

**FAKTOR-FAKTOR PENYIMPANGAN POSITIF (*POSITIVE DEVIANCE*) STATUS GIZI BALITA PADA KELUARGA MISKIN DI KABUPATEN GIZI-KURANG RENDAH DAN TINGGI DI PROVINSI SULAWESI SELATAN
(*FACTORS OF POSITIVE DEVIANCE IN NUTRITIONAL STATUS OF UNDER-FIVES AMONG POOR FAMILY IN LOW- & HIGH-UNDERNUTRITION DISTRICTS IN SULAWESI SELATAN PROVINCE*)**

Erna Luciasari¹, Yurista Permanasari¹, dan Almasyhur²

ABSTRACT

Background: The amount of poor population in Jeneponto & Selayar districts, South Sulawesi, were relatively similar and higher than the national average. However, Jeneponto had high prevalence in malnutrition among children under five (28%), whereas Selayar had low prevalence in malnutrition among children under five (11,31%). **Objective:** This research aims to measure positive deviance which affects nutrition status in two different districts with relative-similar poverty level as well as different nutrition deficiency prevalence. **Method:** This research is an advance analysis of Riskesdas 2007 data which targeted poor family with under-five-children as sample. As the first step, data verification is conducted to make sure data completeness. Analysis is done by using statistical description, whereas Chi square test is used to analyzing nutrition-status-factors difference between two districts. **Result:** Under-five-children nutrition status is highly affected by family socio-economy status which covers education level of parents, income, total of family member, access to clean water, environment hygiene and sanitation, and family morbidity. **Conclusion:** Positive deviation factor of less malnutrition nutritional status than high malnutrition in poor areas was the high parental education, the small number of household members, and ease of access to water.

Keywords: *positive deviance, nutritional status, under-fives, poor family*

ABSTRAK

Latar Belakang: Penduduk miskin di Kabupaten Jeneponto dan Selayar, Sulawesi Selatan, jumlahnya relatif sama dan lebih tinggi dari angka nasional. Namun, Jeneponto memiliki prevalensi balita gizi-kurang yang tinggi (28%), sedangkan Selayar memiliki prevalensi balita gizi-kurang yang rendah (11,3%). **Tujuan:** Menentukan faktor-faktor penyimpangan positif yang memengaruhi status gizi di dua kabupaten dengan tingkat kemiskinan relatif sama tetapi berprevalensi gizi kurang berbeda. **Metode:** Analisis lanjut data Riskesdas 2007 ini mengambil sampel keluarga miskin yang memiliki balita. Pada tahap awal, dilakukan verifikasi kelengkapan variabel yang diperlukan. Analisis statistik dilakukan secara deskriptif, sedangkan untuk mengetahui perbedaan faktor determinan status gizi di kedua kabupaten dilakukan uji Chi Square. **Hasil:** Status gizi balita sangat ditentukan oleh faktor sosial dan ekonomi keluarga meliputi pendidikan kepala keluarga (KK) dan ibu, penghasilan KK, jumlah anggota rumah tangga, akses air bersih, kebersihan dan sanitasi lingkungan serta morbiditas keluarga. **Kesimpulan:** Faktor penyimpangan positif kejadian status gizi-kurang rendah dibandingkan dengan status gizi-kurang tinggi di daerah miskin adalah tingginya pendidikan orang tua, sedikitnya jumlah anggota rumah tangga, dan kemudahan akses air. **Penel Gizi Makan 2011, 34(2): 114-122]**

Kata Kunci: *penyimpangan positif, status gizi, balita, keluarga miskin*

¹ Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI

² Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI

PENDAHULUAN

Penyimpangan positif (*positive deviance*) dapat digunakan untuk menjelaskan status penyimpangan positif yang berkaitan dengan kesehatan, khususnya menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi pertumbuhan atau status gizi, baik dari anak-anak yang hidup di dalam keluarga miskin, sementara sebagian besar anak lainnya menderita gangguan pertumbuhan dan berstatus gizi-kurang.^{1,2} Data Riskesdas 2007 menunjukkan masih banyak kabupaten dengan angka kemiskinan tinggi, yaitu kabupaten dengan persentase penduduk miskin di atas rata-rata nasional (18,4%) menurut BPS. Beberapa kabupaten di antaranya mempunyai tingkat kemiskinan yang relatif sama, tetapi memiliki prevalensi balita gizi-kurang (*underweight* = z-score BB/U < -2 SD) berbeda. Rata-rata nasional balita gizi-kurang 18,4 persen,³ sehingga kabupaten yang memiliki prevalensi gizi-kurang > 18,4 persen dapat dikatakan berprevalensi tinggi, sebaliknya kabupaten yang memiliki angka prevalensi gizi-kurang < 18,4 persen dikategorikan berprevalensi rendah.

