

KONSUMSI PANGAN, STATUS GIZI DAN KESEHATAN ANAK RETARDASI MENTAL DI KOTA MEDAN

(Food Consumption, Nutritional and Health Status of Children with Mental Retardation in Medan City)

Fatma Tresno Ingtyas¹, Budi Setiawan², Ahmad Sulaeman²

ABSTRACT. *The objectives of this study were to investigate factors relating with mental retardation, and to analyze food consumption, nutritional status, health status and development of retarded children. Retrospective and cross sectional design were used in this study. The study was conducted in Medan at three special schools for retarded children (Sekolah Luar Biasa tipe C or SLB-C) i.e. SLB YPAC, SLB St. Lusia and SLB Abdi Kasih from April until September, 2003. Samples were taken purposively from all of light and moderate retarded children. Factors influenced mental retardation were tool aided birth, fall accident while pregnant, pregnant mother took unprescribed medicines, bleeding in trimester II, mother hypertension, anemia during pregnant and the child suffered frequent fever. Mostly, children consumption level for energy, iron, vitamin C, vitamin A & vitamin B6 were low. The low proportion was higher on moderate retarded children (except for vitamin A). Anthropometrically, the nutrition status of most children were good. However, based on iron status, most of them were anemia. The health status of most children were moderate and samples with frequent illnesses and moderate retarded had higher proportion than the light retard ones. The development of light retarded children tended to be higher than the moderate ones. Mother's education significantly and positively correlated ($p < 0.05$) with energy consumption level of the children. Food caring pattern had positive correlation ($p < 0.05$) with vitamin C, energy and iron consumption levels. Children food habit had positive correlations ($p < 0.05$) with iron consumption level. Energy, protein, iron, folate and vitamin B6 consumption levels were positively correlated ($p < 0.05$) with hemoglobine content. W/A nutritional status had positive correlation ($p < 0.05$) with energy, protein, iron, folate and vitamin B6 consumption levels. H/A nutrition status positively correlated ($p < 0.05$) with energy, protein, iron & vitamin B6 consumption levels. Child development abilities were significantly affected by all indicators of nutritional antropometric status (W/A, H/A and W/H), iron and folate consumption levels, and health status.*

Key Words : Food Consumption, Nutritional Status, Health Status, Mental Retardation

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Anak merupakan harapan keluarga, sebagai generasi penerus dan pengisi masa depan bangsa. Namun tidak semua anak lahir dalam keadaan sehat. Beberapa bayi lahir dengan gangguan pada masa prenatal, natal dan pasca natal (Mangunatmadja, 2000). Salah satu bentuk gangguan tersebut adalah retardasi mental.

Retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan mental yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh adanya hendaya (*impairment*) keterampilan (kecakapan, *skills*) selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada semua tingkat inteligensia, yaitu kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial (Lumbantobing, 1997).

Hasil perkiraan menunjukkan bahwa 1-3% dari jumlah penduduk Indonesia mengalami retardasi mental, baik ringan, sedang maupun berat yang merupakan salah satu faktor penghambat dalam mencapai tujuan

¹ Staf Pengajar Universitas Negeri Medan

² Staf Pengajar Program Studi GMK-SPs IPB

pembangunan nasional (Maramis, 1995). BPS (2001) memperkirakan bahwa 0,40 persen dari jumlah penduduk Indonesia atau sekitar 824.000 orang menderita cacat mental. Selanjutnya Pertemuan Ilmiah Nasional mengenai Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) tanggal 4–5 November 2001, menyatakan bahwa saat ini diperkirakan terdapat lebih dari 120.000 bayi mengalami kretinisme dalam bentuk retardasi mental, tubuh pendek, bisu tuli atau lumpuh (Susanto, 2001).

Anak-anak yang tergolong retardasi mental berat ditemukan pada semua lapisan masyarakat, tidak pandang kedudukan sosial ekonomi orang tua, sedangkan yang tergolong ringan kebanyakan ditemukan pada keluarga berpendidikan kurang dan penghasilan rendah (Prasadio, 1976). Ben (2003) mengatakan bahwa keterbelakangan mental pada anak sedikitnya dipicu oleh dua hal, yaitu faktor genetik dan faktor non genetik.

Hasil penelitian Pollitt (1999) menunjukkan bahwa peningkatan retardasi mental tingkat ringan dan sedang memiliki hubungan dengan kejadian anemia dan berat lahir rendah. Oleh karena itu, diduga upaya pemberian gizi yang baik pada anak sejak usia dini dapat mencegah terjadinya kasus retardasi mental ringan dan sedang. Upaya yang dapat dilakukan adalah melalui pemberian makanan yang cukup, baik kualitas maupun kuantitas gizinya. Satoto (1995) menyatakan bahwa kecukupan zat gizi berpengaruh terhadap daya tahan tubuh anak yang akhirnya berdampak pada status kesehatan.

Berdasarkan permasalahan di atas penulis terpanggil untuk mengetahui latar belakang terjadinya retardasi mental pada anak dan melihat keterkaitan konsumsi pangan, status gizi, status kesehatan dan perkembangan anak retardasi mental. Beberapa pertanyaan penelitian ini adalah:

1. Bagaimana karakteristik ibu dan keluarga, pola asuh makan, dan kebiasaan makan anak retardasi mental
2. Faktor-faktor apa yang melatarbelakangi anak retardasi mental
3. Bagaimana konsumsi pangan, status gizi (antropometri dan anemia) anak retardasi mental
4. Bagaimana status kesehatan dan perkembangan anak retardasi mental

5. Bagaimana hubungan karakteristik ibu dan keluarga, pola asuh makan, dan kebiasaan makan dengan konsumsi pangan anak retardasi mental
6. Bagaimana hubungan konsumsi pangan, status gizi, status kesehatan dan perkembangan anak retardasi mental.

Tujuan

Tujuan Umum. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian retardasi mental, serta menganalisis konsumsi pangan, status gizi, status kesehatan dan perkembangan pada anak retardasi mental.

Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik ibu dan keluarga, pola asuh makan, dan kebiasaan makan anak retardasi mental
2. Mengetahui faktor-faktor yang melatarbelakangi anak retardasi mental
3. Mengetahui konsumsi pangan, status gizi (antropometri dan besi), status kesehatan dan perkembangan anak retardasi mental
4. Menganalisis hubungan karakteristik ibu dan keluarga, pola asuh makan dan kebiasaan makan dengan konsumsi pangan anak retardasi mental
5. Menganalisis hubungan konsumsi pangan, status gizi dan status kesehatan
6. Menganalisis pengaruh konsumsi pangan, status gizi dan status kesehatan terhadap perkembangan anak retardasi mental

Manfaat Penelitian

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan dan landasan bagi keluarga, masyarakat dan pengambil kebijakan dalam upaya penanganan anak retardasi mental melalui perbaikan konsumsi pangan, dan peningkatan status gizi dan kesehatan anak retardasi mental.

