

KEADAAN GIZI ANAK BALITA DI WILAYAH BOGOR, TANGERANG DAN BEKASI (BOTABEK) SELAMA KRISIS EKONOMI

Djoko Kartono*, Arnelia*, Anies Irawati*

NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN UNDER FIVE YEARS OLD IN BOGOR, TANGERANG AND BEKASI REGION DURING ECONOMIC CRISIS

Abstract. Monitoring of nutritional status among children under five years old (PSG) in all villages of West Java was carried out in 1996 and 1999. The PSG data were taken before and after the economic crisis hit Indonesia. The study aimed to assess nutritional status of children under five years old in relation to the crisis. The study was carried out in Bogor city, and district of Tangerang and Bekasi. Thirty villages were selected randomly from each area: 20 poor villages and 10 non-poor villages. In each selected village: one posyandu (Integrated Health Post), which was used for PSG in 1996, was selected. Ten children were selected randomly in each posyandu. Body weight and height of the children were measured in addition to that of the PSG data. The data of the 1996 PSG were analysed and compared to the 1999 PSG. Results of PSG showed that, overall, percentage of under weight in non-poor villages was not different before than during the crisis, but in poor villages it was significantly different. Percentage of well-nourished in non-poor villages was significantly lower before than during the crisis, but not in poor villages. Percentage of under-weight in Tangerang, both poor and non-poor villages, was not different before and during the crisis but higher in Bekasi and lower in Bogor. Nutritional status in 1999 based on 3 indices Wt/A, Ht/A and Wt/Ht showed that Bekasi was the best compared to that in Tangerang and Bogor. Percentage of under weight in Bekasi was the lowest (30%). The conclusion is that economic crisis had negative impact both in non-poor and poor villages. Percentage of over weight in non-poor villages decreased while in poor villages the percentage of under weight increased.

Key words: nutritional status, children under five, poor village, economic crisis

PENDAHULUAN

Pada tahun 1999 dicanangkan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan sebagai strategi Pembangunan Nasional untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010. Upaya yang dilakukan di sektor kesehatan lebih mengutamakan upaya preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Dasar pandang pembangunan kesehatan ini disebut paradigma sehat⁽¹⁾. Upaya peningkatan keadaan gizi masyarakat dan penanggulangan masalah gizi sangat

penting dalam strategi pembangunan nasional yang berwawasan sumber daya manusia. Upaya ini dapat ditempatkan sebagai ujung tombak paradigma sehat untuk mencapai Indonesia Sehat 2010.

Kurang Energi Protein (KEP) di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat walaupun ada kecenderungan penurunan. Data dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (SU-SENAS) menunjukkan bahwa keadaan

* Peneliti Puslitang Gizi dan Makanan, Badan Litbang Kesehatan

gizi kurang pada anak balita menurun berbagai dari 36,2% pada tahun 1989 menjadi 28,3% pada tahun 1998. Namun prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada anak kelompok umur 6-23 bulan meningkat pada sebelum dan selama krisis ekonomi⁽²⁾. Kurang Energi Protein (KEP) pada balita di negara sedang berkembang telah turun dari 43% tahun 1975 menjadi 35% tahun 1995. Sedangkan pada tahun 2000 diharapkan terjadi penurunan prevalensi sebesar 50% dari prevalensi tahun 1990 atau menjadi hanya 18%⁽³⁾. Di Asia Tenggara, secara umum telah terjadi perbaikan yang cukup cepat pada dekade 80-an tetapi melambat lagi pada dekade 90-an. Perlambatan itu antara lain disebabkan oleh turunya pertumbuhan ekonomi di beberapa negara dan pada waktu yang berbeda-beda⁽⁴⁾.

Ada 3 indeks yang umum digunakan untuk menilai keadaan gizi balita yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Pemilihan indeks tergantung dari beberapa faktor dan tidak ada satu indeks pun yang dapat digunakan untuk semua keadaan⁽⁵⁾.

