



TESIS

**ANALISIS DETERMINAN STATUS GIZI BALITA
DI RSUD MAJALAYA KABUPATEN BANDUNG 2009**

**Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Anak**

**Oleh:
Sugeng Hadisaputra
NPM: 0706194822**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2009**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan ini :

Nama : Sugeng Hadisaputra

NIM : 0706194822

Program : Program Magister Ilmu keperawatan

Kekhususan : Keperawatan Anak

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya yang bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juli 2009

Sugeng Hadisaputra

**UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Tesis, Juli 2009
Sugeng Hadisaputra

Analisis Determinan Status Gizi Balita di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung 2009
xiii + 61 halaman + 7 tabel + 2 Bagan + 9 lampiran

Abstrak

Kurang gizi pada balita merupakan suatu keadaan yang sangat penting dan serius bagi kelangsungan hidup anak karena selain dapat mengganggu tumbuh kembang anak juga dapat menyebabkan kematian. Perawat sebagai salah satu pemberi layanan kesehatan mempunyai peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan anak, salah satunya dengan memantau status gizi anak balita. Penelitian bertujuan untuk mengetahui determinan status gizi balita di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *retrospektif case control* di rumah sakit dengan 35 pasien sebagai kasus dan 105 sebagai kontrol dari pasien yang dirawat dalam kurun waktu Juni 2008 sampai dengan Juni 2009 dengan melihat data sekunder rekam medis pasien. Analisis yang digunakan adalah dengan analisis univariat, bivariat dengan *chi square*, dan multivariat dengan regresi logistik berganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% tidak ada hubungan usia balita, status infeksi penyakit kronis, status pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, dan jumlah anak dengan status gizi balita. Ada hubungan usia ibu dan jumlah penghasilan keluarga dengan status gizi balita. Akan tetapi, ada kecenderungan bahwa usia balita yang lebih muda, balita yang mengalami infeksi penyakit, pendidikan ibu yang rendah, ibu yang bekerja, dan keluarga yang memiliki jumlah anak lebih dari dua memiliki resiko lebih besar untuk terjadinya kurang gizi pada balita. Hasil analisis multivariat menunjukkan faktor paling dominan terhadap status gizi balita adalah usia ibu ($p=0,002$, $OR=12$). Berdasarkan temuan tersebut, pelayanan keperawatan harus meningkatkan pendidikan kesehatan kepada ibu usia muda tentang pemenuhan gizi pada balita, sehingga status gizi balita dapat meningkat dan kasus kurang gizi pada balita menurun.

Kata Kunci : Status gizi, balita, gizi, determinan
Daftar Pustaka 41 (1998 – 2009)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
MAJORING IN PEDIATRIC NURSING
POST GRADUATE PROGRAM-FACULTY OF NURSING**

Thesis, July 2009
Sugeng Hadisaputra

Determinants of nutritional status of under five years children in Majalaya Hospital
Bandung Residence 2009
xiii + 60 page + 7 table + 2 chart+ 9 attachment

Abstract

Under nutrition in children under five years is very important and serious situation because it influence child development and can cause death. Nurse as a care giver has an important role to increase child health development with monitoring the child nutritional status. Purpose of this research is to determine the nutritional status risk factors for children under five years in the Majalaya Hospital. Retrospective hospital based case control is used with 35 patient as case and 105 control on June 2008-Juni 2009 by medical record analyzing as secondary data. Descriptive, chi square and logistic regression method are used in data analyzing. This research showed that there are no relation between child age, infectious status, mother educational status, mother job status, and number of child in family with nutritional status of under five years child. However, there are possible risk for them to influence child nutritional status. There is a relation between mother age and salary with nutritional status of under five years child with dominant factor is mother age ($p=0,002$, $OR=12$). Base on this result, the nursing health care must increase the promoting and educating function to mother with under five years child to required the child nutrition and decrease the mortality and the incidence of under nutrition in child.

Key words : nutritional status, nutrition, risk factor, under five years child
Acknowledgment 41 (1998 – 2009)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, dan disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji
Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Jakarta, Juli 2009

Pembimbing I

Yeni Rustina, SKp., M. App.Sc., Ph. D.

Pembimbing II

Kuntarti, SKp., M.Biomed

PANITIA UJIAN SIDANG TESIS

Tesis ini telah diperiksa, dan disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji
Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Jakarta, 23 Juli 2009

Ketua

Yeni Rustina, SKp., M. App.Sc., Ph. D.

Anggota

Kuntarti, SKp., M.Biomed.

Anggota

Dessie Wanda, SKp., MN.

Anggota

Nani Nurhaeni, SKp., MN.

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga peneliti dapat menyusun tesis sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Anak Universitas Indonesia.

Selama proses penyusunan tesis, peneliti mendapatkan dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Peneliti pada kesempatan ini mengucapkan terima kasih dan rasa hormat kepada:

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph. D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc., sebagai Ketua Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Yeni Rustina, SKp., M.App.Sc., Ph. D., sebagai pembimbing I yang telah memberikan ide, memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis, sekaligus sebagai pembimbing akademik.
4. Kuntarti SKp., M.Biomed yang juga memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis.
5. Direktur dan bagian diklat RSUD Majalaya yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
6. Segenap pengurus Yayasan Pendidikan Respati yang telah memberikan dukungan selama menjalani perkuliahan.

7. Orang tua, istri, dan keluarga yang selalu memberikan dukungan dalam penyusunan tesis ini.
8. Rekan-rekan magister keperawatan anak yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
9. Semua pihak yang terlibat dalam penulisan tesis, yang tanpa mengurangi rasa hormat tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan, senantiasa mendapatkan pahala dari Allah, SWT. Selanjutnya demi kesempurnaan tesis ini, peneliti mengharapkan masukan, saran, dan kritik yang bersifat membangun. Akhirnya peneliti berharap, semoga penelitian ini nantinya akan memberikan manfaat bagi perkembangan keperawatan anak.

Jakarta, Juli 2009

Peneliti,

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
PANITIA UJIAN SIDANG TESIS	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I : PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	4
C. Tujuan	5
D. Manfaat penelitian	5
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Status gizi balita.....	7
B. Penilaian status gizi pada balita	8
C. Kurang gizi balita	11
D. Penyebab kurang gizi.....	11
E. Akibat kurang gizi.....	14
F. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kurang gizi.....	15
G. Penanganan gizi buruk	20
H. Peran perawat anak	21
I. Kerangka teori	22
BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	23
A. Kerangka konsep	23
B. Hipotesis	24
C. Definisi operasional	25
BAB IV : METODE PENELITIAN	27
A. Rancangan penelitian	27
B. Populasi dan sampel	27
C. Tempat penelitian	29
D. Waktu penelitian	29
E. Etika penelitian	30

F. Alat pengumpulan data	31
G. Prosedur pengumpulan data	31
H. Analisis data	32
BAB V : HASIL PENELITIAN.....	35
A. Deskripsi status gizi balita.....	35
B. Analisis bivariat.....	38
C. Model faktor prediksi status gizi balita.....	43
BAB VI : PEMBAHASAN.....	47
A. Gambaran status gizi balita.....	47
B. Hubungan faktor determinan dengan status gizi.....	50
C. Pengaruh determinan status gizi secara bersama-sama.....	57
D. Keterbatasan penelitian.....	58
E. Implikasi untuk keperawatan.....	58
BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN.....	60
A. Simpulan.....	60
B. Saran.....	60

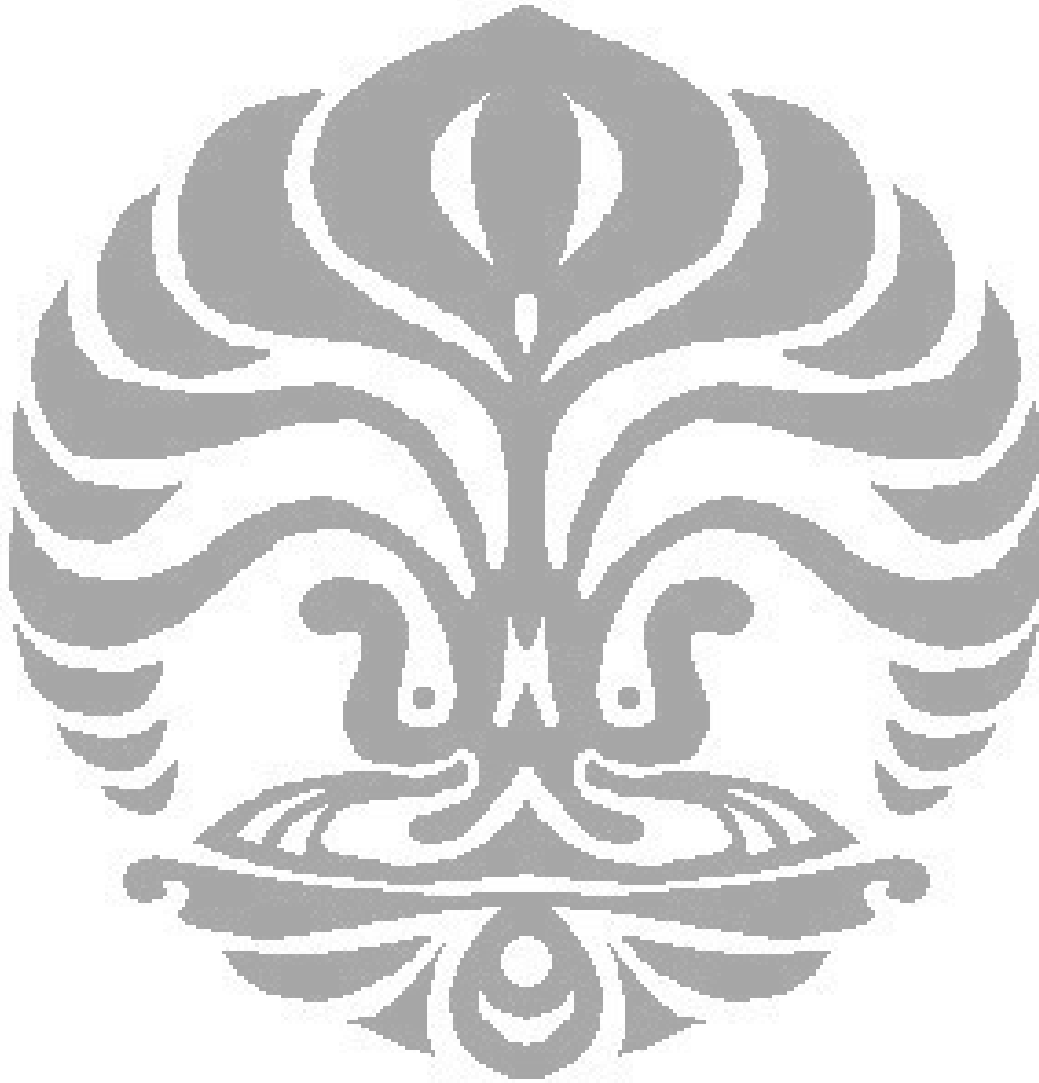
PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 3.1	Variabel, definisi operasional, cara ukur, hasil ukur dan skala pengukuran	25
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan determinan status gizi balita di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung Juni 2008-Juni2009.....	35
Tabel 5.2	Analisis hubungan umur balita, status infeksi, umur ibu, status pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, jumlah anak, dan jumlah penghasilan keluarga dengan status gizi balita	38
Tabel 5.3	Hasil seleksi bivariat variable dependen dengan status gizi balita...	43
Tabel 5.4	Model awal multivariat regresi logistik determinan status gizi balita di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung Juni 2008-Juni 2009.....	44
Tabel 5.5	Perubahan OR sebelum dan sesudah pengeluaran variabel.....	45
Tabel 5.6	Model akhir multivariat regresi logistik determinan status gizi balita.....	46

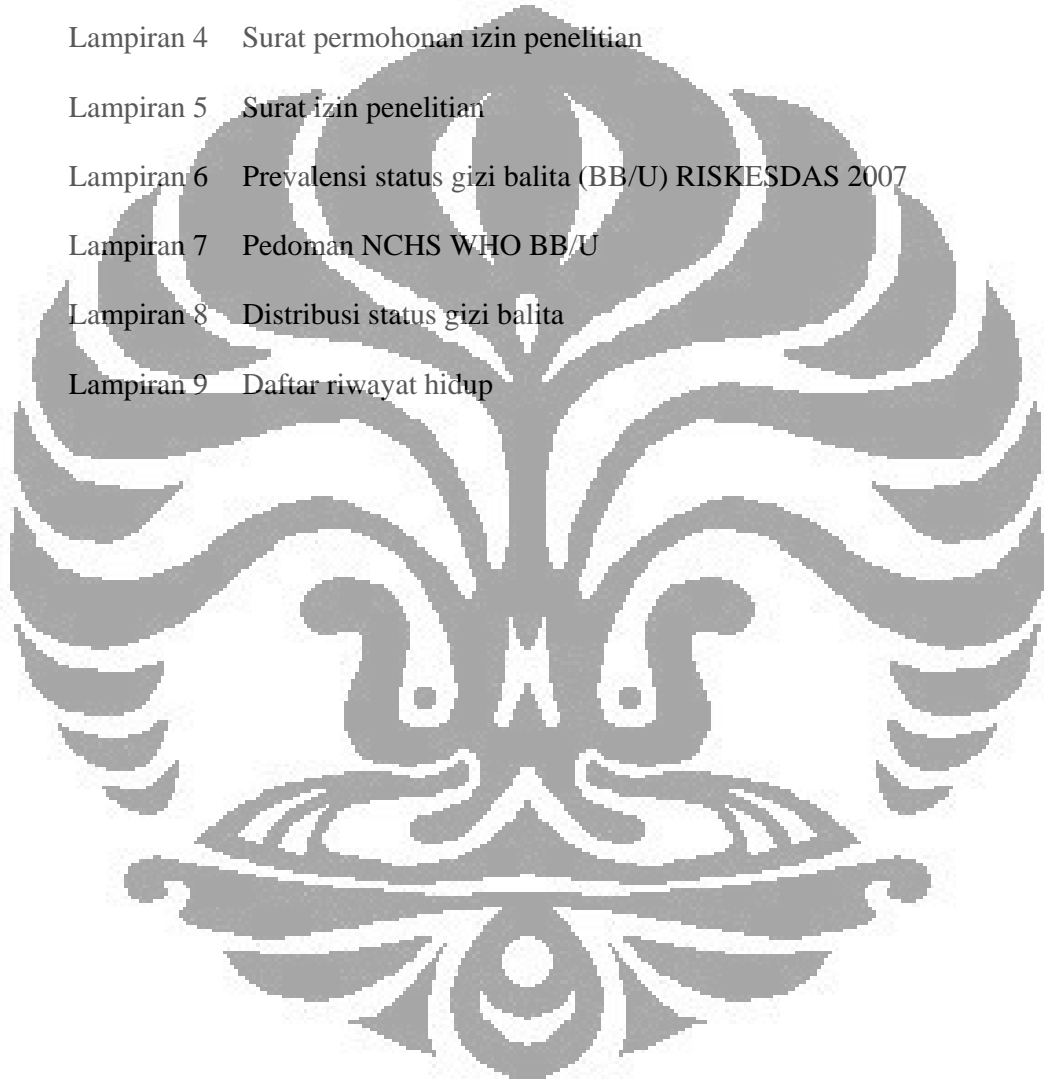
DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.2 Kerangka teori	22
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian	23



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner penelitian analisis determinan status gizi
- Lampiran 2 Keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 3 Surat permohonan meninjau
- Lampiran 4 Surat permohonan izin penelitian
- Lampiran 5 Surat izin penelitian
- Lampiran 6 Prevalensi status gizi balita (BB/U) RISKESDAS 2007
- Lampiran 7 Pedoman NCHS WHO BB/U
- Lampiran 8 Distribusi status gizi balita
- Lampiran 9 Daftar riwayat hidup



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Tujuan utama pembangunan nasional adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia yang dilakukan secara berkelanjutan. Berdasarkan visi pembangunan nasional melalui pembangunan kesehatan yang ingin dicapai untuk mewujudkan Indonesia sehat 2010, visi pembangunan gizi adalah mewujudkan keluarga mandiri sadar gizi untuk mencapai status gizi keluarga yang optimal. Keadaan gizi dapat dipengaruhi oleh keadaan fisiologis, dan juga oleh keadaan ekonomi, sosial, politik dan budaya. Pada saat ini, selain dampak dari krisis ekonomi yang masih terasa, juga keadaan dampak dari bencana nasional mempengaruhi status kesehatan pada umumnya dan status gizi khususnya (Soekirman, 2001).

