

Analisis Pemanfaatan Program Pelayanan Kesehatan Status Gizi Balita

An Analysis on The Usage of Health Service Related to Nutritional Status of Under-five Years Old Children

Ratu Ayu Dewi Sartika

Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Abstrak

Gizi merupakan faktor determinan utama yang berhubungan dengan kualitas sumber daya manusia. Anak-anak berusia kurang dari lima tahun adalah kelompok rentan untuk masalah gizi dan kesehatan. Tujuan penelitian ini mendapatkan faktor status gizi yang paling dominan anak usia dibawah lima tahun. Penelitian ini dilakukan terhadap sumber data sekunder data riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007. Penelitian ini menggunakan metode analisis multivariat untuk menilai berbagai faktor risiko yang berhubungan dengan status nutrisi. Menggunakan berat badan untuk umur, faktor risiko paling dominan adalah diare setelah dikontrol dengan sumber air minum, ketersediaan *latrine*, status sosioekonomi, ukuran keluarga, gender, pemanfaatan pelayanan kesehatan, penyakit saluran napas, pekerjaan ibu dan waktu pemberian air susu ibu sampai dua tahun. Menggunakan tinggi untuk tinggi badan faktor risiko dominan adalah ketersediaan *latrines* setelah dikendalikan oleh perilaku cuci tangan, status sosial ekonomi, sumber air minum, durasi pemberian ASI sampai dua tahun. Untuk mengatasi masalah gizi pada anak usia di bawah lima tahun dibutuhkan kebijakan yang terfokus memulihkan pertumbuhan dan status kesehatan anak usia di bawah lima tahun dengan korelasi antara program gizi dan program lain, seperti kesehatan lingkungan dan imunisasi. Selain itu, pemerintah harus mengatur peranan posyandu sebagai fasilitas yang membantu pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Kata kunci: Akses pelayanan kesehatan, balita, status gizi, malnutrisi

Abstract

Nutrition is one of the major determinant factors related to human resources quality. Under-five years old children are susceptible to nutrition and health problems. The purpose of this study is to identify the most dominant factor of nutritional status of under five children using Riskesdas data in 2007. Multivariate analysis results showed that the risk factor which mostly associated with nutritional status using weight for age was a diarrheal illness after being controlled by the source of drinking water, latrine availability, so-

cio-economic status, family size, gender, utilization of health services, respiratory diseases, maternal employment, and duration of breastfeeding up to 2 years. Using height for age was the availability of latrines after being controlled by hand-washing habits, socio-economic status, source of drinking water, duration of breastfeeding up to 2 years, diarrheal disease, family size and gender. Using weight for height was sex after being controlled by age, drinking water sources, distance and time to health services and respiratory disease. To overcome malnourished problem in children under five years old, it is needed to establish a policy focusing on the recovery of the growth and health status for under-five children with correlation between nutrition program and other programs, such as environmental health (clean and healthy life style) and immunization. Beside that, the government should arrange the role of the posyandu as a facility that help government to increase the health status of community.

Key words: Usage of health service facility, under-five children, nutritional status, malnutrition

Pendahuluan

Memasuki era globalisasi, Indonesia menghadapi tantangan besar karena harus bersaing dengan negara-negara lain. Untuk menghadapi tantangan tersebut dibutuhkan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas. Banyak faktor yang perlu diperhatikan untuk menciptakan SDM yang berkualitas antara lain, faktor pangan (unsur gizi), kesehatan, pendidikan dan lain-lain. Seseorang tidak akan bisa hidup sehat jika kekurangan gizi, karena mudah terserang penyakit. Prevalensi gizi buruk pada tahun 2004 sebesar 7,53% dan meningkat men-

Alamat Korespondensi: Ratu Ayu Dewi Sartika, Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat, Gd. F Lt. 2 FKM Universitas Indonesia, Kampus Baru UI Depok 16424, Hp.08568470670, e-mail: ayu_fkm_ui@yahoo.com

jadi 8,80% pada tahun 2005. Pada tahun 2000 prevalensi gizi buruk pada anak usia 12-13 bulan sebesar 9,80%; dan meningkat menjadi 10,90% (tahun 2005). Prevalensi gizi kurang (<-2 SD) berdasarkan berat badan/usia (BB/U) sebesar 27,30% pada tahun 2002 menjadi 27,50% pada tahun 2003 dan menjadi 28,00% pada tahun 2005.¹

Gangguan pertumbuhan dini disebabkan kekurangan gizi pada masa janin, pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif yang kurang tepat, terlalu dini memberikan makanan pendamping (MP) ASI dan pemberian MP-ASI yang tidak mencukupi (energi dan zat gizi mikro), terutama zat gizi besi dan seng. Gangguan pertumbuhan dapat terjadi dalam waktu singkat atau waktu lama. Gangguan pertumbuhan akut sering terjadi pada perubahan berat badan sebagai akibat menurunnya nafsu makan, sakit misalnya diare dan saluran pernapasan atau karena tidak cukup konsumsi makanan. Sedangkan, gangguan pertumbuhan kronis dapat terlihat pada hambatan penambahan tinggi badan.² Faktor langsung penyebab gizi kurang adalah asupan gizi yang rendah dan penyakit infeksi, sedangkan faktor tidak langsung adalah persediaan pangan, pola asuh, sanitasi, sumber air bersih dan pelayanan kesehatan. Akar masalah dari semua itu adalah krisis ekonomi, politik, dan sosial. Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam proses pertumbuhan anak. Masa anak-anak umur 6-36 bulan adalah masa berisiko terjadinya infeksi selain masa pertumbuhan. Peralihan dari ASI ke MP-ASI merupakan salah satu faktor penyebab penurunan berat badan dan status gizi anak.²

