

ANALISIS DETERMINAN POSITIVE DEVIANCE STATUS GIZI BALITA DI WILAYAH MISKIN DENGAN PREVALENSI KURANG GIZI RENDAH DAN TINGGI

(Determinants of Positive Deviance Nutritional Status of under Five Year Old Children in Poor Areas with Low and High Prevalence of Undernutrition)

Sakri Sab'atmaja¹, Ali Khomsan², dan Ikeu Tanziha^{2*}

¹ Staf Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia, Jakarta,

² Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor, Bogor 16680.

^{2*} Alamat korespondensi: Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor, Bogor 16680. Telp: 0251-8621258; Fax: 0251-8622276, Email: ikeu_jamilah@yahoo.com

ABSTRACT

The aim this study was to analyze the determinant of positive deviance nutritional status of under five year old children in poor areas with low and high prevalence of undernutrition. Cross sectional study was conducted in the study using secondary data analysis taken from Basic Health Research 2007 in four provinces with determination samples criterias of high poverty levels according BPS 2009 (>14.15%) and low and high prevalence of undernutrition ($\pm 18.4\%$) which were analyzed through quadrants. The number of samples was 3.494 under five year old children from poor families. The significancy relations among variables were measured using Pearson's correlation and path analysis to analyze the determinants. The results, the determinant of positive deviance were income through mother's characteristics, health upbringing, and health status, the four provinces had the same determinants pathway ($\beta=0.0451$), with mother's characteristics ($p<0.05$) and health upbringing ($p<0.05$) as the significant variables. The conclusion was that mother with better characteristics in families who were able to manage income better, tended to practice better health upbringing which increase children's nutritional status. These factors determine the poor families living in the poor areas could have well nourished under five year old children rather than other families in the same economic condition.

Key words: positive deviance, undernutrition, nutritional status.

PENDAHULUAN

Tujuan pembangunan Nasional adalah untuk meningkatkan kesejahteraan setiap warga negara. Peningkatan kemajuan dan kesejahteraan bangsa sangat tergantung pada kemampuan dan kualitas sumberdaya manusia. Ukuran kualitas sumberdaya manusia dapat dilihat pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sedangkan ukuran kesejahteraan masyarakat antara lain dapat dilihat pada tingkat kemiskinan dan status gizi masyarakatnya (BAPPENAS, 2007).

Status gizi masyarakat salah satunya tercermin pada masalah kekurangan zat gizi makro, yang digambarkan dengan indikator gizi buruk dan kurang. Gizi buruk dan gizi kurang merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia yang sampai saat ini masih belum dapat ditanggulangi secara tuntas oleh pemerintah, suatu kondisi yang berkaitan dengan tingkat kemiskinan. Berdasarkan hasil Susenas pada tahun 2005 prevalensi gizi buruk (BB/U)

di Indonesia sebesar 8.8% dan 19.2% gizi kurang. Pada tahun 2007 menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) diketahui balita menderita gizi buruk sebesar 5.4% dan 13% menderita gizi kurang, hal ini menunjukkan adanya penurunan namun penyebarannya tidak merata di beberapa provinsi dan kabupaten/kota. Di Provinsi Papua, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), Lampung dan Nangroe Aceh Darussalam terdapat balita kurang gizi berturut-turut sebesar 21.2%, 11.6%, 17.5% dan 26.5%. Keempat provinsi tersebut merupakan daerah dengan tingkat kemiskinan penduduk di atas rata-rata nasional (14.15%) yaitu berturut-turut sebesar 37.5%, 17.23%, 20.22% dan 21.8%.

Berdasarkan segmentasi ekonomi, penyebaran balita kurang gizi cukup menarik untuk dianalisis. Secara nasional (18.4%) balita kurang gizi terdistribusi pada populasi keluarga sangat miskin (kuintil 1) 6.7%, miskin (kuintil 2) 5.7%. Pada kuintil 1 prevalensi kurang gizi masih lebih tinggi dan selanjutnya menurun seiring dengan meningkatnya segmen ekonomi.

Namun balita dengan status gizi baik cukup besar pada kuintil 1 sebesar 74.1%, kuintil 2 sebesar 76.9% sedangkan pada kuintil 5 sebesar 80.4% (DEPKES, 2007).

Fenomena yang menarik bahwa pada kuintil 1 (populasi keluarga sangat miskin) ternyata terdapat balita dengan status gizi baik dan gizi lebih. Hal tersebut merupakan bentuk penyimpangan positif, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor langsung dan tidak langsung. Secara tidak langsung faktor-faktor yang berpengaruh antara lain: faktor budaya, sumber makanan, ketersediaan makanan, tempat menyimpan makanan, konsumsi dan kualitas konsumsi, umur pertama kali melahirkan, dan jarak kelahiran (Wishik & Vynckt, 1976); faktor perilaku ibu dan keluarga, keamanan pangan, kondisi ekonomi, frekuensi kehamilan, pola asuh kesehatan, pekerjaan, pendapatan, pengeluaran untuk konsumsi, keputusan pemberian makan, kepuasan hidup (Begin *et al*, 1999); faktor asupan zat gizi dan penyakit infeksi (Hadi 2005); faktor ibu, pola asuh anak, status kesehatan anak dan status gizi ibu (Sandjaja, 2001); faktor hutang rumah tangga, pengeluaran untuk pangan, aset rumah tangga, tabungan keluarga, umur ibu, tinggi badan ibu, berat badan ibu, jumlah hari libur ibu karena sakit, pendidikan ibu, ibu sebagai kepala keluarga dan status keuangan akhir bulan (Pryer *et al*, 2003); faktor berat badan lahir, tinggi badan ibu, berat badan ibu, interaksi ibu dan pengetahuan ibu (Soekirman & Jahari, 2004); faktor lingkungan tetangga, sanitasi, sarana dan pelayanan kesehatan (Parker, 2008).

