

Pemetaan Status Gizi Balita di Indonesia

Alinea Dwi Elisanti¹

¹Program Studi D3 Kebidanan, Akademi Kebidanan Delima Persada Gresik

Kata Kunci:

Pemetaan
Status Gizi
Balita

ABSTRAK

Abstract The health status of children under five is one of the primary indicators of public health in a country. Nutritional became one of the health problems that affect the quality of human resources, an indicator of the success of the nation's development and could result in infant mortality and morbidity. Some research suggests that social and demographic conditions affecting the nutritional status of children, factors or geographic region will be very important role in the incidence of nutritional problems in Indonesia. So the need for mapping the problem to determine troubleshooting steps. This study aims to map the nutritional status of children under five in Indonesia. The method used is non-reactive studies using secondary data reports Riskesdas 2010. The sample taken is the entire province in Indonesia. Data were analyzed using ArchView GIS 3.3. The results showed that there are three (3) of the province that has the most low nutritional status of children in Indonesia, East Nusa Tenggara (NTT), Southeast Sulawesi and North Maluku. The provinces that have good nutritional status (height), the DI Yogyakarta, Jakarta and West Sumatra.

Abstrak Status kesehatan anak balita merupakan salah satu indikator kesehatan masyarakat utama di suatu negara. Gizi balita menjadi salah satu masalah kesehatan yang berdampak pada kualitas sumber daya manusia, menjadi indikator keberhasilan pembangunan bangsa dan bisa berakibat pada kematian balita dan morbiditas. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kondisi sosial dan demografis mempengaruhi status gizi anak, faktor atau wilayah geografis akan sangat berperan dalam kejadian masalah gizi di Indonesia. Sehingga perlu adanya pemetaan masalah untuk menentukan langkah pemecahan masalah. Penelitian ini bertujuan untuk memetakan status gizi anak balita di Indonesia. Metode yang digunakan adalah non reaktif studi menggunakan data sekunder laporan Riskesdas 2010. Sampel yang diambil adalah seluruh Provinsi di Indonesia. Data dianalisis dengan menggunakan ArchView GIS 3.3 . Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada tiga (3) Provinsi yang memiliki status gizi balita paling rendah di Indonesia yaitu Nusa Tenggara Timur (NTT), Sulawesi Tenggara dan Maluku Utara. Sedangkan provinsi yang memiliki status gizi yang baik (tinggi), yaitu DI Yogyakarta, DKI Jakarta, dan Sumatera Barat.

Copyright © 2017 Indonesian Journal for Health Sciences,
<http://journal.umpo.ac.id/index.php/IJHS/>, All rights reserved.

Penulis Korespondensi:

Alinea Dwi Elisanti
Program Studi D3 Kebidanan
Akademi Kebidanan Delima Persada,
Gresik, Indonesia.
Email : hwacelin@gmail.com

Cara Mensitasi:

Elisanti, A.D., Pemetaan Status Gizi Balita Indonesia
IJHS. 2017; Volume 1 (1): Hal 37-42.

1. PENDAHULUAN

Kecukupan gizi dan pangan merupakan salah satu faktor terpenting dalam mengembangkan kualitas sumber daya manusia, sebagai indikator keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Dalam hal ini gizi ternyata sangat berpengaruh terhadap kecerdasan dan produktivitas kerja manusia. Agar perencanaan upaya peningkatan status gizi penduduk dapat dilakukan dengan baik maka semua aspek yang berpengaruh perlu dipelajari termasuk spek pola pangan. Sosial-budaya dan pengaruh konsumsi makanan terhadap status gizi (Almatsier, 2001).

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2008-2009 menunjukkan angka kematian balita sebesar 46 per 1.000 kelahiran hidup atau setiap hari ada 566 kematian balita. Sedangkan status gizi pada tahun 2009 jumlah anak kurang gizi sebesar 5 juta dan anak dengan status gizi buruk sekitar 1,5 juta dan 150.000 anak menderita gizi buruk tingkat berat (marasmus-kwasiorkor).

