

**STATUS GIZI KURUS ANAK USIA (24-59) BULAN DENGAN  
DI NANGGROE ACEH DARUSSALAM  
Analisis Data Surkesda NAD 2006**

**Sri Muljati dan Sandjaja**

Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, Depkes RI

**ABSTRACT**

**THE PREVALENCE OF WASTING OF CHILDREN AGE 24-59 MONTHS  
IN NANGGROE ACEH DARUSSALAM**

Surkesda NAD 2006 as post tsunami household health survey and covering all 21 districts/cities had assessed child nutritional status (*wasting*), with cut-off point  $<-2.00$  SD for age 24-59 months. A total sample of 922 children was included in the assessment. The objective of this study is to analyze child nutritional status and factors related to the status in NAD after tsunami. The study revealed that the prevalence of *wasting* in NAD was 16.7% (ranges from 5.9%-31.3%). The prevalence of *wasting* in NAD were higher than those of Indonesia. Multivariate analysis identified various factors that associated with the prevalence of *wasting*. Higher risk of *wasting* was identified for children (24-59 months) with absence of BCG immunization (OR=1.63), and those attending out-patient clinics for treatment of their illnesses (OR=1.47). It is recommended that intensive nutrition program be implemented in high areas of *wasting* through exclusive breast feeding promotion, proper complementary food distribution, growth monitoring and promotion, IEC for nutrition and child caring practices.

**Keywords:** child nutritional status, tsunami, Aceh, balita

**PENDAHULUAN**

Status gizi balita merupakan salah satu parameter yang digunakan untuk mengukur keberhasilan peningkatan program kesehatan masyarakat. Menurut Caulfield dan Black (2002)<sup>1</sup>, status gizi kurang pada balita menyumbang 60 persen kematian anak sebagai *underlying causes* terhadap penyakit infeksi penyebab langsung kematian. Dengan demikian peningkatan status gizi balita akan berdampak terhadap penurunan morbiditas dan mortalitas pada anak. Status gizi bukan hanya berdampak pada dimensi kesehatan, tetapi juga pada kualitas sumber daya manusia, kecerdasan dan prestasi belajar serta ketenagakerjaan.

Berat badan (Kg) menurut Tinggi badan (Cm) atau BB/TB merupakan salah satu indeks yang digunakan untuk menentukan status gizi ini atau kurang gizi akut pada balita yang dikelompokkan dalam empat kategori yaitu gemuk, normal, kurus dan kurus sekali. Pada keadaan yang baik berat

badan anak akan berbanding lurus dengan tinggi badannya, dengan kata lain berat badan akan seimbang dengan tinggi badannya. Bila terjadi kondisi kesehatan yang memburuk seperti kejadian diare, berat badan akan berubah karena sifatnya yang labil sedangkan tinggi badan tidak terpengaruh. Akibatnya berat badan dalam waktu singkat akan menjadi tidak seimbang dengan tinggi badannya. Keadaan ini lebih dikenal dengan istilah *wasting*. Indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) atau *wasting* merupakan indeks yang sensitif untuk memberikan indikasi tentang masalah gizi saat ini atau masalah kurang gizi akut. Hal ini disebabkan kenaikan atau penurunan berat badan yang terjadi dalam waktu yang relatif tidak lama karena penyakit infeksi, kekurangan intake makanan yang akut atau sebab yang lain. Di sisi lain indeks BB/TB tidak sensitif untuk memberikan indikasi tentang masalah gizi kronis karena indeks tidak menggunakan referensi waktu atau umur.

Indeks BB/TB berguna terutama untuk pemilihan sasaran (targeting) bagi tindakan segera, seperti pemeriksaan kesehatan, pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan agar kembali memiliki berat badan yang seimbang dengan tinggi badannya atau dalam bentuk tindakan untuk memperbaiki lingkungan yang kurang sehat (Jahari 2002)<sup>2</sup>.

Menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT, 2004)<sup>3</sup> prevalensi *wasting* pada balita di kawasan Sumatera sebesar 11,9 persen. Hasil Survei Kesehatan Daerah (surkesda) di Namgroe Aceh Daerah (NAD, 2006)<sup>4</sup> menunjukkan bahwa prevalensi *wasting* sebesar 16,7 persen, tertinggi di Aceh Timur (31,3%) dan Kota Lhokseumawe yaitu 29,4 persen, terendah di kabupaten Aceh Tengah (5,9%) dan kabupaten Aceh Tenggara (7,3%).

Konsekuensi jangka panjang balita penderita *wasting* adalah gangguan pertumbuhan pada usia selanjutnya dan defisit tingkat kecerdasan. Masih tingginya prevalensi *wasting* mempunyai implikasi bahwa Indonesia menghadapi resiko generasi yang hilang. Kondisi ini akan berpengaruh terhadap rendahnya kualitas sumber daya manusia. Padahal status gizi balita merupakan salah satu indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Wilayah NAD pernah mengalami konflik berkepanjangan yang mengakibatkan gangguan terhadap ketersediaan pangan pada tingkat rumah tangga dan keterbatasan masyarakat dalam akses terhadap pelayanan kesehatan. Keadaan ini diperparah dengan gempa bumi dan bencana tsunami yang terjadi pada akhir tahun 2005 dan meluluh lantakan fasilitas umum di sebahagian besar wilayah NAD. Bencana alam dan krisis keamanan merupakan keadaan luar biasa, dalam kondisi demikian sebahagian masyarakat miskin terutama balita berisiko untuk menjadi kurus.

Analisis ini bertujuan mendapatkan informasi tentang *wasting* pada balita umur 24-59 bulan di NAD dan faktor lain yang berperan terhadap kejadian tersebut. Hal ini sangat diperlukan terutama dalam program

penentuan sasaran perbaikan kesehatan dan gizi pada balita di NAD.

## METODE

Keterkaitan berbagai faktor terhadap kejadian kurang gizi pada balita secara lugas dikemukakan UNICEF (1990)<sup>5</sup>. Pada tingkat penyebab tidak langsung, ketersediaan makanan dalam rumahtangga dan pola asuh orangtua terhadap anaknya mempengaruhi tingkat konsumsi anak. Sedangkan risiko terjadinya penyakit infeksi terkait dengan pola asuh orangtua terhadap anak, tingkat higiene dan sanitasi lingkungan, termasuk penyediaan air bersih, serta akses dan mutu pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat.

Pada tingkat pokok masalah di masyarakat, kemiskinan yang masih tinggi di masyarakat, tingkat pendidikan yang rendah, ketersediaan pangan di tingkat masyarakat, dan kesempatan kerja yang kurang, ikut berperan dalam status gizi.

Karena keterbatasan data dan variabel yang tersedia, tidak semua faktor yang dikemukakan oleh UNICEF dapat dianalisis namun variabel-variabel yang tersedia dan relevan dengan status gizi disertakan dalam analisis.

