KAJI ULANG STATUS GIZI ANAK 0-59 BULAN (BERAT BADAN MENURUT UMUR)

MENGGUNAKAN DATA NASIONAL: SUSENAS 1989-2005 PERBANDINGAN STANDAR NCHS/WHO DAN RUJUKAN WHO 2005

Atmarita
Sekretariat Litbangkes, Depkes RI

ABSTRACT

REASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS (WEIGHT OF AGE) FOR CHILDREN 0-59 MONTHS USING NATIONAL DATA SUSENAS 1989-2005 COMPARISON OF WHO STANDARDS AND NCHS REFERENCE

In April 2006, the World Health Organization has launched new standards for assessment growth and development of children 0 to 5 years of age. This new standards should be adopted in all countries. Nationally, Indonesia has been collecting anthropometric data for children under five since 1989 up to 2005 through periodic socio-economic national survey (SUSENAS). The nutritional status based on weight for age using NCHS reference has been assessed to monitor the change of underweight prevalence, especially at provincial and national level. The new standards need to be applied for reassessing the underweight prevalence as part of adoption process. The primary source of data is the 1989-2005 Susenas' Surveys, both the household data, and the individual data, along with the nutrition module. Weight for Age data on nutritional status is described in Z scores from both the NCHS international reference and new WHO standards. Descriptive analyses were carried out reviewing the trend of underweight prevalence from 1989 to 2005, mean weight of children under five both for sexes, the prevalence of underweight across the provinces and by age groups as well both sexes, mean z-scores by age and quintiles, and distribution by quintiles. The results from reassessment showed that the prevalence of moderate underweight generally higher using new WHO standard compared to NCHS/WHO referenceduring the first half infancy 0-5 months and lower for the age above 6 months. However, the prevalence of severe underweight generally higher based on WHO standard compared to NCHS/WHO reference. Differences in prevalence between WHO standard and NCHS reference vary by location (urban, rural), economic status depend, age group, sex, or other population characteristics.

Keywords: comparison, reassessment, underweight prevalence

PENDAHULUAN

Secara berkala Indonesia mengumpulkan data antropometri indeks berat badan menurut umur (BB/U) pada anak balita 0-59 bulan melalui integrasi Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) dari tahun 1989 sampai dengan 2005. Informasi berat badan menurut umur sudah dianalisa menjadi status gizi menggunakan rujukan *the US National Center for Health Statistic (NCHS)* yang direkomendasikan oleh *World Health Organization* (WHO). Angka status gizi menurut rujukan NCHS/WHO ini sudah dipergunakan secara luas di Indonesia.

Pada April 2006, WHO mengeluarkan standar baru secara resmi untuk menilai tumbuh kembang anak 0-5 tahun. Standar ini dikembangkan dari studi yang cukup lama antara tahun 1997 sampai 2003 yang disebut *Multicentre Growth Reference Study (MGRS)*. Tujuan dari MGRS adalah

untuk membuat kurva baru pertumbuhan dan perkembangan untuk anak di seluruh dunia. Standar ini dibuat berdasarkan sampel anak yang dirandom dari populasi di 6 negara: Brazil, Ghana, India,Norwegia, Oman, dan Amerika yang terdiri dari 8500 anak sehat yang diberi ASI. Perhitungan standar ditentukan berdasarkan dua jenis survei: *longitudinal* terhadap anak umur 0-24 bulan dan survei *cross-sectional* anak usia 18-71 bulan.

Standar antropometri yang dihasilkan dari MGRS dianggap baik, karena dipilih anak berasal dari keluarga sehat dan sejahtera, tinggal di lingkungan yang memungkinkan anak mencapai potensi pertumbuhan genetiknya. Ibu dari anak yang dijadikan sampel merupakan ibu yang mempraktekkan pemberian ASI dan tidak merokok. Perbedaan antara standar WHO 2005 dan rujukan NCHS/WHO adalah dari penggunaan populasi dan metodologi. Pada tulisan ini penjelasan tentang metodologi WHO 2005 maupun rujukan NCHS/WHO tidak diuraikan lagi.

Standar WHO 2005 yang telah direkomendasikan secara global untuk dimanfaatkan dalam penilaian status gizi pada balita. Standar WHO 2005 ini mencakup indeks antropometri: Berat Badan menurut Umur (BB/U), Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB), dan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Keseluruhan indeks antropometri ini dibedakan menurut jenis kelamin.

Tindak lanjut dari telah diedarkannya standar balita WHO 2005, berbagai agenda sosialisasi telah dilakukan secara regional oleh WHO, dan Indonesia juga sudah sepakat untuk menggunakan standar ini. Di Indonesia sendiri telah dilakukan diskusi, seminar yang pada intinya melakukan presentasi terhadap analisis data antropometri yang ada untuk menilai kesesuaian standar WHO 2005.

