



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
STATUS GIZI ANAK USIA 6 – 59 BULAN  
DI SUMATERA TAHUN 2010**  
*(Analisis Data Sekunder Riskedas 2010)*

**SKRIPSI**

**DESI**  
**0906615096**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
STATUS GIZI ANAK USIA 6 – 59 BULAN  
DI SUMATERA TAHUN 2010**  
*(Analisis Data Sekunder Riskedas 2010)*

**SKRIPSI**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana  
Kesehatan Masyarakat Pada Peminatan Kebidanan Komunitas  
Di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia**

**D E S I  
0906615096**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK 2011**

## SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DESI

NPM : 0906615096

Mahasiswa Program : S1 Ekstensi Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan  
Komunitas.

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Usia 6-59  
Bulan Di Sumatera Tahun 2010”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 27 Mei 2011

Desi

## HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

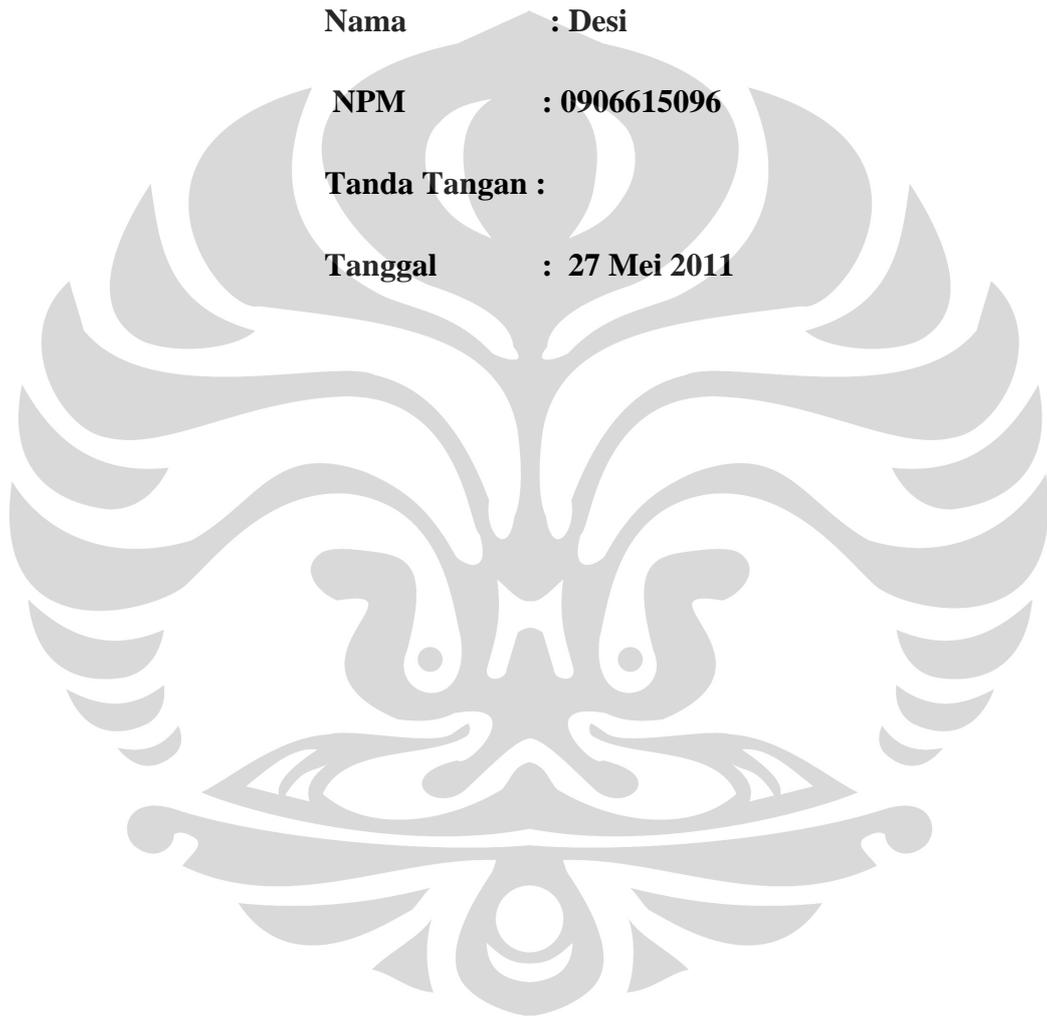
**Skripsi ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Desi**

**NPM : 0906615096**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 27 Mei 2011**



## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Desi

NPM : 0906615096

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Usia 6-59 Bulan Di Sumatera Tahun 2010

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan Diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Renti Mahkota. SKM. M.Epid (  )

Penguji : Dr.drh. Yvonne M. Indrawani, Su (  )

Penguji : Imam Subekti. MPS. MPH (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 27 Mei 2011

## Daftar Riwayat Hidup

Nama : DESI  
Tempat / Tanggal Lahir : Payakumbuh / 02 – 12 – 1977  
Alamat : Perumnas Griya Talago Blok A 18  
Kelurahan Aur Kuning Kecamatan  
Payakumbuh Selatan Kota Payakumbuh  
Provinsi Sumatera Barat.

### Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 1 Koto Nan Ampek Kota Payakumbuh lulus tahun 1990
2. SMP Negeri 4 Kota Nan Ampek Kota Payakumbuh lulus tahun 1993
3. SPK Depkes Solok Provinsi Sumatera Barat lulus tahun 1996
4. Prodi Kebidanan Bukittinggi Politeknik Kesehatan Padang lulus tahun 2006.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur atas anugerah Allah SWT, yang hanya karena rahmat dan hidayah-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Faktor–Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Usia 6–59 Bulan di Pulau Sumatera Tahun 2010.

Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dari kelulusan Program Sarjana Peminatan Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada

1. Ayah dan ibu yang selalu mendukung, mendoakan serta selalu mencurahkan cinta dan kasihnya.
2. Ibu Renti Mahkota. SKM, M. Epid, selaku Pembimbing Akademik yang senantiasa memberikan waktunya baik siang atau malam untuk memberi petunjuk, saran, bimbingan serta dorongan selama pembuatan dan penyelesaian skripsi ini.
3. Suami dan anakku tercinta yang selalu memberikan dukungan motivasi dan semangat dengan penuh kesabaran disaat penulis telah merasa jenuh dan lelah hingga akhirnya skripsi ini bisa selesai.
4. Kakak, adik serta seluruh keluarga besarku yang selalu memberikan dukungan, semangat serta doa.
5. Teman-teman mahasiswa Program S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat khususnya Peminatan Kebidanan Komunitas Angkatan 2009.
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah banyak membantu penulis selama mengikuti praktek dan pembuatan laporan.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Semoga amal dan kebaikan yang telah diberikan kepada penulis senantiasa mendapat balasan dari Tuhan Yang Maha Kuasa. Akhirnya penulis berharap laporan ini bermanfaat bagi Peminatan Kebidanan Komunitas

khususnya dan masyarakat pada umumnya. Atas bantuan yang telah diberikan penulis mengucapkan terimakasih.

Depok, April 2011

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Desi  
NPM : 0906615096  
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas **Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalti-Free Right*)** karya ilmiah saya yang berjudul :

**“Faktor–Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Usia 6 –  
59 Bulan di Pulau Sumatera Tahun 2010”.**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihkan media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 27 Mei 2011  
Yang menyatakan

(Desi)

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS  
INDONESIA PROGRAM SARAJANA KESEHATAN  
MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS**

Skripsi, 27 Mei 2011

**DESI**

**Faktor–Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Usia  
6–59 Bulan di Pulau Sumatera Tahun 2010**

xvi + 83 halaman, 9 tabel, 3 gambar, 2 lampiran

**ABSTRAK**

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 prevalensi kekurangan gizi pada anak balita 18,4% (gizi kurang 13% dan gizi buruk 5,4%). Prevalensi gizi buruk (underweight) tertinggi di Provinsi Aceh (10,7%) dan prevalensi balita sangat kurus (wasting) adalah 6,2 persen, tertinggi di Provinsi Riau (10,6%). Akibat dari kurang gizi ini menyebabkan kerentanan terhadap penyakit infeksi dan dapat meningkatkan angka kematian balita. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor–faktor yang berhubungan dengan status gizi anak berusia 6–59 bulan di Pulau Sumatera Tahun 2010. Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, menggunakan data sekunder dari data Riskesdas 2010. Populasi dalam penelitian ini adalah rumah tangga yang mempunyai anak usia 6–59 bulan, sedangkan sampelnya ialah sebagian populasi (sebagian rumah tangga yang mempunyai anak usia 6–59 bulan). Dalam penelitian ini didapatkan prevalensi anak gizi kurang 12,5%, gizi buruk 4,9% dan gizi lebih 5,8% (BB/U), prevalensi anak pendek 15,8%, sangat pendek 18,3% (TB/U) dan prevalensi anak kurus 7,3%, sangat kurus 6,3% dan gemuk 13,75% (BB/TB). Pada analisis bivariat didapatkan hubungan yang bermakna antara pemantauan pertumbuhan dengan status gizi anak berdasarkan BB/U, TB/U, antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi anak berdasarkan BB/TB, antara sanitasi lingkungan dengan status gizi berdasarkan BB/U dan BB/TB, antara pengeluaran perkapita dengan status gizi anak baik itu berdasarkan BB/U, TB/U, BB/TB, antara pendidikan ibu dengan status gizi balita baik itu berdasarkan BB/U, TB/U maupun BB/TB, antara jumlah kelahiran anak dengan status gizi balita berdasarkan TB/U. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disarankan kepada Dinas Kesehatan Provinsi untuk meningkatkan kepedulian dan investasi dalam upaya pencegahan masalah gizi.

Daftar Pustaka : 47 (1984 – 2010)

**FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITY OF INDONESIA**  
**UNDERGRADUATE PROGRAM**  
**SPECIALIZATION OF COMMUNITY MIDWIFERY**

Thesis: 27 May 2011

DESI

**Factors Regarding Nutritional Status of Children Aged 6-59 Months in The Island of Sumatra Year 2010**

xvi + 83 pages, 9 tables, 3 images, 2 attachments

**ABSTRACT**

Based on the Basic Health Research (Riskesdas) 2007, the prevalence of children malnutrition who under five is 18.4% (its underweight 13% and malnutrition 5.4%). The highest of the prevalence of malnutrition (underweight) is in province of Aceh (10.7%) and the thinnest of the prevalence of children under five (wasting) is 6.2 percent which located in province of Riau (10.6%). As a result of this malnutrition the children is vulnerable to infect of diseases and can cause increased of their mortality number. This study has been proposed to determine about factors regarding with nutritional status of children aged 6-59 months on the island of Sumatra in 2010. The design of this study is cross sectional, which formed of secondary data from the data Riskesdas 2010. The population in this study is families that have children aged 6-59 months meanwhile the sample is part of the population (some households who have children aged 6-59 months). Based on this study, the prevalence of child nutrition is 12.5% for malnutrition, 4.9% for severe malnutrition and 5.8% for over. (based on weight / age). The prevalence of children heights is 15.8% for short children, 18.3% for very shorts (based on height /aged). And the prevalence of children weights is 7.3% for skinny children, 6.3% for very skinny and 13.75 for fat (based on weight/height). From two variants analysis, there is found a significant correlation: between the monitoring of growth and nutritional status of children based on weight / age, height / age; between the utilization of health services and nutritional status children based on weight / height; between environmental sanitation and nutritional status based on the weight / age and weight / height; between cost live per capita and child nutritional status based on weight / age, height / age, weight / height; between maternal education with nutritional status of children whether it is based on the weight / age, height / age or weight / height; and between the number of births of children and nutritional status of children under five based height/ age.

References: 46 (1984 - 2010)

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR.....	viii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
<b>BAB I      PENDAHULUAN</b>	
1.1    Latar Belakang.....	1
1.2    Rumusan Masalah.....	4
1.3    Pernyataan Penelitian.....	5
1.4    Tujuan Penelitian	
1.4.1    Tujuan Umum.....	5
1.4.2    Tujuan Khusus.....	6
1.5    Manfaat Penelitian.....	6
1.6    Ruang Lingkup.....	7
<b>BAB II     TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1    Pertumbuhan Bayi Setelah Lahir.....	8
2.2    Status Gizi Balita.....	9
2.3    Penilaian Status Gizi.....	11
2.4    Faktor–faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi.....	17
2.5    Asupan Zat Gizi.....	18
2.5.1    Kebutuhan Energi.....	21
2.5.2    Kebutuhan Protein.....	21
2.5.3    Kebutuhan Lemak.....	22
2.5.4    Kebutuhan Karbohidrat.....	22
2.5.5    Angka Kecukupan Gizi (AKG).....	22
2.6    Pendapatan Keluarga.....	23
2.7    Besarnya Keluarga.....	24
2.8    Pendidikan Ibu.....	25
2.9    Penyakit Infeksi.....	26
2.9.1    Diare.....	28
2.9.2    Infeksi Saluran Pernafasan Atas.....	28
2.9.3    Tuberkolosis Paru (TB Paru).....	29

2.10	Sanitasi Lingkungan.....	30
2.10.1	Sarana Pembuangan Air Limbah.....	31
2.10.2	Air Bersih dan Sanitasi.....	31
2.11	Pemantauan Pertumbuhan Anak.....	32
2.12	Pelayanan Kesehatan Dasar.....	34
2.13	Penanggulangan Masalah Kurang Gizi.....	36
<b>BAB III</b>	<b>KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL</b>	
3.1	Kerangka Teori.....	39
3.2	Kerangka Konsep.....	42
3.3	Hipotesis.....	43
3.4	Definisi perasional.....	44
<b>BAB IV</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1	Desain peneltian.....	50
4.2	Lokasi Penelitian.....	50
4.3	Populasi dan Sampel.....	50
4.4	Pengolahan	
4.4.1	Pemilahan Variabel.....	51
4.4.2	Koding Ulang (recording).....	51
4.4.3	Cleaning Data.....	51
4.5	Analisis Data	
4.5.1	Analisis Univariat.....	51
4.5.2	Analisis Bivariat.....	52
<b>BAB V</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
5.1	Gambaran Umum Pulau Sumatera.....	53
5.2	Analisis Univariat.....	53
5.3	Analisis Bivariat.....	
5.3.1	Faktor–faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur.....	56
5.3.2	Faktor–faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur.....	60
5.3.3	Faktor–faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan.....	64
<b>BAB IV</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
6.1	Keterbatasan penelitian.....	70
6.2	Status Gizi Anak Usia 6–59 Bulan.....	70
6.2.1	Berat Badan Menurut Umur (BB/U).....	71
6.2.2	Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB).....	71
6.2.2	Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U).....	72

6.3	Faktor–Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Usia 6 – 59 Bulan	
6.3.1	Pelayanan Kesehatan	
6.3.1.1	Pemantauan Pertumbuhan.....	73
6.3.1.2	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	74
6.3.2	Sanitasi Lingkungan.....	75
6.3.3	Karakteristik Ibu	
6.3.3.1	Umur Ibu.....	76
6.3.3.2	Pendidikan Ibu.....	76
6.3.3.3	Jumlah Kelahiran Anak.....	77
6.4.4	Sosial Ekonomi	
6.4.4.1	Pengeluaran Perkapita.....	77
6.4.4.2	Jumlah Anggota Keluarga.....	78
6.5.5	Kebiasaan Merokok Dalam Rumah.....	79
6.6.6	Penyakit Infeksi.....	80
<b>BAB VII</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1	Kesimpulan.....	82
7.2	Saran	
7.2.1	Bagi Dinas Kesehatan Provinsi.....	82
7.2.2	Bagi Masyarakat.....	83
7.2.3	Bagi Peneliti berikutnya.....	83
	<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
	<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1	Angka Kecukupan Gizi bagi Anak Usia 0-6 tahun (per hari)....	21
Tabel 2	Definisi Operasional.....	42
Tabel 3	Prevalensi Status Gizi Balita (BB/U) Menurut Propinsi.....	50
Tabel 4	Prevalensi Status Gizi Balita (TB/U) Menurut Propinsi.....	51
Tabel 5	Prevalensi Status Gizi Balita (BB/TB) Menurut Propinsi.....	52
Tabel 6	Distribusi Statistik Deskriptif Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita.....	52
Tabel 7	Faktor–Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur.....	54
Tabel 8	Faktor–Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur.....	59
Tabel 9	Faktor–Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan.....	63



**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 1 Penyebab Gizi Kurang Anak, disesuaikan dari UNICEF 1998.....	38
Gambar 2 Faktor–faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat Menurut H.L.Bloom.....	39
Gambar 3 Kerangka Konsep Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Usia 6–59 bulan.....	40



## DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuisisioner
2. Output analisis data



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Sasaran pembangunan kesehatan yang sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional/RPJMN Perpres nomor 7 tahun 2005 yaitu: 1) Meningkatnya umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun, 2) Menurunnya angka kematian bayi dari 45 menjadi 26 per 1000 kelahiran hidup, 3) Menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup, dan 4) Menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita dari 25,8% menjadi 20% (Depkes, 2010).

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Beberapa tantangan yang dihadapi dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan yaitu rendahnya kualitas kesehatan penduduk karena tingginya angka kematian bayi (AKB), angka kematian anak balita (AKABA) dan angka kematian ibu melahirkan (AKI) serta tingginya prevalensi balita yang mengalami gizi kurang (Depkes, 2009).

