

CAKUPAN PENIMBANGAN ANAK BALITA DI INDONESIA

Sandjaja¹, Titiek Setyowati² dan Sudikmo¹

ABSTRACT

COVERAGE OF MONTHLY WEIGHING AMONG UNDER FIVE YEARS OLD CHILDREN IN INDONESIA

Background: Monthly weighing session in *Posyandu* is an important activity for growth monitoring and promotion, especially for children below five years old. By knowing weight every month, growth trajectory can be assessed and nutrition intervention and education can be applied. However, there has been a tendency of decreasing coverage of *Posyandu* in Indonesia during recent years.

Objectives: To determine the coverage of children below five years old attending *Posyandu* or other weighing post.

Methods: Data used for the analysis was from *Susenas Modul* (VSEN.2004.MPK). Samples were children aged 0 – 59 months weighted in *Posyandu* or other weighing post one month prior to data collection. Analysis of weighing coverage was based on some variables including province, urban-rural area, age of children, frequency of visit to health facilities, and household expenditure.

Results: Out of a total 21,932 children included in the analysis, 50.4% attended *Posyandu* or other weighing session, 47.9% not attended, and 2.1% did not know. The figure was lower than the target of 80% coverage set by MOH. The coverage varied among provinces, the lowest was found in North Sumatra (29.6%) and the highest in DI Yogyakarta (77.3%). The coverage was higher in urban areas (56.9%) than that in rural areas (45.3%). There was a trend of decreasing coverage by increasing age of children. The coverage of weighing participation of babies aged less than 6 months old was 68.2% and continued to decrease especially after the age of 24 months old to only 33.0% among children aged 48 months old or older. Poor families was more likely to have lower coverage (47.4%) than families of high socio economic status (60.1%).

Conclusion: High coverage of children under five years old attending weighing session in *Posyandu* was found in certain province (DI Yogyakarta), urban areas, younger children, better health care behavior, and high socio economic status. [Penel Gizi Makan 2005, 28(2): 56–65]

Keywords: *posyandu*, weighing coverage

PENDAHULUAN

Pertumbuhan anak dalam usia dini, yaitu masa balita terutama bayi sangat pesat terjadi. Secara garis besar berat badan bayi usia 6 bulan tumbuh dua kali lipat dibandingkan dengan berat badan lahir, dan usia 12 bulan tiga kali lipat dari berat badan lahir. Pertumbuhan anak yang baik adalah yang mengikuti pola pertumbuhan normalnya. Akan tetapi, pola pertumbuhan bayi dan anak balita di Indonesia menunjukkan kecenderungan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normalnya. Data *Susenas* 1998, 2001, dan survei gizi lain menunjukkan terjadinya penurunan pertumbuhan (*growth faltering*) sejak bayi umur 4 bulan sampai dengan umur 18 bulan (1,2). Berbagai penyebab langsung terjadinya *growth faltering* tersebut yang pada akhirnya berdampak pada status gizi kurang/buruk adalah

konsumsi gizi, baik dari ASI maupun MP-ASI, yang tidak mencukupi kebutuhan dan penyakit infeksi. Sedangkan penyebab tidak langsung di tingkat keluarga adalah pola pengasuhan anak, ketersediaan pangan dalam rumah tangga yang tidak mencukupi, kurangnya sanitasi lingkungan, kemiskinan, kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan (3).

Penimbangan anak balita yang dilakukan tiap bulan (*growth monitoring*) merupakan salah satu kegiatan yang vital dalam pemantauan status kesehatan dan gizi. Dengan penimbangan bulanan yang teratur dapat diketahui *growth faltering* lebih awal sehingga dapat dilakukan *growth promotion* untuk mencegah kejadian gizi kurang dan buruk lebih dini.

¹ Peneliti pada Puslitbang Gizi dan Makanan, Badan Litbang Kesehatan, Depkes RI

² Tim Teknis Surkeenas

Posyandu merupakan salah satu sarana penimbangan anak balita yang teramat penting sehingga keberadaannya sangat diperlukan baik oleh masyarakat maupun oleh petugas kesehatan. Posyandu merupakan salah satu bentuk partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan (4).

Tetapi peran Posyandu dalam *growth monitoring and promotion* (GMP) mengalami penurunan cakupan. Berbagai kendala dihadapi oleh Posyandu antara lain karena peralatan, dan perlengkapan yang belum optimal, tenaga terampil kader Posyandu yang kurang, kurangnya kesadaran masyarakat untuk menimbang anak balita dan pelayanan kesehatan di Posyandu yang belum optimal.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui cakupan penimbangan anak balita di Indonesia menurut provinsi, daerah perkotaan perdesaan, status sosial ekonomi dan frekuensi pemeriksaan kesehatan.

BAHAN DAN CARA

Penelitian dilakukan dengan melakukan analisis data sekunder yang tersedia dalam kuesioner Susenas Modul (VSEN2004.MPK). Variabel yang dianalisis adalah.