Faktor-faktor tersebut yang membedakan keberhasilan keluarga dalam merawat dan mengasuh anaknya pada status ekonomi yang sama. Faktor yang dimaksud mendukung keberhasilan ibu dalam merawat dan mengasuh anak adalah faktor penyimpangan positif. Menurut Zeitin *et al*. (1990) dikatakan bahwa secara khusus penyimpangan positif dapat dipakai untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan atau status gizi yang baik dan anak-anak yang hidup dalam keluarga miskin di lingkungan miskin (kumuh) sementara sebagian besar anak lainnya menderita gangguan pertumbuhan dan gizi kurang.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis determinan *positive deviance* status gizi balita di wilayah miskin dengan prevalensi kurang gizi rendah dan tinggi di Provinsi NAD, Lampung, DIY, dan Papua.

METODE

Desain, Waktu dan Tempat

Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* dengan menganalisis hubungan antara faktor pendukung *positive deviance* terhadap status gizi balita. Data yang digunakan adalah data sekunder dari Riset Kesehatan Dasar (2007) yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan RI. Pengolahan dan analisis data dilakukan pada bulan Februari - Mei 2010. Lokasi meliputi Provinsi Papua, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), Lampung dan Nangroe Aceh Darussalam (NAD).

Cara Penetapan Sampel Wilayah

Analisis data sekunder RISKESDAS tahun 2007 ini menggunakan sampel Provinsi Papua, DIY, Lampung dan NAD. Kriteria penetapan sampel meliputi wilayah dengan kemiskinan tinggi menurut BPS tahun 2009 (>14.15%) dan Prevalensi gizi kurang tinggi (>18.4%) yang dianalisis sesuai kuadran.

Sampel menurut data RISKESDAS adalah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga yang tersebar di empat provinsi antara lain Provinsi Papua sebesar 4.074 RT, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 3.241 RT, Provinsi Lampung 6.490 RT dan Provinsi Nangroe Aceh Darussalam 10.418 RT. Total sampel RT secara keseluruhan sebanyak 24.223 rumah tangga, di dalamnya terdapat sebanyak 7.395 rumah tangga yang memiliki anak balita. Selanjutnya berdasarkan wilayah prevalensi kurang gizi rendah (<18.4%) dan tinggi (>18.4%), tingkat kemiskinan di atas rata-rata nasional (>14.5%), keluarga miskin pada kuintil 1 (<20%) dan kuintil 2 (21-40%), diperoleh sampel sebesar 3.494 balita.

Jenis Data, Variabel dan Cara Pengukuran

Data penelitian ini merupakan data sekunder yang bersumber dari RISKESDAS 2007. Data tersebut meliputi status gizi balita sebagai variabel dependen dengan variabel independen meliputi pola asuh (frekuensi ke posyandu, perilaku higienis, kepemilikan KMS dan imunisasi lengkap), status kesehatan (infeksi; ISPA, pneumonia, malaria, diare, TBC), karakteristik ibu (pendidikan ibu, status gizi/IMT ibu, BB ibu, TB ibu, pekerjaan ibu), karakteristik ayah (pendidikan ayah, status gizi/IMT ayah, BB ayah, TB ayah, pekerjaan ayah dan kebiasaan merokok), karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga, jumlah balita), pendapatan, akses pelayanan kesehatan (jarak

dan waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM), sanitasi lingkungan (pemakaian air bersih, pengelolaan dan pembuangan limbah, tempat sampah, pemakaian bahan kimia berbahaya dan cemaran ternak).

Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data dilakukan menggunakan *software SPSS 16* dan *Lisrel 8.3* untuk menentukan determinan dengan metode *path analysis*, sedangkan konversi status gizi balita dengan menggunakan *Anthro 2005*. Status gizi diukur dengan menggunakan indikator BB/U, TB/U dan BB/TB yang dikonversi dengan tabel baku WHO 2005 (*Anthro 2009*). Faktor-faktor terkait dengan pola asuh kesehatan dan status kesehatan disebut sebagai variabel independen yang dianalisis sesuai jenis data kontinyu, interval atau rasio. Khusus data kategorikal, setiap variabel diberi bobot skoring antara 0, 1 dan 2 dan selanjutnya hasil skoring dikategorikan dengan cara menetapkan *cut-off point* dari skor yang telah dijadikan persen. Menurut Khomsan (2000) *cut-off point* yang dianjurkan terdiri dari tiga kategori yaitu kurang (<60%), sedang (60% sampai 80%) dan baik (>80%).

Gambaran variabel determinan terhadap status gizi dijelaskan dengan menggunakan *path analysis*. Menurut Riduwan dan Kuncoro (2008) bahwa *path analysis* digunakan untuk menganalisis hubungan antar variabel secara langsung dan tidak langsung antara variabel eksogen dan endogen, serta faktor determinan. Suatu model dalam *path analysis* dikatakan memenuhi syarat bila minimal nilai RMSEA (<0.08), GFI (>0.9) dan AGFI (>0.95).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Balita

Sebaran umur balita

Secara keseluruhan proporsi umur balita dalam setiap kelompok umur hampir merata (24-25.9%), kecuali pada kelompok umur di bawah 1 tahun hanya sekitar 1,2%. Umur sampel di bawah 1 tahun banyak terdapat di NAD (25.3%) dan Lampung (25,3%), sementara di Papua dan DIY sampel dengan umur dibawah 1 tahun sangat sedikit bahkan hampir mencapai 0%. Balita umur 12-23 bulan banyak terdapat di DIY (28%), sementara umur balita diatas 3 tahun banyak terdapat di Papua (28.8%), secara terperinci dapat dilihat pada Tabel 1.

Sebaran jenis kelamin balita

Berdasarkan jenis kelamin, balita laki-laki lebih besar (52.6%) dibanding dengan perempuan, yang tersebar di empat wilayah. Proporsi balita laki-laki lebih besar (>50%) dari perempuan yang terdapat di semua wilayah baik di NAD, Lampung, DIY dan Papua.