Faktor yang menyebabkan kurang gizi telah diperkenalkan UNICEF dan telah digunakan secara internasional, yang meliputi beberapa tahapan penyebab timbulnya kurang gizi pada anak balita, baik penyebab langsung, tidak langsung, akar masalah dan pokok masalah. Berdasarkan Soekirman dalam materi Aksi Pangan dan Gizi nasional (Depkes, 2000), penyebab kurang gizi dapat dijelaskan sebagai berikut:

Pertama, penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang baik tetapi karena sering sakit diare atau demam

dapat menderita kurang gizi. Demikian pada anak yang makannya tidak cukup baik maka daya tahan tubuh akan melemah dan mudah terserang penyakit. Kenyataannya baik makanan maupun penyakit secara bersama-sama merupakan penyebab kurang gizi.

Kedua, penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarga dalam jumlah yang cukup dan baik mutunya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktunya, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal baik fisik, mental, dan sosial. Pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh seluruh keluarga.

Faktor-faktor tersebut sangat terkait dengan tingkat pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan keluarga. Makin tinggi pendidikan, pengetahuan dan keterampilan terdapat kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pola pengasuhan anak dan keluarga makin banyak memanfaatkan pelayanan yang ada. Ketahanan pangan keluarga juga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan, dan daya beli keluarga, serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan.

Faktor pencetus dari masalah kurang gizi ini dapat berbeda-beda antara wilayah, antara kelompok masyarakat dan juga bahkan dapat berbeda antara kelompok usia balita (LIPI, 2000).

Ditinjau dari sudut masalah kesehatan dan gizi, maka balita termasuk dalam golongan masyarakat kelompok rentan gizi, yaitu kelompok masyarakat yang paling mudah menderita kelainan gizi, sedangkan pada saat ini mereka sedang mengalami proses pertumbuhan yang relatif pesat (Santoso, S dan Lies, A, 2003 dalam Andarwati, 2007).

Usia balita merupakan peluang terbesar pembentukan otak. Dampak kekurangan gizi antara lain kurangnya tumbuh kembang otak

yang dapat bersifat permanen dan tidak terpulihkan yang menyebabkan anak balita tumbuh dengan kualitas rendah dan kehilangan masa emas.

Masalah kurang gizi pada anak dapat ditunjukkan dari prevelensi yang berkaitan dengan kurang energi dan protein (gizi makro) dan gizi mikro (terutama kurang vitamin A, anemia, kurang yodium). Sampai dengan tahun 2000, keadaan gizi masyarakat menunjukkan kemajuan yang cukup berarti, terlihat dari menurunnya secara prevelensi penderita masalah gizi utama (protein, karbohidrat) pada berbagai kelompok umur. Prevelensi anak balita kurang gizi pada tahun 1989-2000 menurun dari 37,5 persen menjadi 24,6 persen. Akan tetapi sejak tahun 2000 sampai dengan 2005 prevalensi kurang gizi anak pada balita meningkat kembali menjadi 28% yang sekitar 8,8% diantaranya menderita gizi buruk. (Endah, 2008).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 prevalensi kekurangan gizi pada anak balita 18,4% (gizi kurang 13% dan gizi buruk 5,4%). Keduanya menunjukkan bahwa baik target Rencana Pembangunan Jangka Menengah untuk pencapaian program perbaikan gizi (20%), maupun target Millenium Development Goals pada 2015 (18,5%) telah tercapai pada tahun 2007. Namun demikian, sebanyak 19 provinsi mempunyai prevalensi Gizi Buruk dan Gizi Kurang diatas prevalensi nasional, untuk wilayah Sumatera provinsi yang masih diatas prevalensi nasional yaitu provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, dan Jambi.

Prevalensi nasional Gizi Lebih pada balita adalah 4,3%. Sebanyak 15 provinsi mempunyai prevalensi diatas prevalensi nasional, untuk wilayah Sumatera provinsi yang masih diatas prevalensi nasional yaitu provinsi Sumatera Utara, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu, Bangka Belitung dan Kepulauan Riau.

Prevalensi nasional Balita Pendek dan Balita Sangat pendek (stunting) adalah 36,8%. Sebanyak 17 provinsi mempunyai prevalensi diatas prevalensi nasional, untuk wilayah Sumatera provinsi yang masih

diatas prevalensi nasional yaitu provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Selatan dan Lampung.

Prevalensi nasional Balita Kurus adalah 7,4% (wasting-serius) dan Balita Sangat Kurus adalah 6,2 (wasting-kritis). Sebanyak 25 provinsi mempunyai prevalensi diatas prevalensi nasional, untuk wilayah Sumatera provinsi yang masih diatas prevalensi nasional yaitu provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, dan Kepulauan Riau.

Prevalensi nasional Balita Kurus adalah 7,4% (wasting-serius) dan Balita Sangat Kurus adalah 6,2 (wasting-kritis). Sebanyak 25 provinsi mempunyai prevalensi balita kurus diatas prevalensi nasional, untuk wilayah Sumatera provinsi yang masih diatas prevalensi nasional yaitu provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, dan Kepulauan Riau. Sedangkan untuk prevalensi balita sangat kurus ada 21 provinsi yang masih diatas prevalensi nasional. Untuk wilayah Sumatera provinsi yang masih diatas prevalensi nasional yaitu provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu dan Lampung.

Prevalensi nasional Balita gemuk adalah 12,2 %. Sebanyak 18 provinsi mempunyai prevalensi diatas prevalensi nasional, untuk wilayah Sumatera provinsi yang masih diatas prevalensi nasional yaitu provinsi Aceh, Sumatera Utara, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu dan Lampung (Riskesdas, 2007)

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, hampir semua wilayah Sumatera prevalensinya diatas prevalensi nasional untuk gizi balita, baik itu untuk balita dengan gizi lebih, pendek dan sangat pendek, kurus dan sangat kurus serta balita gemuk. Masalah gizi terjadi pada setiap siklus kehidupan manusia dimulai dari janin dalam kandungan, bayi, anak balita, remaja dan dewasa. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kekurangan gizi pada

salah satu siklus akan mempengaruhi kejadian kekurangan gizi pada siklus berikutnya.

Masih terbatasnya penelitian tentang faktor–faktor yang berhubungan dengan status gizi anak setelah usia 6–59 bulan sehingga perlu dilakukan kajian dan analisis faktor yang berhubungan dengan status gizi anak berusia 6–59 bulan.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

- 1 Apakah ada hubungan penyakit infeksi dengan status gizi anak usia 6–59 bulan ?
- 2 Apakah ada hubungan pemantauan pertumbuhan, dengan status gizi anak usia 6–59 bulan ?
- 3 Apakah ada hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi anak usia 6–59 bulan ?
- 4 Apakah ada hubungan sanitasi lingkungan dengan status gizi anak usia 6–59 bulan ?
- 5 Apakah ada hubungan kebiasaan merokok di rumah dengan status gizi anak usia 6–59 bulan ?
- 6 Apakah ada hubungan sosial ekonomi dengan status gizi anak usia 6–59 bulan ?
- 7 Apakah ada hubungan umur ibu dengan status gizi anak usia 6-59 bulan ?
- 8 Apakah ada hubungan pendidikan ibu dengan status gizi anak usia 6-59 bulan ?
- 9 Apakah ada hubungan jumlah kelahiran anak dengan status gizi anak usia 6-59 bulan ?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Secara umum tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor–faktor yang berhubungan dengan status gizi anak berusia 6–59 bulan di Pulau Sumatera Tahun 2010.

#### 1.4.2 Tujuan khusus

1. Diketuainya gambaran status gizi anak usia 6–59 bulan.
2. Diketuainya hubungan penyakit infeksi dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
3. Diketuainya hubungan pemantauan pertumbuhan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
4. Diketuainya hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
5. Diketuainya hubungan sanitasi lingkungan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
6. Diketuainya hubungan kebiasaan merokok di rumah dengan status gizi anak usia 6–59 bulan.
7. Diketuainya hubungan sosial ekonomi dengan status gizi anak usia 6–59 bulan.
8. Diketuainya hubungan umur ibu dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
9. Diketuainya hubungan pendidikan ibu dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
10. Diketuainya hubungan jumlah kelahiran anak dengan status gizi anak usia 6-59 bulan

#### 1.5 Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan pertimbangan bagi Pemerintah Daerah dalam merumuskan kebijakan dan program prioritas untuk memperbaiki status gizi masyarakat khususnya balita.
2. Penelitian dan pengembangan ilmu dibidang gizi yang sudah ada dalam upaya penanganan masalah kesehatan masyarakat terutama upaya meningkatkan status gizi balita khususnya anak usia 6–59 bulan.
3. Sebagai salah satu referensi bagi peneliti lain dalam melakukan penelitian selanjutnya mengenai status gizi anak usia 6-59 bulan.
4. Mengembangkan kemampuan menulis dalam melakukan penelitian serta berfikir logis dan kritis.

### 1.6 Ruang Lingkup

Pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui faktor-faktor yang berhubungan status gizi anak ketika berusia 6–59 bulan. Penelitian ini merupakan studi kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Data yang digunakan adalah data sekunder yang bersumber dari data Riskesdas tahun 2010.



## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Pertumbuhan Bayi Setelah Lahir

Bayi yang lahir cukup bulan, berat badannya akan menurun dan kembali menjadi berat badan pada waktu lahir setelah 10 hari. Berat badan pada umur 5 bulan menjadi 2 kali lipat berat lahir, pada waktu 1 tahun menjadi 3 kali lipat berat lahir dan pada umur 2 tahun, menjadi 4 kali lipat berat lahir. Kenaikan berat badan anak pada tahun pertama kehidupan bayi, apabila bayi mendapat gizi yang baik pertumbuhannya adalah sebagai berikut:

1. Triwulan I      Kenaikan berat badan 700-1.000 gram/bulan
2. Triwulan II     Kenaikan berat badan 500-600 gram/bulan
3. Triwulan III    Kenaikan berat badan 350-450 gram/bulan
4. Triwulan IV     Kenaikan berat badan 250-350 gram/bulan

Pada abad ke 18 Count Philibert de Monbeillard, mencatat tinggi badan anak laki-laki setiap 6 bulan sejak lahir sampai umur 18 tahun. Pada umur 4-5 tahun laju pertumbuhan dengan cepat berkurang (*deselerasi*) dan secara perlahan-lahan berkurang hingga umur 5-6 tahun. Sejak umur ini laju pertumbuhan bersifat konstan, pada umur 6-8 tahun ada kenaikan kecil pertumbuhan, tetapi tidak selalu ada. Pada umur 13-15 tahun terjadi percepatan pertumbuhan (*akselerasi*). Tinggi badan rata-rata pada waktu lahir 50 cm. Diperkirakan garis besar, tinggi badan anak sebagai berikut:

1. Usia 1 tahun      = 1,5 x tinggi badan lahir
2. Usia 4 tahun      = 2 x tinggi badan lahir
3. Usia 6 tahun      = 1,5 x tinggi badan setahun
4. Usia 13 tahun     = 3 x tinggi badan lahir
5. Dewasa            = 3,5 x tinggi badan lahir (2 x tinggi badan 2 tahun)

Menurut Behrman dikutip dari Yongki (2007), perkiraan tinggi badan dalam sentimeter adalah sebagai berikut :

1. Lahir : 50 cm
2. Umur 1 tahun : 75 cm
3. Umur 2-12 tahun : umur (tahun) x 6 + 77

## 2.2 Status Gizi Balita

Status berarti tanda-tanda atau penampilan yang diakibatkan oleh suatu keadaan. Sedangkan gizi adalah hasil proses organisme dalam menggunakan bahan makanan melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pembuangan untuk pemeliharaan hidup, pertumbuhan dan fungsi organ tubuh, serta produksi energi, sehingga status gizi dapat diartikan tanda-tanda atau penampilan yang diakibatkan oleh keseimbangan antar pemasukan gizi disatu pihak dan pengeluaran oleh organisme dipihak lain (Gibson, 1990).

Status gizi merupakan keadaan kesehatan tubuh seseorang atau sekelompok orang yang diakibatkan oleh konsumsi dan penyerapan serta penggunaan zat gizi (Suharjo, 2003). Status gizi adalah keadaan fisiologis sebagai akibat dari keseimbangan antara *intake* dengan penggunaan zat gizi oleh tubuh. Selain itu juga status gizi seseorang pada dasarnya merupakan hasil dari proses pencernaan dan penyimpanan zat-zat gizi dalam tubuh untuk digunakan di kemudian hari, memelihara struktur dan susunan jaringan tubuh serta fungsi yang normal. Keadaan tersebut berhubungan dengan keadaan kesehatan tubuh, jika persediaan zat gizi tidak cukup didalam tubuh, maka akan terjadi kurang gizi, oleh karena keadaan tersebut diperlukan suatu penilaian sebagai dasar penentu tingkat gizi seseorang (Almatsier, 2004).

Jus'at dkk (2000) menyebutkan bahwa status gizi disebut seimbang atau gizi baik bila jumlah asupan zat gizi sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan status gizi tidak seimbang dapat dipresentasikan dalam bentuk kurang gizi yaitu bila jumlah asupan zat gizi kurang dari yang dibutuhkan dan dalam bentuk gizi lebih yaitu bila asupan zat gizi melebihi dari yang

dibutuhkan. Status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat gizi dalam jumlah berlebihan, sehingga menimbulkan efek toksis atau membahayakan. Gangguan gizi terjadi baik pada status gizi kurang, maupun status gizi lebih. Status gizi balita yang tidak seimbang menyebabkan pertumbuhan seorang anak akan terganggu, misalnya anak tersebut kurang gizi (*underweight*), kurus (*wasted*), pendek (*stunted*) atau gizi lebih (*overweight*).

Status gizi erat kaitannya dengan malnutrisi yaitu suatu keadaan patologis akibat kekurangan atau kelebihan secara relatif maupun absolut satu atau lebih zat gizi. Ada empat bentuk malnutrisi (Supriasa *et al*, 2002) :

1. *Under nutrition*: kekurangan konsumsi pangan secara relatif atau absolut untuk periode tertentu.
2. *Specific deficiency*: kekurangan zat gizi tertentu misalnya kekurangan vitamin A, yodium dan sebagainya.
3. *Over nutrition*: kelebihan konsumsi untuk periode tertentu.
4. *Imbalance*: karena disproporsi zat gizi, misalnya: penimbunan kolesterol terjadi karena tidak seimbangnya LDL (*Low Density Lipoprotein*), HDL (*high Density Lipoprotein*) dan VLDL (*Very Low Density Lipoprotein*).

Menurut Soetjiningsih (1998), ada 2 faktor utama yang mempengaruhi pertumbuhan anak, yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan. Pengaruh faktor lingkungan ini jauh lebih besar dibandingkan faktor genetik. Selanjutnya, untuk faktor lingkungan, dirinci menjadi lingkungan biologis, lingkungan fisik, faktor psikososial, faktor keluarga dan adat istiadat. Khususnya faktor keluarga, diidentifikasi beberapa variabel yang berpengaruh, yaitu jenis kelamin, besar keluarga, pendapatan keluarga, umur ibu, pendidikan, pekerjaan dan jumlah anak balita dalam keluarga, stabilitas rumah tangga, kepribadian ayah serta ibu, norma/tabu, agama, urbanisasi dan kebijakan politik.

Sedangkan Soekirman (2000) membagi faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi dalam 2 kategori besar, yaitu faktor internal dan

eksternal. Faktor internal yang dimaksud adalah faktor dalam tubuh manusia, faktor keturunan atau kelainan-kelainan tubuh. Faktor eksternal meliputi: tingkat pendidikan dan pengetahuan orang tua, latar belakang sosial budaya, daya beli keluarga dan jumlah anggota keluarga. Hadi (2002) juga mencatat, bahwa faktor pendidikan ibu berhubungan dengan baik tidaknya pertumbuhan anak. Faktor distribusi makanan dalam keluarga sebagai salah satu penyebab kurang energi protein, selain kemiskinan dan penyapihan yang tidak tepat.

Skema penyebab masalah gizi yang sudah diadaptasi oleh Depkes RI (Azwar 2004), karakteristik keluarga terletak pada pokok permasalahan yang ada di masyarakat. Pada dimensi ini, karakteristik keluarga tercermin pada tingkat pendidikan yang kurang, pengetahuan dan keterampilan yang kurang yang pada awalnya didorong oleh kurangnya pemberdayaan wanita serta keluarga.

Menurut pakar gizi dikatakan bahwa penurunan status gizi sudah mulai terjadi sejak usia dini, hal ini disebabkan oleh praktek pemberian ASI eksklusif yang salah dan terlalu dini memberikan pendamping air susu ibu (MP-ASI). Selanjutnya dikatakan bahwa MP-ASI adalah makanan pelengkap ASI untuk memenuhi kebutuhan bayi, dan diberikan setelah ASI Eksklusif sampai usia 24 bulan. Karena pada masa itu suplai zat gizi dari ASI tidak memenuhi kebutuhan gizi dan sekaligus memperkenalkan bayi dengan makanan keluarga. Selanjutnya dikatakan bahwa status gizi terbukti berpengaruh pada pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan intelektual, meningkatkan produktifitas, menurunkan angka kesakitan dan kematian (Azwar 2004).

