

GAMBARAN STATUS GIZI PADA ANAK TK DI WILAYAH KERJA UPT KESMAS BLAHBATUH II KABUPATEN GIANYAR TAHUN 2015

I Gusti Agung Triana Suharidewi¹, GN Indraguna Pinatih²

¹Program Studi Pendidikan Dokter,

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas/Ilmu Kedokteran Pencegahan
Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

ABSTRAK

Masalah gizi terjadi disetiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa dan usia lanjut. Salah satu masalah gizi yang masih terjadi saat ini yaitu malnutrisi. Malnutrisi merupakan kondisi medis yang disebabkan oleh pemberian nutrisi yang tidak benar maupun tidak mencukupi. Penilaian pertumbuhan anak indikator penting dalam menilai status kesehatan terutama status gizi anak, karena dapat mempengaruhi kualitas hidup anak, oleh sebab itu pertumbuhan perlu dipantau secara berkala. Berdasarkan data di Puskesmas Blahbatuh II terjadi tren penurunan indikator D/S dan N/D tiap tahunnya. Penurunan jumlah ini menandakan kemungkinan adanya masalah gizi yang berdampak pada anak usia prasekolah saat ini. Penelitian ini merupakan studi deskriptif cross sectional dengan melibatkan 85 subjek penelitian yang merupakan anak TK di wilayah kerja Puskesmas Blahbatuh II. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *cluster sampling*. Cara pengumpulan data pada penelitian ini dengan melakukan pengukuran langsung. Berdasarkan status gizi BB/TB menurut TB/U ditemukan anak yang pendek dan kurus 9,4% sedangkan anak yang mengalami kegemukan 24,4%. Secara umum Anak usia 5-7 tahun di wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II telah terjadi beban ganda masalah gizi (*double burden of nutrition*), yaitu kekurangan dan kelebihan gizi yang terjadi bersama-sama.

Kata kunci: status gizi, anak prasekolah, malnutrisi

ABSTRACT

Nutritional problems occur in every lifecycle, starting from the womb, infant, adolescent, adult, until elderly. Malnutrition is one of nutritional problem that still occurs in the world. Malnutrition is a medical condition caused by improper or inadequate nutrition. The assessment of child's growth and development, especially nutritional status is an important indicator for monitoring child's health, because it can be used for early detection of growth and development problems. Data provided by Puskesmas Blahbatuh II is showing trends of declining D/S and N/D each year. This event shows the probability of nutritional problem in preschool child. This study is a descriptive cross sectional study that includes 85 kindergarten students in Puskesmas Blahbatuh II area as study sample. The sampling technique is using cluster sampling method. The data is collected by measuring the sample directly. Based on weight for height and height for age measurement there are 9,4% wasted and stunted children, and 24,4% obese children. Generally, 5-7 years-old children in the working area of Unit II of Blahbatuh Public Health Has Occurred double nutritional problems (double burden of nutrition), deficiency and excess of nutrients that occurred together.

Keywords: nutritional status, preschool children, malnutrition

PENDAHULUAN

Gizi yang baik merupakan landasan kesehatan yang dapat mempengaruhi kekebalan tubuh, kerentanan terhadap penyakit, serta pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental. Gizi yang baik akan menurunkan kesakitan, kecacatan dan kematian sehingga dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Upaya pengembangan dan perbaikan gizi masyarakat

sesuai dengan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah bertujuan meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat, melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi.¹

Masalah gizi terjadi disetiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin),

bayi, anak, dewasa dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa penting, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi.²

Salah satu masalah gizi yang masih tetap terjadi hingga saat ini yaitu malnutrisi. Definisi malnutrisi menurut WHO merupakan kondisi medis yang disebabkan oleh asupan atau pemberian nutrisi yang tidak benar maupun yang tidak mencukupi. Malnutrisi lebih sering dihubungkan dengan asupan nutrisi yang kurang atau sering disebut *undernutrition* (gizi kurang) yang bisa disebabkan oleh penyerapan yang buruk atau kehilangan nutrisi yang berlebihan. Namun istilah malnutrisi juga mencakup *overnutrition* (gizi lebih).³ Seseorang akan mengalami malnutrisi jika tidak mengonsumsi makanan dengan jumlah, jenis, dan kualitas gizi yang memadai untuk diet yang sehat dalam jangka waktu yang lama.⁴

