



CORRELATION OF EDUCATION LEVEL TO MOTHER'S KNOWLEDGE FOLLOWING THERAPEUTIC FEEDING CENTER (TFC) PROGRAM IN SUKOHARJO CENTRAL JAVA

HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DENGAN PENGETAHUAN IBU BALITA PADA PROGRAM THERAPEUTIC FEEDING CENTER (TFC) DI SUKOHARJO JAWA TENGAH

Luluk Ria Rakhma^{1*}, Erlinda F.¹, Apriliana W.F.¹

³ Prodi Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta – Jawa Tengah

ARTICLE INFO

Article history:

Received 25 November 2017

Received in revised form

20 December 2017

Accepted 29 December 2017

* Corresponding author.

HP.: 08994108511

E-mail:

luluk.rakhma@ums.ac.id

Alamat: Jl. A. Yani Pabelan
Kartasra Tromol Pos 57176

Keywords:

Therapeutic Feeding Center,
education, knowledge, mother,
toddler

ABSTRACT

Background & Objective: Malnutrition is still common in many developing countries including Indonesia. Various efforts made by the government to overcome malnutrition. One of them is through nutrition education as in the Therapeutic Feeding Center (TFC) program. Activities that increase knowledge of nutrition will depend highly on the mother's education level. This study aims to analyze the correlation of education level to mother's knowledge of children under five following the TFC program in Sukoharjo regency, Central Java. **Method :** This study used an observational design with Cross Sectional approach which took place in September 2016-February 2017 at Gatak, Weru and Sukoharjo Public Health Center. 35 samples were chosen by Simple Random Sampling technique. The maternal education and nutritional knowledge variables were obtained using questionnaires that has been tested for reliability. Statistical analysis using Chi Square. **Results:** Respondent were mostly mothers with children aged 37-60 months (77.1%), aged <35 years (60%), low family income (62%) and small family (77.1 %). The majority mothers with low education are 54.3% and have good nutritional knowledge of 45.7%. The minimum score of mother's nutritional knowledge is 50 and the maximum is 90 with an average of 68.5 points. The correlation test got a p value of 0.03 with Odd Ratio of 6.2 (1.4-26.9) means that mother with a low education level has a probability 6.2 times higher lack of nutritional knowledge. **Conclusion:** There is a correlation between education level with knowledge of mother following TFC program in Sukoharjo Regency Central Java..

Latar Belakang & Tujuan: Masalah kurang gizi masih jamak di banyak wilayah negara berkembang termasuk Indonesia. Berbagai upaya dilakukan pemerintah untuk mengatasi masalah kurang gizi salah satunya melalui kegiatan pendidikan gizi seperti pada program *Therapeutic Feeding Center* (TFC). Kegiatan yang bersifat meningkatkan pengetahuan akan sangat bergantung pada tingkat pendidikan ibu balita. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan ibu balita yang mengikuti program TFC di Kabupaten Sukoharjo Jawa Tengah. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain observasional dengan pendekatan *Cross Sectional* yang berlangsung pada September 2016 sampai bulan Februari 2017 di Puskesmas Gatak, Weru, dan Sukoharjo. Sampel dipilih dengan menggunakan teknik *Simple Random Sampling* sehingga mendapatkan 35 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Variabel pendidikan dan pengetahuan gizi responden diambil dengan kuesioner yang digunakan sudah diuji reliabilitas. Analisis statistik menggunakan Uji Chi Square. **Hasil :** Sebagian besar adalah responden yang memiliki balita berusia 37-60 bulan (77,1%), berusia ≤ 35 tahun (60%), pendapatan keluarga cukup (62%) dan tinggal bersama keluarga kecil (77,1%). Mayoritas responden dengan pendidikan rendah ada sejumlah 54,3% dan berpengetahuan gizi baik baik sejumlah 45,7%. Skor minimal pengetahuan gizi responden adalah 50 dan maksimal adalah 90 dengan rata-rata sebesar 68,5 poin. Uji hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan gizi responden mendapatkan nilai p sebesar 0,03 dengan Odd Rasio sebesar 6,2(1,4-26,9) yang berarti responden dengan tingkat pendidikan rendah memiliki kemungkinan 6,2 kali lebih tinggi memiliki pengetahuan gizi yang kurang. **Kesimpulan:** Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan ibu balita yang mengikuti program TFC di Kabupaten Sukoharjo Jawa Tengah.

PENDAHULUAN

Masalah kurang gizi masih jamak di banyak wilayah negara berkembang termasuk Indonesia¹. Berbagai upaya

dilakukan pemerintah untuk mengatasi masalah kurang gizi salah satunya melalui program pendidikan gizi. Kegiatan pendidikan gizi pada ibu balita ini diakui memiliki nilai manfaat yang tinggi dengan biaya program yang rendah². Oleh karenanya, kegiatan pendidikan gizi sering diintegrasikan dengan berbagai program

gizi lainnya. Salah satu program yang mengintegrasikan kegiatan pendidikan gizi adalah *Therapeutic Feeding Center (TFC)*³.