Periode dua tahun pertama merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal. Hasil beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan prevalensi gizi kurang pada kelompok umur di bawah dua tahun (baduta) yang tinggi. Sebagai upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM), kegiatan posyandu yang paling memasyarakat dewasa ini adalah dengan lima (5) program pokok prioritas mencakup (keluarga berencana) KB, kesehatan ibu dan anak (KIA), Gizi, imunisasi, dan penanggulangan diare. Pertanyaan yang sering timbul adalah banyak kegiatan/program yang telah dilaksanakan, tetapi belum memperlihatkan hasil maksimal? Hal ini ditandai dengan prevalensi gizi kurang yang masih tinggi dan muncul kasus gizi lebih. Apakah program yang dijalankan sudah sesuai dengan kebijakan dan pedoman yang telah ditetapkan? Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara pemanfaatan program pelayanan kesehatan dan faktor lainnya terhadap status gizi balita (usia 0-59 bulan).

Metode

Desain penelitian yang digunakan adalah desain studi potong lintang (*cross sectional*) dengan populasi bali-

ta berusia 0-59 bulan. Data yang dikumpulkan dengan metoda wawancara langsung meliputi variabel terikat: status gizi. Variabel bebas meliputi akses pelayanan kesehatan (jarak tempuh, waktu tempuh, dan fasilitas), pemanfaatan pelayanan kesehatan (penimbangan, penyuluhan, imunisasi, pelayanan KIA, KB, pengobatan, pemberian makanan tambahan (PMT), suplementasi gizi, karakteristik balita (umur, jenis kelamin, pemberian ASI eksklusif, pemberian ASI sampai 2 tahun, MP-ASI dan penyakit infeksi), karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, dan status merokok ibu) dan pola hidup bersih dan sehat (kebiasaan cuci tangan, sumber air bersih, dan ketersediaan jamban).

Besar sampel tingkat nasional, propinsi, dan kabupaten untuk blok sensus (BS) dan RT (rumah tangga) untuk data kesehatan masyarakat sekitar 280.000 RT. Kerangka pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah kerangka sampel SUSENAS tahun 2007. Pemilihan sampel dilakukan secara bertahap yaitu pemilihan BS secara *Probability Proportional to Size* (PPS) dengan ukuran adalah banyaknya rumah tangga hasil pendataan di setiap BS menurut hasil P4B (Pendaftaran Pemilih dan Pendataan Penduduk Berkelanjutan Pemilu 2004). Berdasarkan BS terpilih, dipilih 16 rumah tangga (RT) secara *Linear Systematic Sampling*.

Berat badan diukur dengan timbangan berat badan digital merek AND dengan ketelitian 50 gram dan tinggi/panjang badan dengan alat ukur *microtoise/length measuring board* dengan ketelitian 0,1 cm. Hasil pengukuran kemudian diterjemahkan ke dalam Z skor berdasarkan indeks antropometri berat badan/usia (BB/U), tinggi badan/usia (TB/U), dan berat badan/tinggi badan (BB/TB). Status gizi balita dikelompokkan menurut klasifikasi WHO.³ Standar Z skor balita berdasarkan BB/U adalah: berat badan sangat rendah (Z-skor $<-3,0$), rendah (Z-skor $\geq-3,0$ s/d Z-skor $<-2,0$), normal (Z-skor $\geq-2,0$ s/d Z-skor $\leq 2,0$), berat badan lebih (Z-skor $>2,0$ s/d Z-skor $\leq 3,0$) dan gemuk (Z-skor $>3,0$). Berdasarkan TB/U meliputi tinggi badan sangat pendek (Z-skor <-3), pendek (Z-skor $\geq-3,0$ s/d Z-skor $<-2,0$), normal (Z-skor $\geq-2,0$ s/d Z-skor $\leq 2,0$), tinggi (Z-skor $>2,0$ s/d Z-skor $\leq 3,0$) dan sangat tinggi (Z-skor $>3,0$). Sedangkan, menurut BB/TB adalah sangat *wasted* (<-3 Z-skor), *wasted* (Z-skor $\geq-3,0$ s/d Z-skor $<-2,0$), normal (Z-skor $\geq-2,0$ s/d Z-skor $\leq 2,0$), berlebihan (Z-skor $>2,0$ s/d Z-skor $\leq 3,0$) dan gemuk (Z-skor $>3,0$).