Blok I Rincian 1	: Provinsi
Blok I Rincian 5	: Klasifikasi desa
Blok VII Rincian 0	: Umur anak balita termuda
Blok VII Rincian 3	: Apa anak balita ditimbang selama 1 bulan terakhir
Blok VII Rincian 5	: Berapa kali diperiksa nakes selama 1 tahun terakhir

Dari kuesioner Susenas Kor (VSEN2004.K) variabel yang dianalisis adalah.

Blok VII Rincian 28	: Pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan.
---------------------	---

Pengeluaran per kapita dikelompokkan menjadi lima (kuintil) dengan memperhitungkan *purchasing power parity* (PPP) untuk tiap provinsi. Sebelum dilakukan analisis, dilakukan *merging* (penggabungan) dari variabel yang terdapat dalam VSEN2004 K dan VSEN2004 MPK.

Sampel adalah semua anak balita termuda yang ada dalam rumahtangga terpilih. Analisis berupa krostabulasi antara anak balita ditimbang bulan lalu dan variabel tersebut.

Analisis univariat untuk mengetahui sebaran variabel dan bivariat tabulasi silang antara cakupan penimbangan dan variabel independen.

HASIL

Dari 65.056 sampel rumahtangga terpilih dalam Susenas 2004, jumlah sampel anak balita termuda sebanyak 21.932 anak, terdiri 9.558 anak di perkotaan dan 12.374 anak di perdesaan, seperti terlihat dalam Tabel 1.

Dari jumlah sampel anak balita tersebut, cakupan anak balita yang ditimbang bulan lalu 50,4%, tidak ditimbang 47,6%, tidak tahu 2,1%. Dengan demikian cakupan penimbangan tidak mencapai target yang telah ditetapkan oleh Depkes yaitu sebesar 80%. Penimbangan anak balita dapat dilakukan di Posyandu atau tempat penimbangan yang lainnya. Informasi tentang tempat penimbangan tidak terdapat dalam kuesioner VSEN 2004 MPK sehingga tidak dapat ditelusuri lagi cakupan penimbangan khususnya di Posyandu. Tetapi dengan melihat bahwa sarana penimbangan, terutama di pedesaan tidak ada yang lain selain Posyandu, dapat dikatakan cakupan tersebut mencerminkan cakupan penimbangan di Posyandu.

Tabel 1
Jumlah Sampel Anak Balita Menurut Provinsi dan Daerah, Susenas 2004

Provinsi	Jumlah Balita			Provinsi	Jumlah Anak Balita		
	Kota	Desa	Total		Kota	Desa	Total
NAD	191	424	615	Bali	334	244	578
Sumut	452	578	1030	NTB	319	455	774
Sumbar	197	470	667	NTT	131	635	766
Riau	380	330	710	Kalbar	208	546	754
Jambi	124	277	401	Kalteng	131	266	397
Sumsel	181	368	549	Kalsel	224	379	603
Bengkulu	121	245	366	Kaltim	213	169	382
Lampung	210	556	766	Sulut	139	186	325
Babel	135	169	304	Sulteng	75	398	473
DKI Jakarta	937	-	937	Sulsel	252	558	810
Jabar	1.331	950	2281	Sultra	110	407	517
Jateng	951	1.238	2189	Gorontalo	68	204	272
DI Yogya	326	190	516	Maluku	72	268	340
Jatim	1.181	1.186	2367	Maluku Utara	68	130	198
Banten	423	313	736	Papua	74	195	269
				Indonesia	9.558	12.374	21932

Tabel 2 menunjukkan cakupan penimbangan menurut provinsi dan daerah. Secara umum, cakupan penimbangan anak balita di perkotaan

(56,9%) lebih tinggi dibandingkan dengan di perdesaan (45,3%).

Tabel 2
Proporsi Anak Balita Ditimbang Bulan Lalu Menurut Provinsi dan Daerah, Susenas 2004

Provinsi	Daerah			Provinsi	Daerah		
	Kota	Desa	Total		Kota	Desa	Total
NAD	37,7	29,5	32,0	Bali	56,9	54,5	55,9
Sumut	36,1	24,6	29,6	NTB	50,5	37,4	42,8
Sumbar	57,4	44,3	48,1	NTT	56,5	61,8	60,7
Riau	55,3	36,1	46,3	Kalbar	39,4	36,6	37,4
Jambi	47,6	37,2	40,4	Kalteng	43,5	36,8	39,0
Sumsel	37,0	31,0	33,0	Kalsel	47,3	38,0	41,5
Bengkulu	59,5	33,5	42,1	Kaltim	54,5	52,1	53,4
Lampung	50,5	49,5	49,7	Sulut	46,8	44,1	45,2
Babel	56,3	37,3	45,7	Sulteng	36,0	37,7	37,4
DKI Jakarta	65,4	-	65,4	Sulsel	44,0	31,3	35,1
Jabar	67,5	56,5	63,0	Sultra	53,6	47,9	49,1
Jateng	62,5	64,5	63,6	Gorontalo	52,9	46,6	48,2
DI Yogya	80,1	72,6	77,3	Maluku	43,1	40,7	41,2
Jatim	61,4	52,7	57,0	Maluku Utara	54,4	36,2	42,4
Banten	53,9	39,6	47,8	Papua	44,6	30,3	34,2
				Indonesia	56,9	45,3	50,4

Dalam Tabel 2 juga terlihat cakupan penimbangan yang bervariasi antar provinsi. Cakupan tertinggi anak balita yang ditimbang bulan

lalu terdapat di DI Yogyakarta (77,3%) dan cakupan terendah terdapat di Sumatera Utara (29,6%). Dengan demikian masih terdapat kesenjangan yang

tinggi antar provinsi. Walaupun demikian, tidak ada satu provinsi pun yang mencapai target cakupan 80%.