Secara global malnutrisi masih menjadi masalah kesehatan utama di seluruh dunia. Pada tahun 2014 terdapat 2-3 juta orang mengalami malnutrisi disetiap negara, walaupun malnutrisi tidak secara langsung menyebabkan kematian pada anak, namun malnutrisi dihubungkan dengan penyebab dari 54% kematian pada anak-anak di Negara berkembang pada tahun 2001. Prevalensi gizi kurang di dunia pada anak dengan umur dibawah lima tahun dari tahun 2010-2012 masih terbilang tinggi yaitu 15%, namun sudah mengalami penurunan dari 25%. Prevalensi malnutrisi tidak hanya meningkat di Negara maju tetapi juga di Negara berkembang. Selain gizi kurang, diperkirakan 44 juta (6,7%) anak dibawah umur lima tahun mengalami gizi lebih dan jumlah ini terus meningkat tiap tahunnya. Anak gizi lebih didefinisikan dengan nilai berat badan untuk tinggi badan melebihi dua standar deviasi atau lebih dari nilai median standar pertumbuhan anak menurut WHO.^{3,5}

Global National Report 2014, menyebutkan bahwa Indonesia sendiri memiliki angka gizi kurang maupun gizi lebih yang tinggi. Walaupun sudah terjadi penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada anak usia 5-12 tahun dari tahun 2010 (47,8%) menjadi 41,9% pada tahun 2013, namun diikuti dengan peningkatan prevalensi gizi lebih pada tahun 2010 (9,2%) menjadi 18,8% tahun 2013.⁶

Berdasarkan data Riskesdas 2013 status gizi anak usia 5-12 tahun di provinsi Bali cenderung lebih baik, dengan prevalensi gizi kurang sebesar 5,7%, gizi buruk 2,3% dan gizi lebih 8%. Berdasarkan tinggi badan dibandingkan dengan umur (TB/U) sebesar 15,3% anak usia 5-12 tahun masih tergolong pendek dan 5,7% sangat pendek. Sedangkan berdasarkan berat badan dibandingkan

tinggi badan (BB/TB), sekitar 2,3% anak tergolong sangat kurus, 5,7% kurus, dan yang tergolong gemuk sebesar 20,3%. Meskipun dari data didapatkan kejadian gizi buruk dan gizi kurang di provinsi Bali tergolong rendah, namun kasus gizi lebih masih menjadi permasalahan karena terus mengalami peningkatan dan perlu mendapat perhatian khusus.⁶

Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) yang dilakukan dengan penggunaan pesan-pesan gizi sederhana melalui kegiatan yang dapat dilakukan oleh masyarakat sendiri. Kegiatan ini dipusatkan di puskesmas, yang merupakan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM). Puskesmas melaksanakan lima program prioritas, yaitu: KB, KIA, Gizi, Imunisasi dan Penanggulangan diare sesuai sasaran bayi, anak balita, pasangan usia subur dan ibu hamil.^{7,8}

Efektivitas kinerja program gizi dinilai dari indikator SKDN, (S: jumlah balita yang ada di wilayah kerja puskesmas, K: jumlah balita yang terdaftar dan memiliki Kartu Menuju Sehat/KMS, D: jumlah balita yang timbang pada bulan ini, N : jumlah balita yang berat badannya mengalami kenaikan. Indikator program gizi yang diperlukan dalam pelaporan gizi diantaranya adalah data balita ditimbang (D/S), balita yang naik berat badannya (N/D), balita gizi buruk, cakupan ASI eksklusif, anak 6-24 bulan gizi kurang, gizi buruk yang ditangani, vitamin A 6-59 bulan, anak 6-24 bulan gizi kurang dapat MP-ASI dan konsumsi garam beryodium. Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Untuk mengetahui pertumbuhan tersebut, penimbangan balita setiap bulan perlu dilakukan di berbagai tempat seperti Posyandu, Polindes, Puskesmas, atau sarana pelayanan kesehatan yang lain. Idealnya dalam enam bulan anak balita ditimbang minimal enam kali.⁸