TFC berdasarkan buku panduan UNICEF, mengacu pada suatu sarana yang didirikan dengan tujuan sebagai pusat pemulihan bagi balita yang mengalami gizi kurang akut. Akan tetapi dalam arti yang lebih luas, TFC sebagai bagian dari program intervensi gizi berbasis masyarakat, melibatkan beberapa kegiatan antara lain: 1) rawat inap 2) rawat jalan dan 3) pendampingan masyarakat. TFC rawat inap diperuntukan bagi balita dengan gizi kurang akut berat dengan berbagai komplikasi. TFC rawat jalan diperuntukan bagi balita gizi kurang akut sedang tanpa komplikasi. Sementara pendampingan masyarakat yang dilakukan dalam program TFC melibatkan penemuan/deteksi dini kasus, perujukan, mobilisasi masyarakat, dan pendidikan gizi sehingga ibu dapat mengusahakan perbaikan status gizi bagi anak balita. Materi yang perlu diberikan pada pendidikan gizi terkait kebersihan dasar, pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, pola makan pada anak, tanda-tanda gizi kurang dan perawatan balita sakit yang terus dilakukan sampai status gizi anak balita membaik³.

Pengetahuan ibu tentang gizi ini sangat penting karena berkaitan dengan peran ibu dalam keluarga sebagai pengelola makanan⁴. Pengetahuan ibu balita yang kurang dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang telah dijalani ibu⁵. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka informasi akan mudah untuk diterima, sehingga pengetahuan yang dimiliki akan bertambah banyak. Beberapa faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan ibu antara lain umur ibu, tempat tinggal, dan pendidikan⁶.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara pendidikan ibu dan status gizi balita. Anak-anak yang lahir dari ibu dengan tingkat pendidikan rendah lebih berpotensi mengalami kekurangan gizi seperti status gizi kurus, kurang dan *stunting* daripada ibu dengan tingkat pendidikan yang baik⁷. Pada penelitian mengenai peran keluarga di masyarakat didapatkan bahwa gizi seorang anak secara positif berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu serta pengasuhannya⁸.

Tingkat pendidikan dinilai sebagai salah satu kunci bagi keseluruhan masalah gizi terutama dalam menurunkan kasus gizi buruk di negara berkembang. Pendapat ini didasarkan pada penemuan selama penelitian empat dekade yang menunjukkan adanya efek positif dari pendidikan orang tua terhadap status gizi anak baik di negara berkembang atau negara maju. Ada tiga teori yang menjelaskan hubungan latar belakang pendidikan ibu dengan status gizi balita⁹. Pertama, keterampilan membaca dan berhitung yang diperoleh ibu ketika bersekolah meningkatkan kemampuan mereka dalam mengenali penyakit dan mencari pengobatan untuk anak balita. Contohnya, ibu lebih mampu membaca petunjuk medis, resep dan memahami instruksi untuk pengobatan penyakit pada balita serta menerapkan hal tersebut. Kedua, semakin tinggi tingkat pendidikan seorang ibu maka ia akan semakin lebih mudah terbuka terhadap informasi dan pengobatan modern. Selain itu ibu berpendidikan lebih cenderung mendapatkan pekerjaan mapan dengan pendapatan lebih tinggi dan tinggal di lingkungan yang lebih baik, yang kesemuanya

memiliki pengaruh terhadap kesehatan dan kelangsungan hidup anak balita secara umum. Ketiga, institusi pendidikan secara langsung mengajarkan pengetahuan kesehatan secara umum¹⁰.

Oleh karena adanya kesenjangan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan gizi ibu maka perlu dilakukan berbagai upaya untuk meningkatkannya. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan pendidikan gizi. Pendidikan gizi didefinisikan sebagai kegiatan yang direncanakan untuk memperbaiki status gizi dengan promosi perubahan perilaku¹¹. Tujuan pendidikan kesehatan secara umum menyangkut tiga hal, yaitu peningkatan pengetahuan (*knowledge*), perubahan sikap (*attitude*), dan ketrampilan atau tingkah laku (*practice*), yang berhubungan dengan masalah kesehatan masyarakat¹². Penanaman pengetahuan kesehatan masyarakat terkait gizi adalah untuk terciptanya sikap positif terhadap gizi, terbentuk kecakapan memilih dan menggunakan sumber-sumber pangan, timbul kebiasaan makan yang baik serta muncul motivasi untuk mengetahui lebih lanjut tentang hal-hal yang berhubungan dengan gizi¹³. Secara umum, pendidikan gizi untuk meningkatkan pengetahuan ibu balita merupakan bagian inti yang tidak dapat dipisahkan dari upaya rehabilitatif penanganan kasus kurang gizi seperti pada program TFC.