Pada akhir tahun 1996 Kantor Wilayah Kesehatan Propinsi Jawa Barat melakukan kegiatan berupa Pemantauan Status Gizi (PSG) di seluruh desa di wilayah Jawa Barat. Pada saat dilakukan pengumpulan data PSG tahun 1996, keadaan ekonomi di Indonesia umumnya dan wilayah Bogor, Tangerang dan Bekasi (Botabek) khususnya sebagai daerah industri dan perekonomian yang menyangga ibukota negara (Jakarta) adalah sangat baik. Namun akibat krisis moneter pada tahun 1997 keadaan perekonomian Indonesia terpuruk dan tidak terkecuali wilayah Botabek. Keadaan ini menyebabkan ekonomi masyarakat golongan bawah menjadi semakin terpuruk yang akhirnya berdampak negatif pada keadaan gizi anak balita.

Agar target dana INPRES lebih dapat dipantau maka suatu desa, di masa lalu, dibedakan menjadi tertinggal dan tidak tertinggal. Untuk desa tertinggal kemudian disebut IDT atau Desa IDT sedangkan desa tidak tertinggal disebut DTT atau non-IDT.

Oleh sebab itu sangat bermanfaat jika data PSG tersebut dapat dijadikan data dasar dalam analisis dampak krisis ekonomi dan membandingkannya dengan data yang dikumpulkan dari survei ulang di wilayah tersebut. Dengan demikian diperoleh informasi dampak dari krisis ekonomi terhadap keadaan gizi. Makalah ini membahas prevalensi keadaan gizi balita dalam kaitannya dengan dampak krisis ekonomi.

BAHAN DAN METODA

Data yang digunakan adalah data Pemantauan Status Gizi (PSG) di wilayah Jawa Barat tahun 1996 dan data yang dikumpulkan pada tahun 1999.

Lokasi penelitian adalah Kota Bogor, Kabupaten Tangerang dan Bekasi (Botabek) di Jawa Barat. Sebanyak 30 Desa di tiap daerah dipilih secara acak yang terdiri dari 20 desa tertinggal (IDT) yang menjadi desa kasus dalam penelitian ini dan 10 desa tidak tertinggal (non-IDT) yang menjadi desa kontrol. Dengan demikian dari tiga daerah tercakup 90 desa yang terdiri dari 60 desa IDT dan 30 desa non-IDT. Di setiap desa dipilih Pos Pelayanan Terpadu (posyandu) yang dijadikan lokasi PSG tahun 1996. Semua balita di posyandu menjadi sampel penelitian. Untuk tahun 1999, di tiap posyandu dipilih 10 sampel anak secara random untuk diukur tinggi badannya, dengan demikian terpilih 600 sampel di desa IDT dan 300 sampel di desa non-IDT. Cakupan lokasi untuk Bogor adalah semua kecamatan (100%), Tangerang tercakup 27% kecamatan dan Bekasi tercakup 31% kecamatan. Seluruh kecamatan yang dicakup (16 kecamatan)

adalah 39% dari jumlah kecamatan yang ada di tiga daerah. Sedangkan jumlah desa yang tercakup untuk Bogor adalah sebanyak 43% desa, Tangerang 33% desa dan Bekasi 49% desa yang ada di kecamatan terpilih.

Data yang dikumpulkan meliputi jumlah anak balita di Desa, jumlah anak balita di Posyandu, dan jumlah anak balita yang ditimbang dan berat badan anak balita. Penimbangan berat badan dilakukan dengan menggunakan timbangan dacin kapasitas 50 kg dengan ketelitian 0.1 kg. Keadaan gizi dianalisis dengan indeks BB/U baku WHO yaitu persentase terhadap nilai median. Untuk tahun 1999 dilakukan pengukuran tinggi badan menggunakan mikrotua dengan ketelitian 0.1 cm. Analisis data dilakukan sebagai berikut. PSG tahun 1996 - 1999 menggunakan indeks berat badan menurut umur (BB/U) baku WHO ⁽⁶⁾. Kurang Energi Protein adalah KEP pada anak balita. Gizi baik jika BB/U 81-110% baku median WHO, gizi lebih jika BB/U > 110% baku median WHO dan KEP adalah jika BB/U < 80%.