### **2.3 Penilaian Status Gizi**

Penentuan status gizi dapat dilakukan berbagai cara antara lain secara biokimia, dietika, klinik dan antropometri. Salah satu cara termudah untuk menilai status gizi dilapangan adalah dengan cara antropometri, karena praktis dan teliti. Antropometri adalah ukuran dari bermacam-

macam dimensi tubuh manusia yang ukurannya relatif berbeda-beda menurut jenis kelamin, umur, dan keadaan gizi (Jelliffe, 1996).

Antropometri berasal dari kata *anthropos* dan *metros*. *Anthropos* artinya tubuh dan *metros* artinya ukuran. Jadi antropometri adalah ukuran tubuh. Pengertian ini bersifat sangat umum sekali. Jelliffe (1996) mengungkapkan bahwa: “*Nutritional anthropometry is measurement of the variations of the physical dimensions and the gross composition of the human body at age levels and degree of nutrition*“. Dari definisi tersebut diatas dapat ditarik pengertian bahwa antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain: berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas dan tebal lemak dibawah kulit.

Metode atau cara dalam menilai status gizi, secara garis besar dibedakan menjadi 2 jenis yaitu:

1. Penilaian status gizi secara langsung yang terdiri dari: biokimia, klinis, antropometri dan biofisik.
2. Penilaian status gizi secara tidak langsung terdiri dari: survey konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi. Penggunaan metode penilaian status gizi dengan pertimbangan tujuan, unit sampel jenis informasi tingkat reliabilitas dan akurasi, ketersediaan fasilitas dan peralatan, tenaga dan waktu penilaian (Suparisa *et al*, 2002).

### **Penilaian secara langsung**

#### **1. Metode Biokimia**

Penilaian status gizi secara biokimia disebut juga dengan metode pemeriksaan laboratorium, adalah mengukur kadar zat gizi didalam tubuh dan atau eksresi tubuh kemudian dibandingkan dengan suatu nilai normatif yang sudah ditetapkan. Misalnya menilai status zat besi (Fe) dengan mengukur kadar haemoglobin <11mg% maka disebut anemia (Depkes RI 2002). Untuk penilaian biokimia

disebut juga pemeriksaan laboratorium, spesimen yang biasa digunakan adalah darah, faeses, kelenjer tubuh, urine dan biopsi jaringan tubuh.

## 2. Penilaian Klinis

Penilaian status gizi secara klinis adalah mempelajari gejala yang muncul dari tubuh sebagai akibat dari kelebihan atau kekurangan salah satu zat gizi tertentu. Setiap zat gizi memberikan tampilan klinis yang berbeda, sehingga cara ini dianggap spesifik namun sangat subjektif. Contoh penilaian status gizi secara klinis adalah kekurangan vitamin A menyebabkan buta senja (*xeroptalmia*)

## 3. Penilaian Biofisik

Penilaian secara biofisik adalah dengan mengukur elastisitas dan fungsi jaringan tubuh. Cara ini jarang digunakan karena membutuhkan peralatan yang canggih, mahal dan tenaga terampil. Salah satu cara penilaian status gizi secara biofisik adalah untuk mengukur komposisi tubuh dengan metode *bioelectrical impedance*.

## 4. Penilaian Antropometri

Cara yang paling mudah, tidak membutuhkan peralatan yang mahal adalah pengukuran antropometri. Antropometri dapat diterapkan secara luas di lapangan. Sebagai contoh tiap bulan dilaksanakannya penimbangan balita di posyandu. Pengukuran antropometri mengandung 2 maksud; pertama untuk mendeskripsikan status gizi (penilaian dilakukan pada satu titik waktu) dan kedua pemantauan status gizi yaitu untuk melihat trend/ perubahan ukuran tubuh dari waktu ke waktu. Penimbangan balita di posyandu yang diplot hasilnya ke dalam KMS (Kartu Menuju Sehat) adalah salah satu contoh pemantauan status gizi (*nutritional monitoring*)

Pengukuran status gizi secara antropometri adalah pengukuran keadaan sebagai hasil penggunaan bahan makanan di dalam tubuh. Penentuan ambang batas diperlukan kesepakatan oleh ahli gizi. Ambang

batsa dapat disajikan kedalam tiga cara yaitu persen terhadap median, persentil dan standar deviasi (Supariasa *et al*, 2002). Menurut Gibson (1990) salah satu metode untuk menilai status gizi secara langsung adalah dengan antropometri. Antropometri berarti ukuran tubuh manusia, sehingga antropometri gizi berhubungan dengan berbagai pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi.

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Variabel BB dan TB anak ini disajikan dalam bentuk 3 indikator antropometri, yaitu: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Untuk menilai status gizi anak, maka angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversikan ke dalam bentuk nilai terstandar (*Z-score*) dengan menggunakan baku antropometri WHO 2005.

Selanjutnya berdasarkan nilai *Z-score* masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita dengan batasan sebagai berikut:

1. Berdasarkan indikator BB/U:

Kategori Gizi Buruk	$Z\text{-score} < -3,0$
Kategori Gizi Kurang	$Z\text{-score} \geq -3,0$ s/d $Z\text{-score} < -2,0$
Kategori Gizi Baik	$Z\text{-score} \geq -2,0$ s/d $Z\text{-score} \leq -2,0$
Kategori Gizi Kurang	$Z\text{-score} > 2,0$

2. Berdasarkan indikator TB/U:

Kategori Sangat Pendek	$Z\text{-score} < -3,0$
Kategori Pendek	$Z\text{-score} \geq -3,0$ s/d $Z\text{-score} < -2,0$
Kategori Normal	$Z\text{-score} \geq -2,0$

3. Berdasarkan indikator BB/TB:

Kategori Sangat Kurus	$Z\text{-score} < -3,0$
Kategori Kurus	$Z\text{-score} \geq -2,0$ s/d $Z\text{-score} < -3,0$
Kategori Normal	$Z\text{-score} \geq -2,0$ s/d $Z\text{-score} \leq +2,0$
Kategori Gemuk	$Z\text{-score} > 2,0$

Berat Badan menurut Umur (BB/U) dianggap tidak informatif bila tidak disertai dengan informasi Tinggi Badan menurut Umur (TB/U). Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Kesalahan penentuan umur akan menyebabkan interpretasi status gizi menjadi salah. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat dapat menjadi tidak berarti jika penentuan umur tidak tepat (Riyadi, 2003).

Indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) merupakan indikator yang baik untuk menyatakan status gizi karena BB/TB dapat memberikan gambaran proporsi berat badan relatif terhadap tinggi badan sehingga indeks ini dijadikan indikator kecurusan. Status gizi indikator berat badan menurut umur (BB/U) lebih mencerminkan status gizi saat ini. Berat badan menggambarkan massa tubuh (otot dan lemak) yang sangat sensitif terhadap perubahan mendadak, misalnya terserang penyakit infeksi, penurunan nafsu makan atau penurunan jumlah makanan yang dikonsumsi. Sebaliknya indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) menggambarkan pertumbuhan skletal yang dalam keadaan normal berjalan seiring dengan penambahan umur (Riyadi, 2003).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2010 status gizi balita (BB/U) di pulau Sumatera provinsi yang status gizi balitanya masuk 10 besar tertinggi yaitu provinsi Sumatera Utara menduduki peringkat ke 8 tertinggi di Indonesia yaitu sebesar 7,8% balita menderita gizi buruk.

Tabel 2.1.

**Prevalensi Status Gizi Balita (BB/U) Menurut Provinsi di Pulau Sumatera, Riskesdas 2010**

No	Provinsi	Status Gizi Menurut BB/U				Jumlah %
		Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Baik	Gizi Lebih	
		%	%	%	%	
1	Aceh	7,1	16,6	72,1	4,2	100
2	Sumatera Utara	7,8	13,5	71,1	7,5	100
3	Sumatera Barat	2,8	14,4	81,3	1,6	100
4	Riau	4,8	11,4	75,2	8,6	100
5	Jambi	5,4	14,3	76,3	4,1	100
6	Sumatera Selatan	5,5	14,4	74,5	5,6	100
7	Bengkulu	4,3	11,0	73,3	10,9	100
8	Lampung	3,5	10,0	79,8	6,8	100
9	Bangka Belitung	3,2	11,7	80,6	4,5	100
10	Kepulauan Riau	4,3	9,8	81,3	4,6	100
	Sumatera	4,9	12,5	76,5	5,8	100

Sumber : Riskesdas 2010

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2010 untuk status gizi balita menurut TB/U, yang menduduki peringkat 4, 5, 6 tertinggi di Indonesia untuk masalah gizi balita yang sangat pendek yaitu provinsi Aceh sebesar 24%, Sumatera Utara sebesar 23,4%, dan Sumatera Selatan sebesar 23,1%

Tabel 2.2

**Prevalensi Status Gizi Balita (TB/U) Menurut Provinsi di Pulau Sumatera, Riskesdas 2010**

No	Provinsi	Status Gizi Menurut TB/U			Jumlah %
		Sangat Pendek	Pendek	Normal	
		%	%	%	
1	Aceh	24,2	14,8	61,1	100
2	Sumatera Utara	23,4	18,9	57,7	100
3	Sumatera Barat	14,3	18,4	67,2	100
4	Riau	19,6	12,5	67,8	100
5	Jambi	15,4	14,8	69,8	100
6	Sumatera Selatan	23,1	17,3	59,6	100
7	Bengkulu	18,3	13,3	68,4	100
8	Lampung	20,6	15,6	63,7	100
9	Bangka Belitung	12,5	16,6	71,0	100
10	Kepulauan Riau	11,4	15,5	73,1	100
	Sumatera	18,3	15,8	65,9	100

Sumber : Riskesdas 2010

Sedangkan hasil Riskesdas tahun 2010 untuk status gizi balita menurut BB/TB, provinsi Jambi yang paling tinggi untuk masalah gizi balita sangat kurus di Indonesia yaitu sebesar 11,3%, disusul oleh provinsi Riau dan Bengkulu yaitu sebesar 9,7% dan 9,2%.

Tabel 2.3

**Prevalensi Status Gizi Balita (BB/TB) Menurut Provinsi di Pulau Sumatera, Riskesdas 2010**

No	Provinsi	Status Gizi Menurut BB/TB				Jumlah
		Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk	
		%	%	%	%	%
1	Aceh	6,3	7,9	69,6	16,2	100
2	Sumatera Utara	5,6	8,4	67,6	18,3	100
3	Sumatera Barat	4,0	4,2	83,5	8,3	100
4	Riau	9,2	8,0	66,8	16,0	100
5	Jambi	11,3	8,7	70,4	9,6	100
6	Sumatera Selatan	7,3	7,3	68,7	16,8	100
7	Bengkulu	9,7	8,1	66,7	15,5	100
8	Lampung	5,4	8,5	69,6	16,4	100
9	Bangka Belitung	1,7	5,8	82,8	9,6	100
10	Kepulauan Riau	2,0	6,0	81,4	10,6	100
	Sumatera	6,3	7,3	72,7	13,7	100

Sumber : Riskesdas 2010

#### 2.4 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi

Menurut teori H.L Blum (1981), status gizi kesehatan masyarakat dipengaruhi secara simultan oleh empat faktor penentu yang saling berinteraksi satu sama lain. Keempat faktor penentu tersebut adalah: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Konsep itu menunjukkan bahwa status kesehatan termasuk status gizi dipengaruhi oleh lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Faktor lingkungan antara lain lingkungan fisik, biologis dan sosial memegang peranan terbesar dalam menentukan status kesehatan dan gizi. Selanjutnya faktor yang cukup berpengaruh adalah faktor perilaku yang berkaitan dengan pengetahuan dan pendidikan yang menentukan perilaku seseorang atau kelompok untuk berperilaku sehat atau tidak sehat. Faktor pelayanan kesehatan memegang peranan yang lebih kecil dalam menentukan status kesehatan dan gizi dibandingkan dengan kedua faktor tersebut, sedangkan

faktor keturunan mempunyai pengaruh yang lebih kecil dibandingkan faktor lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan model penyebab kurang gizi yang dikembangkan UNICEF 1998, gizi salah (*malnutrition*) disebabkan oleh banyak faktor yang saling terkait baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan tidak cukupnya asupan gizi secara kuantitas maupun kualitas, sedangkan secara tidak langsung dipengaruhi oleh jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, pola asuh yang kurang memadai, kurang baiknya kondisi sanitasi lingkungan serta rendahnya ketahanan pangan ditingkat rumah tangga (Azwar, 2004). Apabila gizi kurang dan gizi buruk terus terjadi dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional. Secara perlahan kekurangan gizi akan berdampak pada tingginya angka kematian ibu, bayi dan balita, serta rendahnya umur harapan hidup. Selain itu, dampak kekurangan gizi terlihat juga pada rendahnya partisipasi sekolah, rendahnya pendidikan, serta lambatnya pertumbuhan ekonomi (BAPPENAS, 2007).

Faktor ibu yang berperan nyata terhadap resiko kurang gizi adalah berat badan yang lebih rendah, tinggi badan lebih rendah dan indeks massa tubuh yang kurang, sedangkan yang tidak berperan nyata adalah haemoglobin. Pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi kurang berperan nyata dalam resiko gizi kurang. Pengetahuan yang berperan nyata hanya pengetahuan tentang sumber vitamin dan mineral, sedangkan yang tidak berperan nyata adalah tentang manfaat oralit, larutan gula garam, pengetahuan tentang sanitasi lingkungan, pengetahuan gizi tentang sumber zat tenaga dan pembangun, pengetahuan komposit tentang kesehatan (Sanjaya, 2001).

## 2.5 Asupan Zat Gizi

Masalah gizi timbul karena dipengaruhi oleh ketidak seimbangan asupan makanan. Konsumsi pangan dengan gizi yang cukup serta seimbang merupakan salah satu faktor penting yang menentukan tingkat kesehatan dan *inteligensia* manusia. Kecekupan zat gizi seseorang akan

mempengaruhi keseimbangan perkembangan jasmani dan rohani yang bersangkutan (Apriantono, 2005).

Pangan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk peningkatan kualitas fisik, mental dan kecerdasan. Oleh karena itu asupan pangan masih perlu dipelajari sebab berhubungan dengan keadaan kesehatan dan gizi masyarakat atau individu disuatu wilayah (Prihatini et al, 2005). Status gizi buruk pada anak balita akibat dari asupan gizi yang jelek, cenderung meningkat seiring dengan menurunnya kemampuan masyarakat memperoleh pangan (Aritonang, 2004).

Tingkat konsumsi energi dan protein termasuk gizi makro yang sering digunakan sebagai salah satu indikator yang dipakai untuk menentukan kesejahteraan masyarakat (Soekirman, 2006). Hasil Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi (WKNPG) VIII tahun 2004 menetapkan rekomendasi rata-rata kecukupan energi untuk usia 7 – 11 bulan sebesar 650 kkal/kapita/hari dan kecukupan protein 16 gr/kapita/hari. Makanan yang ideal harus mengandung cukup energi dan semua zat gizi esensial (komponen bahan makanan yang tidak dapat disintesis oleh tubuh sendiri akan tetapi diperlukan bagi kesehatan dan pertumbuhan) harus tersedia dalam jumlah yang cukup sesuai dengan kebutuhan sehari-harinya. Jumlah energi dan protein yang dibutuhkan untuk pertumbuhan normal tergantung dari kualitas zat gizi yang dimakan, bagaimana zat gizi dicerna (*digestibility*), bagaimana zat gizi diserap (*absorpsi*) dan penggunaan tubuh itu sendiri (Pudjiadi, 2003).

Asupan yang kurang disebabkan oleh banyak faktor antara lain:

1. Tidak tersedianya makanan secara adekuat, tidak tersedianya makanan yang adekuat terkait langsung dengan kondisi sosial ekonomi. Kemiskinan sangat identik dengan tidak tersedianya makanan yang adekuat. Data di Indonesia dan negara lain menunjukkan bahwa adanya hubungan timbal balik antara kurang gizi dan kemiskinan. Kemiskinan merupakan faktor penyebab pokok atau akar masalah kurang gizi. Proporsi anak malnutrisi berbanding terbalik dengan

pendapatan. Makin kecil pendapatan penduduk, makin tinggi persentase anak yang kekurangan gizi.

2. Anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang, makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu, dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya akan berkonsentrasi terhadap status gizi bayi. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disiapkan sendiri di rumah. Pada keluarga dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah seringkali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi balita karena kurangnya pengetahuan.
3. Pola makan yang salah, pola asuh anak berpengaruh pada timbulnya kurang gizi. Anak yang diasuh ibunya sendiri dengan kasih sayang, apalagi ibunya berpendidikan, mengerti soal pentingnya ASI, manfaat pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan yang bersih, meskipun sama-sama miskin, ternyata anaknya lebih sehat. Unsur pendidikan perempuan berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak. Sebaliknya sebagian anak yang gizi kurangnya ternyata diasuh oleh nenek atau pengasuh yang juga miskin dan tidak berpendidikan. Banyaknya perempuan yang meninggalkan desa untuk mencari kerja dikota bahkan menjadi TKI, kemungkinan juga dapat menyebabkan anak menderita gizi kurang. Kebiasaan, mitos ataupun kepercayaan / adat istiadat masyarakat tertentu yang tidak benar dalam pemberian makanan akan sangat merugikan anak. Misalnya kebiasaan memberi minum bayi hanya dengan air putih, memberikan makanan padat terlalu dini, berpantang pada makanan tertentu (misalnya tidak memberikan anak-anak daging, telur, santan dll), hal ini menghilangkan kesempatan anak untuk mendapat asupan lemak, protein maupun kalori yang cukup.
4. Penyakit infeksi (*frequent infection*)

Menjadi penyebab terpenting kedua kekurangan gizi, apalagi di negara-negara terbelakang dan yang sedang berkembang seperti Indonesia, dimana kesadaran akan kebersihan/ personal hygiene yang masih kurang, serta ancaman endemisitas penyakit tertentu, khususnya infeksi kronik seperti misalnya Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), Diare, Tuberculosis (TBC) masih sangat tinggi. Kaitan infeksi dan kurang gizi seperti layaknya lingkaran setan yang sukar diputuskan, karena keduanya saling terkait dan saling memperberat.