Status kesehatan

Pada Tabel 1 dapat dilihat bahwa secara keseluruhan balita sampel memiliki status kesehatan yang baik (70.9%). Balita dengan status kesehatan baik banyak terdapat di Lampung (80.1%) dan (76.6%) di DIY, sedangkan NAD dan Papua terdapat lebih banyak balita dengan status kesehatan kurang baik dibanding dengan Lampung dan DIY yaitu sebesar 32.9% dan 34.9%. Secara umum kelima jenis penyakit rata-rata diderita oleh 25% balita. Di NAD balita lebih banyak menderita diare (63.7%), di Papua TBC (33.3%) dan pneumonia (28.3), di DIY ternyata 29.6% pernah menderita TBC sedangkan di Lampung penyakit ISPA diderita oleh 22.6% balita. Secara umum balita di DIY lebih sedikit menderita penyakit infeksi bila dibanding wilayah lain, namun balita penderita TBC di DIY tergolong tinggi selain NAD.

Sebaran Status Gizi Balita

Indeks status gizi balita antara lain berat badan (BB), tinggi badan (TB) dan umur. Status gizi dinilai berdasarkan indikator berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

Sebaran status gizi balita menurut wilayah

Secara keseluruhan berdasarkan indikator BB/U diketahui bahwa balita gizi kurang sebesar 22.3% lebih tinggi bila dibanding angka nasional (18.4%), berdasarkan indikator TB/U diketahui balita pendek sebesar 46.2% lebih tinggi dari angka nasional (36,8%) dan berdasarkan indikator BB/TB diketahui bahwa balita kurus sebesar 18.2% lebih tinggi dari angka nasional (13.6%).

Prevalensi status gizi BB/U > 20% merupakan gambaran masalah kurang gizi yang sifatnya umum (tidak spesifik) yang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi, status gizi TB/U >36,8% merupakan gambaran masalah gizi yang sifatnya kronis dan status gizi BB/TB >10% memberikan gambaran masalah gizi yang sifatnya akut. Maka disimpulkan bahwa secara keseluruhan di wilayah penelitian menunjukkan adanya masalah gizi pada balita yang sifatnya kronis dan akut.

Tabel 1. Karakteristik Balita

Karakteristik balita	NAD		Lampung		DIY		Papua		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Umur balita										
< 11 bln	24	1.6	12	1.5	2	0.7	1	0.2	39	1.2
12 - 23 bln	403	25.3	223	26.1	72	24	129	20.6	827	24.5
24 - 35 bln	380	23.9	211	24.7	84	28	135	21.6	810	24
36 - 47 bln	392	24.6	227	26.6	71	23.6	181	28.8	871	25.9
48 - 60 bln	392	24.6	180	21.1	71	23.7	180	28.8	823	24.4
Jenis Kelamin										
Laki-laki	848	51.2	455	51	169	53.5	330	52.4	1802	51.6
Perempuan	807	48.8	438	49	147	46.5	300	47.6	1692	48.4
Status Kesehatan										
Sehat	1110	67.1	715	80.1	242	76.6	410	65.1	2477	70.9
Sakit	545	32.9	178	19.9	74	23.4	220	34.9	1017	29.1
Pola asuh kesehatan										
Baik	664	43.4	485	65.5	237	82	233	46.1	1619	52.8
Sedang	474	31	153	20.7	44	15.2	100	19.8	771	25.2
Kurang	392	25.6	102	13.8	8	2.8	172	34.1	674	22
Sebaran penyakit										
ISPA	795	51.8	243	15.8	151	9.8	347	22.6	384	25
Pneumonia	55	51.9	30	28.3	6	5.7	15	14.2	26.5	25.03
Malaria	30	18.9	113	71.1	0	0	16	10.1	39.8	25.03
Diare	466	63.7	113	15.5	25	3.4	127	17.4	183	25
TBC	8	29.6	9	33.3	8	29.6	2	7.4	6.75	24.98

Tabel 2. Sebaran Status Gizi menurut Wilayah dan Umur

Status Gizi	Wilayah									
	NAD		Lampung		DIY		Papua		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BB/U										
Lebih	107	6.8	60	7	14	4.7	50	8.4	231	7
Baik	1035	66	652	75.9	258	85.1	406	68.4	2351	70.7
Kurang	427	27.2	147	17.1	31	10.2	138	23.2	743	22.3
TB/U										
Tinggi	159	10.3	125	14.5	25	8.3	72	12.3	381	11.6
Normal	588	38.2	359	41.6	184	60.7	258	44	1389	42.2
Pendek	792	51.5	379	43.9	94	31	256	43.7	1521	46.2
BB/TB										
Gemuk	283	18.3	163	19.3	33	11	87	14.9	566	17.3
Normal	918	59.3	565	66.7	235	78.3	397	68.1	2115	64.5
Kurus	347	22.4	119	14	32	10.7	99	17	597	18.2
Status Gizi	Umur Balita									
	< 1 tahun		1 - 2 tahun		2 - 3 tahun		> 3 tahun		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BB/U										
Lebih	10	6.5	122	15.4	34	4.4	65	4	231	7
Baik	123	79.9	526	66.3	553	72.2	1149	71.3	2351	70.7
Kurang	21	13.6	145	18.3	179	23.4	398	24.7	743	22.3
TB/U										
Tinggi	47	30.3	155	20.1	82	10.8	97	6.1	381	11.6
Normal	64	41.3	333	43.4	302	39.7	690	42.9	1389	42.2
Pendek	44	28.4	280	36.5	377	49.5	820	51	1521	46.2
BB/TB										
Gemuk	26	17.1	160	20.4	101	13.3	279	17.6	566	17.3
Normal	87	57.2	451	57.7	501	66.1	1076	67.8	2115	64.5
Kurus	39	25.7	171	21.9	156	20.6	231	14.6	597	18.2

Balita gizi kurang lebih tinggi terdapat di NAD sebesar 27.2% lebih tinggi bila dibandingkan di DIY sebesar 10.2%. Balita pendek terdapat di NAD dengan prevalensi sebesar 51.5% lebih tinggi dari balita pendek di DIY sebesar 31%. Balita kurus di NAD sebesar 22.4% juga lebih tinggi bila dibanding dengan di DIY

sebesar 10.7%. Secara keseluruhan prevalensi gizi kurang, pendek dan kurus di wilayah NAD lebih tinggi bila dibanding angka nasional dan bahkan dengan wilayah lain, artinya bahwa di NAD telah terjadi masalah gizi kronis dan akut yang sifatnya *irreversible* maupun *reversibel*.

