

BEBERAPA FAKTOR RISIKO GIZI KURANG DAN GIZI BURUK PADA BALITA 12 - 59 BULAN

Dedi Alamsyah, Maria Mexitalia, Ani Margawati

Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Pontianak, Jl. A. Yani No. 111
e-mail : alamsyahdedi89@yahoo.co.id

Abstract : Several Risk Factors Of Moderate And Severe Malnutrition In Children Under Five Years Old Aged 12-59 Months. The type of research was observational using case control study and the qualitative study through in-depth interview (mixed method). The research location was in Pontianak City. The number of samples was 80 people consisting of 40 people from case and 40 people from control. Assessment of nutritional using anthropometry measurement based on weight for height. Height measurement using microtoise and measure weighting scale. Result show that the multivariate analysis found two variables significantly associated unwith the prevalence of moderate and severe malnutrition in children under five years old aged 12-59 months, i.e.: poor of attitude toward food (OR = 6.980, p = 0.002, 95% CI = 1.998-24.385) and poor environmental health (OR = 5.033, p = 0.012, 95% CI = 1.432-17.683).

Keywords: risk factors, moderate and severe malnutrition, children, pontianak

Abstrak : Beberapa Faktor Risiko Gizi Kurang Dan Gizi Buruk Pada Balita 12-59 Bulan. Tujuan penelitian yaitu untuk membuktikan faktor risiko *agent, host* dan *environment* yang berpengaruh terhadap kejadian gizi kurang dan gizi buruk pada balita di kota Pontianak. Penelitian ini bersifat observasional dengan pendekatan *case control*. Lokasi penelitian dilaksanakan di Kota Pontianak. Jumlah sampel sebanyak 80 orang, yang terdiri dari kasus sebanyak 40 orang dan kontrol sebanyak 40 orang. Penilaian status gizi menggunakan pengukuran antropometri berdasarkan berat badan per tinggi badan (BB/TB). Pengukuran tinggi badan menggunakan *microtoise* dan mengukur berat badan menggunakan timbangan balita. Berdasarkan hasil analisa multivariat menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan yaitu sikap ibu terhadap makanan buruk (OR : 6,98 p = 0,002 95 % CI 1,99-24,38) dan kesehatan lingkungan buruk (OR : 5,03 p = 0,012 95 % CI 1,43-17,68) dengan kejadian gizi kurang dan gizi buruk pada anak balita.

Kata kunci : faktor risiko, gizi kurang, gizi buruk, balita, pontianak

Gizi kurang dan gizi buruk merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi, atau nutrisinya dibawah rata-rata. Gizi kurang adalah kekurangan bahan-bahan nutrisi seperti protein, karbohidrat, lemak, dan vitamin yang dibutuhkan oleh tubuh (Krisnansari, 2010).

Cara menilai status gizi dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri, klinik, biokimia dan biofisik. Pengukuran antropometri dapat dilakukan dengan beberapa macam pengukuran yaitu pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, dan sebagainya.

Dari beberapa pengukuran tersebut, pengukuran Berat Badan (BB) sesuai Tinggi Badan (TB) merupakan salah satu pengukuran antropometri yang baik dengan mengadopsi acuan *Harvard* dan *World Health Organization-National Center For Health Statistics* (Yetty Nancy, *et al.*, 2005).

Gizi buruk biasanya terjadi pada anak balita dibawah usia 5 (lima) tahun. Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Anak balita usia 12-59 bulan merupakan kelompok umur yang rawan terhadap gangguan kesehatan dan gizi. Pada usia ini kebutuhan mereka meningkat, sedangkan mereka tidak bisa meminta dan mencari makan sendiri dan seringkali pada usia ini tidak lagi diperhatikan dan pengurusannya diserahkan kepada orang lain sehingga risiko gizi buruk akan semakin besar. Anak yang gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga anak rentan terhadap penyakit infeksi (Arisman, 2008).

Gizi kurang dan gizi buruk secara patofisiologi pada anak balita (12-59 bulan) adalah mengalami kekurangan energi protein, anemia gizi besi, gangguan akibat kekurangan iodium (GAKI) dan kurang

vitamin A. Kekurangan sumber dari empat diatas pada anak balita dapat menghambat pertumbuhan, mengurangi daya tahan tubuh sehingga rentan terhadap penyakit infeksi, mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan, penurunan kemampuan fisik, gangguan pertumbuhan jasmani dan mental, *stunting*, kebutaan serta kematian pada anak balita (Rahma Faiza, 2007).

