

BAB 5

HASIL

5.1. Gambaran Umum Wilayah

Sebagai negara kepulauan, Indonesia memiliki provinsi yang tersebar di berbagai pulau dengan karakteristik penduduk, pola hidup, dan keadaan geografis yang berbeda-beda. Hal tersebut turut mendasari perilaku dan kebiasaan masyarakat setempat yang mempengaruhi pola pengasuhan anak sehari-hari. Berikut adalah gambaran umum wilayah provinsi DI Yogyakarta dan NTT yang diambil dari profil provinsi di Riskesdas 2007.

5.1.1. DI Yogyakarta

Provinsi ini terletak di pulau Jawa bagian tengah dengan luas 3.185,80km². Berdasarkan data Profil Kesehatan Kab/Kota tahun 2007, jumlah penduduk D.I. Yogyakarta tercatat 3.433.127 jiwa.

Balita gizi buruk di provinsi ini 100% menjalani perawatan. Dengan iklim yang stabil dan keadaan geografis yang cukup mendukung sektor pertanian, serta pertumbuhan ekonomi yang stabil membuat provinsi ini memiliki peluang yang lebih besar untuk memenuhi pola hidup sehat dan konsumsi makan yang baik.

5.1.2. Nusa Tenggara Timur

Provinsi NTT tersebar di banyak pulau dengan jumlah penduduk berdasarkan data BPS provinsi NTT tahun 2006 yaitu sebanyak 4.260.294 orang. NTT merupakan salah satu provinsi dengan masalah gizi yang besar terutama pada balita. Keadaan geografis, ketersediaan anekaragam makanan, serta pengetahuan yang kurang turut berperan dalam pola asuh orang tua terhadap balitanya di wilayah ini.

Dalam upaya perbaikan gizi masyarakat terutama balita, provinsi ini mulai melakukan berbagai pembenahan di berbagai sektor dibantu tidak hanya dari pemerintah saja tetapi juga LSM lokal maupun internasional.

5.2. Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki balita berumur 12-59 bulan dari populasi di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT. Berikut ini adalah karakteristik responden:

Tabel 5.1. Distribusi Karakteristik Responden di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Variabel	DI Yogyakarta (N=225)		NTT (N=1208)	
	N	%	n	%
Jenis Kelamin Balita				
Laki – laki	128	56,9	640	53,0
Perempuan	97	43,1	568	47,0
Umur Balita				
12-23 bulan	48	21,3	196	16,2
24-35 bulan	61	27,1	268	22,2
36-59 bulan	116	51,6	744	61,6
Pendidikan Ibu				
Tidak sekolah	29	12,9	291	24,1
Tamat SD	39	17,3	544	45,0
Tamat SMP	51	22,7	153	12,7
Tamat SMU	82	36,4	171	14,2
Tamat PTP	24	10,7	49	4,1
Jumlah Anggota Keluarga				
≤ 4 orang	115	51,1	436	36,1
> 4 orang	110	48,9	772	63,9
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Perkapita				
Kuintil 1	73	32,4	363	30,0
Kuintil 2	50	22,2	318	26,3
Kuintil 3	38	16,9	223	18,5
Kuintil 4	38	16,9	173	14,3
Kuintil 5	26	11,6	131	10,8

Dari tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar responden baik di DI Yogyakarta maupun NTT adalah laki-laki. Begitu pula dengan golongan umur, sebagiam besar di kedua provinsi berada pada kisaran umur 36-59 bulan.

Hal yang berbeda terlihat pada tingkat pendidikan ibu. Persentase pendidikan ibu terbesar di provinsi DI Yogyakarta adalah tamat

SMU (36,4%), sedangkan di NTT hampir separuh ibu masih hanya tamatan SD (45%). Sementara itu sebagian besar jumlah anggota keluarga di NTT masih lebih dari 4 orang (63,9%), sedangkan di DI Yogyakarta sudah lebih banyak yang keluarganya beranggotakan kurang dari atau sama dengan empat orang (51,1%).

Untuk pengeluaran perkapita di kedua provinsi sebagian besar masih berada pada kisaran kuintil terendah, dan semakin besar pengeluaran terlihat semakin kecil persentasenya.

5.3. Perilaku KADARZI

Perilaku KADARZI pada keluarga yang memiliki balita berumur 12-59 bulan dicirikan minimal dengan pemenuhan 4 perilaku yaitu: 1) menimbang berat badan secara teratur; 2) makan beraneka ragam; 3) menggunakan garam beryodium; 4) minum kapsul vitamin A.

Berikut ini adalah penjabaran perilaku KADARZI dan pola konsumsi makanan pokok, lauk hewani atau nabati, dan sayur atau di buah di masing-masing provinsi :

Tabel 5.2. Distribusi Perilaku KADARZI dalam Keluarga Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Variabel	DI Yogyakarta (N=225)		NTT (N=1208)	
	n	%	n	%
Menimbang Berat Badan Teratur				
Ya	185	82,2	866	71,7
Tidak	23	10,2	185	15,3
Tidak Pernah Menimbang	17	7,6	157	13,0
Makan Beraneka Ragam				
Ya	188	83,6	480	39,7
Tidak	37	16,4	728	60,3
Menggunakan Garam Beryodium				
Ya	214	95,1	594	49,2
Tidak	11	4,9	614	50,8
Minum Kapsul Vitamin A				
Ya	200	88,9	930	77,0
Tidak	25	11,1	278	23,0
KADARZI				
Ya	137	60,9	147	12,2
Tidak	88	39,1	1061	87,8

Sebagian besar balita di kedua provinsi sudah ditimbang berat badannya secara teratur meskipun masih ada balita yang tidak pernah ditimbang (7,6% di DIY dan 13,0% di NTT). Sama halnya dengan minum kapsul vitamin A bahwa di kedua provinsi cakupannya cukup tinggi.