Bila dilihat lebih jauh cakupan penimbangan anak balita menurut umur, terlihat bahwa terdapat tren cakupan yang terus menurun dengan bertambahnya umur. Pada Tabel 3 cakupan

penimbangan bayi (0-11 bulan) sebesar 68,2-69,0% tetapi pada umur berikutnya terus menurun, sehingga pada anak balita umur 48-59 bulan cakupannya hanya 33,0-33,9%. Tren penurunan cakupan penimbangan tersebut terjadi baik di perkotaan maupun perdesaan.

Tabel 3
Proporsi Anak Balita Ditimbang Bulan Lalu Menurut Daerah dan Umur Anak Balita, Susenas 2004

Umur (bulan)	Daerah		Jumlah
	Kota	Desa	
0 – 5	77,1	60,3	68,2
6 – 11	74,2	64,5	69,0
12 – 17	64,5	54,6	58,9
18 – 23	60,1	55,6	57,6
24 – 29	54,7	43,8	48,4
30 – 35	57,4	45,4	51,1
36 – 41	49,4	34,5	40,6
42 – 47	48,8	39,3	43,6
48 – 53	38,2	29,4	33,0
54 – 59	38,0	30,5	33,9
Jumlah	56,9	45,3	50,4

Proporsi anak balita ditimbang bulan lalu banyak dijumpai pada anak balita yang melakukan pemeriksaan kesehatan dalam kurun waktu setahun terakhir yaitu sebesar 74,9% seperti terlihat pada Tabel 4. Pemeriksaan kesehatan yang dimaksud adalah pemeriksaan kesehatan yang bukan untuk pengobatan. Sementara proporsi anak balita

ditimbang bulan lalu pada kelompok anak balita yang tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan hanya 25,1%. Hal ini menunjukkan kemungkinan bahwa pada rumahtangga dengan pengetahuan yang baik karena melakukan upaya kesehatan preventif, makin baik cakupan penimbangan anak balita.

Tabel 4
Proporsi Anak Balita Ditimbang Bulan Lalu dan Frekuensi Pemeriksaan Kesehatan, Susenas 2004

Frekuensi pemeriksaan kesehatan	Ditimbang bulan lalu		
	Ya	Tidak	Tidak tahu
Tidak pernah	25,1	50,6	55,0
1-3 kali	43,7	37,5	32,9
4 – 6 kali	13,3	7,3	7,5
7 –9 kali	5,2	1,8	3,3
>= 10 kali	12,7	2,8	1,3
Jumlah	100	100	100

Tabel 5 menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan proporsi anak balita ditimbang dengan semakin membaiknya kondisi perekonomian rumahtangga anak balita. Pada rumahtangga Q1

(kuartil-1) dan Q2 (kuartil-2), cakupan penimbangan anak balita lebih rendah dibandingkan dengan rumahtangga Q3, Q4, dan Q5.

Tabel 5
Proporsi Anak Balita Ditimbang Bulan Lalu Menurut Kuintil Pengeluaran Rumah tangga,
Susenas 2004

Umur (bulan)	Kuintil pengeluaran					Jumlah
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
0 – 5	61,9	65,7	67,0	69,3	81,5	68,2
6 – 11	64,9	66,5	68,3	72,4	77,8	69,0
12 – 17	57,2	56,0	58,4	60,8	65,2	56,9
18 – 23	57,9	57,1	52,9	55,8	65,7	57,6
24 – 29	44,6	42,5	49,8	47,6	61,7	48,4
30 – 35	48,7	46,4	50,2	60,9	55,0	51,1
36 – 41	35,1	38,1	39,5	41,3	52,4	40,6
42 – 47	36,3	44,7	40,5	49,1	54,1	43,6
48 – 53	28,3	31,1	33,2	34,6	41,8	33,0
54 – 59	27,5	30,9	34,7	37,0	39,9	33,9
Jumlah	47,3	47,5	49,4	51,3	60,1	50,4