METODE PENELITIAN

Disain, Lokasi dan Waktu

Disain penelitian ini adalah retrospektif dan *cross sectional study*. Penelitian dilaksanakan pada tiga SLB-C di Kota Medan, Propinsi Sumatera Utara yakni Yayasan Pembinaan Anak

Cacat (YPAC) Cabang Medan, Sekolah Luar Biasa (SLB-C) St. Lusia dan SLB-C Abdi Kasih. Penelitian dilaksanakan sejak bulan April sampai September 2003.

Teknik Penarikan Contoh

Penarikan contoh dari populasi dilakukan secara *purposive* dari seluruh anak retardasi mental ringan dan sedang yang bersekolah di SLB-C yang berada di Kota Medan. Contoh yang termasuk retardasi mental ringan adalah kelompok retardasi yang dapat dididik (*educable*) dan retardasi mental sedang adalah kelompok yang disebut dapat dilatih (*trainable*) (Lumbantobing, 1997). Contoh dalam penelitian ini dibatasi adalah anak yang berusia 6 sampai 9 tahun, dengan jumlah sampel 61 orang.

Jenis dan Cara Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Data primer meliputi karakteristik ibu, yakni pendidikan, status pekerjaan dan umur ibu; karakteristik keluarga mencakup jumlah anggota keluarga dan pendapatan keluarga; karakteristik contoh mencakup umur, jenis kelamin dan skor perkembangan anak; serta data sekunder meliputi data intelegensi (IQ) anak. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dengan ibu contoh dan pengamatan contoh saat penelitian berlangsung.

Pengolahan dan Analisis Data

Data yang diperoleh diolah dan dianalisis dengan menggunakan program Microsoft Excel XP, SPSS versi 10.00 dan *Food Processor Program*. Proses pengolahan data yang dilakukan adalah *editing, coding, entry data, cleaning data*, tabulasi dan analisis statistik. Data dianalisis secara statistik dan deskriptif.

Untuk mengetahui apakah ada perbedaan karakteristik keluarga, karakteristik ibu, pola asuh makan, kebiasaan makan, konsumsi pangan, status gizi antropometri dan anemia, status kesehatan, beberapa faktor penyebab retardasi mental dan perkembangan anak antara kelompok retardasi ringan dan sedang dilakukan analisis uji beda Mann-Whitney. Uji Khi Kuadrat digunakan jika datanya adalah jenis kategorikal. Hubungan antara konsumsi pangan, status gizi, status

kesehatan dan perkembangan diuji dengan korelasi Spearman pada tingkat kepercayaan 95% ($p=0,05$) (Nasir, 1998). Untuk mengetahui pengaruh faktor genetik dan non genetik terhadap resiko terjadinya retardasi mental ringan dan sedang digunakan analisis regresi logistik. Sedangkan untuk melihat hubungan konsumsi pangan, status gizi dan kesehatan dengan perkembangan anak retardasi mental dilakukan analisis regresi linier berganda.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Ibu dan Keluarga

Secara keseluruhan, jumlah anggota keluarga contoh terbanyak adalah > 4 orang baik pada kelompok retardasi ringan maupun retardasi sedang dengan persentase masing-masing adalah sebesar 71.4 % dan 69.2%.

Sebagian besar (95.1%) keluarga contoh memiliki pendapatan per kapita yang tergolong tidak miskin, baik pada kelompok retardasi ringan (94.3%) maupun retardasi sedang (96.2%). Penggolongan pendapatan ini didasarkan pada batas kemiskinan penduduk di Sumatera Utara untuk daerah perkotaan, yakni sebesar Rp 130.541 pada tahun 2002 (BPS, 2002).

Rata-rata umur ibu contoh adalah 38 tahun dengan umur termuda 29 tahun dan tertua 52 tahun pada kelompok retardasi ringan, sedangkan pada kelompok retardasi sedang rata-ratanya adalah 40 tahun dengan usia termuda 27 tahun dan tertua 49 tahun. Proporsi terbesar dari ibu pada kelompok retardasi ringan adalah pada kisaran usia 31-45 tahun.

Ibu contoh yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga hampir sebanding baik pada pada kelompok retardasi ringan (48.6%) maupun pada kelompok retardasi sedang (53.8%). Lebih dari 50 % ibu contoh berpendidikan SLTA atau sederajat, baik pada kelompok retardasi ringan (60,0%) maupun pada kelompok retardasi sedang (53,8%). Secara umum pada semua karakteristik ibu dan keluarga, berdasar uji beda Mann-Whitney tidak ada perbedaan nyata ($p>0,05$) antara kelompok retardasi ringan dan kelompok retardasi sedang.

Faktor Genetik

Hampir semua (98.4%) contoh adalah anak kandung, baik untuk retardasi ringan (97,1%)

maupun retardasi sedang (100,0%). Sebagian besar (88,6%) contoh tidak memiliki saudara lain yang menderita kelainan, baik pada kelompok retardasi ringan (85,7%) maupun pada kelompok retardasi sedang (92,3%). Dari semua contoh, hanya ada 1 kasus pada kelompok retardasi ringan dan 1 kasus pada kelompok retardasi sedang, dimana ayah dan ibu contoh mempunyai hubungan keluarga (bersaudara). Hasil uji Khi Kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan yang nyata ($p > 0,05$) antara kelompok retardasi ringan dan sedang ditinjau dari faktor genetik.

Faktor Non Genetik

1. Riwayat Contoh

Riwayat Selama dalam Kandungan. Secara keseluruhan, selama dalam kandungan sebagian besar contoh (88,5%) gerakannya adalah normal. Sebagian besar (78,7%) posisi contoh saat dalam kandungan juga normal, baik pada kelompok retardasi ringan (77,1%) maupun pada kelompok retardasi sedang (80,8%).

Riwayat Saat Kelahiran. Seluruh contoh (100%) pada kelompok retardasi ringan lahir secara normal, sedangkan pada kelompok retardasi sedang ada 3 contoh (11,5%) yang lahir dengan operasi caesar. Jenis alat bantu yang digunakan tenaga medis saat kelahiran contoh adalah vaccum (17,1%) dan injeksi (28,6%) pada kelompok retardasi ringan dan injeksi (19,2%) pada kelompok retardasi sedang.

Kartono (1994) menyatakan bahwa kelahiran dengan alat bantu dapat mengakibatkan bayi yang lahir dengan cara tersebut mengalami retardasi mental atau keterbelakangan mental. Namun secara keseluruhan, sebagian besar (65,6%) contoh tidak lahir dengan menggunakan alat bantu.

Proporsi anak BBLR lebih banyak (28,6%) pada kelompok retardasi ringan dibandingkan pada retardasi sedang (23,1%). Mangunatmaja (2000) menyatakan bahwa bayi risiko tinggi adalah bayi yang mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mengalami hambatan dalam tumbuh kembang selanjutnya yang dapat menyebabkan retardasi mental. Proporsi contoh yang tidak langsung menangis saat lahir lebih banyak pada kelompok retardasi sedang (53,8%) dibandingkan kelompok retardasi ringan (45,7%).