Tahun 2010 di Indonesia dilaporkan Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKBA) berturut-turut sebesar 19/1000 kelahiran hidup (KH), 34/1000 dan 44/1000 KH dari target AKB dan AKBA tahun 2015 23/1000 KH dan 32/1000 KH (Kemenkes RI, 2010). Kecenderungan jumlah AKN, AKB dan AKBA dijelaskan pada Tabel 1.

Tabel 1. Trend AKB, AKN dan AKBA di Indonesia pada kurun waktu tahun 1991 sampai 2007

A Angka Kematian Anak	Tahun (Kematian per 1000 KH)					Tar get
	1991	1994	1997	2003	2007	
AKBA	91	81	58	46	44	32
AKB	68	57	46	35	34	23
AKN	32	30	26	20	19	Me nur un

(Sumber: BPS, SDKI 2007)

Tingginya angka kematian bayi dan kematian balita tersebut dikarenakan masih ditemukan beberapa masalah kesehatan di masyarakat. Masalah tersebut salah satunya adalah kurang energi protein (KEP) pada balita. KEP merupakan salah satu masalah gizi utama pada balita di Indonesia. Ada dua jenis tingkatan KEP yaitu KEP ringan atau gizi kurang dan KEP berat atau gizi buruk (Depkes RI, 2009).

Angka kematian dan kesakitan balita akan sangat menentukan status kesehatan balita yang merupakan salah satu indikator kesehatan masyarakat yang utama dan gambaran ukuran dari sistem kesehatan masyarakat suatu Negara (Wijono, 2006).

Rendahnya status kesehatan balita merupakan pencerminan kondisi perinatal yang

kurang sehat mulai dari masa ANC (*Antenatal care*), INC (*Intranatal care*) serta PNC (*Postnatal care*) dari segi ibu dan bayi atau merupakan akibat dari faktor lingkungan yang buruk pada awal usia anak (Wijono, 2006).

Selain faktor perinatal, kondisi sosial dan demografi juga sangat mempengaruhi status kesehatan balita khususnya status gizi balita. Dimana faktor wilayah atau spasial akan sangat berperan dalam kejadian masalah gizi di Indonesia.

Tujuan dari Penelitian ini adalah melakukan pemetaan status gizi balita di Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2010.

2. METODE PENELITIAN

Studi yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan studi *non-reactive* yaitu studi yang tidak memerlukan respon dari responden atau partisipan, atau responden tidak ikut partisipasi aktif (Kuntoro, 2011).

Variabel yang diteliti adalah status gizi balita. Rancang bangun penelitian ini

adalah deskriptif dengan. Unit Observasi seluruh Provinsi di Indonesia yang berjumlah 33 Provinsi. Data yang digunakan mempunyai skala rasio dalam bentuk persentase. Adapun indikator yang akan di petakan yaitu balita kurang konsumsi kalori, kurang konsumsi protein, bayi BBLR dan Balita Gizi Buruk di seluruh provinsi di Indonesia.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 2. Deskripsi Status Gizi Balita di Indonesia Tahun 2010

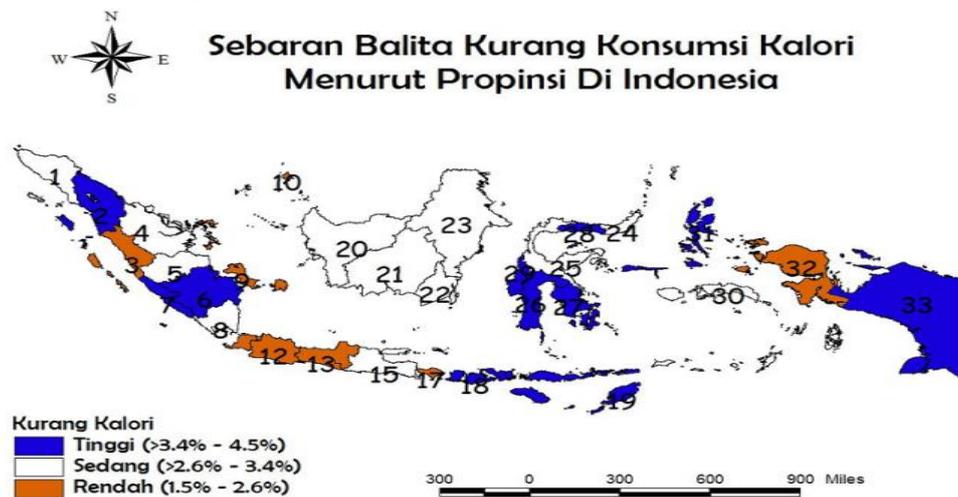
No	Nama Variabel	Minimum	Maximum	Mean	Std Deviation
1	Kurang Konsumsi Kalori	13.10	38.90	26.5576	6.29146
2	Kurang Konsumsi Protein	7.20	44.40	19.1970	8.28789
3	BBLR	6.00	19.20	12.4970	3.51190
4	Balita Gizi buruk	0.40	5.30	2.6061	1.35507

