februari 2012 dan februari 2013. Peneliti melakukan penelitian di Pos Pelayanan Kesehatan dan menanyakan responden yg bersedia untuk diwawancarai. Peneliti melakukan pengambilan data dengan menanyakan pertanyaan berdasarkan 10 aspek kelengkapan sarana keluarga yang telah divalidasi sambil menjelaskan maksud dari pertanyaan tersebut didampingi oleh asisten peneliti. Dari pertanyaan instrument kelengkapan sarana keluarga akan didapatkan sejumlah *score* yang akan dikategorikan dalam kepemilikan sarana keluarga yang lengkap, cukup lengkap atau tidak lengkap.

Di dalam penelitian, responden yang bersedia diwawancarai dan

memenuhi kriteria eksklusi dan inklusi adalah 70 responden dan berikut distribusi data responden

Tabel 1. Jumlah responden

USIA RESPONDEN	JUMLAH RESPONDEN
bawah 1 tahun	8
usia 1 tahun	15
usia 2 tahun	14
usia 3 tahun	21
usia 4 tahun	12
TOTAL	70

Table 2. Distribusi responden menurut jenis kelamin, umur, dan pendidikan

Karakteristik responden	Frekuensi	Presentase
Jenis Kelamin:		
Laki-laki	3	4,29
Perempuan	67	95,71
Jumlah	70	100%
Umur :		
21-30	27	38,57
31-40	30	42,86
41-50	13	18,57
Jumlah	70	100%
Pendidikan :		
Tidak sekolah	1	1,43
Tamat SD	13	18,57
Tamat SMP	18	25,71
Tamat SMA	32	45,71
Akademi/S1	6	8,58
Jumlah	70	100%

Dari Tabel 2 dapat dilihat bahwa 95,7% responden berjenis kelamin perempuan karena dalam mengasuh anak sebagian besar adalah tugas perempuan. Umur responden yang paling banyak berusia antara 31-40 yaitu sebesar 42,86% dan yang paling sedikit yaitu berusia 41-50 tahun sebesar 18,57%. Responden yang paling banyak adalah tamat SMA yaitu sebesar

45,71% dan yang aling sedikit adalah Akademi/S1 yaitu sebesar 8,5
Tabel 3. Distribusi responden menurut pekerjaan dan Penghasilan

Pekerjaan		
Ibu rumah tangga	40	57,14
Petani	18	25,7
PNS	1	1,43
Pegawai Swasta	1	1,43
Wiraswasta DLL	10	14,30
Jumlah	70	100%
Penghasilan :		
Dibawah	59	84,29
UMR(<Rp 892.600)	11	15,71
Sama atau lebih dari UMR		
Jumlah	70	100%

Jenis pekerjaan sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga yaitu sebesar 57,14 dan yang paling sedikit adalah sebagian pegawai negeri dan pegawai swasta yaitu sebesar 1,43%. Untuk karakteristik penghasilan yang paling besar adalah di bawah UMR(<Rp 892.600) 84,29%.

Dari 70 responden yang telah dipilih, peneliti melakukan distribusi data berdasarkan status kepemilikan sarana keluarga, kategori lengkap bila memiliki sarana keluarga lebih dari 8, kategori cukup lengkap bila memiliki 4 sampai 7 sarana keluarga, dan kategori tidak lengkap bila sarana keluarga yang dimiliki kurang dari 4, berikut bel 4. pendistribusian data berdasarkan kelengkapan sarana rumah tangga

Tabel 4. Data sarana keluarga

KELENGKAPAN SARANA RUMAH TANGGA	JUMLAH RESPONDEN	PRESENTASE
tidak lengkap	16	22,9%
cukup lengkap	25	35,7%
lengkap	29	41,4%
TOTAL	70	100,0%

Peneliti juga melakukan pendistribusian data berdasarkan status gizi, kategori gizi kurang bila Z Score < - 2SD sampai -3SD, dikategorikan gizi baik bila Z Score -2 sampai dengan +2, dan didapatkan hasil seperti berikut
Tabel 5. Data status gizi