## Sumber Data

Data yang digunakan untuk analisis lanjut status gizi di NAD diambil dari berbagai sumber, Sumber utama adalah Surkesda NAD 2006 yang terdiri dari 2 kuesioner yaitu kuesioner individu (Surkesda NAD,IND) dan kuesioner rumahtangga (Surkesda NAD,RT), Data utama yaitu antropometri (berat badan, tinggi badan) untuk mengukur status gizi dan beberapa karakteristik balita terdapat dalam kuesioner Surkesda NAD,IND dihubungkan dengan data tentang karakteristik kepala keluarga dan ibu yang terdapat dalam kuesioner Surkesda NAD,IND, Selanjutnya dihubungkan dengan karakteristik rumahtangga yang terdapat dalam kuesioner Surkesda NAD,RT,

Surkesda NAD 2006 mengikuti kerangka pengambilan sampel (*sampling*

frame) Susenas 2005, Oleh karena itu data yang terdapat dalam kuesioner Susenas Kor (VSEN2005,KOR) dan Susenas Suplemen Modul Kesehatan. Variabel-variabel yang relevan dengan status gizi balita diambil dari kuesioner tersebut yaitu karakteristik rumah tangga dan anak balita. Dengan demikian, terdapat variabel-variabel yang terdapat dalam empat kuesioner dijadikan menjadi satu sebelum dianalisis yaitu kuesioner Surkesda NAD.IND. Surkesda NAD.RT, VSEN2005.KOR, dan Suplemen Modul Kesehatan,

### Manajemen Data

Data dari Surkesda NAD 2006 dan Susenas 2005 terdapat dalam empat *electronic data files*. Melalui proses *merging file* keempat *files* tersebut dibuat menjadi satu *file* memuat variabel-variabel yang relevan dengan status gizi balita. Dalam proses *merging file* beberapa *record* tidak dapat di-link dari *file* lainnya karena tidak ada *key variable* yang sama. Dengan demikian, jumlah balita yang dapat diolah dalam analisis lanjut ini lebih sedikit dibanding dengan data status gizi yang terdapat dalam kuesioner Surkesda NAD.IND.

Penilaian status gizi dilakukan dengan menggunakan program Anthro1 dari WHO. Status gizi yang diolah yaitu *wasting* (berat badan menurut tinggi badan atau BB/TB). Hasil dari program Anthro1 yang digunakan adalah nilai *Z-Score* BB/TB; dari nilai *Z-Score* indeks tersebut kemudian dikelompokkan menjadi dua katagori yaitu status gizi normal (*Z-Score*  $\geq -2,00$  SD), gizi kurus atau *wasting* (*Z-Score*  $< -2,00$  SD),

Sebelum analisis terlebih dahulu dilakukan *consistency check* terhadap data hasil *merging* dari 4 sumber data *file* dan dilakukan pembobotan (*weighting*) pada setiap *record* sesuai dengan nilai *inflate* yang sudah tersedia dalam *file*, Bobot (*Weight*) dihitung dengan cara nilai *inflate* setiap *record* dibagi dengan nilai rata-rata *inflate*,

### Analisis

Analisis terdiri dari empat tahap yaitu analisis *univariate*, *bivariate*, *multivariate*,

dan agregat, Analisis *univariate* ditujukan untuk mengetahui sebaran nilai suatu variabel, sebagai bahan untuk pengelompokan bila dalam analisis selanjutnya diperlukan pengelompokan. Analisis *bivariate* ditujukan untuk menilai hubungan indikator kunci yaitu status gizi balita (*wasting*) dengan variabel independen yang sesuai. Uji yang digunakan untuk menilai hubungan adalah uji *Chi-square test*. Analisis *multivariate* dilakukan untuk menilai hubungan status gizi (*wasting*) dengan beberapa variabel independen sekaligus dengan menggunakan regresi logistik ganda.

### HASIL

#### **Balita Wasting Menurut Daerah**

Beberapa kabupaten/ kota di NAD mengalami dampak tsunami yang cukup parah dan lebih dari 1,5 persen penduduk meninggal akibat tsunami/ gempa bumi, Kerusakan bangunan juga bervariasi, Pada Tabel 1 disajikan status gizi *wasting* pada balita menurut kabupaten, Bila kabupaten/ kota dikelompokkan menurut kriteria kerusakan bangunan/ rumah, terlihat tidak ada perbedaan yang bermakna pada prevalensi balita *wasting*, Di kelompok kabupaten yang terkena tsunami tingkat ringan, sedang dan berat, prevalensi balita *wasting* masing-masing sebesar 16,2 persen, 15,8 persen dan 19,0 persen (Tabel 2). Dengan demikian, tsunami tidak mempunyai hubungan yang erat dengan prevalensi balita *wasting*.

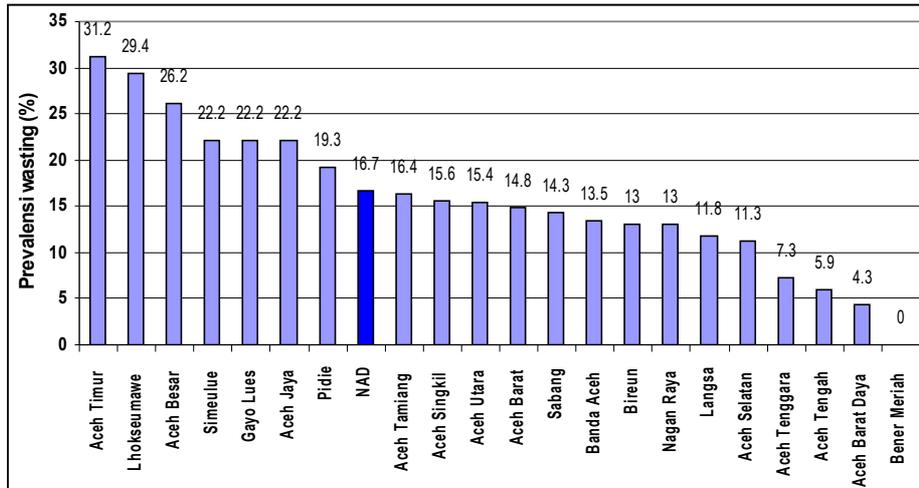
Pada Tabel 1 dan Gambar 1 terlihat bahwa prevalensi *wasting* di NAD sebesar 16,7 persen, tergolong cukup tinggi karena di atas 10,0 persen. Sama seperti prevalensi gizi kurang, prevalensi *wasting* antar kabupaten terdapat kesenjangan yang lebar. Prevalensi *wasting* tertinggi di Kabupaten Aceh Timur (31,3%) dan Lhokseumawe (29,4%). Bila kabupaten dengan sampel balita kurang dari 30 anak tidak diperhitungkan karena sampel yang kecil, prevalensi *wasting* terendah terdapat di Kabupaten Aceh Tengah (5,9%), dan Aceh Tenggara (7,3%),

Tabel 1  
Prevalensi Status Gizi *Wasting* (BB/TB) pada Balita Menurut Kabupaten/Kota,  
Surkesda NAD 2006