Gambaran perkembangan keadaan gizi masyarakat menunjukkan kecenderungan yang sejalan. Kasus gizi buruk pada anak balita yang meningkat akhir-akhir ini telah membangunkan pemegang kebijakan untuk melihat lebih jelas bahwa anak balita sebagai sumber daya untuk masa depan ternyata mempunyai masalah yang sangat besar. Berdasarkan angka *human development index* (HDI), Indonesia menduduki peringkat ke 112 di dunia. Tidak tertutup kemungkinan peringkat ini akan bergeser ke posisi lebih rendah apabila kondisi ini tidak ditangani secara cepat dan tepat (Taslim, 2008).

Menurut WHO, terjadinya kekurangan gizi (gizi kurang dan gizi buruk) lebih dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan asupan makanan yang secara langsung berpengaruh terhadap kejadian kekurangan gizi. Pola asuh serta pengetahuan ibu juga merupakan faktor yang secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap kekurangan gizi. Masalah gizi kurang dan gizi buruk bila tak ditangani secara serius akan mengakibatkan “*lost generation*“. Perlu keterlibatan keluarga selama 24 jam dalam mendampingi anak yang menderita kekurangan gizi tersebut. Perhatian cukup dan pola asuh anak yang tepat akan memberi pengaruh yang besar dalam memperbaiki status gizinya (Herwin, 2004).

Gizi buruk masih menjadi masalah sosial dan kesehatan di Indonesia. Data UNICEF tahun 1999 menunjukkan, 10-12 juta (50-69.7%) anak balita di Indonesia (4 juta diantaranya dibawah satu tahun) bersatus gizi sangat buruk dan mengakibatkan kematian. Setiap tahun diperkirakan 7% anak balita Indonesia (sekitar 300000 jiwa) meninggal. Berarti setiap 2 menit terjadi kematian satu anak balita dan 170000 anak (60%) diantaranya akibat gizi buruk. Dari seluruh anak usia 4-24 bulan yang berjumlah 4.9 juta di Indonesia, sekitar seperempat sekarang berada dalam kondisi kurang gizi (Herwin, 2004).

Departemen Kesehatan RI (Depkes RI) mencatat jumlah balita (anak usia di bawah lima tahun) yang memiliki gizi kurang meningkat dari 17.1% pada 2000 menjadi 19.3% pada 2002. Balita yang memiliki gizi buruk meningkat dari 7.5% pada 2000 menjadi 8.0% pada tahun 2002 (Untoro, 2004). Dengan demikian, jumlah balita kurang gizi (gizi kurang ditambah gizi buruk) meningkat dari 24.6% pada 2000 menjadi 27.3% dari lebih kurang 20 juta anak balita pada 2002.

Menurut Untoro (2002), peningkatan balita kurang gizi karena perilaku gizi masyarakat seperti tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada bayi usia 0-6 bulan, dan tidak memberikan makanan dengan gizi yang seimbang.

Kasus gizi buruk di Indonesia pada tahun 2005 terdapat 5% (Depkes RI, 2005). Di Pulau Jawa, khususnya Provinsi Jawa barat pada tahun 2005, sebanyak 25,971 balita dinyatakan mengidap gizi buruk, sedangkan gizi kurang terdapat 16%. Pada tahun 2006 jumlah anak yang menderita gizi buruk menunjukkan kenaikan dari 1,08% menjadi 1,17% pada 2007. Secara keseluruhan, gizi kurang dan gizi buruk di Jabar mencapai 17% pada tahun 2008, sedangkan angka penderita gizi kurang pada tahun 2007 mencapai 11,02%. Relatif tingginya kasus gizi buruk di provinsi ini berkorelasi dengan tingkat kemiskinan (DKR Jawa Barat, 2008).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, di Kabupaten Bandung terdapat sebanyak 2.529 balita berstatus gizi kurang dan buruk pada tahun 2007. Tahun 2008, sebanyak 2.740 balita di wilayah ini berstatus gizi kurang dan gizi buruk, yang berarti ada kenaikan jumlah kasus gizi kurang dan buruk di Kabupaten Bandung. Dari seluruh kabupaten/kota di Propinsi Jabar, Majalaya termasuk daerah dengan kasus gizi buruk yang cukup tinggi dari total kasus gizi kurang di Kabupaten Bandung. Tingginya kasus gizi buruk balita terkait dengan daya beli masyarakat yang makin berkurang, serta pola asuh gizi yang kurang baik. Pola asuh gizi ini meliputi pemberian ASI segera pada bayi baru lahir, pemberian ASI eksklusif, Pemberian Makanan Pendamping ASI (PMT-ASI), pola makan balita, pemantauan tumbuh kembang, dan pengasuhan anak (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2008).

RSUD Majalaya berada di Kecamatan Majalaya Kabupaten Bandung. Kecamatan majalaya berada di urutan VI dalam jumlah KK miskin yaitu 48,92%. Majalaya dan sekitarnya juga merupakan lahan kritis dan daerah rawan banjir. AKB (Angka Kematian Bayi) di Kabupaten Bandung tahun 2007 tercatat 39,17 per 1000 kelahiran hidup. AKB dipengaruhi oleh faktor antara lain gizi ibu hamil, penolong pertama kelahiran bayi, gizi, imunisasi ibu, dan ANC (*Antenatal Care*). RSUD Majalaya merupakan rumah sakit tipe C dan menjadi salah satu rujukan bagi puskesmas dan puskesmas pembantu yang tersebar di kecamatan majalaya (Bapeda Kabupaten Bandung 2007).

Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya Kabupaten Bandung mencatat bahwa pada tahun 2007 terdapat 273 balita dengan status kurang gizi, dan pada tahun 2008 terdapat 320 balita berstatus kurang gizi yang artinya ada peningkatan jumlah balita penderita kurang gizi. Berdasarkan data tersebut maka peneliti melakukan penelitian tentang faktor apa saja yang berhubungan dengan kekurangan gizi pada balita di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung tahun 2009.

B. Rumusan masalah

Masalah utama di dalam penelitian ini adalah meningkatnya kasus gizi buruk di wilayah Kabupaten Bandung yang disebabkan oleh berbagai faktor. Namun belum diketahui secara pasti faktor apa saja yang berhubungan dengan status gizi balita di RSUD Majalaya. Apakah faktor umur balita, status infeksi kronis, umur ibu pendidikan ibu, pekerjaan ibu, penghasilan keluarga, dan jumlah anak berhubungan dengan status gizi pada balita?

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya gambaran umum faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi pada balita di RSUD Majalaya Juni 2008-Juni 2009.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan umur balita dengan status gizi balita.
- b. Mengetahui hubungan status infeksi kronis dengan status gizi balita.
- c. Mengetahui hubungan umur ibu dengan status gizi balita.
- d. Mengetahui hubungan pendidikan ibu dengan status gizi balita.
- e. Mengetahui hubungan pekerjaan dengan status gizi balita.
- f. Mengetahui hubungan jumlah anak dengan status gizi balita.
- g. Mengetahui hubungan penghasilan keluarga dengan status gizi balita.
- h. Mengetahui faktor yang paling dominan berhubungan dengan status gizi balita.

D. Manfaat

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk mendukung dan menerapkan kebijakan serta memfasilitasi penanggulangan gizi buruk pada semua balita yang ada di wilayah Kabupaten Bandung.

2. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Bandung

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang pentingnya penanggulangan gizi buruk dalam upaya menurunkan angka

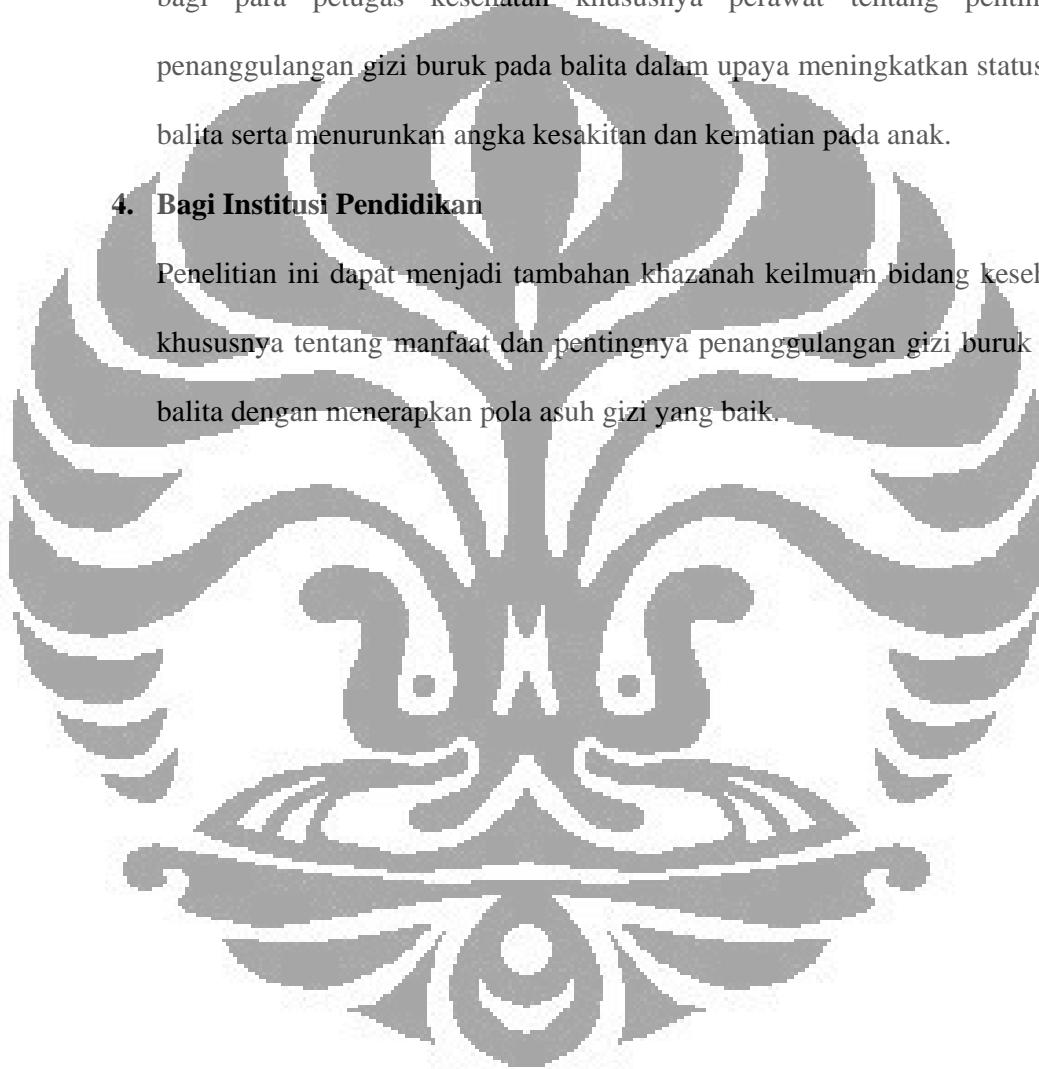
kematian anak balita dan meningkatkan status gizi balita di Kabupaten Bandung.

3. Bagi Para Petugas Kesehatan Kabupaten Bandung

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan bagi para petugas kesehatan khususnya perawat tentang pentingnya penanggulangan gizi buruk pada balita dalam upaya meningkatkan status gizi balita serta menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat menjadi tambahan khazanah keilmuan bidang kesehatan khususnya tentang manfaat dan pentingnya penanggulangan gizi buruk pada balita dengan menerapkan pola asuh gizi yang baik.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Status gizi pada balita

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi oleh tubuh yang dibedakan atas status gizi kurang, baik, dan lebih. Kekurangan asupan makanan sumber energi secara umum dan kekurangan sumber protein dapat menyebabkan penyakit kurang energi dan protein (KEP) (Almatsier, 2001 dalam Atmarita & Falah, 2004). Gizi buruk adalah kondisi kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein dalam asupan makanan sehari-hari. Seorang penderita gizi buruk tidak mendapatkan minimum angka kecukupan gizi (AKG) (DKR Jawa Barat, 2008).

Masalah kurang gizi pada anak balita dikaji kecenderungannya menurut Susenas dan survei atau pemantauan lainnya. Status gizi pada balita ini dilihat berdasarkan berat badan dan umur, tinggi badan dan umur, dan juga berat badan dan tinggi badan. Pada umumnya, pengukuran BB/TB menunjukkan keadaan gizi kurang yang lebih jelas dan sensitif/peka dibandingkan penilaian prevalensi berdasarkan berat badan dan umur. Prevalensi gizi kurang menurut BB/TB (kurus/*wasting*<-2SD) sesudah tahun 1992 berkisar antara 10-16%. Menurut WHO, jika prevalensi kurus di atas 10%, menunjukkan negara tersebut mempunyai masalah gizi yang sangat serius dan berhubungan erat dengan angka kematian balita.