BAHASAN

Sampai sekarang, sebagian besar data berat badan anak balita bersumber dari posyandu. Dengan jumlah posyandu pada tahun 2002 sebanyak 240.828, di mana sebagian besar masih merupakan posyandu pratama (42,4%) memberikan peran yang cukup besar dalam penimbangan anak balita (5). Proporsi anak balita ditimbang bulan lalu menggambarkan jumlah anak balita ditimbang dibagi jumlah seluruh anak balita di suatu wilayah dalam satu bulan. Hasil yang diharapkan adalah jika cakupan anak balita ditimbang mendekati atau sama dengan jumlah seluruh anak balita yang ada (D/S = 100%) dalam setiap bulannya. Kondisi ini lebih mewakili keadaan anak balita yang ada, seperti: proporsi anak balita yang naik berat badannya (N/D), proporsi anak balita di bawah garis merah atau gizi buruk. Menurut Depkes (6) cakupan D/S minimal 80% baru dapat memberikan informasi status gizi di wilayah bersangkutan. Dengan demikian hasil Susenas yang mendapatkan proporsi anak balita ditimbang bulan lalu sebesar 50,4% masih jauh dari target yang diharapkan. Beberapa faktor yang kemungkinan menjadi penyebab menurunnya anak balita ditimbang bulan lalu adalah:

a. Makin menurunnya peran Posyandu

Konsep Posyandu dimunculkan pada tahun 1984 sebagai penggabungan dari berbagai pos swadaya masyarakat untuk penimbangan anak balita, Pos Kesehatan, Pos Keluarga Berencana. Berbagai pos swadaya masyarakat tersebut sebelumnya merupakan perwujudan dari kegiatan *Primary Health*

Care atau PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa), di mana dalam pendekatannya masyarakat diposisikan sebagai subjek yang aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan.

Penggabungan berbagai pos tersebut dikembangkan dalam sistem 5 meja yang merupakan kegiatan di posyandu, seperti: meja pendaftaran, penimbangan, pencatatan, penyuluhan, dan pelayanan (pemeriksaan ibu hamil dan nifas, pelayanan imunisasi, pelayanan KB). Khusus meja 5 (pelayanan) ini dilakukan oleh petugas kesehatan dan KB.

Perkembangan selanjutnya adalah terjadinya kesepakatan antara kader posyandu dengan petugas kesehatan/KB dalam menentukan jadwal kegiatan posyandu setiap bulan. Hal ini ternyata secara tidak langsung membuat ketergantungan kader posyandu dan masyarakat kepada petugas kesehatan/KB (7).

Sedangkan menurut Depkes (8), kualitas posyandu cenderung tidak mengalami perkembangan diperkirakan antara lain karena krisis ekonomi dan pemberlakuan otonomi daerah sejak tahun 2001 yang telah mengakibatkan perubahan struktur organisasi pemerintahan di daerah, dan berdampak antara lain pada berkurangnya pembinaan peran serta masyarakat, termasuk posyandu.

b. Menurunnya peran kader posyandu

Salah satu faktor keberhasilan penimbangan di posyandu adalah adanya partisipasi kader posyandu. Kader posyandu mempunyai peranan penting dalam penggerakan masyarakat untuk

datang ke posyandu, pelaksanaan posyandu, dan pencatatan pelaporan posyandu. Namun sejak terjadinya krisis multidimensi peran kader cenderung menurun, dan jumlah kader *drop out* cenderung meningkat. Berbagai kegiatan yang dilakukan Puskesmas maupun Dinas Kesehatan, seperti: kursus penyegaran kader posyandu, pelatihan kader tidak secara bermakna meningkatkan peran maupun jumlah kader di setiap posyandu. Sehingga perlu upaya untuk menumbuhkan kembali bentuk-bentuk peran serta masyarakat, terutama posyandu. Menurut Rafei (2005), diperlukan bentuk pendekatan yang lebih efektif untuk memfungsikan dan memantapkan kegiatan kader yang berkesinambungan. Dukungan lintas sektor, seperti: Lurah/Kepala desa, Camat sangat penting, dan selanjutnya perlu dukungan juga dari tingkat kabupaten/kota, propinsi, dan nasional. Jika sebelumnya pendekatan lebih bersifat mobilisasi, karena peran kekuasaan dan komando, maka pendekatan menumbuhkan kesadaran menjadi kader adalah yang terbaik. Diupayakan agar kader yang dilibatkan merasakan bahwa penunjukan dan penugasannya menjadi suatu penghargaan dan kepercayaan yang diberikan kepadanya dari pemerintah dan masyarakat.

Mungkin penghargaan berupa insentif dalam berbagai bentuk untuk kader posyandu sebagai pengganti hari kerja perlu menjadi bahan pertimbangan bagi para pengambil keputusan di tingkat daerah.

Cakupan penimbangan anak balita juga menunjukkan variasi yang tinggi antarprovinsi yang semuanya masih di bawah target 80% D/S. Di DI Yogyakarta dengan cakupan penimbangan tertinggi dan di Sumatera Utara dengan cakupan terendah. Dengan variasi antar provinsi yang tinggi tersebut perlu menjadi perhatian di provinsi mana saja upaya revitalisasi Posyandu diprioritaskan. Perlu dikaji hambatan-hambatan yang ada di provinsi dengan cakupan penimbangan anak balita yang rendah serta dicari inovasi-inovasi program yang aplikatif di daerah setempat sehingga cakupan penimbangan dapat ditingkatkan. Di era otonomi daerah dan desentralisasi ini peran daerah lebih dituntut untuk perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program kesehatan di daerahnya masing-masing.