Kabupaten Jeneponto di Provinsi Sulawesi Selatan mempunyai persentase kemiskinan 24,6 persen dan prevalensi balita gizi-kurang 28 persen, sedangkan Kabupaten Selayar persentase kemiskinan 20,45 persen prevalensi balita gizi-kurang 11,31 persen, sehingga keduanya termasuk kabupaten dengan persentase kemiskinan tinggi (>18,4), sementara Jeneponto memiliki prevalensi gizi-kurang tinggi, tetapi Selayar memiliki prevalensi gizi-kurang rendah.³ Perbedaan prevalensi balita gizi-kurang ini menggambarkan pembangunan kesehatan belum merata.⁴

Pertumbuhan atau status gizi anak tidak hanya berkaitan dengan konsumsi makanan, tetapi juga berkaitan dengan masalah infeksi, sosial, ekonomi budaya, pola asuh, pendidikan, dan lingkungan,^{5,6} sehingga determinan gizi-kurang dapat berbeda antara kabupaten satu dengan kabupaten lain yang memiliki tingkat kemiskinan relatif sama. Dengan mengidentifikasi faktor-faktor terkait status gizi yang membedakan dua daerah yang memiliki kondisi ekonomi relatif sama tetapi mempunyai prevalensi gizi-kurang berbeda, maka dapat diketahui akar masalah yang mendasar guna pemecahan masalah gizi-kurang di suatu kabupaten atau wilayah.

Dalam makalah ini dibahas faktor-faktor penyimpangan positif status gizi balita pada keluarga miskin di Kabupaten Jeneponto dan Selayar, yang meliputi: tingkat pendidikan kepala keluarga (KK) dan Ibu, jenis pekerjaan KK, jumlah anggota rumah tangga, jenis sumber air yang digunakan rumah tangga, akses terhadap sumber air bersih yang digunakan rumah tangga, kepemilikan fasilitas buang air besar (BAB), kejadian diare anggota rumah tangga, kejadian ISPA, tingkat kecukupan energi dan protein, kelengkapan imunisasi balita, dan kebiasaan cuci tangan

METODE

Penelitian ini dilakukan di Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik dengan mengolah lanjut data Riskesdas 2007. Populasi adalah keluarga miskin kategori kuintil 1 dan 2 menurut BPS yang tinggal di Kabupaten Jeneponto dan Kabupaten Selayar Provinsi Sulawesi Selatan. Kedua kabupaten tersebut termasuk wilayah dengan prevalensi miskin tinggi masing-masing 24,6 dan 20,5 persen dengan persentase gizi-kurang berbeda, yaitu berturut-turut 28 dan 11,3 persen. Faktor inklusi adalah rumahtangga yang mempunyai balita dan data variabel lengkap. Faktor eksklusi adalah rumahtangga yang tidak mempunyai data variabel yang dibutuhkan secara lengkap.

Variabel sosial ekonomi meliputi: pendidikan KK dan ibu, penghasilan, jumlah anggota dalam rumah tangga, sanitasi, morbiditas, imunisasi, serta tingkat kecukupan konsumsi energi dan protein. Variabel bebas mencakup sosio-demografi, sanitasi, keadaan ekonomi, konsumsi energi dan protein, kelengkapan imunisasi, kebiasaan cuci tangan. Adapun variabel terikat adalah prevalensi gizi-kurang di wilayah kabupaten.

Dalam analisis ini cakupan imunisasi dikelompokkan ke dalam imunisasi lengkap, imunisasi tidak lengkap dan tidak imunisasi.