Hasil

Sejumlah 74.598 balita, diperoleh proporsi balita laki-laki (50,90%), balita yang diberikan ASI eksklusif (16,20%), lama pemberian ASI yang tepat (30,60%), pemberian MP-ASI tepat (6,90%). Jika dilihat dari penyakit yang diderita balita dalam satu (1) bulan ter-

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Balita Menurut Status Gizi Berdasarkan Indikator BB/TB, BB/U (Z-skor <-2 SD)

Kelompok Usia (Bulan)	Stunted		Underweight		Wasted	
	n	%	n	%	n	%
0 – 6	1.038	19,99	442	8,51	804	15,49
7 – 12	2.249	30,62	854	11,63	1.039	14,15
13 – 23	4.652	43,88	1.897	17,89	1.574	14,85
24 – 35	6.822	41,08	3.422	20,61	2.671	16,08
36 – 59	13.716	39,35	7.980	22,89	4.935	14,16
Total	28.477	38,17	14.595	19,56	11.023	14,78

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Balita Menurut Status Gizi (n=74.598)

Indikator	Kategori	N	%
BB/U	Sangat rendah	3.726	5,0
	Rendah	10.869	14,6
	Normal	58.107	77,9
	Lebih	1.405	1,9
	Gemuk	491	0,7
TB/U	Sangat pendek	14.593	19,6
	Pendek	13.884	18,6
	Normal	40.441	54,2
	Tinggi	2.502	3,4
	Sangat Tinggi	3.178	4,3
BB/TB	Sangat wasted	4.993	6,7
	Wasted	6.030	8,1
	Normal	55.335	74,2
	Berlebihan	4.572	6,1
	Gemuk	3.668	4,9

akhir diperoleh prevalens penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) 32,20%, diare 6,10% dan campak 1,10%. Sebagian besar ibu tidak memiliki kebiasaan mencuci tangan (70,70%), memiliki sumber air terlindung (71,30%) dan memiliki jamban (68,30%).

Berdasarkan sebaran usia balita terhadap status gizi, terlihat bahwa kejadian *stunted* mengalami peningkatan mulai kelompok bayi usia 0-6 bulan hingga balita kelompok usia 13-23 bulan. Sedangkan, pada berat badan rendah, peningkatan proporsi terjadi hingga usia balita mencapai 36-59 bulan. Proporsi kejadian *wasted* meningkat mulai kelompok bayi usia 0-6 bulan hingga 24-35 bulan (Lihat Tabel 1).

Untuk analisis selanjutnya, status gizi anak balita dikelompokkan berdasarkan berdasarkan indikator BB/U, TB/U dan BB/TB status gizi dibagi menjadi malnutrisi (*under nutrition* dan *over nutrition*) dan status gizi normal (Lihat Tabel 2).

Indikator Berat Badan Menurut Umur

Proporsi malnutrisi lebih banyak terjadi pada balita yang berumur lebih tua, laki-laki, pemberian MP-ASI

tidak tepat waktu serta yang menderita penyakit ISPA, diare dan campak (p=0,000). Kejadian malnutrisi pada balita berhubungan dengan variabel akses (jarak, waktu dan ketersediaan alat transportasi, pemanfaatan pelayanan kesehatan), variabel perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) (kebiasaan mencuci tangan, sumber air minum dan ketersediaan jamban) dan karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga, status sosial ekonomi dan pendidikan ibu) dengan nilai p=0,000. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor risiko yang paling berhubungan dengan status gizi balita (BB/U) adalah penyakit diare setelah dikontrol oleh sumber air minum, ketersediaan jamban, status sosial ekonomi, jumlah anggota keluarga, jenis kelamin, pemanfaatan pelayanan kesehatan, penyakit ISPA, pekerjaan ibu, dan lama pemberian ASI sampai 2 tahun (Lihat Tabel 3).

Indikator Tinggi Badan Menurut Umur

Malnutrisi lebih banyak terjadi pada anak balita laki-laki, lama pemberian ASI tidak tepat, pemberian MP-ASI tidak tepat, menderita penyakit diare dan ISPA (p<0,05). Kejadian malnutrisi berhubungan dengan variabel akses (jarak, waktu, dan ketersediaan alat transportasi), variabel PHBS (kebiasaan cuci tangan, sumber air minum, dan ketersediaan jamban) dan variabel karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga, status sosial ekonomi, dan pendidikan ibu) (p=0,000). Hasil yang menarik adalah proporsi malnutrisi pada balita dengan ibu status ‘cerai’ lebih tinggi dibandingkan dengan ibu status ‘kawin’ (p=0,049). Faktor risiko yang paling berhubungan dengan status gizi balita (TB/U) adalah ketersediaan jamban setelah dikontrol oleh kebiasaan cuci tangan, status sosial ekonomi, sumber air minum, lama pemberian ASI sampai 2 tahun, penyakit diare, jumlah anggota keluarga, dan jenis kelamin (Lihat Tabel 4).