Dari Tabel 2 diketahui bahwa cakupan anak balita ditimbang bulan lalu di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perdesaan. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Tingkat pendidikan ibu yang relatif lebih tinggi di perkotaan dapat menjadi faktor tingginya cakupan penimbangan anak

balita. Dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi di perkotaan, asumsinya adalah adanya peningkatan pengetahuan ibu tentang kesehatan anak. Akses pada fasilitas kesehatan yang lebih baik juga berperan dalam cakupan penimbangan di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Banyaknya fasilitas kesehatan yang tersedia, seperti: klinik dokter/bidan, Puskesmas, RS pemerintah/swasta yang mudah dijangkau oleh ibu diduga menjadi penyebab tingginya anak balita ditimbang bulan lalu. Demikian juga fasilitas lainnya seperti tempat penitipan anak balita.

Hasil Susenas 2004 juga menunjukkan kecenderungan penurunan proporsi anak balita ditimbang bulan lalu dengan semakin bertambahnya umur anak balita, baik di perkotaan maupun di perdesaan. Tingginya proporsi anak balita ditimbang bulan lalu pada kelompok anak balita usia muda (0-11 bulan) kemungkinan disebabkan oleh adanya beberapa pelayanan kesehatan lain yang belum selesai, misalnya: imunisasi, pelayanan pasca persalinan bagi ibu. Sebaliknya pada kelompok anak balita usia 12 bulan atau lebih, selain imunisasi yang sudah lengkap, biasanya anak sering rewel atau tidak mau ditimbang sehingga ibu menjadi enggan untuk menimbang anak balita. Dengan demikian perlu upaya untuk meningkatkan pemahaman ibu tentang manfaat penimbangan bagi anak. Di samping itu perlu upaya modifikasi posyandu seperti tempat bermain anak-anak, atau fasilitas lainnya seperti alat permainan edukatif sehingga secara tidak langsung kebiasaan menimbang berat badan pada anak balita akan tertanam sejak dini.

Hasil Susenas 2004 juga menunjukkan bahwa proporsi balita ditimbang bulan lalu pada anak balita yang melakukan pemeriksaan kesehatan lebih besar dibandingkan dengan anak balita yang tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan. Tersedianya alat/fasilitas kesehatan yang memadai, termasuk timbangan anak balita di tempat pemeriksaan kesehatan dan lebih seringnya ibu balita mendapatkan penyuluhan kesehatan anak dari petugas kesehatan dapat menjadi faktor pendorong ibu untuk menimbang anak balitanya.

Hasil kajian ini juga menunjukkan bahwa terdapat cakupan yang timpang antara rumahtangga miskin dan tidak miskin. Bila kuintil-1 dan kuintil-2 disebut sebagai rumahtangga miskin, cakupan penimbangan lebih rendah dibandingkan dengan kuintil di atasnya. Padahal masalah tumbuh kembang banyak terdapat pada rumahtangga miskin tersebut. Pada kelompok ini pula banyak kasus-kasus gizi buruk yang terlambat diketahui oleh

petugas kesehatan. Oleh karena itu bila pemantauan pertumbuhan melalui penimbangan rutin bulanan dapat ditingkatkan cakupannya pada kelompok ini, diharapkan kurang gizi dapat dideteksi lebih dini dan *growth monitoring and promotion* (GMP) bisa dilaksanakan dengan baik. Dengan begitu *growth faltering* dapat dicegah dan status gizi anak balita dapat ditingkatkan.