Data Riskesdas 2007 diminta ke bagian pengelola data di Badan Litbang Kesehatan, Jakarta. Pada tahap awal dilakukan verifikasi terhadap data yang diperlukan sesuai dengan variabel-variabel yang berpengaruh terhadap status gizi. Lalu dilakukan pengecekan terhadap sebaran data setiap variabel dengan cara membuat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel tersebut.

Data dianalisis dengan statistik deskriptif dan untuk mengetahui hubungan digunakan uji chi-Square.

HASIL

Jumlah Sampel

Jumlah sampel rumah tangga di Kabupaten Selayar yang memiliki prevalensi balita gizi-kurang rendah ada 154 rumah tangga (RT), sedangkan prevalensi balita gizi-kurang Kabupaten Jeneponto tergolong tinggi, yakni 123.

Keadaan Sosio-Ekonomi

Di Provinsi Sulawesi Selatan KK dan ibu di kabupaten dengan gizi-kurang rendah tinggi lebih dari separuh berpendidikan tidak tamat SMP. Kabupaten dengan gizi-kurang tinggi sebagian besar (71,5%) dari 123 KK

berpendidikan tidak tamat SMP dan hanya 28,5 persen yang berpendidikan tamat SMP atau di atasnya. Sementara di kabupaten dengan gizi-kurang rendah sebanyak 57,1 persen dari 154 KK berpendidikan tidak tamat SMP. Hasil uji chi-square menunjukkan, ada perbedaan bermakna pada tingkat pendidikan KK di antara dua kabupaten gizi-kurang dan rendah. Dengan kata lain tingkat pendidikan KK tidak berhubungan dengan gizi-kurang balita ($P = 0,013$).

Pendidikan ibu di dua kabupaten, dengan gizi-kurang rendah dan tinggi memiliki jumlah ibu tamat SMP yang relatif kecil, masing-masing 44,8 dan 29,3 persen. Tabel 1 dapat dikatakan tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan prevalensi balita gizi-kurang di suatu wilayah ($p=0,008$).

Tabel 1
Sebaran Responden menurut Tingkat Sosio-Ekonomi
di Kabupaten Gizi-Kurang Rendah dan Tinggi di Provinsi Sulawesi Selatan, 2007

Tingkat Sosio-Ekonomi	Kab. Gizi-Kurang Rendah		Kab. Gizi-Kurang Tinggi		p
	n	%	n	%	
Pendidikan KK:					
• \geq SMP	66	42,9	35	28,5	0,013
• $<$ SMP	88	57,1	88	71,5	
• Total	154	100,0	123	100,0	
Pendidikan Ibu:					
• \geq SMP	69	44,8	36	29,3	0,008
• $<$ SMP	85	55,2	87	70,7	
• Total	154	100,0	123	100,0	
Penghasilan KK:					
• Penghasilan tetap	11	7,1	5	4,1	0,275
• Penghasilan tidak tetap	143	92,9	118	95,9	
• Total	154	100,0	123	100,0	
Jumlah ART:					
• $<$ 5	66	42,9	53	43,1	0,044
• \geq 5	88	57,1	70	56,9	
• Total	154	100,0	123	100,0	

Dalam Tabel 1 juga dapat dilihat sebagian besar (>90%) pekerjaan KK berpenghasilan tidak tetap, baik di kabupaten dengan gizi-kurang rendah maupun tinggi. Jumlah KK yang memiliki pekerjaan dengan penghasilan tidak tetap di kabupaten gizi-kurang relatif tinggi (95,0%) dibandingkan dengan di kabupaten gizi-kurang rendah (92,9%). Hasil uji chi-square menunjukkan, penghasilan KK tidak berbeda nyata antar-dua kabupaten ($p = 0,275$). Pada kabupaten gizi-kurang tinggi, jumlah rumah tangga yang memiliki anak balita ≥ 5 adalah 56,9 persen, sedangkan di kabupaten dengan gizi-kurang rendah sebesar 57,1 persen. Hasil analisis chi-square menunjukkan, jumlah anggota rumah tangga pada dua kabupaten yang berbeda berhubungan dengan besarnya prevalensi gizi -kurang ($p = 0,044$).