Di Kota Pontianak program perbaikan gizi buruk sudah dilaksanakan, tetapi prevalensi kasus gizi buruk dari tahun 2011, tahun 2012 sampai tahun 2013 mengalami peningkatan. Tahun 2011 diketahui terdapat sebanyak 41 kasus, tahun 2012 sebanyak 52 kasus dan tahun 2013 sebanyak 53 kasus (Dinkes Kota Pontianak, 2013).

METODE

Penelitian ini bersifat observasional dengan menggunakan kajian kuantitatif dan ditunjang dengan pendekatan kualitatif melalui *indepth interview*. Kajian kuantitatif dengan desain *case control study* dipilih karena sesuai dengan tujuan penelitian untuk mempelajari berbagai faktor risiko yang berpengaruh terhadap efek dengan cara membandingkan kelompok kasus dengan kelompok kontrol dan dapat digunakan untuk mencari hubungan seberapa jauh faktor risiko yang mempengaruhi efek (Beaglehole., *et al*, 1993). Kelompok kasus adalah ibu yang mempunyai balita gizi kurang (<-2 SD) dan gizi buruk (<-3 SD) menurut indikator BB/TB yang mengalami gejala klinis dan telah didiagnosa oleh dokter, dicatat oleh puskesmas dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota Pontianak. Sedangkan kelompok kontrol adalah ibu yang mempunyai balita 12-59 bulan yang tercatat dengan kriteria gizi baik (-2 SD s/d 2 SD) berdasarkan indikator BB/ TB.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tidak diberikan ASI eksklusif, asupan energi dan protein <80 % AKG, frekuensi ISPA sering (≥ 3 kali dalam 2 bulan), frekuensi diare sering (≥ 3 kali dalam 2 bulan), pendidikan ibu rendah, jumlah anak >2 , Pendapatan keluarga rendah, akses pemanfaatan pelayanan kesehatan jarang, sanitasi lingkungan buruk, frekuensi menonton TV kurang baik dan sikap ibu terhadap makanan yang buruk. Analisis data dilakukan secara univariat untuk melihat deskripsi variabel penelitian, analisis bivariat dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square* dengan tabel kontingensi 2×2 , dan analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik.

HASIL

Analisis Bivariat dimaksudkan untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas dengan variabel terikat secara sendiri-sendiri. Uji statistik *Chi Square* digunakan untuk menganalisis semua variabel yang diteliti. Pada tabel 1 dibawah ini, diketahui bahwa ada 5 (lima) variabel yang berhubungan dengan kejadian gizi kurang dan gizi buruk pada balita 12-59 bulan yaitu pendidikan ibu rendah (OR=7,07 P=0,001), jumlah anak >2 dalam keluarga (OR=2,91 P=0,040), pendapatan keluarga rendah (OR=4,20 P=0,020), sanitasi lingkungan buruk (OR=4,33 P=0,004) dan sikap ibu terhadap makanan buruk (OR=5,76 P=0,001). Sedangkan variabel yang tidak berhubungan yaitu tidak diberikan ASI eksklusif, asupan energi kurang dan asupan protein kurang, frekuensi ISPA ≥ 3 kali dalam dua bulan terakhir, frekuensi diare ≥ 3 kali dalam dua bulan terakhir, manfaat akses pelayanan kesehatan jarang dan frekuensi menonton televisi >2 jam sehari.

Tabel 1.
Rangkuman Analisa Bivariat Faktor Risiko
Gizi Kurang dan Gizi Buruk pada Balita Tahun 2014

