

# FAKTOR PEMBEDA PREVALENSI GIZI KURANG DAN BURUK PADA BALITA DI DAERAH TIDAK MISKIN

Trintrin Tjukami, Sri Prihatini dan Hermina

Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik

## THE DIFFERENCE FACTORS OF UNDERWEIGHT PREVALENCE ON CHILDREN UNDERFIVES YEARS IN LOW POVERTY AREA

*Abstract. Background: Generally, the area with low-poverty has low-prevalence of underweight among children underfives. However, there are some districts with lowpoverty, but they have high prevalence of underweight among children underfives, that called as negative deviance.*

*Objectives: The aim of data analysis was to study the difference factors of prevalence of underweight among children underfives in the districts with low-poverty.*

*Method: Data of the Basic Health Research (Riskesdas) 2007 was used for the analysis. The sample is households that have child underfives in the district with low-poverty. The total number of samples are 1051 households. Variables were consisted of parents education level, occupation, environmental sanitation, infant morbidity, infant growth monitoring, maternal hygiene, access to health services and immunization. The statistically analysis was conducted with X2 statistical test.*

*Results: There was a significant difference on parents education level, occupation, the number of household members, economic status, distance to health services (hospitals, co-health-centers [PustuJ), household waste disposal channels, acute respiratory infection, mothers hygiene (hand washing habits), and the frequency of infants weighing with the prevalence of underweight among children underfives ( $p < 0.05$ ).*

*Conclusion: The factor that distinguishes the prevalence of underweight among children underfives are lack of education of the parents, occupation, the number of household members, household economic status, distance to health services (hospitals, health centers, physician practices), environmental sanitation, infants weighing frequency, mother's hand-washing habits, and respiratory disease in infants. In the low-prevalence areas, the factors have a better condition than the high prevalence area.*

*Keywords: negative deviance, better economic area underweight prevalence,*

### PENDAHULUAN

Istilah "Positive deviance" telah dipakai untuk menjelaskan suatu keadaan penyimpangan positif yang berkaitan dengan kesehatan, pertumbuhan dan

perkembangan anak-anak tertentu dengan anak-anak lain di dalam lingkungan masyarakat atau keluarga yang sama. Secara khusus pengertian positive deviance dapat dipakai untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan

atau status gizi baik dari anak-anak yang hidup di dalam keluarga miskin atau lingkungan miskin, dimana sebagian besar anak lainnya menderita gangguan pertumbuhan dan gizi kurang (1). Keadaan sebaliknya dapat diistilahkan "Negative Deviance" untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan atau status gizi kurang dan buruk dari anak-anak yang hidup di dalam keluarga tidak miskin atau lingkungan tidak miskin, dimana sebagian besar anak lainnya mempunyai status gizi baik.

Masalah masih tingginya prevalensi gizi kurang dan buruk pada balita di Indonesia suatu indikasi bahwa upaya penanggulangan gizi belum optimal. Saat ini dalam upaya penurunan prevalensi gizi kurang dan buruk pada balita, program pemerintah lebih diarahkan pada upaya penanggulangannya seperti pemberian makanan tambahan atau PMT bukan pada upaya pencegahannya. Padahal kejadian gizi kurang dan buruk tidak hanya dipengaruhi oleh keadaan konsumsi makanannya tetapi juga faktor lainnya seperti keadaan ekonomi, pendidikan, pola asuh, sanitasi lingkungan, morbiditas (penyakit infeksi), dan akses ke pelayanan kesehatan (2).

Martinez dan Tomkins, 1995 menyatakan bahwa diare dapat dengan cepat menimbulkan terjadinya kurang protein dan mikro nutrient lainnya (3). Hasil Analisis data pengunjung Klinik Gizi, Pus litbang Gizi, Bogor tahun 2001 - 2005, oleh Sri Mulyati, dkk, menunjukkan bahwa pada umumnya penyakit penyerta pada kasus gizi kurang dan buruk adalah diare dan Infeksi Saluran Pemasukan Atas (4). Sedangkan kejadian diare biasanya erat kaitannya dengan sanitasi lingkungan seperti sumber air bersih, adanya saluran pembuangan limbah rumah tangga dan jamban. Selain itu perilaku higienis ibu,

seperti kebiasaan ibu mencuci tangan sebelum memberi makan anak juga merupakan salah satu faktor penyebab timbulnya penyakit pada anak.