Penilaian pertumbuhan pada anak merupakan indikator penting dalam menilai status kesehatan terutama status gizi anak, karena dapat mempengaruhi kualitas hidup anak, oleh sebab itu pertumbuhan perlu dipantau secara berkala. Berdasarkan laporan tahunan UPT Kesmas Blahbatuh II dari tahun 2009 hingga 2014 terdapat trend penurunan jumlah balita yang ditimbang dan yang mengalami kenaikan berat badan. Pada tahun 2009 terdapat 2301 balita yang berdomisili di wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II dan semuanya telah memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS), balita yang dilakukan penimbangan berat badan 1578 anak (D/S=68,6%). Dari semua yang ditimbang hanya 977 anak (N/D=61,9%) yang mengalami kenaikan berat badan. Dibandingkan dengan data tahun 2010 jumlah balita 2268 anak, yang ditimbang 1480 anak (D/S=65%) yang mengalami kenaikan 780 anak (N/D=53%). Berdasarkan data tersebut ditemukan adanya

kecenderungan penurunan jumlah balita yang naik berat badannya di wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II. Penurunan jumlah ini menandakan kemungkinan adanya masalah gizi yang berdampak pada anak usia prasekolah saat ini, maka dari itu sesuai latar belakang diatas peneliti melakukan *screening* status gizi pada anak usia prasekolah, untuk mengetahui prevalensi status gizi anak saat ini berdasarkan kecenderungan penurunan jumlah balita yang naik berat badannya.⁸

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dengan desain *cross-sectional*. Studi ini dilakukan untuk memperoleh gambaran status gizi pada anak usia prasekolah di wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II, Kabupaten Gianyar, Provinsi Bali, dilakukan pada tanggal 7 April 2015. Sampel penelitian sebanyak 85 anak TK diperoleh menggunakan metode *cluster sampling* di TK Lila Kumara, Desa Buruan, Kecamatan Blahbatuh, Gianyar dengan kriteria inklusi terdaftar sebagai siswa-siswi di TK Lila Kumara tahun ajaran 2014/2015 sedangkan kriteria eksklusinya adalah subjek yang tidak masuk sekolah pada saat pengambilan data dan subjek yang menolak untuk dilakukan pengukuran. Instrumen yang digunakan pada penelitian berupa timbangan berat badan tipe *Bathroom scale* dengan merk OneMed, dalam satuan kilogram (kg) dengan ketelitian 1 kg. Untuk mengukur tinggi badan (TB) menggunakan *microtoise* dalam satuan sentimeter (cm) dengan ketelitian 0,1 cm. Data yang diperoleh dianalisa secara deskriptif kuantitatif dan disajikan dalam bentuk tabel dan naratif.

HASIL

Karakteristik Sampel

Pada **Tabel 1** didapatkan gambaran mengenai keadaan anak-anak usia prasekolah tersebut. Distribusi anak menurut umur terlihat umur 5 tahun yaitu 38 orang (44,7%), umur 6 tahun yaitu 45 orang (52,9%), dan umur 7 tahun yaitu 2 orang (2,4%). Sedangkan distribusi anak menurut jenis kelamin terlihat bahwa jenis kelamin laki-laki lebih banyak dari perempuan dengan jumlah anak laki-laki 49 orang (57%) dan jumlah anak perempuan 36 orang (41,9%).