Variabel	Nilai P	OR	95 % CI
Pendidikan ibu (rendah)	0,001	7,07	2,065-16,079
Sikap ibu terhadap makanan (buruk)	0,001	5,76	2,519-19,850
Sanitasi lingkungan (buruk)	0,004	4,33	1,696-11,069
Pendapatan keluarga (rendah)	0,020	4,20	1,350-13,065
Jumlah anak (besar)	0,040	2,91	1,149- 7,393
Frekuensi ISPA (sering)	0,479	2,18	0,504- 9,391
Manfaat akses pelayanan kesehatan (jarang)	0,261	1,84	0,755- 4,493
Asupan protein (-)	0,567	1,65	0,525 - 5,154
Frekuensi menonton tv (+)	0,796	1,31	0,473 - 3,609
Asupan energi (-)	1,000	1,18	0,383 - 3,630
Frekuensi diare (sering)	1,000	0,81	0,226 - 2,903
ASI eksklusif (-)	0,118	0,44	0,182 - 1,087

Hasil analisis multivariat digunakan untuk mengetahui besar pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat, dengan menggunakan uji statistik *Logistic Regression* yang dalam analisis bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$. Untuk memperoleh model persamaan yang sesuai dan mendapatkan nilai OR yang telah disesuaikan. Variabel bebas yang mempunyai hubungan ($p < 0,05$) dari uji bivariat, adalah sebagai berikut : 1). Pendidikan ibu rendah (OR=7,07 P=0,001) 2). jumlah anak > 2 dalam keluarga (OR=2,91 P=0,040) 3). pendapatan keluarga rendah (OR=4,20 P=0,020) 4). sanitasi lingkungan buruk (OR=4,33 P=0,004 dan 5). sikap ibu terhadap makanan buruk (OR=5,76 P=0,001).

norma-norma sosial yakni sendi-sendi masyarakat yang berisi sanksi dan hukuman-hukumannya yang dijatuhkan kepada golongan bilamana yang dianggap baik untuk menjaga kebutuhan dan keselamatan masyarakat itu dilanggar. Norma-norma itu mengenai kebiasaan hidup, adat istiadat, atau tradisi-tradisi hidup yang dipakai secara turun temurun (Yudi H, 2007).

Kebiasaan makanan adalah konsumsi pangan (kuantitas dan kualitas), kesukaan makanan tertentu, kepercayaan, pantangan, atau sikap terhadap makanan tertentu. Kebiasaan makan ada yang baik atau dapat menunjang terpenuhinya kecukupan gizi dan ada yang buruk (dapat menghambat terpenuhinya kecukupan gizi), seperti adanya pantangan, atau tabu

Tabel 2.
Model Akhir Analisis Regresi Logistik Faktor Risiko Gizi Kurang dan Gizi Buruk Pada Anak Balita

Variabel	Nilai B	Nilai P	OR	95 % CI
Sikap Ibu Terhadap Makanan buruk	1,943	0,002	6,98	1,998-24,385
Kesehatan Lingkungan buruk	1,616	0,012	5,03	1,432-17,683
Constant	-2,820			

Dari hasil perhitungan dan dianalisa dengan menggunakan uji *Logistic Regression* variabel yang berpengaruh terhadap gizi kurang dan gizi buruk pada anak balita 12-59 bulan dengan batas kemaknaan $p \leq 0,25$ yaitu sikap ibu terhadap makanan yang buruk (OR=6,98 P=0,002) dan sanitasi lingkungan buruk (OR=5,03 P=0,012). Untuk memprediksi balita 12-59 bulan yang menderita gizi kurang dan gizi buruk menggunakan rumus persamaan regresi logistik. Probabilitas risiko balita untuk menderita gizi kurang dan gizi buruk tersebut apabila memiliki sikap ibu terhadap makanan yang buruk dan kesehatan lingkungan yang buruk maka akan mengalami gizi kurang dan gizi buruk dengan probabilitas sebesar 67,7 %.

PEMBAHASAN

Sikap Ibu Terhadap Makanan

Faktor risiko yang terbukti berpengaruh terhadap kejadian gizi kurang dan gizi buruk adalah sikap ibu terhadap makanan yang buruk dengan OR 6,98, artinya ibu yang mempunyai balita 12-59 bulan mempunyai risiko menderita gizi kurang dan gizi buruk sebesar 6,98 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang mempunyai balita gizi baik.