Indikator Berat Badan Menurut Tinggi Badan

Berbeda dengan indikator BB/U dan TB/U, pada indikator BB/TB proporsi malnutrisi semakin sedikit pada

Tabel 3. Analisis Multivariat Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/U

Variabel	B	OR	CI	P value
Pemanfaatan pelayanan kesehatan	0,082	1,085	1,025-1,149	0,005
Jenis Kelamin	0,095	1,100	1,041-1,162	0,001
ASI sampai 2 tahun	-0,163	0,850	,802-900	0,000
Penyakit infeksi diare	0,190	1,209	1,078-1,357	0,001
Penyakit infeksi ISPA	0,079	1,082	1,019-1,148	0,009
Jumlah anggota keluarga	0,115	1,122	1,060-1,187	0,000
Pekerjaan	-0,107	0,899	,847-953	0,000
Status sosial ekonomi	0,124	1,132	1,069-1,198	0,000
Sumber air bersih	0,166	1,180	1,104-1,261	0,000
Ketersediaan jamban	0,155	1,167	1,098-1,241	0,000

Tabel 4. Analisis Multivariat Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator TB/U

Variabel	B	OR	CI	P value
Jenis kelamin	0,072	1,075	1,052-1,120	0,001
ASI sampai 2 tahun	0,117	1,124	1,076-1,176	0,000
Jumlah anggota keluarga	0,056	1,058	1,014-1,103	0,009
Status ekonomi	0,146	1,158	1,109-1,208	0,000
Kebiasaan cuci tangan	0,151	1,163	1,112-1,216	0,000
Sumber air bersih	0,136	1,146	1,089-1,207	0,000
Ketersediaan jamban	0,185	1,203	1,148-1,261	0,000
Penyakit infeksi diare	0,104	1,110	1,013-1,217	0,026

Tabel 5. Analisis Multivariat Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/TB

Variabel	B	OR	CI	P value
Jarak tempuh dalam meter ke B	0,093	1,097	1,054-1,143	0,000
Waktu tempuh ke B	0,044	1,045	1,004-1,089	0,032
Pemanfaatan pelayanan kesehatan	0,085	1,089	1,048-1,133	0,000
Umur				
Umur (1)	-0,592	0,553	0,517-0,592	0,000
Umur (2)	-0,307	0,736	0,690-0,785	0,000
Umur (3)	-0,130	0,879	0,830-0,930	0,000
Umur (4)	-0,125	0,882	0,841-0,926	0,000
Jenis kelamin	0,102	1,107	1,067-1,149	0,000
Penyakit infeksi ISPA	-0,097	0,908	0,872-0,945	0,000
Sumber air bersih	0,096	1,101	1,057-1,147	0,000

balita yang berumur lebih tua ($p=0,000$). Proporsi malnutrisi lebih banyak terjadi pada balita laki-laki dan lama pemberian ASI tidak tepat ($p=0,000$). Kejadian malnutrisi berhubungan dengan variabel akses (jarak, waktu, dan ketersediaan alat transportasi), variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan (yankes) dan PHBS (kebiasaan cuci tangan dan sumber air minum) ($p=0,000$). Faktor risiko yang paling dominan berhubungan dengan status gizi balita (BB/TB) adalah jenis kelamin setelah dikontrol oleh umur, sumber air minum, jarak, dan waktu menuju pos pelayanan terpadu (posyandu), pos kesehatan desa (poskesdes), dan pos lintas desa (polindes), variabel pe-

manfaat pelayanan kesehatan dan penyakit ISPA (Lihat Tabel 5).

Pembahasan Status Gizi Balita

Indeks pengukuran antropometri yang digunakan dalam penelitian ini adalah BB/U, TB/U, dan BB/TB. Indeks BB/U digunakan untuk menilai status gizi saat ini, sedangkan TB/U menggambarkan status gizi masa lalu. Indeks BB/U berguna untuk mendeteksi secara dini balita dengan status gizi kurang, sedangkan BB/TB digunakan untuk menapis balita dengan status gizi tidak nor-

mal yang ditemukan dengan indeks BB/U.³ Berdasarkan indeks BB/U, sebagian besar balita ditemukan mempunyai status gizi normal (77,9%), *underweight* (14,6%) dan *severely underweight* (5,0%). Prevalensi nasional gizi kurang dan gizi buruk pada balita adalah 13,0% dan 5,4%.⁴ Angka ini lebih rendah daripada prevalensi gizi kurang dan gizi buruk anak balita (BB/U) menurut propinsi tahun 2005 (19,20% dan 8,80%).¹

Menurut indikator TB/U, proporsi balita yang dikategorikan pendek (18,6%) dan sangat pendek (19,6%). Apabila dibandingkan dengan prevalensi nasional, balita pendek dan sangat pendek adalah 36,8%.⁴ Indikator BB/TB menggambarkan status gizi akut akibat suatu keadaan yang berlangsung dalam waktu pendek misalnya menurunnya nafsu makan akibat diare atau sakit lainnya. Berat badan anak menjadi cepat turun sehingga tinggi badan dan berat badannya tidak proporsional dan anak menjadi kurus.⁵ Menurut teori Barker,⁴ indikator BB/TB selain digunakan untuk menggambarkan status gizi akut juga digunakan untuk indikator kegemukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi balita kurus/*wasted* (8,1%) dan sangat kurus/*severely wasted* (6,7%). Jika dilihat berdasarkan prevalensi kurus (<-2 SD), angka ini menunjukkan keadaan kritis (*risky situation*) yaitu keadaan yang ditandai dengan prevalensi gizi ≥ 10 -14,9%.¹