Riwayat Setelah Lahir. Proporsi contoh yang disusui dengan ASI lebih banyak pada kelompok retardasi sedang (76,9%) dibandingkan kelompok retardasi ringan (65,7%). Sisanya sebanyak 34,3 persen pada kelompok retardasi ringan dan 23,1 persen pada kelompok retardasi sedang langsung diberi susu botol setelah kelahirannya.

Secara agregat sebanyak 32,8 persen contoh sering jatuh, dimana 37,1 persen pada kelompok retardasi ringan dan 26,9 persen pada kelompok retardasi sedang. Sebagian besar (53,8% pada kelompok retardasi ringan dan 42,9% pada kelompok retardasi sedang) contoh yang sering jatuh, mengalaminya pada usia 6-11 bulan. Kisaran usia ini adalah saat dimana contoh mulai belajar merangkak dan berjalan, dimana peluang untuk jatuh sangat besar. Kartono (1994) menyatakan bahwa pengalaman-pengalaman traumatik (luka-luka) yaitu luka-luka pada kepala atau di kepala bagian dalam oleh karena bayi pernah jatuh atau terpukul akan menyebabkan retardasi atau kelambatan pada fungsi intelegensi. Hasil wawancara dengan ibu contoh menyebutkan adanya beberapa dampak yang ditimbulkan karena seringnya contoh jatuh yakni bokong lemah, kepala terbentur, sering step, kejang dan panas/demam.

Jenis penyakit yang paling sering diderita contoh adalah panas yaitu pada kelompok retardasi ringan sebesar 68,6%, disusul oleh kelompok retardasi sedang sebesar 50,0%. Jenis penyakit kedua terbanyak adalah kejang (37,1% pada kelompok retardasi ringan dan 30,8% pada kelompok retardasi sedang).

2. Riwayat Kehamilan

Semua ibu tidak mengonsumsi minuman beralkohol selama mengandung contoh. Meskipun demikian, sekitar 22,9% ibu pada kelompok retardasi ringan dan 15,3% pada kelompok retardasi sedang mempunyai kebiasaan merokok saat mengandung contoh. Selain itu, sebagian kecil ibu pernah mengonsumsi obat penenang (5,7% pada kelompok retardasi ringan dan 11,5% pada kelompok retardasi sedang). Selain itu, terdapat 17,1 persen ibu pada kelompok retardasi ringan dan 3,8 persen pada kelompok retardasi sedang yang pernah minum obat anti hamil saat mengandung contoh.

Sebanyak 34,3 persen ibu pada kelompok retardasi ringan dan 26,9 persen pada kelompok retardasi sedang pernah mengalami stress saat mengandung contoh. Sebanyak 5,8 persen ibu pada kelompok retardasi ringan kandungannya pernah terkena pukulan, sedangkan pada kelompok retardasi sedang tidak ada ibu yang mengalaminya. Sebagian kecil ibu juga pernah terjatuh (5,7% pada kelompok retardasi ringan dan 15,4% pada kelompok retardasi sedang). Selanjutnya terdapat 8,6% ibu contoh pada kelompok retardasi ringan dan 7,7% pada kelompok retardasi sedang yang mengalami pendarahan pada trimester kedua.

Cukup mengherankan bahwa ada sebanyak 20 persen ibu pada kelompok retardasi ringan dan 23,1 persen pada kelompok retardasi sedang tidak mengharapkan kehamilannya saat mengandung contoh. Diantaranya sebanyak 8,6% ibu pada kelompok retardasi ringan dan 7,7% pada kelompok retardasi sedang pernah melakukan usaha abortus saat mengandung contoh. Berdasarkan riwayat kehamilan sebelumnya ada sebanyak 20,0% ibu contoh pada kelompok retardasi ringan dan 19,2% pada kelompok retardasi sedang yang pernah mengalami abortus pada kehamilan sebelumnya.

Saat mengandung contoh, ibu pernah melakukan pemeriksaan kesehatan dengan menggunakan sinar rontgen (14,3% pada kelompok retardasi ringan dan 26,9% pada kelompok retardasi sedang).

Terdapat 14,3% ibu pada kelompok retardasi ringan dan 3,8% pada kelompok retardasi ringan yang biasa minum obat-obatan yang dijual bebas dan tanpa resep dokter saat mengandung contoh. Selain mengkonsumsi obat-obatan bebas, ada ibu yang mengkonsumsi jamu-jamuan saat mengandung contoh (25,8% pada kelompok retardasi ringan dan 23,0% pada kelompok retardasi sedang).

Sebagian besar ibu mengandung contoh pada usia <35 tahun (74,3% pada kelompok retardasi ringan dan 69,2 persen pada kelompok retardasi sedang). Usia kehamilan ibu saat mengandung contoh kebanyakan (94,3% pada kelompok retardasi ringan dan 88,5% pada kelompok retardasi sedang) sudah mencapai maturasi (9 bulan).

3. Riwayat Kesehatan Ibu selama Mengandung Contoh

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase ibu yang menderita anemia pada saat mengandung contoh lebih banyak pada kelompok retardasi ringan (42,9%) dibandingkan kelompok retardasi sedang (34,6%). Hanya ada 1 (2,9%) ibu contoh dari kelompok retardasi ringan yang menderita penyakit gondok saat mengandung contoh, sedangkan pada kelompok retardasi sedang tidak ada yang mengidap gondok

Ibu yang menderita diabetes melitus saat mengandung contoh hanya sedikit (2,9% pada kelompok retardasi ringan dan 7,7% pada kelompok retardasi sedang). Selain itu ada juga ibu yang sering sekali mengkonsumsi obat-obatan saat mengandung contoh, misalnya minum obat sakit kepala, influenza dan lain-lain yang dijual bebas dan tidak mempertimbangkan kondisi fisiologis ibu yang sedang mengandung (8,6% pada kelompok retardasi ringan dan 7,7% pada kelompok retardasi sedang). Penyakit lainnya yang diderita oleh ibu selama mengandung contoh adalah hipertensi. Proporsi penderita penyakit ini lebih tinggi pada kelompok retardasi sedang (19,2%) dibandingkan kelompok retardasi ringan (11,4%).

4. Riwayat Pengasuhan

Sebagian besar (91,8%) contoh diasuh oleh ibunya sendiri, yaitu pada kelompok retardasi ringan, 94,3%, dan disusul oleh kelompok retardasi sedang, 88,5%.

Pola Asuh dan Kebiasaan Makan

Semua pertanyaan yang terkait dengan pola asuh makan contoh diberi skor sehingga diperoleh skor komposit. Penggolongan skor dilakukan untuk mengetahui apakah pola asuh makan contoh kurang, sedang atau baik. Sebagian besar contoh mempunyai pola asuh makan yang tergolong sedang. Proporsi kelompok retardasi sedang yang pola asuh makannya tergolong baik dua kali lebih banyak dibandingkan kelompok retardasi ringan. Namun hasil uji Khi Kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan yang nyata ($p > 0,05$) pola asuh makan kelompok retardasi ringan dan sedang.