Keadaan gizi balita tahun 1999 menggunakan indeks berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Keadaan gizi ditentukan dengan menggunakan skor simpang baku (SSB) atau disebut juga *z-score* dimana batas atas adalah -2 (minus 2) simpang baku median WHO ⁽⁶⁾.

Hasil analisis data disajikan secara deskriptif dan ditujukan untuk meneliti: a) keadaan gizi anak balita berdasar indeks BB/U 1996-1999 dan b) keadaan gizi anak balita 1999 yaitu selama krisis ekonomi berdasar indeks BB/U, TB/U dan BB/TB.

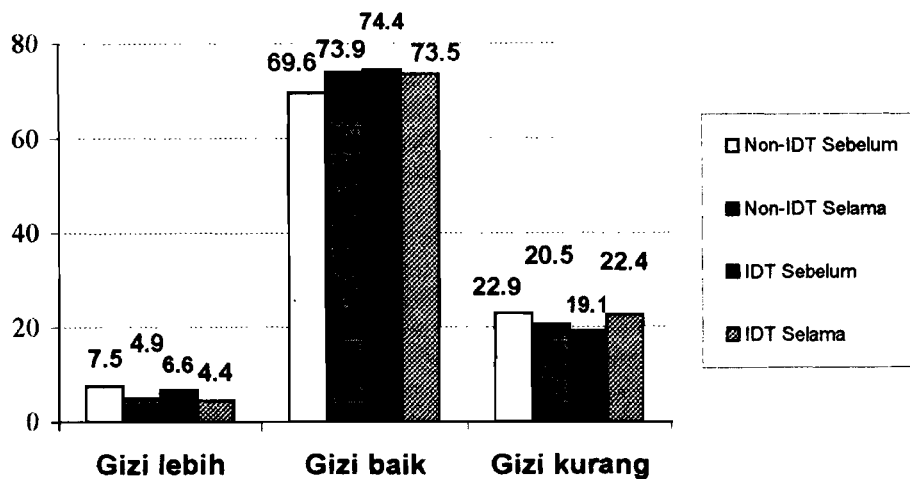
HASIL DAN BAHASAN

Pemantauan Status Gizi

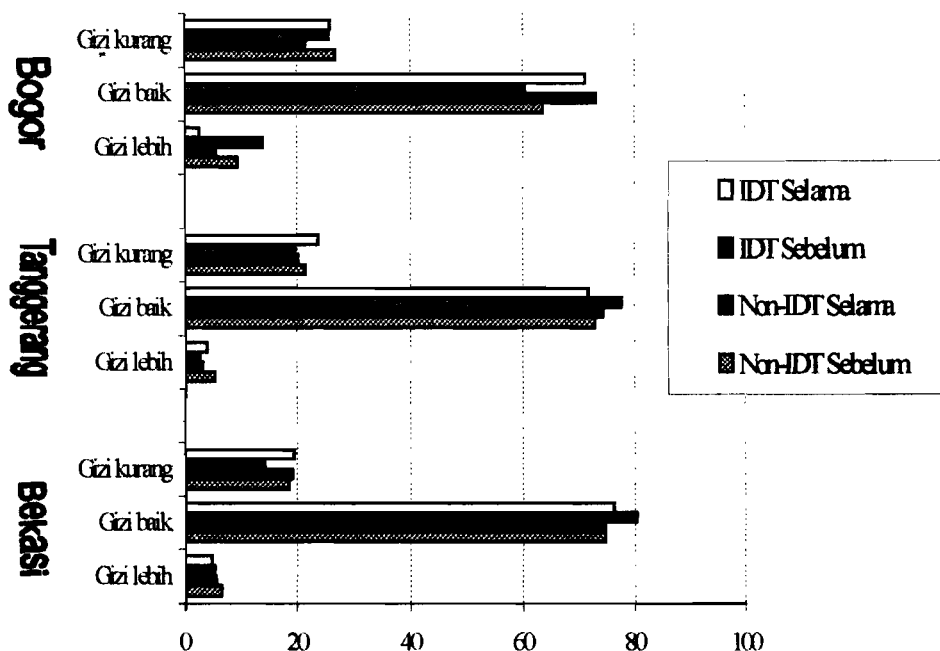
Secara umum, keadaan gizi anak balita di tiga daerah (kabupaten/kota) ditunjukkan pada Gambar 1. Walaupun tidak berbeda nyata, persentase keadaan gizi kurang di desa non-IDT lebih tinggi sebelum dibanding selama krisis dan sebaliknya terjadi di desa IDT. Persentase gizi baik di desa non-IDT lebih tinggi ($p < 0.05$) selama dibanding sebelum krisis sedangkan di desa IDT tidak ada perubahan. Persentase gizi lebih di desa non-IDT lebih rendah ($p < 0.01$) selama krisis sedangkan di desa IDT juga lebih rendah tetapi tidak nyata bedanya. Ini menunjukkan bahwa di desa non-IDT sudah terjadi perubahan dari keadaan gizi lebih dan gizi baik kearah gizi kurang secara nyata sedangkan di desa IDT perubahan belum nyata.