Hal yang berbeda terlihat pada pola makan beraneka ragam. Hampir semua keluarga balita (83,6%) di provinsi DI Yogyakarta sudah menyediakan makan beraneka ragam dalam menu sehari-harinya. sedangkan di NTT baru 39,7%. Begitu pula dengan penggunaan garam beryodium, di NTT baru 49% rumah tangga yang menggunakan garam beryodium dalam pengolahan makanan sedangkan di DI Yogyakarta hampir semua rumah tangga (95,1%) sudah menggunakan garam beryodium.

Dari seluruh indikator perilaku KADARZI tersebut didapatkan bahwa di provinsi DI Yogyakarta sudah 60,9% keluarga balita yang sadar gizi. sedangkan di NTT baru 12,2% balita dari keluarga sadar gizi.

Tabel 5.3. Perbandingan Distribusi Konsumsi Makanan Pokok, Lauk Hewani atau Nabati, serta Sayur atau Buah dalam Keluarga Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Variabel	DI Yogyakarta (N=225)		NTT (N=1208)	
	n	%	n	%
Makanan Pokok				
Ya	225	100	1191	98,6
Tidak	0	0	17	1,4
Lauk Hewani atau Nabati				
Ya	205	91,1	540	44,7
Tidak	20	8,9	668	55,3
Sayur atau Buah				
Ya	207	92,0	1064	88,1
Tidak	18	8,0	144	11,9

Makanan pokok dipastikan menjadi konsumsi utama di kedua provinsi dan sebagian besar juga sudah makan sayur atau buah meskipun tidak diperhitungkan jumlah porsi di sini.

Perbedaan yang sangat terlihat adalah pada pola konsumsi lauk hewani atau nabati. Hampir semua (91,1%) keluarga balita di provinsi DI Yogyakarta sudah menyediakan lauk hewani atau nabati dalam menunya, sedangkan di NTT persentasenya baru mencapai 44,7%

5.4. Status Infeksi Balita

Status infeksi balita dinilai berdasarkan pernah atau tidaknya balita 12-59 bulan didiagnosa menderita penyakit ISPA dalam satu bulan terakhir, diare dalam satu bulan terakhir, dan campak dalam 12 bulan terakhir.

Tabel 5.4. Distribusi Penyakit Infeksi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Variabel	DI Yogyakarta (N=225)		NTT (N=1208)	
	n	%	n	%
ISPA				
Ya	48	21,3	224	18,5
Tidak	177	78,7	983	81,5
Diare				
Ya	9	4,0	136	11,3
Tidak	216	96,0	1072	88,7
Campak				
Ya	2	0,9	9	0,7
Tidak	223	99,1	1199	99,3
Status Infeksi				
Ya	56	24,9	319	26,4
Tidak	169	75,1	889	73,6

Penyakit infeksi terbanyak yang diderita balita 12-59 bulan di DI Yogyakarta dan NTT adalah ISPA yaitu sebesar 21,3% dan 18,5%. Secara keseluruhan balita yang pernah menderita penyakit infeksi dalam kurun waktu tertentu di kedua provinsi tidak jauh berbeda (24,9% di DI Yogyakarta dan 26,4% di NTT).

5.5. Status Gizi Balita

Penilaian status gizi balita didasarkan pada 4 indikator yaitu BB/U, TB/U, BB/TB dan IMT/U yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.5. Distribusi Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks BB/U, TB/U, BB/TB, IMT/U di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Variabel	DI Yogyakarta (N=225)		NTT (N=1208)	
	n	%	n	%
Berat Badan Menurut Umur				
Gizi Buruk	5	2,2	92	7,6
Gizi Kurang	25	11,1	325	26,9
Gizi Baik	190	84,4	783	64,8
Gizi Lebih	5	2,2	8	0,7
Tinggi Badan Menurut Umur				
Sangat Pendek	16	7,1	327	27,1
Pendek	44	19,6	321	26,6
Normal	165	73,3	560	46,4
Berat Badan Menurut Tinggi Badan				
Sangat Kurus	12	5,3	83	6,9
Kurus	14	6,2	124	10,3
Normal	177	78,7	937	77,6
Gemuk	22	9,8	64	5,3
Indeks Massa Tubuh Menurut Umur				
Sangat Kurus	13	5,8	96	7,9
Kurus	13	5,8	73	6,0
Normal	176	78,2	939	77,7
Gemuk	23	10,2	100	8,3

Apabila dinilai berdasarkan indeks BB/U, terlihat bahwa provinsi NTT memiliki masalah kurang gizi pada balita yang serius mencapai 34,5%. Sedangkan DI Yogyakarta bila dilihat berdasarkan indeks yang sama persentasenya sudah jauh lebih baik karena sebagian besar balitanya termasuk dalam kategori gizi baik (84,4%).