No	Kabupaten/ Kota	Sampel (n)	Status Gizi (BB/TB)	
			Normal	<i>Wasting</i>
01	Simeulue	18	77,8*	22,2*
02	Aceh Singkil	32	84,4	15,6
03	Aceh Selatan	53	88,7	11,3
04	Aceh Tenggara	41	92,7	7,3
05	Aceh Timur	80	68,8	31,3
06	Aceh Tengah	51	94,1	5,9
07	Aceh Barat	27	85,2*	14,8*
08	Aceh Besar	61	73,8	26,2
09	Pidie	109	80,7	19,3
10	Bireun	69	87,0	13,0
11	Aceh Utara	117	84,6	15,4
12	Aceh Barat Daya	23	95,7*	4,3*
13	Gayo Lues	18	77,8*	22,2*
14	Aceh Tamiang	61	83,6	16,4
15	Nagan Raya	23	87,0*	13,0*
16	Aceh Jaya	9	77,8*	22,2*
17	Bener Meriah	18	100*	-*
71	Kota Banda Aceh	37	86,5	13,5
72	Kota Sabang	7	85,7*	14,3*
73	Kota Langsa	34	88,2	11,8
74	Kota Lhokseumawe	34	70,6	29,4
Total		922	83,3	16,7

Catatan:  $X^2 = 37,746$ ,  $p = 0,010$

\* Jumlah sampel kecil



Gambar 1. Prevalensi Status Gizi *Wasting* (BB/TB) pada Balita Menurut Kabupaten/Kota, Surkesda NAD 2006

Balita *wasting* menurut daerah perkotaan perdesaan dapat dilihat juga pada Tabel 2. Perkotaan atau perdesaan yang dimaksud adalah daerah perkotaan – perdesaan menurut kriteria Badan Pusat Statistik (BPS). Dapat terjadi bahwa di wilayah Kota Banda Aceh, Sabang dan kota lainnya, suatu Blok Sensus masuk dalam kategori perdesaan atau sebaliknya di

Kabupaten Pidie suatu Blok Sensus masuk dalam kategori perkotaan. Prevalensi balita *wasting* sebesar 12,8 persen di perkotaan lebih rendah dibandingkan 17,6 persen di perdesaan. Sama dengan prevalensi gizi kurang (*underweight*) cenderung lebih tinggi di perdesaan dibanding di perkotaan walaupun perbedaan tersebut tidak bermakna.

Tabel 2. Prevalensi Status Gizi *Wasting* (BB/TB) pada Anak Umur 24 – 59 Bulan Menurut Karakteristik Kabupaten/Kota, Surkesda NAD 2006

Karakteristik Kabupaten/ Kota	Sampel	Status Gizi (BB/TB)		X <sup>2</sup> p
		Normal	<i>Wasting</i>	
Terkena tsunami/ gempa*				
Ringan	302	83,8	16,2	X <sup>2</sup> = 1,384 P = 0,500
Sedang	467	84,2	15,8	
Berat	151	80,1	19,9	
Daerah				
Perkotaan	188	87,2	12,8	X <sup>2</sup> = 2,545 p = 0,111
Perdesaan	732	82,4	17,6	
Daerah pasca konflik				
Tidak	290	86,6	13,4	X <sup>2</sup> = 4,662 p = 0,097
Abu-abu	292	83,9	16,1	
Ya	338	80,2	19,8	

Catatan: \* Tingkat kerusakan bangunan 0-4,9% (ringan), 5-24,9% (sedang),  $\geq$  25,0% (berat),

NAD merupakan salah satu daerah pasca konflik, sebelum Deklarasi Helsinki di daerah tersebut merupakan daerah konflik berkepanjangan. Hal ini berakibat kepada akses pelayanan kesehatan yang kurang memadai sehingga berpengaruh kepada penyakit yang berperan dalam menghambat pertumbuhan anak, serta ketersediaan pangan pada tingkat rumahtangga. Tabel 2 menunjukkan tidak ada perbedaan nyata prevalensi balita *wasting* menurut klasifikasi pasca daerah konflik tersebut, walaupun relatif lebih tinggi di daerah pasca konflik.

Prevalensi balita *wasting* di daerah yang tidak terjadi konflik, abu-abu dan yang terjadi konflik masing-masing sebesar 13,4 persen, 16,1 persen, dan 19,8 persen, walaupun perbedaan tersebut tidak nyata ( $p = 0,500$ ).

#### **Balita Wasting Menurut Kejadian Tsunami**

Kejadian tsunami mengakibatkan kerusakan di segala bidang, daerah yang terkena tsunami dapat digolongkan menurut tingkat kerusakan bangunan/ rumah yang terjadi akibat tsunami/ gempa bumi di tingkat kabupaten.

Tabel 3. Prevalensi Status Gizi *Wasting* (BB/TB) pada Anak Umur 24 – 59 Bulan Menurut Kejadian Tsunami, Surkesda NAD 2006

Kejadian Tsunami	Sampel (n)	Status Gizi (BB/TB)		X <sup>2</sup> p
		Normal	<i>Wasting</i>	
<b>Dampak tsunami di BS*</b>				
Tidak ada	831	83,3	16,7	X <sup>2</sup> = 1,124 p = 0,771
Ringan	11	81,8	18,2	
Sedang	46	82,6	17,4	
Berat	31	90,3	9,7	
<b>Dampak langsung</b>				
Tidak	803	82,8	17,2	X <sup>2</sup> = 1,922 p = 0,166
Ya (tsunami dan/atau gempa)	116	87,9	12,1	
<b>Dampak tidak langsung</b>				
Tidak	594	82,7	17,3	X <sup>2</sup> = 0,038 p = 0,845
Ya (tsunami dan/atau gempa)	209	83,3	16,7	

Catatan: \* Terkena tsunami adalah BS dalam suatu desa yang sebagian atau semua bangunan rumah/ fasilitas lain di desa tersebut rusak,

Dalam analisis ini, kejadian tsunami diklasifikasikan di tingkat desa dan rumahtangga/ individu. Di tingkat desa, terkena dampak tsunami/ gempa bumi bila sebagian atau seluruh bangunan di desa tersebut rusak akibat tsunami, gempa bumi atau keduanya. Di tingkat individu diklasifikasikan menjadi terkena dampak langsung dan tidak langsung.

Prevalensi balita *wasting* di daerah yang tidak terkena tsunami, yang terkena dampak tsunami tingkat ringan, sedang dan berat juga tidak berbeda, masing-masing sebesar 16,7; 18,2; 17,4 dan 9,7 persen.

Di tingkat individu, sebagian balita terkena dampak langsung tsunami, gempa

bumi atau keduanya (Tabel 1,3). Prevalensi balita *wasting* yang tidak terkena sebesar 17,2 persen dan yang terkena sebesar 12,1 persen, tetapi perbedaan prevalensi tersebut tidak nyata. Selain terkena dampak langsung, sebagian balita juga terkena dampak tidak langsung tsunami, gempa bumi atau keduanya. Tidak ada perbedaan prevalensi balita *wasting* antara yang terkena dan tidak terkena tsunami. Dengan demikian terlihat bahwa tsunami tidak mempunyai peran yang signifikan dalam status balita *wasting*.