Dibandingkan dengan persentase tingkat propinsi (Jawa Barat) hasil SU-SENAS 1998 ⁽⁷⁾ yaitu 29.5% di desa IDT dan 23.6% di desa non-IDT maka persentase di desa IDT maupun non-IDT di wilayah Botabek lebih rendah baik sebelum maupun selama krisis. Persentase gizi kurang di wilayah Botabek ini juga lebih rendah dibandingkan dengan persentase gizi kurang tingkat nasional di desa IDT (35.2) maupun di desa non-IDT (26.9).

Keadaan gizi balita tingkat daerah Bekasi, Tangerang dan Bogor pada sebelum dan selama krisis ditunjukkan pada Gambar 2. Persentase gizi kurang tidak ada perubahan sebelum dan selama krisis di desa non-IDT di Bekasi ($\pm 19\%$) dan Tangerang ($\pm 20\%$) tetapi lebih tinggi ($p < 0.05$) di Bogor. Sedangkan di desa IDT di Tangerang dan Bekasi lebih tinggi selama dibanding sebelum krisis walaupun tidak nyata, tetapi tidak ada perubahan di Bogor ($\pm 4\%$). Persentase gizi baik di desa non-IDT tidak ada perubahan antara sebelum dan selama krisis di bekasi dan



Gambar 1. Keadaan Gizi Anak Balita di Tiga Daerah Sebelum dan Selama Krisis Ekonomi



Gambar 2. Keadaan Gizi Anak Balita di Kabupaten Bekasi, Kabupaten Tangerang dan Kotamadya Bogor Sebelum dan Selama Krisis Ekonomi

dan Tangerang tapi lebih rendah ($p < 0.05$) di desa Bogor. Sedangkan di desa IDT di Bekasi dan Tangerang lebih rendah selama dibanding sebelum krisis walaupun tidak nyata, dan sebaliknya di Bogor. Persentase gizi lebih di desa non-IDT maupun IDT tidak berbeda nyata antara sebelum dibanding selama krisis di Bekasi dan Tangerang tetapi lebih tinggi ($p < 0.05$) di Bogor.