Hal yang sama terlihat pada penilaian status gizi berdasarkan indeks TB/U. Balita 12-59 bulan di NTT sebagian besar (53,7%) mengalami masalah gizi kronis (pendek dan sangat pendek).

Namun demikian, bila penilaiannya dilakukan berdasarkan indeks BB/TB atau IMT/U terlihat persentase yang tidak jauh berbeda dan sebagian besar balita 12-59 bulan baik di DI Yogyakarta maupun NTT masih termasuk dalam kategori normal.

5.6. Gambaran Karakteristik Keluarga Terhadap Status KADARZI

Tabel 5.6. Distribusi Karakteristik Keluarga Terhadap Status KADARZI di Provinsi DI Yogyakarta

Variabel	Status KADARZI				Total	
	Ya		Tidak		n	%
	n	%	n	%		
Tingkat Pendidikan Ibu						
Tidak sekolah	18	62,1	11	37,9	29	100
Tamat SD	25	64,1	14	35,9	39	100
Tamat SMP	34	66,7	17	33,3	51	100
Tamat SMU	47	57,3	35	42,7	82	100
Tamat Perguruan Tinggi	13	54,2	11	45,8	24	100
Total	137	60,9	88	39,1	225	100
Jumlah Anggota Keluarga						
≤ 4 orang	65	56,5	50	43,5	115	100
> 4 orang	72	65,5	38	34,5	110	100
Total	137	60,9	88	39,1	225	100
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Perkapita						
Kuintil 1	42	57,5	31	42,5	73	100
Kuintil 2	34	68,0	16	32,0	50	100
Kuintil 3	21	55,3	17	44,7	38	100
Kuintil 4	22	57,9	16	42,1	38	100
Kuintil 5	18	69,2	8	30,8	26	100
Total	137	60,9	88	39,1	225	100

Tabel 5.7. Distribusi Karakteristik Keluarga Terhadap Status KADARZI di Provinsi NTT

Variabel	Status KADARZI				Total	
	Ya		Tidak		n	%
	n	%	n	%		
Tingkat Pendidikan Ibu						
Tidak sekolah	22	7,6	269	92,4	291	100
Tamat SD	69	12,7	475	87,3	544	100
Tamat SMP	27	17,6	126	82,4	153	100
Tamat SMU	18	10,5	153	89,5	171	100
Tamat Perguruan Tinggi	11	22,4	38	77,6	49	100
Total	147	12,2	1061	87,8	1208	100
Jumlah Anggota Keluarga						
≤ 4 orang	53	12,2	383	87,8	436	100
> 4 orang	94	12,2	678	87,8	722	100
Total	147	12,2	1061	87,8	1208	100
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Perkapita						
Kuintil 1	40	11,0	323	89,0	363	100
Kuintil 2	38	12,3	279	87,7	318	100
Kuintil 3	22	9,9	201	90,1	223	100
Kuintil 4	25	14,5	148	85,5	173	100
Kuintil 5	21	16,0	110	84,0	131	100
Total	147	12,2	1061	87,8	1208	100

Proporsi KADARZI terlihat meningkat seiring dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga perkapita di kedua provinsi. Tetapi bila dilihat kecenderungannya terhadap tingkat pendidikan, terlihat perbedaan bahwa di NTT semakin tinggi pendidikannya maka semakin meningkat persentase keluarga yang sadar gizi, sedangkan di DI Yogyakarta justru terlihat sebaliknya.

Untuk jumlah anggota keluarga terhadap KADARZI, tidak terlalu menunjukkan perbedaan proporsi yang berarti.

5.7. Hubungan Status Infeksi dengan Status Gizi Balita

Berikut ini adalah analisa hubungan status infeksi dengan status gizi balita 12-59 bulan di kedua provinsi. Indeks BB/U dikategorikan menjadi gizi kurang (gizi buruk dan kurang) dan gizi baik; TB/U dikategorikan menjadi pendek (sangat pendek dan pendek) dan normal; BB/TB dan IMT/U dikategorikan menjadi kurus (sangat kurus dan kurus) dan normal.

Tabel 5.8. Hubungan Status Infeksi dengan Status Gizi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Status Gizi (N=1420)	Status Infeksi				p-value
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
BB/U					
Kurang	292	32,8	155	29,3	0,193 (OR=1,18)
Baik	599	67,2	374	70,7	
Total	891	100	529	100	
TB/U					
Pendek	454	50,7	254	47,3	0,238 (OR=1,14)
Normal	442	49,3	283	52,7	
Total	896	100	537	100	
BB/TB					
Kurus	152	18	81	16,1	0,427 (OR=1,14)
Normal	693	82	421	83,9	
Total	845	100	502	100	
IMT/U					
Kurus	130	15,9	65	13,3	0,233 (OR=1,23)
Normal	690	84,1	425	86,7	
Total	820	100	490	100	

Secara keseluruhan terlihat bahwa balita bergizi baik dan normal sebagian besar tidak terjangkit penyakit infeksi, meskipun masih banyak juga balita dengan gizi baik dan normal yang pernah mengalami infeksi

penyakit. Begitu pula dengan balita gizi kurang ataupun kurus, persentase yang mengalami infeksi lebih tinggi daripada yang tidak infeksi.