Hasil analisis data Riskesdas tahun 2007 di Propinsi Jawa Barat menunjukkan bahwa status gizi kurang dan buruk pada balita sebesar 15% (11,3% gizi kurang dan 3,7% gizi buruk) dan di provinsi Banten prevalensi gizi kurang dan buruk pada balita sebesar 16,6% (12,2% gizi kurang dan 4,4% gizi buruk) (5,6). Prevalensinya bervariasi antar kabupaten/kota. Menurut beberapa hasil survey, kejadian gizi kurang dan buruk erat kaitannya dengan kemiskinan. Asumsinya bila kabupaten/kota dengan tingkat kemiskinan rendah memiliki prevalensi gizi kurang dan buruk yang rendah juga. Namun ada beberapa kabupaten/kota dengan kemiskinan rendah tetapi memiliki prevalensi gizi kurang dan buruk tinggi.

Dalam analisis lanjut ini dipelajari faktor-faktor yang membedakan tinggi dan rendahnya prevalensi gizi kurang dan buruk di daerah dengan kemiskinan yang rendah.

Informasi yang dihasilkan dari analisis ini diharapkan dapat memberikan masukan pada pengelola program dalam penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk, khususnya untuk daerah dengan kemiskinan rendah.

## **TUJUAN**

Mencari faktor pembeda prevalensi gizi kurang dan buruk yang tinggi dan rendah di daerah tidak miskin.

## **CARA**

**Sampel dan variabel yang dianalisis** Data yang digunakan untuk analisis bersumber pada data Riset Kesehatan

Dasar tahun 2007. Populasi adalah seluruh sampel rumah tangga Riskesdas di Kota dan Kabupaten dengan tingkat kemiskinan rendah.

Untuk menilai status gizi anak digunakan indikator berdasarkan berat badan menurut umur (BBIU). Berat badan dan umur setiap balita dikonversikan kedalam bentuk nilai terstandar (Z score) dengan menggunakan baku antropometri balita WHO 2005. Balita termasuk Gizi Buruk (Z score < -3,0), Gizi Kurang (Z score >=-3,0 sid Z score < -2,0), Gizi Baik (Z score >=2,0 sid Z score < =2,0), Gizi Lebih (Z score >2,0). Hasil Riskesdas 2007 menginformasikan Prevalensi Nasional Gizi kurang dan Buruk adalah 18,4%. Suatu daerah termasuk daerah pevalensi gizi kurang dan buruk tinggi, bila prevalensinya diatas prevalensi Nasional (> 18,4%).

Menurut Biro Pusat Statik (BPS), suatu daerah termasuk daerah miskin bila persentase keluarga miskin >= 16,5% (7). Dipilih Kota/Kabupaten dengan tingkat kemiskinan yang rendah dan mempunyai prevalensi balita gizi kurang dan buruk tinggi, serta Kota/Kabupaten dengan tingkat kemiskinan yang rendah dan mempunyai prevalensi balita gizi kurang dan buruk rendah. Sampel adalah rumah tangga yang mempunyai balita di Kota Banjar dan Kabupaten Serang (prevalensi balita gizi kurang dan buruk tinggi), serta Kota

Bandung dan Kabupaten Tangerang (prevalensi balita gizi kurang dan buruk rendah). Lihat Tabel 1.

Variabel yang dianalisis adalah prevalensi status gizi sebagai variable terikat dan variabel bebas meliputi Sosio Demografi (pendidikan kepala keluarganya, pekerjaan keluarga dan istri, jumlah anggota rumah tangga), Status ekonomi rumah tangga (kuintil pengeluaran), Sanitasi lingkungan (saluran pembuangan limbah, tempat buang air besar), Perilaku Higienis (kebiasaan ibu cuci tangan), Akses ke pelayanan kesehatan, Morbiditas (infeksi saluran pernafasan atas, keadanan diare, campak), Kegiatan posyandu (penimbangan, imunisasi) dan prevalensi balita pendek.

**Tehnik Analisis**

Pada tahap awal analisis dilakukan verifikasi data apakah semua variabel yang diperlukan tersedia datanya. Selanjutnya dilakukan pengecekan terhadap sebaran data dari setiap variabel dengan cara membuat frekuensi distribusi masing masing.