Secara umum terlihat ada kecenderungan kenaikan persentase gizi kurang di desa IDT di Bekasi dan Tangerang selama krisis. Ada penurunan persentase gizi kurang yang nyata selama krisis di desa non-IDT di Bogor yang mewakili perkotaan tetapi tidak ada perubahan di desa IDT. Keadaan ini mungkin disebabkan keluarga yang berpotensi mempunyai anak gizi kurang pindah atau kembali ke tempat asalnya karena sulit mencari pekerjaan di kota.

Keadaan Gizi Balita Tahun 1999

Tabel 1. menyajikan nilai rata-rata simpang baku ukuran tubuh seluruh anak balita berdasarkan nilai skor simpang baku (SSB) atau *z-score* untuk indeks berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Nilai SSB BB/U dan BB/TB paling baik adalah Bekasi sedangkan TB/U hampir sama di tiga daerah. Perbedaan nyata ($p < 0.05$) antara Bekasi dengan dua daerah (Tangerang dan Bogor) adalah untuk indeks BB/U dan BB/TB.

Hasil ini menunjukkan bahwa penyimpangan dari baku BB/U dan BB/TB pada anak di Bekasi lebih kecil (lebih berat BBnya) dibanding di Bogor maupun Tangerang. Indeks BB/U dan BB/TB menunjukkan keadaan kurang gizi akut yaitu kurangnya konsumsi zat gizi beberapa saat yang lalu sampai sekarang sedangkan TB/U menunjukkan keadaan kurang gizi

kronik yaitu kurang konsumsi zat gizi saat yang lalu. Dengan kata lain dampak krisis lebih besar di Bogor dan Tangerang dibanding di Bekasi.

Pada Tabel 2 ditunjukkan rata-rata SSB berdasarkan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB menurut kelompok umur, jenis kelamin dan kategori desa. Untuk kelompok umur hanya terlihat perbedaan yang nyata pada indeks TB/U. Terlihat bahwa rata-rata TB/U anak kelompok umur lebih dari 36 bulan lebih rendah ($p < 0.01$) dibandingkan kelompok umur kurang dari 36 bulan. Untuk jenis kelamin tidak ada perbedaan nyata antara laki-laki dengan perempuan pada 3 indeks. Untuk kategori desa non-IDT dan IDT terlihat bahwa rata-rata BB/TB di desa non-IDT lebih rendah ($p < 0.05$) dibanding di desa IDT.

Secara umum, penyimpangan tinggi badan makin melebar atau semakin lebih pendek dibanding baku TB/U setelah anak berumur 3 tahun (36 bulan). Tetapi, penyimpangan dari baku BB/TB di desa IDT lebih baik dibanding di desa non-IDT atau lebih banyak anak kurus di desa non-IDT dibanding di desa IDT.

Pada Tabel 3 ditunjukkan bahwa berdasarkan indeks BB/U, persentase gizi kurang dan gizi buruk terendah adalah di Bekasi (30%) dibanding di Tangerang (38%) dan di Bogor (40%). Anak balita dengan kategori pendek (TB/U) hampir sama di 3 daerah yaitu sekitar 40%. Demikian pula untuk anak dengan kategori kurus (BB/TB) juga hampir sama di tiga daerah yaitu sekitar 6%. Ini semua sejalan dengan data pada Tabel 1.

Pada Tabel 4 diperlihatkan bahwa jika indeks TB/U dikelompokkan menurut umur maka secara keseluruhan persentase anak balita dengan kategori pendek lebih banyak ditemukan pada kelompok umur lebih 36 bulan (48%) dibanding kelompok umur lebih muda (39%). Ini menunjukkan

Tabel 1. Rata-rata Skor Simpang Baku (SSB) Indeks Antropometri Anak Balita di Bekasi, Tangerang dan Bogor 1999

Indeks	Rata-rata dan simpang baku SSB			Ket
	Bekasi	Tangerang	Bogor	
BB/U	$-1.54 \pm 0.94^{1)}$	$-1.70 \pm 1.00^{2)}$	$-1.71 \pm 0.93^{3)}$	*)
TB/U	$-1.76 \pm 1.31^{2)}$	$-1.74 \pm 1.22^{5)}$	$-1.77 \pm 1.11^{6)}$	
BB/TB	$-0.0 \pm 0.94^{7)}$	$-0.82 \pm 0.93^{8)}$	$-0.80 \pm 0.86^{9)}$	*)

