

FAKTOR RESIKO KEJADIAN GIZI BURUK PADA ANAK BALITA (12-59 BULAN) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDALAS KECAMATAN PADANG TIMUR KOTA PADANG TAHUN 2007

(Severe Wasting Risk Factor of Under Five Year Old in Health Centre of Andalas Area, Subdistrict of Padang Timur, Padang in 2007)

Rahma Faiza¹, Deni Elnovriza^{1,3}, Syafianti²

ABSTRACT. Severe wasting is a kind of under nutrition that happened on a long term and generate the impact on a long-range term also. Based on mass measure weight of under five year old children Padang in 2006, there were severe wasting children (1,1%). One of district in Padang, that is Kecamatan Padang Timur, found children with severe wasting that is 2.4%. If this problem is still going on, it will affect growth and development of children to cause arising loss generation. This research used design of case-control study, to know child feeding practices, health status, access to health centre, education level of mother, working status of mother and economic status [of] mother is risk factor to the happening of severe wasting. Research done in sub district of Padang Timur, Padang city, with consideration there are high of severe wasting. Cases of severe wasting were taken away from villages in sub-district purposively and as control taken the children who don't suffer from severe wasting around case house with comparison of cases : controls of 1 : 2. Analysis done univariate and bivariate to know OR and significant, and also multivariate to know variable most dominant. Pursuant to analysis result, variable following is risk factor and correlate significantly ($p < 0.05$) that is, child feeding practices (OR = 12.8), health status (OR = 5), accessing to health centre (OR = 10), economic status (OR = 3.5) and educational level (OR = 4.2). Variable that dominated to the happening of severe wasting were child feeding practices (OR = 7), health status (OR = 6) and access to centre of health (OR = 12). In intervention to improve of the nutritional status of children in sub district of Padang Timur, needed to pay attention to the three variables which have an effect on dominantly by increase of role of mother in family, improvement of role posyandu and give the health and nutritional education to society.

Keywords: severe wasting, health status, child feeding practices, access to health centre

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Prevalensi gizi kurang pada balita dari tahun ke tahun mengalami penurunan yang cukup berarti, hingga pada tahun 2000 prevalensi kurang gizi balita menjadi 24,7%. Akan tetapi setelah tahun 2000 saat Indonesia mengalami krisis multidimensi, prevalensi kurang gizi mengalami kenaikan lagi dan tergolong negara dengan status kekurangan gizi yang tinggi (20-29%), berturut-

turut menjadi 26,1% (2001), 27,3% (2002), 27,5% (2003) dan 28,47% (2004) (Depkes 2004)

Berdasarkan hasil penimbangan massal Propinsi Sumatera Barat tahun 2005 menunjukkan 1,5% balita sangat kurus, 3,6% kurus, dan 36,9% normal (indikator BB/TB) (Depkes RI, 2004). Hasil penimbangan massal kota Padang tahun 2006 menunjukkan 1,1% balita sangat kurus, 5,2% kurus dan 44,7% normal (indikator BB/TB). Salah satu kecamatan di Kota Padang yang mempunyai balita dengan status gizi buruk cenderung tinggi adalah Kecamatan Padang Timur, yang menunjukkan 2,4% status gizi sangat kurus, 7,4% status gizi kurus, 72,5% status gizi normal dan 13,1% berstatus gizi gemuk (indikator BB/TB).

¹ Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Univ. Andalas Padang

² Politeknik Kesehatan Padang

³ Alamat Korespondensi : PSIKM Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang. Jl. Perintis Kemerdekaan Padang. E-mail: deniriza@yahoo.co.id

Akibat gizi buruk terhadap perkembangan sangat merugikan *performance* anak yaitu kondisi “*Stunting*” (postur tubuh kecil dan pendek) yang diakibatkannya. Jika kondisi gizi buruk terjadi pada masa *golden period* perkembangan otak (0-3 tahun) maka otak tidak dapat berkembang dan kondisi ini sulit untuk dapat pulih kembali. Hal ini disebabkan karena 80%-90% jumlah sel otak terbentuk semenjak masa dalam kandungan sampai usia 2 tahun.