#### 2.5.1 Kebutuhan Energi

Kebutuhan energi dapat didefinisikan sebagai suatu tingkat masukan energi yang diperoleh dari makanan yang akan mengimbangi pengeluaran atau pemakaian energi oleh tubuh seseorang yang sehat. Penggunaan energi seseorang sangat dipengaruhi oleh basal metabolisme, penggunaan energi untuk aktivitas tubuh dan beban energi untuk pengolahan dan penggunaan makanan. Semua kebutuhan energi harus dihitung secara akurat dari semua komponen diet yang dikonsumsi.

#### 2.5.2 Kebutuhan Protein

Protein dalam tubuh merupakan sumber asam amino esensial yang diperlukan sebagai zat pembangun yaitu:

- a. Pembentukan dan pematangan protein dalam serum, haemoglobin, enzim, hormon dan antibodi.
- b. Menggantikan sel-sel yang rusak.
- c. Memelihara keseimbangan asam basa cairan tubuh.
- d. Sumber energi.

Kebutuhan protein bayi dan anak relatif lebih besar bila dibandingkan dengan orang dewasa. Angka kebutuhan protein bergantung pada mutu protein. Semakin baik mutu protein, semakin rendah angka kebutuhan protein. Semakin baik mutu protein, semakin rendah angka kebutuhan protein. Mutu protein tergantung susunan asam amino yang

membentuknya terutama asam amino esensial. Kecukupan protein yang dianjurkan untuk bayi dan anak berkisar antara 2 – 2,5 gr/kg berat badan.

### 2.5.3 Kebutuhan Lemak

Lemak merupakan sumber kalori konsentrasi tinggi (1 gram lemak menghasilkan 9 kkal). Tiga fungsi penting lemak yaitu: sebagai sumber lemak esensial, zat pelarut vitamin A, D, E, K dan pemberi rasa sedap pada makanan. Kebutuhan akan lemak tidak dinyatakan dalam angka mutlak. Dianjurkan 15-20% energi total berasal dari lemak, 1-2% energi total berasal dari asam lemak esensial (*asam linoleat*) (Almatsier, 2004).

### 2.5.4 Kebutuhan Karbohidrat

Karbohidrat dibutuhkan sebagai sumber energi (1 gr karbohidrat menghasilkan 4 kkal). Dianjurkan 60-70% energi total berasal dari karbohidrat. Pada ASI dan sebagian besar formula bayi, 40-50% kandungan kalori berasal dari hidrat arang, terutama laktosa. Salah satu keuntungan adanya laktosa dalam makanan bayi terjadi pembentukan flora yang bersifat asam dalam usus besar yang meningkatkan absorpsi kalsium dan menurunkan absorpsi *fenol*.

### 2.5.5 Angka Kecukupan Gizi (AKG)

Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan (AKG) adalah pedoman kuantitatif untuk mikronutrien, energi dan protein yang penting, khususnya dalam mencegah defisiensi pada berbagai subkelompok populasi (Gibney *et al*, 2009). AKG dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, aktivitas, berat badan, tinggi badan, genetika, dan keadaan fisiologis seperti hamil atau menyusui. Angka kecukupan gizi berbeda dengan angka kebutuhan gizi. Angka kebutuhan gizi menggambarkan banyaknya gizi minimal yang dibutuhkan seseorang untuk mempertahankan status gizi adekuat.

Angka kecukupan energi dan protein untuk balita umur 0-6 tahun berdasarkan SK Menkes RI Nomor: 1593/ Menkes/ SK/XI/2005 tanggal

24 November 2005, tentang angka kecukupan gizi yang dianjurkan bagi bangsa Indonesia, disajikan pada tabel 2.4.

Tabel 2.4 Angka Kecukupan Gizi bagi Anak Usia 0-6 tahun (per hari)

No	Kelompok Umur	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (Cm)	Energi (Kkal)	Protein (gram)
1	0 - 6 bulan	6,0	60	550	10
2	7 – 11 bulan	8,5	71	650	16
3	1 – 3 tahun	12,0	90	1.000	25
4	4 - 6	17,0	110	1.550	39

Sumber: LIPI (2004)

## 2.6 Pendapatan Keluarga

Daya beli keluarga sangat ditentukan oleh tingkat pendapatan keluarga. Orang miskin biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatannya untuk makanan. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang cukup. Ada pula keluarga yang sebenarnya mempunyai penghasilan cukup namun sebagian anaknya berstatus kurang gizi. Pada umumnya tingkat pendapatan naik jumlah dan jenis makanan cenderung untuk membaik tetapi mutu makanan tidak selalu membaik. Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin paling rentan terhadap kurang gizi diantara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling dipengaruhi oleh kekurangan pangan. Jumlah keluarga juga mempengaruhi keadaan gizi anak (Suhardjo, 2002).

Status sosial ekonomi keluarga dapat dilihat dari besarnya pendapatan atau pengeluaran keluarga, baik pangan maupun nonpangan selama satu tahun terakhir. Pendapatan keluarga adalah besarnya rata-rata penghasilan yang diperoleh dari seluruh anggota keluarga. Pendapatan keluarga tergantung pada jenis pekerjaan kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya. Jika pendapatan masih rendah maka kebutuhan pangan cenderung lebih dominan dari pada kebutuhan nonpangan. Sebaliknya, jika

pendapatan meningkat maka pengeluaran untuk nonpangan akan semakin besar, mengingat kebutuhan pokok makanan sudah terpenuhi (Huseini *et al*, 2000). Hal ini sesuai dengan *Hukum Engel* bahwa semakin tinggi pendapatan maka persentase pendapatan yang dikeluarkan untuk pangan semakin kecil (Todaro & Smith, 2009)

Menurut BAPPENAS (2007) dari berbagai faktor penyebab masalah gizi, kemiskinan dinilai memiliki peranan penting dan bersifat timbal balik, artinya kemiskinan akan menyebabkan kekurangan gizi dan individu yang kurang gizi akan berakibat atau melahirkan kemiskinan. Masalah kurang gizi memperlambat pertumbuhan ekonomi dan mendorong proses pemiskinan melalui tiga cara. Pertama, kurang gizi secara langsung menyebabkan hilangnya produktivitas karena kelemahan fisik. Kedua, kurang gizi secara tidak langsung menurunkan kemampuan fungsi kognitif dan berakibat rendahnya tingkat pendidikan. Ketiga, kurang gizi dapat menurunkan tingkat ekonomi keluarga karena meningkatnya pengeluaran untuk berobat.

Tingkat pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan terhadap kualitas makanan yang dikonsumsi. Dengan demikian, terdapat hubungan yang erat antara pendapatan dan keadaan status gizi. Rendahnya pendapatan menyebabkan rendahnya daya beli terhadap makanan menjadi rendah dan konsumsi pangan keluarga akan berkurang. Kondisi ini akhirnya akan mempengaruhi kesehatan dan status gizi keluarga (Riyadi *et al*, 1990).

## 2.7 Besarnya Keluarga

Besarnya anggota keluarga adalah jumlah semua keluarga yang menjadi tanggungan kepala keluarga, tinggal satu atap dan makan dari satu dapur. Semakin besar suatu keluarga maka semakin sedikit perhatian yang diperoleh anak dari orang tua.

Hubungan antara laju kelahiran yang tinggi dan kurang gizi, sangat nyata pada masing-masing keluarga. Sumber pangan keluarga, terutama mereka yang sangat miskin akan lebih mudah memenuhi kebutuhan

makanan jika yang harus diberi makanan jumlahnya sedikit. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga yang besar mungkin cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut, tetapi tidak cukup untuk mencegah gangguan gizi pada keluarga yang besar tersebut (Suhardjo, 2002).

## 2.8 Pendidikan Ibu

Pendidikan ibu merupakan modal utama dalam menunjang ekonomi keluarga juga berperan dalam penyusunan makan keluarga, serta perusahaan dan perawatan. Bagi keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menerima informasi kesehatan khususnya dibidang gizi sehingga dapat menambah pengetahuannya dan mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari (Depkes, 1999).

Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal yang pernah di alami seseorang dan berijazah. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang dalam kesehatan terutama pada pola asuh anak, alokasi sumber daya zat gizi serta utilisasi informasi lainnya. Rendahnya tingkat pendidikan ibu menyebabkan berbagai keterbatasan dalam menangani masalah gizi dan keluarga serta anak balitanya.

Tingkat pendidikan merupakan sala satu indikator sosial dalam masyarakat karena melalui pendidikan sikap tingkah laku manusia dapat meningkat dan berubah citra sosialnya. Disamping itu tingkat pendidikan dapat juga dijadikan sebagai cermin keadaan sosial ekonomi didalam masyarakat. Tujuan akhir dari suatu pendidikan pada dasarnya adalah untuk menghilangkan faktor-faktor perilaku dan sosial budaya yang merupakan hambatan bagi perbaikan kesehatan, menumbuhkan perilaku dan sosial budaya yang positif sehingga baik individu maupun masyarakat itu dapat meningkatkan sendiri taraf kesehatan masyarakat (Soekirman, 2000).

Pendidikan yang dimiliki wanita bukan hanya bermanfaat bagi penambahan pengetahuan dan peningkatan kesempatan kerja yang dimilikinya, akan tetapi juga merupakan bekal atau sumbangan dalam

upaya memenuhi kebutuhan dirinya serta mereka yang tergantung padanya. Wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih baik taraf kesehatannya. Peran organisasi wanita seperti PKK untuk menjangkau kelompok wanita yang lebih dalam peningkatan kesejahteraan termasuk taraf gizi dan kesehatan yang lebih baik

Tingkat pendidikan ibu berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam mengelola rumah tangga, termasuk dalam hal konsumsi pangan keluarga sehari-hari, perilaku hygiene ibu. Tingkat pendidikan ibu jug menentukan aksesnya kepada pola pengasuhan yang tepat dan akses kesarana pelayanan kesehatan. Hasil penelitian Madanijah (2003) menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara pendidikan ibu dengan pengetahuan gizi, kesehatan dan pengasuhan anak. Ibu dengan pendidikan yang tinggi cenderung memiliki pengetahuan gizi, kesehatan dan pengasuhan anak yang baik.

## **2.9 Penyakit Infeksi**

Infeksi adalah masuknya, bertumbuh dan berkembangnya agent penyakit menular dalam tubuh manusia atau hewan. Infeksi tidaklah sama dengan penyakit menular karena akibatnya mungkin tidak kelihatan atau nyata. Adanya kehidupan *agent* menular pada permukaan luar tubuh, atau pada barang, pakaian atau barang-barang lainnya, bukanlah infeksi tetapi merupakan kontaminasi pada permukaan tubuh atau benda (Noor, 1997).

Infeksi berat dapat memperburuk keadaan gizi melalui gangguan masukan makanannya dan meningkatnya kehilangan zat-zat gizi esensial tubuh. Sebaliknya malnutrisi walaupun ringan berpengaruh negatif terhadap daya tahan tubuh terhadap infeksi (Pudjiadi, 2003).

Ada hubungan yang erat anatara infeksi (bakteri, virus dan parasit) dengan malnutrisi. Mereka menekankan interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi, dan juga infeksi akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat malnutrisi. Mekanisme patologisnya dapat bermacam-macam, baik secara sendiri-sendiri maupun bersamaan, yaitu:

1. Penurunan asupan zat gizi akibat kurangnya nafsu makan, menurunnya absorpsi, dan kebiasaan mengurangi makan pada saat sakit.
2. Peningkatan kehilangan cairan/zat gizi akibat diare, mual/muntah dan pendarahan yang terus menerus.
3. Meningkatnya kebutuhan, baik dari peningkatan kebutuhan akibat sakit (*human host*) dan parasit yang terdapat dalam tubuh.

Pada umumnya baik infeksi umum maupun infeksi lokal, dapat respon metabolik bagi penderitanya, yang disertai dengan kekurangan zat gizi. Penelitian yang dilakukan, ditemui bahwa kurang gizi, dapat menyebabkan gangguan pada pertahanan tubuh. Di lain pihak, pada infeksi akan memberikan efek berupa gangguan pada tubuh, yang dapat menyebabkan kekurangan gizi. Penyakit infeksi dapat menyebabkan kurang gizi sebaliknya kurang gizi juga menyebabkan penyakit infeksi. Ada tendensi dimana, adanya penyakit infeksi, malnutrisi (gizi lebih atau gizi kurang), yang terjadi secara bersamaan dimana akan bekerjasama (secara sinergis), hingga suatu penyakit infeksi yang baru akan menyebabkan tingginya angka kematian di negara tersebut (Supriasa *et al*, 2002).

Terjadinya hubungan timbal balik antara kejadian infeksi penyakit dan gizi kurang maupun gizi buruk. Anak yang menderita gizi kurang dan gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan, sehingga rentan terhadap penyakit infeksi. Anak yang menderita sakit infeksi juga akan cenderung menderita gizi buruk (Depkes, 1999).

Menurut John Rohde dkk, kematian bayi sebesar 57% dan 54% kematian anak di Jawa disebabkan karena kurang gizi yang disertai penyakit infeksi yang sebenarnya bukanlah penyakit berbahaya apabila penyakit ini menyerang anak yang status gizinya baik (Rohde *et al*, 1978). Beberapa penyakit infeksi yang sering diderita oleh anak antara lain:

### 2.9.1 Diare

Bayi dan balita dinyatakan menderita diare, apabila buang air besar tidak normal atau bentuk tinja encer dengan frekuensi buang air besar lebih dari 3 kali. Diare yang bersifat akut dapat berubah menjadi kronis. Diare akut yaitu diare yang berlangsung secara mendadak, tanpa gejala gizi kurang dan demam serta berlangsung beberapa hari. Sedangkan yang dimaksud diare kronik yaitu diare yang berlanjut sampai lebih dari 2 minggu, biasanya disertai dehidrasi (penderita banyak kehilangan cairan dan elektrolit tubuh) (Sulistijani & Maria, 2003).

Gizi kurang dan diare sering dihubungkan satu sama lain, walaupun diakui bahwa sulit menentukan kelainan yang mana yang terjadi lebih dahulu, gizi kurang, diare atau sebaliknya. Akibat diare yaitu tubuh banyak mengeluarkan cairan (dehidrasi) dan mineral, terjadi gangguan gizi karena makanan yang diserap kurang, sedangkan pengeluaran energi bertambah, kadar gula darah dalam tubuh menurun (dibawah normal) atau hipoglikemia dan sirkulasi darah terganggu (Sulistijani & Maria, 2003).

### 2.9.2 Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA)

ISPA atau Infeksi Saluran Pernafasan Akut, istilah ini diadaptasi dari istilah dalam bahasa Inggris *Acute Respiratory Infections (ARI)*. Istilah ASPA meliputi tiga unsur yaitu infeksi, saluran pernafasan dan akut. Salah satu penyebab kematian bayi dan anak balita disebabkan oleh ISPA yang diakibatkan oleh penyakit pneumonia (infeksi paru yang berat). Pneumonia adalah penyakit karena infeksi pada bagian saluran pernafasan (paru-paru), yang disebabkan oleh bakteri atau virus. Tanda-tandanya, batuk, pilek, nafas cepat, dan kesulitan bernafas (Sulistijani & Maria, 2003).

Pemeliharaan gizi anak harus diperhatikan sebagai upaya pencegahan terhadap penyakit infeksi. Pemberian imunisasi terhadap beberapa penyakit seperti penyakit tuberkulosa, campak, polio dan sebagainya harus dilakukan sesuai waktu. Disamping itu pemeliharaan

hygiene dan sanitasi lingkungan sangat penting sebagai upaya pencegahan infeksi (Moehji, 2003).

### 2.9.3 Tuberkulosis Paru (TB Paru)

Tuberkulosis Paru adalah penyakit paru akibat infeksi kompleks organisme M Tuberkulosis. Semua infeksi paru disebabkan oleh inhalasi tetes berintil yaitu partikel kecil (1-5 $\mu$ m) dari sekresi saluran pernafasan yang berisi sedikit (1-3) *basilus tuberkel*. Tetes berintil biasanya dihasilkan bila individu dengan penyakit saluran pernafasan yang diakibatkan M Tuberkulosa mengalami batuk, bersin atau bicara. Sekresi ini tetap mengambang di udara sampai terhisap, kemudian dapat mencapai ruangan alveolus dalam paru karena ukurannya sangat kecil.

Penyakit tuberkulosis atau lazim disebut TBC merupakan suatu penyakit menular yang dapat menyerang semua kelompok masyarakat. Semua orang dari berbagai golongan umur, status ekonomi, ras maupun suku bangsa dan tempat tinggal memiliki resiko untuk terkena penyakit TBC (Prabu, 1996).