Kebiasaan makan contoh secara umum termasuk dalam kategori sedang (67,2%), dengan

proporsi kelompok retardasi sedang lebih tinggi (73,1%) dibandingkan kelompok retardasi ringan (62,9%). Secara umum dapat disimpulkan bahwa kebiasaan makan kelompok retardasi sedang lebih baik dibandingkan kelompok retardasi ringan, walaupun hasil uji Khi Kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) antara kebiasaan makan kelompok retardasi ringan dan sedang.

Tingkat Konsumsi

Sebagian besar contoh mempunyai tingkat konsumsi yang tergolong kurang untuk jenis zat gizi energi (60,7%), besi (78,7%), vitamin C (83,6%), vitamin A (72,1%) dan Vitamin B6 (68,9%). Sisanya memiliki tingkat konsumsi yang proporsi kurangnya lebih sedikit yakni protein (9,8%) dan folat (37,7%). Hampir semua zat gizi, proporsi tingkat konsumsi yang termasuk kurang lebih tinggi pada kelompok retardasi sedang dibandingkan kelompok retardasi ringan. Hanya vitamin A yang tingkat konsumsi kurangnya lebih tinggi pada kelompok retardasi ringan. Hasil uji beda Khi Kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) untuk semua kategori tingkat konsumsi zat gizi antara kelompok retardasi ringan dan sedang.

Beberapa di antara ibu contoh terutama pada kelompok retardasi sedang menyatakan bahwa anak mereka mengalami kesulitan saat makan karena lidah yang pendek. Hal ini menyebabkan asupan makan contoh pada kelompok retardasi sedang lebih rendah dibandingkan retardasi ringan. Selain itu contoh seringkali hanya minum kuah sayur saja dan jarang mengkonsumsi buah, sehingga tingkat konsumsi besi dan vitamin cenderung rendah.

Status Gizi

Status Anemia. Sebagian besar (68,9%) contoh mengalami anemia (kurang darah), dengan proporsi terbesar (80,8%) pada kelompok retardasi sedang, dan selanjutnya kelompok retardasi ringan (60,0%). Pollit (1999) menyatakan bahwa jumlah besi yang tidak mencukupi dalam makanan merupakan penyebab yang paling umum dan terjadinya anemia pada anak-anak di Amerika Serikat. Hasil uji beda Mann-Whitney menunjukkan tidak adanya perbedaan yang nyata ($p>0,05$) antara kadar Hb

kelompok retardasi ringan dan kelompok retardasi sedang.

Status Gizi Antropometri. Secara umum status gizi contoh menurut indeks BB/U adalah baik (62,3%). Proporsi status gizi baik ini lebih tinggi pada kelompok retardasi ringan (62,9%) dibandingkan kelompok retardasi sedang (61,5%). Tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) antara status gizi BB/U kelompok retardasi ringan dan kelompok retardasi sedang. Sebagian besar status gizi contoh menurut indeks TB/U adalah tergolong normal (50,8%). Proporsi terbesar pada kelompok retardasi ringan (62,9%), adalah normal, sedangkan pada kelompok retardasi sedang adalah pendek/*stunted* (65,4%). Hasil uji beda Mann-Whitney menunjukkan tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) antara nilai z skor TB/U kelompok retardasi ringan dan kelompok retardasi sedang. Hasil penelitian yang dilakukan Dr. Monckeberg sebagaimana dikutip Anantaputro (1984) menunjukkan bahwa anak-anak yang retardasi cenderung mempunyai tinggi badan yang lebih pendek dibandingkan anak normal seusianya.

Masing-masing 3,8 persen contoh pada kelompok retardasi sedang mempunyai status gizi menurut indeks BB/TB yang tergolong kurus/*wasted* dan sangat kurus. Sisanya sebanyak 73,1 persen mempunyai status gizi normal (kelompok retardasi sedang) dan 19,2 persen tergolong gemuk. Sedangkan pada kelompok retardasi ringan, sebagian besar (82,9%) mempunyai status gizi normal dan sisanya tergolong gemuk (14,2%) dan kurus (2,9%). Hasil uji beda Mann-Whitney menunjukkan tidak adanya perbedaan yang nyata ($p>0,05$) antara nilai z skor menurut indeks BB/TB kelompok retardasi ringan dan kelompok retardasi sedang.

Kurang gizi kronis berhubungan erat dengan pencapaian akademik murid sekolah yang semakin rendah. Anak-anak yang *stunted* (pendek) karena kurang gizi ternyata lebih banyak yang tertambat masuk sekolah (*late enrollment*), lebih sering absen, dan sering pula tidak naik kelas (Khomsan, 2003). Contoh dengan status gizi baik akan memiliki fisik yang sehat dan semangat belajar yang tinggi. Kondisi tersebut sangat mendukung dalam hal kelancaran proses belajar mengajar di sekolah yang pada akhirnya dapat meningkatkan prestasi belajar contoh.

Status Kesehatan

Diare. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 28.6 persen contoh pada kelompok retardasi ringan dan 42.3 persen pada kelompok retardasi sedang mengalami diare seminggu yang lalu.

Infeksi saluran Pernapasan Atas (ISPA). Hasil wawancara menunjukkan bahwa sebagian besar (80,0% pada kelompok retardasi ringan dan 84,6% pada kelompok retardasi sedang) contoh mengalami panas/flu/batuk/sesak nafas sebulan lalu. Frekuensi contoh menderita panas/flu/batuk/sesak nafas sebulan lalu yang kebanyakan (75,0%) pada kelompok retardasi ringan dan 86,4% pada kelompok retardasi sedang) adalah satu kali. Sisanya adalah 2 hingga >2 kali, dengan persentase yang lebih dari 2 kali hanya sedikit (4,0%). Hasil analisis Khi Kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) proporsi contoh yang menderita ISPA antara kelompok retardasi ringan dan sedang.

Kesakitan dapat menurunkan daya guna gizi dalam tubuh manusia, sehingga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang sakit cenderung tidak aktif yang akhirnya berdampak pada penurunan perkembangannya (Satoto, 1990). Dari data status kesehatan terlihat masih kurangnya daya tahan tubuh pada anak retardasi mental ringan dan sedang. Kartono (1994) menyatakan bahwa anak-anak retardasi mental daya tahan tubuhnya terhadap penyakit kurang sekali.

Secara umum status kesehatan contoh termasuk kategori sedang, dengan proporsi terbanyak pada kelompok reteradasi sedang (73,1%) dan kelompok retardasi ringan sebanyak 65,7 persen. Hasil uji Khi Kuadrat menunjukkan tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) antara kelompok retardasi ringan dan sedang.