B. Penilaian status gizi pada balita

Cara melakukan penilaian status gizi yang sudah lazim dilakukan adalah dengan mengukur indikator tubuh manusia atau dikenal dengan antropometri. Dalam pemakaian untuk penilaian status gizi, antropometri disajikan dalam bentuk indeks yang dikaitkan dengan variabel lain. Variabel tersebut adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2004):

1. Umur.

Umur sangat memegang peranan dalam penentuan status gizi, kesalahan penentuan akan menyebabkan interpretasi status gizi yang salah. Hasil penimbangan berat badan maupun tinggi badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Kesalahan yang sering muncul adalah adanya kecenderungan untuk memilih angka yang mudah seperti 1 tahun; 1,5 tahun; 2 tahun. Oleh sebab itu penentuan umur anak perlu dihitung dengan cermat. Ketentuannya 1 tahun adalah 12 bulan, 1 bulan adalah 30 hari. Jadi perhitungan umur adalah dalam bulan penuh, artinya sisa umur dalam hari tidak diperhitungkan.

2. Berat Badan

Berat badan merupakan salah satu ukuran yang memberikan gambaran massa jaringan, termasuk cairan tubuh. Berat badan sangat peka terhadap perubahan yang mendadak baik karena penyakit infeksi maupun konsumsi makanan yang menurun. Berat badan ini dinyatakan dalam bentuk indeks BB/U (Berat Badan menurut Umur) atau melakukan penilaian dengan melihat perubahan berat badan pada saat pengukuran dilakukan. Berat badan paling banyak digunakan karena hanya memerlukan satu pengukuran, tetapi kurang dapat menggambarkan kecenderungan perubahan situasi gizi dari waktu ke waktu.

3. Tinggi Badan

Tinggi badan memberikan gambaran fungsi pertumbuhan yang dilihat dari keadaan kurus kering dan kecil pendek. Tinggi badan sangat baik untuk melihat keadaan gizi masa lalu terutama yang berkaitan dengan keadaan berat badan lahir rendah dan kurang gizi pada masa balita. Tinggi badan dinyatakan dalam bentuk Indeks TB/U (tinggi badan menurut umur), atau juga indeks BB/TB (Berat Badan menurut Tinggi Badan) jarang dilakukan karena perubahan tinggi badan yang lambat dan biasanya hanya dilakukan setahun sekali. Keadaan indeks ini pada umumnya memberikan gambaran keadaan lingkungan yang tidak baik, kemiskinan dan akibat tidak sehat yang menahun.

Berat badan dan tinggi badan adalah salah satu parameter penting untuk menentukan status kesehatan manusia, khususnya yang berhubungan dengan status gizi. Penggunaan Indeks BB/U, TB/U dan BB/TB merupakan indikator status gizi untuk melihat adanya gangguan fungsi pertumbuhan dan komposisi tubuh. Penggunaan berat badan dan tinggi badan akan lebih jelas dan sensitif/peka dalam menunjukkan keadaan gizi kurang bila dibandingkan dengan penggunaan BB/U. Dinyatakan dalam BB/TB, menurut standar WHO bila prevalensi kurus/wasting $< -2SD$ diatas 10% menunjukkan suatu daerah tersebut mempunyai masalah gizi yang sangat serius dan berhubungan langsung dengan angka kesakitan.

Data baku WHO-NCHS indeks BB/U, TB/U dan BB/TB disajikan dalam dua versi yakni persentil (*persentile*) dan skor simpang baku (*standar deviation score*=z). Untuk melakukan penilaian gizi anak-anak dinegara-negara yang

populasinya relatif baik (*well-nourished*), sebaiknya digunakan presentil, sedangkan dinegara untuk anak-anak yang populasinya relatif kurang (*under-nourished*) lebih baik menggunakan skor simpang baku (SSB) sebagai persen terhadap median baku rujukan.

Pengukuran Skor Simpang Baku (Z-score) dapat diperoleh dengan mengurangi Nilai Individual Subjek (NIS) dengan Nilai Median Baku Rujukan (NMBR) pada umur yang bersangkutan, hasilnya dibagi dengan Nilai Simpang Baku Rujukan (NSBR). Atau dengan menggunakan rumus :

$$\text{Skor Baku Rujukan} = \frac{NIS - NMBR}{NSBR}$$

Hasil pengukuran dikategorikan sbb

1. Untuk BB/U

- | | |
|----------------|-----------------------|
| a. Gizi Kurang | Bila SSB < - 2 SD |
| b. Gizi Baik | Bila SSB -2 s/d +2 SD |
| c. Gizi Lebih | Bila SSB > +2 SD |

2. TB/U

- | | |
|-----------|-----------------------|
| a. Pendek | Bila SSB < -2 SD |
| b. Normal | Bila SSB -2 s/d +2 SD |
| c. Tinggi | Bila SBB > +2 SD |

3. BB/TB

- | | |
|-----------|-----------------------|
| a. Kurus | Bila SSB < -2 SD |
| b. Normal | Bila SSB -2 s/d +2 SD |
| c. Gemuk | Bila SSB > +2 SD |

C. Kurang gizi pada balita

Kekurangan gizi disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam asupan makanan sehari-hari. Seorang penderita gizi kurang atau buruk tidak mendapatkan minimum angka kecukupan gizi (AKG). Kejadian kurang gizi tidak terjadi secara akut tetapi ditandai dengan kenaikan berat badan anak yang tidak cukup selama beberapa bulan sebelumnya yang bisa diukur dengan melakukan penimbangan secara bulanan (Dinkes Jabar, 2006).

Masalah gizi terbagi menjadi masalah gizi makro dan mikro. Masalah gizi makro adalah masalah yang disebabkan kekurangan atau ketidakseimbangan asupan energi dan protein. Manifestasi dari masalah gizi makro bila terjadi pada wanita usia subur dan ibu hamil yang Kurang Energi Kronis (KEK) adalah berat badan bayi baru lahir yang rendah (BBLR). Bila terjadi pada anak balita akan mengakibatkan marasmus, kwashiorkor, atau marasmus-kwashiorkor dan selanjutnya akan terjadi gangguan pertumbuhan pada anak usia sekolah. Program perbaikan gizi makro diarahkan untuk menurunkan masalah kurang energi protein terutama di daerah miskin baik di pedesaan maupun di perkotaan dengan meningkatkan keadaan gizi keluarga, meningkatkan partisipasi masyarakat, meningkatkan kualitas pelayanan gizi baik di puskesmas maupun di posyandu, dan meningkatkan konsumsi energi dan protein pada balita gizi buruk (Soekirman, 2000).

D. Penyebab kurang gizi pada balita

Penyebab gizi kurang dan buruk pada balita sangat beragam karena banyak faktor yang berkontribusi di dalamnya. Ketua I Ikatan Dokter Anak Indonesia

(IDAI) Prof. Dr. Sri Rezeki Hadinegoro mengatakan bahwa ada tiga faktor penyebab, yakni faktor keluarga miskin, faktor ketidaktahuan orang tua atas pemberian gizi yang baik bagi anak, dan faktor penyakit bawaan pada anak, seperti jantung, TBC, HIV/AIDS, saluran pernafasan, dan diare (*ANTARA News*, 2008).

Berdasarkan pengkajian dan temuan kasus di beberapa daerah, kurang gizi dipengaruhi oleh berbagai faktor. Beberapa faktor penyebabnya mungkin karena ketiadaan pangan di rumah tangga, kelalaian orangtua dalam pengasuhan bayi dan anak balita, yang mengakibatkan asupan gizi untuk anak tidak terawasi dengan baik, sehingga timbul masalah gizi buruk. Tentu saja masih banyak faktor lain yang dapat mempengaruhi karena banyak sektor yang terkait dan ikut berperan dalam kemungkinan terjadinya gizi buruk. Beberapa sektor seperti segi pelayanan kesehatan, pendidikan, ekonomi, sosial, budaya, maupun pertanian yang menyangkut ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga, juga sangat berpengaruh. Oleh karenanya, penanggulangan masalah gizi pada anak merupakan tanggung jawab bersama, termasuk perawat anak didalamnya. Sudah tentu pemerintah, baik pusat maupun daerah, bertanggung jawab secara keseluruhan (Taslim, 2008).

UNICEF (1988), telah mengembangkan kerangka konsep makro sebagai salah satu strategi untuk menanggulangi masalah kurang gizi. Dalam kerangka tersebut ditunjukkan bahwa masalah gizi kurang dapat disebabkan oleh:

1. Penyebab langsung

Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan kurang gizi. Timbulnya kurang gizi tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita kurang gizi. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

2. Penyebab tidak langsung

Ada tiga penyebab tidak langsung yang menyebabkan kurang gizi yaitu :

- a. Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. Setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya, baik jumlah maupun mutu gizinya.
- b. Pola pengasuhan anak kurang memadai. Setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan baik baik fisik, mental dan sosial.
- c. Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan.

Ketiga faktor tersebut berkaitan dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan keluarga. Semakin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan, makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga.

E. Akibat kurang gizi pada balita

Mortalitas kurang gizi dimana-mana dilaporkan tinggi. Hasil penyelidikan Solihin (2001) menunjukkan bahwa dari 55% angka kematian, sebanyak 35% diantara mereka meninggal dalam perawatan minggu pertama dan 20% sesudahnya. Mortalitas yang tinggi didapati pula pada penderita kurang gizi di negara-negara lain. Kematian merupakan dampak terakhir yang dapat terjadi, namun hal itu akan terus terjadi bila tidak dilakukan pencegahan. Pertumbuhan dan perkembangan anak dapat terganggu karena kurangnya masukan nutrisi yang sangat diperlukan oleh tubuh.

Winick dan Rosso, 1975 (dalam Soekirman, 2000), berpendapat bahwa gizi buruk yang diderita pada masa dini perkembangan otak akan mengurangi sintesis protein DNA, dengan akibat terdapatnya otak dengan jumlah sel yang kurang walaupun besarnya otak itu normal. Jika kekurangan energi dan protein terjadi setelah masa divisi sel otak berhenti, hambatan sintesis protein akan menghasilkan otak dengan jumlah sel yang normal tetapi dengan ukuran yang lebih kecil. Perubahan yang disebut belakangan ini dapat hilang kembali (*reversible*) dengan perbaikan diet.

Dampak jangka panjang juga sangat penting untuk diketahui karena penyakit yang diderita pada umur muda mempengaruhi sistem saraf pusat, terutama kecerdasan mereka. Faktor yang tidak kalah pentingnya untuk diketahui adalah ada tidaknya perubahan-perubahan organik yang permanen seperti pada jantung, pankreas, hati, dan organ vital lain, yang dapat memperpendek umurnya. Faktor lain adalah dampak terhadap pertumbuhan fisiknya (Solihin, 2001).

Begitu banyak dampak negatif yang ditimbulkan akibat kekurangan gizi pada anak balita. Perawat sedapat mungkin harus melakukan pencegahan dan ikut berperan serta dalam penanggulangan masalah gizi buruk pada anak balita. Tindakan itu dapat dilakukan dengan baik dan efektif apabila diketahui faktor penyebab yang paling utama dan sangat mempengaruhi terjadinya kekurangan gizi pada anak balita.

F. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kurang gizi

1. Umur ibu

Umur adalah karakteristik yang selalu diperhatikan dalam penelitian epidemiologi. Angka-angka morbiditas maupun mortalitas dalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur. Sutrisna (1986, dalam Deviani, 2003) merangkum beberapa alasan yang dapat menerangkan hubungan suatu keadaan dengan usia, yaitu: keadaan tersebut merupakan fungsi dari proses umur, perkembangan fisiologis atau imunitas. Umur ibu akan turut mempengaruhi status gizi anak balita, hal ini diantaranya didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Fraser (1995) yang mendapatkan hasil bahwa umur muda seorang ibu akan meningkatkan risiko terjadinya kelahiran dengan status gizi balita yang buruk (Supeni, 2000).

2. Umur balita

Kasus gizi buruk sering dijumpai pada anak usia 9 bulan hingga 5 tahun, meskipun dapat dijumpai pada anak yang lebih besar (Judarwanto, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Suryati (2008) di Puskesmas Kelurahan Bojong Rawa Lumbu membedakan kelompok umur balita penderita gizi

buruk menjadi 2 yaitu kelompok umur 12–23 bulan dan kelompok umur 24–59 bulan, dari hasil penelitian tersebut dikatakan penderita kurang gizi justru lebih banyak terdapat pada kelompok umur yang lebih besar.

3. Pendidikan ibu

Pendidikan ibu dapat berpengaruh terhadap status gizi anak balita. Pengetahuan tentang gizi dan tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan asupan makanan untuk anak balita. Tingkat pendidikan ibu akan lebih efektif pengaruhnya bila didukung oleh sumber-sumber makanan yang tersedia dalam keluarga. Hasil penelitian Dewati (2004) di Sukoharjo menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendidikan orang tua dengan status gizi anak. Oktarina (2009), menyebutkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dengan status gizi balita bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu tentang gizi maka semakin tinggi pula status gizi balita.

4. Pekerjaan ibu

Faktor peranan wanita atau ibu rumah tangga erat kaitannya dengan status gizi anak. Pendidikan dan pekerjaan ibu akan berpengaruh terhadap kualitas tumbuh kembang anak. Bertambah luasnya lapangan kerja, semakin mendorong banyaknya kaum wanita yang bekerja terutama di sektor swasta. Di satu sisi hal ini berdampak positif bagi peningkatan pendapatan namun di sisi lain berdampak negatif terhadap pola asuh anak. Hasil penelitian Hardiviani (2003) di Jepara menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status gizi anak.

5. Penghasilan keluarga

Penghasilan keluarga yang rendah dapat mengakibatkan daya beli yang kurang. Hal tersebut akan berimbas kepada konsumsi pangan yang menurun. Pada kelompok berpenghasilan rendah, konsumsi zat gizi akan berkurang, dan jumlah keluarga yang mengkonsumsi energi dan protein dibawah Angka Kecukupan Gizi (AKG 2004) rata-rata per orang per hari yaitu dibawah 2.250 kilo kalori dan 54 gram protein diduga bertambah banyak (Kartono dkk, 2000). Penelitian di Jepara yang dilakukan oleh Hardiviani (2003) menunjukkan ada pengaruh pendapatan keluarga terhadap tingkat kecukupan energi dan protein anak balita. Demikian pula hasil penelitian di Sukoharjo yang dilakukan oleh Dewati (2004) menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita. Semakin rendah penghasilan sebuah keluarga semakin besar resiko untuk terjadinya penurunan status gizi balita.