### Balita Wasting Menurut Karakteristik Anak

Karakteristik anak yang dianalisis adalah umur dan jenis kelamin. Pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif tidak dianalisis karena umur anak yang dianalisis 24 – 59 bulan. Prevalensi balita *wasting* tertinggi terjadi pada kelompok umur 24 – 35 bulan yaitu sebesar 21,1 persen dan terendah

pada kelompok umur 48 – 59 bulan yaitu sebesar 10,2 persen. Sama seperti pada prevalensi balita gizi kurang, prevalensi balita *wasting* antar kelompok umur tersebut juga berbeda nyata ( $p = 0,001$ ). Menurut jenis kelamin, tidak ada perbedaan prevalensi balita *wasting* antara anak laki-laki (14,8%) dan anak perempuan (18,5%),

Tabel 4. Prevalensi Status Gizi *Wasting* (BB/TB) pada Anak Umur 24 – 59 Bulan Menurut Karakteristik Anak, Surkesda NAD 2006

Karakteristik anak	Sampel (n)	Status Gizi (BB/TB)		X <sup>2</sup> p
		Normal	Wasting	
Jenis kelamin				
Laki-laki	459	85,2	14,8	X <sup>2</sup> = 2,222 p = 0,136
Perempuan	460	81,5	18,5	
Umur				
24 – 35 bulan	280	78,9	21,1	X <sup>2</sup> = 14,146 p = 0,001
36 – 47 bulan	336	81,3	18,8	
48 – 59 bulan	304	89,8	10,2	

### Balita Wasting Menurut Morbiditas Anak

Penyakit infeksi berperan nyata dalam menentukan status gizi, menurut UNICEF 1990 salah satu penyebab langsung dari kurang gizi adalah penyakit infeksi. Ada tiga sumber data tentang morbiditas balita dalam analisis ini yaitu dari kuesioner Surkesda NAD.IND. Suplemen Kesehatan Susenas 2005, dan Susenas VSEN2005.KOR. Terdapat dua perbedaan status morbiditas dalam kuesioner yang tersedia, Surkesda NAD.IND dilakukan bersamaan dengan pengukuran antropometri dengan pertanyaan berbagai jenis penyakit infeksi (ISPA, pneumonia, diare, demam thypoid, campak, DBD, penyakit kulit dan lainnya) yang diderita sebulan sebelum survei. Analisis frekuensi distribusi penyakit infeksi tersebut menunjukkan prevalensi yang tinggi pada penyakit ISPA dan diare, sedangkan yang lainnya rendah. Oleh karena itu, penyakit infeksi dikelompokkan menjadi ISPA/ pneumonia, diare, dan penyakit infeksi lainnya (demam thypoid, pertusis, demam berdarah dengue, campak, malaria, dan penyakit kulit) untuk dianalisis. Kuesioner

Suplemen Kesehatan Susenas 2005 dan Susenas VSEN2005.KOR menanyakan tentang gejala penyakit (panas, batuk, pilek, sesak nafas, dan diare) yang dilakukan antara 6 – 8 bulan sebelum pengukuran antropometri.

Tabel 5. menjelaskan status morbiditas pada balita *wasting* dari kuesioner Surkesda NAD.IND, sedangkan Tabel 6. dari kuesioner Suplemen Kesehatan Susenas 2005 dan Susenas VSEN2005.KOR. Pada Tabel 5. terlihat bahwa balita yang didiagnosa/ dengan symptom menderita penyakit ISPA/ pneumonia, diare, infeksi lainnya, atau gabungan penyakit tersebut sebulan sebelum survei masing-masing 51,0; 30,7; 28,3 dan 65,7 persen. Ditemukan dalam analisis ini bahwa penyakit tersebut tidak berhubungan nyata dengan kejadian *wasting* pada balita. Tetapi gabungan dari penyakit infeksi tersebut mempunyai hubungan signifikan dengan balita *wasting*. Bila ditinjau lebih lanjut terlihat bahwa prevalensi balita *wasting* cenderung lebih tinggi pada balita yang tidak sakit dibanding dengan yang didiagnosa atau mempunyai symptom/ gejala

sakit baik sakit ISPA/ pneumonia, diare, penyakit infeksi lain, maupun gabungan dari penyakit infeksi. Prevalensi balita *wasting*

yang tidak sakit, didiagnosa, dengan symptom penyakit, dan gabungan penyakit tersebut di atas, masing-masing sebesar 21,0; 14,6; 14,0 dan 14,3 persen ( $p=0,010$ ).

Tabel 5. Prevalensi Status Gizi *Wasting* (BB/TB) pada Anak Umur 24 – 59 Bulan Menurut Riwayat Sakit Sebulan yang Lalu, Surkesda NAD 2006

Riwayat Sakit	Sampel (n)	Status Gizi (BB/TB)		X <sup>2</sup> p
		Normal	<i>Wasting</i>	
<b>ISPA + Pneumonia</b>				
Tidak sakit	451	82,0	18,0	X <sup>2</sup> = 1,128 p = 0,288
Didiagnosa	99	81,8	18,2	
Symptom	369	85,6	14,4	
Diagnosa/ Symptom	469	84,6	15,4	
<b>Diare</b>				
Tidak sakit	637	82,3	17,7	X <sup>2</sup> = 2,164 p = 0,141
Didiagnosa	128	87,5	12,5	
Symptom	154	85,1	14,9	
Diagnosa/ Symptom	282	86,2	13,8	
<b>Penyakit lain</b>				
Tidak sakit	660	82,9	17,1	X <sup>2</sup> = 0,406 p = 0,524
Didiagnosa	114	86,0	14,0	
Symptom	146	83,6	16,4	
Diagnosa/ Symptom	260	84,6	15,4	
<b>Penyakit infeksi total</b>				
Tidak sakit	315	79,0	21,0	X <sup>2</sup> = 6,703 p = 0,010
Didiagnosa	205	85,4	14,6	
Symptom	399	86,0	14,0	
Diagnosa/ Symptom	603	85,7	14,3	

Kuesioner Susenas VSEN2005.KOR mengumpulkan lima gejala simtomatik penyakit (panas, batuk, pilek, sesak nafas, diare), lama menderita gejala tersebut, mengganggu aktivitas atau tidak karena penyakit tersebut diderita pada waktu 6 – 10 bulan sebelum Surkesda NAD 2006. Hasil analisis disajikan dalam Tabel 6. Ternyata tidak ada perbedaan prevalensi balita *wasting* menurut gejala penyakit, lamanya sakit, ataupun apakah mengganggu aktivitasnya karena sakit, namun prevalensi balita *wasting* tampak lebih tinggi pada anak yang sakit batuk (18,5% dibanding 15,5%) atau diare (22,1% dibanding 16,2%) walaupun tidak signifikan.

#### **Balita *Wasting* Menurut Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Penyakit infeksi merupakan salah satu penyebab langsung yang mempengaruhi status gizi (UNICEF 1990), Untuk menanggulangi penyakit infeksi perlu upaya peningkatan higiene dan sanitasi lingkungan serta akses pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan melalui puskesmas, puskesmas pembantu, poskesdes, posyandu, polindes.

Beberapa aspek akses pelayanan kesehatan yang dianalisis adalah cakupan imunisasi, pemeriksaan kehamilan saat balita dalam kandungan, penolong persalinan, pelayanan rawat inap, dan rawat jalan untuk balita.