**Pengolahan dan analisa data:**

Analisis deskriptif dilakukan secara univariat dan bivariat. Untuk mengetahui perbedaan antar faktor digunakan uji beda proporsi (khi kuadrat).

**Tabel 1. Jumlah Keluarga Miskin dan Prevalensi Balita Gizi Kurang dan Buruk di Wilayah penelltian.**

Provinsi	KotalKabupaten	Prevalensi Balita	
		Jumlah Keluarga Miskin	Gizi Kurang dan Buruk
Jawa Barat	Kota Banjar	4,24%	19,3 % (prevalensi tinggi)
	Kota Bandung	3,68%	11,2 % (prevalensi rendah)
Banten	Kabupaten Serang	9,47%	25,2 % (prevalensi tinggi)
	Kabupaten Tangerang	7,18%	13,6 % (prevalensi rendah)

Tabel 2. Distribusi Rumahtangga menurut Pengeluaran per kapita per bulan dan Kabupaten/Kota

Kabupaten/Kota	Sampel (n)	Kuintil Pengeluaran	
		Kuintil 1,2 (miskin) (%)	Kuintil 3,4,5 (tidak miskin) (%)
Kab. Tangerang	270	42,2	57,8
Kab Serang	319	55,8	44,2
Kota Bandung	241	56,0	44,0
Kota Banjar	221	52,5	47,5
Total	1051	51,7	48,3

Tabel 3. Distribusi Sampel Menurut Prevalensi Status Gizi dan Status Gizi Balita (BBIU)

Status gizi BBIU	Sampel (n)	Prevalensi Gizi Kurang dan Buruk	
		Tinggi (%)	Rendah (%)
Gizi buruk	47	6,0	3,1
Gizi kurang	135	16,7	9,4
Gizi baik	812	75,9	83,
Gizi lebih	26	1,3	6
Total	1020	100,0	3,9 100,0

## HASIL

### A. STATUS EKONOMI RUMAH TANGGA

Pemilihan sampel kabupaten/kota dilakukan berdasarkan persentase keluarga miskin di daerah tersebut < 16,5% (BPS). Untuk keperluan analisis ini, hanya diambil rumahtangga yang punya balita yaitu diperoleh sebanyak 1051 rumahtangga di 4 kabupaten/kota. Bila dikelompokkan menurut kuintil pengeluaran per kapita per bulan ternyata 51,7% termasuk dalam kuintil 1 dan 2 atau tergolong miskin dan proporsinya di 4 kabupaten/kota tersebut terlihat lebih banyak rumahtangga miskinnya dibanding rumahtangga tidak miskin, kecuali di kabupaten Tangerang. (Tabel2).

Di dalam analisis data selanjutnya, jumlah sampel yang dianalisis berbedabeda tergantung dari kelengkapan data yang tersedia.

### B. STATUS GIZI BALITA

#### 1. Status Gizi Balita Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Di daerah prevalensi gizi buruk dan kurang yang tinggi terlihat balita gizi buruk sebesar 6,0%, dan balita gizi kurang sebesar 16,7%. Sedangkan dari daerah prevalensi gizi buruk dan kurang rendah ternyata balita gizi buruk sebesar 3,1%, dan gizi kurang sebesar 9,4%. (Tabel 3).

#### 2. Karakteristik BaHta

Distribusi sampel menurut prevalensi status gizi dan karakteristik balita disajikan pada Tabel 4. Jumlah seluruh sampel balita di 4 kabupaten/kota yang dianalisis adalah sebanyak 1051 anak, terdiri dari 527 laki-laki (50,1 %) dan 524 anak perempuan (49,9%). Bila dilihat menurut kelompok umur, perbandingan antar kelompok umur di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah terlihat seimbang.

Tabel 4. Distribusi Sampel Menurut Prevalensi Status Gizi dan Karakteristik Balita

Karakteristik Sampel Balita	Sampel (n)	Prevalensi Gizi Kurang dan Buruk	
		Tinggi (%)	Rendah (%)
Kelompok Umur (bulan)			
0-5	91	8,3	9,0
6-11	111	9,3	11,9
12-23	220	20,6	21,3
24-35	198	18,3	19,4
36-47	228	24,4	18,8
48-60	203	19,1	19,6
Jenis Kelamin			
Laki-laki	526	49,1	51,1
Perempuan	525	50,9	48,9

### C. ANALISIS BIVARIATE FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PREVALENSI STATUS GIZI BALITA

Hubungan prevalensi status gizi dengan karakteristik rumah tangga disajikan dalam Tabel 5. Ditemukan bahwa pendidikan kepala keluarga, pendidikan ibu, pekerjaan kepala keluarga, jumlah anggota rumah tangga dan status ekonomi rumah tangga merupakan faktor pembeda ( $p < 0,05$ ) antara daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah. Tetapi pekerjaan istri ternyata tidak berhubungan secara signifikan dengan prevalensi gizi buruk dan kurang, karena sebagian besar istri-istri di kedua daerah tersebut tidak bekerja ( $p > 0,05$ ).