Sanitasi Lingkungan

Akses rumah tangga terhadap air bersih di kabupaten gizi-kurang tinggi relatif lebih suli dibandingkan dengan kabupaten gizi-kurang rendah. Di kabupaten gizi-kurang tinggi, 48,8 persen RT memiliki akses air bersih kategori kurang, sedangkan di kabupaten gizi-kurang rendah hanya 41,6 persen. Hasil uji chi-square menunjukkan, ada hubungan antara gizi-kurang dengan kemudahan akses terhadap air bersih ($P = 0,000$).

Kabupaten dengan gizi-kurang tinggi sebanyak 12,2 persen RT masih memiliki sumber air tidak terlindung, sedangkan kabupaten dengan gizi-kurang tinggi jumlahnya relatif lebih banyak (21,4%). Sebaliknya, RT di kabupaten dengan gizi-kurang rendah sebagian besar (78,9%) telah memiliki sumber air yang terlindung. Hasil uji chi-square juga menunjukkan, ada hubungan antara gizi-kurang dengan kategori kepemilikan jenis sumber air ($P = 0,017$).

Dalam Tabel 2 juga dapat dilihat sebagian besar (>60%) tidak memiliki sarana sendiri, tetapi menggunakan fasilitas umum. Hanya di bawah 40 persen rumah tangga yang memiliki sarana BAB sendiri. Hasil uji chi-square menunjukkan, hubungan negatif antara kepemilikan sarana BAB dengan kejadian gizi-kurang ($P = 0,006$). Data fasilitas BAB meliputi penggunaan dan kepemilikan fasilitas BAB. Data diambil dari rumah tangga Kor-Susenas 2007.

Kebiasaan cuci tangan sebelum makan cukup baik karena telah di atas 60 persen; bahkan, di kabupaten dengan gizi-kurang rendah, sebanyak 98,1 persen RT melakukan cuci tangan sebelum makan. Hasil analisis dengan chi-square menunjukkan, kebiasaan cuci tangan sangat berhubungan dengan kejadian status gizi-kurang ($P = 0,000$).

Tabel 2
Sebaran Responden menurut Keadaan Sanitasi dan Higiene
di Kabupaten Gizi-Kurang Rendah dan Tinggi di Provinsi Sulawesi Selatan, 2007

Keadaan Sanitasi dan Higiene	Kab. Gizi-Kurang Rendah		Kab. Gizi-Kurang Tinggi		p
	n	%	n	%	
Akses Sumber Air Bersih:					
• Akses cukup	90	58,4	63	51,2	
• Akses kurang	64	41,6	60	48,8	0,000
• Total	154	100,0	123	100,0	
Jenis Sumber Air:					
• Terlindung	121	78,6	108	87,8	
• Tak terlindung	33	21,4	15	12,2	0,017
• Total	154	100,0	100	100,0	
Kepemilikan Sarana BAB:					
• Sendiri	56	36,4	26	21,1	
• Bersama, umum, tidak ada	98	63,6	97	78,9	0,006
• Total	154	100,0	123	100,0	
Cuci Tangan Sebelum Makan:					
• Biasa cuci tangan	151	98,1	104	84,6	
• Tidak biasa cuci tangan	3	1,9	19	15,4	0,000
• Total	154	100,0	123	100,0	

Morbiditas

Tabel 3 menunjukkan, di Provinsi Sulawesi Selatan angka kejadian penyakit diare dalam rumah tangga, baik di kabupaten dengan gizi-kurang tinggi maupun rendah besarnya masing-masing 53,7 dan 20,8 persen. Hasil uji chi-square menunjukkan, hubungan ini sangat bermakna secara statistik ($P = 0,000$). Penyakit diare merupakan penyakit menular sehingga dapat memengaruhi kesehatan anggota keluarga yang lain. Tabel 3 juga menunjukkan adanya penyakit infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dalam rumah tangga di kabupaten dengan gizi-kurang rendah dan tinggi. Kejadian penyakit ISPA dalam rumah

tangga, baik di kabupaten dengan gizi-kurang tinggi maupun rendah cukup besar, yaitu di atas 64,3 persen. Sementara kejadian penyakit ISPA dalam rumah tangga di kabupaten gizi-kurang rendah sebesar 64,3 persen, sedangkan di kabupaten gizi-kurang tinggi sebesar 78,9 persen. Hasil uji *chi-square* menunjukkan hubungan ini sangat bermakna secara statistik ($P = 0,008$). Dengan perkataan lain, kejadian penyakit ISPA dalam keluarga sangat berhubungan dengan status gizi balita. Penyakit ISPA sering dijumpai dengan gejala ringan sampai berat dan yang mengenai jaringan paru dapat menjadi pneumonia.