Kejadian gizi kurang dan gizi buruk berkaitan dengan sikap ibu terhadap makanan. Sikap terhadap makanan berarti juga berkaitan dengan kebiasaan makan, kebudayaan masyarakat, kepercayaan dan pemilihan makanan. Budaya adalah daya dari budi yang berupa cipta, karya dan karsa. Budaya berisi

yang berlawanan dengan konsep-konsep gizi. Masalah yang dapat menyebabkan kekurangan gizi adalah tidak cukup pengetahuan gizi dan kurangnya pengertian tentang kebiasaan makan yang baik. Kebiasaan makan dalam rumah tangga penting untuk diperhatikan, karena kebiasaan makanan mempengaruhi pemilihan dan penggunaan pangan, selanjutnya mempengaruhi tinggi rendahnya mutu makanan rumah tangga (Ali Khosman *et al.*, 2006).

Persoalan gizi kurang dan gizi buruk pada balita dapat disebabkan sikap atau perilaku ibu yang menjadi faktor dalam pemilihan makanan yang tidak benar. Pemilihan bahan makanan, tersedianya jumlah makanan yang cukup dan keanekaragaman makanan ini dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan ibu tentang makanan dan gizinya. Ketidaktahuan ibu dapat menyebabkan kesalahan pemilihan makanan terutama untuk anak balita, sehingga zat-zat gizi dalam kualitas dan kuantitas tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (Julita N, 2011).

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian sebelumnya, bahwa sikap ibu yang buruk terhadap makanan mempunyai 5 kali lebih besar menderita gizi buruk dibandingkan dengan ibu yang mempunyai sikap terhadap makanan yang baik (Munthofiah, 2008).

Sanitasi Lingkungan

Sanitasi lingkungan buruk terbukti sebagai faktor risiko kejadian gizi kurang dan gizi buruk pada balita dengan OR 5,03, artinya ibu yang mempunyai balita gizi kurang dan gizi buruk mempunyai risiko

5,03 kali untuk menderita gizi kurang dan gizi buruk bila dibandingkan dengan ibu yang mempunyai balita gizi baik.

Kesehatan lingkungan memiliki peran yang cukup dominan dalam penyediaan lingkungan yang mendukung kesehatan anak dan proses tumbuh kembangnya. Sanitasi lingkungan yang buruk akan menyebabkan anak balita akan lebih muda terserang penyakit infeksi yang akhirnya dapat mempengaruhi status gizi anak.

Sanitasi lingkungan erat kaitannya dengan ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban, jenis lantai rumah, serta kebersihan peralatan makanan, kebersihan rumah, pencahayaan, ventilasi. Makin tersediannya air bersih untuk betuhan sehari-hari, maka makin kecil risiko anak terkena penyakit kurang gizi (Soekirman, 2000).

Tingkat kesehatan lingkungan ditentukan oleh berbagai kemungkinan bahwa lingkungan berperan sebagai pembiakan *agent* hidup, tingkat lingkungan yang tidak sehat bisa diukur dengan penyediaan air bersih yang kurang, pembuangan air limbah yang tidak memenuhi persyaratan kesehatan, tidak adanya penyediaan dan pemanfaatan tempat pembuangan sampah rumah tangga yang memenuhi persyaratan kesehatan, tidak adanya penyediaan sarana pengawasan makanan, serta penyediaan sarana perumahan yang tidak memenuhi persyaratan kesehatan. Hal-hal yang menyangkut sanitasi pertama adalah ventilasi. Perumahan yang penghuninya banyak dan ventilasi yang tidak memenuhi syarat-syarat kesehatan dapat mempermudah dan memungkinkan adanya transisi penyakit dan mempengaruhi kesehatan penghuninya. Kedua adalah pencahayaan, pencahayaan yang cukup untuk penerangan ruangan di dalam rumah merupakan kebutuhan kesehatan manusia. Pencahayaan dapat diperoleh dari pencahayaan dari sinar matahari, pencahayaan dari sinar matahari masuk ke dalam melalui jendela. Celah-celah dan bagian rumah yang terkena sinar matahari hendaknya tidak terhalang oleh benda lain. Ketiga dinding rumah harus bersih, kering dan kuat. Keempat kepadatan penghuni risiko yang ditimbulkan oleh kepadatan penghuni rumah terhadap terjadinya penyakit (Natalia Puspitawati, 2011). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya, bahwa penduduk yang tinggal di daerah yang kumuh sangat mendukung terjadinya status gizi balita kurus dan sangat kurus (Hapsari & Supraptini, 2007), serta juga sejalan dengan dengan penelitian sebelumnya bahwa jumlah anggota keluarga, jumlah anak, ekonomi keluarga, BBLR, usia anak, pendidikan ibu, dan kesehatan lingkungan (sumber air minum) adalah penyebab kuat dari kekurangan gizi pada anak. Rumah tangga yang tidak tersedia air bersih memiliki 4 (empat) kali lebih tinggi terhambat

pertumbuhannya dibandingkan dengan rumah tangga yang memiliki persediaan air bersih (Bomela, 2009).