Tabel 6. Prevalensi Status Gizi *Wasting* (BB/TB) pada Anak Umur 24 – 59 Bulan Menurut Gejala Penyakit, Surkesda 2006

Gejala Penyakit	Sampel (n)	Status Gizi (BB/TB)		X <sup>2</sup> p
		Normal	<i>Wasting</i>	
Sakit panas				
Ya	422	84,6	15,4	X <sup>2</sup> = 0,847
Tidak	498	82,3	17,7	p = 0,357
Batuk				
Ya	341	81,5	18,5	X <sup>2</sup> = 1,330
Tidak	579	84,5	15,5	p = 0,249
Pilek				
Ya	326	83,1	16,9	X <sup>2</sup> = 0,021
Tidak	594	83,5	16,5	p = 0,884
Sesak nafas				
Ya	22	90,9	9,1	X <sup>2</sup> = 0,924
Tidak	897	83,2	16,8	p = 0,336
Diare				
Ya	68	77,9	22,1	X <sup>2</sup> = 1,561
Tidak	852	83,8	16,2	p = 0,212
Semua gejala sakit				
Tidak sakit	407	83,8	16,2	X <sup>2</sup> = 0,406
1-2 penyakit	275	82,2	17,8	P = 0,816
≥ 3 penyakit	238	84,0	16,0	
Lama sakit				
Tidak sakit	554	83,8	16,2	X <sup>2</sup> = 1,543
1-3 hari	190	82,6	17,4	p = 0,672
4-6 hari	91	80,2	19,8	
≥ 7 hari	84	86,9	13,1	
Apakah sakit mengganggu				
Tidak sakit	395	84,1	15,9	X <sup>2</sup> = 0,253
Tidak mengganggu	160	82,5	17,5	p = 0,881
Mengganggu aktivitas	365	83,0	17,0	

Tabel 7 menunjukkan prevalensi balita *wasting* menurut cakupan imunisasi. Dalam analisis ini ditemukan kecenderungan bahwa balita yang belum/ tidak lengkap imunisasi BCG, polio, DPT, campak, hepatitis-B memiliki prevalensi balita *wasting* lebih tinggi walaupun tidak signifikan. Pada balita yang mendapat imunisasi BCG ditemukan prevalensi balita *wasting* lebih rendah secara nyata (14,4%) dibanding yang belum diimunisasi BCG (21,9%).

Tabel 8 menunjukkan prevalensi balita *wasting* menurut status pemeriksaan

kehamilan dan penolong persalinan. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan nyata prevalensi balita *wasting* menurut pemeriksaan kehamilan trimester-1, trimester-2, trimester-3, total pemeriksaan kehamilan selama kehamilan dan penolong persalinan. Walaupun demikian ada kecenderungan bahwa yang periksa hamil memiliki prevalensi balita *wasting* lebih rendah dibanding yang tidak periksa hamil. Demikian pula tidak ada perbedaan nyata prevalensi balita *wasting* menurut penolong persalinan.

Tabel 7. Prevalensi Status Gizi *Wasting* pada Anak Umur 24 – 59 Bulan Menurut Status Imunisasi, Surkesda NAD 2006

Imunisasi	n	Status Gizi (BB/TB)		X <sup>2</sup> p
		Normal	<i>Wasting</i>	
BCG				
Belum	283	78,1	21,9	<b>X<sup>2</sup> = 8,034</b> <b>p = 0,005</b>
Sudah	634	85,6	14,4	
DPT				
Belum/ Tidak lengkap	725	83,0	17,0	X <sup>2</sup> = 0,196 p = 0,658
Lengkap	192	84,4	15,6	
Polio				
Belum/ Tidak lengkap	598	82,1	17,9	X <sup>2</sup> = 2,100 p = 0,147
Lengkap	318	85,8	14,2	
Campak				
Belum	298	82,6	17,4	X <sup>2</sup> = 0,186 p = 0,666
Sudah	619	83,7	16,3	
Hepatitis B				
Belum/ Tidak lengkap	783	82,6	17,4	X <sup>2</sup> = 2,342 p = 0,126
Lengkap	133	88,0	12,0	
Imunisasi semua				
Belum lengkap	761	82,4	17,6	X <sup>2</sup> = 3,344 p = 0,067
Lengkap	155	88,4	11,6	

Imunisasi lengkap:

BCG umur 1bln minimal 1 kali, DPT/Polio umur 7 bln keatas minimal 3 kali, Campak umur >13 bln minimal 1 kali

Tabel 8. Prevalensi Status Gizi *Wasting* pada Anak Umur 24 – 59 Bulan Menurut Riwayat Pemeriksaan Kehamilan Ibunya dan Penolong Persalinan, Surkesda NAD 2006

Riwayat Pemeriksaan	n	Status Gizi (BB/TB)		X <sup>2</sup> p
		Normal	<i>Wasting</i>	
Trimester I				
Tidak pernah	47	83,0	17,0	X <sup>2</sup> = 0,002 p = 0,966
>= Satu kali	614	82,7	17,2	
Trimester II				
Tidak pernah	41	78,0	22,0	X <sup>2</sup> = 0,678 p = 0,410
>= Satu kali	620	83,1	16,9	
Trimester III				
< 2 kali	304	80,9	19,1	X <sup>2</sup> = 1,177 p = 0,278
>= 2 kali	359	84,1	15,9	
Trimester I-III				
1-3 kali	263	81,7	18,3	X <sup>2</sup> = 0,309 p = 0,578
>= 4 kali	398	83,4	16,6	
Penolong Persalinan				
Dokter/ Bidan	644	83,7	16,3	X <sup>2</sup> = 0,086 p = 0,769
Lainnya	275	82,9	17,1	

Sebagian anak yang menderita sakit mendapatkan perawatan kesehatan, baik dengan rawat inap dan rawat jalan, Pertanyaan tersebut direkam baik pada kuesioner Surkesda NAD maupun Susenas. Dalam kuesioner Surkesda NAD rawat inap ditanyakan sejak Desember 2001 atau lima

tahun sampai dengan saat survei dan dalam Susenas ditanyakan rawat inap dalam 5 tahun terakhir. Untuk rawat jalan, dalam kuesioner Surkesda ditanyakan sejak tsunami atau lebih kurang 1 tahun terakhir, sedangkan Susenas menanyakan rawat jalan 1 bulan terakhir.

Tabel 9. Prevalensi Status Gizi *Wasting* (BB/TB) Anak Umur 24 - 59 Bulan Menurut Riwayat Rawat Inap 5 Tahun Terakhir dan Rawat Jalan Pasca Tsunami, Surkesda NAD 2006

	Sampel (n)	Status Gizi (BB/TB)		X <sup>2</sup> p
		Normal	<i>Wasting</i>	
Rawat inap 5 thn terakhir				
Ya	38	81,6	18,4	X <sup>2</sup> = 0,102 p = 0,750
Tidak	881	85,5	14,5	
Rawat jalan pasca tsunami				
Ya	614	85,2	14,8	X <sup>2</sup> = 4,453 p = 0,035
Tidak	305	79,7	20,3	
Rawat jalan 1 bln terakhir				
Ya	271	81,2	18,8	X <sup>2</sup> = 1,367 p = 0,505
Tidak	254	84,6	15,4	
Tidak sakit	395	84,1	15,9	

Terlihat pada Tabel 9. terdapat 38 balita (4,1%) yang pernah dirawat inap dan sebanyak 614 balita (66,8%) melakukan rawat jalan pasca tsunami, Hasil analisis menunjukkan bahwa pengalaman rawat inap tidak mempunyai pengaruh nyata terhadap balita *wasting*, Tetapi ditemukan perbedaan nyata antara balita yang rawat jalan pasca tsunami dan yang tidak, Prevalensi balita *wasting* yang melakukan rawat jalan jauh lebih rendah (14,8%) dibanding yang tidak rawat jalan (20,3%),

Pengalaman berobat jalan juga ditanyakan pada kuesioner Susenas VSEN2005.KOR, yaitu pengalaman berobat jalan satu bulan terakhir, Namun tidak ditemukan pola yang khas besarnya prevalensi balita *wasting* pada anak yang rawat jalan satu bulan terakhir.