Artikel berikut menguraikan kajian ulang dengan membandingkan perbedaan status gizi balita menggunakan rujukan NCHS/WHO dan standar WHO2005 yang memfokuskan perbedaan prevalensi status gizi menurut berat badan dan umur (BB/U). Kajian ulang ini menguraikan perbedaan prevalensi berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, tempat tinggal (kota-desa) dan tingkat pengeluaran rumah tangga. Selain itu diamati juga berat badan rata-rata anak 0-59 bulan dari Susenas 2005 untuk mengetahui posisinya pada standar WHO 2005.

METODE

Sumber data untuk kajian ulang ini adalah data antropometri yang terintegrasi di Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 1989-2005. Sampel balita untuk pengukuran antropometri tahun 1989, 1992, 1995, 1998, and 2001 mewakili gambaran status gizi untuk nasional dan provinsi; sedangkan sampel tahun 1999, 2000, 2002, 2003 and 2005 bisa mewakili sampai kabupaten. Total sampel dari tiap tahun survei dapat dilihat pada Tabel 1. Tahapan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Menghitung kembali nilai status gizi berdasarkan NCHS/WHO dan Standar WHO 2005 untuk memperoleh Z-Score
2. Mengklasifikasikan nilai z-score untuk menentukan prevalensi status gizi, khususnya gizi buruk (<-3 standar deviasi/SD), dan gizi kurang (-3SD → -2SD).
3. Mengkaji kecenderungan nasional prevalensi status gizi berdasarkan kedua rujukan/standar
4. Mengkaji perbedaan prevalensi status gizi menurut provinsi, tempat tinggal, kelompok umur, jenis kelamin, dan tingkat pengeluaran

5. Mengamati posisi berat badan rata-rata anak Indonesia umur 0-59 bulan menurut standar WHO 2005.

Tabel 1
Jumlah sampel anak 0-59 bulan, Susenas 1989-2005

Susenas tahun	Anak laki-laki	Anak perempuan	Total
1989	7227	6874	14101
1992	17094	16650	33744
1995	13194	12944	26138
1998	13050	12570	25620
1999	40581	38273	78854
2000	36381	34221	70602
2001	6121	5572	11693
2002	38072	36465	74537
2003	39982	37292	77274
2005	48530	46307	94837

Proses kaji ulang berikut ini dikelompokkan menjadi 5 yaitu:

1. Melakukan kaji ulang prevalensi status gizi tingkat nasional untuk data antropometri tahun 1989 sampai dengan 2005
2. Melakukan kaji ulang prevalensi status gizi tingkat provinsi dan prevalensi menurut tempat tinggal untuk data antropometri tahun 2000.
3. Melakukan kaji ulang prevalensi status gizi menurut kelompok umur dan jenis kelamin untuk data antropometri tahun 2002.
4. Melakukan kaji ulang prevalensi status gizi menurut tingkat pengeluaran per kapita terutama untuk kelompok pengeluaran terendah (kuintil 1 – Q1) dan tertinggi (kuintil 5 – Q5) untuk data antropometri tahun 2003.
5. Mengamati rerata berat badan anak Indonesia usia 0-59 bulan menurut jenis kelamin dibanding dengan standar WHO 2005

HASIL

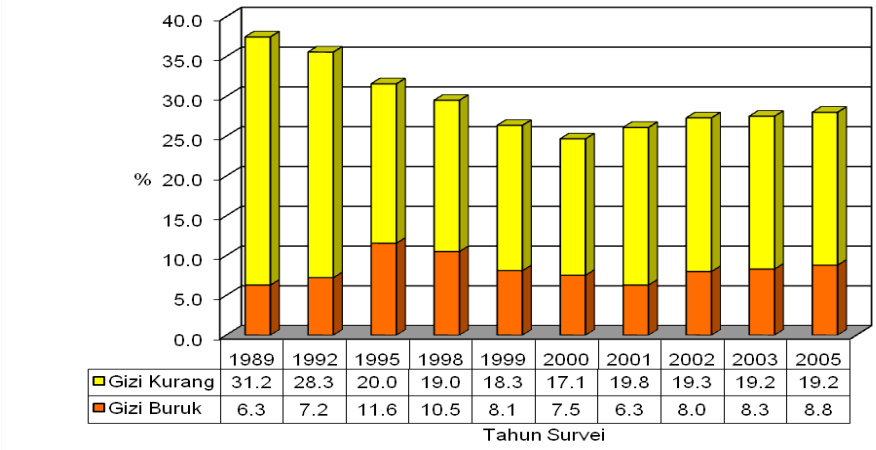
Kecenderungan Prevalensi Status Gizi (Nasional)

Kaji ulang kecenderungan prevalensi status gizi nasional dilakukan dari seluruh data set antropometri pada Susenas tahun 1989-2005. Prevalensi dibedakan menjadi dua: Gizi Buruk (<-3SD), dan Gizi Kurang (-3SD→-2SD). Kecenderungan nasional dari kedua rujukan dapat dilihat pada Grafik 1.

