

**KAJIAN PRAKTEK KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI),
TINGKAT KONSUMSI ENERGI DAN PROTEIN
SERTA STATUS GIZI BALITA DI KELURAHAN OESAPA BARAT**

Sherly Y. Pandie¹, Lewi Jutomo¹ Dan Erlina R. Salmun²

¹Jurusan Gizi Kesehatan Masyarakat

Fakultas Kesehatan Masyarakat-Undana

²Badan Pemberdayaan Perempuan, Pemda NTT

A **BSTRACT**, The aim of this research is to know how practice nutrition aware families, level consumption of energy and protein and also nutritient status of children (under 5 years old) in sub district west oesapa 2009. This research is done in 6 posyandu in sub district west oesapa. This is a descriptive research which is done by investigating, observing and measuring the five nutrition content indicators, level consume energy and protein and also nutritient status of children (under 5 years old) by using structed interview method. Total of the sample 100 balita child. The variables are the changing/increasing on weight and nutritient statu, the varety of food consumption, the giving of mother's milk exclusively, the consumption of iodine salt, breakfast habit, level consumption energy and protein and status gizi balita. The result of analysis shows that 79% balita routine consider body weigth in posyandu, 11 % f amilies consume various food, 42% infants get mother's milk since0 months to 6 months, 65% families consume the iodine salt, 87% families include family members always have breakfast, 57% families consume the food of protein, 15% families consume the food of energy and 55% children (under 5 years old) with good nutrition status.

Keyword : *nutrition aware families, level consumption of energy and protein, nutritient status of children (under 5 years old).*

PENDAHULUAN

Masalah gizi pada hakekatnya adalah masalah kesehatan masyarakat, namun penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Penyebab timbulnya masalah gizi adalah multifaktor, oleh karena itu pendekatan penanggulangannya harus melibatkan berbagai sektor terkait. Masalah gizi, meskipun sering berkaitan dengan masalah kekurangan pangan, pemecahannya tidak selalu berupa peningkatan produksi dan pengadaan pangan. Pada kasus tertentu seperti dalam keadaan krisis (bencana kekeringan, perang, kekacauan sosial, dan krisis ekonomi), masalah gizi muncul akibat masalah ketahanan pangan tingkat rumah tangga, yaitu kemampuan rumah tangga memperoleh makanan untuk semua anggotanya (Supariasa, 2001).

Pada usia balita tubuh memerlukan zat gizi yang tinggi, sehingga apabila kebutuhan zat gizi tidak terpenuhi dengan baik, maka tubuh akan menggunakan cadangan makanan yang ada. Penyebab tidak langsung dari status gizi balita yaitu ketidaktahuan

ibu akan pengetahuan makanan bergizi bagi balita, adanya kebiasaan atau pantangan yang merugikan, kesukaan yang berlebihan terhadap jenis makanan tertentu, keterbatasan penghasilan keluarga dan jarak kelahiran yang terlalu rapat (Moehji, 2001).

Secara global, Suara Pembaruan menunjukkan fakta bahwa tingkat prevalensi kekurangan gizi di Indonesia cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Tahun 2003 tercatat ada 17,7%, tahun 2006 ada 17,8% dan tahun 2007 ada 19,5%. Masalah gizi buruk semestinya dapat dicegah. Provinsi NTT khususnya mempunyai jumlah kasus gizi buruk dari bulan Januari 2007 sampai Desember 2007 sebanyak 13.969 dari jumlah balita di NTT 477.829 anak. Hasil *assessment* gizi yang dilakukan Depkes bekerja sama dengan SEAMEO dan WFP bulan Juli-September 2005 menunjukkan prevalensi gizi buruk di provinsi NTT : 13,8%, Sumba Timur 13,2%, TTS 18,0%, Kota Kupang 14,9%, Ende 8,7% dan Flores Timur 8,2%.

Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) dan Indonesia Sehat 2010 ditetapkan bahwa 80% keluarga menjadi sadar gizi, karena keluarga mempunyai nilai yang amat strategis dan menjadi inti dalam pembangunan seluruh masyarakat, serta menjadi tumpuan dalam pembangunan manusia seutuhnya. Sehubungan dengan hal tersebut telah dikembangkan perilaku sadar gizi yang terdiri dari lima indikator, yaitu : Mengkonsumsi makanan beraneka ragam, Memantau perubahan berat badan secara teratur, mengkonsumsi Garam beryodium, Memberikan ASI eksklusif dan Kebiasaan sarapan pagi. Tidak terlepas pula bila program KADARZI terbentuk oleh berbagai macam faktor eksternal maupun internal seperti ; ekonomi, politik, sosial budaya, pengetahuan atau pendidikan dan penyakit infeksi dalam penerapannya. Saat ini program KADARZI telah dicanangkan pemerintah dan dilaksanakan secara merata di seluruh wilayah Indonesia. Dengan lima indikator yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pencapaian, perencanaan dan evaluasi program KADRAZI adalah ; Prevalensi Balita Gizi Kurang dan Kurang Energi Protein (KEP) berat, Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK), Masalah kurang zat gizi mikro (Vitamin A, Anemia, Seng, GAKY), prevalensi gizi lebih maupun prevalensi gizi di institusi.

Jumlah bayi yang diberi ASI eksklusif di Kota Kupang pada tahun 2006 berjumlah 1.802 dari total bayi seluruhnya 6.449, sedangkan pada tahun 2007 bayi yang diberi ASI eksklusif berjumlah 1.473 dari total bayi 6.539. Hasil survai penggunaan garam beryodium di Kota Kupang pada tahun 2006 tidak ada rumah tangga mengkonsumsi garam yodium dengan baik. Penimbangan berat badan balita pada tahun

2006, jumlah balita yang ditimbang 13.820 dan yang mengalami berat badan naik sebanyak 6.332. Pada tahun 2007 jumlah balita yang ditimbang 11.904 dan mengalami berat badan naik sebanyak 5.612 (*Profil Kesehatan Dinkes Propinsi NTT*).

Kelurahan Oesapa Barat merupakan salah satu kelurahan baru hasil pemekaran dari Kelurahan Oesapa Kecamatan Kelapa Lima. Dengan jumlah penduduk tahun 2007 berjumlah 7.117 jiwa dari total penduduk Kecamatan Kelapa Lima sebanyak 71.669 jiwa. Menurut data dari posyandu bulan Nopember tahun 2008 tercatat jumlah balita di Oesapa Barat sebanyak 466 jiwa. Diketahui juga tingkat pendapatan penduduk rata-ratanya ekonomi menengah ke bawah dengan jenis pekerjaan paling banyak PNS, nelayan dan petani. Untuk itu maka tingkat pengetahuan keluarga tentang bagaimana cara mengatur konsumsi pangan untuk mencukupi kebutuhan gizi anak dalam rumah tangga masih sangat rendah. Mengingat besarnya peranan perilaku Keluarga Sadar Gizi dalam upaya menekan permasalahan gizi di masyarakat, maka peneliti merasa sangat perlu melakukan penelitian menyangkut Kajian Keluarga Sadar Gizi, Tingkat Konsumsi Energi dan Protein Serta Status Gizi Balita di Kelurahan Oesapa Barat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana Praktek Keluarga Sadar Gizi (KADARZI), Tingkat Konsumsi Energi dan Protein serta Status Gizi Anak Balita di Kelurahan Oesapa Barat.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif (membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif pada situasi sekarang) melalui survai, observasi dan pengukuran terhadap 5 indikator Kadarzi, tingkat konsumsi zat gizi serta status gizi anak balita. Penelitian ini dilaksanakan di 6 posyandu yang ada di Kelurahan Oesapa Barat pada bulan November 2008 – Maret 2009.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua balita yang ada di Kelurahan Oesapa Barat (yang aktif dan terdaftar di 6 posyandu yang ada) yaitu jumlah balita 466 anak. Sampel dalam penelitian ini adalah semua balita yang ada dan terdaftar pada 6 posyandu yang ada. Besar sampel ditentukan berdasarkan persamaan Notoatmodjo tahun 2002 yaitu

$$:n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{466}{1 + 466(0,1^2)}$$

$$n = \frac{466}{4,67}$$

$$n = 99,78 \approx 100$$

Jadi, total sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 100 anak balita. Berdasarkan prinsip proporsional sampel, maka sebaran sampel diambil menurut posyandu yaitu posyandu bunda 1, 2, 3, 4, 5 dan 6. Besar sampel dari tiap posyandu ditentukan dengan memperhitungkan proporsi balita tiap posyandu yaitu :