Sebaran status gizi menurut umur

Sebaran status gizi balita menurut umur seperti yang terlihat pada Tabel 2 menunjukkan bahwa berdasarkan indikator BB/U bahwa balita gizi kurang banyak terjadi pada umur diatas dua tahun ($\geq 23.4\%$), berdasarkan indikator TB/U bahwa balita pendek terjadi sejak umur di bawah 1 tahun (28.4%) dan semakin meningkat seiring dengan bertambahnya umur balita, sedangkan berdasarkan indikator BB/TB bahwa balita kurus lebih banyak terjadi pada umur awal (< 1 tahun) sebesar 25.7% dan semakin menurun proporsinya seiring dengan bertambahnya umur balita.

Sebaran status gizi menurut jenis kelamin

Penderita gizi kurang yang banyak diderita oleh balita laki-laki (24.3%), balita pendek 49.5% dan demikian pula balita kurus (19.2%). Masalah gizi pada balita laki-laki akan mempengaruhi daya saing kualitas sumber daya manusia dimasa akan datang, terlebih bila masalah gizi yang sifatnya kronis dan akut.

Sebaran kurva normal status gizi (BB/TB) di wilayah dengan prevalensi kurang gizi rendah dan tinggi

Pada Gambar 1, terlihat kurva normal sebaran status gizi balita di semua wilayah dengan prevalensi kurang gizi rendah dan tinggi, menunjukkan bahwa distribusi status gizi balita berada sekitar -0.43 SD disebelah kiri kurva referensi WHO. Pertumbuhan balita di keempat wilayah masih tertinggal sekitar -0.45D (sebelah kiri kurva) dibanding dengan referensi. Berdasarkan jenis kelamin, bahwa proporsi balita normal lebih tinggi pada perempuan (24%) dibanding dengan laki-laki (23%). Terda-

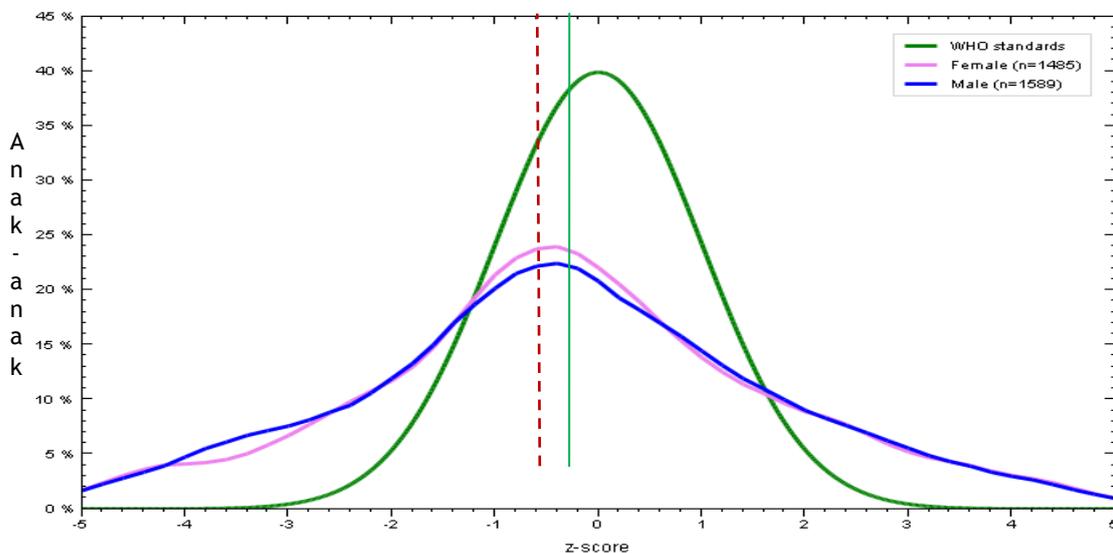
pat perbedaan proporsi balita kurus ($< -3SD$) pada laki-laki dan perempuan, dimana prevalensi kurus pada balita laki-laki lebih tinggi dibanding balita perempuan tetapi kegemukan terlihat sama terjadi pada balita laki-laki dan perempuan. Fenomena ini menunjukkan masalah gizi ganda, di satu sisi balita kurus cukup tinggi dan sisi lain kegemukan cukup banyak.

Menurut Hadi (2005) jika gizi kurang banyak dihubungkan dengan penyakit-penyakit infeksi (meskipun tidak seluruhnya benar), maka gizi lebih dan obesitas dianggap sebagai sinyal pertama dari munculnya kelompok penyakit-penyakit non infeksi (*Non Communicable Diseases*) yang sekarang ini banyak terjadi di negara-negara maju maupun negara-negara sedang berkembang. Menurut Gibney *et al.* (2005) fenomena ini sering diberi nama “*New World Syndrome*” atau Sindroma Dunia Baru dan ini telah menimbulkan beban sosial-ekonomi serta kesehatan masyarakat yang sangat besar di negara-negara sedang berkembang termasuk Indonesia.