KESIMPULAN

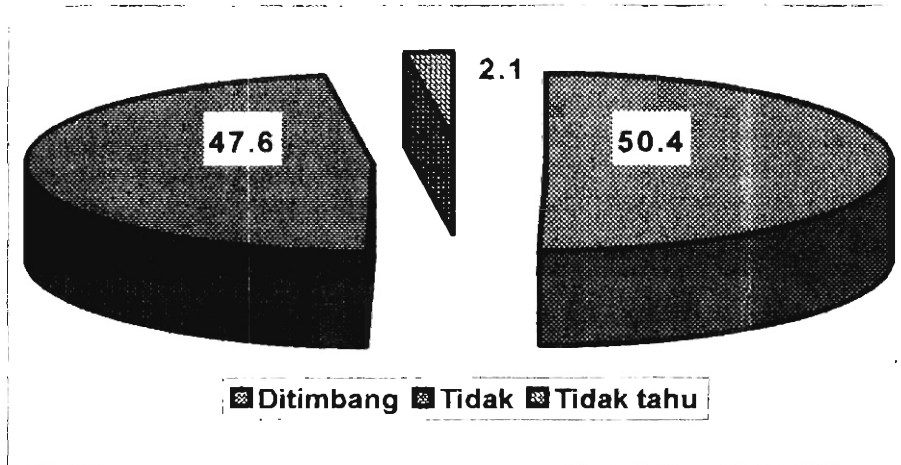
1. Dari 21.932 sampel anak balita, yang ditimbang bulan lalu 50,4%, tidak ditimbang 47,6%, dan 2,1% tidak tahu. Cakupan D/S tersebut jauh dari target cakupan minimal menurut Depkes yaitu 80%. Tidak ada satu provinsi pun yang mencapai target.
2. Proporsi anak balita yang ditimbang lebih tinggi di perkotaan (56,9%) dibandingkan dengan di pedesaan (45,3%). Provinsi dengan cakupan tertinggi di DI Yogyakarta (77,3%) dan terendah di Sumatera Utara (29,6%). Oleh karena itu revitalisasi Posyandu sangat diperlukan terutama di daerah atau provinsi dengan cakupan rendah.
3. Terdapat tren semakin meningkat umur anak balita semakin rendah cakupan penimbangan. Partisipasi menimbang anak umur ≥ 48 bulan hanya separuh dari cakupan penimbangan pada bayi. Penurunan cakupan tersebut diduga terkait dengan faktor pelayanan kesehatan untuk anak 1-4 tahun (imunisasi yang sudah selesai), faktor anak yang mulai sulit ditimbang, dan faktor ibu/keluarga. Oleh karena itu diperlukan inovasi peran Posyandu untuk meningkatkan cakupan penimbangan pada anak umur 1-4 tahun.
4. Proporsi anak balita ditimbang bulan lalu banyak dijumpai pada anak balita yang melakukan pemeriksaan kesehatan (bukan berobat), yaitu sebesar 74,9% dibandingkan dengan yang tidak melakukan pemeriksaan kesehatan (25,1%).
5. Pada rumah tangga miskin (kuintil-1 dan kuintil-2), cakupan penimbangannya lebih rendah masing-

masing 47,3% dan 47,5% dibandingkan dengan rumah tangga kaya (kuintil-5), yaitu 60,1%. Oleh karena potensi masalah gizi ada pada kuintil-1 dan kuintil-2 tersebut, seperti prevalensi gizi kurang dan buruk yang lebih tinggi, maka upaya peningkatan cakupan perlu juga difokuskan pada kelompok tersebut.

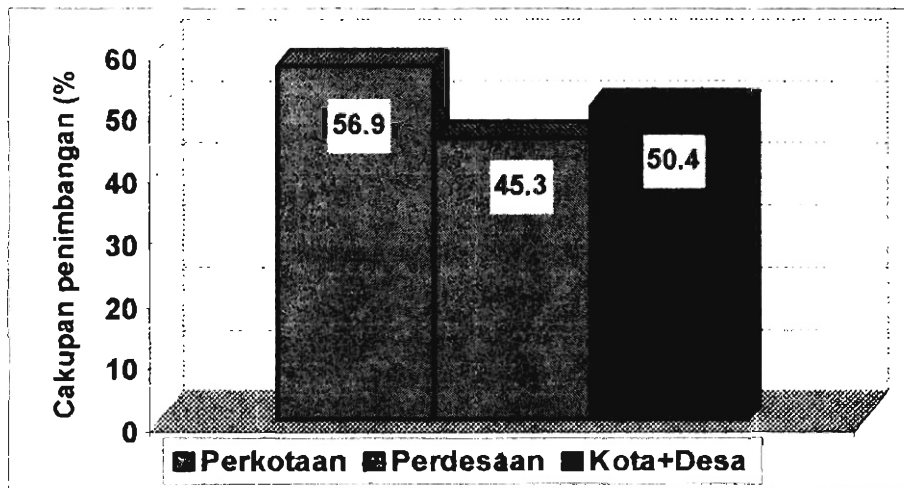
RUJUKAN

1. Jahari, AB dkk. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989-1999). *Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII*. Jakarta, 29 Feb-2 Mar 2000. p. 93—124.
2. Sandjaja dan S Herman. *Hubungan status gizi dengan pola konsumsi makanan keluarga, karakteristik keluarga dan daerah: Analisis data Susenas 1998*. Laporan Akhir Penelitian. Bogor: Puslitbang Gizi, 1999.
3. Beaton, GH and GH Ghassemi. *Supplementary feeding programs for young children in developing countries*. New York: UNICEF, 1979.
4. Departemen Kesehatan RI. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Depkes RI, 2004.
5. Departemen Kesehatan RI. *Profil Indonesia 2002*. Jakarta: Depkes RI, 2003.
6. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman pemantauan status gizi melalui posyandu*. Jakarta: Depkes RI, 1996.
7. Sasongko, A. *Pengorganisasian dan pengembangan masyarakat*. Depok: FKM UI, 2000.
8. Rafei, MU. Peningkatan kinerja Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota. *Dalam: Lokakarya peningkatan kinerja dan tanggapan Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota*. Jakarta, 30 September 2005.