Tabel 3
Sebaran Responden menurut Kategori Morbiditas
di Kabupaten Gizi-Kurang Rendah dan Tinggi di Provinsi Sulawesi Selatan, 2007

Kategori Morbiditas	Kab. Gizi-Kurang Rendah		Kab. Gizi-Kurang Tinggi		Nilai Perbedaan
	n	%	n	%	
Keberadaan Penderita Diare di RT:					
• Tidak ada diare	122	79,2	57	46,3	
• Ada diare	32	20,8	66	53,7	0,000
• Total	154	100,0	123	100,0	
Keberadaan Penderita ISPA di RT:					
• Tidak ada ISPA	55	35,7	26	21,1	
• Ada ISPA	99	64,3	97	78,9	0,008
• Total	154	100,0	123	100,0	

Imunisasi dan Konsumsi Energi-Protein

Cakupan imunisasi lengkap hanya 0,8 persen pada kabupaten dengan gizi-kurang tinggi dan 2,6 persen pada kabupaten gizi-kurang rendah. Jumlah anak yang dilakukan imunisasi tidak lengkap dalam rumah tangga baik di kabupaten dengan gizi-kurang tinggi maupun rendah yang besarnya masing-masing 9,1 dan 4,9 persen (Tabel 4). Sementara jumlah anak yang tidak dilakukan imunisasi dalam rumah tangga di kabupaten dengan gizi-kurang rendah masih cukup besar, yakni 94,3 persen, demikian juga di kabupaten dengan gizi-kurang rendah sebesar 88,3 persen. Namun, perbedaan ini tidak bermakna secara statistik ($P = 0,206$). Artinya, status gizi-kurang tidak berhubungan dengan pemberian imunisasi pada balita. Cakupan imunisasi berhubungan dengan tingkat pendidikan KK, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin sedikit anak yang tidak diimunisasi.

Data konsumsi energi dan protein dalam Riskesdas 2007 diperoleh dari jawaban responden tentang makanan yang dikonsumsi anggota rumah tangga dalam waktu 1 x 24 jam yang lalu. Rumah tangga dengan konsumsi "energi rendah"

adalah rumah tangga yang mengonsumsi energi di bawah rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007 sebesar 1735,5 Kkal per kapita per hari. Sementara RT dengan "konsumsi protein rendah" adalah rumah tangga yang mengonsumsi protein di bawah rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007 sebesar 55,5 gram per kapita per hari (Kemenkes, 2008).

Tabel 4 juga menunjukkan keluarga yang mengonsumsi energi kategori cukup masih rendah, di bawah 30 persen. Di kabupaten dengan status gizi rendah dan kabupaten gizi-kurang tinggi yang mengonsumsi energi lebih rendah dari rerata nasional masing-masing 74,8 dan 70,8 persen. Namun, berdasarkan uji Chi square perbedaan tersebut tidak bermakna ($P = 0,457$). Artinya, status gizi-kurang tidak berhubungan dengan besar konsumsi energi yang dikumpulkan berdasarkan recall 24 jam. Penghitungan konsumsi dengan recall 24 jam mempunyai kelemahan antara lain tidak bisa menggambarkan keadaan konsumsi yang sebenarnya, ada kelupaan dalam mengingat dan lain sebagainya.

Tabel 4
Sebaran Responden menurut Status Imunisasi dan Konsumsi Energi-Protein Balita di Kabupaten Gizi-Kurang Rendah dan Tinggi di Provinsi Sulawesi Selatan, 2007