Secara umum pola kecenderungan terlihat sama antara NCHS/WHO dan WHO 2005. Gabungan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang menurut NCHS/WHO cenderung lebih tinggi dibanding WHO 2005. Akan tetapi prevalensi gizi buruk (<-3SD) menurut standar WHO 2005 memperlihatkan angka prevalensi lebih tinggi dibanding NCHS/WHO, sebaliknya prevalensi gizi kurang menurut WHO 2005 angka prevalensi lebih rendah dibanding NCHS/WHO.

Grafik 1
Prevalensi Status Gizi anak 0-59 bulan menurut NCHS/WHO dan Standar WHO 2005

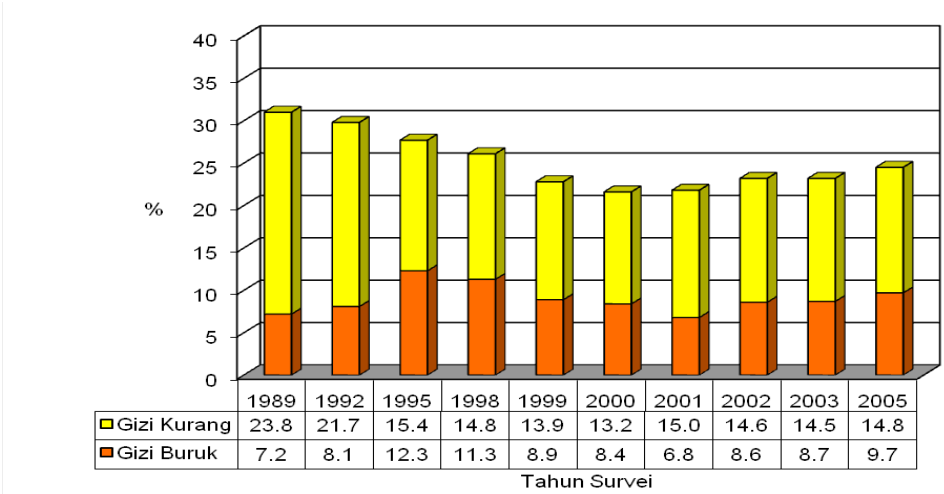
NCHS/WHO



	1989	1992	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
Gizi Kurang	31.2	28.3	20.0	19.0	18.3	17.1	19.8	19.3	19.2	19.2
Gizi Buruk	6.3	7.2	11.6	10.5	8.1	7.5	6.3	8.0	8.3	8.8

Tahun Survei

WHO 2005



Perbedaannya dapat dilihat pada Tabel 2. Kecenderungan besar perbedaan prevalensi dari setiap tahun tidak selalu sama. Untuk prevalensi status gizi buruk, perbedaan prevalensi bervariasi dari yang terendah 0,4 persen tahun 2003 sampai tertinggi 0,9 persen pada tahun 1989, 1992, 2000, dan 2005. Seperti diuraikan di atas, berdasarkan standar WHO 2005, prevalensi status gizi buruk lebih tinggi dari NCHS/WHO. Kebalikannya untuk prevalensi status gizi kurang, besar perbedaan prevalensi bervariasi dari yang terendah -7,4 persen tahun 1989 dan yang tertinggi -3,9 persen tahun 2000. Perbedaan prevalensi dari tahun ke tahun yang tidak konsisten, kemungkinan disebabkan oleh komposisi umur dan besar sampel yang tidak sama, termasuk variasi cara pengukuran pada saat pengumpulan data dilakukan.

Tabel 2
Angka prevalensi status gizi anak 0-59 bulan menurut NCHS/WHO dan WHO 2005 serta perbedaannya.

Tahun Survei	NCHS/WHO-Gizi Buruk	NCHS/WHO-Gizi Kurang	WHO 2005 – Gizi Buruk	WHO 2005-Gizi Kurang	Beda (Gizi Buruk)	Beda (Gizi Kurang)
1989	6,3	31,2	7,2	23,8	0,9	-7,4
1992	7,2	28,3	8,1	21,7	0,9	-6,6
1995	11,6	20,0	12,3	15,4	0,7	-4,6
1998	10,5	19,0	11,3	14,8	0,8	-4,2
1999	8,1	18,3	8,9	13,9	0,8	-4,4
2000	7,5	17,1	8,4	13,2	0,9	-3,9
2001	6,3	19,8	6,8	15,0	0,5	-4,8
2002	8,0	19,3	8,6	14,6	0,6	-4,7

2003	8,3	19,2	8,7	14,5	0,4	-4,7
2005	8,8	19,2	9,7	14,8	0,9	-4,4

Perbedaan Prevalensi Status Gizi menurut Provinsi

Kaji ulang perbedaan prevalensi menurut provinsi dilakukan menurut angka prevalensi gabungan gizi buruk dan gizi kurang (<-2SD) untuk data tahun 2000. Diamati juga perbedaannya menurut tempat tinggal: Kota dan Desa.

Grafik 2 memperlihatkan angka prevalensi gizi kurang konsisten lebih rendah berdasarkan standar WHO 2005 dibanding NCHS/WHO untuk seluruh provinsi. Hanya besar beda prevalensinya yang bervariasi, dari yang terendah di Maluku dan Kalimantan Tengah (0,7%) dan yang tertinggi pada beberapa provinsi: NTB, NTT, Sulawesi Selatan, dan Kalimantan Barat (3,9%).