Anak balita usia 12-59 bulan merupakan kelompok yang rawan terhadap gangguan kesehatan dan gizi. Pada usia ini kebutuhan mereka meningkat sedangkan mereka tidak bisa meminta dan mencari makan sendiri dan seringkali pada usia ini tidak lagi begitu diperhatikan dan pengurusannya diserahkan kepada orang lain sehingga resiko gizi buruk akan semakin besar. Anak yang menderita gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan sehingga anak rentan terhadap penyakit infeksi.

Tujuan

Tujuan penelitian ini adalah : (1) diketahuinya gambaran pola asuh makan, status kesehatan, akses ke pelayanan kesehatan, status ekonomi, tingkat pendidikan ibu dan status pekerjaan ibu. (2) diketahuinya pengaruh pola asuh makan, status kesehatan, akses ke pelayanan kesehatan, status ekonomi, tingkat pendidikan ibu dan status pekerjaan ibu dengan kejadian gizi buruk pada anak balita (12-59 bulan) dan (3) diketahuinya variabel yang dominan yang mempengaruhi kejadian gizi buruk pada anak balita (12-59 bulan)

METODE PENELITIAN

Desain, Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan dengan disain *case control study*. Lokasi penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang, bulan Desember 2006 – Mei 2007. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan secara *purposive* dengan pertimbangan bahwa di wilayah kerja Puskesmas Andalas mempunyai angka gizi buruk yang tinggi.

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu-ibu yang mempunyai anak balita (12-59 bulan) yang bermukim di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang. Sampel adalah anak balita dengan gizi buruk sebagai sampel untuk kasus dan kelompok gizi normal sebagai kontrol dengan perbandingan jumlah 1 : 2 dan tidak dilakukan *matching*. Untuk menetapkan kontrol dicari dari sekitar tempat tinggal penderita gizi buruk dengan pola obat nyamuk.

Sampel dalam penelitian ini adalah anak balita (12-59 bulan) yang mengalami gizi buruk (<-3 SD)) dengan menggunakan indikator BB/TB dan kontrol adalah anak balita (12-59 bulan) yang mempunyai status gizi normal (-2 SD s/d $+2$ SD) dan bermukim di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang.

Pengumpulan Data

Data primer dikumpulkan langsung oleh peneliti dan dibantu oleh 5 orang tamatan D3 Gizi yang meliputi data status gizi, pola asuh makan anak, status kesehatan, akses keluarga ke pelayanan kesehatan, status ekonomi rumah tangga, tingkat pendidikan ibu dan status pekerjaan ibu, dikumpulkan dari hasil wawancara terhadap responden dengan menggunakan *instrument* kuesioner.

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Propinsi Sumbar, Dinas Kesehatan Kota Padang dan Puskesmas Andalas

Analisis Data

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh antara dua variabel. Untuk pengambilan keputusan adalah bila *p value* lebih kecil dari α , OR (*odds ratio*) tidak sama dengan 1 dan nilai CI (*Confidence Interval*) tidak memasukkan nilai *null* (1) maka H_0 ditolak atau ada pengaruh.

Analisis multivariat dilakukan dengan tujuan untuk menentukan model yang terbaik untuk mengetahui determinan terjadinya gizi buruk. Analisis multivariat ini dengan menggunakan analisis uji regresi logistik dengan metode yang digunakan adalah *enter*.

Model logistik yang dikembangkan dari fungsi logistik dengan nilai *z* merupakan penjumlahan linier konstanta (α) ditambah

dengan β_1X_1 , ditambah β_2X_2 dan seterusnya sampai β_iX_i . Variabel X adalah variabel independen.