Karakteristik Keluarga

Umur orang tua

Berdasarkan umurnya (Tabel 3), sebagian besar ibu balita (88.6%) berumur antara 20-40 tahun yang menggambarkan kelompok umur produktif dan tersebar di empat provinsi yaitu NAD (89.7%), Lampung (88%), DIY (89%) dan Papua (86.2%). Ayah balita sebagian besar (64.4%) berumur antara 20-40 tahun dan > 40 tahun (35.4%). Di DIY ayah dengan kelompok umur produktif sebesar 47.3% lebih rendah di-



Gambar 1. Sebaran Kurva Normal Status Gizi Balita di Wilayah dengan Prevalensi Kurang Gizi Rendah dan Tinggi

banding dengan tiga Provinsi lain dan lebih besar pada kelompok umur >40 tahun (52.4%), hal ini menunjukkan bahwa di DIY umur ayah rata-rata >40 tahun masih memiliki balita dalam keluarga sementara Provinsi lain lebih rendah.

Pendidikan orang tua

Sebagian besar (55.3%) ibu balita hanya berpendidikan dasar/tidak sekolah dan 41.8% lainnya berpendidikan menengah (SMP dan SMU), di Papua ibu dengan pendidikan dasar/tidak sekolah sebesar 72.9% lebih tinggi dibanding Provinsi lain. Pendidikan ayah tidak lebih baik dari pendidikan ibu, dimana sebesar 55%

hanya berpendidikan dasar/tidak sekolah dan 41.4% berpendidikan menengah. Di Lampung sebesar 64.1% ayah hanya mengalami pendidikan dasar/tidak sekolah lebih tinggi dari Provinsi lain.

Kebiasaan merokok

Rata-rata rokok yang dihisap oleh ayah berkisar antara 14 ± 9.2 batang sehari (> 1 bungkus sehari). Ayah balita di NAD memiliki kebiasaan merokok lebih berat, rata-rata rokok yang dihisap dapat mencapai 16 ± 10.9 batang sehari, ini merupakan suatu kebiasaan yang tidak baik jika ditinjau dari segi kesehatan

Tabel 3. Karakteristik Keluarga

Karakteristik Keluarga	NAD		Lampung		DIY		Papua		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Umur Ibu										
< 20 tahun	51	3.3	23	2.9	6	2	25	4.5	105	3.3
20 - 40 tahun	1388	89.7	694	88	266	89	483	86.2	2831	88.6
> 40 tahun	108	7	72	9.1	27	9	52	9.3	259	8.1
Pendidikan Ibu										
Tinggi	38	2.5	13	1.7	18	6	23	4.1	92	2.9
Menengah	725	46.8	304	38.5	179	59.9	129	23	1337	41.8
Dasar/tidak sekolah	784	50.7	472	59.8	102	34.1	408	72.9	1766	55.3
IMT Ibu										
Lebih	335	21.9	142	18.2	71	23.9	106	19.2	654	20.7
Normal	1058	69	536	68.6	191	64.3	403	73	2188	69.2
Kurang	139	9.1	103	13.2	35	11.8	43	7.8	320	10.1
Umur Ayah										
< 20 tahun	5	0.3	0	0	1	0.3	0	0	6	0.2
20 - 40 tahun	1072	66.3	508	61.2	138	47.3	404	72.4	2122	64.4
> 40 tahun	539	33.4	522	38.8	153	52.4	154	27.6	1368	35.4
Pendidikan Ayah										
Tinggi	58	3.6	13	1.6	12	4.1	37	6.6	120	3.6
Menengah	741	45.8	285	34.3	144	49.3	192	34.4	1362	41.4
Dasar/tidak sekolah	817	50.6	523	64.1	136	46.6	329	59	1805	55
IMT Ayah										
Lebih	181	11.3	75	9.2	36	12.5	95	17.3	387	11.9
Normal	1274	79.9	658	80.2	226	78.2	438	79.8	2596	79.8
Kurang	141	8.8	87	10.6	27	9.3	16	2.9	271	8.3
Jumlah Anggota Keluarga										
< 4 orang	593	35.9	436	48.8	128	40.5	154	35	1311	39.4
5 - 6 orang	755	45.6	343	38.4	148	46.8	253	40.4	1499	43
> 7 orang	307	18.5	114	12.8	40	12.7	154	24.6	615	17.6
Jumlah Balita										
1 orang	1139	68.8	724	81.1	241	76.3	361	57.7	2465	70.4
> 1 orang	516	31.2	169	18.9	75	23.7	265	42.3	1025	29.6
Pendapatan Keluarga										
Kuintil 2	752	45.4	389	43.6	135	42.7	288	45.7	1564	44.8
Kuintil 1	903	54.6	504	56.4	181	57.3	342	54.3	1930	55.2
Akses Yankes										
Mudah	658	41.6	472	53.3	239	75.6	251	45.4	1620	48.5
Sedang	633	40.1	283	31.9	65	20.6	168	30.4	1149	34.5
Sulit	289	18.3	131	14.8	12	3.8	134	24.2	566	17
Sanitasi lingkungan										
Baik	210	13.9	119	14	69	26.9	67	15.6	465	15.2
Sedang	907	59.8	471	55.3	118	45.9	257	59.9	1753	57.5
Kurang	398	26.3	261	30.7	70	27.2	105	24.5	834	27.3
Pola asuh kesehatan										
Ke Posyandu	1114	67.3	323	51.6	264	84.5	519	58.1	555	65.4
Perilaku Higienis	955	61.7	351	62.7	285	95.3	574	72.8	541	73.1
Kepemilikan KMS	926	56.3	315	55.3	162	53.1	645	77.5	512	60.6
Imunisasi Lengkap	629	38.2	241	38.3	241	76.3	558	62.6	417	53.9

an dan ekonomi. Apabila dihitung dalam bungkus, maka seorang ayah di NAD telah mengisap rokok rata-rata lebih dari 2 bungkus sehari.

Jumlah Anggota Keluarga

Pada Tabel 3 menunjukkan bahwa 43% keluarga memiliki jumlah anggota berkisar antara 5-6 orang terutama ada di DIY (46.8%) dan NAD (45.6%). Di Papua terdapat keluarga dengan jumlah anggota ≥ 7 orang sebesar 24.6% lebih tinggi dari Provinsi lainnya, hal ini sesuai dengan tipe masyarakat di Papua yang hidup berkelompok. Rata-rata jumlah anggota keluarga berkisar 5 ± 1.6 orang per keluarga, keluarga di Papua umumnya memiliki anggota lebih banyak (5.4 ± 1.8 orang) dibanding dengan wilayah lainnya.