Di Indonesia, salah satu program TFC yang dilaksanakan ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) Sukoharjo, Jawa Tengah sejak tahun 2014. TFC yang diselenggarakan berbasis di Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) setempat mencakup 12 Puskesmas. Program TFC dilaksanakan setiap tahun secara bergilir, dalam satu tahun terdapat tiga Puskesmas yang menyelenggarakan program TFC. Kegiatan dalam program TFC ini meliputi Pemberian Makanan Tambahan (PMT), penimbangan antropometri, pemberian paket Modisco atau formula WHO (*World Health Organization*), pemeriksaan kesehatan, edukasi gizi, dan evaluasi penimbangan antropometri yang dilakukan satu minggu sekali¹⁴. Kriteria balita yang mengikuti program menggunakan parameter status gizi berat badan menurut umur (BB/U) yaitu jika status gizi anak balita di bawah -2 z skor dan lebih diprioritaskan jika status gizi tinggi badan menurut umur (TB/U) di bawah -2 z skor serta berasal dari keluarga dengan ekonomi kurang. TFC pada tahun 2016 diselenggarakan di Kecamatan Gatak, Kecamatan Weru, dan Kecamatan Sukoharjo dengan total populasi 50 anak balita. Berbagai penelitian menemukan beberapa keterbatasan terkait program ini yaitu: hanya mampu mencakup sedikit balita, sulit untuk didirikan dan biaya operasional secara keseluruhan cukup tinggi karena memerlukan sarana fisik dan non fisik cukup banyak¹⁵. Meskipun demikian, apabila dilakukan dengan menyeluruh, keberhasilan TFC dalam mengatasi masalah gizi kurang ini dapat mencapai 75%¹⁶.

Program ini selaras untuk menyelesaikan kasus yang tinggi di Indonesia. Riset Kesehatan Dasar tahun 2017 menunjukkan bahwa kasus gizi kurang di Indonesia mencapai 19,6% dan di Jawa Tengah gizi buruk sebanyak 5,7%¹⁷. Sementara berdasarkan data laporan tahunan DKK, prevalensi gizi kurang di Kabupaten Sukoharjo tahun 2016 sebesar 4,98%

atau sebanyak 2.476 balita sedangkan prevalensi gizi buruk sebesar 0,58% atau sebanyak 286 balita. Meskipun prevalensi kasus balita gizi kurang masih belum melewati batas 5% dari Standar Pelayanan Mutu tetapi ada kecenderungan (*trends*) peningkatan dari tahun 2012 hingga 2015 sebesar 3,92%; 4,26%; 4,68% dan 4,96%. Selain itu studi pendahuluan pada 20 orang ibu balita menunjukkan sebanyak 65% ibu memiliki pengetahuan gizi yang tergolong kurang, sehingga program gizi terkait perlu ditingkatkan salah satunya dengan menyelenggarakan TFC.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan tingkat pendidikan dengan pengetahuan ibu balita pada program TFC. Manfaat penelitian ini bagi dinas kesehatan dan puskesmas terkait antara lain dapat digunakan sebagai salah satu bahan evaluasi program perencanaan kesehatan pada balita terutama masalah gizi kurang serta masukan dan pertimbangan dalam penentuan kebijakan program gizi selanjutnya.

BAHAN DAN METODE

Desain Penelitian

Penelitian ini mengukur tingkat pendidikan dengan pengetahuan responden yang mengikuti program TFC pada waktu bersamaan. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September 2016 sampai bulan Februari 2017 dengan menggunakan desain observasional dan pendekatan *cross sectional*.

Populasi dan Sampel

Balita gizi kurang di Kabupaten Sukoharjo pada Februari 2016 ada sebanyak 2.476 balita atau 4,98 %. Sementara populasi terjangkau penelitian ini ada sebanyak 50 orang responden yang memiliki balita dengan rincian jumlah 19 balita di Puskesmas Sukoharjo, 16 balita di Puskesmas Weru, dan 15 balita di Puskesmas Gatak. Sampel dipilih dengan menggunakan teknik *Simple Random Sampling* sebanyak 35 responden. Kriteria inklusi yang digunakan antara lain: ibu balita yang bersedia menjadi responden, dapat hadir berturut-turut selama tiga bulan (12 pertemuan), dapat berkomunikasi dengan baik, dan minimal tingkat pendidikan adalah sekolah dasar..

Pengumpulan Data

Pada penelitian ini menggunakan data sekunder berupa jumlah balita yang mengikuti TFC serta data primer berupa usia, tingkat pendidikan dan pengetahuan responden dan status gizi balita. Karakteristik, pendidikan dan pengetahuan responden dikumpulkan dengan cara pengisian kuesioner, berat badan balita diukur menggunakan *baby scale* dan *digital scale*, nilai *z-score* BB/U dihitung menggunakan *software WHO Anthro*. Pengukuran berat badan dilakukan untuk memilih balita dengan status gizi kurang yang bisa mengikuti program TFC.