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara status infeksi dengan status gizi balita di wilayah ini ($p>0,05$). Untuk mengetahui lebih lanjut jenis penyakit infeksi yang dialami dan hubungannya dengan status gizi balita, dapat terlihat pada bagian selanjutnya di bawah ini.

5.7.1. Hubungan ISPA dengan Status Gizi

Tabel 5.9. Hubungan ISPA dengan Status Gizi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Status Gizi (N=1420)	ISPA				p-value
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
BB/U					
Kurang	257	32,0	190	30,8	0,694 (OR=1,05)
Baik	547	68,0	426	69,2	
Total	804	100	616	100	
TB/U					
Pendek	408	50,7	300	48,7	0,478 (OR=1,085)
Normal	396	49,3	316	51,3	
Total	804	100	616	100	
BB/TB					
Kurus	133	17,4	100	17,2	0,98 (OR=1,01)
Normal	632	82,6	482	82,8	
Total	765	100	582	100	
IMT/U					
Kurus	115	15,5	80	14,1	0,541 (OR=1,1)
Normal	628	84,5	487	85,9	
Total	743	100	567	100	

Hasil uji statistik pada semua variabel menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara ISPA yang dialami balita dengan status gizinya ($p>0,05$). Bila melihat persentasenya cenderung hanya sedikit selisih antara balita gizi baik yang ISPA dan tidak ISPA, demikian juga pada balita gizi kurang atau kurus yang ISPA dengan tidak ISPA.

5.7.2. Hubungan Diare dengan Status Gizi

Tabel 5.10. Hubungan Diare dengan Status Gizi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Status Gizi (N=1420)	Diare				p-value
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
BB/U					
Kurang	102	36,7	345	30,2	0,037
Baik	176	63,3	797	69,8	(OR=1,34)
Total	278	100	1142	100	
TB/U					
Pendek	151	54,3	557	48,8	0,09
Normal	127	45,7	585	51,2	(OR=1,25)
Total	278	100	1142	100	
BB/TB					
Kurus	57	21,3	176	16,3	0,067
Normal	211	78,7	903	83,7	(OR=1,39)
Total	268	100	1079	100	
IMT/U					
Kurus	49	19,2	146	13,8	0,039
Normal	206	80,8	909	86,2	(OR=1,48)
Total	255	100	1055	100	

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara diare dengan status gizi balita berdasarkan indeks BB/U dan IMT/U ($p < 0,05$). Balita yang mengalami diare berisiko 1,34 kali untuk menjadi kurang gizi dan 1,48 kali untuk menjadi kurus.

5.7.3. Hubungan Campak dengan Status Gizi

Tabel 5.11. Hubungan Campak dengan Status Gizi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Status Gizi	Campak				p-value
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
BB/U					
Kurang	13	31,0	434	31,5	1,00
Baik	29	69,0	944	68,5	
Total	42	100	973	100	
TB/U					
Pendek	23	54,8	685	49,7	0,625 (OR=1,23)
Normal	19	45,2	693	50,3	
Total	42	100	1378	100	
BB/TB					
Kurus	8	21,1	225	17,2	0,687 (OR=1,29)
Normal	30	78,9	1084	82,8	
Total	38	100	1309	100	
IMT/U					
Kurus	7	18,9	188	14,8	0,642 (OR=1,35)
Normal	30	81,1	1085	85,2	
Total	37	100	1273	100	

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara campak dengan status gizi berdasarkan semua indeks penilaian ($p > 0,05$). Meskipun demikian, pada umumnya persentase balita gizi baik yang tidak terkena campak lebih besar daripada yang terkena campak, dan persentase balita gizi kurang, kurus, ataupun pendek yang terkena campak lebih banyak daripada yang tidak terkena campak.

5.8. Hubungan Status KADARZI dengan Status Gizi Balita

Analisa terhadap status gizi menggunakan 4 indikator dengan hasil dibawah ini.

Tabel 5.12. Hubungan Status KADARZI dengan Status Gizi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Status Gizi	Status KADARZI				p-value
	KADARZI		Tidak KADARZI		
	n	%	n	%	
BB/U					
Kurang	69	24,6	378	33,2	0,007 (OR=1,13)
Baik	211	75,4	762	66,8	
Total	280	100	1140	100	
TB/U					
Pendek	123	43,3	585	50,9	0,026 (OR=1,16)
Normal	161	56,7	564	49,1	
Total	284	100	1149	100	
BB/TB					
Kurus	34	13	199	18,3	0,52
Normal	227	87	887	81,7	
Total	261	100	1086	100	
IMT/U					
Kurus	28	10,9	167	15,8	0,06 (OR=1,06)
Normal	228	89,1	887	84,2	
Total	256	100	1054	100	

Berdasarkan indeks BB/U diatas diketahui 75,4% balita dari KADARZI berstatus gizi baik sedangkan yang tidak KADARZI dengan status gizi baik 66,8%. Untuk balita dari KADARZI dengan status gizi kurang sebesar 24,6%, sedangkan balita dari bukan KADARZI dengan kurang sebesar 33,2%.