Rumus fungsi z adalah :

$$F(z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \dots + \beta_iX_i)}}$$

Model yang digunakan adalah model prediksi. Adapun tahapannya sebagai berikut : pemilihan variabel kandidat multivariat, pembuatan model, dan analisis interaksi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Karakteristik Anak Balita

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa karakteristik anak balita menurut jenis kelamin tidak dilakukan matching. Pada kasus lebih banyak ditemukan perempuan dibandingkan laki-laki (59,4% : 40,6%), sedangkan pada kontrol lebih banyak ditemukan laki-laki (51,6% : 48,4%)

Tabel 1. Distribusi Responden menurut Karakteristik Anak Balita (12-59 bulan) menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Laki-laki	13	40,6	33	51,6
Perempuan	19	59,4	31	48,4
Total	32	100	64	100

Dari Tabel 2 dapat dilihat bahwa umur pada kasus dan kontrol tidak dilakukan matching, dimana usia rata-rata kasus : kontrol adalah 30,94 : 25,28, dengan umur minimum 14 : 12.

Tabel 2. Distribusi Karakteristik Anak Balita (12-59 bulan) menurut Umur

Sampel	Mean	Median	SD	Min	Max
Kasus	30,94	30,0	12,66	14	54
Kontrol	25,28	20,5	11,90	12	57

Pengaruh Pola Asuh Makan dengan Kejadian Gizi Buruk

Pola asuh makan anak balita masih banyak yang kurang (47,9%). Hasil analisis ditemukan proporsi anak balita yang menderita gizi buruk lebih banyak terdapat pada keluarga dengan pola asuh makan yang kurang dibandingkan dengan pola asuh makan yang baik (84,4%: 15,6%).

Dari hasil uji statistik dengan uji *Chi Square* ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara pola asuh makan dengan kejadian gizi buruk ($p < 0,05$) dimana nilai OR = 12,8 dan 95% CI : 4,280 - 38,214 (>1), artinya anak dari keluarga yang pola asuh makannya kurang berpeluang untuk menderita gizi buruk sebesar 12,8 kali dibandingkan dengan anak yang berasal dari keluarga dengan pola asuh makan baik.

Pola asuh yang kurang pada anak balita gizi buruk dapat terlihat dari masih adanya orang tua yang tidak memberikan ASI segera setelah bayi lahir (31%) dan 16% responden tidak memberikan kolostrum karena tidak tahu, ASI tidak keluar, dan tidak biasa memberikannya.

Penyebab lain terlalu dini dalam memberikan MP-ASI yaitu 42% memperkenalkan MP-ASI pada usia 4-6 bulan dan 35% pada usia < 4 bulan, kurangnya bimbingan dan arahan dari orang tua di saat anak mencoba untuk makan sendiri, serta mengkonsumsi makanan yang tidak bergizi seperti hanya menambahkan garam, kecap pada makanan pokok, nasi digoreng dan menjadikan mie sebagai sayur.

Ditemukannya adanya pengaruh pada pola asuh makan ini disebabkan karena jumlah anak balita pendek (TB/U) yang ditemukan juga tinggi yaitu sebanyak 49% (kasus dan kontrol) dengan rincian kasus 56% dan kontrol 45%. Ini berarti bahwa terjadinya masalah gizi jenis *chronic prolonged malnutrition* yang merupakan balita dengan kondisi tubuh kurus dan pendek. Keadaan ini membutuhkan waktu yang panjang untuk dapat dikembalikan menjadi gizi normal (Nyoman dkk, 2001). Salah satu penyebabnya dari jenis masalah gizi ini adalah karena keluarga balita tersebut merupakan keluarga yang miskin secara struktural (kemiskinan yang sudah turun menurun, dan miskin pekerjaan) dan berlangsung lama.

Tabel 3. Distribusi Responden menurut Status Gizi Berdasarkan Pola Asuh Makan

Pola Asuh Makan	Status Gizi				Total		P Value	OR (95% CI)
	Buruk		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	27	84,4	19	29,7	46	47,9	0	12,8 (4,28– 38,21)
Baik	5	15,6	45	70,3	50	52,1		
Total	32	100	64	100	96	100		

$\chi^2 = 23,421$ $df:1$

Tabel 4. Distribusi Responden menurut Status Gizi Berdasarkan Status Kesehatan

Status Kesehatan	Status Gizi				Total		P Value	OR (95% CI)
	Buruk		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	18	56,3	13	20,3	31	32,3	0,001	5,04 (1,99– 12,74)
Cukup	14	43,8	51	79,7	65	67,7		
Total	32	100	64	100	96	100		