Kegiatan pendidikan gizi dalam program TFC ada sebanyak 12 pertemuan selama 3 bulan. Kegiatan berlangsung dengan frekuensi pertemuan 1 minggu sekali. Setiap pertemuan berlangsung selama 15 menit dengan dibantu media *booklet* yang dilakukan oleh penyuluh dengan petugas kesehatan di Puskesmas setempat. Tema penyuluhan gizi pada pertemuan ke-1 dan ke-2 adalah mengenai formula WHO, pertemuan ke-3 dan ke-4 mengenai pola asuh anak, pertemuan ke-5 dan ke-6 mengenai garam beryodium, pertemuan ke-7 dan ke-8 mengenai gizi seimbang, pertemuan ke-9 dan ke-10 mengenai Pola Hidup

Bersih dan Sehat, pertemuan ke-11 mengenai imunisasi dan penimbangan dan pertemuan ke-12 mengenai *review* materi.

Booklet merupakan media edukasi pada kegiatan ini. *Booklet* yang dikembangkan sebanyak empat macam. Setiap *booklet* memiliki panjang \pm 40 cm, tinggi sepuluh cm dan tebal satu cm yang dilipat menjadi empat bagian dan dicetak pada kertas berwarna. *Booklet* telah terlebih dahulu di-*review* dan diuji coba dengan cara *Focus Group Discussion* (FGD) untuk mengetahui kesesuaian materi dengan gambar pada *booklet*, desain dan karakteristik fisik *booklet*. *Review booklet* dengan FGD dilakukan oleh ahli gizi Puskesmas, bidan desa dan ibu balita.

Variabel umur balita dibagi menjadi 12-36 bulan dan 37-60 bulan¹⁸. Variabel umur responden dibagi menjadi \leq 35 tahun dan $>$ 35 tahun berdasarkan usia reproduksi produktif¹⁹. Variabel pendapatan keluarga dibagi menjadi kurang (\leq UMR) dan cukup (\geq UMR) berdasarkan UMR Kabupaten Sukoharjo sebesar 1.396.000 rupiah²⁰. Variabel besar keluarga di bagi menjadi kecil (\leq 4 orang) dan besar ($>$ 4orang)²¹.

Variabel pendidikan responden didefinisikan sebagai pendidikan formal yang ditempuh meliputi sekolah dasar (SD), sekolah menengah pertama (SMP), sekolah menengah akhir (SMA) dan perguruan tinggi (PT) yang kemudian dispesifikkan menjadi pendidikan dasar (SD dan SMP) dan pendidikan lanjut (SMA dan PT). Sementara tingkat pengetahuan menjadi variabel terikat pada penelitian ini. Pengetahuan didefinisikan sebagai skor pengetahuan responden setelah mendapatkan pendidikan gizi pada program TFC yang diukur melalui kuesioner dengan nilai maksimal 100 dan minimal 0 dari 30 soal dengan skala *Guttman* mengenai tema: formula WHO (4 soal), pola asuh (10 soal), gizi seimbang (4 soal), penimbangan balita (4 soal), garam beryodium (4 soal), pemantauan kesehatan (2 soal) dan PHBS (2 soal). Kuesioner telah diuji reliabilitas sebelumnya dengan nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,945 pada 30 responden di tiga Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) di wilayah Puskesmas yang sama.

Analisis Data

Variabel umur balita, umur responden, pendapatan keluarga, besar keluarga dan pendidikan ibu dianalisis deskriptif dengan persentase sementara pengetahuan responden dianalisis dengan persentase dan ukuran pemusatan meliputi rata-rata, nilai minimal, maksimal dan standar deviasi. Uji *Chi Square* dilakukan untuk melihat hubungan antara pendidikan ibu dengan pengetahuan responden yang mengikuti program TFC..

HASIL

Tabel 1 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian besar (77,1%) responden memiliki balita berusia 37-60 bulan, berusia \leq 35 tahun (60%), memiliki pendapatan yang cukup (62,9%) , tinggal bersama dengan 3 anggota keluarga lainnya atau keluarga kecil (77,1%). Pendidikan dasar adalah pendidikan formal yang ditempuh sebagian besar responden (54,3%). Pendidikan dasar mencakup SD dan SMP.