Dari tabel diatas juga dapat diketahui bahwa lebih dari separuh (56,7%) balita dari KADARZI memiliki tinggi badan yang normal sesuai umurnya. Namun demikian masih banyak balita dengan tinggi badan yang normal sesuai umurnya tidak KADARZI (49,1%).

Sebanyak 87% balita dari keluarga yang sadar gizi berstatus gizi normal (BB/TB). Sedangkan untuk balita yang bukan dari KADARZI dengan status gizi normal sebanyak 81,7%. Hal yang tidak jauh berbeda juga terlihat pada status KADARZI terhadap status gizi balita berdasarkan indeks IMT/U.

Uji statistik yang dilakukan memperlihatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status KADARZI dengan status gizi balita berdasarkan indeks BB/U dan TB/U ($p < 0,05$). Balita dari keluarga yang sadar gizi cenderung 1,13 kali untuk menjadi gizi baik, dan 1,16 kali untuk memiliki tinggi badan yang normal.

5.9. Hubungan Perilaku KADARZI dengan Status Gizi Balita.

Untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara setiap perilaku KADARZI dengan status gizi balita, dilakukan uji statistik dengan berikut:

5.9.1. Hubungan Keteraturan Menimbang Berat Badan dengan Status Gizi Balita.

Tabel selanjutnya menggambarkan hubungan antara keteraturan menimbang berat badan dengan status gizi balita menurut 4 indikator.

Tabel 5.13. Hubungan Keteraturan Menimbang Berat Badan dengan Status Gizi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Status Gizi	Menimbang BB Teratur				p-value
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
BB/U					
Kurang	350	33,6	97	25,7	0,006 (OR=1,46)
Baik	693	66,4	280	74,3	
Total	1043	100	377	100	
TB/U					
Pendek	530	50,4	178	46,6	0,221 (OR=1,16)
Normal	521	49,6	204	53,4	
Total	1051	100	382	100	
BB/TB					
Kurus	164	16,5	69	19,6	0,212
Normal	831	83,5	283	80,4	
Total	995	100	352	100	
IMT/U					
Kurus	135	14,0	60	17,5	0,136 (OR=1,04)
Normal	832	86,0	283	82,5	
Total	967	100	343	100	

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa diantara 4 indikator, balita dengan status gizi normal (IMT/U) yang menimbang berat badannya secara teratur memiliki persentase paling tinggi (86,0%). Namun demikian persentase antara balita gizi baik ataupun normal yang menimbang berat badan secara teratur dan tidak teratur

terlihat tidak jauh berbeda. Hal yang sama juga terlihat pada status gizi kurang ataupun kurus.

Dari hasil uji statistik antara keteraturan menimbang berat badan dengan status gizi berdasarkan semua indikator, diketahui bahwa ada hubungan bermakna antara keteraturan menimbang dengan status gizi balita berdasarkan indikator BB/U ($p < 0,05$).

5.9.2. Hubungan Makan Beraneka Ragam dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.14. Hubungan Makan Beraneka Ragam dengan Status Gizi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Status Gizi	Makan Beraneka ragam				p-value
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
BB/U					
Kurang	188	28,4	259	34,1	0,025 (OR=1,09)
Baik	473	71,6	500	65,9	
Total	661	100	759	100	
TB/U					
Pendek	301	45,1	407	53,2	0,003 (OR=1,17)
Normal	367	54,9	358	46,8	
Total	668	100	765	100	
BB/TB					
Kurus	101	16,2	132	18,3	0,352 (OR=1,03)
Normal	523	83,8	591	81,7	
Total	624	100	723	100	
IMT/U					
Kurus	81	13,3	114	16,3	0,148 (OR=1,31)
Normal	529	86,7	586	83,7	
Total	610	100	700	100	

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar balita yang makan beraneka ragam memiliki status gizi yang baik dan tinggi badan yang normal sesuai umurnya. Meskipun demikian, jumlah balita normal (BB/TB dan IMT/U) yang makan beraneka ragam tidak jauh berbeda dengan yang tidak makan beraneka ragam.

Apabila dilihat hasil uji statistiknya, terdapat hubungan antara makan beraneka ragam dengan status gizi balita berdasarkan indikator BB/U dan TB/U ($p < 0,05$). Balita yang makan beraneka ragam cenderung 1,09 kali untuk menjadi gizi baik dan 1,17 kali untuk memiliki tinggi badan yang normal menurut umurnya.

5.9.3. Hubungan Penggunaan Garam Beryodium dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.15. Hubungan Penggunaan Garam Beryodium dengan Status Gizi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Status Gizi	Menggunakan Garam Beryodium				p-value
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
BB/U					
Kurang	236	29,6	211	33,9	0,09 (OR=1,07)
Baik	562	70,4	411	66,1	
Total	798	100	622	100	
TB/U					
Pendek	377	46,7	331	53,0	0,02 (OR=1,134)
Normal	431	53,3	294	47,0	
Total	808	100	625	100	
BB/TB					
Kurus	115	15,4	118	19,7	0,041 (OR=1,05)
Normal	634	84,6	480	80,3	
Total	749	100	598	100	
IMT/U					
Kurus	98	13,5	97	16,7	1,123 (OR=1,04)
Normal	630	86,5	485	83,8	
Total	728	100	582	100	

Dari seluruh balita yang berasal dari rumah tangga yang menggunakan garam beryodium, persentase terbesar terlihat pada balita gizi normal (IMT/U) yaitu sebesar 86,5%. Sedangkan balita yang berasal dari rumah tangga yang tidak menggunakan garam beryodium persentase yang terbanyak sebesar 53,0% yaitu balita berstatus gizi pendek. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan bahwa ada hubungan antara penggunaan garam beryodium dalam rumah tangga dengan status gizi balita berdasarkan indeks TB/U dan BB/TB ($p < 0,05$).