Ditemukan bahwa proporsi rumah tangga berjarak = 1 Km ke tempat pelayanan kesehatan A seperti rumah sakit, puskesmas, puskesmas atau dokter praktek terlihat lebih tinggi di daerah prevalensi tinggi (70,8%) dibandingkan prevalensi rendah (44,1%) dan berhubungan secara signifikan ( $p < 0,05$ ). Namun jarak ke tempat pelayanan kesehatan B seperti posyandu, polindes dan poskesdes tidak berhubungan signifikan dengan prevalensi gizi buruk dan kurang ( $p > 0,05$ ). (Tabel 6).

Hasil analisis bivariate hubungan prevalensi gizi buruk dan kurang dengan kegiatan posyandu disajikan dalam Tabel 7. Ditemukan hubungan signifikan pada frekuensi penimbangan balita 6 bulan terakhir yaitu proporsi balita yang menimbang  $\leq 3$  kali di daerah prevalensi tinggi terlihat lebih tinggi dari daerah prevalensi rendah. ( $p < 0,05$ ). Selanjutnya tidak terlihat adanya hubungan signifikan pada status imunisasi balita. walaupun proporsi balita yang tidak lengkap imunisasinya cenderung lebih tinggi di daerah prevalensi tinggi ( $p > 0,05$ ).

Hubungan prevalensi gizi buruk dan kurang dengan kesehatan lingkungan disajikan dalam Tabel 8. Ditemukan hubungan yang signifikan antara adanya saluran pembuangan air limbah dan ketersediaan jamban keluarga dengan prevalensi gizi buruk dan kurang ( $p < 0,05$ ). Di daerah prevalensi tinggi, rumah tangga yang memiliki saluran pembuangan limbah lebih rendah (77,4%) dari daerah prevalensi rendah (94,6%). Kemudian, di daerah prevalensi tinggi, proporsi rumah tangga yang memiliki jamban sebagai tempat BAB lebih rendah (60,1%) dari daerah prevalensi rendah (87,5%).

**Tabel5 . Hubungan Prevalensi Status Gizi dengan Karakteristik Rumahtangga**

Karakteristik Rumahtangga	Sampel	Prevalensi Gizi Kurang dan Buruk		HasH Uji Chi-square (p)
		Tinggi	Rendah	
<b>Pendidikan KK</b>				<b>0,000</b>
Tidak sekolah dan SD	471	63,2	34,9	
SLTP, SLTA,PT	470	36,8	65,1	
<b>Pendidikan Ibu</b>				<b>0,000</b>
Tidak sekolah dan SD	333	59,5	34,9	
SLTP, SLTA,PT	365	40,5	65,1	
<b>Pekerjaan KK</b>				<b>0,000</b>
Tdk kerja, buruh,petani,nelayan	457	55,8	40,4	
TNIIPNS/POLRI, swasta,dagang/j asa/wiraswsta	483	44,2	59,6	
<b>Pekerjaan Istri</b>				<b>0,112</b>
Tdk kerja, buruh,petani,nelayan	589	82,6	86,3	
TNIIPNS/POLRI, swasta,dagang/j asa/wiraswsta	109	17,4	13,7	
<b>JumiahART</b>				<b>0,000</b>
>= 5 orang	527	56,1	43,8	
< 5 orang	524	43,9	56,2	
<b>Status ekonomi</b>				<b>0,037</b>
Kuintill,2 (miskin)	543	54,4	48,7	
Kuintil 3,4,5 (tidak miskin)	508	45,6	51,3	