STATUS GIZI	JUMLAH RESPONDEN	PRESENTASE
Gizi		
Kurang	6	8,6%
Gizi Baik	64	91,4%
TOTAL	70	100,0%

Tabel 6. Distribusi data

KELENGKAPAN SARANA RUMAH TANGGA	STATUS GIZI RESPONDEN		TOTAL	PRESENTASE
	gizi kurang	gizi baik		
Tidak Lengkap	1	15	16	22,9%
Cukup Lengkap	3	22	25	35,7%
Lengkap	2	27	29	41,4%
TOTAL	6	64	70	100,0%

Setelah didapatkan data tersebut, peneliti melakukan pengolahan data dengan menggunakan fisher's exact test dan didapatkan hasil seperti berikut
Tabel 7. Distribusi olah data

	Value	df	asympt. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,589	2	,745	,755		
Likelihood Ratio	,568	2	,753	,755		
Fisher's Exact Test	,651			,866		
N of Valid Cases						

Dari hasil uji *Fisher's exact test* dapat disimpulkan bahwa nilai P = 0,866 atau P > 0,05 yang artinya H0 diterima, dan dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara malnutrisi dengan kepemilikan sarana keluarga.

Pembahasan

Hasil yang didapatkan dari penelitian ini adalah bahwa kepemilikan sarana keluarga tidak mempunyai pengaruh terhadap kejadian malnutrisi di Desa Pendoworejo Kabupaten Kulonprogo Yogyakarta. Hasil ini

didapatkan tidak sesuai dengan hipotesis peneliti. Kepemilikan sarana keluarga meliputi beberapa hal yang dapat mendukung kegiatan sebuah keluarga, dalam hal ini meliputi kepemilikan toilet pribadi, sarana air bersih, alat-alat elektronik, rumah pribadi, hewan ternak, kebun, dan lahan pertanian, beberapa hal tersebut dapat berhubungan dengan informasi, kebersihan, dan ketersediaan pangan (Soekirman, 2000).

Malnutrisi biasanya dipakai sebagai kata ganti dari *undernutrition* padahal malnutrisi juga dapat dikategorikan sebagai *overnutrition*. Seseorang bisa dikatakan malnutrisi bila asupan nutrisi untuk pertumbuhan dan perkembangannya kurang, atau bisa karena nutrisi dari makanan yang dimakan tidak bisa diserap tubuh secara maksimal karena suatu penyakit (*undernutrition*), selain itu malnutrisi juga bisa dikarenakan asupan kalori yang berlebihan (*overnutrition*) (*United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), 2006). Malnutrisi adalah salah satu faktor yang paling penting yang memberikan kontribusi pada angka kematian anak. Malnutrisi dapat menyebabkan penyakit di negara - negara berkembang. Sebagian besar kematian ini terjadi di negara - negara berkembang, ditandai dengan lebih dari setengah terjadi malnutrisi dan komplikasi (UNICEF, 1998).

Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk, diantaranya adalah status sosial ekonomi, ketidaktahuan ibu tentang pemberian gizi yang baik untuk anak, dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Sumber lain menyebutkan asupan makanan keluarga, faktor infeksi, dan pendidikan ibu menjadi penyebab kasus gizi buruk (dewi, 2012).

Hubungan malnutrisi dengan sarana kepemilikan sarana keluarga adalah sebagai aspek informasi yang dapat memberikan pengetahuan untuk seseorang, ketersediaan pangan dan air bersih dan juga berhubungan dengan penyakit yang dapat menyebabkan malnutrisi (Soekirman, 2000). Malnutrisi bersifat multifaktorial, sehingga dapat disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya asupan makan, sanitasi air bersih, pola asuh, status sosial ekonomi, ketersediaan makanan (UNICEF, 1998).

Berdasarkan keterangan UNICEF, malnutrisi bersifat multifaktorial. Jika pasien malnutrisi memiliki sarana keluarga yang lengkap mungkin dari faktor lain bisa ditinjau karena malnutrisi bersifat multifaktorial. Multifaktorial disini mempunyai artiaspek lain tunggal bias mempengaruhi malnutrisi dan atau aspek lain secara bersama mempengaruhi malnutrisi. Variabel antara dalam penelitian ini juga dapat berpengaruh, contohnya infeksi dan ketersediaan bahan pangan menjadi faktor resiko terjadinya malnutrisi pada balita. Jika variabel antara tidak terjadi, maka malnutrisi juga tidak terjadi.