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Kemampuan suatu rumah tangga untuk mengakses pelayanan kesehatan berkaitan dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan serta kemampuan ekonomi untuk membayar biaya pelayanan. Pelayanan kesehatan sangat sensitif terhadap perubahan situasi ekonomi. Gangguan situasi ekonomi akan mengganggu aksesibilitas masyarakat dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan, contohnya: pelayanan imunisasi, perawatan berkaitan dengan pertumbuhan, morbiditas, dan mortalitas anak.⁶

Akses ke pelayanan kesehatan dilihat dari jarak dan waktu tempuh serta biaya yang dikeluarkan untuk mencapai pelayanan kesehatan. Jarak merupakan ukuran jauh dekatnya dari rumah/tempat tinggal seseorang ke pelayanan kesehatan terdekat. Jarak tempat tinggal responden ke pelayanan kesehatan merupakan salah satu penghambat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hasil analisis bivariat menunjukkan proporsi kejadian malnutrisi (BB/U, TB/U, dan BB/TB) pada balita lebih tinggi terjadi pada balita dengan jarak rumah >300 meter, waktu tempuh >7 menit dan tidak mempunyai alat transportasi ke pelayanan kesehatan (nilai $p < 0,05$). Berbagai alasan akses ke pelayanan kesehatan terdekat yang sulit seperti angkutan umum yang tidak mencapai sarana kesehatan, letak cukup jauh dan terpencil, sehingga untuk mengakses pelayanan kesehatan harus dengan menggunakan sarana transportasi lain seperti

ojek atau berjalan kaki.

Pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan dalam penelitian ini mencakup pelayanan kesehatan A (rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek, dan bidan praktek) serta pelayanan kesehatan B (posyandu, poskesdes, dan polindes). Posyandu merupakan sarana yang memanfaatkan sumber daya masyarakat dan dikelola oleh masyarakat. Proporsi responden yang memanfaatkan pelayanan posyandu dan poskesdes dalam 3 bulan terakhir adalah 64,80%. Pemanfaatan posyandu yang merupakan sarana pelayanan kesehatan sederhana dalam masyarakat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Masyarakat datang ke posyandu karena sarana dan prasarana tersedia, mutu pelayanan dinilai baik, ada peran dari tokoh masyarakat, dan masyarakat tidak mampu membawa anak ke fasilitas pelayanan lain.⁷

Berbagai alasan tidak membawa balitanya ke posyandu antara lain letak jauh, tidak ada posyandu dan layanan tidak lengkap. Tingkat keteraturan ibu ke posyandu untuk memantau pertumbuhan balita yang rendah dapat berakibat keterlambatan deteksi gangguan pertumbuhan anak.^{6,7}

Karakteristik Balita

Proporsi malnutrisi pada balita (BB/U dan TB/U) yang berumur lebih tua lebih tinggi pada kelompok anak yang berumur lebih tua. Anak yang lebih tua dapat berinteraksi dengan lingkungan, dapat mandiri, selera makan turun naik serta mulai memilih jenis makanan yang disukai, tetapi belum dapat membedakan makanan yang baik dan buruk bagi kesehatan. Apabila sejak awal seorang ibu salah menerapkan pola asuh gizi, kemungkinan besar anak mengalami gangguan kekurangan asupan zat gizi dan rentan terhadap penyakit infeksi.⁸ Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi malnutrisi (BB/U, TB/U, dan BB/TB) pada balita laki-laki lebih tinggi daripada balita perempuan (nilai $p < 0,05$). Anak laki-laki yang lebih sering sakit daripada anak perempuan, kemungkinan berpengaruh terhadap pertumbuhan anak. Nilai z-skor pada anak laki-laki cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan usia. Usia anak 2 tahun hingga 5 tahun, kenaikan nilai z-skor laki-laki lebih landai daripada anak perempuan. Pola asuh gizi merupakan bagian dari pola asuh anak yang meliputi ketersediaan pangan, pola menyusui, pemberian makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI), kebersihan diri dan sanitasi lingkungan, praktek kesehatan di rumah serta pola pencarian pelayanan kesehatan.⁹ WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif pada bayi sampai usia 6 bulan dan dilanjutkan dengan pemberian MP-ASI.

Proporsi balita yang mendapatkan ASI eksklusif sekitar 16,20%. Praktek pemberian ASI eksklusif yang rendah berhubungan dengan risiko gastrointestinal yang dapat merugikan kesehatan di tahun awal kehidupan anak.