Tabel 2 menunjukkan bahwa skor pengetahuan gizi yang kurang (di bawah skor 60%) lebih banyak (73,7%) dicapai oleh responden yang tergolong pendidikan dasar. Sementara skor pengetahuan gizi yang baik, lebih banyak (68,8%) dicapai oleh

responden dengan tingkat pendidikan lanjut. Hal ini didukung analisis deskriptif rata-rata skor pengetahuan yang diperoleh dari kuesioner. Responden dengan tingkat pendidikan lanjut memiliki skor pengetahuan gizi rata-rata sebesar 70, dengan skor minimal 50 dan maksimal 90 poin. Sementara responden dengan tingkat pendidikan dasar memiliki skor pengetahuan gizi rata-rata sebesar 67 dengan skor minimal 53 dan maksimal 80 poin. Sehingga dapat disimpulkan bahwa responden dengan pendidikan lanjut

memiliki skor pengetahuan gizi yang lebih tinggi daripada responden dengan pendidikan dasar.

Analisis *Chi-square* menunjukkan nilai 0,03 untuk menguji hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan responden. Nilai *p* diperoleh di bawah 0,05. Selain itu *Odds Ratio* (OR) menunjukkan sebesar 6,2 dengan *Confident Interval* 1,4-26,9.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Jumlah (n)	Persentase (%)
Umur Balita (Bulan)		
12-36	8	22,9
37-60	27	77,1
Umur Ibu (Tahun)		
≤35	21	60,0
> 35	14	40,0
Pendapatan Keluarga (Rp)		
Kurang (≤ UMR)	13	37,1
Cukup (> UMR)	22	62,9
Besar Keluarga (orang)		
Kecil (≤ 4)	27	77,1
Besar (> 4)	8	22,9
Pendidikan Ibu		
Dasar (SD & SMP)	19	54,3
Lanjut (SMA & PT)	16	45,7

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 2. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pengetahuan Gizi Responden

Pendidikan	Pengetahuan Gizi				Total		<i>p-value</i>	OR (IK 95%)
	Kurang (skor)		Baik (skor)		n	%		
	n	%	n	%				
Dasar	14	73,7	5	26,3	19	100,0	0,03*	6,2
Lanjut	5	31,2	11	68,8	16	100,0		(1,4-26,9)

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 3. Pertanyaan yang dijawab Benar Responden

Topik	Jumlah Soal (Item)	Persentase Jawaban Benar (%)
Formula WHO	4	66,0
Pola Asuh	10	75,6
Gizi Seimbang	4	70,5
Pemantauan Status Gizi	4	71,0
Garam Yodium	4	67,5
Pemantauan Kesehatan	2	58,0
Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	2	54,0

Tabel 3 menunjukkan topik yang dijawab benar oleh responden. Lebih dari sebagian (58%) responden tidak menjawab dengan benar topik terkait Pemantauan Kesehatan begitu pula pada topik PHBS dimana lebih dari sebagian (54%) responden tidak dapat menjawab dengan benar. Sementara tiga soal yang paling sedikit dijawab benar oleh responden adalah item soal nomor 2, 29 dan 26 yaitu sebesar 25%, 25% dan 8% saja. Item nomor 2 menanyakan mengenai bahan utama pembuatan Modisco, item nomor 26 mengenai manfaat imunisasi dan item nomor 29 menanyakan mengenai cara membuat menu makanan anak yang baik.

PEMBAHASAN

Karakteristik responden menunjukkan responden paling banyak (77,1%) memiliki anak balita berusia 37-60 bulan. Anak balita 37-60 bulan perlu zat gizi yang lebih tinggi dibandingkan anak balita pada usia di bawahnya. Oleh karena itu, diperlukan pengetahuan gizi yang memadai untuk mengasuh anak balita pada usia tersebut. Anak balita di atas 12 bulan lebih banyak mengalami gizi buruk dari pada anak dengan usia 6 sampai 11 bulan²². Penelitian lain dengan pengamatan selama 12 bulan menyimpulkan bahwa anak balita berumur lebih dari 6 bulan cenderung kurang gizi daripada usia anak di bawah 6 bulan karena mereka sudah tidak disusui sehingga imunitas turun dan pemberian makanan pendamping ASI cenderung diberikan secara tidak tepat²³. Karakteristik balita dapat dibagi menjadi dua, yakni anak usia 1 sampai 3 tahun dan anak usia prasekolah (3 sampai 5 tahun). Anak dengan usia 1 sampai 3 tahun tergolong konsumen pasif karena anak menerima makanan yang disediakan orang tua. Pada usia prasekolah, anak menjadi konsumen aktif karena anak dapat memilih makanan yang disukainya. Fase ini anak gemar

mempromotes dalam hal pemilihan maupun penolakan terhadap makanan sehingga perlu perhatian ibu balita yang lebih banyak terkait pola asuh makan pada anak¹⁸.