Individu dengan nutrisi buruk atau dibawah standar, kehidupan yang penuh sesak dan penderita dengan silikosis, kanker, diabetes melitus atau infeksi bersama HIV dan orang-orang yang mendapat imunosupresif kortikosteroid atau obat sitotoksik terutama rentan terhadap tuberkulosis. Insiden kematian yang disebabkan tuberkulosis sudah jauh menurun sesudah ditemukannya kemoterapi. Akan tetapi akhir-akhir tahun ini cenderung mengalami peningkatan kematian. Hal ini disebabkan oleh meburuknya keadaan sosial ekonomi dan kesehatan individu seperti kemiskinan dan nutrisi yang kurang memadai.

Infeksi tuberkulosis jauh lebih berat pada anak-anak yang menderita kekurangan gizi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa insiden komplikasi tuberkulosis yang berat dan progresif ternyata menurun dengan adanya perbaikan gizi anak. Apabila penderita gizi buruk tidak menunjukkan perbaikan setelah diberi diet yang cukup biasanya ditemukan infeksi tuberkulosis dan sesudah diadakan terapi maka gizi anak langsung

membaik. Apabila balita mengalami infeksi, maka akan terjadi suatu keadaan undernutrisi selama 2 – 3 minggu berikutnya. Dengan demikian keadaan gizi yang buruk akan mempermudah penyebaran basil TBC dalam tubuh sehingga terjadi TBC miliaris.

## **2.10 Sanitasi Lingkungan**

Perilaku dapat diartikan sebagai suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respon ini berbentuk 2 macam yaitu bentuk pasif dan aktif. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu didalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Sedangkan bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung, misalnya ibu membawa anaknya ke puskesmas (Notoatmodjo, 2003).

Hygiene adalah cara atau kebiasaan hidup seseorang untuk menjaga kesehatannya sebagai salah satu cara pencegahan terjadinya penyakit baik pada dirinya maupun pada orang lain. Lebih khusus lagi hygiene perorangan adalah semua hal yang berhubungan dengan kebersihan badan. Hygiene perorangan penting karena bagian-bagian tubuh seperti tangan, rambut, hidung dan mulut merupakan jalan masuk mikroba untuk mencemari makanan selama penyiapan, pengolahan dan penyajian melalui sentuhan dan pernafasan (Kamus Gizi, 2009).

Range et al (1997) dalam Yuliati (2008) menyatakan bahwa pola asuh kesehatan tidak terlepas dari praktek hidup bersih yang diterapkan oleh ibu. Kebersihan adalah faktor yang besar pengaruhnya terhadap kesehatan. Menurut Depkes RI (1999), anak harus dapat belajar menjaga kesehatannya sendiri sejak dini, antara lain memotong kuku setiap minggu dan menjaga kebersihannya, menggosok gigi dua kali sehari, mandi dengan sabun dua kali sehari, mencuci rambut (keramas), mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan sesudah buang air besar, menggunakan alas kaki saat berada diluar rumah dan sebagainya.

Pola asuh kesehatan anak dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu. Hasil penelitian di Ghana yang dilakukan oleh Klemesu dan Margaret (2000) mengungkapkan bahwa pendidikan yang dimiliki ibu sangat berhubungan dengan pola asuh kesehatan. Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembuangan kotoran, persediaan air bersih dan sebagainya (Notoadmojo, 2003).

#### 2.10.1 Sarana Pembuangan Air Limbah

Air limbah atau air buangan adalah sisa air yang dibuang yang berasal dari rumah tangga, industri maupun tempat-tempat umum lainnya dan pada umumnya mengandung bahan-bahan atau zat-zat yang dapat membahayakan bagi kesehatan manusia serta mengganggu lingkungan hidup. Batasan lain mengatakan bahwa air limbah adalah kombinasi dari cairan dan sampah cair yang berasal dari daerah pemukiman, perdagangan, perkantoran dan industri, bersama-sama dengan air tanah, air permukaan dan air hujan yang mungkin ada. Dari batasan tersebut dapat disimpulkan bahwa air buangan adalah air yang tersisa dari kegiatan manusia, baik kegiatan rumah tangga maupun kegiatan lain seperti industri, perhotelan dan sebagainya. Meskipun merupakan air sisa, namun volumenya besar, karena lebih kurang 80% dari air yang digunakan bagi kegiatan-kegiatan manusia sehari-hari tersebut dibuang lagi dalam bentuk yang sudah kotor (tercemar). Selanjutnya air limbah ini akhirnya akan mengalir ke sungai dan laut dan akan digunakan oleh manusia lagi. Oleh sebab itu, air buangan ini harus dikelola secara baik.

#### 2.10.2 Air Bersih dan Sanitasi

Sumber air meliputi:

##### a. Air permukaan

Air permukaan terdiri dari air sungai, air danau dan air waduk. Apabila ingin dikonsumsi maka diperlukan pengolahan terlebih dahulu. Air sungai dapat terjadi melalui air permukaan bumi

(misalnya dari air hujan), air tanah (air mata air), campuran dari keduanya. Karakteristik air sungai pada umumnya dimusim penghujan debitnya cukup besar akan tetapi kualitas airnya jelek. Sedangkan pada musim kemarau debit air sedikit dengan kualitas yang baik, kecuali air sungai di kota yang terpolusi.

b. Air tanah (dangkal dan dalam )

Air tanah merupakan air yang jatuh ke permukaan bumi dan meresap kedalam tanah. Pada saat proses pengaliran dan peresapan, mengalami proses penyaringan alamiah, sehingga jumlah dan jenis mikroba maupun kadar kimia yang terkandung didalam air tersebut berkurang, tergantung dari lapisan tanah yang dilaluinya.

c. Air angkasa

Air angkasa terdapat di atmosfer, meliputi air hujan, embun dan salju. Pada umumnya kualitas cukup baik, tapi dapat pula terkontaminasi oleh polutan di udara sehingga dapat mengakibatkan kerusakan terhadap logam yaitu timbulnya karat. Air hujan bersifat lunak karena tidak sedikit mengandung garam dan zat mineral sehingga kurang segar. Air hujan mengandung beberapa zat yang ada di udara seperti  $\text{NH}_3$ ,  $\text{SO}_3$  dan  $\text{CO}_2$  agresif sehingga bersifat korosif. Dari segi bakteriologi relatif lebih bersih tergantung tempat penampungan. Air hujan bisa dijadikan sumber air bagi masyarakat.

## 2.11 Pemantauan Pertumbuhan Anak

Kejadian gizi buruk tidak secara akut tetapi ditandai dengan kenaikan berat badan anak yang tidak cukup selama beberapa bulan sebelumnya yang bisa diukur dengan melakukan penimbangan setiap bulan (Depkes, 2005). Penimbangan balita setiap bulan yang dilakukan di posyandu merupakan sarana efektif untuk memantau pertumbuhan dan melakukan aksi koreksi secara dini jika terjadi gangguan pertumbuhan sehingga tidak berkembang menjadi gizi buruk. Namun, kinerja pemantauan pertumbuhan di posyandu dilaporkan belum optimal, sehingga

kasus-kasus gizi buruk lebih banyak ditemukan diluar mekanisme posyandu (Depkes, 2005).

Posyandu adalah suatu forum komunikasi dan alih teknologi pelayanan kesehatan oleh dan untuk masyarakat yang mempunyai nilai strategis untuk pengembangan manusia sejak dini. Berdasarkan Inmendagri nomor 23/1989 tentang Kelompok Kerja Operasional Posyandu (Pokjnal Posyandu), secara konseptual posyandu adalah kegiatan dari, oleh dan untuk masyarakat dengan bantuan teknis dari petugas (Depkes, 2005).

Pembentukan posyandu pada awalnya, berdasarkan instruksi bersama Mendagri, Menkes dan Kepala BKKBN tertanggal 22 April 1985, posyandu adalah penyatuan atau penyerasian paling sedikit dua program. Pada perkembangan berikutnya, dikenal 5 program prioritas di posyandu, yaitu program gizi, kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana (KB), imunisasi dan penanggulangan diare. Kelima program ini sering disebut K5P atau keterpaduan 5 program (Depkes, 2005). Selain kelima program tersebut, posyandu mempunyai kegiatan penunjang lainnya, seperti: dana sehat, koperasi simpan pinjam dan arisan.

Program gizi yang dilaksanakan di posyandu adalah: pemantauan pertumbuhan balita atau yang dikenal dengan penimbangan bulanan balita (meja 1 sampai 3), penyuluhan gizi di meja 4, pemberian makanan tambahan (PMT), pemberian paket pertolongan gizi (PPPG) dan kegiatan penunjang lainnya sesuai kemampuan pengelola posyandu. Kegiatan penunjang ini antara lain: demo pembuatan makanan pendamping ASI untuk anak, praktek masak non beras, penyuluhan tanaman pekarangan, pembagian MP-ASI (pabrikasi) dan lain-lain.

Penimbangan bulanan balita pada hakekatnya adalah upaya pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita disertai kegiatan promosi. Dalam beberapa literatur disebut *growth monitoring and promotion (GMP)*. Bank dunia menggunakan istilah *growth promotion*. Selanjutnya dalam tulisan ini diterjemahkan menjadi program promosi dan pemantauan pertumbuhan balita atau disingkat P3B. Dalam program P3B

tercakup kegiatan menimbang (*weighing*), pencatatan hasil penimbangan di KMS (*charting*), identifikasi masalah pertumbuhan (*identifying*), dan promosi atau penyuluhan terkait hasil penimbangan (*responding to promote*).

Seorang anak yang mengikuti secara rutin (teratur) pemantauan pertumbuhan diharapkan dapat terlindungi dari kemungkinan gangguan pertumbuhan yang serius, seperti gizi buruk. Panduan surveilans gizi dijelaskan, seorang anak yang mengalami 3 kali tidak naik berat badan atau berat badan berada dibawah garis merah, maka dikatakan mengalami gangguan pertumbuhan dan harus segera mendapat penanganan (*treatment*) agar tidak berkembang menjadi gizi buruk. Peranan ibu atau pengantar anak (*caretaker*) sangat menentukan. Proses pemantauan pertumbuhan yang tidak melibatkan mereka (dalam penyuluhan gizi, misalnya) merupakan proses yang gagal (Grant, 1987). Hal terpenting bagi keberhasilan pemantauan pertumbuhan adalah pemahaman ibu terhadap KMS (*growth charts*). Menurut Morley (1993), diperlukan waktu sampai 9 bulan (9 kali kunjungan) bagi seorang ibu untuk memahami dengan baik kurva pertumbuhan.

## **2.12 Pelayanan Kesehatan Dasar**

Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah sakit atau klinik lainnya. Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan karena hambatan ekonomi maupun non ekonomi seperti jarak yang jauh, tidak mampu membayar, kurang pengetahuan dan penyebab lainnya merupakan masalah dan kendala masyarakat/ keluarga dalam memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang tersedia yang pada akhirnya berakibat pada kondisi status gizi anak.

Pelayanan kesehatan dasar antara lain meliputi pemantauan pertumbuhan anak, pemberian imunisasi, akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah merupakan faktor yang secara tidak langsung mempengaruhi status kurang gizi pada anak balita (UNICEF, 1998).

### **Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan merupakan akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemantauan pertumbuhan anak di posyandu, pelayanan kesehatan lainnya di polindes, puskesmas dan rumah sakit.

Peran pelayanan kesehatan telah lama diadakan untuk memperbaiki status gizi balita. Akses pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan dalam penanganan cepat kasus masalah kekurangan gizi terutama gizi buruk. Akses yang tersedia dan mudah dijangkau masyarakat akan sangat membantu dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Sistem akses kesehatan mencakup pelayanan kedokteran (*medical service*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*). Secara umum akses kesehatan masyarakat adalah merupakan sub sistem akses kesehatan, yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (*pencegahan*) dan promotif (*peningkatan kesehatan*) dengan sasaran masyarakat. Meskipun demikian, tidak berarti bahwa akses kesehatan masyarakat tidak melakukan pelayanan kuratif (*pengobatan*) dan rehabilitatif (*pemulihan*) (Notoatmodjo, 2003).

Akses kesehatan dibedakan menjadi 3 bentuk pelayanan yaitu:

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primary health care).

Pelayanan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Bentuk pelayanan ini misalnya, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Balai Kesehatan Masyarakat.

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (secondary health care)

Pelayanan kesehatan jenis ini di perlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan mengingat, yang sudah bisa ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya, rumah sakit tipe C dan D.

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tertiary health care).

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh sekelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan skunder. Pelayanan yang sudah kompleks, misalnya rumah sakit tipe A dan B

Sistem akses kesehatan, ketiga strata atau jenis pelayanan tersebut tidak berdiri sendiri, namun berada dalam suatu sistem, dan saling berhubungan. Apabila akses kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer, maka menyerahkan tanggung jawab tersebut kepada pelayanan di atasnya. Penyerahan tanggung jawab dari suatu akses kesehatan ke akses kesehatan yang lain ini disebut rujukan, ialah suatu sistem penyelenggaraan akses kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani, atau secara horizontal antara unit-unit yang setingkat kemampuannya (Notoatmodjo, 2003).

### 2.13 Penanggulangan Masalah Kurang Gizi

Menimbang begitu pentingnya menjaga kondisi gizi balita untuk pertumbuhan dan kecerdasannya, maka sudah seharusnya para orang tua memperhatikan hal-hal yang dapat mencegah terjadinya kondisi gizi buruk pada anak. Berikut adalah beberapa cara untuk mencegah terjadinya gizi buruk pada anak:

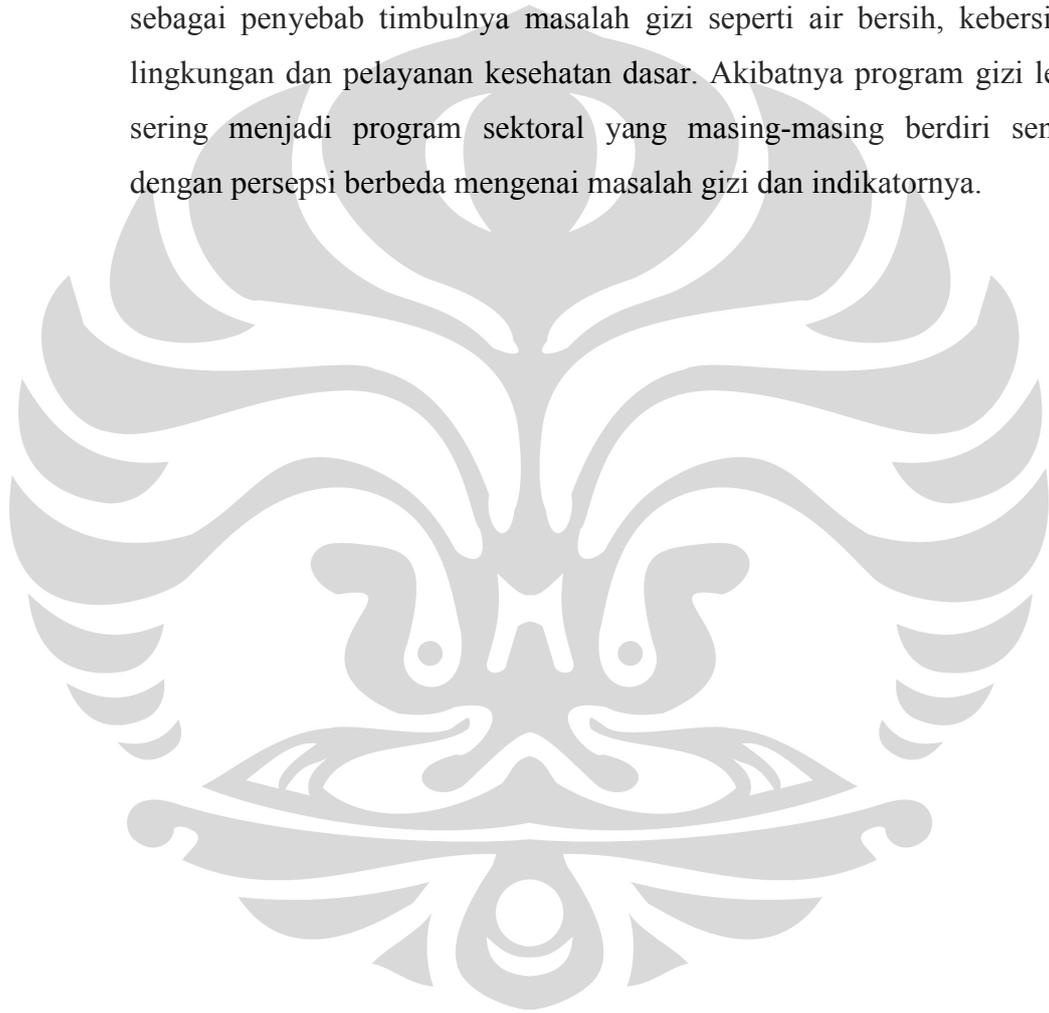
1. Memberikan ASI eksklusif (hanya ASI) sampai anak berumur 6 bulan. Setelah itu, anak mulai dikenalkan dengan makanan tambahan sebagai pendamping ASI yang sesuai dengan tingkat umur, lalu disapih setelah berumur 2 tahun.