$\chi^2 = 11,011$ $df:1$

Pengaruh Status Kesehatan dengan Kejadian Gizi Buruk

Pada Tabel 4 terlihat bahwa anak balita dengan status kesehatan yang cukup lebih banyak ditemukan dibandingkan dengan status kesehatan yang kurang (67,7% : 32,2%). Proporsi anak balita yang menderita gizi buruk lebih banyak terdapat pada kelompok dengan status kesehatan yang kurang dibandingkan dengan kelompok dengan status kesehatan yang cukup (56,3% : 43,8%).

Dari hasil uji statistik ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara status kesehatan dengan kejadian gizi buruk ($p < 0,05$) dimana nilai OR = 5,04 dan 95% CI : 1,997 – 12,741 (>1), artinya anak balita dengan status kesehatan yang kurang berpeluang untuk menderita gizi buruk sebesar 5,04 kali dibandingkan dengan anak balita dengan status kesehatan cukup.

Kurangnya status kesehatan anak balita pada penelitian ini disebabkan karena hampir seluruh anak balita baik yang bergizi buruk dan normal pernah menderita sakit dalam 6 bulan terakhir, walaupun dengan frekuensi yang sebagian besar 2 – 4 kali dan lama sakit < 15 hari. Jenis penyakit yang paling sering diderita adalah ISPA dan diare.

Penyakit ISPA merupakan salah satu jenis penyakit infeksi yang sering diderita balita. Terdapat hubungan timbal balik antara infeksi dengan status gizi. Seorang anak yang menderita kurang gizi disebabkan adanya penyakit infeksi

dan sebaliknya seorang anak yang menderita penyakit infeksi akan menyebabkan menurunnya nafsu makan anak sehingga anak menolak makanan yang diberikan, dengan demikian pemasukan zat gizi anak ke dalam tubuh menjadi berkurang. Karena itu upaya pemenuhan kebutuhan zat gizi harus bersamaan dengan upaya pencegahan penyakit (Depkes, 2004 dan Moersintowati, 2002).

Pengaruh Akses ke Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Gizi Buruk

Akses ke pelayanan kesehatan yang kurang lebih banyak ditemukan dibandingkan dengan akses ke pelayanan kesehatan yang baik (56,3% : 43,8%). Dari hasil analisis terlihat bahwa proporsi anak balita yang menderita gizi buruk lebih banyak ditemukan dengan akses ke pelayanan kesehatannya kurang dibandingkan dengan akses ke pelayanan kesehatan yang baik (87,5%:12,5%)

Dari hasil uji statistik ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara akses ke pelayanan kesehatan dengan kejadian gizi buruk ($p < 0,05$) dimana nilai OR = 10,2 dan 95% CI : 3,206 – 32,647 (>1), artinya anak balita dengan akses ke pelayanan kesehatan yang kurang berpeluang untuk menderita gizi buruk sebesar 10,2 kali dibandingkan dengan anak balita dengan akses ke pelayanan kesehatan cukup.

Tabel 5. Distribusi Responden menurut Status Gizi Berdasarkan Akses ke Pelayanan Kesehatan

Akses ke Pelayanan Kesehatan	Status Gizi				Total		P Value	OR (95% CI)
	Buruk		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	28	87,5	26	40,6	54	56,3	0	10,2 (3,20–32,6)
Baik	4	12,5	38	59,4	42	43,8		
Total	32	100	64	100	96	100		

$\chi^2 = 17,190$ $df:1$

Tabel 6. Distribusi Responden menurut Status Gizi Berdasarkan Status Ekonomi

Status Ekonomi	Status Gizi				Total		P Value	OR (95% CI)
	Buruk		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Rendah	27	84,4	39	60,9	66	68,8	0,036	3,5 (1,17–10,17)
Tinggi	5	15,6	25	39,1	30	31,3		
Total	32	100	64	100	96	100		