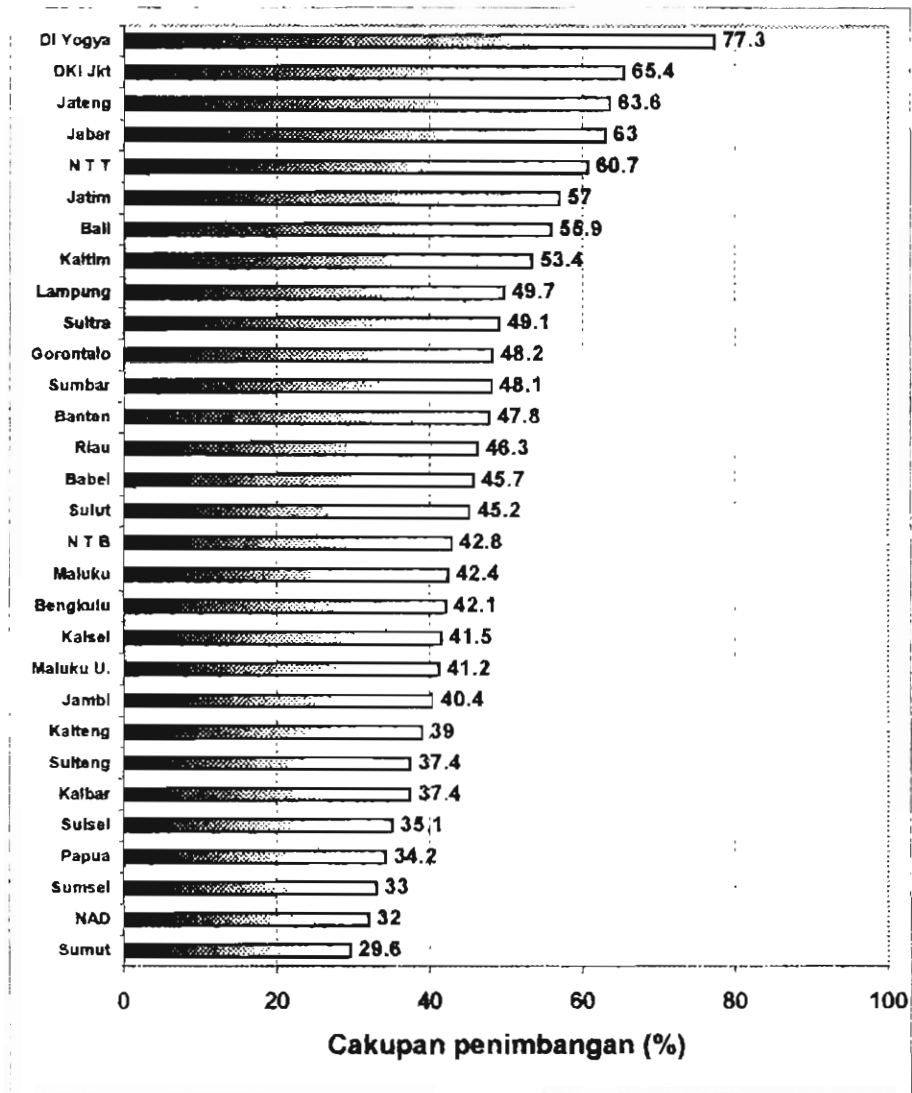
Lampiran



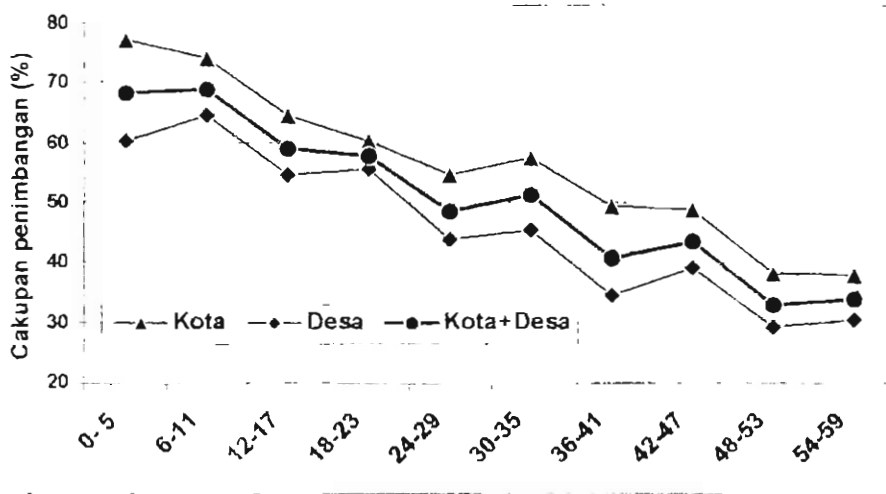
Gambar 1
 Persentase Cakupan Penimbangan Anak Balita di Indonesia