Menurut Robert *et al.* (1994) bahwa penambahan jumlah anggota keluarga akan memberikan dampak merugikan kepada status gizi anggota rumahtangga, termasuk anak berumur di bawah dua tahun. Bertambahnya jumlah anggota rumahtangga akan menyebabkan masalah kelaparan dan kesempitan ruang, hal ini menyebabkan terbatasnya ruang gerak dan menghambat jalannya sirkulasi udara sehingga memberikan pengaruh yang kurang baik terhadap kesehatan.

Jumlah Balita dalam Keluarga

Keluarga yang memiliki hanya satu balita sebesar 70.4%, terutama terdapat di wilayah Lampung (81.1%) dan DIY (76.3%). Keluarga dengan balita lebih dari satu banyak terdapat di Papua (42.3% dan NAD (31.2%). Rata-rata jumlah balita dalam satu keluarga secara keseluruhan berkisar 1.3 ± 0.5 balita, di Papua rata-rata 1.5 ± 0.6 balita sedangkan di Lampung lebih sedikit $1,2 \pm 0,45$ balita per keluarga, ini berarti rata-rata setiap keluarga memiliki lebih dari 1 balita sehingga pengasuhan ibu terhadap anaknya akan terbagi.

Pendapatan

Pengelompokan pendapatan keluarga berdasarkan klasifikasi yang ditetapkan oleh BPS berdasarkan kuintil yaitu kuintil 1 (<20%), kuintil 2 (21%-40). Berdasarkan klasifikasi ini, diketahui bahwa sampel sebagian besar (55.2%) adalah keluarga dengan ekonomi sangat miskin (kuintil 1) dengan proporsi tertinggi berada di wilayah DIY (57.3%) dan Lampung (56.4%). Secara keseluruhan pendapatan rata-rata/orang/hari berkisar antara $192\ 827 \pm 75\ 500$ rupiah. Rata-rata pendapatan disetiap wilayah adalah NAD ($205\ 054 \pm 70\ 446$), Lam-

pung ($165\ 989 \pm 48\ 043$), DIY ($207\ 290 \pm 79\ 543$) dan Papua ($192\ 973 \pm 104\ 019$). Bila dibandingkan dengan garis kemiskinan wilayah (BPS tahun 2009) rata-rata di NAD sebesar Rp 261 898, Lampung Rp 188 812, DIY Rp 211 978 dan Papua Rp 246 225, maka sebagian besar berada di bawah garis kemiskinan.

Akses Pelayanan Kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan secara umum (48.5%) mudah dijangkau dengan waktu yang cepat dan 17% tergolong sulit. Di DIY 75.6% tergolong wilayah yang memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan lebih mudah (dekat dan cepat), sedangkan di Papua akses pelayanan kesehatannya lebih sulit (24.2%) dibanding dengan wilayah lainnya NAD dan Lampung. Di Papua rata-rata jarak tempuh ke sarana pelayanan kesehatan berkisar $3\ 378 \pm 9\ 393$ km untuk memperoleh pelayanan kesehatan, dibanding dengan DIY jarak tempuh di Papua tiga kali lipat lebih jauh, demikian pula di NAD. Waktu tempuh untuk memperoleh pelayanan kesehatan seiring dengan jarak tempuh. Di Papua untuk memperoleh pelayanan kesehatan membutuhkan waktu rata-rata 40.4 ± 66.8 menit bahkan dapat mencapai 2 jam jauh lebih lama dibanding dengan DIY, Lampung dan NAD. Jarak tempuh ke posyandu di Papua sedikitnya 1 km dan bahkan mencapai 5 km ($3\ 079 \pm 4\ 155$), dengan waktu tempuh relatif lebih lama dan dapat mencapai 1 jam (20.7 ± 40.7 menit).

Menurut UNICEF (2002) jarak yang harus ditempuh oleh masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diinginkan mempengaruhi motivasi berobat terutama bagi masyarakat miskin. Anak sakit tidak segera mendapat perawatan dikarenakan jarak dengan pelayanan kesehatan cukup jauh dengan waktu tempuh lebih lama.

Sanitasi Lingkungan

Proporsi sanitasi lingkungan yang tergolong baik sebesar 15.2% dan 27.3% lainnya tergolong kurang. Di DIY sebesar 26.9% keluarga memiliki sanitasi lingkungan baik lebih tinggi dibanding wilayah lainnya yang tergolong sedang. Di Lampung terdapat 30.7% keluarga dengan sanitasi yang kurang baik, sementara di Papua keluarga yang memiliki sanitasi kurang baik lebih rendah (24.5%) dari wilayah lain. Rata-rata keluarga yang menggunakan air bersih sebesar 74.47% dengan jumlah keluarga pemakai air bersih tertinggi di DIY dan terendah berada di Papua. Namun jumlah keluarga yang memakai air bersih tidak seiring dengan

pengelolaan limbah keluarga, dimana hanya sekitar 14.85% keluarga yang mengelola limbah rumah tangga dengan baik, di Lampung ternyata hanya 8.1% rumah tangga yang mengelola limbah keluarga dengan baik dan benar.

Pengelolaan sampah yang baik telah diterapkan hampir sebagian besar keluarga di NAD dan Papua, sementara di Lampung dan DIY masih lebih rendah yaitu 51.2% dan 50.9% keluarga. Di DIY keluarga yang bebas dari bahan kimia berbahaya dan beracun hanya sekitar 56.6%, jumlah ini jauh lebih rendah dibanding 3 Provinsi lainnya yang rata-rata mencapai lebih dari 70%. Terhadap cemaran ternak rata-rata hanya sekitar 35% disemua wilayah bebas dari cemaran ternak.