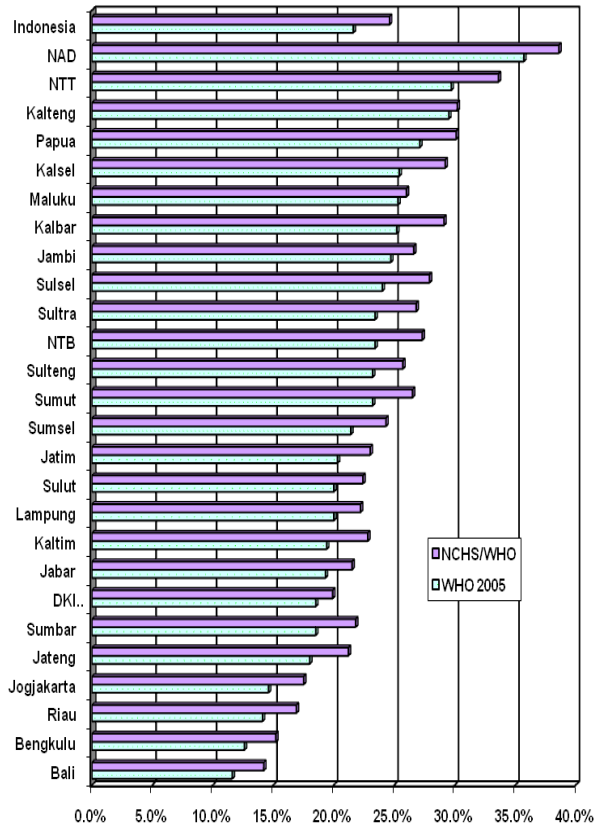
Besar perbedaan prevalensi menurut tempat tinggal (Kota dan Desa) dapat di lihat pada tabel 3. Jumlah sampel untuk perkotaan adalah 25 864, dan perdesaan 44 738. Hampir semua provinsi menunjukkan prevalensi status gizi kurang lebih rendah dengan menggunakan standar WHO 2005 dibanding NCHS/WHO, kecuali provinsi Maluku dan hanya untuk yang bertempat tinggal di perkotaan. Tidak diketahui penyebabnya secara pasti, hanya ada kemungkinan jumlah sampel yang mempengaruhi beda prevalensi di Maluku (khususnya perkotaan) menjadi lebih tinggi menggunakan standar WHO 2005.

Adapun variasi besar beda prevalensi untuk perkotaan adalah dari yang terendah -0,5 persen di Provinsi Riau sampai yang tertinggi -4,9 persen di Provinsi NTB. Sedangkan untuk wilayah perdesaan, dari yang terendah -0,3 persen di Kalimantan Tengah sampai tertinggi-4,7 persen di Provinsi Kalimantan Barat. Prevalensi status gizi kurang untuk Maluku (perdesaan), konsisten lebih rendah menggunakan standar WHO 2005.

Grafik 2
Beda Prevalensi Gizi Kurang Anak 0-59 bulan tingkat provinsi menurut WHO 2005 dan NCHS/WHO, tahun 2000

Provinsi	WHO 2005	NCHS/WHO	Beda
Bali	11.6%	14.2%	-2.6%
Bengkulu	12.6%	15.2%	-2.6%
Riau	14.1%	16.9%	-2.8%
Jogjakarta	14.6%	17.5%	-2.9%
Jateng	18.0%	21.2%	-3.2%
Sumbar	18.5%	21.8%	-3.3%

DKI Jakarta	18.5%	19.9%	-1.4%
Jabar	19.3%	21.5%	-2.2%
Kaltim	19.4%	22.8%	-3.4%
Lampung	20.0%	22.2%	-2.2%
Sulut	20.0%	22.4%	-2.4%
Jatim	20.3%	23.0%	-2.7%
Sumsel	21.4%	24.3%	-2.9%
Sumut	23.2%	26.5%	-3.3%
Sulteng	23.2%	25.7%	-2.5%
NTB	23.4%	27.3%	-3.9%
Sultra	23.4%	26.8%	-3.4%
Sulsel	24.0%	27.9%	-3.9%
Jambi	24.7%	26.6%	-1.9%
Kalbar	25.2%	29.1%	-3.9%
Maluku	25.3%	26.0%	-0.7%
Kalsel	25.4%	29.2%	-3.8%
Papua	27.1%	30.1%	-3.0%
Kalteng	29.5%	30.2%	-0.7%
NTT	29.7%	33.6%	-3.9%
NAD	35.7%	38.6%	-2.9%
Indonesia	21.6%	24.6%	-3.0%



Tabel 3
Beda Prevalensi Gizi Kurang Anak 0-59 bulan berdasarkan Tempat Tinggal (Kota-Desa) menurut WHO 2005 dan NCHS/WHO, tahun 2000

Kota (N=25864)
Desa (N=44738)