$\chi^2 = 4,418$ $df:1$

Hal ini disebabkan karena masih rendahnya penimbangan yang teratur di posyandu yang dilakukan responden dalam 3 bulan terakhir yaitu 15% hanya 1 kali, 14% hanya 2 kali dan 9% tidak pernah ke posyandu, sehingga mengakibatkan imunitas tidak lengkap, dan masih adanya anak balita yang tidak mendapatkan vitamin A (10%). Kurangnya akses ke pelayanan kesehatan pada penelitian ini hampir sama dengan penelitian Widayani dkk (2001) dimana terdapat 38,57% (Desa Sukajadi) dan 48,65% (Desa Cihideung Ilir) anak balita mempunyai pola asuh kesehatan yang tidak baik.

Pengaruh Status Ekonomi dengan Kejadian Gizi Buruk

Tabel 6 menunjukkan bahwa status ekonomi keluarga yang rendah lebih banyak dibandingkan dengan keluarga yang berstatus ekonomi tinggi (68,8%:31,3%). Dari hasil analisis terlihat bahwa proporsi anak balita yang menderita gizi buruk lebih banyak ditemukan pada keluarga dengan status ekonomi yang rendah dibandingkan dengan status ekonomi yang tinggi (84,4%:15,6%)

Dari hasil uji statistik ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan kejadian gizi buruk (p-value < 0,05) dimana nilai OR = 3,5 dan 95% CI : 1,178 – 10,176 (>1), artinya keluarga dengan status ekonomi yang rendah mempunyai peluang anaknya untuk menderita gizi buruk sebesar 3,5

kali dibandingkan dengan keluarga yang berstatus ekonomi yang tinggi.

Menurut Nyoman, dkk (2001), bahwa status ekonomi juga menentukan pola makan. Semakin tinggi status ekonomi semakin besar pula persentase pertambahan pembelanjaan, karena itu status ekonomi merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas makanan. Menurut Soekirman (2000) pada rumah tangga berpendapatan rendah sebanyak 60 hingga 80% dari pendapatan riilnya dibelanjakan untuk membeli makanan di rumah tangga.

Pengaruh Tingkat Pendidikan Ibu dengan Kejadian Gizi Buruk

Ibu yang berpendidikan tinggi lebih banyak dari pada ibu yang berpendidikan rendah (65,6% : 34,4%). Dari hasil analisis terlihat bahwa proporsi anak balita yang menderita gizi buruk lebih banyak ditemukan pada ibu dengan pendidikan yang rendah dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi (56,3%:43,8%).

Dari hasil uji statistik ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian gizi buruk (p< 0,05) dimana nilai OR = 4,2 dan 95% CI : 1,696 – 10,401 (>1), artinya ibu dengan tingkat pendidikan rendah mempunyai peluang anaknya untuk menderita gizi buruk sebesar 4,2 kali dibandingkan dengan ibu dengan tingkat pendidikan yang tinggi.

Tabel 7. Distribusi Responden menurut Status Gizi Berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu

Pendidikan Ibu	Status Gizi				Total		P Value	OR (95% CI)
	Buruk		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Rendah	18	56,3	15	23,4	33	34,4	0,003	4,2 (1,696–10,401)
Tinggi	14	43,8	49	76,6	63	65,6		
Total	32	100	64	100	96	100		

$\chi^2 = 8,779$ $df:1$

Tabel 8. Distribusi Responden menurut Frekuensi Status Gizi Berdasarkan Status Pekerjaan Ibu

Pekerjaan Ibu	Status Gizi				Total		P Value	OR (95% CI)
	Buruk		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Bekerja	11	34,4	12	18,8	23	24	0,151	2,27 (0,867 – 5,942)
Tidak bekerja	21	65,6	52	81,3	73	76		
Total	32	100	64	100	96	100		

$\chi^2 = 2,066$ $df:1$

Berg (1986) mengemukakan bahwa tinggi rendahnya pendidikan ibu sangat erat kaitannya dengan tinggi rendahnya pengetahuan ibu terhadap perawatan kesehatan, hygiene dan kesadaran terhadap kesehatan umumnya dan gizi khususnya. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua maka semakin baik keadaan gizi anaknya.