Status gizi anak berdasarkan hasil pengukuran BB/TB didapatkan 34 anak (40%) dengan gizi kurang, 37 anak (43,5%) dengan gizi normal, dan 14 anak (16,5%) dengan gizi lebih. Status gizi berdasarkan TB/U didapatkan 11 anak (12,9%) pendek dan 74 anak (87,1%) dengan tinggi normal. Namun tidak terdapat anak yang tinggi. Sedangkan indeks antropometri menurut IMT/U yang dikategorikan menjadi gizi kurang (kurus) sebanyak 26 anak (30,6%), 45 anak (59,2%) dengan gizi normal dan gizi lebih sebanyak 14 anak (16,5%).

Distribusi Status Gizi Berdasarkan Jenis Kelamin

Gizi kurang lebih banyak ditemukan pada anak laki-laki yaitu sebesar 40,8%, dibandingkan anak perempuan (38,9%). Sedangkan gizi lebih, lebih banyak pada anak perempuan yaitu sebesar 19,5% dibandingkan anak laki-laki (14,3%) (**Tabel 2**).

Tabel 1. Karakteristik Sampel

Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
Usia		
5 tahun	38	44,7
6 tahun	45	52,9
7 tahun	2	2,4
JenisKelamin		
Laki-laki	49	57
Perempuan	36	41,9
Status BB/TB		
Kurang	34	40
Normal	37	43,5
Lebih	14	16,5
Status TB/U		
Pendek	11	12,9
Normal	74	87,1
Tinggi	0	0
Status IMT/U		
Kurus	26	30,6
Normal	45	52,9
Gemuk	14	16,5
Total	85	100

Tabel 2. Status Gizi BB/TB Menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Kurang	Normal	Lebih	Total
Laki-laki	20 (40,8%)	22 (44,9%)	7 (14,3)	49 (100%)
Perempuan	14 (38,9%)	15 (41,7%)	7 (19,5%)	36 (100%)
Total	34 (40%)	37 (43,5%)	14 (16,5%)	85(100%)

Tabel 3. Tabel Status Gizi TB/U menurut Jenis Kelamin

JenisKelamin	Pendek	Normal	Total
Laki-laki	6 (12,2%)	43 (87,8%)	49 (100%)
Perempuan	5 (13,9%)	31 (86,1%)	36 (100%)
Total	11 (12,9%)	74 (87,1%)	85(100%)

Tabel 4. Tabel Status Gizi IMT/U Menurut Jenis Kelamin

JenisKelamin	Kurang	Normal	Lebih	Total
Laki-laki	15 (30,6%)	27 (55,1%)	7 (14,3)	49 (100%)
Perempuan	11 (30,6%)	18 (50%)	7 (19,5%)	36 (100%)
Total	34 (40%)	37 (43,5%)	14 (16,5%)	85 (100%)

Tabel 5. Tabulasi Silang Variabel Status Gizi Berdasarkan BB/TB dengan Status Gizi Berdasarkan TB/U

Variabel		BB/TB			Total
		Kurang	Normal	Lebih	
TB/U	Pendek	8 (9,4%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)	11 (12,9%)
	Normal	26 (30,6%)	35 (41,2%)	13 (15,3%)	74 (81,7%)
Total		34 (40%)	37 (43,5%)	14 (16,5%)	85 (100%)

Berdasarkan **Tabel 3** menurut jenis kelaminnya menunjukkan anak perempuan yang tergolong pendek sebesar 13,9% dan anak laki-laki sebesar 12,2%.

Berdasarkan **Tabel 4**, anak laki-laki dan perempuan memiliki jumlah yang sama pada status gizi kurang (30,6%), sedangkan gizi lebih banyak pada anak perempuan (19,5%) daripada anak laki-laki (14,3%).

Distribusi Status Gizi Berdasarkan BB/TB Menurut TB/U

Hasil tabulasi silang antara status gizi BB/TB dengan status gizi menurut TB/U didapatkan anak pendek dengan gizi kurang 9,4%, dengan gizi normal 2,4% dan dengan gizi lebih 1,2%. Sedangkan anak yang tingginya normal dengan gizi kurang sebanyak 30,6%, dengan gizi normal 41,2% dan yang dengan gizi lebih 16,5% (**Tabel 5**).