Provinsi	WHO 2005	NCHS/WHO	Beda
NTB	19.9%	24.8%	-4.9%
Sumut	19.8%	23.9%	-4.1%
Kaltim	19.2%	23.2%	-4.0%
Sumsel	18.6%	22.6%	-4.0%
NTT	23.7%	27.5%	-3.8%
Sulsel	22.5%	26.2%	-3.7%
Bali	9.1%	12.6%	-3.5%
Sumbar	15.1%	18.4%	-3.3%
Jogjakarta	11.9%	15.0%	-3.1%
Sultra	18.7%	21.8%	-3.1%
Jateng	16.8%	19.6%	-2.8%
Kalsel	23.7%	26.5%	-2.8%
Bengkulu	10.1%	12.8%	-2.7%
NAD	22.9%	25.6%	-2.7%
Jatim	17.7%	20.2%	-2.5%
Sulut	20.3%	22.6%	-2.3%
Papua	26.5%	28.4%	-1.9%
Jambi	18.6%	20.4%	-1.8%
Lampung	20.0%	21.8%	-1.8%
Jabar	17.7%	19.4%	-1.7%
Sulteng	16.7%	18.4%	-1.7%
Kalteng	24.0%	25.6%	-1.6%
DKI Jakarta	18.5%	19.9%	-1.4%
Kalbar	19.8%	21.1%	-1.3%
Riau	15.3%	15.8%	-0.5%
Maluku	25.8%	23.1%	2.7%
Indonesia	18.4%	21.1%	-2.7%

Provinsi	WHO 2005	NCHS/WHO	Beda
Kalbar	27.0%	31.7%	-4.7%
Maluku	24.6%	29.1%	-4.5%
Riau	13.4%	17.5%	-4.1%
Kalsel	26.0%	30.1%	-4.1%
Sulsel	24.6%	28.5%	-3.9%
NTT	30.8%	34.7%	-3.9%
Sultra	24.8%	28.4%	-3.6%
Jateng	18.9%	22.4%	-3.5%
Papua	27.3%	30.8%	-3.5%

NTB	24.6%	28.0%	-3.4%
Sumbar	20.4%	23.7%	-3.3%
Jatim	21.9%	24.9%	-3.0%
Sulteng	25.8%	28.7%	-2.9%
NAD	40.9%	43.8%	-2.9%
Jogjakarta	19.7%	22.4%	-2.7%
Kaltim	19.8%	22.5%	-2.7%
Sumut	26.5%	29.1%	-2.6%
Jabar	20.6%	23.1%	-2.5%
Sulut	19.8%	22.3%	-2.5%
Sumsel	22.8%	25.2%	-2.4%
Lampung	20.0%	22.4%	-2.4%
Bengkulu	14.0%	16.4%	-2.4%
Jambi	27.5%	29.6%	-2.1%
Bali	13.5%	15.4%	-1.9%
Kalteng	32.3%	32.6%	-0.3%
Indonesia	23.5%	26.7%	-3.2%

Perbedaan Prevalensi Status Gizi menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin

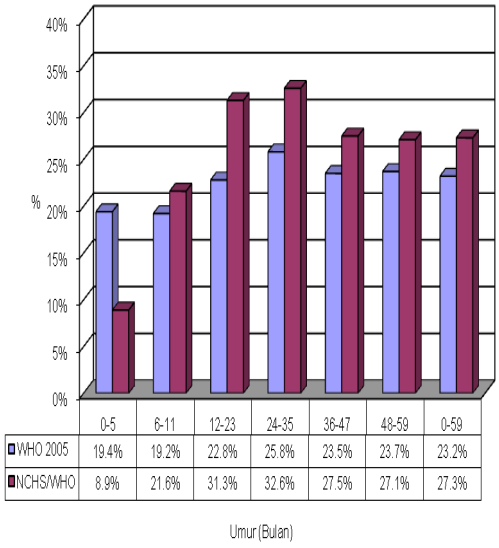
Kaji ulang prevalensi status gizi menurut kelompok umur dan jenis kelamin menggunakan data antropometri pada Susenas tahun 2002. Jumlah sampel balita seperti yang tercantum pada tabel 1 adalah 74537 terbagi menjadi anak laki-laki: 38072 dan anak perempuan 36465.

Pada kajian ini membagi sampel menjadi 6 kelompok umur : 0-5 bulan, 6-11 bulan, 12-23 bulan, 24-35 bulan, 36-47 bulan, dan 48-59 bulan, dan juga untuk masing-masing jenis kelamin. Pada gambaran beda prevalensi tanpa membedakan jenis kelamin dapat dilihat pada grafik 3. Secara keseluruhan prevalensi gizi kurang konsisten lebih rendah menggunakan standar WHO 2005 dibanding NCHS/WHO. Akan tetapi terlihat sangat mencolok untuk kelompok umur 0-5 bulan, prevalensi gizi kurang jauh lebih tinggi menggunakan standar WHO 2005 dibanding NCHS/WHO. Dapat dilihat prevalensi gizi kurang untuk kelompok umur 0-5 bulan adalah 19,4 persen menggunakan standar WHO 2005, sementara dengan NCHS/WHO, prevalensinya adalah 8,9 persen; atau beda prevalensinya 10,5 persen lebih tinggi menurut WHO 2005.