**Tabel 6. Hubungan Prevalensi Status Gizi dengan Akses ke Pelayanan Kesehatan**

Akses Pelayanan Kesehatan	Sampel	Prevalensi Gizi Kurang dan Buruk		HasH Uji Chi-square (p)
		Tinggi	Rendah	
Jarak ke Pelayanan Kesehatan (rumah sakit, Puskesmas, Dokter Praktek)				
>= 1 Km	496	70,8	44,1	<b>0,000</b>
<1 Km	358	29,2	55,9	
Jarak ke Pelayanan Kesehatan (Posyandu, Polindes, Poskesdes) >=				
1 Km	260	30,7	31,4	<b>0,440</b>
<1 Km	577	69,3	68,6	

Hubungan prevalensi gizi buruk dan kurang dengan perilaku higienis ibu disajikan dalam Tabel 9. Ditemukan hubungan yang signifikan antara kebiasaan ibu mencuci tangan saat sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan dan sesudah BAB dengan prevalensi gizi buruk

dan kurang. ( $p < 0,05$ ). Proporsi rumahtangga yang ibunya tidak biasa mencuci tangan baik saat sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan maupun setelah BAB di daerah prevalensi tinggi terlihat lebih tinggi dari daerah prevalensi rendah.

Tabel 7. Hubungan Prevalensi Status Gizi dengan Kegiatan Posyandu

Kegiatan Posyandu	Sampel (n)	Prevalensi Gizi Kurang dan Buruk		HasH Uji Chi-square (p)
		Tinggi	Rendah	
Frek, Penimbangan 6 bin terakhir				0,000
<= 3 kali	453	55,8	41,5	
> 3 kali	469	44,2	58,5	
Imunisasi				0,055
Tidak lengkap ITidak sarna sekali	478	60,4	54,7	
Lengkapl	350	39,6	45,3	

Tabel 8. Hubungan Prevalensi Status Gizi dengan Kesehatan Lingkungan

Kesehatan Lingkungan	Sampel	Prevalensi Gizi Kurang dan Buruk		HasH Uji Chi-square (p)
		Tinggi	Rendah	
Saluran pembuangan air limbah				0,000
Tidak ada saluran	149	22,6	5,4	
Ada saluran	887	77,4	94,6	
TempatBAB				0,000
Tidak adajarnban	187	39,9	12,5	
Ada Jarnban	511	60,1	87,5	

Tabel9. Hubungan Prevalensi Status Gizi dengan Perilaku Higienis Ibu

Perilaku Higienis Ibu	Sampel	Prevalensi Gizi Kurang dan Buruk		HasH Uji Chi-square (p)
		Tinggi	Rendah	
Sebelum makan				0,000
Ya	559	74,1	86,6	
Tidak	139	25,9	13,4	
Sebelum menyiapkan makanan				0,000
Ya	323	37,2	56,1	
Tidak	375	62,8	43,9	
Sesudah buang air besar				0,010
Ya	593	81,8	88,4	
Tidak	105	18,2	11,6	

Hubungan prevalensi gizi buruk dan kurang dengan kejadian morbiditas balita disajikan pada Tabel 10. Ditemukan hubungan yang signifikan antara kejadian penyakit ISP A pada balita dengan prevalensi gizi buruk dan kurang ( $p < 0,05$ ).

Proporsi balita yang didiagnosis ISP A di daerah prevalensi tinggi lebih tinggi (15,7% ) dibandingkan dengan prevalensi rendah (8,8%). Sedangkan kejadian Diare dan C amp ak tidak terlihat adanya hubungan yang signifikan ( $p > 0,05$ ).

Tabell0. Hubungan Prevalensi Status Gizi dengan Morbiditas Balita

Morbiditas Balita	Sampel	Prevalensi Gizi Kurang dan Buruk		HasH Uji Chi-square (p)
		Tinggi	Rendah	
Dim 1 bin yl pernah ISP A				0,000
Ya	130	15,7	8,8	
Tidak	921	84,3	91,2	
Dim 1 bin yl pernah DIARE				0,061
Ya	85	9,4	6,7	
Tidak	966	90,6	93,3	
Dim 12 bin yl pernah Campak				0,311
Ya	47	4,1	4,9	
Tidak	1004	95,9	95,1	

Tabell11. Hubungan Prevalensi Status Gizi Buruk dan Kurang dengan Prevalensi Balita Pendek dan Sangat Pendek