5.9.4. Hubungan Minum Kapsul Vitamin A dengan Status Gizi Balita

Tabel 5.16. Hubungan Minum Kapsul Vitamin A dengan Status Gizi Balita di Provinsi DI Yogyakarta dan NTT

Status Gizi	Minum Kapsul Vitamin A				p-value
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
BB/U					
Kurang	361	32,3	86	28,5	0,232
Baik	757	67,7	216	71,5	
Total	1118	100	302	100	
TB/U					
Pendek	559	49,5	149	49,2	0,979
Normal	571	50,5	154	50,8	
Total	1130	100	303	100	
BB/TB					
Kurus	180	16,8	53	19,1	0,414
Normal	890	83,2	224	80,9	
Total	1070	100	277	100	
IMT/U					
Kurus	147	14,2	48	17,6	0,180
Normal	891	85,8	224	82,4	
Total	1038	100	272	100	

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa balita gizi normal (IMT/U) yang minum kapsul vitamin A sebanyak 85,8%. Meskipun demikian persentase balita gizi normal yang tidak minum kapsul vitamin A juga cukup tinggi yaitu 82,4%. Hal yang sama juga terlihat pada indikator status gizi lainnya.

Hasil uji statistik memperlihatkan tidak ada hubungan antara konsumsi kapsul vitamin A dengan status gizi balita ($p > 0,05$) berdasarkan indikator manapun.

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini antara lain:

- a. Data yang digunakan adalah data sekunder sehingga kebutuhan untuk analisis disesuaikan dengan data yang ada.
- b. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* sehingga dalam analisis hubungan sulit ditentukan variabel yang menjadi sebab dan akibat.
- c. Data bahan makanan didapatkan dari *recall* 24 jam sehingga belum sepenuhnya bisa menggambarkan kebiasaan makan.

6.2. Perilaku KADARZI

6.2.1. Menimbang Berat Badan Secara Teratur

Menimbang berat badan perlu dilakukan untuk mengetahui pertumbuhan balita sebagai upaya pencegahan terjadinya masalah pertumbuhan dikemudian hari. Persentase kebiasaan menimbang berat badan balita secara teratur di DI Yogyakarta dan NTT masing-masing sebesar 82,2% dan 71,7%. Artinya provinsi DI yogyakarta sudah mencapai target standar pelayanan minimum bidang kesehatan yaitu lebih dari 80%, sedangkan NTT belum mencapai target tersebut (Depkes, 2007).

Masih adanya balita yang belum ditimbang berat badannya dapat disebabkan karena fasilitas yang jauh dari jangkauan, sarana yang belum memadai, hingga kesadaran keluarga utamanya ibu yang masih kurang. (Risksedas, 2007)

6.2.2. Makan Beraneka Ragam

Untuk memenuhi kebutuhan gizi secara berimbang dibutuhkan tidak hanya satu jenis makanan, melainkan harus makanan yang beraneka ragam (Hardinsyah, 2007).

Persentase makan beraneka ragam di dua provinsi ini sangat berbeda. Sebagian besar balita di DI Yogyakarta sudah makan secara beragam (83,6%) dengan konsumsi makanan pokok, lauk hewani atau nabati, dan sayuran atau buah sudah merata. Sedangkan di NTT persentase makan beraneka ragam hanya mencapai 39,7%. Jika dilihat lebih lanjut, diketahui bahwa konsumsi sumber makanan di NTT yang paling rendah adalah sumber zat pembangun yang berasal dari golongan hewani dan nabati (44,7%).

Masih kurangnya kesadaran dan pola asuh ibu diyakini menjadi salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya persentase makan beraneka ragam dalam keluarga. Dalam penelitian lain diungkapkan bahwa pola konsumsi ibu berpengaruh terhadap anaknya (Galloway dkk, 2005).

6.2.3. Menggunakan Garam Beryodium

Sebagian rumah tangga di DI Yogyakarta (95,1%) sudah menggunakan garam beryodium dalam pengolahan makanan. Meskipun demikian dari rumah tangga yang diyakini menggunakan garam beryodium, belum diketahui apakah kandungannya cukup atau tidak (30-80 ppm) dikarenakan hanya menggunakan yodina test. Namun yang lebih penting adalah kesadaran keluarga untuk memilih garam beryodium dalam pengolahan makanan.

Hal yang sangat berbeda terlihat pada pola penggunaan garam beryodium di NTT. Baru 49,2% rumah tangga yang menggunakan garam beryodium dalam mengolah makanan di rumah tangga. Masih banyaknya rumah tangga di NTT yang belum menggunakan garam beryodium dapat disebabkan karena rumah tangga tersebut memang tidak mau menggunakan garam beryodium, kesulitan dalam mendapatkan garam beryodium, atau karena penyimpanan yang tidak tepat misalnya di tempat yang mudah terjangkau cahaya atau panas (Kusmayadi, 2007).