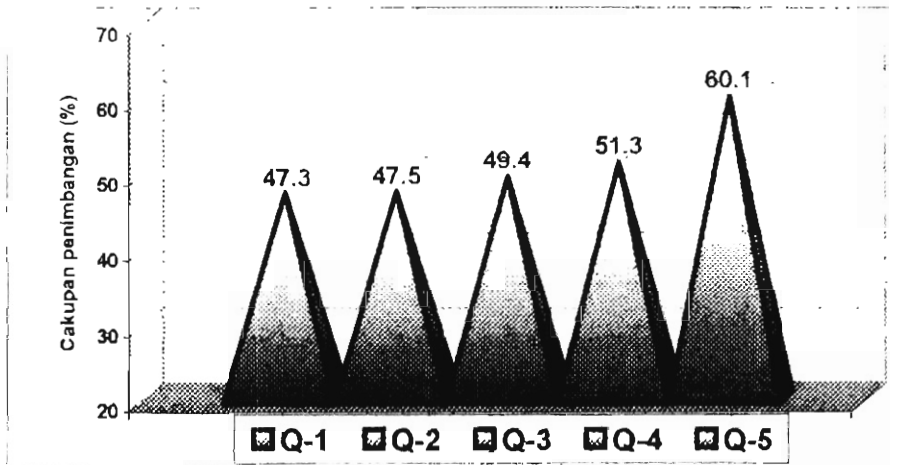
Gambar 2
 Persentase Cakupan Penimbangan Anak Balita Menurut Desa-Kota



Gambar 3
 Persentase Cakupan Penimbangan Anak Balita Menurut Provinsi



Gambar 4
Tren Cakupan Penimbangan Anak Balita Menurut Umur



Gambar 5
Persentase Cakupan Penimbangan Anak Balita Menurut Kuintil Pengeluaran Rumah tangga

FAKTOR RISIKO KURANG ENERGI KRONIS PADA IBU HAMIL DI JAWA BARAT (Analisis Lanjutan)

*Iman Sumarno*¹

ABSTRACT

RISK FACTORS OF CHRONIC ENERGY DEFICIENCY AMONG PREGNANT WOMAN IN WEST JAVA (An Advance Analysis)

Background: Chronic Energy Deficiency (CED) in pregnancy reduces the quality of human resources. It is a high risk of having low birth weight babies and a high risk of maternal mortality and sickness. Therefore, it is a priority to solve the problem. In 2002, the Province of West Java conducted mapping of CED in pregnant women.

Objective: This article is an advance analysis of the risk factor of the CED past the analysis of the report to the local government of West Java.

Method: The design is a rapid survey that planned to represent each district in the Province of West Java. Within each district are drawn systematically 30 clusters. Using maximum variance of 50%, the sample of each district is 420 pregnant women. The main data are hemoglobin concentration, upper arm circumference, socioeconomic of the household sample, and history of health and pregnancy.

Results: It found that the education level of the pregnant women is varying from never had schools to the university and mostly 42.3% graduated from middle school. Average expenditure for food over total expenditure is 71.8%. The prevalence of CED is 30.6% in the Province of West Java, the lowest is 19.3% in the city of Bandung and the highest is 50.7% in the district of Purwakarta. The risk factors of CED are as follows: Ever has sick, percent food expenditure, anemic and wasting before pregnancy is high risk of CED. Using contraceptive devices before pregnancy, graduated from high school, and ever had miscarriage are protective for CED. The most high risk is wasting before pregnancy with the risk of 2.56 times and the most protective is using contraceptive device with risk of 0,565 times.

Conclusion: Based on the above analysis the effort to overcome the CED in pregnancy should be a preventive measure before getting pregnant or even before marriage. [Penel Gizi Makan 2005, 28(2): 66—73]

Keyword: *chronic energy, pregnant women, risk factors*

PENDAHULUAN

Kurang energi kronis (KEK) pada kehamilan merupakan masalah gizi di Indonesia. DepKes RI pada tahun 1996 menyitir hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia 1995 bahwa ibu hamil KEK mempunyai kecenderungan melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR), mempunyai risiko kesakitan dan mengalami kesulitan dalam proses melahirkan (1,2). Penelitian Sumarno dkk (3) juga menunjukkan bahwa wanita hamil KEK di Jawa Barat mempunyai risiko melahirkan BBLR 2,3 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak KEK. Padahal BBLR mempunyai risiko kematian yang tinggi serta akan mengalami gangguan tumbuh kembang (4,5). Oleh karena itu

Departemen Kesehatan RI pada tahun 1999 mempublikasi pedoman alat ukur lingkaran atas (LILA) untuk wanita usia subur sebagai alat penapisan KEK (6). Pada pedoman ini ditetapkan batas LILA < 23,5 cm sebagai risiko KEK

Untuk mengetahui cara penanggulangan ibu hamil KEK diperlukan informasi penyebabnya. Namun, untuk itu diperlukan waktu yang lama dan sampel yang besar. Dalam waktu yang terbatas dapat dilakukan analisis faktor risiko karena tidak dapat ditelusuri urutan kejadiannya, kecuali dengan teori yang ada. Banyak analisis faktor risiko KEK, tetapi kebanyakan hanya menggunakan analisis bivariat. Padahal, untuk analisis yang lebih baik

¹ Peneliti pada Pusltbang Gizi dan Makanan, Badan Litbang Kesehatan, Depkes RI