6. Jumlah anggota keluarga

Dengan bertambah besarnya anggota keluarga akan menyebabkan penyediaan pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua yang tidak menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda memerlukan pangan yang lebih banyak dari pada anak yang lebih tua (Suhardjo, 2003). Semakin banyak jumlah anak, maka akan semakin besar konsumsi yang dibutuhkan. Hasil penelitian Dewati (2004) menyebutkan bahwa ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Semakin besar jumlah anggota keluarga semakin besar resiko untuk terjadinya penurunan status gizi balita.

7. Pemberian makanan tambahan atau makanan pendamping ASI

Pemberian makanan pendamping ASI (air susu ibu) kepada anak balita telah lama menjadi kebiasaan untuk membantu peretumbuhan dan perkembangan anak, khususnya setelah berumur 6 bulan. Makanan tersebut sangat dibutuhkan karena pada masa itu produksi ASI sudah menurun. Oleh karena itu makanan pendamping ASI sangat diperlukan untuk menjaga pertumbuhan anak sekaligus memperkenalkan bayi dengan makanan keluarga. Dalam praktek keseharian pemberian makanan pendamping ASI kepada anak balita, seringkali ditemukan ibu balita yang memberikan makanan pre-lakteal dan atau memberikan makanan pendamping ASI terlalu dini atau terlalu lambat, hal ini tentunya akan berdampak pada status kesehatan anak balita. Hasil penelitian Suwiji (2006) di Kabupaten Blora menyebutkan secara statistik ada hubungan antara praktek pemberian makanan pendamping ASI dengan status gizi balita.

8. Pemberian ASI eksklusif

ASI bukan cuma sumber gizi terbaik, tetapi dapat menyelamatkan jiwa bayi pada bulan-bulan pertama yang rawan, tambahnya. Data UNICEF menyebutkan, pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kelahiran dapat mencegah kematian sekitar 1,3 juta bayi di seluruh dunia tiap tahun. Namun, menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2002-2003, hanya 8% bayi Indonesia yang mendapat ASI eksklusif enam bulan sedangkan pemberian susu formula terus meningkat hingga tiga kali lipat dalam kurun waktu lima tahun terakhir.

Survey terbaru menemukan bahwa 35 anak dari setiap 1.000 kelahiran meninggal sebelum ulang tahun pertamanya. Untuk itu, inisiasi menyusui dini merupakan salah satu cara untuk menurunkan kematian bayi dan mencapai tujuan pembangunan milenium (MDG) Indonesia. Inisiasi menyusui dini dalam satu jam dan ASI eksklusif enam bulan dapat menolong mencapai tujuan Millenium Deveopment Goals (MDGs). Seiring hal itu, promosi ASI eksklusif ditekankan pada inisiasi menyusui dini, karena 22% bayi dapat diselamatkan jika mulai menyusui dalam 1 jam pertama dan juga 16% bayi dapat diselamatkan jika bayi menyusui hari pertama.

Roesli (2007) mengatakan bahwa pemberian ASI eksklusif di Indonesia saat ini sangat memprihatinkan. Masyarakat cenderung memberikan susu formula pada waktu bayi berumur sangat muda, sehingga hal itu berakibat banyak balita kehilangan kesempatan memperoleh ASI eksklusif, dan lebih dari 5 juta balita menderita kurang gizi dan sekitar 1,7 juta balita mengalami gizi buruk.

9. Status Infeksi Penyakit

Pada umumnya penderita kurang gizi menderita pula penyakit infeksi seperti tuberkulosa paru, radang paru lain, disentri dan sebagainya. Pada penderita penyakit akibat kurang gizi, tak jarang pula ditemukan tanda-tanda penyakit zat gizi lain, misalnya xeroftalmia, stomatitis angularis, dan noma (pembusukan di mulut).

Penderita kurang gizi sering diikuti penyakit penyerta tuberkulosis (TBC), tetapi fenomena tersebut harus lebih dicermati karena, pada kasus malnutrisi sekunder sering terjadi overdiagnosis TBC. Overdiagnosis adalah diagnosis TBC yang diberikan terlalu berlebihan padahal belum tentu mengalami infeksi TBC (Taslim, 2008). Penelitian yang dilakukan Judarwanto (2006) didapatkan overdiagnosis pada 42 (22%) anak dari 210 anak dengan gangguan kesulitan makan disertai gagal tumbuh.

G. Penanganan gizi buruk

Penanganan kasus malnutrisi sekunder lebih kompleks dan rumit karena harus melibatkan beberapa disiplin ilmu dan berbagai sektor, termasuk didalamnya adalah perawat. Data yang didapat harus cermat, lengkap, dan akurat, serta didukung status medis, status ekonomi, pendidikan, dan sosial yang akurat.

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2006), tata laksana gizi buruk meliputi :

1. Menyediakan biaya rujukan khusus untuk gizi buruk gakin baik di puskesmas/RS (biaya perawatan dibebankan pada program kompensasi pengurangan subsidi BBM/PKPS BBM).
2. Kunjungan rumah tindak lanjut setelah perawatan di puskesmas/RS.
3. Menyediakan paket pemberian makanan tambahan bagi pasien paska perawatan.
4. Meningkatkan keterampilan petugas puskesmas/RS dalam tata laksana gizi buruk.

Sedangkan tindakan pencegahan meliputi :

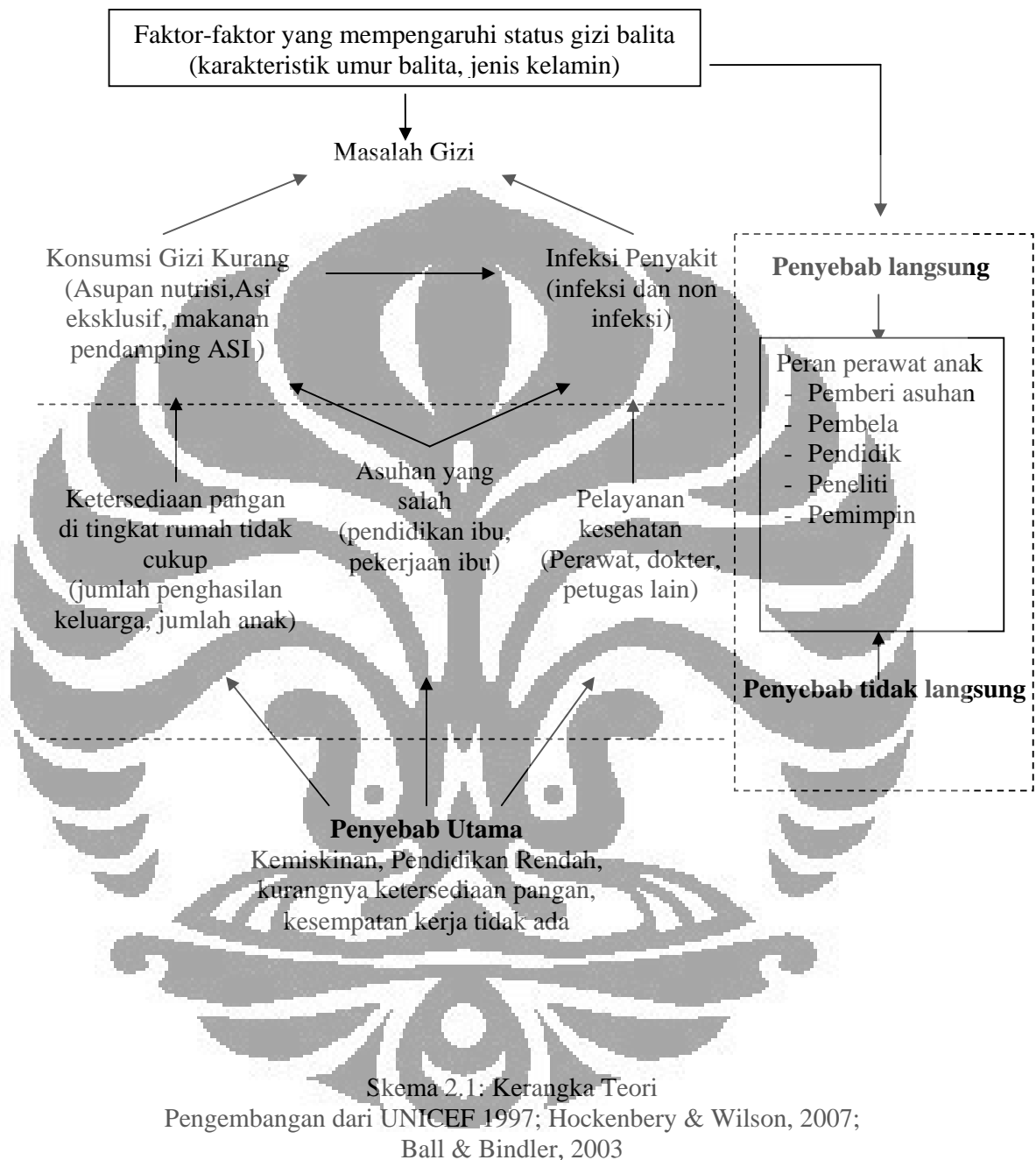
1. Pemberian makanan tambahan pemulihan (MP-ASI) kepada balita gakin yang berat badannya tidak naik atau gizi kurang
2. Penyelenggaraan penyuluhan PMT setiap bulan di posyandu
3. Konseling kepada ibu-ibu yang anaknya mempunyai gangguan pertumbuhan.

H. Peran perawat anak

Perawatan anak berfokus pada perlindungan anak dari kesakitan dan cedera meningkatkan kondisi kesehatan pada tingkat yang optimal, mengatasi masalah kesehatan dan rehabilitasi. Peran perawat anak dalam merawat anak dan keluarga meliputi asuhan keperawatan langsung, pendidikan kepada pasien, advokasi dan manajemen kasus (Ball & Bindler, 2003).

Menurut Hockenbery dan Wilson (2007), dalam menjalankan aktivitas keperawatan, perawat anak mempunyai beberapa peran, yakni: membina hubungan terapeutik, pendampingan keluarga dan pemberi perawatan, pencegahan penyakit, menjalankan praktik keperawatan anak lanjut, memberikan pendidikan kesehatan, pemberi dukungan dan konseling, peran pemulihan, melakukan koordinasi dan kolaborasi, pembuat keputusan etis serta peneliti. Perawat dapat bergerak di berbagai tatanan dari mulai pencegahan sampai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan. Hal inilah yang memungkinkan perawat untuk ikut mencari solusi dalam mengatasi masalah gizi buruk khususnya pada balita.

I. Kerangka teori

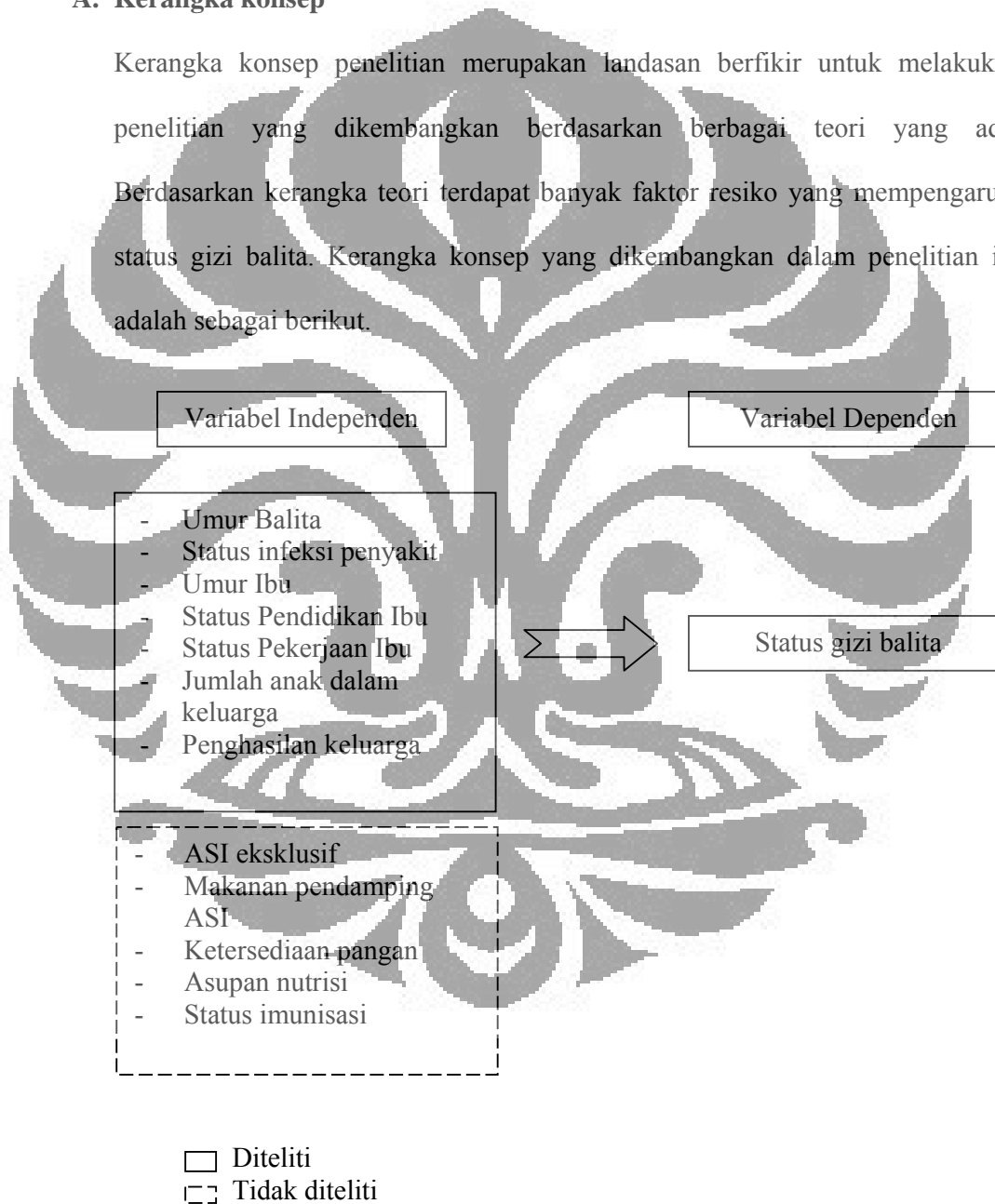


BAB III

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan landasan berfikir untuk melakukan penelitian yang dikembangkan berdasarkan berbagai teori yang ada. Berdasarkan kerangka teori terdapat banyak faktor resiko yang mempengaruhi status gizi balita. Kerangka konsep yang dikembangkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.



Skema 3.1: Kerangka Konsep Penelitian

B. Hipotesis

1. Hipotesis mayor

Ada hubungan antara umur balita, status infeksi penyakit kronis, umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak, dan penghasilan keluarga dengan status gizi balita.