#### **Balita *Wasting* Menurut Karakteristik Rumah tangga**

Karakteristik rumah tangga merupakan salah satu penyebab tidak langsung dan

pokok masalah dalam determinan status gizi pada balita yaitu faktor ketersediaan pangan dalam tingkat rumah tangga dan masyarakat, pola pengasuhan balita, sanitasi lingkungan, kemiskinan dan pendidikan, Akan tetapi tidak semua variabel tersebut ada dalam data Surkesda NAD 2006, Beberapa data yang tersedia adalah jumlah anggota rumah tangga, jumlah balita dalam rumah tangga, umur dan pendidikan kepala rumah tangga, umur dan jumlah anak yang dilahirkan ibu, kuintil pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan sebagai proksi terhadap keadaan sosial ekonomi rumah tangga serta konsumsi ibu terhadap buah dan sayur sebagai proksi terhadap pola makan untuk balita.

Tampak dalam Tabel 10 bahwa dari 10 variabel rumah tangga yang diuji, hanya satu variabel yang berhubungan nyata dengan prevalensi balita *wasting* yaitu konsumsi sayur, Pada kelompok ibu dengan pola konsumsi sayur yang baik (jika 5 hari per minggu & 5 porsi sayur/ buah per hari),

prevalensi balita *wasting* lebih rendah (14,0%) dibanding yang pola konsumsi sayur

kurang baik (19,7%), Pada 9 variabel rumahtangga lain yang diuji tidak ditemukan pola kecenderungan yang khas.

Tabel 10. Prevalensi Status Gizi *Wasting* (BB/TB) Anak Umur 24 – 59 Bulan Menurut Karakteristik Rumahtangga, Surkesda NAD 2006

Karakteristik Rumahtangga	Sampel (n)	Status Gizi (BB/TB)		X <sup>2</sup> P
		Normal	<i>Wasting</i>	
Jumlah ART				
≥ 3 orang	131	85,5	14,5	X <sup>2</sup> = 1,172
4 – 5 orang	443	82,2	17,8	P = 0,760
6 – 7 orang	221	84,2	15,8	
≥ 8 orang	125	84,8	15,2	
Jumlah balita				
1 anak	614	82,2	17,8	X <sup>2</sup> = 1,676
> 1 anak	306	85,6	14,4	P = 0,195
Umur KK				
< 35 tahun	363	84,6	15,4	X <sup>2</sup> = 2,016
35 – 44 tahun	354	84,2	15,8	p = 0,365
≥ 45 tahun	202	80,2	19,8	
Pendidikan KK				
TS/ SD/ SMP	607	83,0	17,0	X <sup>2</sup> = 0,001
SMA tamat +	225	83,1	16,9	p = 0,978
Umur ibu kandung				
< 25 tahun	136	80,9	19,1	X <sup>2</sup> = 0,758
25 – 34 tahun	464	83,4	16,6	p = 0,684
≥ 35 tahun	218	81,2	18,8	
Fertilitas ibu kandung				
1 – 2 anak	458	84,1	15,9	X <sup>2</sup> = 0,759
≥ 3 anak	413	81,8	18,2	p = 0,383
Sosial ekonomi				
Kuintil 1-2	381	82,9	17,1	X <sup>2</sup> = 0,087
Kuintil 3-5	539	83,7	16,3	p = 0,768
Konsumsi buah				
Baik	104	82,7	17,3	X <sup>2</sup> = 0,008
Kurang	767	83,1	16,9	P = 0,927
Konsumsi sayur				
Baik	415	86,0	14,0	<b>X<sup>2</sup> = 5,112</b>
Kurang	456	80,3	19,7	<b>P = 0,024</b>
Konsumsi buah+sayur				
Baik	585	82,6	17,4	X <sup>2</sup> = 0,249
Kurang	286	83,9	16,1	P = 0,618

Faktor-faktor yang secara bivariat terbukti berperan terhadap prevalensi balita *wasting* disajikan pada Tabel 11. Ternyata dari 44 variabel yang diuji, ditemukan sebanyak enam variabel yang berhubungan

nyata dengan prevalensi balita *wasting* yaitu umur anak, kabupaten, penyakit infeksi, imunisasi BCG, riwayat rawat jalan sejak tsunami, dan konsumsi sayuran.

Tabel 11. Ringkasan Hasil Analisis Bivariate Status Gizi *Wasting* (BB/TB) pada Anak Umur 24 – 59 Bulan, Surkesda NAD 2006

Variabel independen	Chi-square (p)
1, Karakteristik anak	
a, Umur	<b>0,001</b>
b, Jenis kelamin	0,136
2, Karakteristik daerah	
a, Kabupaten/ Kota	<b>0,010</b>
b, Kabupaten/ Kota terkena tsunami	0,500
c, Daerah perkotaan/ perdesaan	0,111
d, Sebelumnya terjadi konflik	0,097
3, Kejadian tsunami	
a, Berat ringannya tsunami	0,771
b, Terkena dampak langsung tsunami	0,166
c, Terkena dampak tidak langsung	0,845
4, Morbiditas anak	
a, ISPA + pneumonia	0,288
b, Diare	0,141
c, Penyakit infeksi lain	0,524
d, Penyakit infeksi semua	<b>0,010</b>
e, Panas	0,357
f, Batuk	0,249
g, Pilek	0,884
h, Nafas cepat	0,336
i, Diare	0,212
j, Panas-batuk-pilek-nafas cepat-diare	0,816
k, Lama hari sakit	0,672
l, Aktivitas terganggu karena sakit	0,881
5, Pelayanan Kesehatan	
a, Imunisasi BCG	<b>0,005</b>
b, Imunisasi DPT	0,658
c, Imunisasi polio	0,147
d, Imunisasi campak	0,666
e, Imunisasi hepatitis-B	0,126
f, Imunisasi semua (kecuali hepatitis-B)	0,067
g, Antenatal trimester-1 waktu hamil	0,966
h, Antenatal trimester-2 waktu hamil	0,410
i, Antenatal trimester-3 waktu hamil	0,278
j, Antenatal trimester 1-3	0,578
k, Penolong persalinan	0,768
l, Rawat inap sejak 2001 (SurkesdaNAD)	0,750
m, Rawat jalan sejak tsunami Des 2004	<b>0,035</b>
n, Rawat jalan 1 bulan terakhir (Susenas)	0,292
6, Karakteristik Rumahtangga	
a, Jumlah anggota rumahtangga	0,760
b, Jumlah balita dalam rumahtangga	0,195
c, Umur kepala rumahtangga	0,387
d, Pendidikan kepala rumahtangga	0,067
e, Umur ibu kandung	0,922
f, Jumlah anak yang dilahirkan ibu	0,120
g, Kuintil pengeluaran rumahtangga	0,330
h, Konsumsi buah 5 hari/minggu	0,927
i, Konsumsi sayur 5 hari/minggu	<b>0,024</b>