Perkembangan

Untuk mengetahui tingkat perkembangan anak dipantau ketrampilan contoh yang terkait dengan kegiatan sehari-hari yang mencakup 9 item kemampuan. Dari 9 item kemampuan yang biasa dilakukan sehari-hari seperti mandi, minum/makan, berpakaian dan buang air serta pengenalan diri dan benda-benda yang ada disekitarnya ternyata sebagian besar (90,2%) contoh belum mampu melakukannya. Proporsi contoh yang belum mampu menguasai sembilan item kemampuan dasar tersebut lebih banyak pada kelompok retardasi sedang (92,3%) dibandingkan kelompok retardasi ringan (88,6%).

Faktor-Faktor yang Terkait dengan Retardasi Mental

Hasil analisis regresi logistik menunjukkan faktor-faktor genetik dan non genetik secara keseluruhan memberikan kontribusi 50.2 persen terhadap timbulnya retardasi ringan dan sedang pada contoh (Tabel 1). Sisanya (49.8%) adalah faktor-faktor yang tidak digali dalam penelitian ini seperti kemungkinan kelainan kromosom.

Tabel 1. Analisis Logistik Faktor-Faktor Genetik dan Non Genetik yang terkait dengan Retardasi Ringan dan Sedang*

Peubah Tak Bebas	B	Sig.	Odd Ratio	95,0% C.I. untuk OR	
				Terendah	Tertinggi
Konstanta	7,429	,001	1684,020		
Ibu pernah jatuh saat hamil	-6,745	,001	,001	,000	,068
Ibu mengalami anemia saat hamil	2,018	,026	7,521	1,279	44,236
Ibu mengkonsumsi obat-obatan bebas saat hamil	-5,159	,010	,006	,000	,292
Ibu mengalami hipertensi saat hamil	3,598	,008	36,520	2,529	527,380
Ibu pernah mengalami pendarahan pada trimester kedua	-4,443	,007	,012	,000	,304
Kelahiran dengan alat bantu	-3,520	,002	,030	,003	,271
Contoh sering panas	-2,777	,005	,062	,009	,429

* Peubah Bebas : Retardasi (0=Ringan dan 1=Sedang)
 $R^2 = 0,502$

Ibu pernah jatuh saat mengandung contoh berpengaruh sangat nyata ($p < 0,01$) terhadap kejadian retardasi ringan. Peluangnya adalah 0,001 kali dibanding ibu yang tidak pernah jatuh saat hamil. Gegar otak dapat terjadi karena bermacam-macam sebab, antara lain karena jatuh, karena pukulan keras pada kepalanya, karena kecelakaan dan lain-lain. Ada hubungan yang erat antara otak dan inteligensi. Makin berat kerusakan otak, akan dapat menimbulkan bermacam-macam kelainan diantaranya gangguan bicara, tuna netra, tuna rungu, gangguan motorik dan terbelakang mental (Cunningham, MacDonald & Gant, 1995).

Ibu mengalami anemia saat hamil berpengaruh nyata terhadap kejadian retardasi sedang pada contoh ($p < 0,05$). Peluang contoh yang ibunya anemia saat hamil untuk mengalami retardasi sedang adalah 7,5 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak anemia. Anemia umumnya disebabkan oleh kekurangan zat besi. Ibu hamil yang anemia umumnya mengalami deplesi besi sehingga hanya memberi sedikit besi kepada janin yang dibutuhkan untuk metabolisme besi yang normal. Jika terjadi kekurangan zat besi dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak (Kartono, 1994).

Ibu mengkonsumsi obat-obatan bebas saat mengandung contoh berpengaruh nyata ($p < 0,05$) terhadap kejadian retardasi ringan. Peluang contoh mengalami retardasi ringan adalah 0.006 kali lebih besar dibanding ibu yang tidak mengkonsumsi obat-obatan bebas yang mengakibatkan terjadinya *intoxication* atau keracunan pada janin. Ketika ibu tersebut mengandung muda ia minum obat-obat penenang beracun; antara lain obat thalidomide dan obat kontraseptif anti hamil yang sangat kuat mengandung racun. Tapi obat tersebut gagal atau tidak bekerja secara efektif, sehingga menyebabkan pertumbuhan bayi dalam kandungan tidak normal atau mengalami kerusakan mental dan fisik. Kejadian ini sering juga menyebabkan gejala *secondary amentia* dan *feeble minded*/lemah ingatan, karena bayi pada umumnya menderita keracunan zat besi (*Plumbum; loodvergiftiging*). Obat-obat yang bisa merusak janin disebut teratogenic (teras, teratos = *monster*; teratogenic = bisa

memproduksi monster-monster) (Cunningham, MacDonald & Gant, 1995).

Ibu mengalami hipertensi saat hamil berpengaruh sangat nyata ($p < 0,01$) terhadap kejadian retardasi sedang pada contoh. Peluang contoh mengalami retardasi sedang sebanyak 36.5 kali lebih besar dibandingkan contoh yang ibunya tidak hipertensi saat hamil. Pada beberapa wanita dengan riwayat hipertensi kronis, hipertensi dapat memperburuk, terutama pada kehamilan berikutnya. Hipertensi yang diperberat oleh kehamilan seperti itu dapat disertai dengan proteinuria atau edema patologis dan kemudian disebut *superimposed preeclamsia*. Kerap kali, *superimposed preeclamsia* timbul lebih awal dalam kehamilan bila dibandingkan dengan preeklamsia murni dan cenderung menjadi berat pada kebanyakan kasus. Retardasi pertumbuhan janin biasanya menyertai kelainan ini (Cunningham, MacDonald & Gant, 1995) yang berimplikasi terhadap terjadi retardasi setelah bayi lahir.

Ibu pernah mengalami pendarahan pada trimester kedua berpengaruh sangat nyata ($p < 0,01$) terhadap kejadian retardasi ringan pada contoh. Peluang contoh mengalami retardasi ringan sebanyak 0,012 kali lebih besar dibandingkan contoh yang ibunya tidak mengalami pendarahan pada trimester kedua. Pendarahan dapat timbul pada keadaan pendarahan antepartum (*plasenta previa*), *abruptio plasenta*, *transfusi fetu maternal* atau *transfusi fetu fetal*. Muhrman (1987) menyatakan bahwa kegagalan peredaran darah yang berlangsung lama akan menimbulkan hipoksia jaringan, asidosis, dan kerusakan jaringan. Faktor ini menyebabkan anak beresiko mengalami retardasi mental.