PEMBAHASAN Gambaran Status Gizi

Hasil penelitian yang dilaksanakan di TK Lila Kumara didapatkan distribusi anak menurut umur terlihat umur 5 tahun yaitu 38 orang (44,7%), umur 6 tahun yaitu 45 orang (52,9%), dan umur 7 tahun yaitu 2 orang (2,4%). Jenis kelamin terbanyak yaitu laki-laki 49 orang (57%) sedangkan perempuan 36 orang (41,9%). Pada umur tertentu laki-laki dan perempuan sangat berbeda dalam ukuran besar, kecepatan tumbuh, proporsi jasmani, dan lainnya.

Hasil penilaian status gizi di TK Lila Kumara dengan menggunakan indeks BB/TB (berat badan/tinggi badan) diklasifikasikan dalam tiga kategori yaitu status gizi kurang, status gizi normal, dan status gizi lebih. Dari klasifikasi tersebut ditemukan anak dengan status gizi kurang 34 orang (40%), gizi normal 37 orang (43,5%), dan gizi lebih

14 orang (16,5%). Berarti dalam penelitian ini status gizi terbanyak adalah anak dengan status gizi normal. Namun apabila anak dengan gizi kurang dan gizi lebih diakumulasikan maka didapatkan anak yang mengalami malnutrisi lebih tinggi (56,5%) dibandingkan dengan anak berstatus gizi normal (43,5%). Data Riskesdas tahun 2013, jumlah anak yang mengalami gizi kurang dan gizi lebih, masing-masing sebesar 12,1% dan 11,9% (malnutrisi 24%), pada penelitian ini prevalensi anak yang mengalami malnutrisi berada diatas prevalensi nasional.⁶

Berdasarkan data dari 85 anak usia 5-7 tahun didapatkan prevalensi anak dengan kategori pendek berdasarkan pengukuran TB/U sebesar 12,9%. Dibandingkan dengan data Riskesdas pada tahun 2013 yang menyebutkan prevalensi anak dengan kategori pendek secara nasional sebesar 30,7%, prevalensi anak pendek di wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II berada dibawah prevalensi nasional.⁶ Menurut WHO, masalah kesehatan masyarakat dianggap berat bila prevalensi pendek sebesar 30-39% dan serius bila prevalensi pendek $\geq 40\%$. Prevalensi pendek sebesar 12,9% di wilayah kerja puskesmas ini bisa saja menunjukkan adanya masalah kesehatan dan gizi yang tidak disadari karena selama ini di wilayah puskesmas menilai status gizi balita hanya dari indeks BB/U saja.³

Status gizi anak dengan menggunakan pengukuran IMT/U (indeks massa tubuh/umur) diklasifikasikan dalam tiga kategori yaitu status gizi kurang, status gizi normal, dan status gizi lebih. Dari klasifikasi tersebut ditemukan anak dengan status gizi kurang 25 orang (30,6%), gizi normal 45 orang (59,2%), dan gizi lebih 14 orang (16,5%). Dalam penelitian ini status gizi terbanyak adalah anak dengan status gizi normal. Secara nasional prevalensi gizi kurang (menurut IMT/U) pada anak

umur 5-12 tahun adalah 11,2%, prevalensi anak dengan gizi kurang di wilayah kerja puskesmas ini berada diatas prevalensi nasional. Namun, prevalensi gizi lebih di wilayah kerja puskesmas ini lebih rendah dibandingkan dengan prevalensi gizi lebih pada anak usia 5-12 tahun secara nasional (18,8%).⁹

Status Gizi BB/TB Berdasarkan Jenis Kelamin

Anak dengan status gizi kurang berdasarkan BB/TB pada laki-laki sebanyak 40,8% dan perempuan 38,9%. Hal ini menunjukkan masalah gizi pada anak bersifat akut yang kemungkinan akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama. Misalnya terjadi wabah penyakit dan kekurangan makanan yang mengakibatkan anak menjadi kurus. Pada anak usia 5-7 tahun di wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II status gizi kurang lebih banyak ditemukan pada anak dengan jenis kelamin laki-laki lebih dibandingkan dengan perempuan. Sedangkan anak dengan status gizi lebih berdasarkan BB/TB pada laki-laki 14,3% dan perempuan 19,5%. Status gizi lebih lebih banyak ditemukan pada anak perempuan dibandingkan dengan laki-laki.