Posyandu Bunda 1

$$\frac{100}{466} \times 55 \text{ anak} = 11,80 \approx 12 \text{ anak}$$

Posyandu Bunda 2

$$\frac{100}{466} \times 75 \text{ anak} = 16,09 \approx 16 \text{ anak}$$

Posyandu Bunda 3

$$\frac{100}{466} \times 68 \text{ anak} = 14,59 \approx 15 \text{ anak}$$

Posyandu Bunda 4

$$\frac{100}{466} \times 111 \text{ anak} = 23,81 \approx 24 \text{ anak}$$

Posyandu Bunda 5

$$\frac{100}{466} \times 75 \text{ anak} = 16,09 \approx 16 \text{ anak}$$

Posyandu Bunda 6

$$\frac{100}{466} \times 82 \text{ anak} = 17,59 \approx 17 \text{ anak}$$

Pengambilan sampel ditentukan dengan mengambil semua anak dari tiap posyandu, diurutkan namanya kemudian diambil dengan menggunakan tabel sampling random pada setiap posyandu. Data primer diperoleh dengan menggunakan metode wawancara terstruktur berdasarkan alat ukur kuesioner yang telah disusun sesuai 5 indikator Kadarzi serta status gizi balita. Data tingkat konsumsi pangan diperoleh menggunakan metode recall 1x24 jam. Data sekunder diperoleh dari Posyandu, kantor Kelurahan Oesapa Barat dan Puskesmas Pembantu (Pustu) Oesapa. Teknik Pengolahan dan Analisis Data adalah :

- Data penimbangan berat badan anak balita, diperoleh melalui wawancara dengan melihat hasil penimbangan Balita bulan lalu dengan bulan ini pada kartu menuju sehat (KMS).
- Data keragaman konsumsi pangan, diperoleh melalui wawancara terhadap KK tentang konsumsi makanan seharinya (24 jam) dengan melihat 4 macam kelompok bahan makanan (makanan pokok, lauk pauk, sayuran dan buah) dan makan 2-3x sehari.
- Data pemberian ASI eksklusif, diperoleh melalui wawancara dengan menanyakan pemberian ASI saja kepada bayi hingga usia 6 bulan atau tidak pernah memberikan ASI kepada bayi.

- Data konsumsi garam beryodium, diperoleh melalui wawancara atau observasi dengan menanyakan serta melihat kemasan garam yang digunakan, apakah ada label garam beryodium atau tidak ada label garam beryodium.
- Data kebiasaan sarapan pagi, diperoleh melalui wawancara terhadap KK, apakah semua anggota keluarga setiap harinya sarapan termasuk didalamnya makanan kudapan.
- Data konsumsi zat gizi, diperoleh melalui wawancara atau observasi melalui metode recall 1x24 jam kemudian dibandingkan dengan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM).
- Data status gizi, diperoleh melalui hasil penimbangan bulanan dikonversikan ke standar baku WHO-NCHS Berat Badan menurut Tinggi Badan.

Setelah data dikumpulkan dengan menggunakan kuisisioner, data tersebut diolah dan ditelaah. Selanjutnya data dikembangkan dengan uraian deskriptif sesuai tujuan penelitian, kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Keluarga Sadar Gizi, Tingkat Konsumsi Energi dan Protein serta Status Gizi Balita.

A. Penimbangan Berat Badan Balita

Penimbangan berat badan balita secara rutin dilihat pada KMS, dengan cara pengukuran Baik jika rutin (penimbangan sekali dalam tiap bulan) melakukan penimbangan berat badan anak selama usianya dan Kurang jika sering (tidak melakukan penimbangan sekali dalam tiap bulan) melakukan penimbangan berat badan anak selama usianya. Hasil pengisian kuisisioner dari 100 responden di Kelurahan Oesapa Barat melalui KMS balita diperoleh hasil seperti Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Penimbangan Berat Badan Balita di Kelurahan Oesapa Barat.

Penimbangan Berat Badan	n	%
Baik	79	79,00
Kurang	21	21,00
Jumlah	100	100,00

Sumber : Data Primer

Hasil penelitian diperoleh 79% balita rutin menimbang berat badan di posyandu dan 21% balita tidak rutin menimbang berat badan, ini disebabkan karena jarak yang jauh dari rumah ke tempat posyandu, ibu yang terlalu sibuk sehingga jarang membawa

anaknya ke posyandu untuk melakukan penimbangan, pengetahuan ibu yang kurang tentang manfaat menimbang berat badan anak. Semuanya ini sangat berpengaruh pada status gizi balita kedepannya karena orang tua tidak mengetahui perubahan berat badan anaknya. Jika berat badan seorang anak anjlok (di bawah grafik KMS), petugas bisa melakukan intervensi dengan mencari tahu penyebab turunnya berat badan anak, lalu memberikan saran-saran (http://situs.kesrepro.info/kia/kia_01.htm).