Selanjutnya pada kelompok umur 6-11 bulan sampai dengan 48-59 bulan, prevalensi gizi kurang menjadi lebih rendah menggunakan standar WHO 2005 dibanding NCHS/WHO. Beda prevalensi untuk masing-masing kelompok umur bervariasi, dari yang terendah pada kelompok umur 6-11 bulan (-2,4%) sampai yang tertinggi kelompok umur 12-23 bulan (-8,5%).

Grafik 3
Beda Prevalensi Gizi Kurang berdasarkan Kelompok Umur menurut WHO 2005 dan NCHS/WHO, tahun 2002

Umur	Beda
0-5	10.5%
6-11	-2.4%
12-23	-8.5%
24-35	-6.8%
36-47	-4.0%
48-59	-3.4%
0-59	-4.1%



Menurut jenis kelamin, perbedaan prevalensi konsisten seperti uraian di atas, bahwa pada kelompok umur 0-5 bulan prevalensi gizi kurang lebih tinggi menurut standar WHO 2005 dibanding NCHS/WHO. Pada Tabel 4 dapat dilihat bahwa pada anak laki-laki beda prevalensi jauh lebih besar dibanding anak perempuan (13,1% dan 7,9%). Selanjutnya konsisten, pada kelompok umur 6-11 bulan sampai 48-59 bulan prevalensi status gizi konsisten cenderung lebih rendah menurut standar WHO 2005 dibanding NCHS/WHO.

Tabel 4
Beda Prevalensi Gizi Kurang Anak 0-59 bulan berdasarkan Jenis Kelamin menurut WHO 2005 dan NCHS/WHO, tahun 2002

Anak Laki-laki
Anak Perempuan

Umur (bulan)	WHO 2005	NCHS/ WHO	Beda
0-5	22.3%	9.2%	13.1%
6-11	23.4%	24.7%	-1.3%

12-23	26.0%	34.8%	-8.8%
24-35	28.9%	35.2%	-6.3%
36-47	24.7%	27.2%	-2.5%
48-59	23.6%	28.2%	-4.6%
0-59	25.4%	29.0%	-3.6%

Umur (bulan)	WHO 2005	NCHS/ WHO	Beda
0-5	16.5%	8.6%	7.9%
6-11	15.0%	18.6%	-3.6%
12-23	19.2%	27.7%	-8.5%
24-35	22.7%	30.0%	-7.3%
36-47	22.4%	27.7%	-5.3%
48-59	23.8%	26.0%	-2.2%
0-59	20.9%	25.5%	-4.6%

Dari kajian ini, dapat dikatakan bahwa berat badan anak usia 0-5 bulan menurut standar WHO 2005 diklasifikasikan kurang berat, sehingga prevalensi gizi kurang pada kelompok ini menjadi sangat tinggi jika ditentukan menurut NCHS/WHO. Jika dikaitkan dengan persentase jumlah bayi yang menyusui eksklusif pada tahun yang sama, yaitu hanya 7,8 persen (SDKI 2002/2003), maka bisa dijelaskan bahwa ada kemungkinan rendahnya proporsi menyusui eksklusif berpengaruh pada tingginya prevalensi gizi kurang pada kelompok umur yang sama.

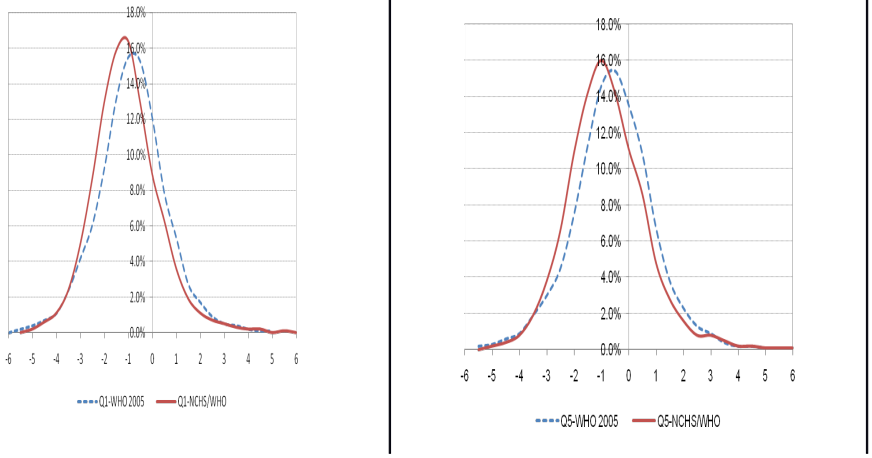
Perbedaan Prevalensi Status Gizi menurut Tingkat Pengeluaran

Perbedaan prevalensi status gizi dikaji juga berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga perbulan. Data yang digunakan adalah data antropometri dari Susenas 2003. Tingkat pengeluaran rumah tangga per bulan yang dikumpulkan Susenas 2003 diklasifikasikan menjadi 5 kuintil (masing-masing 20%) yaitu sebagai berikut:

Klasifikasi	Rerata Tingkat Pengeluaran (Rupiah)
Kuintil 1 (Q1)	496.189,48
Kuintil 2 (Q2)	642.531,42
Kuintil 3 (Q3)	770.049,94
Kuintil 4 (Q4)	971.026,67
Kuintil 5 (Q5)	1.594.038,82

Untuk menunjukkan perbedaan, kajian berikut hanya membandingkan kelompok dengan rerata tingkat pengeluaran terendah (Q1) dengan tertinggi (Q5). Jumlah sampel anak 0-59 bulan untuk kelompok Q1 adalah 15247 dan kelompok Q5 adalah 10544. Grafik 4 menunjukkan distribusi menurut nilai Z-score dari masing-masing kelompok Q1 dan Q5.

Grafik 4
Distribusi status gizi anak 0-59 bulan berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga terendah (Q1) dan tertinggi (Q5) menurut Standar WHO 2005 dan NCHS/WHO



Nilai mean z-score dari masing-masing distribusi di atas adalah sebagai berikut:

Tingkat Pengeluaran	WHO 2005	NCHS/WHO
Q1	-1,10	-1,32
Q5	-0,82	-1,05

Nilai z-score untuk masing-masing distribusi baik menurut WHO 2005 maupun NCHS/WHO secara konsisten kelompok pengeluaran Q5 lebih baik dari kelompok Q1. Pada WHO 2005 nilai mean z-score untuk Q1 adalah -1,10 sedangkan untuk Q5 adalah -0,82. Nilai ini lebih baik dibanding NCHS/WHO (Q1: -1,32, dan Q5: -1,05).

Gambaran distribusi status gizi diatas lebih jelas dengan menunjukkan angka prevalensi dari masing-masing kelompok pengeluaran rumah tangga seperti terlihat pada tabel 5 berikut. Secara konsisten ditunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang pada kelompok umur 0-5 bulan baik pada tingkat pengeluaran terendah (Q1) maupun tertinggi (Q5) berdasarkan WHO 2005 lebih tinggi dibanding NCHS/WHO. Selanjutnya pada usia 6 bulan keatas terjadi sebaliknya, yaitu prevalensi status gizi menurut standar WHO 2005 lebih rendah dibanding NCHS/WHO. Perlu diamati juga bahwa pada kelompok umur 0-5 bulan menurut kedua standar menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang pada kelompok pengeluaran Q5

cenderung lebih tinggi dibanding kelompok Q1.

Tabel 5
Beda Prevalensi Gizi Kurang berdasarkan Kelompok Umur menurut WHO 2005 dan NCHS/WHO, tahun 2003

Umur (Bulan)	Q1-WHO 2005	Q1-NCHS/ WHO	Beda	Q5-WHO 2005	Q5-NCHS/ WHO	Beda
0-5	13.4%	8.9%	4.5%	17.2%	10.3%	6.9%
6-11	16.1%	20.3%	-4.2%	13.6%	17.1%	-3.5%
12-23	23.6%	34.1%	-10.5%	15.4%	24.1%	-8.7%
24-35	27.3%	36.7%	-9.4%	21.2%	29.0%	-7.8%
36-47	26.6%	32.4%	-5.8%	19.4%	23.7%	-4.3%
48-59	26.9%	31.1%	-4.2%	18.7%	21.9%	-3.2%

Posisi Rerata Berat Badan Anak 0-59 bulan anak Indonesia pada Standar WHO 2005

Pengamatan nilai berat badan rata-rata anak Indonesia usia 0-59 bulan dilakukan menggunakan data antropometri dari Susenas tahun 2005. Berdasarkan Tabel 1, jumlah sampel adalah 94 837 dengan rincian anak laki-laki 48 530, dan anak perempuan 46 307. Nilai berat badan rata-rata untuk setiap umur anak Indonesia dibandingkan dengan nilai rata-rata berat badan standar WHO 2005 menurut nilai 3 persentil, nilai median (50 persentil), dan 97 persentil (Lihat grafik 5).

Dapat dilihat bahwa anak Indonesia lahir dengan nilai berat-badan rata-rata cenderung hampir sama dengan nilai berat badan rata-rata standar WHO 2005. Akan tetapi terjadi kecenderungan "*growth faltering*" pada usia 6 bulan untuk anak laki-laki dan usia 9 bulan untuk anak perempuan. Kejadian ini semakin memburuk mengikuti pertambahan usia, dimana nilai berat badan rata-rata semakin menjauhi median (50 persentil) atau mendekati batas bawah (3 persentil) dari standar WHO.