Perbedaan status gizi antara anak perempuan dan laki-laki kemungkinan disebabkan karena perbedaan pola aktivitas fisik anak dan jaringan penyusun tubuh. Umumnya pada anak laki-laki lebih aktif sehingga membutuhkan energi yang lebih banyak.⁹

Status Gizi TB/U Berdasarkan Jenis Kelamin

Anak pendek berdasarkan TB/U pada laki-laki sebanyak 12,2% dan perempuan 13,9%. Status gizi berdasarkan TB/U mengindikasikan adanya masalah gizi yang kronis. Hal ini kemungkinan disebabkan karena pola asuh atau pemberian makan yang kurang baik sejak anak dilahirkan maupun didalam kandungan yang mengakibatkan anak pendek.²

Status Gizi IMT/U Berdasarkan Jenis Kelamin

Anak dengan status gizi kurang berdasarkan IMT/U pada laki-laki sebanyak 30,6% dan perempuan 30,6%. Sedangkan anak dengan status gizi lebih lebih banyak terjadi pada anak perempuan (19,5%) daripada anak laki-laki (14,3%). Hasil penelitian ini berbeda dengan data Risdas (2013), yaitu anak gizi lebih berdasarkan jenis kelamin laki-laki berjumlah 10,7% dan perempuan 7,7%.⁶ Mengenai faktor resiko obesitas pada anak 5-15 tahun di Indonesia, menunjukkan bahwa anak laki-laki memiliki resiko mengalami obesitas sebesar 1,4 kali dibandingkan anak perempuan.⁹

Distribusi Status Gizi Berdasarkan BB/TB Menurut Status Gizi Berdasarkan TB/U

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/TB dengan TB/U, ditemukan 8 anak (9,4%) dengan kriteria pendek - gizi kurang (kurus). Hal ini mengindikasikan adanya masalah gizi yang bersifat kronis sebagai akibat keadaan yang berlangsung lama, yang kemungkinan akibat tidak terpenuhinya suplai makanan yang sesuai dengan kebutuhan gizi dalam waktu yang lama, adanya penyakit infeksi, kondisi kesehatan lingkungan buruk yang disebabkan oleh kemiskinan dan perilaku hidup tidak sehat.

Anak dengan kategori pendek – gizi lebih (gemuk) ditemukan 1 orang (1,2%) dan tinggi normal – gizi lebih (gemuk) 13 orang (16,5%), apabila kedua kategori tersebut diakumulasikan maka total anak yang mengalami kegemukan di wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II sebanyak 14 orang (17,7%). Masalah kegemukan ini kemungkinan disebabkan oleh kemajuan ekonomi pada lapisan masyarakat tertentu yang mengakibatkan perubahan gaya hidup dan pola makan, disertai dengan kurangnya pengetahuan tentang gizi.

Berdasarkan temuan tersebut diatas, pada anak usia 5-7 tahun di wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II telah terjadi beban ganda masalah gizi (*double burden of nutrition*), yaitu kekurangan dan kelebihan gizi yang terjadi bersama-sama. Masalah gizi ganda ini merupakan salah satu masalah kesehatan yang memprihatinkan di Indonesia. Data Indonesian Family Life Surveys menunjukkan bahwa sejak tahun 1993 hingga tahun 2007 prevalensi gizi kurang terus menurun (1993 54%; 1997 50%; 2000 36%; 2007 34%) sedangkan gizi lebih terus meningkat (1993 26%; 1997 30%; 2000 38%; 52%).⁶ Pada wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II jumlah anak yang mengalami kegemukan lebih tinggi (17,7%) dibandingkan dengan anak pendek-kurus (9,4%).