Ibu yang selalu datang ke posyandu untuk menimbang berat badan anaknya dengan sendirinya akan mengetahui kondisi pertambahan berat badan anaknya. Jika balita mengalami masalah kesehatan khususnya yang berkaitan dengan penurunan berat badan anak maka ibu tersebut akan segera menemukan cara memulihkan kesehatan dan pertambahan berat badan untuk pertumbuhan yang optimal berdasarkan saran-saran dan masukan yang diberikan oleh petugas kesehatan. Sebaliknya ibu yang jarang menimbang berat badan anaknya di posyandu tentunya tidak mengetahui secara pasti tentang kondisi kesehatan anaknya dan jika anaknya mengalami gangguan kesehatan maka ibu tersebut tidak akan mengetahui secara tepat bagaimana cara menanggulangi masalah yang dihadapinya. Hal ini tentu akan sangat merugikan kesehatan bayi dan ibunya.

B. Konsumsi Beraneka Ragam Makanan

Makanan yang terdiri dari 4 macam kelompok bahan makanan (makanan pokok, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan), dengan cara pengukuran Baik jika makan 2-3x sehari dan ada 4 macam kelompok bahan makanan, Cukup jika makan 2-3x sehari dan hanya ada 3 macam kelompok bahan makanan dan Tidak Baik jika makan 2-3x sehari dan hanya mengkonsumsi 2 macam kelompok bahan makanan.

Konsumsi pangan keluarga di Kelurahan Oesapa Barat relatif homogen, sumber karbohidrat diperoleh dari nasi, jagung dan roti, sumber vitamin dan mineral dari sayuran, gula diperoleh dari minuman seperti teh, kopi dan susu sedangkan sumber pangan lainnya seperti sumber protein nabati, protein hewani dan lemak diperoleh dari tempe, tahu, ikan dan daging.

Tabel 2. Distribusi Keragaman Pangan Keluarga di Kelurahan Oesapa Barat.

Keragaman Pangan	n	%
Baik	11	11,00
Cukup	55	55,00
Tidak baik	34	34,00
Jumlah	100	100,00

Sumber : Data Primer

Hasil penelitian diperoleh 55% responden cukup baik dan 34% responden tidak baik dalam mengkonsumsi beraneka ragam pangan ini disebabkan oleh rendahnya daya beli masyarakat/keluarga terutama bagi keluarga yang status ekonominya rendah yang berhubungan erat dengan pekerjaan dan penghasilan. Dari segi ekonomi, pendapatan keluarga di Kelurahan Oesapa Barat adalah cukup, namun pada kenyataannya dengan pendapatan yang cukup tidak menjamin pemenuhan kebutuhan keluarga akan pangan yang baik. Dengan makan yang beraneka ragam berarti kekurangan zat gizi dari sesuatu makanan dapat diisi oleh zat gizi dari makanan lain (*Soekirman, 2000*).

Dari segi konsumsi gizi, kebanyakan orang tua masih mengutamakan nilai-nilai budaya seperti lebih mementingkan diri sendiri dalam hal konsumsi gizi, porsi maupun waktu makan, dimana anak balita dibiarkan mengkonsumsi makanan sesukanya/memilih-milih makanan tanpa adanya pengawasan orang tua. Hal ini pula erat hubungannya dengan ketidak maksimalan pemanfaatan pekarangan/halaman rumah menjadi pekarangan gizi malah sebaliknya dibiarkan kosong/diterlantarkan sehingga keluarga belum mampu mewujudkan ketersediaan pangan yang cukup, terutama dalam hal mutu dan tingkat gizinya. Diversifikasi pangan dengan memanfaatkan lahan pekarangan sehingga konsumsi pangan yang bermutu gizi seimbang pada umumnya dan mengkonsumsi pangan sumber protein (daging, telur, ikan) pada khususnya dapat terpenuhi dengan baik (*Ali Khomson, 2004*). Salah satu ciri pekarangan adalah terdapat keaneka-ragaman jenis pangan, buah-buahan, bumbu masak dan tanaman hias. Pekarangan juga mempunyai batasan sebagai bidang tanah sekitar rumah yang mempunyai batas-batas tertentu yang biasanya ditanami dengan satu atau beberapa jenis makanan yang masih mempunyai hubungan Fungsional dengan rumah yang bersangkutan (*Karyono, 1985*).