2. Hipotesis Minor

- a. Ada perbedaan proporsi umur balita dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Juni 2008-Juni 2009.
- b. Ada perbedaan proporsi status infeksi penyakit kronis dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Juni 2008-Juni 2009.
- c. Ada perbedaan proporsi umur ibu dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Juni 2008-Juni 2009.
- d. Ada perbedaan proporsi status pendidikan ibu dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Juni 2008-Juni 2009.
- e. Ada perbedaan proporsi status pekerjaan ibu dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Juni 2008-Juni 2009.
- f. Ada perbedaan proporsi jumlah anak dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Juni 2008-Juni 2009.
- g. Ada perbedaan proporsi penghasilan keluarga dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Juni 2008-Juni 2009.
- h. Mengetahui faktor yang paling dominan berhubungan dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Juni 2008-Juni 2009.

C. Definisi operasional

Tabel 3.1
Variabel, definisi Operasional, cara ukur, hasil ukur
dan skala pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Kategori	Skala
VARIABEL DEPENDENT					
1	Status Gizi Balita	Kedaaan tubuh balita yang diukur dengan indeks berat badan menurut umur (BB/U) lalu dibandingkan dengan standar WHO dan dikelompokkan berdasarkan nilai <i>Z-score</i> pada standar	Melihat catatan rekam medis klien	- 0 : Kurang gizi (gizi kurang sampai buruk, jika $BB/U < -2SD$ s/d $< -3SD$) - 1 : Tidak kurang gizi ($BB/U \geq -2SD$)	Ordinal
VARIABEL INDEPENDENT					
2	Umur Balita	Ulang tahun terakhir balita saat penelitian berlangsung (dalam bulan).	Melihat catatan rekam medis klien (Dibagi 2 kelompok yaitu umur 0–24 bulan dan umur 25 – 59 bulan)	- 0 : Balita tua (umur 25-59 bulan) - 1 : Balita muda (umur 0-24 bulan)	Ordinal
3	Status infeksi penyakit kronis	Infeksi penyakit yang sedang dialami.	Melihat diagnosa medis pada catatan rekam medis klien	- 0 : Infeksi - 1 : Non infeksi	Ordinal

4	Umur Ibu	Ulang tahun ibu yang terakhir saat penelitian berlangsung	Melihat catatan klien pada rekam medis.	- 0 : Dewasa tua (36-60) tahun - 1 : Dewasa muda (19-35) tahun	Ordinal
5	Status Pendidikan Ibu	Jenjang sekolah tertinggi yang pernah ditamatkan oleh responden..	Melihat catatan klien pada rekam medis.	- 0 : Tinggi (SLTA/AKA/PT) - 1 : Rendah (SD-SMP)	Ordinal
6	Status Pekerjaan Ibu	Status kegiatan ibu di luar atau dirumah yang menghasilkan uang	Melihat catatan klien pada rekam medis.	- 0 : Tidak bekerja - 1 : Bekerja	Ordinal
7	Jumlah anak	Anak yang dilahirkan oleh ibu dan tinggal dengan ibu dan ayah.	Melihat data keluarga pada catatan rekam medis klien.	- 0 : Sedikit (< 3 anak) - 1 : Banyak (≥ 3 anak)	Ordinal
8	Jumlah penghasilan	Rata-rata penghasilan keluarga per bulan	Melihat data keluarga pada catatan rekam medis klien	- 0: tinggi (>1juta) - 1: rendah (≤ 1 juta)	Ordinal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan penelitian

Rancangan penelitian menggunakan desain kasus-kontrol di rumah sakit (*hospital based case control study*), dimana kasus dan kontrol berasal dari rumah sakit yang sama. Pendekatan bersifat retrospektif dimana efek diidentifikasi pada saat ini kemudian faktor risiko diidentifikasi terjadinya pada waktu yang lalu. Peneliti menggunakan data yang berasal dari catatan rekam medis pasien yang ada di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung. Kasus adalah semua pasien kurang gizi (gizi kurang dan gizi buruk) dan kontrol adalah pasien yang tidak kurang gizi. Pemilihan desain kasus-kontrol karena desain ini dapat menentukan etiologi pada kasus-kasus yang jarang ditemukan dengan waktu penelitian yang relatif singkat dan dapat meneliti efek dari berbagai faktor (Suradi dkk dalam Sastroasmoro & Ismail, 2007).

B. Populasi dan sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita yang datang berobat ke RSUD Majalaya selama periode Juni 2008-Juni 2009. Sampel dalam penelitian ini adalah balita kurang gizi (kasus) dan bukan kurang gizi (kontrol) yang berobat ke RSUD Majalaya selama periode Juni 2008-Juni 2009. Jumlah sampel kontrol diambil dari balita yang berobat ke RSUD Majalaya yang hasil pemeriksaan status gizi dinyatakan normal atau baik. Perbandingan jumlah kasus dengan kontrol adalah 1:3, dengan menambah kontrol hingga 3 kali diharapkan kekuatan uji lebih baik (Ariawan, 2001).

Kriteria inklusi sampel sebagai kasus dan kontrol yang peneliti tetapkan adalah: (1) balita berusia 0-59 bulan; (2) balita yang datang dan berobat ke RSUD Majalaya; (3) balita yang berobat berasal dari wilayah kerja RSUD Majalaya. Sedangkan kriteria eksklusi yang peneliti tetapkan adalah: (1) pasien dengan data yang tidak lengkap; (2) pasien yang status gizinya belum jelas.

Peneliti menentukan besar sampel minimal berdasarkan penelitian yang dilakukan sebelumnya. Prevalensi status gizi balita BB/U di Propinsi Jawa Barat bervariasi antara 3,70%-11,30% (gizi buruk dan gizi kurang) atau sekitar 7,5% (RISKESDAS, 2007). Nilai odds ratio dari penelitian yang dilakukan oleh Woge (2007) terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita kategori asupan energi dan protein kurang diperoleh nilai $p=0,001$, $OR=4,5$; dengan energy diperoleh $p=0,000$; $OR=8,5$, penyakit infeksi malaria ($p=0,014$; $OR=3,2$), kecacingan ($p=0,021$; $OR=2,9$) dan diare ($p=0,001$; $OR=4,6$).

Rumus yang digunakan adalah (Ariawan, 1998):

$$m = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\left(1 + \frac{1}{k}\right) P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + (P_2(1-P_2))}/k]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

m = jumlah sampel kasus

k = kontrol

P_2 = Prevalensi status gizi balita (7,5%)

P_1 = Prevalensi 1

Dengan rumus P1 dan P yang digunakan adalah :

$$P_1 = \frac{(OR)P_2}{(OR)P_2 + (1 - P_2)} \quad \text{dan} \quad P = (P_1 + kP_2)/(1+k)$$

sehingga didapatkan nilai P1=0,27 dan nilai P=0,12

Dengan menggunakan 3 kontrol per kasus, tingkat kemaknaan 5% dan kekuatan uji 80%, angka prevalensi status gizi balita BB/U 7,5% dan OR penelitian yang lalu 4,5, maka besar sampel yang diperlukan adalah:

$$m = \frac{(1,96\sqrt{(1+1/3)0,12(1-0,12)} + 0,84\sqrt{0,27(1-0,27)} + [(0,075(1-0,075))/3])^2}{(0,27 - 0,075)^2}$$

$$m = 33$$

Berdasarkan perhitungan didapatkan hasil bahwa penelitian ini memerlukan sampel 33 pasien dengan status kurang gizi sebagai kasus dan 3x33= 99 pasien yang tidak kurang gizi sebagai kontrol.

C. Tempat penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung. Alasan pemilihan RSUD Majalaya karena ada peningkatan kasus gizi buruk dari tahun ke tahun seperti yang terjadi pada tahun 2007 dan 2008.

D. Waktu penelitian

Waktu penelitian terbagi menjadi 3 bagian utama: pembuatan proposal, pengambilan data dan pelaporan hasil penelitian. Pembuatan proposal telah di mulai bulan Februari-Maret 2009, pengambilan data bulan Mei-Juni 2009, analisis data bulan Juni 2009 dan pelaporan hasil penelitian bulan Juli 2009.

E. Etika penelitian

Etika penelitian merupakan prosedur penelitian dengan tanggung jawab profesional, legal dan sosial bagi subyek penelitian (Polit & Beck, 2006).

Secara umum prinsip etik yang akan menjadi dasar dalam penelitian ini adalah:

1. *Anonymity* (tanpa nama)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak menuliskan nama sebenarnya, tetapi dengan kode responden sehingga responden merasa aman dan tenang.

2. *Confidentially* (kerahasiaan)

Peneliti menjaga kerahasiaan responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian.

3. *Beneficience* (bermanfaat)

Hasil penelitian memiliki manfaat selain sebagai bentuk deteksi dini juga dengan diketahuinya faktor yang berkontribusi terhadap status gizi balita, maka penanganan dan pencegahan kurang gizi dapat terfokus pada faktor penyebab yang diketahui.

4. *Justice* (keadilan)

Penelitian ini tidak melakukan diskriminasi pada kriteria yang tidak relevan saat memilih subyek penelitian, namun berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sesuai dengan masalah penelitian.

Peneliti sudah mengajukan permohonan kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan telah dinyatakan lolos uji.

F. Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini dikembangkan sendiri oleh peneliti menggunakan instrumen kuesioner status gizi balita yang berisi karakteristik responden, ibu dan keluarga. Kuesioner ini didapat dari Pedoman Pemantauan Status Gizi (DEPKES RI, 2008) yang peneliti sesuaikan dengan catatan rekam medis RSUD Majalaya.

G. Prosedur pengumpulan data

1. Persiapan

- a. Peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan yang ditujukan kepada direktur RSUD Majalaya melalui kepala bidang penelitian dan pelatihan RSUD Majalaya.
- b. Peneliti menemui Kepala Diklat RSUD Majalaya untuk memperoleh ijin penelitian.
- c. Peneliti menyampaikan ijin penelitian kepada Kepala Instalasi Rawat jalan, Rawat Inap dan Kepala Ruang Rawat Anak.
- d. Peneliti mulai memilih responden dalam pengambilan data.

2. Pelaksanaan

- a. Peneliti mengidentifikasi responden berdasarkan catatan di ruang perawatan untuk diambil sebagai sampel (kasus dan kontrol) dengan melihat catatan rekam medik pasien.
- b. Peneliti melibatkan perawat untuk membantu memvalidasi apabila ada data yang tidak jelas.

- c. Responden yang dapat menjadi sampel adalah yang sesuai dengan kriteria yang telah peneliti tetapkan sebagai kasus dan kontrol.
- d. Peneliti mengisikan data pasien ke dalam lembar pengumpulan data (kuisisioner status gizi balita).
- e. Peneliti melakukan pemeriksaan dan pemasukan data untuk diolah.
- f. Peneliti mengolah dan menganalisis data yang telah didapatkan.

H. Analisis Data

Sebelum melakukan analisis data, peneliti terlebih dahulu mengolah data sebaik mungkin untuk menghasilkan informasi yang benar. Tahap pengolahan data yang dilalui yaitu:

1. *Editing*

Peneliti melakukan pemeriksaan data kuisisioner atau status gizi balita yang meliputi kelengkapan, kejelasan, kerelevanan, dan kekonsistenan.

2. *Coding*

Peneliti memberikan kode pada setiap nomor pertanyaan sesuai dengan yang telah peneliti tetapkan.

3. *Processing*

Peneliti menyusun, menggabungkan, dan memproses data agar siap untuk dilakukan analisis.

4. *Cleaning*

Peneliti memeriksa kembali data secara keseluruhan dan memastikan bahwa data telah lengkap, konsisten, dan benar.

Langkah selanjutnya setelah pengolahan data adalah analisis data. Analisis data menurut Sugiyono (2007) adalah mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, menyajikan data variabel yang diteliti, melakukan penghitungan statistik untuk menjawab rumusan masalah dan hipotesa. Analisis yang peneliti lakukan dalam penelitian ini meliputi:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat akan digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan proporsi dari seluruh variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat. Data yang akan ditampilkan dalam analisis ini meliputi distribusi frekuensi dan persentase. Variabel yang dianalisis adalah umur balita, status infeksi penyakit, umur ibu, status pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, jumlah anak, dan jumlah penghasilan keluarga.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis dengan uji perbedaan proporsi, dalam hal ini dengan menggunakan *chi square*, serta menentukan adanya hubungan antara variabel terikat (status gizi balita) dan bebas (umur balita, status infeksi penyakit, umur ibu, status pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, jumlah anak, jumlah penghasilan keluarga). Perhitungan nilai *Odds Ratio* (OR) dilakukan untuk melihat estimasi risiko masing-masing faktor yang mempengaruhi status gizi balita. Perubahan satu unit pada variabel bebas (umur balita, status infeksi penyakit, umur ibu, status pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, jumlah anak, jumlah penghasilan keluarga) akan menyebabkan perubahan sebesar nilai OR pada variabel terikat (status gizi balita).

3. Analisis Multivariat

Analisis regresi logistik adalah salah satu pendekatan yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen katagorik yang bersifat dikotom/*binary*. Tujuan utamanya untuk mengetahui hubungan dari keseluruhan variabel, sehingga diketahui faktor paling dominan (Hastono, 2007). Adapun langkah-langkah yang harus dilakukan adalah:

a. Seleksi bivariat

Pada tahap ini, variabel independen (umur balita, status penyakit infeksi, umur ibu, status pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, jumlah anak, dan jumlah penghasilan keluarga) dihubungkan satu-persatu dengan variabel dependen (status gizi balita). Variabel yang dapat diikutsertakan dalam analisis multivariat adalah variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$. Nilai p_{value} dilihat dari tabel "*Omnibus Test*" bukan berdasarkan hasil analisis bivariat *chi square* sebelumnya. Bila ada nilai $p_{value} > 0,25$ namun dianggap penting secara substansial, maka dapat diikutkan kedalam langkah selanjutnya.

b. Seleksi bersama-sama

Variabel hasil seleksi dianalisa secara bersama-sama, variabel dengan $p_{value} < 0,05$ dikeluarkan satu-persatu. Melihat perubahan OR (exp B) semua variabel yang tersisa. Apabila perubahan $OR > 10\%$, variabel yang dikeluarkan dimasukkan kembali, bila perubahan $OR < 10\%$ lanjutkan mengeluarkan variabel berikutnya.

c. Membuat simpulan apabila sudah didapatkan pemodelan akhir (setelah tidak ada lagi variabel yang dapat di keluarkan).

BAB V

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, peneliti mendapatkan 35 kasus (balita kurang gizi) dan 105 kontrol (balita tidak kurang gizi), sehingga jumlah total sampel yang didapat adalah 140 sesuai dengan kebutuhan jumlah sampel minimal. Data yang peneliti dapatkan merupakan data dari bulan Juni 2008-Juni 2009. Semua data yang didapat kemudian diolah dan dilakukan analisa.