Status Gizi Balita (TBIU)	Sampel	Prevalensi Gizi Kurang dan Buruk		HasH Uji Chi-square (p)
		Tinggi	Rendah	
Pendek dan sangat pendek	38	42,0	37,4	0,085
Normal	2576	58,0	62,6	

Hubungan prevalensi gizi buruk dan kurang dengan prevalensi balita pendek dan sangat pendek disajikan pada Tabel 11. Tidak ada hubungan yang signifikan antara prevalensi gizi buruk dan kurang dengan prevalensi balita pendek. ( $p>0.05$ ), walaupun proporsi balita pendek dan sangat pendek terlihat lebih tinggi di daerah prevalensi tinggi dibandingkan prevalensi rendah

PEMBAHASAN

Kabupaten dan kota yang dipilih dalam analisis ini adalah daerah dengan kemiskinan rendah yaitu <16,5% (menurut BPS). Namun bila dilihat status ekonomi rumahtangga sampel berdasarkan kuintil pengeluaran per kapita perbulan, pada Tabel 2, sekitar 40-50% rumahtangga termasuk pada kuintil pengeluaran 1 dan 2 atau miskin. Hal tersebut kemungkinan

karena rumahtangga yang punya balita umumnya adalah keluarga muda yang belum mapan secara ekonomi. Dari analisis ini (Tabel 5.) ditemukan bahwa faktor karakteristik rumahtangga seperti pendidikan kepala keluarga dan istri, pekerjaan kepala keluarga, jumlah anggota rumahtangga dan status ekonomi, merupakan faktor yang membedakan prevalensi status gizi kurang dan buruk di 4 kabupaten/kota yang dianalisis. Pendidikan kepala keluarga dan istri di daerah prevalensi tinggi lebih rendah dibandingkan daerah prevalensi rendah. Sebagian besar KK dan istri di daerah prevalensi tinggi hanya tamat SD/tidak tamat SD/tidak sekolah, sedangkan di daerah prevalensi rendah sebagian besar berpendidikan SL TP keatas hingga perguruan tinggi. Di daerah prevalensi tinggi proporsi rumahtangga miskin lebih tinggi dari daerah prevalensi rendah dan berbeda secara signifikan.

Hal ini ada hubungannya dengan jenis pekerjaan KK, di mana di daerah prevalensi tinggi, lebih dari 50% kepala keluarga berpenghasilan tidak tetap seperti buruh, petani, nelayan, atau tidak bekerja. Pekerjaan istri berhubungan tidak signifikan dengan prevalensi status gizi, karena di kedua daerah sebagian besar istri samasarna tidak bekerja.

Selain itu juga jumlah anggota rumahtangga akan berpengaruh pada distribusi makanan dalam rumahtangga, terutama pada rumahtangga keluarga miskin. Di daerah prevalensi tinggi, rumahtangga dengan jumlah ART  $\geq 5$  orang terlihat lebih tinggi dari di daerah prevalensi rendah dan berbeda signifikan.

Faktor jarak ke tempat pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, puskesmas, dokter praktek) berhubungan signifikan dengan prevalensi gizi buruk dan kurang (Tabel 6). Di daerah prevalensi tinggi, rumahtangga yang berjarak  $\geq 1$  Km ke pelayanan kesehatan tersebut lebih tinggi dari daerah prevalensi rendah. Jarak ke tempat pelayanan kesehatan  $> 1$  km, selain memerlukan waktu tempuh lebih lama juga akan memerlukan biaya untuk transportasi, sehingga bagi rumahtangga miskin, pengeluaran untuk berobat ke tempat pelayanan kesehatan kemungkinan menjadi tidak mendapat prioritas.

Posyandu adalah tempat pelayanan kesehatan terdekat yang dapat dijangkau oleh sebagian besar sampel rumahtangga baik di daerah prevalensi tinggi maupun rendah. Namun demikian hanya sekitar 60,70% rumahtangga sampel yang datang ke posyandu dalam 3 bulan terakhir. Rutinitas ibu menimbang anak berguna untuk memantau pertumbuhan balita sehingga dapat mencegah menurunnya keadaan gizi anak. Ternyata di daerah prevalensi tinggi balita yang tidak rutin menimbang dalam 6 bulan terakhir terlihat lebih tinggi dari

daerah prevalensi rendah dan berbeda signifikan (Tabel 7).