KESIMPULAN

Dari hasil kaji ulang prevalensi status gizi anak 0-59 bulan menggunakan standar WHO 2005 dan membandingkan dengan NCHS/WHO, dapat diambil beberapa catatan sebagai berikut:

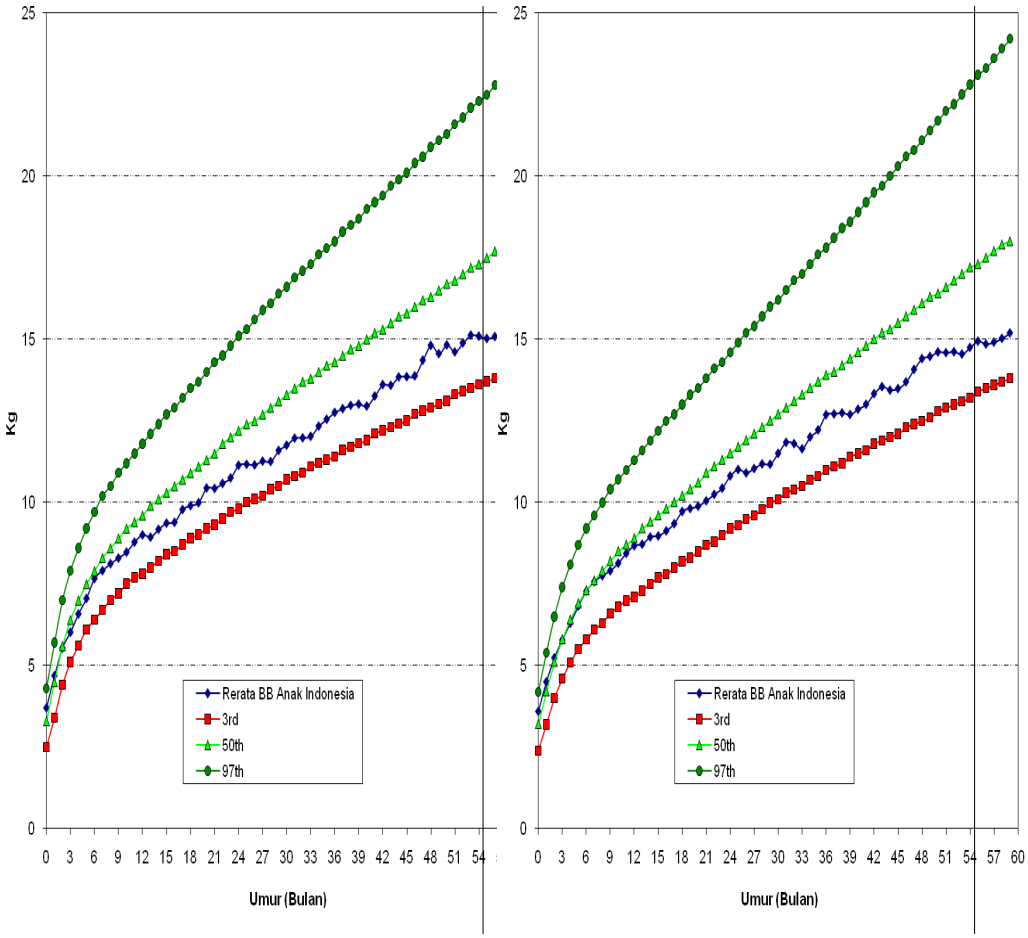
1. Standar WHO/2005 memberikan gambaran prevalensi status gizi kurang anak balita lebih rendah dibanding dengan rujukan sebelumnya, NCHS/WHO, kecuali prevalensi gizi buruk.
2. Menggunakan standar WHO 2005, secara konsisten prevalensi pada kelompok di bawah 6 bulan cenderung lebih tinggi, bisa sampai dua kali lipat atau lebih dibanding NCHS/WHO.
3. Data anak Indonesia, dimana menyusui eksklusif relatif rendah dengan sebagian besar umumnya penduduk hidup dengan lingkungan yang kurang baik, nampak tercermin dari prevalensi status gizi yang tinggi, terutama pada kelompok anak di bawah 6 bulan.

4. **Nilai berat badan rata-rata anak Indonesia usia 0-59 bulan yang cenderung menjauhi median standar WHO 2005 setelah usia 6 bulan pada anak laki-laki atau 9 bulan pada anak perempuan kemungkinan terjadi karena karakteristik anak Indonesia yang berbeda, mulai dari aspek pemberian ASI, Makanan Pendamping ASI, lingkungan, atau kemiskinan.**

5. **Perbedaan nilai prevalensi yang dikaji ulang dari data antropometri di Susenas ini, pada umumnya konsisten rendah, akan tetapi besar beda prevalensi bervariasi tergantung karakteristik penduduk, jumlah sampel yang dinilai menurut kelompok umur.**

Grafik 5
Posisi Nilai rata-rata Berat Badan anak Indonesia usia 0-59 bulan terhadap nilai standar WHO 2005: 3 persentil, 50 persentil, dan 97 persentil

Anak laki-laki: 48395 **Anak Perempuan: 46247**



RUJUKAN

1. Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003. Jakarta, BKKBN. 2004.
2. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development, Geneva, 2006.
3. World Health Organization. Manual WHO Anthro 2005 for Personal Computers: Software for assessing growth and development of the world's children, Geneva, 2006.