A. Deskripsi status gizi balita

Tabel 5.1
Distribusi Responden Berdasarkan Determinan Status Gizi Balita
Pada Kelompok Kasus dan Kontrol

Variabel	Status gizi				Total	
	Kurang gizi		Tidak kurang gizi		N	%
	N	%	n	%		
Umur Balita						
- Muda (0-24) bulan	21	60	73	69,5	94	67,1
- Tua (25-59) bulan	14	40	32	31,5	46	32,9
Status infeksi						
- Ya	28	80	68	64,8	96	68,6
- Tidak	7	20	37	35,2	44	31,4
Umur Ibu						
- Muda (19-35) tahun	32	91,4	74	70,5	106	75,7
- Tua (36-60) tahun	3	8,6	31	29,5	34	24,3
Status Pendidikan Ibu						
- Rendah	18	51,4	75	71,4	93	66,4
- Tinggi	17	48,6	30	28,6	47	33,6
Status Pekerjaan Ibu						
- Bekerja	6	17,1	34	32,4	40	28,6
- Tidak Bekerja	29	82,9	71	67,6	100	71,4
Jumlah anak						
- Banyak (≥ 3)	17	48,6	38	36,2	55	39,3
- Sedikit (< 3)	18	51,4	67	63,8	85	60,7
Jumlah penghasilan						
- Rendah (< 1 juta)	30	85,7	35	33,3	65	46,4
- Tinggi (> 1 juta)	5	14,3	70	66,7	75	53,6

1. Gambaran usia

Sebagian besar usia balita berada pada rentang usia muda (67,1%). Balita yang mengalami kurang gizi paling banyak berada pada rentang usia 0-24 bulan (60%), begitupun pada balita yang tidak kurang gizi (69,5%).

2. Gambaran infeksi penyakit

Sebesar 80% balita kurang gizi disertai infeksi penyakit dan balita yang tidak kurang gizi juga mengalami infeksi penyakit sebesar 64,8%. Berdasarkan data seluruh sampel, sebagian besar mengalami infeksi penyakit. Jenis penyakit terbanyak yang diderita oleh balita yang kurang gizi adalah TBC dengan persentase sebesar 48,57%, diikuti oleh bronkopneumoni 14,29%, dan ISPA 8,57% (terlampir).

3. Gambaran umur ibu

Hampir semua ibu pada balita kurang gizi berada pada rentang umur ibu muda (91,4%), begitupun pada balita tidak kurang gizi (70,5%). Dari seluruh sampel, persentase ibu yang berada pada usia muda adalah 75,7%.

4. Gambaran pendidikan ibu

Persentase status pendidikan ibu yang rendah yaitu 51,4% pada balita kurang gizi dan 71,4% pada balita tidak kurang gizi. Secara keseluruhan, persentase pendidikan ibu berada pada pendidikan rendah (66,4%).

5. Gambaran status pekerjaan ibu

Persentase ibu tidak bekerja pada balita yang kurang gizi (82,9%) dan pada balita yang tidak kurang gizi (67,6%). Sebagian besar ibu tidak bekerja (71,4%).

6. Gambaran jumlah anak

Persentase jumlah anak banyak yang dimiliki oleh keluarga balita kurang gizi (48,6%) lebih besar daripada jumlah anak pada keluarga balita tidak kurang gizi (36,2%).

7. Gambaran jumlah penghasilan keluarga

Sebagian besar keluarga balita kurang gizi mempunyai penghasilan rendah (85,7%), sedangkan keluarga balita tidak kurang gizi berada pada penghasilan tinggi (66,7%).



B. Analisis Bivariat

Tabel 5.2
Analisis hubungan determinan dengan status gizi balita

Variabel bebas	Status gizi				Total N	%	OR (95% CI)	p value
	Kurang gizi		Tidak kurang gizi					
	n	%	n	%				
Umur balita								
Muda (6-24) bulan	21	60	73	69,5	94	67,1	0,66 (0,29-1,45)	0,406
Tua (25-59) bulan	14	40	32	31,5	46	32,9	1	
Status infeksi								
Ya	28	80	68	64,8	96	68,6	2,18 (0,87-5,46)	0,141
Tidak	7	20	37	35,2	44	31,4	1	
Umur ibu								
Dewasa muda (19-35)	32	91,4	74	70,5	106	75,7	4,47 (1,27-15,68)	0,02
Dewasa akhir (36-60)	3	8,6	31	29,5	34	24,3	1	
Status pendidikan ibu								
Rendah (SD-SMP)	18	51,4	75	71,4	93	66,4	0,42 (0,19-0,93)	0,05
Tinggi (SMA-PT)	17	48,6	30	28,6	47	33,6	1	
Status Pekerjaan								
Bekerja	6	17,1	34	32,4	40	28,6	0,43 (0,16-1,14)	0,13
Tidak bekerja	29	82,9	71	67,6	100	71,4	1	
Jumlah anak								
Banyak (≥ 3)	17	48,6	38	36,2	55	39,3	1,67 (0,77-3,61)	0,27
Sedikit (< 3)	18	51,4	67	63,8	85	60,7	1	
Jumlah penghasilan								
Rendah (< 1 juta)	30	85,7	35	33,3	65	46,4	12 (4,28-33,61)	0,00
Tinggi (≥ 1 juta)	5	14,3	70	66,7	75	53,6	1	

1. Hubungan umur balita dengan status gizi balita

Ada sebanyak 60% kurang gizi terjadi pada balita muda dan 40% pada balita tua. Sedangkan dari balita yang tidak kurang gizi, terdapat 69,5% balita muda dan 31,5% balita tua. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang berumur muda dengan yang berumur lebih tua atau tidak ada hubungan antara usia balita dengan status gizi balita ($p=0,41$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$). Balita muda mempunyai peluang 0,66 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita tua ($OR=0,66$).

2. Hubungan status infeksi dengan status gizi balita

Ada sebanyak 80% balita kurang gizi mengalami infeksi penyakit dan 20% tidak mengalami infeksi penyakit. Sedangkan pada balita yang tidak kurang gizi, terdapat 64,8% balita yang mengalami infeksi penyakit dan 35,2% tidak. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang mengalami infeksi penyakit dengan yang tidak mengalami infeksi penyakit, atau tidak ada hubungan antara status infeksi penyakit dengan status gizi balita ($p=0,14$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$). Balita yang mengalami infeksi penyakit mempunyai peluang 2,18 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita tua ($OR=2,18$).

3. Hubungan umur ibu dengan status gizi balita

Ada sebanyak 91,4% balita kurang gizi memiliki ibu pada usia dewasa muda dan 8,6% memiliki ibu pada usia dewasa akhir. Sedangkan pada balita yang tidak kurang gizi, terdapat 70,5% balita yang memiliki ibu pada usia dewasa muda dan 35,2% memiliki ibu pada usia dewasa akhir. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa ada perbedaan status gizi pada balita yang memiliki ibu pada usia dewasa muda dengan yang memiliki ibu pada usia dewasa tua, atau ada hubungan antara usia ibu dengan status gizi balita ($p=0,02$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$). Balita yang memiliki ibu pada usia dewasa muda mempunyai resiko 4,47 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang memiliki ibu pada usia dewasa akhir ($OR=4,47$).

4. Hubungan status pendidikan ibu dengan status gizi balita

Ada sebanyak 51,4% balita kurang gizi memiliki ibu dengan status pendidikan rendah dan 48,6% memiliki ibu dengan pendidikan status tinggi. Sedangkan pada balita yang tidak kurang gizi, terdapat 71,4% balita yang memiliki ibu dengan status pendidikan rendah dan 28,6% memiliki ibu dengan status pendidikan tinggi. Tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang memiliki ibu berstatus pendidikan rendah dengan balita yang memiliki ibu berstatus pendidikan tinggi, atau tidak ada hubungan antara status pendidikan ibu dengan status gizi balita ($p=0,05$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$).

Balita yang memiliki ibu berstatus pendidikan rendah mempunyai peluang 0,42 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang memiliki ibu berstatus pendidikan tinggi (OR=0,42).

5. Hubungan status pekerjaan ibu dengan status gizi balita

Ada sebanyak 17,1% balita kurang gizi memiliki ibu yang bekerja dan 82,9% memiliki ibu yang tidak bekerja. Sedangkan pada balita yang tidak kurang gizi, terdapat 32,4% balita yang memiliki ibu yang bekerja dan 67,6% memiliki ibu yang tidak bekerja. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang ibunya bekerja dengan balita yang ibunya tidak bekerja, atau tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status gizi balita ($p=0,13$; $\alpha=0,05$; CI=95%). Balita yang memiliki ibu yang bekerja mempunyai peluang 0,43 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang memiliki ibu yang tidak bekerja (OR=0,43).

6. Hubungan jumlah anak dengan status gizi balita

Ada sebanyak 48,6% balita kurang gizi berasal dari keluarga dengan jumlah anak banyak dan 51,4% berasal dari keluarga dengan jumlah anak sedikit. Sedangkan pada balita yang tidak kurang gizi, terdapat 36,2% balita berasal dari keluarga dengan jumlah anak sedikit dan 63,8% berasal dari keluarga dengan jumlah anak banyak.

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anak banyak dengan balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anak yang sedikit, atau tidak ada hubungan antara jumlah anak dalam keluarga dengan status gizi balita ($p=0,27$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$). Balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anak banyak mempunyai peluang 1,67 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anak sedikit ($OR=1,67$).

7. Hubungan jumlah penghasilan keluarga dengan status gizi balita

Ada sebanyak 85,7% balita kurang gizi berasal dari keluarga dengan jumlah penghasilan rendah. Sedangkan pada balita yang tidak kurang gizi, 66,7% berasal dari keluarga dengan jumlah penghasilan tinggi. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa ada perbedaan status gizi pada balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah penghasilan rendah dengan balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah penghasilan tinggi, atau ada hubungan antara jumlah penghasilan keluarga dengan status gizi balita ($p=0,00$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$). Balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah penghasilan rendah mempunyai resiko 12 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang berasal dari keluarga yang berpenghasilan tinggi ($OR=12,00$).

C. Model Faktor Prediksi Status Gizi Balita

1. Seleksi Bivariat

Tabel 5.3
Hasil Seleksi Bivariat Variabel Dependen dengan Status gizi balita

Variabel	p
Umur balita	0,304
Status infeksi penyakit	0,083
Umur ibu	0,007
Status pendidikan ibu	0,033
Status pekerjaan ibu	0,073
Jumlah anak	0,197
Penghasilan keluarga per bulan	0,000

Berdasarkan seleksi bivariat (terlampir), semua variabel memenuhi syarat untuk masuk pemodelan multivariat kecuali umur balita ($p > 0,25$). Umur balita tetap diikutkan dalam analisis multivariat karena peneliti menganggap bahwa umur balita sangat penting secara substansial terhadap status gizi balita.

2. Pemodelan Multivariat

Setelah melalui tahap seleksi bivariat, peneliti mendapatkan pemodelan awal multivariat regresi logistik berganda sesuai dengan tabel 5.4. Berdasarkan hasil analisis terlihat hanya variabel umur ibu dan jumlah anak yang nilai $p < 0,05$ dan yang paling besar adalah variabel status pekerjaan ibu dan penghasilan keluarga (0,997).

Tabel 5.4
 Model Awal Multivariat Regresi Logistik Determinan Status Gizi Balita
 di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung
 Juni 2008-Juni 2009

Variabel	p	OR	95% CI	
			Lower	Upper
Umur balita	0,069	0,381	0,135	1,079
Status infeksi penyakit	0,307	1,785	0,587	5,433
Umur ibu	0,002	13,477	2,562	70,898
Status pendidikan ibu	0,563	0,717	0,232	2,214
Status pekerjaan ibu	0,997	298599291,013	0,000	.
Jumlah anak	0,020	3,972	1,248	12,641
Penghasilan keluarga per bulan	0,997	1392451767,767	0,000	.

Pada tahap ini, peneliti kemudian melanjutkan analisis data dengan mengeluarkan variabel yang mempunyai nilai p terbesar satu-persatu. Selanjutnya dilihat perubahan OR masing-masing variabel setelah salah satu variabel keluar. Apabila perubahan OR sebelum pengeluaran salah satu variabel lebih dari 10%, maka variabel yang dikeluarkan dimasukkan kembali. Sebaliknya, apabila perubahan OR kurang dari 10%, maka variabel tersebut tetap dikeluarkan. Variabel yang pertama dikeluarkan yaitu jumlah penghasilan keluarga, namun karena ada perubahan OR yang lebih dari 10% maka variabel tersebut masuk kembali. Selanjutnya adalah variabel status pekerjaan ibu, namun masuk kembali. Perubahan OR selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
Perubahan OR sebelum dan sesudah Pengeluaran Variabel
jumlah penghasilan, status pekerjaan ibu, status infeksi,
status pendidikan, dan umur balita.

Variabel	OR penghasilan dikeluarkan	OR pekerjaan dikeluarkan	OR status infeksi dikeluarkan	OR didik ibu dikeluarkan	OR umur balita dikeluarkan
Umur balita	46,99	14,19	3,82	1,21	-
Status infeksi	5,41	3,79	-	-	-
Umur ibu	47,52	1,88	5,15	5,88	5,68
Status pendidikan ibu	51,91	32,71	6,16	-	12,09
Status pekerjaan ibu	99,99	-	1,75	9,08	-
Jumlah anak	34,61	6,88	6,96	3,48	2,37
Jumlah penghasilan	-	99,99	4,66	5,97	19,98

Setelah dilakukan seleksi multivariat dengan mengeluarkan variabel dan melihat perubahan OR, didapatkan pemodelan terakhir yaitu pemodelan sebelum variabel umur balita dikeluarkan. Pemodelan akhir multivariat sesuai dengan tabel 5.6.

Berdasarkan pemodelan akhir, dapat disimpulkan bahwa variabel determinan status gizi pada balita adalah umur ibu dan jumlah anak ($p < 0,05$, CI:95%), setelah dikontrol dengan umur balita, status pekerjaan ibu, dan jumlah penghasilan keluarga. Sedangkan faktor yang paling dominan adalah umur ibu (OR umur ibu=12,03 > OR jumlah anak=4,1).

Tabel 5.6
 Model Akhir Multivariat Regresi Logistik
 Determinan Status Gizi Balita di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung
 Juni 2008-Juni 2009

Variabel	p	Exp(B)	95,0% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
Umur balita	0,081	0,401	0,143	1,120
Umur ibu	0,002	12,032	2,446	59,193
Status pekerjaan ibu	0,998	266732892,498	0,000	.
Jumlah anak	0,015	4,100	1,320	12,734
Jumlah penghasilan keluarga	0,997	1544292281,137	0,000	.