Menurut Begin *et al.* (1999) bahwa berkaitan dengan penyakit infeksi, perhatian harus banyak ditujukan pada kesehatan rumah, penyediaan air bersih untuk berbagai keperluan, jamban keluarga, sarana dan prasarana kesehatan serta ada tidaknya dukungan program gizi/kesehatan. Selanjutnya dikatakan bahwa risiko terjadinya diare dan diare berulang lebih besar pada keluarga yang tidak mempunyai jamban, tempat pembuangan limbah dan sampah.

Pola asuh kesehatan

Pola asuh kesehatan telah diterapkan oleh sebagian besar (52.8%) keluarga balita, terutama di wilayah DIY (82%) dan Lampung (65.5%). Balita di Papua (34.1%) dan NAD (25.6%) mendapatkan pola asuh kesehatan yang kurang baik bila dibanding dengan balita di DIY (2.8%). Secara keseluruhan pola asuh kesehatan masih tergolong cukup baik, namun di NAD dan Papua pola asuh kesehatan yang baik masih lebih rendah dibanding dengan di DIY dan Lampung.

Determinan Positive Deviance Status Gizi Balita

Determinan *positive deviance* adalah faktor yang menentukan dalam kaitannya dengan gizi baik. Menurut Zeitlin *et al.* (1990) mengatakan bahwa secara khusus penyimpangan positif dapat dipakai untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan atau status gizi yang baik pada anak-anak yang hidup dalam keluarga miskin di lingkungan miskin dimana sebagian besar anak lainnya menderita gangguan pertumbuhan dan gizi kurang. Menurut Sternin (2007) bahwa semua orang dapat melihat bahwa anak-anak dari keluarga miskin dapat dirawat dengan baik meskipun hidup dalam kemiskinan dan banyak fak-

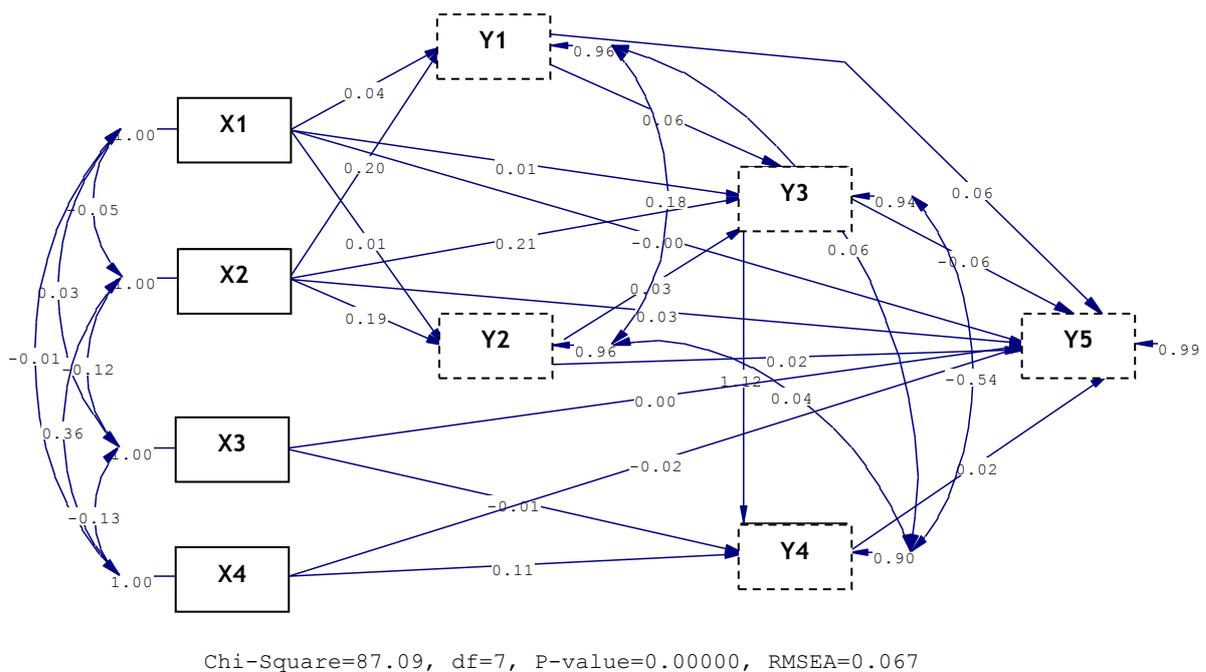
tor yang dapat mempengaruhi keluarga miskin dalam merawat anaknya dengan baik meskipun mereka miskin.

Model analisis determinan yang terbentuk dapat terlihat pada Gambar 2. Dalam model ini sebagai variabel eksogen adalah jumlah karakteristik keluarga, pendapatan, akses pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan. Variabel endogen meliputi karakteristik ibu, karakteristik ayah, pola asuh kesehatan, status kesehatan dan status gizi. Berdasarkan nilai RMSEA sebesar 0.067 dan GFI sebesar 0.99 maka model yang terbentuk ideal untuk memprediksi determinan status gizi balita.

Berdasarkan hasil perhitungan pengaruh langsung (*direct effect*), pengaruh tidak langsung (*Indirect effect*), pengaruh total (*total effect*) diperoleh hasil bahwa secara bersama-sama semua variabel berhubungan signifikan ($t=35.9$, $p<0.05$). Namun secara individu hanya variabel karakteristik ibu ($t=2.84$, $p<0.05$) dan pola asuh kesehatan ($t=2.43$, $p<0.05$), yang berhubungan signifikan terhadap status gizi, sementara karakteristik keluarga, pendapatan, akses pelayanan kesehatan, karakteristik ayah dan status kesehatan tidak berhubungan signifikan.