Catatan: *) $p < 0.05$ ANOVA 1 berbeda nyata dengan 2 dan 3 (LSD), 7 berbeda nyata dengan 8 dan 9 (LSD)

Tabel 2. Rata-Rata Skor Simpang Baku (SSB) Indeks Antropometri Anak Balita Menurut Kelompok Umur, Jenis Kelamin dan Kategori Desa 1999

Uraian	Rata-rata dan simpang baku SSB		
	BB/U	TB/U	BB/TB
Umur :			
≤ 36 bulan	-1.63 ± 1.00	-1.67 ± 1.26	-0.77 ± 0.97
> 36 bulan	-1.69 ± 0.83	-1.95 ± 1.08	-0.67 ± 0.79
	$p=0.342$	$p=0.002^{*)}$	$p=0.161$
Kelamin:			
Laki-laki	-1.65 ± 0.94	-1.73 ± 1.26	-0.78 ± 0.91
Perempuan	-1.64 ± 0.98	-1.78 ± 1.18	-0.70 ± 0.93
	$p=0.916$	$p=0.529$	$p=0.165$
Desa:			
IDT	-1.75 ± 0.95	-1.80 ± 1.09	-0.70 ± 0.92
Non-IDT	-1.61 ± 0.96	-1.74 ± 0.96	-0.86 ± 0.90
	$p=0.051$	$p=0.561$	$p=0.025^{*)}$

Tabel 3. Sebaran Status Gizi Anak Berdasarkan Skor Simpang Baku (SSB) Menurut Daerah Penelitian 1999

Kategori	Persentase sebaran status gizi			
	Bekasi	Tangerang	Bogor	Total
BB/U				
Gizi buruk	7,3	8,0	7,6	7,6
Gizi kurang	22,6	29,7	32,0	28,1
Gizi baik	69,8	62,3	60,4	64,2
Gizi lebih	0,3	0	0	0,1
TB/U				
Pendek	42,9	41,3	41,3	41,8
Normal	55,8	58,0	58,7	57,5
Tinggi	1,3	0,7	0	0,7
BB/TB				
Kurus	5,0	6,3	6,6	6,0
Normal	93,4	93,1	93,1	93,4
Gemuk	1,7	0	0,3	0,7

Tabel 4. Sebaran Status Gizi Anak Balita Berdasarkan Skor Simpang Baku (SSB) Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin 1999

Uraian	Persentase sebaran status gizi			
	Bekasi	Tangerang	Bogor	Seluruh
Umur:				
≤ 36 bulan				
Pendek	36.9	40.4	39.6	39.0
Normal	61.2	58.6	60.4	60.1
Tinggi	1.9	1.0	0	0.9
>36 bulan				
Pendek	57.5	43.5	45.1	48.5
Normal	42.5	56.5	54.9	51.5
Tinggi	0	0	0	0
Kelamin:				
Laki-laki				
Pendek	44.9	40.7	40.0	42.0
Normal	53.2	57.9	60.0	56.9
Tinggi	1.9	1.4	0	1.1
Perempuan				
Pendek	40.7	41.9	42.3	41.7
Normal	58.6	58.1	57.7	58.1
Tinggi	0.7	0	0	0.2

bahwa semakin bertambah umur semakin besar penyimpangan TB/U anak balita terhadap nilai baku. Jika indek TB/U dikelompokkan menurut jenis kelamin tidak terlihat perbedaan yang nyata persentase kategori pendek antara laki-laki dan perempuan yaitu keseluruhan sekitar 42%. Jika dikelompokkan menurut daerah, persentase anak laki-laki kategori pendek di Bekasi adalah yang tertinggi (45%) sedangkan di Bogor dan Tangerang hanya sekitar 40%. Persentase anak perempuan kategori pendek hampir sama di tiga daerah yaitu sekitar 41%.