Pengaruh Status Pekerjaan Ibu dengan Kejadian Gizi Buruk

Ibu yang tidak bekerja lebih banyak daripada ibu yang bekerja (76% : 24%). Dari hasil analisis terlihat bahwa proporsi anak balita yang menderita gizi buruk lebih banyak ditemukan pada ibu yang tidak bekerja dibandingkan dengan ibu yang bekerja (65,6%:34,4%).

Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,151$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan ibu dengan kejadian gizi buruk ($p > 0,05$) dimana nilai OR = 2,27 dan 95% CI : 0,867 – 5,942 (CI terendah < 1 dan CI tertinggi > 1), artinya tidak memiliki hubungan yang bermakna antara ibu yang bekerja dengan yang tidak bekerja terhadap kejadian gizi buruk.

Analisis Multivariat

Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat. Sebelum dilakukan uji multivariat, maka dilakukan pemilihan/penyaringan variabel independen yang telah diuji secara bivariat dengan variabel dependen. Variabel yang masuk model untuk uji multivariat bila nilai $p < 0,25$. Dari hasil uji bivariat di atas, keenam variabel mempunyai p -value < 0,25 yaitu pola asuh makan, status kesehatan, akses ke pelayanan kesehatan, status ekonomi, pendidikan ibu dan status pekerjaan ibu. Selanjutnya semua variabel yang terpilih dimasukkan kedalam analisis multivariat secara bersama-sama.

Pembuatan Model Faktor Penentu Gizi Buruk. Analisis multivariat bertujuan untuk mendapatkan model yang terbaik dalam menentukan determinan terjadinya gizi buruk. Dalam pemodelan ini kandidat diikutsertakan dalam model secara bersama-sama. Model terbaik ditentukan dengan dasar pertimbangan nilai signifikan ($p < 0,05$). Pemilihan model dilakukan dengan cara semua variabel independen (yang telah memenuhi syarat) dimasukkan ke dalam model, kemudian variabel yang p -value-nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dimulai dari p -value yang terbesar.

Tabel 9. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Pertama

Variabel	P Wald	OR	95% CI
Pola Asuh Makan	0,054	4,231	0,978-18,312
Status Kesehatan	0,004	7,362	1,862-29,099
Akses ke pelayanan kesehatan	0,001	14,132	2,932-68,117
Status Ekonomi	0,385	1,942	0,434-8,681
Pendidikan Ibu	0,214	2,261	0,625-8,172
Pekerjaan Ibu	0,778	0,814	0,194-3,411
<i>-2 Log Likelihood = 72,436</i>		<i>G = 49,775</i>	

Tabel 10. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Kedua

Variabel	B	P Wald	OR	95% CI
Pola Asuh Makan	1,994	0,002	6,985	2,057-23,717
Status Kesehatan	1,798	0,007	6,038	1,647-22,130
Akses ke pelayanan kesehatan	2,499	0,001	12,175	2,813-52,702
Constant	-2,028	0,001		
<i>-2 Log Likelihood = 75,049</i>		<i>G = 47,161</i>	<i>P-Value = 0,000</i>	

Dari hasil analisis dapat terlihat bahwa variabel status pekerjaan ibu memiliki p-value yang tertinggi, dengan demikian perlu dilakukan pengeluaran variabel dari model. Pengeluaran variabel dilakukan bertahap satu persatu dimulai dari yang tertinggi sampai kepada yang memiliki $p < 0,05$

Hasil analisis juga menunjukkan bahwa variabel pola asuh makan, status kesehatan dan akses keluarga ke pelayanan kesehatan memiliki p-value $< 0,05$, atau nilai OR tidak sama dengan satu serta CI tidak memasuki nilai *hull*. Hal ini berarti ketiga variabel tersebut berhubungan secara signifikan dengan kejadian gizi buruk dan ditetapkan sebagai rencana model.