Kelahiran dengan alat bantu sangat berpengaruh nyata ($p < 0,01$) terhadap timbulnya retardasi pada contoh. Nilai beta negatif mengindikasikan bahwa peluang contoh mengalami retardasi ringan adalah 0,03 kali dibanding kelahiran tanpa alat bantu. Penelitian ini mendukung pernyataan sebelumnya bahwa kelahiran dengan alat bantu dapat menjadi pemicu terjadinya retardasi mental. Pada proses kelahiran menggunakan alat bantu, kepala bayi sering terganggu oleh tekanan-tekanan yang mampat dari dinding rahim ibu. Tekanan-tekanan tersebut bisa menyebabkan *intracranial haemorrhage*

yaitu pendarahan pada bagian dalam kepala si bayi (Depso, 1998). Proses kelahiran yang mempergunakan alat mengakibatkan kepala bayi terjepit, dan terdapat tekanan yang mengakibatkan pendarahan. Kurang lebih 5% dari jumlah bayi yang lahir dengan cara tersebut mengalami retardasi mental atau keterbelakangan mental. Ada juga yang mengalami defek mental dan neurosa ringan (Cunningham, MacDonald & Gant, 1995).

Contoh sering panas berpengaruh sangat nyata ($p < 0,01$) terhadap kejadian retardasi ringan. Peluang contoh mengalami retardasi ringan sebanyak 0,062 kali lebih besar dibandingkan contoh yang tidak sering panas. Panas badan yang tinggi membuat anak mengalami infeksi hingga kejang-kejang (Muhirman, 1987). Kejang atau step disebabkan oleh karena anak menderita sakit dan panas badannya tinggi sekali. Juga anak mengalami infeksi, hingga mengalami kekejangan yang sering kali menyerang anak (Cunningham, MacDonald & Gant, 1995).

Pengaruh kejang-kejang ini terhadap perkembangan inteligensi adalah sangat buruk, lebih-lebih kalau kejang-kejang ini berlangsung sangat sering dan keras. Keith dalam studinya mengenai 1.296 orang anak dengan konvulsi (kejang-kejang) menyimpulkan, bahwa 37.5%

dari jumlah tersebut ditemukan terbelakang, suatu prosentase yang jauh lebih tinggi dari prosentase kelompok anak yang pada umumnya normal, yaitu 9%. Dalam studi ini retardasi mental ditemukan lebih banyak pada anak-anak yang sudah tua dan lebih banyak pula pada anak-anak yang berkali-kali mendapat serangan.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian retardasi ringan adalah kelahiran dengan alat bantu, ibu pernah jatuh saat hamil, ibu mengkonsumsi obat-obatan bebas saat hamil, ibu pernah mengalami pendarahan pada trimester kedua dan contoh sering panas. Sedangkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap retardasi sedang adalah ibu mengalami hipertensi saat hamil dan ibu mengalami anemia saat hamil.

Analisis Hubungan Antar Peubah

Hasil analisis korelasi Spearman menunjukkan bahwa pendidikan ibu berhubungan nyata positif dengan tingkat konsumsi energi dengan keeratan hubungan sebesar 26.4 persen pada tingkat kepercayaan 95% (Tabel 2). Hal ini berarti semakin tinggi pendidikan ibu, maka tingkat konsumsi energi akan semakin tinggi pula.

Tabel 2. Analisis Korelasi Spearman Karakteristik Ibu dan Keluarga, Pola Asuh Makan dan Kebiasaan Makan dengan Tingkat Konsumsi Zat Gizi

Peubah	Indikator	Energi	Protein	Besi	Folat	Vit. A	Vit. C	Vit B6
Umur ibu	RS	0.069	-0.044	0.050	-0.051	0.055	0.135	-0.019
	Sig	0.596	0.738	0.701	0.694	0.674	0.300	0.886
Jumlah anggota keluarga	RS	-0.058	-0.031	-0.101	-0.066	-0.054	0.058	0.083
	Sig	0.657	0.812	0.439	0.611	0.677	0.659	0.523
Pendidikan ibu	RS	.264(*)	0.069	0.066	0.149	0.031	0.210	0.162
	Sig	0.040	0.596	0.613	0.251	0.812	0.105	0.212
Ibu bekerja	RS	-0.200	-0.134	-.264(*)	-0.196	-0.168	-0.241	0.039
	Sig	0.122	0.303	0.039	0.131	0.197	0.061	0.765
Pendapatan	RS	0.182	0.155	0.108	0.192	0.056	0.236	0.196
	Sig	0.161	0.232	0.405	0.138	0.671	0.067	0.130
Pola asuh makan	RS	0.220	0.001	0.215	0.008	0.101	.258(*)	0.055
	Sig	0.088	0.995	0.097	0.953	0.441	0.045	0.673
Kebiasaan makan	RS	0.208	0.162	.270(*)	0.020	0.173	0.022	0.220
	Sig	0.107	0.213	0.035	0.879	0.182	0.869	0.088
Status Kesehatan	RS	-0.026	-0.009	-0.075	-0.095	0.051	-0.11	-0.109
	Sig	0.842	0.946	0.566	0.466	0.695	0.398	0.402

Ket : RS = Koefisien Korelasi; Sig = Nyata jika $p < 0.05$ atau $p < 0.10$ dan sangat nyata jika $p < 0.01$

Status Ibu bekerja berhubungan nyata negatif dengan tingkat konsumsi besi dengan keeratan hubungan sebesar 26,4 persen pada tingkat kepercayaan 95%, yang bermakna ibu yang bekerja akan membuat tingkat konsumsi besi contoh menurun. Ibu yang bekerja diduga akan semakin sedikit memberikan perhatian terutama pada pemenuhan intik makan contoh.

Pola asuh makan berhubungan nyata positif dengan tingkat konsumsi vitamin C dengan keeratan hubungan 25,8 persen pada tingkat kepercayaan 95%. Sedangkan pada tingkat kepercayaan 90% pola asuh makan berhubungan dengan tingkat konsumsi energi dan besi dengan keeratan hubungan berturut-turut 22,0 persen dan 21,5 persen. Semakin baik pola asuh makan contoh, maka semakin baik pula tingkat konsumsi vitamin C, energi dan besinya.

Kebiasaan makan contoh berhubungan nyata positif pada level kepercayaan 90% dengan tingkat konsumsi besi dengan keeratan hubungan berturut-turut sebesar 27,0 persen, yang bermakna semakin baik kebiasaan makan contoh maka tingkat konsumsi besinya juga akan meningkat. Menurut Enoch (1979) kebiasaan makan yang merupakan faktor internal mempengaruhi konsumsi makanan individu.

Status kesehatan yang skornya semakin tinggi berarti derajat kesakitannya semakin rendah ternyata berhubungan negatif walaupun tidak nyata dengan semua tingkat konsumsi gizi, kecuali vitamin A. Hal ini mengindikasikan bahwa semakin sering dan parah contoh sakit, tingkat konsumsi zat gizinya akan cenderung menurun karena asupan makannya berkurang. Walaupun demikian dampak penyakit terhadap konsumsi dalam penelitian ini tidaklah nyata.