Sebanyak 60% responden berusia di bawah atau sama dengan 35 tahun. Usia berhubungan positif dengan pengetahuan gizi²⁴. Kelompok usia yang lebih tua diketahui lebih sadar mengenai kesehatan dan lebih tertarik informasi terkait makan sehat. Selain itu, ibu yang berusia lebih tua memiliki pengetahuan gizi lebih tinggi dibandingkan dengan rekan mereka yang lebih muda karena mereka telah terpapar lebih banyak informasi gizi²⁵. Sehingga ada kecenderungan ibu balita yang berusia lebih muda memerlukan lebih banyak edukasi gizi untuk menambah pengetahuan mereka. Sebaliknya, peneliti lain mengemukakan bahwa umur seseorang yang termasuk dalam kategori produktif akan lebih mudah menerima hal-hal yang baru. Hal tersebut mendorong seseorang untuk mudah menerima informasi-informasi baru yang berhubungan dengan kesehatan khususnya mengenai gizi seimbang untuk balitanya²⁶.

Keputusan Gubernur Jawa Tengah menentukan Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Sukoharjo sejumlah Rp 1.396.000²⁰. Keluarga dibagi menjadi dua kategori yaitu di atas UMR dan di bawah UMR. Tabel 1 menunjukkan responden sebagian besar (62,9%) berasal dari keluarga dengan tingkat ekonomi cukup (22 keluarga) yaitu di atas UMR meskipun dengan pendapatan maksimal sebesar 3,5 juta. Hal ini dapat mendukung kegiatan edukasi gizi yang diberikan pada program TFC. Edukasi gizi bagi ibu balita dapat berkontribusi untuk memperbaiki status gizi anak, hanya apabila di rumah tangga tersebut memiliki akses minimum terhadap sumber daya atau bahan makanan. Bagi rumah tangga yang berada pada tingkat ekonomi jauh dari cukup, maka kegiatan edukasi gizi semata tidak cukup untuk menyelesaikan masalah gizi²⁷. Tingkat pendapatan yang baik akan menentukan jumlah dan jenis makanan yang cenderung baik juga, akan tetapi mutu makanan yang diberikan tidak selalu baik. Hal tersebut dikarenakan penghasilan keluarga akan sangat menentukan daya beli¹³.

Mayoritas (77,1%) responden tinggal bersama dengan 3 anggota keluarga lainnya atau keluarga kecil. Kurang dari sebagian kecil (22,9%) yang tinggal bersama keluarga besar. Anak-anak dengan tiga atau lebih saudara kandung lebih cenderung menderita kekurangan gizi kronis daripada anak-anak dari keluarga yang lebih kecil, hal ini karena persaingan untuk makanan meningkat dengan meningkatnya ukuran keluarga²⁸. Tingkat kesadaran pengetahuan gizi lebih tinggi pada kelompok keluarga yang memiliki anak dibandingkan yang tidak memiliki anak. Orang tua cenderung lebih peduli tentang pengetahuan gizi untuk memperbaiki status gizi anak mereka²⁹. Akan tetapi apabila suatu keluarga tinggal bersama kerabat atau orang tua maka akan hal tersebut juga akan mempengaruhi pengetahuan ibu. Salah satu cara seorang ibu balita memiliki pengetahuan kesehatan adalah melalui saudara/keluarga dekat, terutama yang memiliki anak. Ibu balita akan berkonsultasi kepada kerabat terkait kesehatan anak sehingga mendapatkan berbagai tambahan pengetahuan terlebih

jika kerabat/saudara masih tinggal di sekitar rumah ibu balita⁹.

Salah satu penelitian di India melakukan perbandingan antara variabel demografi dan sosioekonomi dalam mempengaruhi status gizi anak balita dimana tingkat pendidikan ibu adalah salah satu variabel yang diteliti selain tiga variabel lain yaitu besar keluarga, faktor ekonomi dan lokasi tempat tinggal. Penelitian tersebut menemukan bahwa di antara semua variabel dalam penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi anak balita tersebut, pendidikan ibu yang memiliki pengaruh independen paling kuat terhadap status gizi anak. Meskipun kekurangan gizi paling tinggi ditemukan di antara anak-anak dengan ibu yang memiliki pendidikan rendah, lebih dari 40% anak yang ibunya telah menyelesaikan sekolah menengah atau sekolah menengah atas diketahui juga menderita kekurangan gizi kronis. Hal ini menunjukkan bahwa upaya untuk memperbaiki pendidikan perempuan, khususnya yang telah memiliki anak perlu dikombinasikan dengan program yang lebih spesifik untuk memperbaiki praktik pemberian makan anak melalui peningkatan pengetahuan²⁸.

Penelitian ini menyimpulkan ada hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan dengan nilai $p = 0,03$ ($p < 0,05$). Dari nilai OR yang diperoleh, berarti responden dengan pendidikan rendah memiliki kemungkinan 6,2 kali lebih besar untuk mendapatkan skor pengetahuan kurang dibandingkan dengan responden dengan tingkat pendidikan lanjut. Hasil ini menunjukkan bahwa perlu dikembangkan model pendidikan gizi yang lebih baik untuk menyampaikan informasi gizi berdasarkan tingkat pemahaman ibu. Tingkat pemahaman ibu ini sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan sebelumnya. Penelitian sebelumnya yang terkait.