Tabel 2 menunjukkan bahwa nilai standar deviasi terbesar adalah pada indikator kurang energy protein dan nilai terkecil adalah balita gizi buruk. Hal ini menunjukkan tentang keragaman data setiap provinsi tertinggi terjadi pada indikator kurang energy protein dan terendah pada balita gizi buruk.

Pemetaan Status Gizi Balita Di Indonesia

Terdapat 4 (empat) indikator status gizi balita yang digambarkan dalam penelitian ini. Berikut ini adalah pemetaan indikator status gizi balita menggunakan program ArcView GIS 3.3.

1. Pemetaan Balita Kurang Konsumsi Kalori di Indonesia



Gambar 1. Sebaran Balita Kurang Konsumsi Kalori di Indonesia Tahun 2010

Gambar 1 menunjukkan sebaran balita kurang konsumsi kalori yang termasuk dalam kategori tinggi terdapat di Provinsi Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Bengkulu, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Selatan, NTT, NTB, Maluku Utara dan

Papua. Sedangkan balita kurang konsumsi kalori yang termasuk dalam kategori rendah yaitu di Propinsi Sumatera Barat, Kepulauan Bangka Belitung, Banten, Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta dan Irian Jaya Barat.

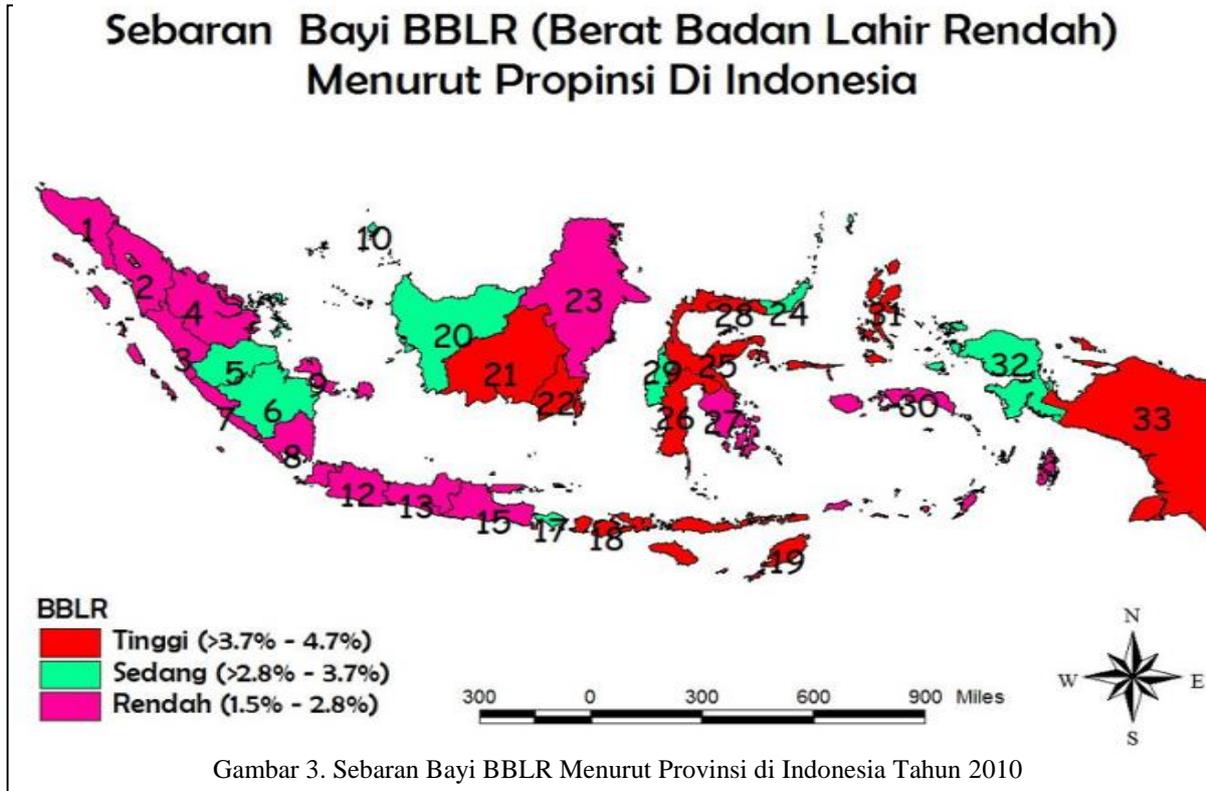
2. Pemetaan Balita Kurang Konsumsi Protein di Indonesia