Penyebab gangguan tumbuh kembang anak adalah tidak diberikan ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan, serta kualitas makanan pendamping ASI yang rendah (kurang energi, zat besi dan seng). ASI adalah makanan tunggal dan utama yang dibutuhkan oleh bayi mulai usia 0 sampai dengan 6 bulan, karena mengandung semua zat gizi dan cairan yang diperlukan untuk proses perkembangan dan pertumbuhan anak secara wajar dan sehat.^{10,11} Setelah 6 bulan, ASI saja tidak lagi menyediakan energi dan zat gizi yang cukup untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal sehingga makanan pendamping perlu ditambahkan pada diet anak.^{12,13} Lama pemberian ASI dinyatakan tepat jika ASI diberikan hingga anak usia 2 (dua) tahun. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara kejadian malnutrisi (TB/U dan BB/TB) pada balita dengan lama pemberian ASI. Pemberian MP-ASI dinyatakan tepat jika diberikan makanan atau minuman tambahan selain ASI untuk memenuhi kebutuhan gizi setelah bayi berusia 6 bulan. Pemberian makanan padat lebih lambat dari 6 bulan, dapat menyebabkan anak sulit makan dan apabila terus berlanjut dapat mengakibatkan gizi anak kurang dan pertumbuhan terhambat.¹⁴

Pada penelitian ini, sekitar 93,00% balita mendapatkan MP-ASI secara tidak tepat. Kondisi *stunting* pada balita cenderung meningkat akibat berat lahir rendah, diare, infeksi saluran napas, dan pemberian MP-ASI yang terlalu dini. Berbagai faktor yang berperan dalam keberhasilan pemberian MP-ASI meliputi karakteristik anak, karakteristik keluarga, status gizi sebelum pemberian MP-ASI, kesehatan anak selama mendapatkan MP-ASI, frekuensi pemberian, efektifitas dan efisiensi dalam pelaksanaan pemberian MP-ASI.¹⁵ Status gizi anak dipengaruhi secara langsung oleh konsumsi, penyakit infeksi dan interaksi antara keduanya. Anak yang sakit akan kehilangan nafsu makan dan menyebabkan asupan menjadi menurun. Anak yang kurang gizi akan mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit. Penyakit infeksi peka terhadap daya tahan tubuh anak yang rendah serta memberikan dampak negatif bagi status gizi anak. Dampak penyakit infeksi dapat dilihat pada pertumbuhan anak yang mengalami malnutrisi dengan tanda-tanda badan terlihat kurus, kecil, dan lesu bahkan dapat menyebabkan kematian.¹⁶

Sekitar 6,10% balita mengalami diare dalam satu bulan terakhir lebih rendah dari prevalensi nasional diare berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan responden adalah 9,0%.⁴ Proporsi malnutrisi (BB/U dan TB/U) pada balita penderita penyakit diare lebih tinggi daripada balita tanpa penyakit diare ($p < 0,05$). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa penyakit diare pada balita merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan malnutrisi (BB/U). Diare masih me-

rupakan masalah kesehatan penting dan paling serius yang dialami oleh anak balita. Penyebab diare akut yang biasanya banyak terjadi pada anak usia di bawah 12 bulan antara lain akibat berat badan lahir rendah, kurang gizi, dan infeksi pernapasan. Meskipun mendapatkan makanan yang cukup, tetapi apabila sering terkena diare anak tersebut dapat mengalami kurang gizi dan penurunan imunitas, sehingga mudah terkena penyakit infeksi.

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) sering ditemukan pada tingkat yang ringan sampai berat. Penelitian ini menemukan bahwa sekitar 27% balita mengalami ISPA lebih tinggi daripada angka ISPA nasional (25,5%) dan lebih tinggi daripada angka kejadian diare dan penyakit campak.⁴ Proporsi malnutrisi (BB/U, TB/U, dan BB/TB) pada balita yang menderita penyakit ISPA lebih tinggi daripada balita tanpa penyakit ISPA ($p < 0,05$). Penelitian ini juga menemukan 1,10% balita menderita campak, sedangkan prevalensi nasional campak sekitar 1,18%.⁴ Proporsi malnutrisi (BB/U dan BB/TB) pada balita penderita penyakit campak lebih tinggi daripada balita tanpa penyakit campak ($p < 0,05$).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Pada penelitian ini, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dinilai berdasarkan kebiasaan mencuci tangan, ketersediaan sarana air minum (SAM), dan ketersediaan jamban. Status gizi ditentukan oleh kuantitas dan kualitas makanan yang dikonsumsi serta oleh faktor sanitasi lingkungan seperti air bersih dan PHBS.¹⁶ Proporsi malnutrisi (BB/U, TB/U, dan BB/TB) pada balita dengan sumber air minum yang tidak terlindungi lebih tinggi daripada balita yang memiliki sumber air minum terlindungi ($p < 0,05$). Sanitasi lingkungan dan kebersihan perorangan berperan penting pada kejadian penyakit seperti diare, ISPA, dan kecacangan. Upaya untuk menangani masalah malnutrisi dan diare dipersulit oleh kondisi pencemaran air dan pola sanitasi masyarakat yang masih sangat memperhatikan.

Kebiasaan ibu dan anak mencuci tangan menggunakan sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makan, setelah menceboki anak, dan setelah memegang hewan berhubungan kejadian diare pada balita.^{16,17} Proporsi ibu balita mencuci tangan sebelum makan (60,0%) lebih tinggi daripada angka nasional untuk perilaku cuci tangan yang benar (23,2%).⁴ Proporsi malnutrisi (BB/U, TB/U, dan BB/TB) pada balita lebih banyak ditemukan pada balita yang ibunya tidak mencuci tangan dengan baik ($p < 0,05$). Sekitar 49,5% responden telah memiliki jamban dan data yang lain menunjukkan bahwa sekitar 60,0% rumah tangga telah menggunakan jamban sendiri.⁴ Malnutrisi (BB/U, TB/U, dan BB/TB) lebih banyak ditemukan pada balita yang tidak memiliki jamban ($p < 0,05$). Ketersediaan jamban tampaknya merupakan variabel paling dominan yang

berhubungan dengan malnutrisi pada balita (TB/U).