Namun Namun hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya di Kabupaten Kulonprogo bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sanitasi dengan status gizi balita (Wahyudi Istiono *et al.*, 2009).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis secara statistik pada penelitian diatas maka diperoleh simpulan sebagai berikut : sikap ibu terhadap makanan yang buruk dengan (OR : 6,98 p *value* = 0,002 95 % CI 1,99-24,38), artinya ibu yang mempunyai balita (12-59 bulan) mempunyai risiko menderita gizi kurang dan gizi buruk sebesar 6,98 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang mempunyai balita gizi baik; Sanitasi lingkungan yang buruk dengan (OR : 5,03 p *value* = 0,012 95 % CI 1,43-17,68), artinya ibu yang mempunyai balita gizi kurang dan gizi buruk mempunyai risiko 5,03 kali untuk menderita gizi kurang dan gizi buruk bila dibandingkan dengan ibu yang mempunyai balita gizi baik; Probabilitas risiko balita untuk menderita gizi kurang dan gizi buruk apabila memiliki sikap ibu terhadap makanan yang buruk dan sanitasi lingkungan yang buruk maka akan mengalami gizi kurang dan gizi buruk dengan probabilitas sebesar 67,7 %.

DAFTAR RUJUKAN

- Ali Khosman *et al.*, (2006). *Studi Tentang Pengetahuan Gizi Ibu dan Kebiasaan Makan Pada Rumah Tangga Di Daerah Dataran Tinggi dan Pantai*, Journal Gizi dan Pangan. Vol 1 No.1:23-8.
- Arisman M, 2008. *Buku Ajar Ilmu Gizi Gizi Dalam Daur Kehidupan Jakarta*. Penerbit buku ke-dokteran (EGC).
- Beaglehole, (1993). *Basic Epidemiologi Geneva Switzerland Divisi of Environmental Health*, World Health Organization.
- Bomela NJ, (2009). *Social, Economic, Health and Environmental Determinants Of Child Nutritional Status in Three Central Asia Republics*. Journal Public Health Nutrition Vol.12 No.10 :1871-7.
- Dinkes Kota Pontianak, (2013). *Profil Dinas Kesehatan Kota Pontianak Tahun 2013*. Pontianak.
- Hapsari & Supraptini, (2007). *Status Gizi Balita Berdasarkan Kondisi Lingkungan dan Status Ekonomi (Data Riskesdas 2007)*. Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat :103-12

- Julita Nainggolan, (2011). *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Gizi Ibu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Rajabasa Indah kedokteran.*
- Krisnansari D, (2010). *Nutrisi dan Gizi Buruk*, Journal Mandala of Health vol. 4 No.1 : 60-68.
- Munthofiah , (2008). *Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu dengan Status Gizi Anak Balita Surakarta: Universitas Sebelas Maret.*
- Natalia Puspitawati, (2011). *Sanitasi Lingkungan Yang Tidak Baik Mempengaruhi Status Gizi Pada Balita. Journal Stikes. Vol 6 No.1 : 78-80.*
- Rahma Faiza, (2007). *Faktor Risiko Kejadian Gizi Buruk Pada Balita (12-59) Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Timur Kota Padang. Padang.*
- Soekirman, (2000). *Ilmu Gizi dan Aplikasinya Untuk Keluarga dan Masyarakat Ilmu Gizi.* Jakarta.
- Wahyudi Istiono *et al*, (2009). *Berita Kedokteran Masyarakat.* Vol.25 No.3:150-5.
- Yetty Nancy *et al*, (2005). *Gizi Buruk, Ancaman Generasi Yang Hilang.* Vol 5 No.17:1-4.
- Yudi H, (2007). *Hubungan Faktor Sosial dan Budaya Dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan Di Kecamatan Medan Area Kota Medan Medan Universitas Sumatera Utara.Medan.*