Secara umum tingkat konsumsi energi (rs=64,7%), protein (rs=50,7%), besi (rs=58,4%), folat (rs=29,5%) dan vitamin B6 (rs=39,5%) berhubungan nyata positif dengan kadar Hb (Tabel 3). Sedangkan status gizi BB/U juga berhubungan nyata positif dengan energi (rs=56,9%), protein (rs=40,7%), besi (rs=45,1%), folat (rs=27,3%) dan vitamin B6 (rs=45,0%). Status gizi TB/U berhubungan nyata positif juga dengan energi (rs=60,0%), protein (rs=38,2%), besi (rs=37,7%) dan vitamin B6 (rs=40,6%). Implikasi hubungan positif adalah semakin tinggi konsumsi zat gizi maka semakin baik kadar Hb, status gizi BB/U dan status gizi TB/U contoh.

Tabel 3. Analisis Korelasi Spearman Tingkat Konsumsi Zat Gizi dengan Status Gizi

Peubah Tak Bebas	Indikator	Kadar Hb	Status Gizi BB/U	Status Gizi TB/U	Status Gizi BB/TB
Energi	RS	,647(**)	,569(**)	,600(**)	0,140
	Sig	0,000	0,000	0,000	0,283
Protein	RS	,507(**)	,407(**)	,382(**)	0,209
	Sig	0,000	0,001	0,002	0,106
Besi	RS	,584(**)	,451(**)	,377(**)	0,212
	Sig	0,000	0,000	0,003	0,102
Folat	RS	,295(*)	,273(*)	0,225	0,106
	Sig	0,021	0,033	0,081	0,415
Vitamin A	RS	0,064	0,143	0,064	0,188
	Sig	0,622	0,270	0,626	0,146
Vitamin C	RS	0,020	0,103	0,064	-0,038
	Sig	0,881	0,431	0,627	0,772
Vitamin B6	RS	,395(**)	,450(**)	,406(**)	0,234
	Sig	0,002	0,000	0,001	0,069
Status Kesehatan	RS	-0,146	-0,064	-0,130	0,177
	Sig	0,262	0,625	0,319	0,171

Ket : RS= Koefisien Korelasi; Sig = Nyata jika $p < 0.05$ atau $p < 0.10$ dan sangat nyata jika $p < 0.01$

Status kesehatan dan jenis retardasi tidak mempunyai hubungan yang nyata dengan status gizi baik antropometri maupun anemia. Kondisi ini memungkinkan karena menurut orang tua contoh, ketika anak sakit, anak segera diobati. Heward dan Orlansky (1998) melaporkan bahwa banyak peneliti yang menyatakan bahwa pengaruh negatif dari anak retardasi mental paling banyak dirasakan oleh ibu. Hal ini akan menciptakan perasaan-perasaan negatif seperti ketakutan, tidak berdaya dan terlalu melindungi anak yang pada akhirnya mempengaruhi peran ibu dalam keluarga. Untuk penanganan awal, anak biasanya diberi obat-obatan yang tersedia di rumah, bila gejala berlanjut maka anak dibawa ke dokter keluarga.

Hasil analisis regresi linier berganda menunjukkan bahwa karakteristik ibu dan keluarga, pola asuh makan, kebiasaan makan dan status kesehatan memberikan pengaruh sebesar 20.8 persen terhadap tingkat konsumsi energi dan 15.5 persen terhadap vitamin B6. Peubah yang berpengaruh nyata adalah kebiasaan makan dan pendidikan ibu. Dengan demikian, semakin baik kebiasaan makan contoh dan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, maka konsumsi energinya dan vitamin B6nya akan semakin tinggi. Tingkat konsumsi protein dipengaruhi secara nyata oleh kebiasaan makan, namun secara bersama-sama dengan peubah lainnya memberikan pengaruh 20.8 persen. Tingkat konsumsi besi dipengaruhi secara nyata oleh status ibu bekerja dan kebiasaan makan dengan R^2 sebesar 23.2 persen. Status bekerja memiliki nilai beta negatif, yang berarti ibu yang bekerja akan menurunkan tingkat konsumsi besi contoh. Kebiasaan makan yang semakin tinggi membuat tingkat konsumsi besi semakin tinggi. Tingkat konsumsi folat dipengaruhi secara nyata oleh jumlah anggota keluarga dan status ibu bekerja, namun dengan nilai beta negatif. Hal ini berarti semakin meningkat jumlah anggota keluarga dan ibu bekerja maka tingkat konsumsi folat contoh akan semakin rendah. Bersama-sama dengan peubah lainnya tingkat konsumsi folat dapat dijelaskan sebesar 16.5 persen.

Kemampuan perkembangan contoh dipengaruhi secara nyata oleh semua indikator status gizi antropometri (BB/U, TB/U dan BB/TB), tingkat konsumsi besi, folat dan status kesehatan (Tabel 4). Semakin baik status gizi,

tingkat konsumsi besi, dan folat contoh, maka kemampuan perkembangan akan semakin baik. Status kesehatan berpengaruh nyata negatif terhadap perkembangan, yang berarti bila contoh semakin sering sakit, maka perkembangannya juga akan terganggu. Tingkat konsumsi, status gizi dan status kesehatan dapat menerangkan perkembangan contoh sebesar 38,0 persen.

Tabel 4. Hasil Analisis Regresi Linier Berganda Pengaruh Tingkat Konsumsi Zat Gizi, Status Gizi dan Status Kesehatan terhadap Perkembangan Contoh

Peubah Tak Bebas	B	Beta-std	T	Sig.
Konstanta	0,474		0,744	0,461
Jenis retardasi	0,031	0,051	0,398	0,693
Kadar Hb	0,035	0,115	0,656	0,515
Status Gizi BB/U	0,518	2,638	3,300	0,002
Status Gizi TB/U	0,308	2,097	3,159	0,003
Status Gizi BB/TB	0,263	1,805	2,939	0,005
Energi	0,001	0,048	0,232	0,818
Protein	0,000	0,109	0,435	0,666
Besi	0,009	0,791	3,747	0,000
Folat	0,001	0,302	1,910	0,062
Vitamin A	0,002	0,266	1,680	0,100
Vitamin C	0,001	0,252	1,642	0,107
Vitamin B6	0,001	0,086	0,376	0,708
Status Kesehatan	-0,024	-0,354	-2,687	0,010

Peubah Bebas : Perkembangan dengan Adjusted $R^2=0.380$

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Sebagian besar tingkat pendidikan ibu contoh adalah SLTA, pendapatan keluarga termasuk tidak miskin, jumlah anggota keluarga sebagian besar > 4 orang. Status ibu bekerja pada kelompok retardasi sedang lebih banyak dibanding retardasi ringan. Umur ibu pada kelompok retardasi ringan paling banyak berkisar 31-40 tahun dan pada kelompok retardasi sedang 41-50 tahun. Kebiasaan makan dan pola makan contoh secara umum termasuk dalam kategori sedang dengan proporsi kelompok retardasi sedang lebih tinggi dibandingkan kelompok retardasi ringan
2. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian retardasi kelahiran dengan

alat bantu, ibu pernah jatuh saat hamil, ibu mengkonsumsi obat-obatan bebas saat hamil, ibu pernah mengalami pendarahan pada trimester kedua, ibu mengalami hipertensi saat hamil, ibu mengalami anemia saat hamil dan contoh sering panas.