Karakteristik Ibu Balita

Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor penting dalam tumbuh kembang anak. Pendidikan ibu berpengaruh terhadap pola asuh anak termasuk pemberian makan dan menjaga kesehatan anak. Ibu yang berpendidikan dapat menerima berbagai informasi dari luar, dan meningkatkan pemahaman dan pengetahuan termasuk tentang pola asuh anak. Pendidikan berhubungan dengan pengetahuan ibu terhadap cara penerapan pola asuh dan status gizi anak. Pengasuhan anak meliputi pemberian ASI, MP-ASI, stimulasi psikososial anak, dan pemberian dukungan untuk tumbuh. Pendidikan ibu berhubungan positif dengan mutu gizi keluarga.¹⁸

Masyarakat dengan rata-rata pendidikan rendah menunjukkan prevalensi kurang energi protein (KEP) yang tinggi. Sebagian anak yang bergizi buruk diasuh oleh nenek atau pengasuh yang juga miskin dan tidak berpendidikan.¹⁸ Proporsi malnutrisi pada balita (BB/U dan TB/U) lebih tinggi pada ibu balita dengan pendidikan rendah ($p < 0,05$). Tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu berpengaruh terhadap kejadian gizi buruk. Pada keluarga dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan rendah sering kali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi.

Hasil penelitian ini menarik karena terlihat bahwa proporsi malnutrisi (TB/U) pada balita dengan orang tua status perkawinan cerai lebih banyak dibandingkan balita dengan orang tua status kawin ($p < 0,05$). Salah satu faktor sosial yang dapat mempengaruhi status gizi balita adalah perceraian yang sering terjadi pada wanita dengan banyak anak serta suami sebagai pencari nafkah tunggal.¹⁹ Status cerai pada orangtua dapat menyebabkan asupan zat gizi anak berkurang. Perkawinan yang tidak harmonis dalam keluarga juga menyebabkan anak tidak mendapatkan kasih sayang dengan baik, kurang mendapat perhatian dari keluarganya, sehingga kebutuhan hidupnya termasuk status gizi anak kurang diperhatikan.

Sebanyak 56,90% responden memiliki jumlah anggota keluarga yang tergolong besar (> 4 orang). Jumlah anggota keluarga yang bertambah pada rumah tangga berpenghasilan rendah diikuti dengan distribusi makanan yang tidak merata, konsumsi pangan hewani yang menurun serta mengganti makanan pokok dengan harga yang lebih murah, sehingga asupan sumber energi karbohidrat, protein dan lemak juga akan berkurang.²⁰ Pada umumnya, balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anggota sebesar 7-8 orang menderita kurang gizi dan hal ini terjadi pada anak nomor empat ke atas. Hasil analisis menunjukkan bahwa proporsi malnutrisi (BB/U dan TB/U) pada balita lebih banyak terjadi pada rumah tangga yang mempunyai anggota keluarga besar (nilai

$p < 0,05$). Rumah tangga yang mempunyai anggota keluarga besar berisiko mengalami kelaparan 4 kali lebih besar dibandingkan rumah tangga dengan jumlah anggota sedikit serta berisiko malnutrisi 5 kali lebih besar.¹⁵ Hasil analisis menunjukkan bahwa sebanyak 81,20% ibu tidak pernah merokok. Kebiasaan merokok pada ibu sangat mempengaruhi status gizi balita karena kandungan zat berbahaya yang terdapat dalam rokok. Namun, hasil penelitian ini tidak terlihat hubungan antara kebiasaan merokok ibu dengan status gizi balita.

Pekerjaan adalah kegiatan yang dilakukan seseorang untuk tujuan mendapatkan/menghasilkan uang. Pendapatan keluarga berpengaruh terhadap daya beli, ketersediaan pangan, dan perilaku manusia dalam mengonsumsi pangan. Penghasilan keluarga masih dipengaruhi oleh pekerjaan ibu walaupun sumber penghasilan keluarga yang lebih dominan bersumber dari bapak atau lainnya. Pekerjaan bapak yang dikaitkan dengan penghasilan keluarga berhubungan dengan status gizi balita. Asupan gizi dipengaruhi oleh ketersediaan pangan ditingkat rumah tangga yang juga berhubungan erat dengan kemampuan keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 52,8% responden tergolong status sosial ekonomi miskin (kuantil 1 dan 2). Proporsi malnutrisi (BB/U dan TB/U) lebih banyak terjadi pada balita yang berasal dari keluarga miskin ($p < 0,05$). Tingkat kesejahteraan suatu rumah tangga diukur melalui besarnya pengeluaran yang dikeluarkan oleh rumah tangga. Semakin besar pengeluaran rumah tangga, terutama porsi pengeluaran untuk bukan makanan, maka tingkat kesejahteraan rumah tangga tersebut semakin baik. Pada umumnya, makin tinggi pendapatan keluarga, makin besar pengeluaran untuk makanan. Pada masyarakat berpenghasilan rendah akan terlihat bahwa sebagian besar pendapatannya (60-80%) digunakan untuk membeli makanan.²⁰