Berdasarkan tabel didapatkan bahwa variabel umur ibu ($p=0,002$) dan jumlah anak ($p=0,015$) merupakan faktor yang berhubungan secara signifikan dengan status gizi balita. Sedangkan faktor dominan adalah yang memiliki $p<0,05$ dan memiliki nilai OR (ExpB) paling besar. Berdasarkan ketentuan tersebut, maka variabel umur ibu yang memenuhi syarat (OR=12,03).

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Gambaran Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil yang peneliti dapatkan, dari 35 kasus kurang gizi, hanya sedikit kejadian gizi buruk yang ada dan kurang dari 10%. Hampir seluruh kasus kurang gizi terdiri dari gizi kurang (91,43%). Hal ini sesuai dengan prevalensi status gizi balita menurut Riskesdas (2007). Prevalensi status gizi balita berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U) di Propinsi Jawa Barat bervariasi antara 3,70%-11,30% (gizi buruk dan gizi kurang), yang berarti kemungkinan untuk terjadinya gizi kurang lebih besar bila dibandingkan dengan gizi buruk.

Balita yang mengalami kurang gizi paling banyak berada pada rentang usia 0-24 bulan. Pada kelompok kasus, persentase mencapai 60% dan pada kelompok kontrol 69,5%. Lebih dari setengah sampel yang ada berada pada rentang usia 0-24 bulan. Balita merupakan kelompok yang rawan akan kekurangan nutrisi, terutama balita dengan usia lebih muda. Kebutuhan nutrisi, kalori, dan cairan pada anak usia muda relatif lebih banyak dibandingkan dengan usia yang lebih besar (Hockenbery, 2007). Pada penelitian yang dilakukan oleh Suryati (2008), didapatkan data bahwa penderita kurang gizi justru lebih banyak terdapat pada kelompok umur yang lebih besar (24-59 bulan). Sedangkan menurut Utomo dkk (2000), prevalensi

kurang gizi anak berumur 0-24 bulan berkisar antara 3,8%-8,8% pada tahun 1992 dan menurun menjadi 0.0%-1,5% pada tahun 1997 berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U). Namun begitu, menurut hasil penelitian tersebut, anak pada usia 0-24 bulan memang lebih banyak mengalami kekurangan gizi dan penyebab utamanya adalah asupan nutrisi yang kurang, terutama pada anak-anak yang berusia 0-6 bulan. Majalaya termasuk daerah dengan kasus gizi buruk yang cukup tinggi dari total kasus gizi kurang di Kabupaten Bandung. Tingginya kasus gizi buruk balita terkait dengan daya beli masyarakat yang makin berkurang, serta pola asuh gizi yang kurang baik. Pola asuh gizi ini meliputi pemberian ASI segera pada bayi baru lahir, pemberian ASI eksklusif, Pemberian Makanan Pendamping ASI (PMT-ASI), pola makan balita, pemantauan tumbuh kembang, dan pengasuhan anak (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2008).

Dari seluruh sampel, didapatkan sebagian besar balita mengalami infeksi penyakit . Sebesar 80% balita kurang gizi disertai infeksi penyakit dan balita yang tidak kurang gizi sebesar 64,8%. Jenis infeksi penyakit terbanyak yang diderita oleh balita yang kurang gizi adalah TBC dengan persentase sebesar 48,57%, diikuti oleh bronkopneumoni 14,29%, dan ISPA 8,57% (data terlampir). Penderita kurang gizi sering disertai penyakit TBC, tetapi fenomena tersebut harus lebih dicermati karena pada kasus malnutrisi sekunder sering terjadi salah diagnosa TBC (Taslim, 2008). Penyakit infeksi menjadi penyebab langsung terjadinya gizi kurang pada balita selain kurang asupan zat gizi (UNICEF, 1998).

Hampir semua ibu pada balita kurang gizi berada pada rentang umur ibu muda (75,7%). Pada kelompok kasus, persentase umur ibu muda sangat besar (91,4%), begitupun pada kelompok kontrol (70,5%). Hal ini didapatkan karena banyaknya pasangan usia muda di daerah Kecamatan Majalaya. Rata-rata perempuan di daerah Kecamatan Majalaya menikah pada usia 19-21 tahun, namun peneliti tidak meneliti lebih lanjut.

Secara keseluruhan, persentase pendidikan ibu berada pada pendidikan rendah (66,4%). Apabila dibandingkan, pendidikan ibu yang rendah lebih banyak pada kelompok kontrol (71,4%) daripada kelompok kasus (51,4%). Sebagian besar ibu juga tidak bekerja (71,4%). Persentase ibu tidak bekerja pada kelompok kasus relatif lebih besar. Pendidikan dan pekerjaan ibu akan berpengaruh terhadap kualitas tumbuh kembang anak, dalam hal ini termasuk status gizi anak balita (Dewati, 2004).

Persentase keluarga yang memiliki jumlah anak lebih dari 2 orang pada kelompok kasus (48,6%) lebih besar daripada kelompok kontrol (36,2%). Namun begitu, sebagian besar keluarga memiliki anak 1-2 orang. Jumlah keluarga dapat mempengaruhi status gizi pada balita, dalam hal ini jumlah anak. Karena semakin banyak anak yang harus di asuh didalam sebuah keluarga, maka memerlukan waktu, energi, dan dana yang lebih banyak pula. Sebagian besar keluarga balita kurang gizi mempunyai penghasilan rendah (85,7%), sedangkan keluarga balita tidak kurang gizi berada pada penghasilan tinggi (66,7%).

B. Hubungan Faktor Determinan (umur balita, status penyakit infeksi, umur ibu, status pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, jumlah anak dan jumlah penghasilan keluarga) dengan Status Gizi Balita

1. Hubungan Umur Balita dengan Status Gizi

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang berumur muda dengan yang berumur lebih tua atau tidak ada hubungan antara usia balita dengan status gizi balita ($p=0,41$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$). Berbeda dengan penelitian Suryati (2008) yang mengatakan bahwa ada hubungan antara umur balita dengan status gizi. Didapatkan data bahwa penderita kurang gizi justru lebih banyak terdapat pada kelompok umur yang lebih besar (24-59 bulan). Balita yang berumur lebih tua lebih beresiko untuk mengalami kurang gizi dibandingkan dengan balita dengan usia lebih muda.

Sedangkan menurut Utomo dkk (2000), prevalensi kurang gizi anak berumur 0-24 bulan berkisar antara 3,8%-8,8% pada tahun 1992 dan menurun menjadi 0,0%-1,5% pada tahun 1997 berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U). Namun begitu, menurut hasil penelitian tersebut, anak pada usia 0-24 bulan memang lebih banyak mengalami kekurangan gizi dan penyebab utamanya adalah asupan nutrisi yang kurang, terutama pada anak-anak yang berusia 0-6 bulan. Akan tetapi, dalam penelitian ini juga didapatkan bahwa balita muda mempunyai peluang 0,66 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita tua ($OR=0,66$).

2. Hubungan status infeksi penyakit dengan status gizi balita

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang mengalami infeksi penyakit dengan yang tidak mengalami infeksi penyakit, atau tidak ada hubungan antara status infeksi penyakit dengan status gizi balita ($p=0,14$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$). Hal ini bertentangan dengan yang dikemukakan oleh UNICEF, bahwa infeksi penyakit sangat erat kaitannya dengan status gizi balita dan merupakan penyebab langsung.

Sebagian besar balita, baik kelompok kasus maupun kontrol, disertai infeksi penyakit juga seperti TBC dan ISPA. Menurut Bose, K et al (2007), yang melakukan penelitian tentang TBC dan status gizi di India, didapatkan bahwa kejadian TBC dan kurang gizi saling mempengaruhi satu sama lain. Orang yang mengalami penyakit TBC, lambat laun akan berdampak terhadap status gizinya, karena masa otot akan berkurang dan faktor antropometrik lain juga terpengaruh. Hal ini akan berakibat kepada penurunan berat badan, tebal kulit, Indeks Masa Tubuh, dan akhirnya berimbas kepada status gizi.

Nababan (2007), juga berpendapat sama bahwa TBC dapat berpengaruh terhadap status gizi disamping penyakit, kemiskinan, rendahnya pengetahuan mengenai penyakit, dan kurangnya pelayanan kesehatan. Akan tetapi dari hasil penelitian yang dilakukannya di Propinsi Sumatera tersebut didapatkan hasil yang diantaranya menerangkan bahwa tidak ada

perbedaan pengetahuan gizi seimbang antara kelompok kasus dengan kelompok kontrol ($p>0,05$) dan tidak ada perbedaan status gizi antara kelompok kasus dengan kelompok kontrol ($p>0,05$).

Penemuan tersebut menunjukkan bahwa penyakit TBC merupakan salah satu penyakit yang dapat mempengaruhi status gizi, akan tetapi ada faktor lain yang turut mempengaruhi secara bersama-sama, hal itulah yang memungkinkan terjadinya perbedaan hasil.

Berdasarkan analisis lebih lanjut, didapatkan bahwa balita yang mengalami infeksi penyakit mempunyai peluang 2,18 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita tua ($OR=2,18$). Peneliti menyimpulkan walaupun tidak ada perbedaan proporsi, infeksi penyakit mempunyai kontribusi terhadap status gizi balita.

3. Hubungan Umur Ibu dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa ada perbedaan status gizi pada balita yang memiliki ibu pada usia dewasa muda dengan yang memiliki ibu pada usia dewasa tua, atau ada hubungan antara usia ibu dengan status gizi balita ($p=0,02$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$). Senada dengan penelitian sebelumnya, bahwa umur ibu akan turut mempengaruhi status gizi anak balita, hal ini diantaranya didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Fraser (1995) yang mendapatkan hasil bahwa umur muda

seorang ibu akan meningkatkan risiko terjadinya kelahiran dengan status gizi balita yang buruk (Supeni, 2000).

Umur ibu yang didapatkan pada penelitian ini memang sebagian besar berada pada rentang usia muda, baik pada kelompok kasus maupun kontrol. Balita yang memiliki ibu pada usia dewasa muda mempunyai resiko 4,47 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang memiliki ibu pada usia dewasa akhir (OR=4,47). Berarti, umur ibu berpengaruh terhadap status gizi balita dan umur ibu muda lebih beresiko daripada umur ibu yang lebih tua.

4. Hubungan Status Pendidikan ibu dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang memiliki ibu berstatus pendidikan rendah dengan balita yang memiliki ibu berstatus pendidikan tinggi, atau tidak ada hubungan antara status pendidikan ibu dengan status gizi balita ($p=0,05$; $\alpha=0,05$; CI=95%).

Hasil penelitian ini berlawanan dengan penelitian sebelumnya. Hasil penelitian Dewati (2004) di Sukoharjo menyebutkan bahwa ada hubungan antara pendidikan orang tua dengan status gizi anak. Sedangkan Oktarina (2009), menyebutkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dengan status gizi balita. Semakin tinggi tingkat pengetahuan ibu tentang gizi maka semakin tinggi pula status gizi balita. Perbedaan

besar sampel dari masing-masing penelitian pun dapat berpengaruh terhadap hasil penelitian. Pendidikan ibu berpengaruh terhadap pengetahuan ibu tentang cara mengasuh anak yang akan membentuk pola asuh anak. Semakin tinggi pendidikan ibu, diharapkan pola asuh terhadap anak semakin baik.

Hasil penelitian Basuki (2005), menunjukkan bahwa pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi status gizi balita, dimana pendidikan rendah menjadi salah satu penyebab terjadinya masalah gizi balita. Pengetahuan gizi ibu juga terbukti berhubungan dengan status gizi dalam penelitian (Harsiki, 2002).

Berdasarkan analisis lebih lanjut, didapatkan bahwa balita yang memiliki ibu berstatus pendidikan rendah mempunyai peluang 0,42 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang memiliki ibu berstatus pendidikan tinggi ($OR=0,42$). Walaupun peluangnya kecil, ibu yang berpendidikan rendah tetap memiliki resiko untuk terjadinya kurang gizi pada balita.

5. Hubungan Status Pekerjaan ibu dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang ibunya bekerja dengan balita yang ibunya tidak bekerja, atau tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status gizi balita ($p_e=0,13$; $\alpha=0,05$; $CI=95\%$).

Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya. Hasil penelitian Hardiviani (2003) di Jepara menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status gizi anak. Namun begitu, berdasarkan analisis lanjut didapatkan bahwa balita yang memiliki ibu yang bekerja mempunyai peluang 0,43 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang memiliki ibu yang tidak bekerja (OR=0,43). Berarti, walaupun kecil ada resiko bagi ibu yang bekerja untuk menyebabkan kurang gizi pada balita.

6. Hubungan Banyaknya Jumlah Anak dengan Status gizi Balita

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa tidak ada perbedaan status gizi pada balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anak banyak dengan balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anak sedikit, atau tidak ada hubungan antara jumlah anak dalam keluarga dengan status gizi balita ($p=0,27$; $\alpha=0.05$; CI=95%).

Berbeda dengan hasil penelitian Dewati (2004) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Semakin besar jumlah anggota keluarga semakin besar resiko untuk terjadinya penurunan status gizi balita. Hadi (2005), juga mendapatkan hasil bahwa keluarga yang memiliki anak maksimal dua orang mempunyai anak dengan status gizi lebih baik daripada keluarga yang memiliki lebih dari dua anak.

Berdasarkan analisis lebih lanjut, didapatkan bahwa balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anak banyak mempunyai peluang 1,67 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anak sedikit (OR=1,67).

7. Hubungan Jumlah Penghasilan Keluarga dengan Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh bahwa ada perbedaan status gizi pada balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah penghasilan rendah dengan balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah penghasilan tinggi, atau ada hubungan antara jumlah penghasilan keluarga dengan status gizi balita ($p=0,00$; $\alpha=0,05$; CI=95%).

Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hardiviani (2003), bahwa ada pengaruh pendapatan keluarga terhadap tingkat kecukupan energi dan protein anak balita. Demikian pula hasil penelitian di Sukoharjo yang dilakukan oleh Dewati (2004) menunjukkan ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi balita. Menurut data Bapeda Kabupaten Bandung (2007), Kecamatan Majalaya berada di urutan VI dalam jumlah KK miskin yaitu 48,92%. Selain itu, relatif tingginya kasus gizi buruk di provinsi ini berkorelasi dengan tingkat kemiskinan (DKR Jawa Barat, 2008). Semakin rendah penghasilan sebuah keluarga semakin besar resiko untuk terjadinya penurunan status gizi balita.