3. Sebagian besar contoh mempunyai tingkat konsumsi yang tergolong kurang untuk energi, besi, vitamin C, vitamin A dan Vitamin B6. Hampir semua zat gizi, tingkat konsumsi kelompok retardasi sedang lebih rendah dibandingkan kelompok retardasi ringan. Tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) untuk semua kategori tingkat konsumsi zat gizi antara kelompok retardasi ringan dan sedang. Secara umum tingkat konsumsi zat gizi contoh yang masih di bawah 70 persen adalah energi, besi, vitamin A, vitamin C dan vitamin B6. Sedangkan protein dan folat tingkat konsumsinya di atas 70 persen.
4. Status gizi contoh untuk semua indikator antropometri (BB/U, TB/U dan BB/TB) adalah baik. Tidak ada perbedaan yang nyata antara status gizi kelompok retardasi ringan dan kelompok retardasi sedang.
5. Sebagian besar contoh mengalami anemia dengan proporsi terbesar pada kelompok retardasi sedang, namun secara statistik tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) antara status gizi besi kelompok retardasi ringan dan kelompok retardasi sedang.
6. Status kesehatan sebagian besar contoh termasuk kategori sedang, dengan proporsi terbanyak pada kelompok reteradasi sedang, namun secara statistik tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) antara status kesehatan kelompok retardasi ringan dan kelompok retardasi sedang.
7. Perkembangan kemampuan kelompok retardasi ringan lebih tinggi dibandingkan kelompok retardasi sedang, namun secara statistik tidak ada perbedaan yang nyata ($p>0,05$) antara perkembangan kelompok retardasi ringan dan kelompok retardasi sedang.
8. Hasil analisis korelasi Spearman menunjukkan bahwa pendidikan ibu berhubungan nyata ($p<0,05$) positif dengan tingkat konsumsi energi. Pola asuh makan

berhubungan nyata ($p<0,05$) positif dengan tingkat konsumsi vitamin C, energi dan besi. Kebiasaan makan contoh berhubungan nyata ($p<0,05$) positif dengan tingkat konsumsi besi. Peubah yang berhubungan nyata ($p<0,05$) dengan perkembangan contoh adalah status gizi BB/TB.

9. Secara umum tingkat konsumsi energi, protein, besi, folat dan vitamin B6 berhubungan nyata ($p<0,05$) positif dengan kadar Hb. Sedangkan status gizi BB/U juga berhubungan nyata ($p<0,05$) positif dengan energi, protein, besi, folat dan vitamin B6. Status gizi TB/U berhubungan nyata ($p<0,05$) positif juga dengan energi, protein, besi dan vitamin B6.
10. Kemampuan perkembangan contoh dipengaruhi secara nyata ($p<0,05$) oleh semua indikator status gizi antropometri (BB/U, TB/U dan BB/TB), tingkat konsumsi besi, folat dan status kesehatan

Saran

1. Untuk menghindari kejadian retardasi pada anak yang dilahirkan, ibu mengandung perlu memperhatikan hal-hal berikut ini : menjaga kehamilan, menghindari minum obat-obat bebas, menghindari dari terjadinya pendarahan pada trimester kedua, menjaga status gizi besi dan mencegah hipertensi, serta menjaga anak agar tidak sering panas.
2. Untuk menjaga agar status gizi besi ibu tidak menjadi anemia, pemberian tablet/kapsul besi/folat perlu terus digalakkan oleh pemerintah dan dimonitor sejauhmana tablet besi itu benar-benar dikonsumsi oleh ibu hamil/menyusui. Berkaitan dengan daya terima ibu terhadap tablet besi/folat perlu dicari teknik pengembangan produk makanan yang dapat menjadi *vehicle* dari suplemen tablet besi dan folat.
3. Ibu yang memiliki anak retardasi mental perlu memperhatikan teknik pengolahan makanan agar asupan gizi dapat terpenuhi karena banyak anak retardasi yang mengalami sulit makan.
4. Penelitian lanjutan untuk menghitung angka kecukupan gizi anak retardasi mental perlu dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, I.R. 1998. Psikolog Pekerjaan Sosial dan Ilmu Kesejahteraan Sosial. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Berg, A. 1986. Peranan Gizi dalam Pembangunan. Penerbit Rajawali. Jakarta
- BPS. 2002. Statistik Indonesia 2002. Susenas. Jakarta.
- _____. 2001. Indikator Kesejahteraan Rakyat. BPS. Jakarta
- Cunningham, F.G, Mac Donald, P.C & Gary, M.F. 1995. Obstetri Williams. Penerjemah Joko Suyono. EGC. Jakarta
- Kartono, K. 1994. Gangguan-Gangguan Kejiwaan. Rajawali Pers. Jakarta.
- Khomsan, A. 2003. Keragaan Kebiasaan Makan pada peserta dan bukan peserta proyek diversifikasi pangan dan gizi . Media Gizi dan Keluarga XVII 92), 1-10.
- Heward, W.L.& M.D. Orlansky. 1998. Exceptional Children, 3 edition. Merrill Publishing Company. USA.
- <http://www.thearc.org/faqs/mrqa.html>. 2003. Introduction to Mental Retardation. Artikel Bebas.
- http://www.medicastore.com/detail_pyk2.php?id=586. 2003. Media Informasi Penyakit dan Obat. Artikel Bebas.
- Lumbantobing, S.M. 1997. Anak dengan Mental Terbelakang. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran UI. Jakarta.
- Mangatmaja, I. 2000. Deteksi Dini Gangguan Tumbuh Kembang Bayi Resiko Tinggi. Makalah disampaikan dalam temu muka dan konsultasi, "Deteksi dan Stimulasi Dini Bayi Resiko Tinggi. Jakarta.
- Maramis, W.F. 1995. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Airlangga University Press. Surabaya
- Muhirman, M. 1987. Kegawatan Perinatal. Fakultas Kedokteran. UI. Jakarta.
- Nasir, M. 1998. Metode Penelitian. Ghalia Indonesia. Jakarta
- Pollitt, E. 1999. Early Iron Deficiency Anemia and Later Mental Retardation. Am.J. Clin. Nutrition.
- Prasadio, T. 1976. Gangguan Psikiatrik pada Anak-Anak dengan Retardasi Mental. Airlangga University Press. Surabaya.
- _____. 1982. Anak-Anak yang Terlupakan (Liku-Liku Anak Terbelakang). Airlangga University Press. Surabaya.
- Satoto, 1990. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Pengamatan 0-18 bulan di Kecamatan Mlonggo, Kabupaten Jepara, Jawa Tengah. Disertasi untuk Memperoleh gelar Doktor dalam Ilmu kesehatan, UNDIP, Semarang.