Sebanyak 19 variabel memiliki nilai  $p$  masing-masing  $< 0,250$  sehingga memenuhi syarat sebagai kandidat yang akan disertakan dalam analisis multivariat dengan regresi logistik yang akan diuji secara bersama-sama untuk mendapatkan pemodelan yang fit tentang hubungan balita *wasting* dan faktor lain,

#### **Analisis Multivariate Balita Wasting**

Pada Tabel 12 terlihat hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa faktor imunisasi yang berperan dalam balita *wasting* yaitu imunisasi BCG (odd ratio 1,62). Pemanfaatan rawat jalan pada anak yang sakit juga mempunyai peran penting karena mempunyai dampak protektif dalam pencegahan terhadap balita *wasting*, (odd ratio 0,68).

Tabel 12. Hasil Analisis Regresi Logistik Faktor yang Berperan Dalam *Wasting*, Surkesda NAD 2006

Variabel	B	S,E	Wald	df	Sig	R	Exp (B)
Imunisasi BCG	,4878	,1837	7,0527	1	,0079	,0782	1,6287
Riwayat rawat jalan	-,3748	,1830	4,1935	1	,0406	-,0515	,6875
Constant	-1,5442	,1602	92,9267	1	,0000		

#### **BAHASAN**

*Wasting* (BB/TB) merupakan salah satu indikator status gizi yang mencerminkan status gizi saat ini. Hal ini disebabkan karena kenaikan atau penurunan berat badan yang terjadi relatif dalam waktu yang tidak lama karena penyakit infeksi, kekurangan intake makanan yang akut atau sebab yang lain. Prevalensi balita *wasting* sangat tinggi di NAD yaitu sebesar yaitu sebesar 16,7 persen. Prevalensi tersebut sudah termasuk kondisi yang serius karena di atas ambang batas 10,0 persen dan di atas rata-rata tingkat nasional pada tahun 2004 yang dihasilkan dari SKRT dengan prevalensi balita *wasting* sebesar 10,3 persen. Survei lain pasca tsunami terhadap 3900 balita di 13 kabupaten/ kota yang terkena dampak tsunami dilakukan oleh Departemen Kesehatan, Pemda NAD, bersama dengan berbagai institusi dalam dan luar negeri menunjukkan bahwa prevalensi *wasting* (BB/TB) sebesar 11,4 persen.

Prevalensi *wasting* di atas 10% menunjukkan masalah gizi yang cukup serius di NAD. Tidak ada perbedaan prevalensi *wasting* pada balita pengungsi

(11,6%) dibanding dengan non-pengungsi (11,4%) (Puslitbang Gizi, 2005)<sup>6</sup>. Bila dibandingkan prevalensi balita *wasting* dari Surkesda NAD 2006 lebih tinggi dari survei tersebut. Kemungkinan perbedaan terjadi karena perbedaan metodologi sampling atau perbedaan umur anak yang menjadi sampel. Pada Surkesda NAD sampling dilakukan mengikuti sampling Susenas 2005 NAD dan sampel adalah anak umur 24 – 59 bulan, sedangkan survei lain tersebut menggunakan sampling frame yang berbeda dan sampel adalah anak umur 6 – 59 bulan. Pada anak 6 – 23 bulan, kejadian status gizi *wasting* lebih rendah dibanding umur di atasnya. Dengan demikian, hasil kedua survei tersebut hampir sama.

Seperti prevalensi gizi kurang, prevalensi balita *wasting* juga mempunyai rentang yang lebar antar kabupaten yaitu antara 5,9 – 31,3%, Frongilo et,al (1997)<sup>7</sup> menganalisis dari *WHO global database on child growth* bahwa 76% perbedaan prevalensi balita *wasting* dapat dijelaskan karena faktor geografi antara lain negara dan provinsi dalam negara. Hasil survei CARE (CARE Nutrition Survey, October 2005) di Banda Aceh, Aceh Besar dan Simeulue pada

balita mendapatkan prevalensi balita *wasting* berturut-turut sebesar 8,7; 9,1; 16,6 persen (FAO, 2005)<sup>8</sup>,

Bila prevalensi balita *wasting* dibandingkan menurut kejadian tsunami terlihat ada kecenderungan prevalensi balita *wasting* lebih tinggi di kabupaten yang terkena dampak tsunami tingkat berat. Tetapi bila dilihat di tingkat desa, atau langsung kepada rumahtangga yang terkena dampak tsunami baik langsung ataupun tidak langsung, terlihat tidak ada perbedaan prevalensi balita *wasting*. Kemudian survei lain juga mendapatkan tidak ada perbedaan prevalensi *wasting* pada balita pengungsi (11,6%) dibanding dengan non-pengungsi (11,4%) (Puslitbang Gizi, 2005). Data PBB dari survei di 23 kab/kota di NAD September 2005, mendapatkan prevalensi 9,8 persen, juga hampir sama prevalensinya antara pengungsi dan penduduk (UN-OCHA, 2005)<sup>9</sup> Padahal dengan kejadian tsunami, prevalensi penyakit infeksi cukup tinggi, ketersediaan makanan terbatas. Tidak ada perbedaan prevalensi tersebut kemungkinan disebabkan adanya bantuan kepada korban tsunami sehingga tidak terjadi kekurangan pangan (FAO, 2005). World Food Program memberikan bantuan berupa *cash-for-work*, *program Maternal and Child Nutrition* (MCN: pembagian bantuan pangan yang difortifikasi untuk balita, bumil, buteki) di Posyandu sebagai upaya revitalisasi Posyandu, PMT yang mencakup 47 100 anak sekolah di banda Aceh, Aceh Besar, Aceh Barat, HKI melakukan suplementasi vitamin-mineral pada balita (Moench-Pfanner et.al., 2005)<sup>10</sup>, Temuan Sanjaya (2001)<sup>11</sup> di Bogor bahwa pemberian makanan tambahan pada balita gizi kurang melalui program JPSBK mampu mempertahankan status gizi balita sehingga tidak berubah kearah yang lebih jelek.

Kecenderungan prevalensi balita *wasting* lebih tinggi di perdesaan, sama seperti prevalensi gizi kurang. Oleh karena itu, prioritas program gizi diperlukan lebih intensif ditujukan untuk daerah perdesaan. Setelah dipilah berdasarkan kejadian konflik, terlihat bahwa prevalensi balita *wasting* cenderung lebih tinggi di daerah yang terjadi konflik (19,8%), dibanding daerah abu-abu

(16,1%) dan yang tidak terjadi konflik (13,4%). Keadaan ini menunjukkan bahwa situasi konflik berhubungan dengan terjadinya balita *wasting* karena pada saat konflik selain ketahanan pangan dalam tingkat rumah tangga terganggu juga kesempatan untuk akses ke pelayanan kesehatanpun terbatas.