Pendidikan gizi pada program TFC ini melibatkan kegiatan berupa penyuluhan, penggunaan media *booklet* dan diskusi. Kerucut Pengalaman Edgar Dale menjelaskan bahwa kegiatan membaca memberikan pesan untuk diingat sebanyak 10%, mendengar sebanyak 20% dan terlibat dalam diskusi sebanyak 50%³⁰. Meskipun begitu ada sejumlah pesan yang masih tidak dipahami responden yaitu terkait: Pemantauan Kesehatan, PHBS dan Pembuatan Modisco. Materi Pemantauan Kesehatan dapat meliputi informasi mengenai berbagai macam imunisasi, materi PHBS meliputi 10 pesan PHBS dan materi mengenai Pembuatan Modisco mulai komposisi Formula f-75, f-100 dan f-135 hingga cara pembuatannya. Ketiga materi tersebut membutuhkan kemampuan daya ingat yang baik, perhitungan serta beberapa istilah kesehatan yang ada akan sulit dimengerti oleh responden. Responden dengan pendidikan rendah tidak mengetahui secara baik tentang nilai gizi dalam makanan serta hygiene dan sanitasi³¹. Hal ini terkait dengan kemampuan bahasa dan hitung ibu yang diperoleh melalui pendidikan formal. Selain itu, keterampilan Matematika akan mengembangkan kemampuan penalaran abstrak yang dapat membantu ibu membuat keputusan dan menambah pengetahuan kesehatan. Kemampuan berbahasa dan menghitung ini akan berkaitan erat dengan perilaku perawatan kesehatan pada anak balita sehari-hari⁹.

Perubahan perilaku kesehatan seseorang dinilai sebagai kunci pemecahan berbagai masalah kesehatan di seluruh dunia. Sehingga berbagai macam intervensi kesehatan banyak dilakukan untuk mempengaruhi aspek kognisi. Kognisi adalah proses mental yang meliputi pengetahuan, sikap serta kepercayaan yang membuat seseorang menginternalisasi konsep diri, meningkatkan perilaku atau mempengaruhi lingkungan sehingga dapat sesuai dengan konsep kesehatan yang dipahami seseorang. Sifat kognisi, termasuk pengetahuan, yang mudah dipengaruhi ini menjadi sarana yang signifikan untuk mengubah perilaku kesehatan seseorang³²

KESIMPULAN

Tingkat pendidikan berhubungan signifikan dengan pengetahuan gizi respinden yang mengikuti program TFC ($p = 0,03$). Responden dengan pendidikan rendah memiliki kemungkinan 6,2 kali lebih besar untuk memiliki pengetahuan yang kurang dibandingkan dengan responden dengan pendidikan lanjut. Pendidikan gizi dalam program TFC perlu mempertimbangkan tingkat pendidikan ibu balita karena ibu dengan tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki pengetahuan yang kurang dibandingkan dengan ibu dengan tingkat pendidikan lanjut. Guna penyampaian informasi gizi yang lebih maksimal untuk meningkatkan pengetahuan, penyelenggaraan program TFC perlu meningkatkan teknik edukasi gizi terkait materi Pemantauan Kesehatan, PHBS dan Pembuatan Modisco

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Puskesmas Sukoharjo, Puskesmas Weru, dan Puskesmas Gatak, serta Ibu Balita dan Kader Puskesmas yang banyak membantu demi kelancaran proses penelitian.