C. Pemberian ASI Eksklusif

Bayi usia 0 – 6 bulan yang diberi ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain, dengan cara pengukuran Baik jika memberikan ASI saja kepada bayi sampai usia 6 bulan, Kurang jika memberikan ASI pada bayi <6 bulan, dan Buruk jika tidak memberikan ASI kepada bayi. Hasil penelitian sebanyak 51% bayi yang kurang mendapat ASI di bawah 6 bulan, hal ini disebabkan karena kesibukan ibu diluar rumah (bekerja) sehingga bayi dibantu oleh susu formula maupun minuman lainnya seperti the atau air gula. Sebanyak 7% bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan, hal ini diakibatkan oleh ketidakmampuan seorang ibu untuk memproduksi ASI dalam

jumlah cukup banyak setelah melahirkan bayi. Faktor lainnya adalah ibu bayi sakit serius sehingga tidak dapat memberikan ASI serta kelalaian ibu sendiri yang lebih banyak waktu di luar rumah. Hasil pengisian kuisioner 100 responden di Kelurahan Oesapa Barat dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3. Distribusi Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Oesapa Barat.

Pemberian ASI Eksklusif	n	%
Baik	42	42,00
Kurang	51	51,00
Buruk	7	7,00
Jumlah	100	100,00

Sumber : Data Primer

Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan terbaik bagi bayi sampai ia berusia sekitar 6 (enam) bulan dan setelah itu makanan lain bisa secara bertahap diperkenalkan kepadanya sehingga pada akhir tahun pertama, bayi sudah harus mulai makan makanan yang dimasak bagi seluruh keluarga (Ramaiah, 2006). Bayi yang tidak diberikan ASI, tidak akan memiliki zat kekebalan tubuh (*Immunoglobulin, Lysosim, Sel Darah Putih ; Bronchus Asosiated Lymphocyte, Gut Asosiated Lymphocyte Tissue Dan Mammary Asosiated Lymphocyte Tissue*) sehingga mudah mengalami sakit, bayi tidak mendapatkan makanan yang bergizi dan berkualitas tinggi (*Taurin, DHA ; Decosahexanoic Acid*) sehingga akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan kecerdasannya, hubungan kasih sayang ibu dan bayi (psikologik) tidak terjalin secara dini. Sedangkan akibat bagi ibu yang tidak memberikan ASI bagi bayi, akan mengalami pendarahan setelah persalinan lebih lama, cepat terjadinya kehamilan kembali, beresiko terkena kanker payudara dan kanker rahim, waktu ibu tersita karena harus menyiapkan susu botol dan merawat bayi yang sering sakit, serta pengeluaran keluarga bertambah tinggi, (DEPKES RI, 2003, *Ibu Bekerja Tetap Memberikan Air Susu Ibu. DEPKES RI, 2006, Buku Saku Bidan POSKESDES Untuk Mewujudkan Desa Siaga*).

ASI Eksklusif merupakan makanan bayi lahir dan batin yang baik dan dengan pemberian ASI secara Eksklusif selama 6 bulan dan terus sampai umur 2 tahun akan memberikan kesehatan yang optimal bagi perkembangan BALITA baik secara mental/psikis, fisik maupun kemampuan otak/IQ.

D. Penggunaan Garam Yodium

Garam hasil iodisasi yang dipakai sehari-hari oleh keluarga untuk dicampurkan sebagai penyedap masakan dan bisa mencegah terjadinya penyakit GAKY, dengan cara

pengukuran Ya jika selalu menggunakan garam yodium dalam makanan setiap hari dan Tidak jika tidak menggunakan garam yodium setiap hari. Dari 100 responden penggunaan garam yodium di Kelurahan Oesapa Barat dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4. Distribusi Penggunaan Garam Beryodium di Kelurahan Oesapa Barat.

Penggunaan Garam Beryodium	n	%
Ya	65	65,00
Tidak	35	35,00
Jumlah	100	100,00

Sumber : Data Primer

Garam yang telah ditambahkan zat iodium/iodisasi yang diperlukan oleh tubuh yang sangat efektif dalam penanggulangan GAKY. Hal ini membuktikan bahwa iodium sangatlah penting oleh tubuh. Hasil penelitian diperoleh bahwa 35% keluarga tidak menggunakan garam yodium dalam masakan karena umumnya mereka tinggal di daerah pantai dan mereka mengkonsumsi garam yang diolah sendiri, ada juga yang mengkonsumsi garam non yodium yang banyak beredar di pasaran dengan harga yang relatif murah dan isinya lebih banyak daripada garam yodium.