SIMPULAN

Jumlah seluruh subjek penelitian sebanyak 85 anak, yang dikelompokkan menjadi laki-laki sebanyak 49 anak (57%) dan perempuan 36 anak (41,9%). Kelompok usia dengan subjek terbanyak berusia 6 tahun (52,9%).

Status gizi anak menurut BB/TB yang tergolong gizi kurang 40%, gizi normal 43,5%, dan gizi lebih 16,5%. Status gizi menurut TB/U anak yang pendek sejumlah 11 anak (12,9%) dan yang normal 74 anak (87,1%). Sedangkan status gizi menurut IMT/U yang termasuk gizi kurang 26 anak (30,6%), kategori normal 45 anak (52,9%) dan gizi lebih sebanyak 14 anak (16,5%).

Status gizi anak menurut BB/TB berdasarkan jenis kelamin, anak dengan gizi kurang paling banyak anak laki-laki 40,8%, perempuan 38,9%. Gizi normal pada anak laki-laki 44,9% dan perempuan 41,7%. Sedangkan status gizi lebih pada anak laki-laki 14,3% dan perempuan 19,5%. Status

gizi menurut TB/U berdasarkan jenis kelamin, anak laki-laki dengan kategori pendek 12,2% dan anak perempuan 13,9%. Kategori normal pada anak laki-laki 87,8% dan perempuan 86,1%. Status gizi menurut IMT/U berdasarkan jenis kelamin, anak laki-laki dan perempuan dengan gizi kurang memiliki nilai yang sama (30,6%). Kategori normal pada anak laki-laki 55,1% dan perempuan 50%, sedangkan gizi lebih pada laki-laki 14,3% dan perempuan 19,5%.

Status gizi menurut BB/TB berdasarkan TB/U anak pendek dengan gizi kurang 9,4%, dengan gizi normal 2,4% dan dengan gizi lebih 1,2%. Sedangkan anak yang tingginya normal dengan gizi kurang sebanyak 30,6%, dengan gizi normal 41,2% dan yang dengan gizi lebih 16,5%. Anak usia 5-7 tahun di wilayah kerja UPT Kesmas Blahbatuh II telah terjadi beban ganda masalah gizi (*double burden of nutrition*), yaitu kekurangan dan kelebihan gizi yang terjadi bersama-sama.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. 2014.
2. Mercedes de Onis, Blossner, Monika, Borghi, Elaine. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Growth Assessment and Surveillance Unit. 2011.
3. Who. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children A Joint Statemen. 2009). [online] Tersedia di: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241598163/en/ [Accessed 17 Apr. 2015].
4. Blossner, Monika, de Onis, Mercedes. Malnutrition: quantifying the health impact at national and local levels. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005. Environmental Burden of Disease.
5. Hendricks KM, Duggan C, Gallagher L et al. Malnutrition in hospitalized pediatric patients. Current prevalence. Arch Pediatr Adolesc Med. Oct 1995;149(10):1118-22
6. Riskesdas. Laporan Kesehatan Indonesia. 2013. Tersedia di: www.depkes.go.id/resources/download/genera/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf. Diakses 17 Apr. 2015.
7. Depkes. Pedoman operasional keluarga sadar gizi di desa siaga. 2007. Tersedia di: www.depkes.go.id/resources/download/.../profil-kesehatan-indonesia-2007.pdf. Diakses 17 Apr. 2015
8. Supriasa. Penilaian Status Gizi. Jakarta. EGC. 2001.
9. Sartika, R.A.D. Faktor Resiko Obesitas Pada Anak 5-15 Tahun di Indonesia. Universitas Indonesia. 2011. Tersedia di: <http://journal.ui.ac.id/health/article/viewDownloadInterstitial/796/758>. Diakses 17 Apr. 2015.