REFERENSI

- WHO. 2017. Malnutrition. Akses di <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/en/>
- Burney, J., & Haughton, B. (2002). EFNEP: a nutrition education program that demonstrates cost-benefit. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(1), 39-45.
- USAID. 2008. TRAINING GUIDE FOR COMMUNITY-BASED MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRITION (CMAM). Diakses dari <http://fantaproject.org>.
- Nguyen, T. T. H., Lindmark, U., & Bengtson, A. 2013. Knowledge Of Child Nutrition When Breastfeeding-A Study Of Mothers Living Outside Hanoi. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 3(4), 8.
- Kabubo-Mariara, J., Ndenge, G. K., & Mwapu, D. K. 2008. Determinants Of Children's Nutritional Status In Kenya: Evidence From Demographic And Health Surveys. *Journal of African Economies*, 18(3), 363-387.
- Baiq S. 2015. *Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita di Desa Klepu Kecamatan Pringapus Kabupaten Semarang: Stikes Ngudi Waluyo Ungaran*.
- Abuya BA, Ciera J, Kimani-Murage E. 2012. Effect Of Mother's education On Child's Nutritional Status In The Slums Of Nairobi. *BMC Pediatr* 12:80.
- Moestue, H. and S. Huttly 2007. "Adult Education and Child Nutrition: The Role of Family and Community" in *Journal of Epidomology and Community Health*. 62. pp.153-159).
- Glewwe P: 1999. Why Does Mother's Schooling Raise Child Health in Developing Countries?. Evidence from Morocco. *J. Human Res.* 34 (1): 124-159.
- Frost MB, Forste R, Haas D. 2005. Maternal Education And Child Nutritional Status In Bolivia: Finding The Links. *SocSci Med.* 2005, 60 (2): 395-407
- WHO. 1979. *The Health Aspect Of Food And Nutrition*. Manila: Egional Office Fot The Western Pacific Of The World Health Organization diakses dari <http://iris.wpro.who.int>
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Suhardjo. 2003. *Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak cetakan ke 10*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Apriliana, W. F., & Rakhma, L. R. 2017. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Yang Mengikuti TFC Di Kabupaten Sukoharjo. *Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian*, 15(1)
- Grobber-Tanner, C., & Collins, S. 2004. Community Therapeutic Care (CTC): a new approach to managing acute malnutrition in emergencies and beyond. Washington, D.C., Academy for Educational Development [AED], Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2004 Jun. [12] p. (Food and Nutrition Technical Assistance Project Technical Note No. 8; USAID Cooperative Agreement No. HRN-A-00-98-00046-00.
- Teferi, E., Lera, M., Sita, S., Bogale, Z., Datiko, D. G., & Yassin, M. A. 2010. Treatment outcome of children with severe acute malnutrition admitted to therapeutic feeding centers in Southern Region of Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 24(3).
- Penelitian, B., & Kesehatan, P. 2013. Laporan Riskesdas 2013. *Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Arisman, M. B. 2004. Gizi dalam daur kehidupan. *Jakarta: EGC*, 76-87.
- Depkes. 2013. Situasi Keluarga Berencana di Indonesia Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. Semester II ISSN 2088-270X.
- Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor 560/66 Tahun 2015 tentang Upah Minimum pada 35 (Tiga Puluh Lima) Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah tahun 2015
- BKKBN. 2005. *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: BKKBN
- Nahak, M. D., & Sulistyowati, Y. 2013. Pengaruh Pemberian Makanan Tambahan (Pmt) Terhadap Perubahan Berat Badan Anak Gizi Buruk, Usia 6–60 Bulan Di Therapeutic Feeding Center (Tfc), Kecamatan Malaka Tengah, Kabupaten Belu, Nusa Tenggara Timur. *Medika Respati*, 8(1).
- Nguyen Ngoc Hien, Sin Kam. Nutritional Status and the Characteristics Related to Malnutrition in Children Under Five Years of Age in Nghean, Vietnam. 2008. *J Prev Med Public Health* 41(4):232-240

24. Lyons, B.P. 2014. Nutrition Education Intervention With Community-Dwelling Older Adults: Esearch Challenges And Opportunities. *J. Community Health*, 39, 810–818.
25. Whati, L.; Senekal, M.; Steyn, N.P.; Lombard, C.; Nel, J. 2009. Development Of A Performance-Rating Scale For A Nutrition Knowledge Test Developed For Adolescents. *Public Health Nutr*, 12, 1839–1845.
26. Renni, Nur F. 2014. *Pengaruh Penyuluhan Gizi terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Pemberian Menu Seimbang pada Balita*. Yogyakarta : STIKES Aisyah Yogyakarta
27. Marie T. Ruel Jean-Pierre Habicht Per Pinstrup-Andersen Yrjö Gröhn. 1992. The Mediating Effect of Maternal Nutrition Knowledge on the Association between Maternal Schooling and Child Nutritional Status in Lesotho. *American Journal of Epidemiology*, Volume 135, Issue 8, Pages 904–914.
28. Vinod K. Mishra and Robert D. Retherford. 2000. Women's Education Can Improve Child Nutrition in India. *National Family Health Survey Bulletin*, No. 15.
29. Tan, C.; Luo, J.; Zong, R.; Fu, C.; Zhang, L.; Mou, J.; Duan, D. 2010. Nutrition Knowledge, Attitudes, Behaviours And The Influencing Factors Among Non-Parent Caregivers Of Rural Left-Behind Children Under 7 Years Old In China. *Public Health Nutr*.13, 1663–1668.
30. Dale, Edgar. 1970. A Truncated Section Of The Cone Of Experience. *Theory Into Practice*. JSTOR: 96-100.
31. Tahereh Shafieian et al. 2013. Determinants of Nutritional Status in Children Living in Mashhad Iran. *International Journal of Pediatrics(Supplement 1)*. Volume 1 Serial No 2.
32. Barker, M dan Swift, J. A. 2009. Workshop On 'Changing Nutrition Behaviour To Improve Maternal And Fetal Health' The Application Of Psychological Theory To Nutrition Behaviour Change. *Proceedings Of The Nutrition Society*. 68: 205–209