2. Anak diberikan makanan yang bervariasi, seimbang antara kandungan protein, lemak, vitamin dan mineralnya. Perbandingan komposisinya: untuk lemak minimal 10% dari total kalori yang dibutuhkan, sementara protein 12% dan sisanya karbohidrat.
3. Rajin menimbang dan mengukur tinggi badan anak dengan mengikuti program posyandu. Cermati apakah pertumbuhan anak sesuai dengan standar diatas. Jika tidak sesuai, segera konsultasikan hal itu ke dokter.
4. Jika anak dirawat di rumah sakit karena gizinya buruk, bisa ditanyakan kepada petugas pola dan jenis makanan yang harus diberikan setelah pulang dari rumah sakit.
5. Jika anak telah menderita karena kekurangan gizi, maka segera berikan kalori yang tinggi dalam bentuk karbohidrat, lemak dan gula. Sedangkan untuk proteinnya bisa diberikan setelah sumber-sumber kalori lainnya sudah terlihat mampu meningkatkan energi anak. Berikan pula suplemen mineral dan vitamin penting lainnya. Penanganan dini seringkali membuahkan hasil yang baik. Pada kondisi yang sudah berat, terapi bisa dilakukan dengan meningkatkan kondisi kesehatan secara umum. Namun biasanya akan meninggalkan sisa gejala kelainan fisik yang permanen dan akan muncul masalah *inteligensia* dikemudian hari.

Menurut Menteri Kesehatan RI, tanggung jawab pemerintah pusat dalam hal ini Depkes adalah merencanakan dan menyediakan anggaran bagi keluarga miskin melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat, membuat standar pelayanan, buku pedoman serta melakukan pembinaan dan supervisi program ke propinsi, kabupaten dan kota. Rencana Aksi Nasional (RAN) Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009. Pemerintah berusaha meningkatkan aktivitas pelayanan kesehatan dan gizi yang bermutu melalui penambahan anggaran penanggulangan gizi kurang dan gizi buruk.

Paradigma baru dalam penanggulangan masalah gizi sebagaimana disampaikan Soekirman (2001) menekankan pentingnya *outcome* daripada *input*. Persediaan pangan yang cukup (*input*) di masyarakat tidak

menjamin setiap rumah tangga dan anggota memperoleh makanan yang cukup dan status gizinya baik. Banyak faktor lain yang dapat mengganggu proses terwujudnya *outcome* sesuai dengan yang diharapkan. Paradigma input sering melupakan faktor lain tersebut, diantaranya air bersih, kebersihan lingkungan dan pelayanan kesehatan dasar. Kebijakan program gizi yang masih mengedapankan pangan, makanan dan konsumsi sebagai penyebab utama masalah cenderung mengabaikan peran faktor lain sebagai penyebab timbulnya masalah gizi seperti air bersih, kebersihan lingkungan dan pelayanan kesehatan dasar. Akibatnya program gizi lebih sering menjadi program sektoral yang masing-masing berdiri sendiri dengan persepsi berbeda mengenai masalah gizi dan indikatornya.

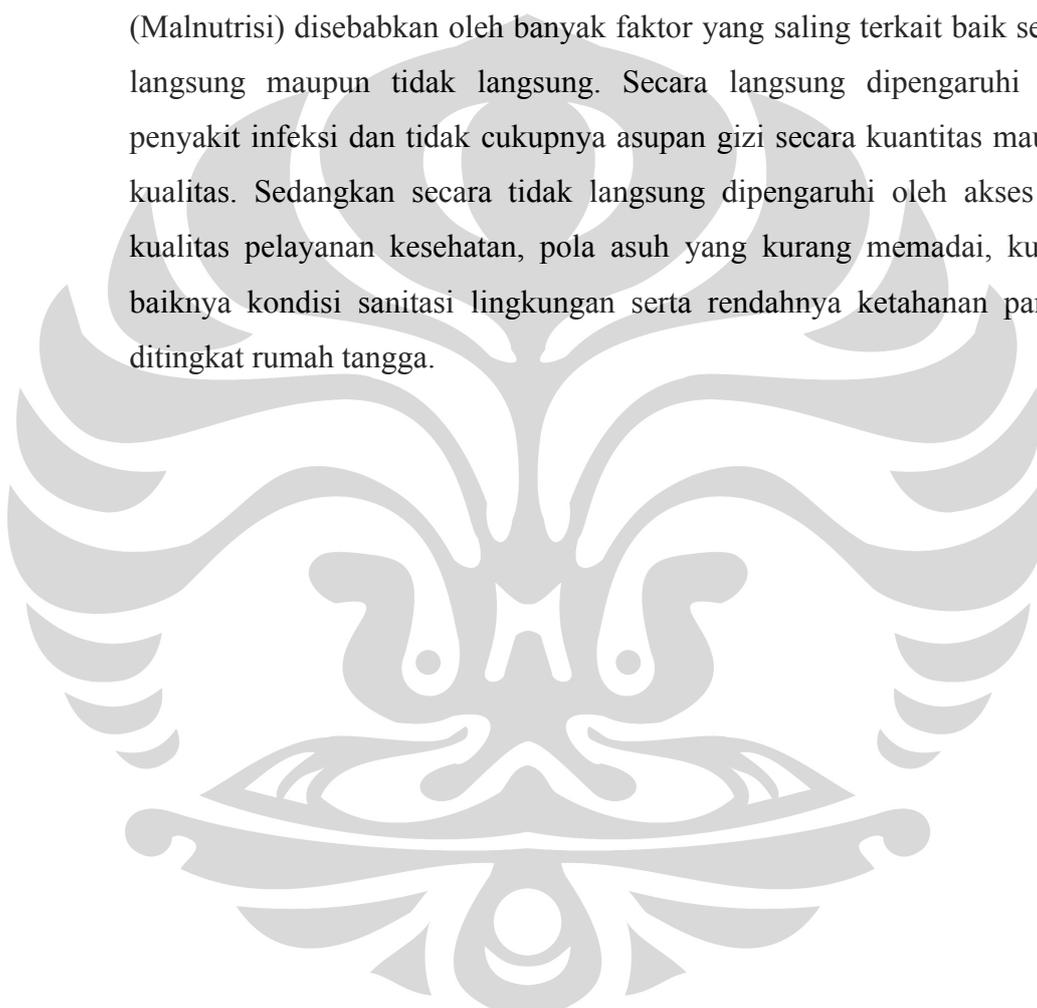


### **BAB III**

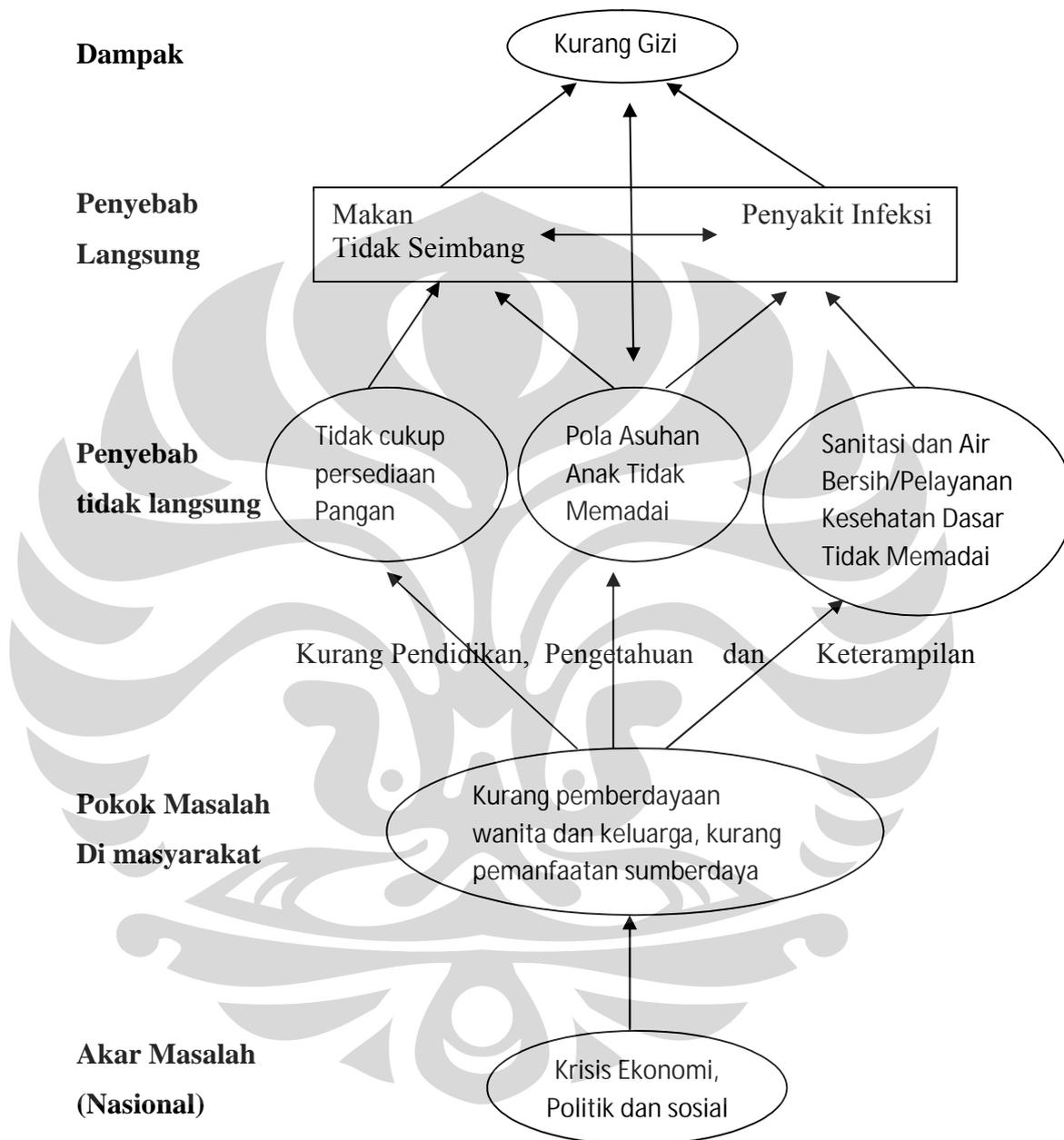
## **KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL**

### **3.1 Kerangka Teori**

Berdasarkan model penyebab kurang gizi yang dikembangkan UNICEF, 1998 dalam Sukirman 1999/2000 (Khomsan, 2004), gizi salah (Malnutrisi) disebabkan oleh banyak faktor yang saling terkait baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan tidak cukupnya asupan gizi secara kuantitas maupun kualitas. Sedangkan secara tidak langsung dipengaruhi oleh akses dan kualitas pelayanan kesehatan, pola asuh yang kurang memadai, kurang baiknya kondisi sanitasi lingkungan serta rendahnya ketahanan pangan ditingkat rumah tangga.

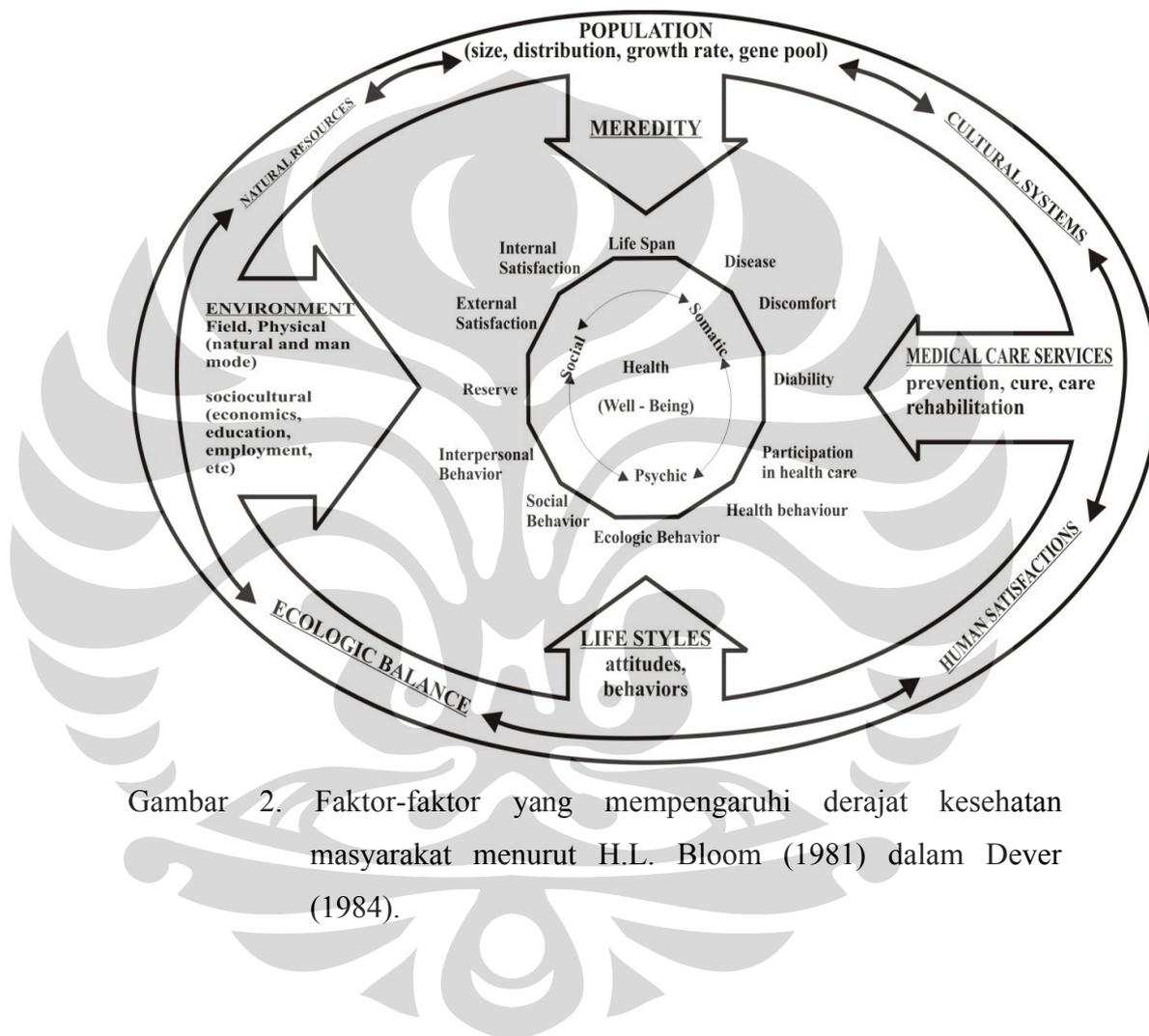


## Penyebab Masalah Gizi



Gambar 1. Penyebab Gizi Kurang anak, disesuaikan dari UNICEF, 1998 dalam Sukirman 1999/2000 (Khomsan, 2004)

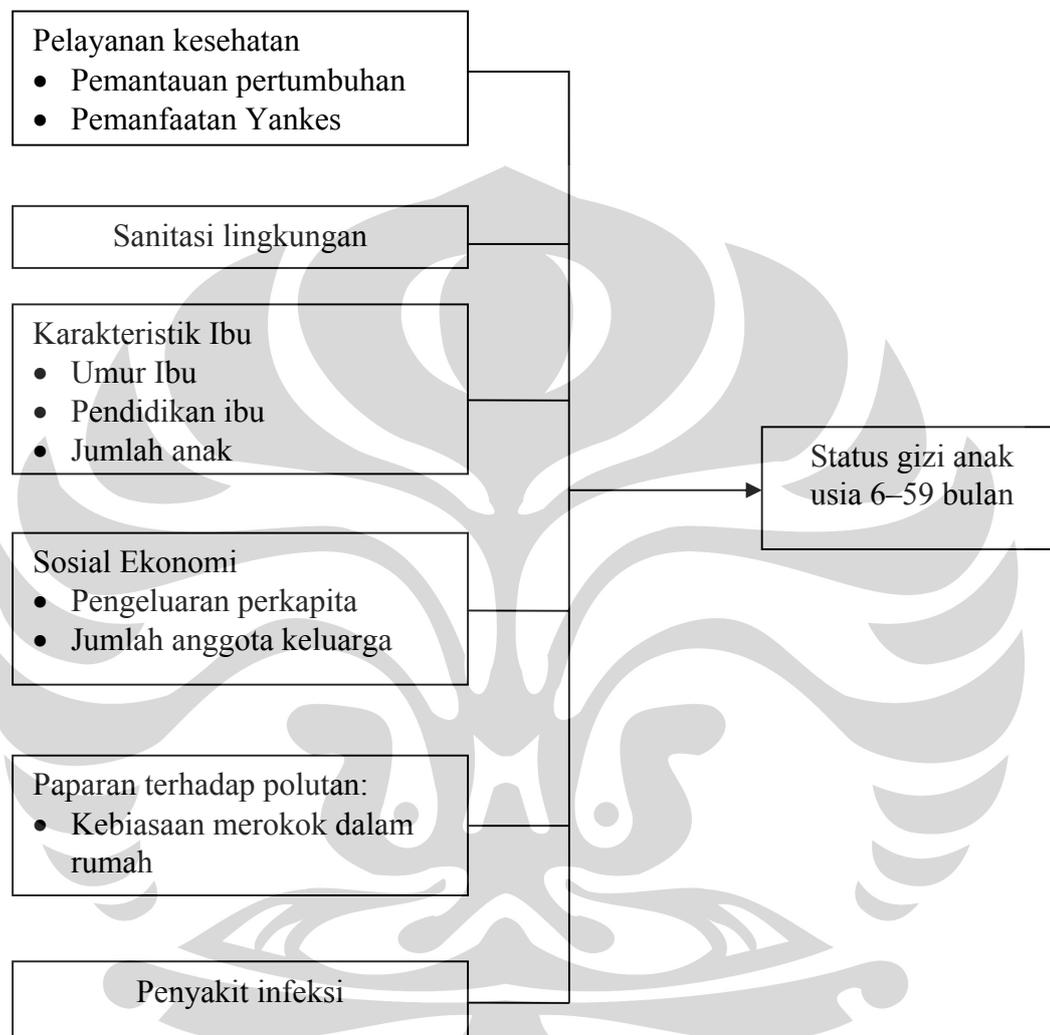
Dikaitkan pula dengan teori HL Bloom bahwa derajat kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh faktor Lingkungan, Perilaku, Pelayanan Kesehatan dan keturunan. Kondisi lingkungan merupakan faktor yang terbesar dalam mempengaruhi derajat kesehatan seseorang.