Ada hubungan yang signifikan antara kesehatan lingkungan dengan prevalensi gizi buruk dan kurang (Tabel 8.). Di daerah prevalensi tinggi keadaan kesehatan lingkungannya lebih jelek dari di daerah prevalensi rendah. Di daerah prevalensi tinggi lebih banyak rumah tangga yang tidak mempunyai saluran pembuangan air limbah dan tidak mempunyai jamban, sehingga memudahkan terjadinya penularan penyakit infeksi dari lingkungan yang dapat menurunkan status gizi balita.

Kebiasaan ibu mencuci tangan terutama sebelum menyiapkan makanan untuk balita berhubungan signifikan dengan prevalensi status gizi kurang dan buruk. Di daerah prevalensi tinggi lebih banyak ibu yang tidak mempunyai kebiasaan mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan. Balita yang ibunya biasa mencuci tangan kemungkinan sakit lebih kecil sehingga keadaan gizinya dapat lebih baik. Kebiasaan ibu mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan merupakan faktor pembeda tinggi dan rendahnya prevalensi gizi kurang dan buruk (Tabel 9).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kejadian diare pada balita berpengaruh pada status gizi anak (3,8). Hasil analisis terhadap balita yang menderita Diare pada 1 bulan terakhir (Tabel 10), tidak mempunyai hubungan yang signifikan. Hal ini kemungkinan secara keseluruhan kejadian diare 1 bulan yang lalu terlihat cukup rendah (10%). Kejadian ISP A 1 bulan lalu mempunyai hubungan yang signifikan (Tabel 10) Di daerah prevalensi tinggi, proporsi balita yang menderita ISP A lebih banyak dari di daerah prevalensi rendah. Sedangkan kejadian campak 12 bulan yang lalu tidak menunjukkan hubungan yang signifikan di

kedua daerah. Hal ini juga kemungkinan karena kejadian campak 12 bulan yang lalu di kedua daerah tersebut sangat kecil «5%) seperti halnya kejadian diare.

## KESIMPULAN

Faktor yang membedakan prevalensi gizi kurang dan buruk di daerah dengan tingkat kemiskinan rendah, yang merupakan "negative deviance" adalah pendidikan kepala keluarga dan istri, pekerjaan kepala keluarga, jumlah anggota rumahtangga, status ekonomi rumahtangga, jarak ke pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dokter praktek), kesehatan lingkungan, frekuensi penimbangan balita, kebiasaan ibu mencuci tangan dan penyakit **ISP A** pada balita. Di daerah prevalensi rendah, keadaan faktor pembeda tersebut di atas lebih baik dibandingkan dengan daerah prevalensi tinggi.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada DR Abas Basuni Jahari, MSc yang telah bersedia memberi pengarahan serta koreksi dalam analisis hingga pembuatan laporan. Kepada DR Djoko Kartono MSc sebagai peer reviewer yang telah mengoreksi dan memberi masukan dalam perbaikan protokol

analisis hingga perbaikan laporan. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Tim Teknis Ilmiah yang telah memberikan masukan untuk penyempurnaan laporan.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Zeitlin M, Ghassemi H, and Mansour M. Positive deviance in child nutrition. Tokyo, Japan: United Nation University Press 1990.
2. UNICEF. Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries, New York : UNICEF, 1990
3. Martinez, H.and Tomkins, A.M. Nutritional management of Diarrhoea, Food and Nutritional Bulletin 1995. 16: 349 -355
4. Sri Mulyati, Sihadi, Salimar, Amelia dan Rika Rahmawati. Pencapaian Pertumbuhan pada Balita Gizi Buruk selama mengikuti pemulihan di Klinik Gizi, Bogor. Penelitian Gizi dan Makanan Vo1.29. No. 1. Tahun 2006.
5. Badan Litbang Kesehatan . Laporan Riskesdas Provinsi Jawa barat 2008. Jakarta; Badan Litbang Kesehatan, 2008
6. Badan Litbang Kesehatan . Laporan Riskesdas Provinsi Banten tahun 2008. Jakarta; Badan Litbang Kesehatan, 2008
7. Biro Pusat Statistik. Indikator Kesejahteraan Rakyat. Jakarta. Indonesia 2008.
8. Sri Mulyati, Sandjaja dan Tjandrarini D.H. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan kejadian underweight pada Anak 24-59 bulan di NAD. Buletin Penelitian Gizi dan Makanan tahun2008. Volume 31. No 1.: 21-35.