Menurut pudjiadi (1997) ; kekurangan yodium yang diderita anak-anak menyebabkan pembesaran kelenjar gondok, gangguan fungsi mental dan perkembangan fisik. Pada orang dewasa berakibat pada pembesaran kelenjar gondok, hipotiroid dan gangguan mental, sedangkan pada ibu hamil dapat berakibat abortus, lahir mati, kelainan bawaan pada bayi, melahirkan bayi kretin yang kesemuanya dapat meningkatkan angka kematian prenatal. Dampak buruk GAKI tahap ringan berdampak buruk pada perkembangan syaraf motorik dan kognitif janin yang berkaitan dengan perkembangan dan kecerdasan anak. Dampak buruk GAKI tingkat berat dan kronik, mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, terjadi kelainan fisik dan mental yang terjadi pada janin dan bayi dapat berupa keguguran, lahir mati, lahir cacat, kretin, kelainan psikomotor dan kematian bayi. Pada anak usia sekolah dan orang dewasa GAKI dapat berakibat pembesaran kelenjar gondok, cacat mental dan fisik (Soekirman, 2000).

E. Kebiasaan Sarapan Pagi

Makanan yang dimakan pada pagi hari sebelum beraktifitas, yang terdiri dari makanan baik berupa makanan pokok ataupun kudapan, dengan cara pengukuran Ya jika selalu sarapan pagi dan Tidak jika tidak sarapan pagi atau jarang. Hasil penelitian diperoleh 13% keluarga tidak pernah sarapan pagi, Hal ini disebabkan karena keluarga tersebut tidak terbiasa sarapan pagi, ketidakmampuan keluarga dalam pengadaan bahan

pangan untuk dikonsumsi pada pagi hari. Menurut Soekirman (2000) Makan pagi/sarapan berperan penting terutama untuk menyediakan energi dan gairah belajar serta bekerja pada awal hari baru. Anak yang tidak makan pagi/sarapan kurang dapat mengerjakan tugas di kelas yang memerlukan konsentrasi, mereka umumnya mempunyai nilai hasil ujian yang lebih rendah, mempunyai daya ingat yang terbatas dan sering absen.

Tabel 5. Distribusi Kebiasaan Sarapan Pagi di Kelurahan Oesapa Barat.

Kebiasaan Sarapan Pagi	n	%
Ya	87	87,00
Tidak	13	13,00
Jumlah	100	100,00

Sumber : Data Primer, 2009

Ketidakbiasaan sarapan dapat berakibat rendahnya penyerapan ilmu pengetahuan bagi anak-anak sekolah yang berdampak rendahnya mutu pendidikan, produktivitas kerja menurun bagi orang dewasa baik petani maupun pegawai sehingga tidak memperoleh penghasilan yang maksimal ataupun beresiko dipecat dari pekerjaannya. Dengan kebiasaan makan pagi, juga membantu seseorang/anggota keluarga untuk memenuhi kecukupan gizinya sehari-hari.

F. Konsumsi Zat Gizi (Energi dan Protein)

Tingkat konsumsi zat gizi (energi dan protein) dibagi dalam 4 kategori yakni Baik ($\geq 80\%$ AKG), Cukup (70-79% AKG), Sedang (60-69% AKG), Kurang ($\leq 60\%$ AKG). Distribusi Tingkat Konsumsi Zat Gizi responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 6. Distribusi Tingkat Konsumsi Zat Gizi (Energi dan Protein)

Tingkat Konsumsi Zat Gizi	Energi (n)	%	Protein (n)	%
Baik	15	12,00	57	57,00
Cukup	10	10,00	12	12,00
Sedang	18	18,00	7	7,00
Kurang	57	57,00	24	24,00
Jumlah	100	100,00	100	100,00