Analisis Interaksi

Dalam analisis interaksi, pemilihan variabel yang berinteraksi antar variabel independen berdasarkan substansi. Dalam analisis ini dilakukan uji interaksi antar semua variabel yang masuk dalam model multivariat yaitu antara variabel pola asuh makan, status kesehatan dan akses ke pelayanan kesehatan (rencana model) dengan masing-masing variabel interaksi yang terdiri dari variabel pola asuh makan*status kesehatan dan akses ke pelayanan kesehatan*status kesehatan.

Tabel 11. Hasil Analisis Regresi Logistik Antara Variabel Pola Asuh Makan dan Status Kesehatan dengan Pola Asuh makan*Status Kesehatan (Full Model I)

Variabel	P Wald	OR	95% CI
Pola Asuh Makan	0	10,182	3,312-31,295
Status Kesehatan	0,027	3,277	1,147-9,362
Pola Asuh makan*Status Kesehatan	0,907	1,148	0,113-11,669
Constant	0,04		
<i>-2 Log Likelihood = 89,899</i>		<i>G = 32,312</i>	

Tabel 12. Hasil Analisis Regresi Logistik antara Variabel Akses Keluarga ke Pelayanan Kesehatan dan Status Kesehatan dengan Akses ke Pelayanan kesehatan*Status Kesehatan (Full Model II)

Variabel	P Wald	OR	95% CI
Akses ke pelayanan kesehatan	0	8,728	2,590-29,418
Status Kesehatan	0	16,312	4,154-64,052
Akses ke pelayanan kesehatan*Status Kesehatan	0,998		
Constant	0,027		

-2 Log Likelihood = 89,899 G = 32,312

Tabel 13. Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Antara Pola Asuh Makan, Status Kesehatan dan Akses Ke pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Gizi Buruk. (Model Akhir)

Variabel	B	P Wald	OR	95% CI
Pola Asuh Makan	1,994	0,002	6,985	2,057-23,717
Status Kesehatan	1,798	0,007	6,038	1,647-22,130
Akses ke pelayanan kesehatan	2,499	0,001	12,175	2,813-52,702
Constant	-2.028	0,001		

-2 Log Likelihood = 75,049 G = 47,161

Tidak terlihat adanya interaksi karena p-value = 0,907 > 0,05 (tabel 9) artinya variabel interaksi pola asuh makan*status kesehatan tidak termasuk model akhir multivariat. Tidak terlihat adanya interaksi karena p-value = 0,998 > 0,05 (tabel 10) artinya variabel interaksi akses ke pelayanan kesehatan*status kesehatan tidak termasuk model akhir multivariate. Dengan demikian model akhir analisis multivariate dapat dilihat pada tabel 13.

Berdasarkan hasil di atas, dapat dijelaskan bahwa dari keenam variabel independen yang diduga berhubungan dengan kejadian gizi buruk, ternyata ada tiga variabel yang secara signifikan berpengaruh dengan kejadian gizi buruk yaitu pola asuh makan, status kesehatan, dan akses ke pelayanan kesehatan.

Berdasarkan tabel analisis regresi logistik ganda model akhir dapat dibuat model yang fit (*fitted model*) berdasarkan koefisiennya adalah :

Logit (Gizi Buruk) = -2,028 + 1,944 x pola asuh makan + 1,798 x status kesehatan + 2,499 x akses ke pelayanan kesehatan.

Berdasarkan model yang fit dapat diaplikasikan dalam suatu contoh resiko :

- Resiko terjadinya gizi buruk pada anak yang ingin diketahui jika ibu dengan pola asuh makan pada kategori kurang (1) dan status

kesehatan cukup (0) serta akses ke pelayanan kesehatan baik (0), maka didapatkan f(z) sebesar 0,48 atau 48%. Artinya anak yang mendapatkan pola asuh makan oleh ibu dalam kategori kurang mempunyai resiko untuk menderita gizi buruk sebesar 48%.