Kesimpulan

Prevalensi gizi kurang (Z-skor $< -2,0$) balita berdasarkan indikator BB/U adalah 19,6%, prevalensi pendek (Z-skor $< -2,0$) menurut TB/U adalah 38,2% dan kurus (Z-skor $< -2,0$) menurut BB/TB adalah 14,8%. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor risiko yang berhubungan paling dominan dengan status gizi balita (BB/U) adalah penyakit diare setelah dikontrol oleh sumber air minum, ketersediaan jamban, status sosial ekonomi, jumlah anggota keluarga, jenis kelamin, pemanfaatan pelayanan kesehatan, penyakit ISPA, pekerjaan ibu, dan lama pemberian ASI sampai 2 tahun. Sedangkan, variabel yang paling dominan berhubungan dengan malnutrisi menurut indikator TB/U adalah ketersediaan jamban setelah dikontrol oleh kebiasaan cuci tangan, status sosial ekonomi, sumber air minum, lama pemberian ASI sampai 2 tahun, penyakit diare, jumlah

anggota keluarga dan jenis kelamin. Faktor risiko yang paling dominan berhubungan dengan status gizi balita (BB/TB) adalah jenis kelamin setelah dikontrol oleh umur, sumber air minum, jarak, dan waktu menuju posyandu, poskesdes, dan polindes, variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan dan penyakit ISPA.

Saran

Dalam mengatasi masalah kurang gizi sebaiknya kebijakan bertitik tolak kepada perbaikan status pertumbuhan dan kesehatan balita dengan mengaitkan program gizi dengan program lainnya, seperti kesehatan lingkungan termasuk PHBS (penyediaan sarana air bersih dan jamban keluarga), program imunisasi dan program perbaikan sarana transportasi. Responden yang mengalami kesulitan menuju pelayanan kesehatan terdekat masih tinggi dengan alasan jauh, tidak ada alat transportasi, serta layanan tidak lengkap, maka unit pelayanan kesehatan perlu melakukan kegiatan 'jemput bola' ke daerah-daerah yang masih sulit terjangkau serta revitalisasi peran posyandu sebagai wadah yang membantu pemerintah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Gizi dalam angka. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2006.
2. Gibson RS. Principles of nutritional assessment. New York: Oxford University Press; 2005.
3. World Health Organization. WHO anthro 2005, beta version Feb 17th, 2006: software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO; 2006.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Riset kesehatan dasar. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2007.
5. Beau J, Garenne M, Diop B, Briend A. Diarrhea and nutritional status as risk factors of child mortality in a Dakar hospital. *J Tropical Pediatr.* 1987; 33: 4–9.
6. Martin-Prevel Y, Traissac P, Delpeuch F, Maire B. Decreased attendance at routine health activities mediates deterioration in nutritional status of young African children under worsening socioeconomic conditions. *Int J Epidemiol.* 2001; 30: 493–500.
7. Suparman, Muslimatun S, Abikusno N. Relationship between health-center performance and the nutritional status of children in Bandung District, West Java Province, Indonesia. *Food and Nutrition Bulletin.* 2001; 1: 39-44.
8. Lestari W. Menjaga kesehatan balita. Jakarta: Puspa Swara; 1995.
9. Zeitlin M. Pola asuh gizi. Widya Karya Pangan dan Gizi VII. Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia; 2001.
10. Roesli U. Mengenal ASI eksklusif. Seri 1. Jakarta: Trubus Agriwidya; 2000.
11. Vogel A, Hutchinson BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 1999; 88: 1320-6.
12. World Health Organization. The quantity and quality of breast milk. Report on the WHO Collaborative Study on Breast-feeding. Geneva, Switzerland: WHO; 1985.
13. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Ibu rumah tangga selalu memberikan air susu ibu (ASI). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat; 2003.
14. Dewey KG, Cohen RJ, Landa RL, Brown KH. Effects of age of introduction of complementary foods on iron status of breast-fed infants in Honduras. *Am J Clin Nutr.* 1998; 67: 878–84.
15. Studdert LJ, Frongillo EA, Jr., Valois P. Household food insecurity was prevalent in Java during Indonesia's economic crisis. *J Nutr.* 2001; 131: 2685–91.
16. Pelletier, DL, Frongillo E A, Schroeder DG, Habicht JP. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bull WHO.* 1995; 73: 443–8.
17. Brown KH. Diarrhea and malnutrition. *J Nutr.* 2003; 133: S328–32.
18. Semba RD, de Pee S, Sun K, Sari M, Akhter N, Bloem MW. Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study. *Lancet.* 2008; 371: 322–8.
19. Schultink W. Past trends in nutritional status of urban children in south-east asia, and present changes in Indonesia related to the socio-economic crisis. *Am J Clin Nutr.* 2000; 15 (1).
20. Torlesse H, Kiess L, Bloem MW. Association of household rice expenditure with child nutritional status indicates a role for macroeconomic food policy in combating malnutrition. *J Nutr.* 2003; 133: 1320–5.