Simpulan

Penelitian tentang hubungan antara kepemilikan sarana keluarga terhadap malnutrisi pada anak balita di Desa Pendoworejo Kabupaten Kulonprogo Yogyakarta dapat diambil kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian malnutrisi dengan kepemilikan sarana keluarga.

Saran

1. Perlunya penelitian berkelanjutan tentang kepemilikan sarana keluarga terhadap malnutrisi dengan memperbanyak jumlah sampel

2. Perlunya penelitian berkelanjutan di desa lain yang ada di Kabupaten Kulonpogo
3. Perlunya penelitian yang mengikutsertakan factor lain yang dapat mempengaruhi malnutrisi seperti pola asuh, fungsi keluarga dan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arisman, MB.2004, Gizi dalam Daur Kehidupan, EGC, Jakarta.
- Aritonang, I, 2002, Krisis Ekonomi : Akar Masalah Gizi, Sebelas Maret University Press, Surakarta.
- Arnelia, dan S Muljati, 1991. Status Gizi Anak Balita Pengunjung Posyandu Kecamatan Ciomas dan Samplak, Kabupaten Bogor.
- BPS. (2010). *www.kulonprogo.co.id*. Diakses april 2012
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2000. *Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2001-2005*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dini Latief, Konsumsi Pangan Tingkat Rumah Tangga Sebelum dan Selama Krisis Ekonomi, Makalah disampaikan pada Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi.VII, Jakarta.
- Dini Latief, 2000. Program ASI Eksklusif dan Makanan Pendamping Air Susu Ibu, Kumpulan Makalah, Diskusi Pakar Bidang Gizi.
- Ezzel, I and L Jensen. G. 1984. Malnutrition in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, American Jurnal Clinical Nutrition.
- Handayani,Sri, 1994, Pangan dan Gizi, Sebelas Maret University Press, Surakarta.
- Kabir. I, 1994. Changes in Body Composition of Malnourished Children after Dietary Supplementation as measured by Bioelectrical impedance, American Jurnal Clinical Nutrition.
- Khumaidi, 1994, Gizi Masyarakat, PT BPK Gunung Mulia, Jakarta.
- Patofisiologi gizi buruk (2011). Diakses 12 April 2012, dari <http://nutrition-up-date.com/gizi-buruk/>
- Poedjiadi A, 1994, Dasar-Dasar Biokimia, Universitas Indonesia Press, Jakarta.
- Priyanti, ZS, 1996, Diagnosa dan Penatalaksanaan Pneumonia, EGC, Jakarta.
- Shashidhar, Harohalli R. (2011). Malnutrition Treatment. Diakses 25 April 2012 dari <http://emedicine.medscape.com/article/985140-treatment>
- Soekirman, 2000, Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat, Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Suandi, 1998, Diit pada Saat Anak Sakit, EGC, Jakarta.
- Suhardjo, 1996. Peranan Pangan dan Gizi, Bumi Aksara.
- Suharjo, 1992, Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak Kanisius, Yogyakarta.
- Sutriyanto, Eko. 900 ribu balita Indonesia bergizi buruk (2012). Diakses 5 April 2012, dari <http://www.tribunnews.com/2012/01/18/900-ribu-balita-indonesia-bergizi-buruk>
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2006). Progress for children. Diakses 5 April 2012, dari <http://www.unicef.org/progressfor>

children/2006n4/malnutritiondefinition.html

United Nations International Children's
Emergency Fund (UNICEF)
(1998). Malnutrition in developing
countries

Winarno F.G., 1990. Gizi dan
Masyarakat bagi Bayi dan Anak
Sapihan, Pustaka Sinar Harapan,
Jakarta.

Dewi, 2012, Faktor – faktor Kejadian Gizi
Buruk pada Balita yang Dirawat di
RSUP. Dr. Kariadi Semarang