Dalam Susenas 2005 juga dikemukakan bahwa 19,91% rumah tangga masih meletakkan atau menyimpan garam beryodium didekat perapian dan hasil uji kandungan yodiumnya lebih rendah daripada yang diletakkan jauh dari perapian.

6.2.4. Minum Kapsul Vitamin A

Target cakupan kapsul vitamin A balita di Indonesia adalah 80%. Berdasarkan data yang ada, persentase balita yang minum kapsul vitamin A di DI Yogyakarta sudah mencapai target yaitu 88,9%; sedikit berbeda dengan NTT yang baru 77,0%.

Hal tersebut mungkin saja terjadi karena pemberian kapsul vitamin A dilaksanakan di fasilitas kesehatan masyarakat yang terdekat misalnya Posyandu atau Puskesmas dengan waktu pemberian secara serentak. Apabila saat itu anak tidak dibawa ke fasilitas kesehatan, dan petugas tidak melakukan *sweeping* maka anak tersebut dipastikan tidak mendapat kapsul vitamin A.

6.3. Status Infeksi Balita

Pada kedua provinsi jenis penyakit infeksi yang menyerang balita dengan persentase yang paling besar adalah ISPA baik yang sudah terdiagnosa atau dengan gejala serupa (DI Yogyakarta 21,3% dan NTT 18,5%); artinya ISPA menjadi masalah infeksi yang terbesar di wilayah ini. Hasil ini diperkuat juga oleh hasil Riskesdas 2007 yang menyatakan bahwa 58,63% balita di Indonesia pernah ISPA (terdiagnosa dan gejala serupa).

Diare bukan masalah di DI Yogyakarta (4,0%) tetapi cukup menjadi masalah di NTT (11,3%). Faktor epidemiologis yang menyebabkan diare antara lain karena infeksi dari makanan atau minuman yang terkontaminasi, pergantian musim, dan perpindahan dari satu tempat ke tempat lain (Ciesla dalam Umar Zein, 2006). Artinya bahwa besar kemungkinan faktor kebersihan diri dan lingkungan di NTT lebih buruk daripada DI Yogyakarta.

Bila dilihat dari infeksi campak, di kedua provinsi persentasenya hanya sedikit sehingga tidak terlalu menjadi masalah. Rendahnya kejadian

campak turut disebabkan oleh gencarnya pencegahan penyakit ini melalui program imunisasi wajib. Berdasarkan hasil Riskesdas 2007 diketahui bahwa cakupan imunisasi campak DI Yogyakarta mencapai 99,2% dan NTT 81,6%. Dengan demikian memang masih ada kemungkinan balita yang dapat terinfeksi campak tetapi dengan jumlah yang tidak banyak.

6.4. Status Gizi Balita

Penilaian status gizi balita didasarkan pada 4 indikator yaitu BB/U, TB/U, BB/TB, dan IMT/U. Berdasarkan hasil diketahui bahwa sebagian besar balita berstatus gizi baik apabila dilihat dengan indeks BB/TB dan IMT/U. Namun saat penilaian berdasarkan indeks BB/U, terlihat jelas bahwa NTT memiliki masalah kurang gizi yang lebih serius dibanding DI Yogyakarta.

Perbedaan lainnya adalah saat penilaian status gizi dengan menggunakan indikator TB/U. Hasilnya menunjukkan bahwa hampir separuh balita di NTT termasuk dalam kategori pendek dan sangat pendek. Hal ini berarti bahwa masalah gizi kronis terjadi pada hampir separuh balita di NTT. Sebagai penyebabnya adalah karena kebutuhan gizi balita di masa lampau tidak tercukupi sehingga berakumulasi kearah *stunting*. (Horton dalam Hardinsyah, 2007).

6.5. Karakteristik Keluarga Terhadap Status KADARZI

Meningkatnya proporsi KADARZI seiring dengan peningkatan derajat pendidikan dan pengeluaran rumah tangga per kapita serta jumlah anggota keluarga yang lebih sedikit semakin memperkuat teori tentang penyebab masalah gizi yang ada selama ini.

Semakin tinggi pendidikan seseorang, didukung dengan daya beli yang baik, serta pola asuh anak yang memadai (dengan jumlah anggota keluarga yang lebih sedikit) dapat memudahkan keluarga untuk mengetahui, mencegah, dan menangani masalah gizi yang terjadi dalam rumah tangga melalui perilaku sadar gizi. Karena jika ditelusuri lebih jauh dapat

disimpulkan bahwa akar dari masalah gizi sangat berhubungan dengan pendidikan, kependudukan, dan kemiskinan (Unicef, 1990).

Bila terjadi hal yang berbeda yaitu di DI Yogyakarta semakin tinggi tingkat pendidikan tetapi semakin sedikit yang KADARZI, hal ini lebih disebabkan karena perilaku dan pola hidup perkotaan yang mengarah pada kebiasaan serba *instant* (Priyonggo, 2005).