- Resiko terjadinya gizi buruk pada anak yang ingin diketahui jika ibu dengan pola asuh makan pada kategori baik (0) dan status kesehatan kurang (1) serta akses ke pelayanan kesehatan baik (0), maka didapatkan f(z) sebesar 0,44 atau 44%, berarti anak yang mempunyai status kesehatan dalam kategori kurang mempunyai resiko untuk menderita gizi buruk sebesar 44%.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Ditemukan separuh pola asuh makan anak dalam kategori kurang (52,1%), lebih dari separuh mempunyai status kesehatan cukup (67,7%), ditemukan separuh ibu dengan akses ke pelayanan kesehatan yang kurang (56,3%), lebih dari separuh anak berasal dari status ekonomi yang rendah (68,8%), lebih dari separuh ibu dengan pendidikan tinggi (65,6%) dan lebih dari separuh dengan ibu yang tidak bekerja (76%).

Ditemukan lima variabel yang berpengaruh secara signifikan ($p < 0,05$) dengan kejadian gizi buruk pada anak balita (12-59 bulan) yaitu pola asuh makan, status kesehatan, akses ke pelayanan kesehatan, status ekonomi dan tingkat pendidikan ibu. Tidak ditemukan pengaruh yang bermakna antara status pekerjaan ibu dengan kejadian gizi buruk ($p > 0,05$)

Anak dengan pola asuh makan kurang berpeluang menderita gizi buruk 12,8 kali, anak dengan status kesehatan yang kurang berpeluang menderita gizi buruk sebesar 5 kali, anak dengan akses ke pelayanan kesehatan kurang berpeluang 10 kali, anak yang berasal dari status ekonomi rendah berpeluang 3 kali, dan ibu yang berpendidikan rendah akan berpeluang sebesar 4 kali untuk menderita gizi buruk

Variabel yang paling dominan berpengaruh dengan kejadian gizi buruk adalah variabel pola asuh makan anak, status kesehatan dan akses ke pelayanan kesehatan

Saran

Dengan diketahuinya variabel yang dominan tersebut maka perlunya peningkatan pemberdayaan peran ibu dalam keluarga dan masyarakat yaitu dengan memberikan penyuluhan tentang ASI eksklusif, kolostrum dan hal lain yang berkaitan dengan pola asuh anak, kesehatan ibu dan anak yang diberikan oleh petugas kesehatan serta melibatkan ibu dalam kegiatan posyandu sehingga diharapkan ibu dapat menerima dan menyerap informasi yang ada khususnya di bidang kesehatan dan gizi.

Disamping itu dinilai perlu untuk melakukan pembinaan posyandu dengan melihat angka kunjungan ibu ke posyandu yang kurang.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrafikar. 2003. Faktor Determinan Kurang Energi dan Protein (KEP) Anak Usia 6 Bulan Sampai 3 Tahun di Kecamatan Kuranji Kota Padang Tahun 2003. Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Jakarta
- Berg, A. 1986. Gizi dalam Pembangunan Nasional. CV Rajawali. Jakarta
- Depkes RI. 2004. Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk Tahun 2005-2009, 2004. diakses dari <http://www.google.com>. 12 Februari 2004
- Harsiki, T. 2002. Hubungan Pola Asuh Anak dan Faktor Lain Dengan Keadaan Gizi Batita Keluarga Miskin di Pedesaan dan Perkotaan Provinsi Sumatera Barat. Tesis Program Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta
- Hastono, S.P. 2001. Analisis Data. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta
- Khomsan, A. 2000. Teknik Pengukuran Pengetahuan Gizi. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga Fakultas Pertanian Institut Pertanian Bogor. Bogor
- Moersintowati, B. 2002. Tumbuh Kembang Anak dan Remaja Edisi 1. Penerbit Sagung Seto. Jakarta
- Nyoman, S.D, Bachyar.B dan Fajar, I. 2001. Penilaian Status Gizi. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Pudjiadi, S. 2000. Ilmu Gizi Klinis Pada Anak Edisi Ketiga. Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- RI-WHO. 2000. Rencana Aksi Pangan dan Gizi. Jakarta
- Soekirman. 2000. Ilmu Gizi dan Aplikasinya Untuk Keluarga dan Masyarakat. Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta
- Widayani, S. 2000. Hubungan Antara Pola Asuh Dengan Status Gizi Anak Batita Pada Rumah Tangga Petani di Kab. Bogor. Tesis Programstudi GMK Program Pascasarjana IPB. Bogor.