Status Imunisasi dan Konsumsi Energi-Protein Balita	Kab. Gizi-Kurang Rendah		Kab. Gizi-Kurang Tinggi		p
	n	%	n	%	
Status Imunisasi Balita:					
• Lengkap	4	2,6	1	0,8	0,206
• Tidak lengkap	14	9,1	6	4,9	
• Tidak sama sekali	154	88,3	116	94,3	
• Total		100,0	123	100,0	
Konsumsi Energi Balita:					
• Konsumsi energi cukup	45	29,2	31	25,2	0,457
• Konsumsi energi rendah	109	70,8	92	74,8	
• Total	154	100,0	123	100,0	
Konsumsi Protein Balita:					
• Konsumsi protein cukup	67	43,5	40	32,5	0,062
• Konsumsi protein rendah	87	56,5	83	67,5	
• Total	154	100,0	123	100,0	

Dalam tabel juga dapat dilihat bahwa tingkat konsumsi protein per kapita dalam rumah tangga, baik di kabupaten dengan gizi-kurang tinggi maupun rendah, yang mengonsumsi protein kategori cukup masih rendah, di bawah 50 persen. Di kabupaten dengan status gizi-kurang rendah dan tinggi yang mengonsumsi protein lebih rendah dari rerata nasional masing-masing 56,5 dan 67,5 persen, dan berdasarkan uji Chi square terlihat ada hubungan yang bermakna ($P=0,062$). Artinya, status gizi-kurang tidak berhubungan dengan besar konsumsi protein yang dikumpulkan berdasarkan recall 24 jam.

BAHASAN

Sosial ekonomi

Tabel 1 menunjukkan status gizi-kurang tidak berhubungan dengan besar konsumsi protein yang dikumpulkan berdasarkan recall 24 jam. Tidak hanya sosial ekonomi berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat sehingga untuk

mencapai tujuan status gizi balita yang baik memerlukan langkah-langkah intersektoral dan pendekatan multidisipliner yang mampu mengubah determinan status gizi.⁷

Sanitasi Lingkungan

Menurut Joint Monitoring Program WHO/Unicef, akses terhadap air bersih "baik" apabila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana sumber air yang digunakan improved, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 km dari rumah. Sarana sumber air yang *improved* menurut WHO/Unicef adalah sumber air jenis sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan, selain itu dikatakan *not improved* (Kemenkes, 2008).

Akses rumah tangga terhadap air bersih pada kabupaten prevalensi gizi kurang tinggi lebih sulit dibanding kabupaten prevalensi gizi-kurang rendah. Rumah tangga kabupaten gizi-kurang tinggi lebih jauh jaraknya terhadap sumber air bersih dibanding kabupaten dengan gizi-kurang rendah.

Dilihat dari jenis sumber air, di kabupaten yang prevalensi gizi-kurang rendah yang memiliki sumber air tertutup lebih besar. Artinya, kabupaten yang prevalensi gizi-kurang rendah lebih banyak menggunakan air bersih dari pada kabupaten yang prevalensi gizi-kurang tinggi. Air merupakan media pertumbuhan bakteri penyebab infeksi.

Morbiditas

Penyakit diare merupakan jenis penyakit yang mematikan pada balita. Hal ini diakibatkan oleh dehidrasi. Penyakit diare sangat berhubungan dengan air bersih yang digunakan. Kabupaten yang prevalensi gizi-kurang tinggi sebagian besar rumah tangga menggunakan air tidak bersih. Ini merupakan akibat sehingga daerah ini kejadian penyakit diarenya juga lebih tinggi dibanding dengan kabupaten prevalensi gizi-kurang rendah.

Dalam Riskesdas 2007 prevalensi diare diukur dengan menanyakan apakah responden pernah didiagnosa oleh tenaga kesehatan dalam satu bulan terakhir, atau apakah responden dalam satu bulan terakhir menderita buang air besar > 3 kali sehari dengan kotoran lembik atau cair. Pertanyaan yang serupa ditanyakan untuk penyakit ISPA, apakah satu bulan terakhir pernah menderita gejala ISPA dan pnemonia.

Penyakit ISPA di daerah prevalensi gizi-kurang rendah juga menunjukkan persentase yang kecil dibanding dengan kabupaten dengan gizi-kurang tinggi. Penyakit ini merupakan penyakit infeksi yang penularannya dipengaruhi oleh kebersihan lingkungan. Penyakit ISPA sering dijumpai dengan gejala ringan sampai berat dan yang mengenai jaringan paru dapat menjadi pneumonia.