Gambar 2. Faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat menurut H.L. Bloom (1981) dalam Dever (1984).

### 3.2 Kerangka Konsep

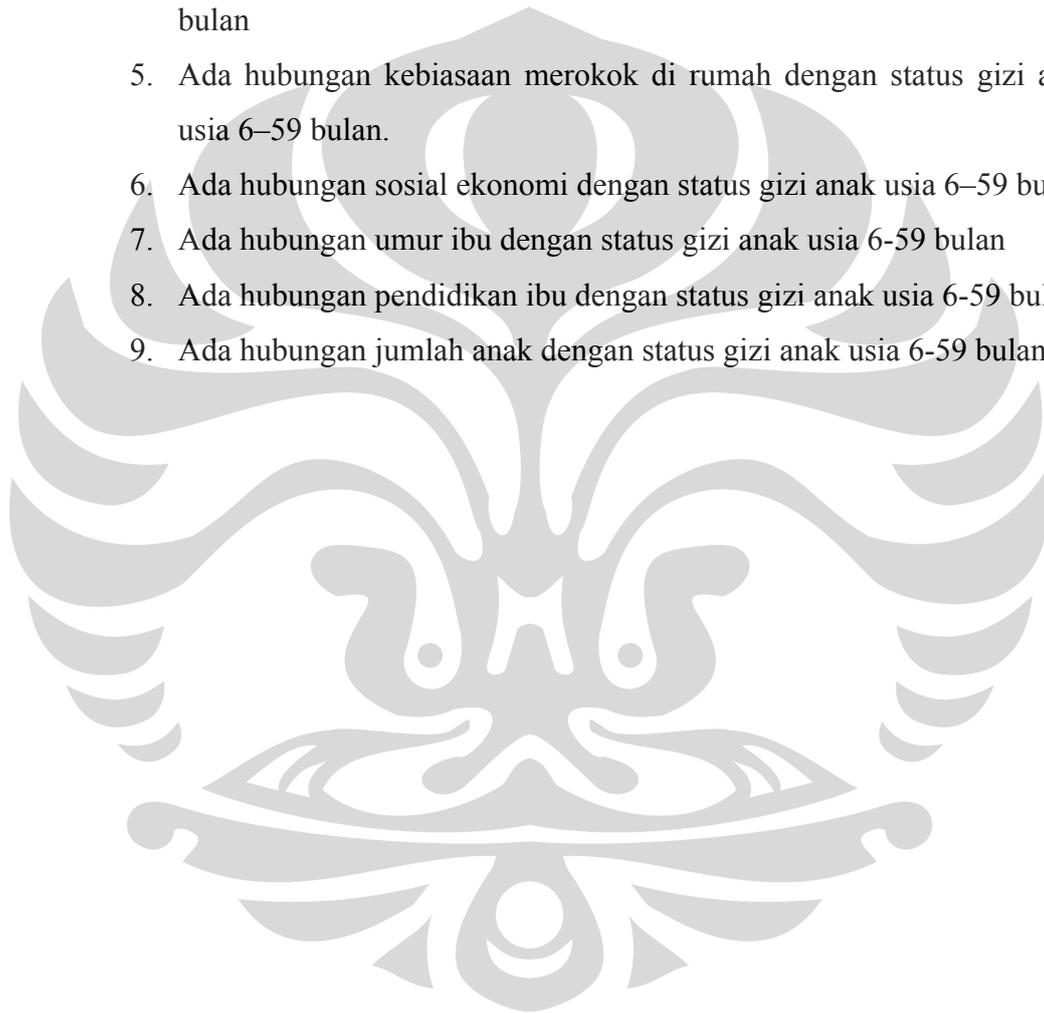
Dari kerangka teori tersebut, dapat disusun bagan hubungan faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak berusia 6–59 bulan.



Gambar 3: Kerangka konsep faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak ketika berusia 6–59 bulan.

### 3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan penyakit infeksi dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
2. Ada hubungan pemantauan pertumbuhan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
3. Ada hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
4. Ada hubungan sanitasi lingkungan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
5. Ada hubungan kebiasaan merokok di rumah dengan status gizi anak usia 6-59 bulan.
6. Ada hubungan sosial ekonomi dengan status gizi anak usia 6-59 bulan.
7. Ada hubungan umur ibu dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
8. Ada hubungan pendidikan ibu dengan status gizi anak usia 6-59 bulan
9. Ada hubungan jumlah anak dengan status gizi anak usia 6-59 bulan



### 3.4 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Hasil Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
1	Status gizi anak usia 6–59 bulan	Keadaan gizi anak usia 6–59 bulan yang diamati berdasarkan indikator berat badan menurut umur, panjang badan menurut umur dan berat badan menurut panjang badan dengan standart antropometri WHO 2005.	Ordinal	<p><b>Berdasarkan indikator BB/U</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 = Gizi Buruk Z-score &lt; -3,0</li> <li>• 3 = Gizi Kurang Z-score <math>\geq</math> -3.0 s/d Z-score &lt; -2.0</li> <li>• 2 = Gizi Baik Z-score <math>\geq</math> -2,0 s/d Z-score <math>\leq</math> 2,0</li> <li>• 1 = Gizi lebih Z-score &gt; 2,0</li> </ul> <p><b>Berdasarkan indikator TB/U</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 = Sangat Pendek Z-score &lt; -3,0</li> <li>• 2 = Pendek Z-score <math>\geq</math> -3,0 s/d Z-score &lt; -2,0</li> <li>• 1 = Normal Z-score <math>\geq</math> - 2,0</li> </ul> <p><b>Berdasarkan indikator BB/TB</b></p>	Form kuisioner Riskesdas 2010 no B4K7B, B4K7T, B10A1B, B10A2B	Observasi data sekunder

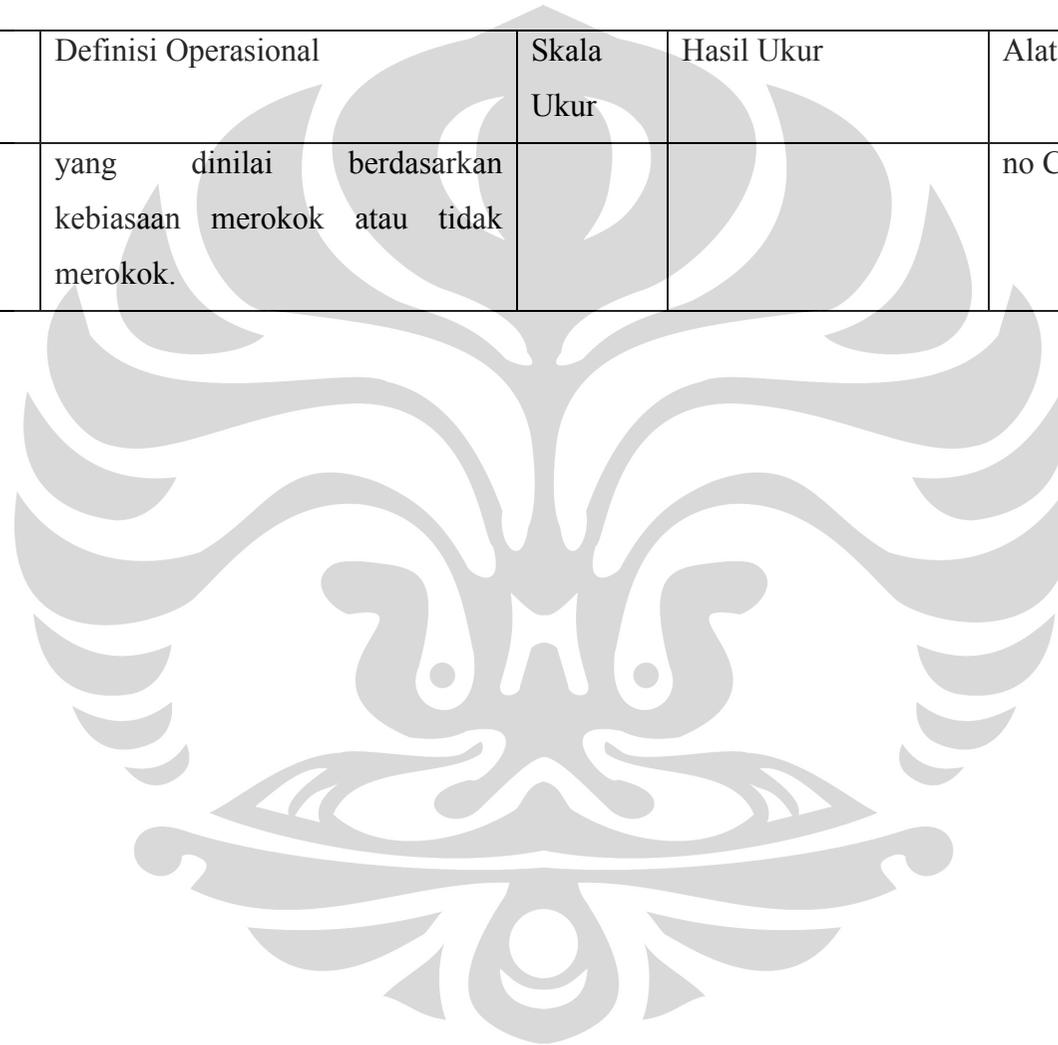
No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Hasil Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 = Sangat Kurus Z-score &lt; -3,0</li> <li>• 3 = Kurus Z-score <math>\geq -3,0</math> s/d Z-score &lt; -2,0</li> <li>• 2 = Normal Z-score <math>\geq -2,0</math> s/d Z-score <math>\leq 2,0</math></li> <li>• 1 = Gemuk Z-score &gt; 2,0</li> </ul>		
2	Penyakit infeksi	Penyakit infeksi yang pernah diderita oleh anak yang dinilai berdasarkan penyakit TB Paru, yang pernah diderita dalam 12 bulan terakhir dan penyakit, ISPA, malaria, yang pernah diderita dalam 1 bulan terakhir yang diukur melalui wawancara dengan orang tua anak.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 = Infeksi jika pernah menderita infeksi</li> <li>• 1 = Tidak infeksi jika tidak pernah terkena infeksi</li> </ul>	Form kuisioner Risesdas 2010 no B11, B17, B07, B02	Observasi data sekunder
3	Pendidikan ibu	Lamanya pendidikan formal yang	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 = &lt; 9 tahun</li> </ul>	Form kuisioner	Observasi

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Hasil Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
		pernah ditempuh dan ditamatkan oleh ibu balita yang dihitung dalam tahun.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 = 9 – 12 tahun</li> <li>• 1 = &gt; 12 tahun</li> </ul>	Riskesdas 2010 no B4K8	data sekunder
4	Umur ibu	Umur ibu pada waktu hamil terakhir yang dihitung berdasarkan selisih tahun pencatatan/penelitian dibanding tahun lahir yang dihitung dalam tahun penuh.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 = Umur resiko (&lt; 20 dan &gt; 35 tahun)</li> <li>• 1 = Tidak resiko (20 s/d 35 Tahun)</li> </ul>	Form kuisisioner Riskesdas 2010 no DD02B	Observasi data sekunder
5	Jumlah anak	Jumlah kelahiran anak hidup dengan jumlah yang dilahirkan tunggal atau kembar.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 = Kelahiran / anak pertama</li> <li>• 2 = Kelahiran / anak kedua</li> <li>• 3 = Kelahiran / anak <math>\geq</math> ketiga</li> </ul>	Form kuisisioner Riskesdas 2010 no DB11	Observasi data sekunder
6	Pengeluaran perkapita	Pengeluaran rata-rata setiap bulan perorangan yang dihitung berdasarkan pengeluaran baik untuk keperluan pangan maupun	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 = Kuantil 1</li> <li>• 4 = Kuantil 2</li> <li>• 3 = Kuantil 3</li> <li>• 2 = Kuantil 4</li> <li>• 1 = Kuantil 5</li> </ul>	Form kuisisioner Riskesdas 2010 no B7R25	Observasi data sekunder

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Hasil Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
		non pangan yang dihitung dari total pengeluaran keluarga dibagi dengan jumlah anggota keluarga yang ada.				
7	Pemantauan pertumbuhan	Kegiatan yang dilakukan oleh ibu/pengasuh anak dalam upaya pemantauan status gizi anaknya ke sarana pelayanan kesehatan dalam enam bulan terakhir baik di pelayanan kesehatan maupun UKBM.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 = Buruk, jika tidak pernah melakukan pemantauan</li> <li>• 2 = Kurang, jika 1-3 kali dalam 6 bulan terakhir</li> <li>• 1 = Baik, jika <math>\geq 4</math> kali dalam 6 bulan terakhir</li> </ul>	Form kuisioner Riskesdas 2010 no EA19	Observasi data sekunder
8	Sanitasi lingkungan	Kondisi kesehatan lingkungan keluarga responden yang diukur berdasarkan pembuangan tinja, pembuangan air limbah dan pembuangan sampah.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 = Kurang baik jika ada salah satu variabel kurang baik</li> <li>• 1 = Baik jika semua variabel baik</li> </ul>	Form kuisioner Riskesdas 2010 no B6R1A, B6R10, B6R12	Observasi data sekunder
9	Pemanfaatan	Pemanfaatan pelayanan kesehatan	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 = Tidak</li> </ul>	Form kuisioner	Observasi

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Hasil Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
	elayanan kesehatan	yang diukur berdasarkan pemanfaatan pelayanan kesehatan baik untuk memperoleh pengobatan, penyuluhan, imunisasi dan perbaikan gizi balita terhadap pelayanan yang telah tersedia baik pemerintah maupun UKBM yang ada.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 = Ya</li> </ul>	Riskesdas 2010 no B5R2	data sekunder
10	Jumlah anggota keluarga	Banyaknya anggota keluarga dalam rumah tangga yaitu semua orang yang bertempat tinggal dalam satu rumah, baik berada di rumah ataupun tidak ada pada saat penelitian dan makan dari satu dapur yang sama.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 = Besar jika jumlahnya <math>\geq 7</math> orang</li> <li>• 2 = Sedang jika 5–6 orang</li> <li>• 1 = Kecil jika <math>\leq 4</math> orang</li> </ul>	Form kuisisioner Riskesdas 2010 no B2R2	Observasi data sekunder
11	Kebiasaan merokok dalam	Kebiasaan anggota dalam menghisap rokok di dalam rumah	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 = Merokok</li> <li>• 1 = Tidak merokok</li> </ul>	Form kuisisioner Riskesdas 2010	Observasi data

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Hasil Ukur	Alat Ukur	Cara Ukur
	rumah	yang dinilai berdasarkan kebiasaan merokok atau tidak merokok.			no C15	sekunder



## BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian ini kuantitatif dengan menggunakan rancangan *Cross Sectional (potong lintang)*, dengan menggunakan data sekunder. Penelitian ini menganalisis data Riskesdas tahun 2010.

### 4.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah 10 provinsi di pulau Sumatera yaitu provinsi NAD, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu, Lampung, Bangka Belitung, Kepulauan Riau.

### 4.3 Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah rumah tangga yang mempunyai anak usia 6-59 bulan. Sebagai sampel adalah sebagian rumah tangga yang mempunyai anak usia 6-59 bulan. Kriteria inklusi penelitian yaitu anak usia 6-59 bulan yang mempunyai catatan berat badan dan dilakukan pengukuran berat badan serta panjang badan sehingga sampel yang memenuhi syarat penelitian. Data yang dikumpulkan meliputi; status gizi anak usia 6-59 bulan, penyakit infeksi, pemantauan pertumbuhan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, karakteristik ibu, sanitasi lingkungan, kebiasaan merokok dalam rumah dan sosial ekonomi. Kriteria eksklusi yaitu data yang tidak lengkap.

Untuk menentukan besar sampel dengan menggunakan rumus estimasi proporsi yaitu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P[1-P]}{d^2}$$

(Ariawan 1998)

Keterangan

$n$  = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$  = nilai  $Z$  pada derajat kepercayaan 1,96 pada  $\alpha$  0,05

$P$  = proporsi BBLR

$d$  = simpangan

Sehingga didapat perkiraan jumlah sampel minimal sebanyak 9604 sampel. Besar sampel dalam penelitian ini yaitu sebanyak 4869 responden (total sampel).

#### 4.4 Pengelohan

Pengolahan data menggunakan *software Microsoft Office Excell 2007*, *SPSS versi 15.0*. Penentuan nilai  $Z$  score berdasarkan berat badan, tinggi badan dan umur anak menggunakan *software anthro WHO* versi 3.0.1 2009. Sebelum pengolahan dilakukan hal-hal berikut:

##### 4.4.1 Pemilahan variabel

Ada banyak variabel yang diteliti pada Riskesdas, sehingga perlu dilakukan pemilihan terhadap variabel-variabel tertentu yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

##### 4.4.2 Koding ulang (recording)

Memberikan kode baru sesuai dengan klasifikasi dalam penelitian.