Penghasilan keluarga yang rendah dapat mengakibatkan daya beli yang kurang. Hal tersebut akan berimbas kepada konsumsi pangan yang menurun. Pada kelompok berpenghasilan rendah, konsumsi zat gizi akan berkurang, dan yang dapat terkena imbasnya adalah anak-anak. Berdasarkan analisis lebih lanjut, didapatkan bahwa balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah penghasilan rendah mempunyai resiko 12 kali untuk mengalami kurang gizi bila dibandingkan dengan balita yang berasal dari keluarga dengan jumlah anak sedikit (OR=12.00).

C. Pengaruh Determinan Status Gizi Balita secara bersama-sama

Untuk melihat semua faktor resiko secara bersamaan maka dilakukan analisis multivariat. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan status gizi balita adalah umur ibu ($p=0,002$; $\alpha=0,05$; CI=95%) dan jumlah anak ($p=0,015$; $\alpha=0,05$; CI=95%). OR yang didapatkan untuk variabel umur ibu adalah 12,03 sedangkan variabel jumlah anak adalah 4,1. Berdasarkan Hasil tersebut didapatkan bahwa variabel yang paling dominan sebagai determinan status gizi balita pada penelitian ini adalah umur ibu (OR umur ibu > OR jumlah anak).

Dapat disimpulkan bahwa secara bersama-sama, variabel yang berhubungan secara bermakna dengan status gizi balita adalah umur ibu dan jumlah anak setelah dikontrol oleh umur balita, status pekerjaan ibu, dan jumlah penghasilan keluarga. Sedangkan variabel yang paling dominan sebagai determinan status gizi balita pada penelitian ini adalah umur ibu. Berbeda

dengan Dewati (2004), Secara bersama-sama juga terdapat pengaruh variabel pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, pendidikan ibu, serta pendidikan ayah terhadap status gizi balita. Hal tersebut dimungkinkan karena adanya perbedaan jenis variabel, desain penelitian, dan jumlah sampel yang digunakan.

D. Keterbatasan Penelitian

1. Peneliti menggunakan data sekunder, yaitu catatan rekam medis RSUD Majalaya. Penggunaan data sekunder memiliki keterbatasan dalam akurasi data karena bersifat retrospektif. Walaupun begitu, peneliti melakukan validasi data dengan perawat dan pihak terkait di RSUD Majalaya apabila ada data yang dianggap kurang jelas oleh peneliti.
2. Peneliti hanya meneliti sebagian faktor dari keseluruhan faktor yang terdapat pada kerangka teori, hal ini peneliti lakukan karena peneliti menyesuaikan dengan desain penelitian dan data yang peneliti sesuaikan dengan catatan rekam medis klien.

E. Implikasi untuk Keperawatan

1. Pelayanan keperawatan

Status gizi balita dipengaruhi oleh berbagai faktor. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia ibu merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh disamping jumlah anak. Sedangkan sebagian besar ibu berada pada rentang usia muda dan banyaknya ibu yang berstatus pendidikan rendah.

Sehubungan dengan itu, perawat anak perlu memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi balita dengan cara memberikan penyuluhan dan memberikan leaflet yang berisi tentang pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita baik di rumah sakit ataupun di pelayanan lain.

2. Penelitian keperawatan

Fenomena yang ditemukan dalam penelitian ini adalah banyaknya anak kurang gizi yang disertai penyakit TBC. Hal ini perlu diteliti agar didapatkan solusi yang tepat untuk mengatasi permasalahan ini.

Perlu dikembangkan penelitian lain tentang determinan status gizi balita dengan metode penelitian lain dengan variabel lain, seperti ASI eksklusif dan makanan pendamping ASI, agar didapatkan dengan jelas dan rinci hubungan dari berbagai faktor.

3. Pendidikan keperawatan

Pembekalan peserta didik terhadap determinan status gizi balita, cara pengukuran status gizi balita, dan faktor lain yang mungkin dapat mempengaruhi status gizi balita perlu di informasikan dan di ajarkan dengan baik. Diharapkan peserta didik dapat mengetahui dengan baik berbagai faktor yang terkait dengan status gizi balita dan melakukan penilaian status gizi dengan benar dan akurat. Misalnya dengan menghitung menggunakan perangkat lunak yang dikembangkan WHO untuk menilai status gizi anak.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Tidak ada hubungan usia balita, status infeksi penyakit, status pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, dan jumlah anak dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung. Akan tetapi ada kecenderungan bahwa usia balita yang lebih muda, balita yang mengalami infeksi penyakit, pendidikan ibu yang rendah, ibu yang bekerja, dan keluarga yang memiliki jumlah anak lebih dari dua memiliki resiko lebih besar untuk terjadinya kurang gizi pada balita.
2. Ada hubungan usia ibu dan jumlah penghasilan keluarga dengan status gizi balita di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung.
3. Determinan Status gizi balita di RSUD Majalaya Kabupaten Bandung adalah usia ibu dan jumlah penghasilan keluarga.
4. Faktor yang paling dominan terhadap status gizi balita adalah usia ibu.

B. Saran

1. Bagi Layanan Keperawatan
 - a. Meningkatkan pendidikan kesehatan dengan pelatihan dan penyuluhan pemenuhan gizi pada anak balita bagi ibu-ibu yang memiliki anak balita, terutama ibu-ibu yang berusia muda.

b. Melakukan penilaian status gizi balita dengan baik dan benar untuk meminimalkan kesalahan dan meningkatkan keakuratan data dengan cara menimbang dengan baik dan melakukan penilaian umur dengan tepat.

2. Melakukan pencatatan yang akurat tentang semua faktor yang berhubungan dengan status gizi balita.

3. Bagi Pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan dapat meningkatkan kemampuan peserta didik dalam penilaian status gizi pada balita, dengan cara mengajarkan cara mengukur berat badan dan pengukuran antropometrik lainnya dengan baik serta meningkatkan keterampilan dengan memperbanyak latihan.

4. Bagi Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar untuk melakukan penelitian lanjutan dengan variabel lain yang belum diteliti disini, sesuai kerangka teori. Gunakan metode penelitian yang lebih baik dan menggunakan data yang diambil secara langsung oleh peneliti dalam kurun waktu yang lebih lama dan jumlah sampel yang lebih besar. Disarankan metode yang digunakan sebaiknya studi kohort agar dapat diketahui secara pasti perkembangan status gizi balita dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

5. Bagi Pemerintah Kabupaten Bandung

Hendaknya kebijakan penanganan gizi buruk dilaksanakan dengan sebaik-baiknya dan dievaluasi secara berkala serta meningkatkan kerjasama dengan berbagai sektor untuk menanggulangi masalah gizi buruk pada balita sedini mungkin.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I. (2001). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta: FKM-UI
- Arisman. (2004). *Gizi dalam daur kehidupan*. Jakarta: EGC
- Atmarita dan Fallah, T. (2004). Analisis situasi gizi dan kesehatan masyarakat. *Makalah pada Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII*. Jakarta 17-19 Mei 2004.
- Ball, J.W., & Bindler, R.C. (2003). *Pediatric nursing: Caring for children*. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Basuki, U. (2003). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi baduta (6-23 bulan) pada keluarga miskin & tidak miskin di Kota Bandar Lampung*. Depok: FKM-UI.
- Bose, K. et al. (2007). Comparison of nutritional status between tuberculosis patients and controls: A Study from North 24 Parganas District in West Bengal, India. *Malaysian Journal of Nutrition*, 13 (2). pp. 131-139. ISSN 1394-035X
- Dewati, M. (2004). Hubungan tingkat pendidikan ibu dan tingkat pendidikan ayah terhadap status gizi balita di kecamatan Polokato kabupaten Sukoharjo. *Skripsi*. Surakarta: UNS.
- Dirjen Binkesmas Depkes RI. (2006). *Petunjuk teknis tatalaksana anak gizi buruk : Buku I*. Jakarta: Depkes
- Depkes. (2004). *Jumlah balita kurang gizi terus meningkat*. Jakarta: Depkes
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat. (2006). *Kondisi gizi buruk pada balita di Jawa Barat*. Bandung: Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat
- Dinkes Jabar. (2007). *Program perbaikan gizi makro*. Bandung: Dinkes Jabar.
- Hardiviani, S.L. (2003). Pengaruh karakteristik Ibu dan pendapatan keluarga terhadap tingkat kecukupan energi dan protein serta status gizi anak balita di desa Suwawal barat, kecamatan Mlonggo, kabupaten Jepara. *Skripsi*. Semarang: FKM UNDIP.
- Harsiki, T. (2002). Hubungan pola asuh anak dan faktor lain dengan keadaan gizi anak balita keluarga miskin di pedesaan dan perkotaan propinsi Sumatera Barat. *Tesis*. Depok: FKM-UI.
- Hadi, I. (2005). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita di kelurahan Neglasari dan Kedaung Wetan. *Skripsi*. Depok: FKM-UI.

- Hess, D.R. (2004). Retrospective Studies and Chart Reviews. *Respiratory Care Journal Symposium*. 49(10):1171–1174. Daedalus Enterprises.
- Husaini. Y.K. (2000). *Perubahan pola konsumsi pangan keluarga pada sebelum dan sewaktu krisis ekonomi*. Bogor: Puslitbang Gizi
- Hockenbery, M.J. & Wilson, D. (2007). *Wong's nursing care of infants and children*. Missouri: Mosby-Elsevier.
- Judarwanto, W. (2006). *Kontroversi gizi buruk di kota metropolitan*. Jakarta: Picky Eaters Clinic
- Kartono, D. et al. (2000). *Penelitian keadaan gizi dan makanan di desa tertinggal wilayah Bogor, Tangerang dan Bekasi (Botabek) sebagai dampak krisis ekonomi*. Bogor: Lap. Penelitian. Puslitbang Gizi.
- Kartono, D. et al. (2001). *Studi pengembangan metode identifikasi kelompok masyarakat miskin di perkotaan dan pedesaan di Indonesia*. Bogor: Laporan Penelitian. Puslitbang gizi-Bappenas.
- Mendoza, R.U. (2009). *Aggregate shocks, poor households and children: Transmission channels and policy responses*. Division of policy and practice : UNICEF.
- Nababan, L. (2007). Perbedaan pengetahuan tentang gizi seimbang, karakteristik demografi, media promosi kesehatan, dan asupan makanan penderita tuberkulosis paru di RSUD Sidikalang Kabupaten Dairi Propinsi Sumatera Utara. *Tesis*. Jogjakarta: Program Pasca Sarjana. UGM.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Oktarina, D.N. (2009). Hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dengan status gizi balita di posyandu margi rahayu desa soditan rt.09 kecamatan Lasem kabupaten Rembang Jawa Tengah. *Skripsi*. Surakarta: UNS.
- Priyohastono, S. (2001). *Analisis data*. Jakarta: FKM-UI
- Rahmawati, NT dan Hastuti, J. (2003). Status gizi antropometrik anak usia 7-12 tahun di Daerah Istimewa Yogyakarta. Vol. 35, No.1. *Jurnal Kesehatan: Berkata Ilmu Kedokteran*. Jogjakarta: UGM.
- Sastroasmoro, S. & Ismail, S. (Ed). (2007). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Soekirman. (2000). *Ilmu gizi dan aplikasinya*. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional.
- Soekirman. (2000). *Krisis ekonomi, politik, dan sosial*. Jakarta: UNICEF
- Solihin. (2001). *Ilmu gizi klinis pada anak*. Jakarta: FKUI – RSCM

- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhardjo. (2003). *Perencanaan pangan dan gizi*. Jakarta: Bumi aksara
- Susenas. (2005). *Analisis antropometri balita tahun 2005*. Badan Pusat Statistik:Jakarta.
- Susianto. (2008). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan IMT/U pada balita vegetarian lakto ovo dan non vegetarian di DKI Jakarta. *Tesis*. Jakarta.
- Suwiji, E. (2006). Hubungan pola asuh gizi dengan status gizi balita usia 4-12 bulan di Puskesmas Medang kabupaten Blora. *Skripsi*: Semarang: UNNES.
- Taslim, N.A. (2007). Kontroversi seputar gizi buruk: Apakah ketidakberhasilan Departemen Kesehatan?. GIZI-DEPKES. diakses dari <http://www.gizi.net/makalah/Kontroversi-giziburuk-column.pdf>.
- Utomo, B. et al. (2000). Feeding patterns, nutrient intake and nutritional status among children 0-23 onths of age in Indramayu, West Java, 1997. *Malaysian Journal of Nutrition*, 6 (2). pp. 147-170. ISSN 1394-035X
- Untoro, R. (2004). *Balita kurang gizi*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes.
- UNU. (2002). *Food and Nutrition Bulletin*. vol. 23, no. 3. The United Nations University.
- UNICEF. (1998). *The state of the world's children*. Oxford: Oxford University Press.
- United Nations Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition (UN ACC/SCN). (2000). *4th Report on The World Nutrition Situation*. Switzerland: UNACC/SCN Press.



**LEMBAR INFORMASI STATUS GIZI BALITA
DI RSUD MAJALAYA KABUPATEN BANDUNG**

I. Data Responden

1. {No} Responden : <IDNUM>
2. Jenis {sampel} : #
 1. Kontrol
 2. Kasus
3. Jenis {Kelamin} : #
 1. Laki-laki
 2. Perempuan
4. {Umur} balita : ## bln
5. {BB} balita : ##.## Kg
6. {Dx} medis : _____
7. Status penyakit {infeksi} : #
 1. Ya
 2. Tidak

II. Data Ibu/keluarga

8. {Umur} {ibu} : ## th

9. {Jumlah} {anak} yang hidup : #

10. Status pen{didik}an {ibu} : #

1. Tinggi (SMA - PT)

2. Rendah (SD - SMP)

11. {Status} pe{kerja}an ibu : #

1. Bekerja

2. Tidak Bekerja

12. Pen{dapat}an keluarga/bulan : #

1. Kurang dari Rp. 500.000,00

2. Rp. 500.000,00 sampai kurang dari Rp. 1.000.000,00

3. Rp. 1.000.000,00 sampai kurang dari Rp. 2.000.000,00

4. Lebih dari Rp. 2.000.000,00

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata :

Nama : Sugeng Hadisaputra
Tempat/Tanggal Lahir : Majalaya (Kab. Bdg), 11 September 1980
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Staf Pengajar PSIK Universitas Respati Indonesia
Alamat Instansi : Jl. Bambu Apus I No.3 Cipayung Jaktim 13890
Alamat rumah : Kp. Sukamanah 04/12 Majakerta Majalaya
Kabupaten Bandung 40382

Riwayat Pendidikan :

1. SD : SDN VI Majalaya, Bandung, lulus tahun 1993
2. SMP : SMPN 1 Majalaya, Bandung, lulus tahun 1996
3. SMA : SMUN 11 Bandung, lulus tahun 1999
4. S I : FIK UNPAD, lulus tahun 2006

Riwayat Pekerjaan :

Staf pengajar PSIK Universitas Respati Indonesia, tahun 2007 sampai sekarang.