Kejadian tsunami tidak mempunyai hubungan nyata dengan status balita *wasting*. Hasil analisis baik di tingkat kabupaten/ kota yang terkena dampak tsunami/ gempa bumi, ataupun di tingkat desa, di tingkat rumahtangga yang terkena dampak langsung atau tidak langsung, tidak ada perbedaan dengan yang tidak terkena dampak tsunami/ gempa bumi. Hal ini berbeda dengan hasil survei lain yang mendapatkan data bahwa prevalensi balita *wasting* lebih tinggi pada balita dari keluarga pengungsi (48,0%) dibanding dengan balita dari keluarga non-pengungsi (38,4-42,9%)<sup>6</sup>.

Penyakit infeksi yang erat hubungannya dengan *wasting* adalah diare, Tetapi hasil analisis Surkesda NAD tidak menunjukkan hubungan yang nyata antara balita *wasting* dan diare, ISPA, pneumonia, atau penyakit infeksi lainnya. Berbeda dengan hasil survei lain yang mendapatkan data bahwa prevalensi balita *wasting* lebih tinggi pada balita yang menderita diare, batuk/ ISPA, demam, muntah, dan anemia<sup>6</sup>.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada berperan terhadap kejadian *wasting* pada balita, Walaupun tidak semua variabel imunisasi memberikan hubungan yang nyata dengan balita *wasting*, tetapi tampak kecenderungan bahwa anak yang sudah diimunisasi atau yang imunisasinya lengkap cenderung memiliki prevalensi balita *wasting* lebih rendah. Imunisasi yang menampakkan hubungan nyata adalah imunisasi BCG. Penelitian lain (Frongilo et.al., 1997) yang menganalisis data dari WHO *global database on child growth* juga mendapatkan bahwa imunisasi dan ketersediaan energi berhubungan dengan balita *wasting*<sup>7</sup>.

Hubungan yang tidak signifikan ditunjukkan pada pelayanan antenatal terhadap prevalensi balita *wasting*. Hal ini

terjadi karena rentang perbedaan waktu yang panjang antara pelayanan antenatal pada waktu ibu hamil dan saat pengukuran antropometri anak umur 24-59 bulan. Padahal balita *wasting* mencerminkan status gizi saat ini dan perubahan berat badan bisa terjadi dalam waktu yang relatif singkat.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan juga berperan dalam risiko balita *wasting*. Pada balita yang memanfaatkan pelayanan rawat jalan lebih terlindungi dari risiko *wasting*. Pada anak yang memanfaatkan rawat jalan, memiliki prevalensi balita *wasting* jauh lebih rendah (14,8%) dibanding yang tidak pernah mempunyai akses ke pelayanan rawat inap (20,3%).

Hasil analisis *multivariate* menegaskan hubungan antara beberapa variabel dengan prevalensi balita *wasting*. Ditemukan dalam analisis ini bahwa imunisasi BCG dan rawat inap menunjukkan hubungan yang nyata terhadap kejadian *wasting* pada balita. Balita yang tidak diimunisasi BCG mempunyai risiko lebih besar (odd ratio 1,63) dibanding yang tidak diimunisasi. Balita yang mempunyai akses terhadap pelayanan rawat inap mempunyai dampak protektif (odd ratio 0,69) dibanding yang tidak punya akses pelayanan rawat inap.

## KESIMPULAN

1. Prevalensi balita *wasting* (*wasting*) umur 24 – 59 bulan di NAD sebesar 16,7 persen dengan rentang prevalensi yang lebar antar kabupaten yaitu antara 5,9 – 31,3 persen.
2. Prevalensi balita *wasting* lebih tinggi secara nyata menurut umur anak, menderita penyakit infeksi, belum diimunisasi BCG, tidak memanfaatkan pelayanan rawat jalan, dan konsumsi sayur yang tidak memadai. Hasil analisis lanjutan regresi logistik menunjukkan risiko balita untuk menjadi *wasting* lebih tinggi pada yang belum diimunisasi BCG dan tidak memanfaatkan pelayanan rawat jalan.

## REKOMENDASI

Sebanyak 17 kabupaten/ kota di NAD memiliki tingkat prevalensi balita *wasting* (*wasting*) di atas 10%. Ditemukan dalam analisis ini bahwa imunisasi dan pemanfaatan pelayanan kesehatan rawat jalan yang mencerminkan akses pelayanan kesehatan memiliki peran signifikan terhadap kejadian *wasting* pada balita. Maka peningkatan upaya promotif program komunikasi, informasi dan edukasi tentang pola hidup bersih dan sehat (PHBS), program pencegahan dan penanggulangan penyakit infeksi, akses pelayanan kesehatan dasar yang memadai merupakan alternatif yang dapat dilakukan.,

## RUJUKAN

1. Caulfield LE, Black RE. Malnutrition and the global burden of disease: Underweight and cause-specific mortality. Geneva: EIP/WHO, 2002.
2. Jahari AB. Penilaian status Gizi dengan Antropometri (Berat badan & Tinggi Badan). Makalah dalam Prosiding Kongres Persagi dan Temu Ilmiah XII, Jakarta 2002.
3. Badan Litbang Kesehatan, Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2004: Status Kesehatan Masyarakat Indonesia. Jakarta, Badan Litbang Kesehatan. 2005
4. Soemantri S, Tjandrarini DH, Lubis A., An Assessment of Health System Performance After Tsunami 2005: Evidence from Household Surveys, Research Report, Jakarta: Ministry of Health, NIHRD, World Health organization. 2005
5. Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries. New York: UNICEF. 1990
6. Puslitbang Gizi dan Makanan, Depkes R.I. Hasil Kajian Gizi di Kabupaten/ Kota yang Terkena Dampak Tsunami di Nanggroe Aceh Darussalam (*file*)

- powerpoint*), Bogor: Puslitbang Gizi dan Makanan. 2005
7. Frongillo Jr, EA, de Onis M, Hanson KMP, Socioeconomic and Demographic Factors Are Associated with Worldwide Patterns of Stunting and *Wasting* of Children. *J Nutr* 1997;127 (12):2302-2309
  8. Food and Agriculture Organization. FAO/WFP Food Supply and Demand Assessment for Aceh Province and Nias Island (Indonesia). Special Report: FAO. 22 December 2005
  9. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Indonesia. Sri Lanka, Maldives: Tsunami OCHA Situation Report No. 37. April 21, 2005.
  10. Moench-Pfanner R, *et.al.*, HKI's Tsunami Response – Supplementation with Vitamins and Minerals for Tsunami Survivors in the Provinces of Nanggroe Aceh Darussalam (Aceh) and North Sumatera (Nias Islands). Indonesia. HKI Newsletter 2005 (3)
  11. Sandjaja, Sihadi, Srimuljati, Arnelia, Saidin M, Harahap H, *et.al.* Studi Dampak Program Makanan Tambahan Terhadap Status Gizi dan Kesehatan Bayi dan Anak. Laporan Penelitian. Bogor: Puslitbang Gizi. 2001