Variabel pendapatan merupakan faktor determinan terhadap status gizi melalui karakteristik ibu, pola asuh kesehatan dan status kesehatan terhadap status gizi dengan pengaruh total sebesar $\beta = 0.0002688$ lebih tinggi bila dibanding jalur lainnya. Pengaruh total (*total effect*) dari pendapatan terhadap status gizi sebesar $\beta = 0.045134$. Dengan demikian bahwa di wilayah dengan prevalensi gizi kurang rendah dan tinggi ternyata pendapatan merupakan faktor penentu dari kualitas pola asuh kesehatan oleh ibu balita. Asumsinya bahwa semakin meningkatnya pendapatan maka akan meningkatkan pola asuh kesehatan dan status gizi masyarakat. Pada model ini karakteristik ($t=2.84$, $p<0.05$) dan pola asuh kesehatan ($t=2.43$, $p<0.05$) berhubungan signifikan langsung dengan status gizi, dan pola asuh kesehatan berhubungan signifikan terhadap status kesehatan ($t=12.92$, $p<0.05$), artinya dalam jalur diatas bahwa pola asuh kesehatan mempengaruhi kualitas status kesehatan dan status gizi.

Di wilayah dengan prevalensi kurang gizi rendah dan tinggi rata-rata pendapatan sebesar Rp 193 120 masih dibawah garis kemiskinan (Rp 200 700). Rata-rata pendapatan pada kuintil satu di wilayah prevalensi rendah



Keterangan :

- X1 = Karakteristik keluarga
- X2 = Pendapatan keluarga
- X3 = Akses ke pelayanan kesehatan
- X4 = Sanitasi

- Y1 = Karakteristik ibu
- Y2 = Karakteristik Ayah
- Y3 = Pola asuh anak
- Y4 = Status Kesehatan
- Y5 = Status Gizi (BB/TB)

Gambar 2. Model Determinan *Positive Deviance* Status Gizi Balita di Wilayah Prevalensi Gizi Kurang rendah dan tinggi

sebesar Rp 173 350 dan Papua Rp 190 020, terdapat perbedaan pendapatan yang berarti antara kedua wilayah. Selisih perbedaan pendapatan antara segmen ekonomi (kuintil 1 dan kuintil 2) di wilayah prevalensi rendah sebesar Rp 32 580 dan di wilayah prevalensi tinggi sebesar Rp 13 370. Proporsi keluarga dengan segmen ekonomi kuintil 1 di wilayah prevalensi rendah sebesar 56.85% dan prevalensi tinggi sebesar 54.45% lebih tinggi dibanding pada segmen ekonomi kuintil 2. Kondisi di atas menunjukkan bahwa pendapatan memiliki peran utama ketika variabel lain seperti karakteristik ibu, pola asuh kesehatan dan status kesehatan kondisinya sudah lebih baik.

KESIMPULAN

Determinan *positive deviance* ditentukan oleh faktor pendapatan dengan jalur melalui karakteristik ibu, pola asuh dan status kesehatan. Variabel signifikan pada jalur determinan adalah karakteristik ibu dan pola asuh kesehatan, artinya bahwa ibu yang memiliki karakteristik baik pada keluarga yang dapat

mengelola pendapatan dengan baik akan cenderung mempraktekan pola asuh kesehatan yang baik dan pada akhirnya dapat meningkatkan status gizi balita,

Terdapat perbedaan variabel signifikan antar wilayah yaitu faktor pendapatan di wilayah DIY dan Lampung, faktor pola asuh di wilayah NAD dan Papua. Pada semua wilayah ternyata peranan karakteristik ibu dan pola asuh sangat menentukan pengaruhnya terhadap status gizi balita.

DAFTAR PUSTAKA

[BAPPENAS] Badan Perencanaan Nasional, 2004. Relevansi Paket Pelayanan Kesehatan Dasar dalam Pencapaian Target Nasional dan Komitment Global, Jakarta.

Begin F, Frongilo E, & Delisle. 1999. Caregiver Behaviors and Resources Influence Child Height-for-Agein Rural Chad. J. Nutr, 129, 680-686.

- [DEPKES RI] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional tahun 2007. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Gibney MJ, MM Barrie, MK John, & A Leonore. 2005. Gizi Kesehatan Masyarakat (Public Health Nutrition). EGC, Jakarta.
- Hadi H. 2005. Beban Ganda Masalah Gizi Implikasinya terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional. Pidato Pengukuhan Guru Besar UGM. UGM, Yogyakarta.
- Khomsan A. 2000. Teknik Pengukuran Pengetahuan Gizi. Departemen Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga Fakultas Pertanian, IPB, Bogor.
- Parker B. 2008. Healthy Snacking for Children Under Five: The Role of Social Pressure and Social Support. Buletin PDRC, 2,1, Sept. PDRC, Jakarta
- Pryer J, Rogers S, & Rahman A. 2003. The epidemiology of good nutritional status among children from a population with a high prevalence of malnutrition. Dhaka 1216, Bangladesh. Public Health Nutrition: 7,2, 311-317.
- Riduwan & Kuncoro. 2008. Cara Menggunakan dan Memakai Analisis Jalur (Path Analysis). Alfabeta, Bandung.
- Robert B. 1994. Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. Am J C/in Nuir, 1984, 39, 87-94.
- Sandjaja. 2001. Penyimpangan Positif (Positive Deviance) Status Gizi Anak Balita dan Faktor-Faktor yang Berpengaruh. NIHRD, Litbangkes, Jakarta.
- Soekirman & Jahari A. 2004. Penyimpangan Positif Masalah KEP di DKI Jakarta, Pedesaan Bogor Jawa Barat dan Lombok Timur NTB. Puslitbang Gizi, Bogor.
- Sternin J. 2007. The Positive Deviance Initiative Story. www.itpin.com. [20 Mei 2009].
- UNICEF. 2002. Pedoman Hidup Sehat Diadaptasi dari Fact for Life. 3th Ed. United Nation Children's Fund, New York.
- Wishik S & Vynckt S. 1976. The Use of Nutritional Positive Deviance to Identify Approaches for Modification of Dietary Practices. Am. J. Public Health, 66, 38-42.
- Zeitlin M, Ghassemi H, & Mansour M. 1990. Positive Deviance in Child Nutrition - with emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development. United Nations University Press, Tokyo.