Sumber : Data Primer

Hasil penelitian melalui metode recall 1x24 jam menunjukkan bahwa 57% responden mengkonsumsi jumlah makanan sumber energi masih rendah bila dibandingkan dengan angka kecukupan gizi untuk energi yang dianjurkan per orang per harinya. Energi yang digunakan oleh tubuh tidak hanya diperoleh dari proses katabolisme zat gizi yang tersimpan dalam tubuh, tetapi juga berasal dari energi yang terkandung dalam makanan yang kita konsumsi (Arisman, 2004). Untuk memenuhi kebutuhan tubuh

akan energi diperlukan konsumsi bahan-bahan makanan tertentu yang merupakan makanan sumber energi. Energi untuk tubuh diperoleh dari masukan karbohidrat, lemak, protein, serta bahan makanan yang disimpan dalam tubuh khususnya cadangan lemak dan alkohol (Nurachman, Elly. 2001). Keseimbangan energi tercapai bila energi yang masuk kedalam tubuh melalui makanan sama dengan energi yang dikeluarkan. Bila konsumsi energi melalui makanan kurang dari energi yang dikeluarkan maka akan terjadi kekurangan energi dan tubuh akan mengalami keseimbangan energi negatif, akibatnya berat badan kurang dari berat badan seharusnya (Almatsier, 2004).

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa 57% responden mengkonsumsi makanan sumber protein dengan baik dan 24% responden kurang dalam mengkonsumsi protein. Protein berfungsi dalam 1) menjaga proses fisiologi tubuh karena protein merupakan bahan baku pembentukan hormon, protein plasma, anti bodi dan kromosom, 2) berperan dalam perkembangan tubuh, yaitu penting bagi pertumbuhan, pemulihan dan memelihara struktur tubuh, 3) berperan dalam metabolisme tubuh, 4) memelihara keseimbangan cairan asam dan basa, dan 5) sebagai sumber energi (Nurachman, 2001). Masih terdapatnya responden dengan tingkat protein yang kurang, disebabkan oleh kurangnya konsumsi makanan yang mengandung protein. Bila seseorang kekurangan protein dapat menyebabkan pertumbuhan terhambat dan tampak tidak sebanding dengan umurnya, pada keadaan yang lebih buruk dapat mengakibatkan berhentinya proses pertumbuhan (Suharjo, 1996). Pada balita Akibat dari kekurangan protein yaitu dapat menyebabkan kwashiorkor dan marasmus pada anak-anak. Sedangkan akibat dari kelebihan protein yaitu dapat menyebabkan obesitas (Almatsier, 2001).

G. Status Gizi

Status Gizi dibagi dalam 4 kategori yaitu Gemuk ($> 2,0$ SD baku WHO NCHS), Normal ($-2,0$ SD s/d $+2,0$ SD), Kurus ($<-2,0$ SD s/d $-3,0$ SD), Sangat Kurus ($<-3,0$ SD). Distribusi status gizi balita dari penelitian keluarga sadar gizi di Kelurahan Oesapa Barat dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 7. Distribusi Status Gizi Balita di Kelurahan Oesapa Barat

Kategori	Jenis Kelamin		n	%
	Perempuan	Laki-Laki		
Gemuk	4	3	7	7,00
Normal	30	25	55	55,00
Kurus	17	16	33	33,00
Sangat Kurus	2	3	5	5,00
Jumlah	53	47	100	100,00

Sumber : Data Primer

Hasil penelitian menunjukkan, status gizi balita Gemuk (7%), umumnya balita dengan status gizi Gemuk melambangkan keluarga yang mapan dari segi ekonomi, balita dengan gizi lebih juga berpotensi serius adanya gangguan kesehatan baik dimasa usia prasekolah, anak-anak, remaja dan dewasa. Hasil penelitian juga diperoleh balita dengan gizi Normal (55%), Kurus (33%), dan Sangat Kurus (5%). Angka status gizi Kurus dan Sangat Kurus ini disebabkan oleh konsumsi gizi dan penyakit infeksi yang diderita anak balita. Masih besarnya jumlah bayi dengan status gizi kurus dan sangat kurus disebabkan karena konsumsi beraneka ragam pangan, pemberian ASI eksklusif dan tingkat konsumsi zat gizi keluarga di Kelurahan Oesapa Barat masih rendah atau dibawah standar. Pengaruh terbesarnya adalah masalah konsumsi gizi dimana tidak adanya pendampingan orang tua dalam hal konsumsi gizi, porsi maupun waktu makan balita sehingga makanan yang dikonsumsi tidak banyak memberikan nilai tambah bagi kebutuhan gizi tubuhnya. Masalah lain yang juga pemicu timbulnya gizi kurang dan gizi buruk yaitu penyakit infeksi seperti diare, malaria yang ditularkan oleh kuman, bakteri/parasit maupun virus.

Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering terkena diare atau demam akhirnya dapat menderita kurang gizi, demikian juga pada anak yang makan tidak cukup baik maka daya tahan tubuhnya dapat melemah sehingga dalam keadaan demikian mudah diserang penyakit infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan dan akhirnya dapat menderita kurang gizi (*Latief, dkk. 2001*). Keadaan tersebut dapat diatasi melalui gerakan Keluarga Sadar Gizi meliputi Penimbangan Berat Badan Balita, Konsumsi Beraneka Ragam Makanan, Pemberian ASI Eksklusif, Penggunaan Garam Beryodium, dan Kebiasaan Sarapan Pagi.

PENUTUP

Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang telah diuraikan mengenai KADARZI di Kelurahan Oesapa Barat, maka dapat disimpulkan :

- Terdapat 79% Balita yang rutin melakukan penimbangan setiap bulan di Posyandu.
- Terdapat 55% keluarga dengan konsumsi pangan cukup beragam.
- Masih terdapat 51% bayi yang kurang mendapat ASI Eksklusif.
- Terdapat 35% keluarga yang tidak menggunakan garam yodium.

- Terdapat 13% keluarga yang tidak terbiasa sarapan pagi.
- Terdapat 57% keluarga dengan tingkat konsumsi energi kurang dan 24% keluarga dengan tingkat konsumsi protein kurang.
- Masih terdapat 33% balita dengan status gizi kurus dan 5% balita dengan status gizi sangat kurus.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. 2002. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Arisman, 2004. *Gizi Daur Kehidupan*, Jakarta : Penerbit EGC.
- Baliwati, Y. F. dkk. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta : Penebar Swadaya.
- Budiyanto, Mochamad. 2004. *Dasar-Dasar Ilmu Gizi*. Surabaya : UMM Press.
- Depkes RI, 2003. *Ibu Bekerja Tetap Memberikan ASI*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi NTT. 2006. *Profil Kesehatan*. Kupang : Dinkes Prov. NTT.
- Dinas Kesehatan Provinsi NTT. 2007. *Profil Kesehatan*. Kupang : Dinkes Prov. NTT.
- Husaini. 1998. *Buletin Gizi Prima*. Jakarta : Rineka Cipta
- Karyono, 1985. *Analisa tentang Peranan Budi Daya Pekarangan dalam Peningkatan Konsumsi Pangan dan Pendapatan Keluarga*. Departemen Pertanian. Jakarta.
- Khumaidi, M. 1989. *Gizi Masyarakat*. Bogor : Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi Yang Dianjurkan Bagi bangsa Indonesia.
- Khomson, Ali. 2004. *Perananan Pangan dan Gizi Untuk Kualitas Hidup*. Penerbit Gramedia Widisarana Indonesia, Jakarta
- Latief, dkk. 2001. *Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2001-2005*. Pemerintah RI bekerjasama dengan WHO. Jakarta
- Moehji, Sjahmien. 2003. *Ilmu Gizi (2) Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta : Papas Sinar Sinanti
- Moehji, Sjahmien. 2002. *Ilmu Gizi*. Jakarta : Papas Sinar Sinanti
- Muchtadi. 2002. *Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta : Papas Sinar Sinanti
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Nurachmah, Elly. 2001. *Nutrisi dalam Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Sagang Seto.
- Soekirman, 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya, Untuk Keluarga dan Masyarakat*. Direktorat jenderal Pendidikan Tinggi. Jakarta.
- Sumarno, dkk. 1994. *Konsumsi Energi Dan Protein Rumah Tangga Di Indonesia Menurut Susenas 1994*. Jakarta : Unknown
- Pudjiadi, Solihin. 2000. *Ilmu Gizi Klinik Pada Anak Edisi IV*. Jakarta : FK-UI
- Sediaoetomo, A. D. 1985. *Ilmu Gizi*. Jakarta : Dian Rakyat
- Supriasa, dkk. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran
- Soehardjo dan C. M. Kusharto, 1992. *Prinsip-Prinsip Ilmu Gizi*. Yogyakarta : Kanisius
- Suhardjo. 1986. *Pangan, Gizi dan Pertanian*. Jakarta : Bumi Aksara
- Suhardjo. 1989. *Perencanaan Pangan dan Gizi*. Jakarta : Bumi Aksara
- Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta : Bumi Aksara
- Santoso, Soengeng, Rianti, A. L. 1995. *Kesehatan Dan Gizi*. Jakarta : Rineka Cipta
- <http://www.kompas> cyber media.com. Pola Konsumsi Pangan. 2007 (09:10 am).