Tabel 5 menyajikan sebaran keadaan gizi berdasarkan SSB indek BB/TB. Secara keseluruhan, persentase anak balita dengan kategori kurus lebih banyak pada kelompok umur kurang 36 bulan (7%) dibanding dengan kelompok yang lebih tua (3%). Secara keseluruhan jika dikelompokkan menurut

jenis kelamin, sebaran anak balita kategori kurus sangat mirip antara laki-laki dengan perempuan yaitu sekitar 6%.

Untuk suatu program pemberian makanan tambahan maka kelompok inilah yang harus menjadi target. Anak dengan kategori kurus (BB/TB) akan sangat sensitif terhadap program pemulihan gizi dengan pemberian makanan tambahan. Artinya dampak program akan terlihat jelas karena kelompok inilah yang kekurangan energi. Dengan demikian program menjadi efektif dan efisien. Keadaan gizi anak balita berdasarkan indeks BB/U menurut daerah tahun 1999 disajikan pada Tabel 6. Kasus gizi buruk tidak lebih dari 2% dimana di desa IDT lebih tinggi dibanding non-IDT dan perempuan lebih banyak dibanding laki-laki. Secara umum persentase KEP yaitu total gizi buruk, gizi sedang dan gizi

Tabel 5. Sebaran Status Gizi Anak Berdasarkan Skor Simpang Baku (SSB) Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB) Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin 1999

Uraian	Persentase sebaran status gizi			
	Bekasi	Tangerang	Bogor	Seluruh
<i>Umur:</i>				
<i>< 36 bulan</i>				
Kurus	6,5	6,7	8,5	7,3
Normal	91,1	93,3	91,5	92,0
Gemuk	2,3	0	0	0,8
<i>>36 bulan</i>				
Kurus	1,1	5,4	2,2	3,0
Normal	98,9	94,6	96,7	96,7
Gemuk	0	0	1,1	0,3
<i>Kelamin:</i>				
<i>Laki-laki</i>				
Kurus	5,1	5,5	7,1	5,9
Normal	94,9	94,6	92,1	93,9
Gemuk	0	0	0,8	0,2
<i>Perempuan</i>				
Kurus	4,8	7,1	6,1	6,0
Normal	91,7	92,9	93,9	92,9
Gemuk	3,4	0	0	1,1

adalah sekitar 40% dimana persentase tertinggi adalah di Bogor (44%). Berdasarkan kategori desa, persentase KEP di desa IDT lebih jelek dibanding non-IDT. Berdasarkan jenis kelamin, persentase gizi kurang anak laki-laki (42%) lebih tinggi dibanding perempuan (38%). Berdasarkan kelompok umur, persentase gizi kurang anak kelompok umur kurang 36 bulan (39%) lebih rendah dibanding kelompok yang lebih tua (42%).

Walaupun persentase gizi buruk tidak lebih dari 2% tetapi ada dampak negatif yaitu berkurangnya angka IQ pada penderita gizi buruk. Hasil penelitian di Bogor ⁽⁸⁾ menunjukkan bahwa anak yang pernah menderita gizi buruk pada usia dini angka IQ lebih rendah 13.7 dibandingkan yang tidak pernah mengalami gangguan gizi.

SIMPULAN

Hasil Pemantauan Status Gizi secara keseluruhan persentase KEP di desa non-IDT lebih tinggi sebelum (30%) dibanding selama (20%) krisis ekonomi, sebaliknya di desa IDT; sementara persentase gizi baik di desa non-IDT lebih tinggi selama (74%) dibanding sebelum (70%) krisis. Persentase KEP di perkotaan (Bogor) tidak berubah sebelum dan selama krisis di desa IDT tetapi lebih tinggi di desa non-IDT sedangkan di pedesaan (Tangerang dan Bekasi) terjadi kenaikan baik di desa IDT maupun non-IDT. Persentase gizi baik di perkotaan meningkat selama dibanding sebelum krisis sedangkan di pedesaan tidak berubah atau turun.