Gambar 2 menunjukkan balita kurang konsumsi protein pada tahun 2010 terbanyak di provinsi NTT, Sulawesi Tenggara, Maluku Utara dan Papua. Sedangkan terendah di provinsi NAD, Sumatera

Utara, Sumatera Barat, Kepulauan Bangka Belitung, DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur dan Gorontalo.

3. Pemetaan Balita dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) di Indonesia



Sebaran Bayi BBLR di Indonesia sesuai dengan gambar 3, tertinggi di Provinsi Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, NTB, NTT, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Gorontalo, Maluku Utara dan Papua. Sedangkan terendah di Provinsi di Banten,

Jawa Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, NAD, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Bengkulu, Lampung, Kepulauan Bangka Belitung, Kalimantan Timur, Sulawesi Tenggara dan Maluku.

4. Pemetaan Balita Gizi Buruk di Indonesia



Jumlah Balita Gizi Buruk pada gambar 4, jika dilihat sebarannya tertinggi di Provinsi NAD, Sumatera Utara, Jambi, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, NTT, NTB, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Gorontalo dan Maluku.

Terdapat tiga (3) provinsi yang mempunyai status gizi balita yang paling rendah di Indonesia yaitu provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), Sulawesi Tenggara dan Maluku Utara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola asuh, pendapatan keluarga, pengetahuan ibu tentang gizi, asupan energi dan asupan protein merupakan penyebab gizi buruk pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Mata Kota Kendari (Ratna Umi, 2013). Hal ini didukung oleh hasil penelitian Wiko Saputra dan Rahmah Hida (2012), bahwa kemiskinan dan tingkat pendidikan orang tua merupakan faktor utama penyebab balita menderita gizi buruk dan gizi kurang di Provinsi Sumatera.

Kejadian BBLR terjadi karena banyak faktor yaitu berat badan ibu prahamil, penambahan berat badan selama kehamilan, usia ibu, dan urutan kelahiran merupakan faktor yang memengaruhi berat badan lahir. Berat badan prahamil ibu merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap berat badan lahir (odds ratio, OR = 6,64). Oleh sebab itu, ibu dengan status gizi prahamil kurang yang sedang merencanakan kehamilan perlu lebih diperhatikan (Karima dan Achadi Endang, 2012).