Imunisasi

Untuk menurunkan kejadian penyakit pada anak Departemen Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) dengan memberikan satu kali imunisasi BCG, tiga kali DPT, empat kali imunisasi Polio, satu kali imunisasi campak dan tiga kali imunisasi Hepatitis B(HB). Data Riskesdas yang diolah lanjut informasi tentang imunisasi ditanyakan pada ibu yang mempunyai yang mempunyai anak balita (umur 0-59 buln), yang dikumpulkan dengan cara wawancara kepada ibu balita atau anggota rumah tangga yang mengetahui, dari catatan dalam Kartu

Menuju Sehat (KMS) dan dan catatan buku KIA. Tidak semua balita diketahui status imunisasinya, karena beberapa alasan antara lain mungkin ibu lupa anak sudah diimunisasi atau belum, atau lupa berapa kali anak sudah diimunisasi, dan ibu tidak mengetahui jenis vaksin apa yang diberikan kepada anak. Catatan dalam KMS atau KIA tidak lengkap/tidak terisi, atau catatan tidak disimpan ibu (Kemenkes, 2008).

Jumlah anak yang diimunisasi di kabupaten dengan prevalensi gizi-kurang tinggi ternyata juga tidak bermakna dibandingkan dengan kabupaten yang prevalensi gizi-kurang rendah. Imunisasi meningkatkan daya tubuh terhadap penyakit infeksi. Anak yang tidak diimunisasi akan lebih mudah terkena penyakit. Anak yang terkena penyakit dapat berakibat mengalami kesulitan makan sehingga akan berakibat pada status gizi anak. Angka konsumsi energi diperoleh dengan recall konsumsi keluarga, sehingga ada kelemahan penghitungannya.

KESIMPULAN

Faktor-faktor penyimpangan positif terhadap status gizi-kurang rendah di daerah miskin adalah lebih tingginya proporsi tingkat pendidikan orangtua, sedikitnya jumlah anggota rumahtangga kemudahan akses terhadap air bersih dibandingkan dengan kabupaten yang status gizi-kurang tinggi.

Status gizi balita sangat ditentukan oleh faktor sosial dan ekonomi keluarga meliputi pendidikan KK dan ibu, penghasilan KK, jumlah anggota rumah tangga, akses air bersih, higienis dan sanitasi lingkungan dan morbiditas keluarga.

SARAN

Perbaikan status kesehatan khususnya status gizi balita perlu memperhatikan determinan sosial ekonomi di samping pelayanan medik dan kesehatan masyarakat, agar tujuan peningkatan kesehatan dapat terwujud disemua wilayah/kabupaten. Implikasinya untuk mencapai tujuan status gizi balita yang baik memerlukan langkah-langkah intersektoral dan pendekatan multidisipliner yang mampu mengubah determinan status gizi.

RUJUKAN

1. Zeitlin, M., Ghassemi, H., and Mansour. *Postive Deviance in Child Nutrition*. Tokyo, Japan: United Nation University Press, 1990.
2. Jahari AB, Jus'at I, Achadi EL, Putra HSA, Budiman B, Latinulu S *et al*. *Penyimpangan positif masalah KEP di Jakarta Utara, DKI Jakarta, Pedesaan Kabupaten Bogor Jawa Barat, dan Lombok Timur NTB*. Jakarta: LIPI dan UNICEF, 2000. x + 97.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007: Laporan Nasional*. Jakarta: Balitbangkes Depkes, 2008.
4. Townsend P, Davidson N *Inequalities in health. The solid fact* Copenhagen, Denmark: WHO, 1982.
5. Budiman, B. *Determinan Pertumbuhan Anak 6-8 tahun di Daerah Endemik Gaki*. *Penelitian Gizi dan Makanan*. , 1993: 16 (45-52).
6. Marsh,.D.R. and Schroeder, D G. *The Positive Deviance Approach to Improve Health Outcomes: Experince and Evidence from the Field Preface*. *Food and Nutrition Bulletin: 23(4) (Supplement)*. The United Nation University, 2002
7. Murti B. *Determinan sosial-ekonomi, modal sosial. Dan implikasinya bagi kesehatan masyarakat*. Pidato pengukuhan guru besar ilmu kesehatan masyarakat pada fakultas kedokteran Universitas Sebelas Maret; Surakarta, 7 Januari 2010.