Hasil Keadaan Gizi Balita tahun 1999 menunjukkan bahwa persentase gizi

Tabel 6. Sebaran Status Gizi Anak Balita Berdasarkan Persen Nilai Median Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U) 1999

Uraian	Persentase keadaan gizi				
	KEP			Baik	Lebih
	Buruk	Kurang	Sedang		
Daerah:					
Bekasi	0,7	6,3	28,2	63,8	1,0
Tangerang	1,0	10,7	30,0	57,0	1,3
Bogor	0,3	10,2	33,7	55,1	0,7
Desa:					
IDT	1,3	11,2	28,4	58,6	0,4
Non-IDT	0,4	8,3	31,4	58,6	1,2
Kelamin:					
Laki-laki	0,2	8,4	33,8	56,9	0,7
Perempuan	1,1	9,7	27,6	60,3	1,3
Umur:					
≤ 36 bulan	0,6	9,5	29,3	59,3	1,1
> 36 bulan	0,7	8,1	33,7	56,7	0,7

buruk berdasarkan indeks BB/U tidak lebih dari 2%. Persentase gizi buruk di desa IDT lebih tinggi dibanding non-IDT, tetapi persentase KEP adalah sama yaitu sekitar 40%. Persentase balita kategori pendek kelompok umur lebih dari 36 bulan (48%) lebih tinggi dibanding kelompok yang lebih muda (39%) tapi tidak berbeda antara laki-laki dengan perempuan (42%). Persentase balita kategori kurus pada kelompok umur lebih dari 36 bulan (3%) lebih rendah dibanding kelompok kurang dari 36 bulan (7%) tapi tidak berbeda antara laki-laki dengan perempuan (6%).

Dari hasil analisis ini menunjukkan bahwa perbedaan IDT dan non-IDT tidak perlu karena persentase KEP di keduanya masih tinggi. Penanggulangan KEP sebaiknya diprioritaskan pada anak balita terutama kategori kurus.

DAFTAR RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan. Status gizi dan imunisasi ibu dan anak di Indonesia, 1999
2. Jahari A, Sandjaja, Sudiman H, Jus'at, F, I Jalal F, Minarto. Nutritional status of underfives in Indonesia during the period of 1989 to 1998 (draft). 1999. Jakarta.
3. World Health Organization. Global magnitude and progress in reducing malnutrition. Nutrition highlights recent activities in the context of the World Declaration and Plan of Action for Nutrition. Nutrition Programme. Geneva; 1995.
4. World Health Organization Update of the nutrition situation 1996: Summary of the results for the third report on the World Nutrition Situation. Sub-Committee on Nutrition 1997. Number 14.
5. Gorstein J, Sullivan K, Yip R, de Onis M, Trowbridge F, Fajan P and Clugston G, Issues in the assessment of nutritional status using anthropometry. Bulletin of World Health Organization 1994; 72 (2): 273-283.
6. World Health Organization Measuring change in nutrition status: Guidelines for assessing the nutritional impact of

- supplementary feeding programmes for vulnerable groups. Geneva. 1983.
7. Sandjaja dan Susilowati Herman. Laporan Akhir Studi: Hubungan status gizi dengan pola konsumsi makanan keluarga, karakteristik keluarga dan daerah: analisis data SUSENAS 1998. Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi. Bogor. 1999.
 8. Arnelia, Lies Karyadi, Sri Mulyati dan Astuti Lamid. Dampak kekurangan gizi terhadap kecerdasan anak SD pasca pemu-lihan gizi buruk. Penelitian gizi dan Maka-nan. Jilid 18. Pusat Penelitian dan Pengem-bangan Gizi. 1995