Masalah gizi pada balita ini akan menjadi kompleks ketika intervensi dari pemerintah untuk kemiskinan sangat lemah terutama pada komunitas perikanan, komunitas pertanian tradisional dan komunitas perkotaan sehingga tidak mampu memberikan perubahan untuk kesejahteraan masyarakat dan menimbulkan masalah balita gizi buruk dan gizi kurang. Mengingat dampak dari gizi buruk bisa berpotensi kehilangan IQ sampai 22 juta poin. Kekurangan gizi pada usia dini di awal daur kehidupan terbukti memberikan dampak yang berat. Semakin dini seorang anak menderita gizi kurang, semakin besar risiko untuk mengalami prestasi belajar yang rendah. Risiko prestasi verbal yang rendah pada anak usia baduta dengan gizi kurang dan setelah baduta adalah 6,5 dan 5 kali lebih tinggi daripada anak dengan gizi baik. Risiko prestasi numerik yang rendah pada anak dengan gizi kurang ketika usia baduta dan setelah baduta 25 dan 15 kali lebih besar daripada yang gizi baik. Prestasi verbal sangat berfluktuasi sesuai dengan status gizi individu sepanjang hayat. Sebaliknya, prestasi numerik, terlihat hanya dipengaruhi oleh status gizi pada usia balita. Gizi yang baik pada anak baduta dan pasca baduta dapat mencegah prestasi belajar yang rendah 44% dan 30%, tetapi untuk potensi belajar numerik, masing-masing dapat mencegah 80% dan 63%. Skor verbal sangat dipengaruhi oleh kondisi atau fluktuasi status gizi pada daur

Sedangkan jumlah sebaran gizi buruk terendah yaitu di Provinsi Sumatera Barat, Bengkulu, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur dan Bali.

kehidupan, tetapi skor numerik hanya dipengaruhi status gizi individu pada 5 tahun pertama kehidupan (Darsono, Hartanto dan Kodim, 2012).

Hasil pemetaan tematik terhadap indikator status gizi balita berdasarkan data Riskesdas 2010 menggunakan program *ArchView GIS 3.3* (Gambar 1 sampai dengan 4) menunjukkan lokasi-lokasi yang berdekatan cenderung memiliki kategori yang sama atau nilai yang mirip. Hal ini sejalan dengan hukum pertama tentang geografi yang dikemukakan oleh Tobler bahwa segala sesuatu saling berhubungan satu dengan yang lainnya, tetapi sesuatu yang dekat lebih mempunyai pengaruh daripada sesuatu yang jauh (Anselin, 1988). Sehingga terdapat kecenderungan kondisi status gizi di provinsi tertentu akan dipengaruhi dan mempengaruhi kondisi status gizi di provinsi lain yang berdekatan (bersinggungan).

5. KESIMPULAN

Terdapat tiga (3) Provinsi yang mempunyai status gizi balita yang paling rendah di Indonesia yaitu provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), Sulawesi Tenggara dan Maluku Utara. Dan Terdapat tiga (3) provinsi yang mempunyai status gizi balita baik (tinggi) yaitu DI Yogyakarta, DKI Jakarta dan Sumatera Barat.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. (2001). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Darsono Dj, Hartanto dan Kodim, (2012). *Pengaruh Status Gizi Anak Usia di Bawah Lima Tahun terhadap Nilai Belajar Verbal dan Numerik*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia: Departemen Epidemiologi FKM Universitas Indonesia.
- Karima K, Endang L dan Achadi, (2012). *Status Gizi Ibu dan Berat Badan Lahir Bayi*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia: vol. 7, No 3, Oktober 2012. Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat FKM UI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2010). *Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2010*, Badan Litbangkes, Jakarta.
- Kuntoro, (2011). *Metode Statistik*, Edisi Revisi, Pustaka Melati, Surabaya
- Philips, David dan Yola Verhasselt, (1994) *Health and Development*, edisi pertama, Routledge, London.

Ratna Umi N, (2013). *Faktor Penyebab Gizi Buruk Pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Mata Kota Kendari*: [http: // www.scribd.com/doc/190585414/ 10-Faktor-Penyebab-Gizi-Buruk-Pada-Anak-Balita-Di-Wilayah-Kerja-Puskesmas-Mata-Kota-Kendari-Ratna-Umi-Nurlila](http://www.scribd.com/doc/190585414/10-Faktor-Penyebab-Gizi-Buruk-Pada-Anak-Balita-Di-Wilayah-Kerja-Puskesmas-Mata-Kota-Kendari-Ratna-Umi-Nurlila).

Wijono D, (2006) *Indikator Statistik Vital Kependudukan Dan Kesehatan*, CV Duta Prima Airlangga, Surabaya

Wiko S, Rahmah H (2012). *Faktor Demografi Dan Risiko Gizi Buruk dan Gizi Kurang*. *Jurnal Kesehatan Makara*, vol. 16, No. 2, Desember 2012: 95-101.