6.6. Hubungan Status Infeksi dengan Status Gizi Balita

Uji statistik yang dilakukan menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status infeksi dengan status gizi balita. Meskipun demikian bukan berarti penyakit infeksi tidak menyebabkan masalah gizi, karena persentase balita gizi baik yang tidak terkena infeksi lebih tinggi dari yang terinfeksi; begitu pula dengan balita gizi kurang, yang terkena infeksi lebih besar persentasenya daripada yang tidak terkena infeksi. Artinya bahwa penyakit infeksi tetap berpengaruh terhadap status gizi balita tetapi bukan sebagai penyebab utama dari masalah gizi yang terjadi di wilayah DI Yogyakarta maupun NTT.

Bila dilihat jenis penyakitnya, diare diketahui yang memiliki hubungan bermakna dengan status gizi balita. Diare merupakan penyakit infeksi yang menjadi penyebab utama gangguan pertumbuhan anak (Utomo, 1998). Keadaan diare menyebabkan menurunnya cadangan zat gizi dalam tubuh dan bila diperparah dengan asupan yang tidak mencukupi maka dampaknya berlanjut pada masalah kekurangan gizi.

6.7. Hubungan Status KADARZI dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan bahwa ada hubungan antara status KADARZI dengan status gizi balita berdasarkan indikator BB/U dan TB/U. Hasil penelitian lain juga menyatakan ada hubungan antara KADARZI dengan status gizi balita berdasarkan indeks BB/U (Rizki, 2008).

Dengan mempraktikkan perilaku yang menunjang ke arah perbaikan status gizi yaitu menimbang berat badan secara teratur, makan beraneka

ragam, menggunakan garam beryodium dan minum kapsul vitamin A, akan dihasilkan keadaan gizi balita yang optimal (Depkes, 2007).

Dengan adanya beberapa perilaku didalam KADARZI, perlu diketahui lebih lanjut perilaku mana saja yang berhubungan dengan status gizi balita secara langsung.

6.8. Hubungan perilaku KADARZI dengan Status Gizi Balita

6.8.1. Hubungan Keteraturan Menimbang Berat Badan dengan Status Gizi Balita.

Indeks BB/U yang digunakan untuk menilai status gizi balita memiliki hubungan yang bermakna dengan keteraturan menimbang. Menimbang berat badan secara teratur perlu dilakukan untuk memonitor pertumbuhan balita diiringi dengan tindak lanjut dari hasil penimbangan karena satu kali saja balita tidak naik berat badannya, akan meningkatkan risiko mengalami gangguan pertumbuhan (Minarto, 2007)

Dengan menimbang berat badan secara teratur maka segera dapat diketahui apabila terjadi penyimpangan pola pertumbuhan untuk dilakukan perbaikan dan pencegahan kearah yang lebih jelek.

6.8.2. Hubungan Makan Beraneka Ragam dengan Status Gizi Balita

Dilihat dari konsumsi makan beraneka ragam terlihat adanya hubungan antara makan beraneka ragam dengan status gizi balita berdasarkan indeks BB/U dan TB/U. Balita yang makan beraneka ragam cenderung 1,09 kali untuk menjadi gizi baik dan 1,17 kali untuk memiliki tinggi badan yang normal menurut umurnya.

Hasil diatas sesuai dengan teori yang ada bahwa semakin beragam jenis makanan yang dikonsumsi maka semakin dapat mencukupi kebutuhan gizi seseorang. Namun demikian perlu diingat bahwa makan beraneka ragam saja belum cukup sehingga perlu

didukung dengan jumlah asupannya yang mencukupi kebutuhan tubuh. (Hardinsyah, 2006)

6.8.3. Hubungan Penggunaan Garam Beryodium dengan Status Gizi Balita

Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan antara penggunaan garam beryodium dengan status gizi balita berdasarkan indeks TB/U dan BB/TB. Hal tersebut ditunjang oleh penelitian lain yang mengatakan bahwa ada hubungan antara asupan iodium dengan status gizi (Hanif, 2003).

Yodium merupakan zat gizi mikro yang berperan penting bagi fungsi kelenjar tiroid untuk mengatur pertumbuhan dan metabolisme. Kekurangan yodium dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan terutama pada kelompok bumil, balita, dan usia sekolah (Picauly, 2002).

6.8.4. Hubungan Minum Kapsul Vitamin A dengan Status Gizi Balita

Tidak ada hubungan bermakna antara minum kapsul vitamin A dengan status gizi balita. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Dinayah tahun 2007 yang menyatakan ada hubungan antara konsumsi vitamin A dengan status gizi. Namun dalam penelitiannya Dinayah tidak hanya melihat pemberian kapsul vitamin A saja tetapi juga dengan asupan makanan mengandung vitamin A.

Hal diatas dimungkinkan karena saat ini kapsul vitamin A merupakan program wajib yang diberikan kepada seluruh balita, sehingga tidak terlihat dampaknya dalam penilaian status gizi balita. Namun demikian vitamin A baik yang berasal dari kapsul dosis tinggi maupun dari makanan perlu dikonsumsi dalam jumlah cukup karena retinol yang dikandungnya berguna untuk kekebalan tubuh sehingga menghindari balita terkena infeksi penyakit yang dapat berdampak pada status gizinya (Unicef, 2003)