##### 4.4.3 Cleaning data

Proses pembersihan data dengan tujuan mengeluarkan nilai hilang (Missing Value) dan data yang tidak sesuai atau diluar range penelitian.

#### 4.5 Analisis Data

Analisis data dilakukan analisis univariat dan analisis bivariat.

##### 4.5.1 Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan proporsi dari variabel dependen dan independen.

#### 4.5.2 Analisis Bivariat

Digunakan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan variabel independen, maka uji statistik yang digunakan adalah *Chi-square* ( $X^2$ ) dengan batas kemaknaan (*p value*) 0,05 pada tingkat kepercayaan 95%. Uji *Chi-square* dinilai cocok untuk uji ini karena variabel independen dan variabel dependen bersifat kategorik.

Rumus yang digunakan dalam uji statistik *chi-square* adalah sebagai berikut:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

$X^2$  = Statistik *chi-square*

$\sum$  = Jumlah

O = Nilai Observasi

E = Nilai ekspektasi (harapan)

$$DF_{(uji\_chi\_square)} = (Jml\_kolom - 1) * (Jml\_baris - 1)$$

Jika hasil perhitungan statistik menunjukkan nilai  $p \geq 0,05$  maka dikatakan antara kedua variabel secara statistik terdapat hubungan yang tidak bermakna, sedangkan apabila nilai  $p < 0,05$  maka secara statistik kedua variabel tersebut terdapat hubungan yang bermakna.

## BAB V HASIL PENELITIAN

### 5.1 Gambaran Umum Pulau Sumatera

Pulau Sumatera terletak di bagian barat gugusan Kepulauan Nusantara. Di sebelah utara berbatasan dengan Teluk Benggala, di timur dengan Selat Malaka, di sebelah selatan dengan Selat Sunda, dan di sebelah barat dengan Samudera Hindia.

Luas Pulau Sumatera  $\pm$  435.000 km<sup>2</sup> memanjang dari Barat – Laut ke tenggara dengan panjang 1.650 Km dari UleLhee sampai Tanjung Cina (Djodjo dkk, 1985, 41) lebar pulau di bagian Utara berkisar 100 – 200 Km di bagian Selatan mencapai 350 Km. Pulau Sumatra, berdasarkan luas merupakan pulau terbesar keenam di dunia.

### 5.2 Analisis Univariat

Dari hasil analisis univariat di dapat bahwa sebagian besar anak usia 6-59 bulan di pulau Sumatera berstatus gizi baik dan normal, seperti dapat dilihat di tabel berikut;

Tabel 5.1

**Distribusi Frekuensi Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita di Sumatera tahun 2010**

No	Variabel	Frekuensi	%
1.	Status gizi berdasarkan berat badan menurut umur		
-	Gizi lebih	282	5,8
-	Gizi baik	3624	74,5
-	Gizi kurang	676	13,9
-	Gizi buruk	285	5,9
2.	Status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur		
-	Normal	2775	57,6
-	Pendek	775	16,1
-	Sangat pendek	1265	26,3
3.	Status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan		
-	Gemuk	934	19,6
-	Normal	3172	66,6
-	Kurus	332	7,0
-	Sangat kurus	327	6,9

No	Variabel	Frekuensi	%
4.	Penyakit Infeksi		
	- Tidak infeksi	4849	99,6
	- Infeksi	20	0,4
5.	Pendidikan Ibu		
	- > 12 tahun	451	9,3
	- 9 – 12 tahun	2597	53,3
	- < 12 tahun	1821	37,4
6.	Umur Ibu		
	- Tidak resiko	3622	74,4
	- Resiko	1247	25,6
7.	Jumlah kelahiran anak		
	- Anak pertama	1230	25,3
	- Anak kedua	1608	33,0
	- Anak $\geq$ ketiga	2031	41,7
8.	Pengeluaran PerKapita		
	- Kuintil 1	1029	21,1
	- Kuintil 2	1088	22,3
	- Kuintil 3	1108	22,8
	- Kuintil 4	1004	20,6
	- Kuintil 5	640	13,1
9.	Pemantauan pertumbuhan		
	- Baik	1214	24,9
	- Kurang baik	1284	26,4
	- Buruk	2371	48,7
10.	Sanitasi Lingkungan		
	- Baik	296	6,1
	- Kurang baik	4573	93,9
11.	Pemanfaatan pelayanan kesehatan		
	- Ya	3989	80,1
	- Tidak	971	19,9
12.	Jumlah anggota keluarga		
	- Kecil	2335	48,0
	- Sedang	1827	37,5
	- Besar	707	14,5
13.	Kebiasaan merokok dalam rumah tangga		
	- Tidak merokok	1809	37,2
	- Ya	3060	62,8

Dari tabel 5.1 diketahui bahwa status gizi responden berdasarkan berat badan menurut umur sebagian besar responden berstatus gizi baik yaitu sebesar 74,5%, sedangkan status gizi anak berdasarkan tinggi badan menurut umur juga demikian yaitu berstatus normal yaitu sebesar 57,6%, begitu pula dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan juga sebagian besar berstatus gizi normal yaitu sebesar 66,6%. Masalah gizi pada anak usia 6 – 59 bulan; gizi buruk 5,9%, gizi kurang 13,9% gizi lebih 5,8%, anak sangat pendek 26,3%, anak pendek 16,1% anak gemuk 19,6%, anak kurus 7,0% dan anak sangat kurus 6,9%.

Dilihat dari variabel penyakit infeksi sebagian besar responden tidak mengalami penyakit infeksi yaitu sebesar 99,6%. Dilihat dari pendidikan ibu, 53,3% ibu memiliki pendidikan antara 9 – 12 tahun (SMP-SMA), sedangkan dari segi umur ibu sebagian besar umur ibu tidak beresiko yaitu sebesar 74,4%, sedangkan kalau dilihat dari segi jumlah kelahiran anak kebanyakan responden merupakan anak ketiga atau lebih yaitu sebesar 41,7%, dilihat dari pengeluaran perkapita keluarga responden hampir merata tapi yang paling sedikit yaitu kuintil 5 sebesar 13,1%, untuk pemantauan pertumbuhan yang paling besar itu adalah pemantauan pertumbuhan yang buruk atau tidak pernah memantau pertumbuhan melalui penimbangan yaitu sebesar 48,7%, begitu pula dengan sanitasi lingkungan yang paling besar itu adalah sanitasi lingkungan yang kurang baik yaitu sebesar 93,9%, untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagian besar dari responden ada memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu sebesar 80,1% ada memanfaatkannya, dilihat dari jumlah anggota keluarga yang paling banyak itu adalah keluarga kecil atau  $\leq 4$  orang yaitu sebesar 48%, dilihat dari segi kebiasaan merokok sebagian besar dari keluarga responden adalah yang merokok yaitu sebesar 62,8%.

### 5.3 Analisis Bivariat

#### 5.3.1 Faktor–Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

Dari hasil analisis bivariat faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita berdasarkan berat badan menurut umur, didapatkan beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi namun ada juga yang tidak berhubungan dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur, seperti yang terlihat pada tabel berikut;

Tabel 5.2

**Faktor–Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur**

No.	Variabel	Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur								Total	P value	
		Gizi Lebih		Gizi Baik		Gizi Kurang		Gizi Buruk				
		n	%	n	%	n	%	N	%			n
1	Penyakit Infeksi											
	- Tidak infeksi	282	5,8	3612	74,5	671	13,8	282	5,8	4847	100	0,095
	- Infeksi	0	0,0	12	60,0	5	25,0	3	15,0	20	100	
2	Pendidikan Ibu											
	- > 12 tahun	33	7,3	353	78,3	40	8,9	25	5,5	451	100	0,000
	- 9 – 12 tahun	156	6,0	1962	75,6	348	13,4	130	5,0	2596	100	
	- < 12 tahun	93	5,1	1309	71,9	288	15,8	130	7,1	1820	100	
3	Umur Ibu											
	- Tidak resiko	196	5,4	2713	74,9	501	13,8	211	5,8	3621	100	0,261
	- Resiko	86	6,9	911	73,1	175	14,0	74	5,9	1246	100	
4	Jumlah kelahiran anak											
	- anak pertama	71	5,8	930	75,6	163	13,3	66	5,4	1230	100	0,618
	- anak kedua	103	6,4	1194	74,3	221	13,7	90	5,6	1608	100	
	- anak >= Ketiga	108	5,3	1500	73,9	292	14,4	129	6,4	2029	100	
5	Pengeluaran perkapita											
	- kuintil 1	69	6,7	703	68,3	177	17,2	80	7,8	1029	100	0,000
	- kuintil 2	50	4,6	813	74,7	154	14,2	71	6,5	1088	100	
	- kuintil 3	58	5,2	821	74,2	170	15,4	58	5,2	1107	100	
	- kuintil 4	61	6,1	765	76,2	125	12,5	53	5,3	1004	100	
	- kuintil 5	44	6,9	522	81,7	50	7,8	23	3,6	639	100	

No.	Variabel	Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur										P value
		Gizi Lebih		Gizi Baik		Gizi Kurang		Gizi Buruk		Total		
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
6	Pemantauan pertumbuhan											
	- baik	58	4,8	968	79,8	132	10,9	55	4,5	1213	100	0,000
	- kurang baik	65	5,1	953	74,2	189	14,7	77	6,0	1284	100	
	- buruk	159	6,7	1703	71,9	355	15,0	153	6,5	2370	100	
7	Sanitasi lingkungan											
	- baik	30	10,2	232	78,6	22	7,5	11	3,7	295	100	0.000
	- kurang baik	252	5,5	3392	74,2	654	14,3	274	6,0	4572	100	
8	Pemanfaatan pelayanan kesehatan											
	- ya	228	5,9	2899	74,4	543	13,9	226	5,8	3896	100	0,969
	- tidak	54	5,6	725	74,7	133	13,7	59	6,1	971	100	
9	Jumlah anggota keluarga											
	- kecil	130	5,6	1760	75,4	325	13,9	120	5,1	2335	100	0,324
	- sedang	112	6,1	1353	74,1	247	13,5	113	6,2	1825	100	
	- besar	40	5,7	511	72,3	104	14,7	52	7,4	707	100	
10	Kebiasaan merokok dalam rumah tangga											
	- tidak merokok	111	6,1	1343	74,2	241	13,3	114	6,3	1809	100	0,523
	- ya	171	5,6	2281	74,6	435	14,2	171	5,6	3058	100	

Dari tabel 5.2 dapat di ketahui bahwa pada variabel penyakit infeksi terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada yang tidak infeksi yaitu 74,5%. Balita dengan status gizi kurang dan buruk lebih banyak pada yang terkena infeksi yaitu 25% dan 15,0%, sedangkan untuk balita dengan status gizi lebih, banyak pada yang tidak terkena penyakit infeksi. Hasil uji statistik dengan *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,095$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  diterima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat

hubungan yang signifikan antara penyakit infeksi dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

Pada variabel pendidikan ibu terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada ibu yang berpendidikan >12 tahun yaitu 78,3%. Balita dengan status gizi kurang dan buruk lebih banyak pada ibu yang berpendidikan <12 tahun. Data tersebut menunjukkan kecenderungan bahwa semakin tinggi pendidikan ibu maka semakin baik status gizi balita. Hasil uji statistik dengan *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  ditolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

Pada variabel umur ibu terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada umur ibu yang tidak beresiko yaitu 74,9%. Balita dengan status gizi lebih, kurang dan buruk lebih banyak pada ibu yang berumur beresiko yaitu sebesar 6,9%, 14% dan 5,9%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,261$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

Pada variabel jumlah kelahiran anak terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada anak pertama yaitu 75,6%. Balita dengan status gizi kurang dan buruk lebih banyak pada anak ketiga atau lebih yaitu sebesar 14,4% dan 6,4%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,618$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah kelahiran anak dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

Pada variabel pengeluaran perkapita terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada kuintil 5 yaitu 81,7%. Balita dengan status gizi kurang dan buruk lebih banyak pada kuintil 1 yaitu sebesar 17,2% dan 7,8%. Dari data ini menunjukkan bahwa semakin tinggi status ekonomi suatu keluarga maka akan semakin baik status gizi balitanya. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  di tolak. Dapat

dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengeluaran perkapita dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

Pada variabel pemantauan pertumbuhan terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada pemantauan pertumbuhan baik yaitu 79,8%. Balita dengan status gizi kurang dan buruk lebih banyak pada pemantauan pertumbuhan yang buruk yaitu sebesar 15% dan 6,5%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  di tolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pemantauan pertumbuhan dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

Pada variabel sanitasi lingkungan terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada sanitasi lingkungan baik yaitu 78,6%. Balita dengan status gizi kurang dan buruk lebih banyak pada sanitasi lingkungan yang kurang baik yaitu sebesar 14,3% dan 6%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  di tolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sanitasi lingkungan dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

Pada variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu 74,7%. Balita dengan status gizi kurang lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu sebesar 13,9% dan balita yang berstatus gizi buruk lebih banyak tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu sebesar 6,1%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,969$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

Pada variabel jumlah anggota keluarga terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada jumlah anggota keluarga kecil yaitu 75,4%. Balita dengan status gizi kurang dan buruk lebih banyak pada jumlah anggota keluarga yang besar yaitu sebesar 14,7% dan 7,4%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,324$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah

anggota keluarga dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

Pada variabel kebiasaan merokok dalam rumah tangga terlihat bahwa balita yang gizinya baik lebih banyak pada keluarga yang memiliki kebiasaan merokok dalam rumah tangga yaitu 74,6%. Balita dengan status gizi kurang lebih banyak pada keluarga yang memiliki kebiasaan merokok dalam rumah tangga yaitu 14,2% Balita dengan status gizi buruk lebih banyak pada keluarga yang tidak memiliki kebiasaan merokok dalam rumah tangga yaitu sebesar 6,3%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,523$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dalam rumah tangga dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur.

### 5.3.2 Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

Dari hasil analisis bivariat faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita berdasarkan tinggi badan menurut umur, didapatkan beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi namun ada juga yang tidak berhubungan dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur, seperti yang terlihat pada tabel berikut;

Tabel 5.3

#### Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

No.	Variabel	Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur								P value
		Normal		Pendek		Sangat Pendek		Total		
		n	%	n	%	N	%	n	%	
1	Penyakit Infeksi									
	- Tidak infeksi	2764	57,6	774	16,1	1258	26,2	4796	100	0,333
	- Infeksi	11	57,9	1	5,3	7	36,8	19	100	
2	Pendidikan Ibu									
	- > 12 tahun	290	65,0	63	14,1	93	20,9	446	100	0,000
	- 9 – 12 tahun	1529	59,3	419	16,3	629	24,4	2577	100	
	- < 12 tahun	956	53,3	293	16,4	543	30,3	1792	100	
3	Umur Ibu									

No.	Variabel	Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur								P value
		Normal		Pendek		Sangat Pendek		Total		
		n	%	n	%	N	%	n	%	
	- Tidak resiko	2078	58,0	582	16,2	925	25,8	3585	100	0,446
	- Resiko	697	56,7	193	15,7	340	27,6	1230	100	
4	Jumlah kelahiran anak									0,002
	- anak pertama	740	61,1	184	15,2	288	23,8	1212	100	
	- anak kedua	943	59,2	252	15,8	397	24,9	1592	100	
	- anak >= Ketiga	1092	54,3	339	16,9	580	28,8	2011	100	
5	Pengeluaran perkapita									0,000
	- kuintil 1	490	48,2	190	18,7	336	33,1	1016	100	
	- kuintil 2	590	54,7	168	15,6	321	29,7	1079	100	
	- kuintil 3	647	59,0	185	16,9	24	24,1	1096	100	
	- kuintil 4	619	62,3	149	15,0	225	22,7	993	100	
	- kuintil 5	429	68,0	83	13,2	119	18,9	631	100	
6	Pemantauan pertumbuhan									0,006
	- baik	750	62,2	172	14,3	283	23,5	1205	100	
	- kurang baik	719	56,5	216	17,0	337	26,5	1272	100	
	- buruk	1306	55,9	387	16,6	645	27,6	2338	100	
7	Sanitasi lingkungan									0,285
	- baik	169	57,9	55	18,8	68	23,3	292	100	
	- kurang baik	2606	57,6	720	15,9	1197	26,5	4523	100	
8	Pemanfaatan pelayanan kesehatan									0,226
	- ya	2243	58,2	619	16,1	993	25,8	3855	100	
	- tidak	532	55,4	156	16,3	272	28,3	960	100	
9	Jumlah anggota keluarga									0,124
	- kecil	1362	59,0	363	15,7	583	25,3	2308	100	
	- sedang	1032	57,0	305	16,9	474	26,2	1810	100	
	- besar	382	54,8	107	15,4	208	29,8	697	100	
10	Kebiasaan merokok dalam rumah tangga									0,086
	- tidak merokok	1067	59,7	276	15,4	445	24,9	1788	100	
	- ya	1708	56,4	499	16,5	820	27,1	3027	100	

Pada variabel penyakit infeksi terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada yang terkena penyakit infeksi yaitu 57,9%.

Balita dengan status gizi pendek lebih banyak pada yang tidak terkena penyakit infeksi yaitu sebesar 16,1%, dan balita dengan status gizi sangat pendek lebih banyak pada yang terkena infeksi yaitu 36,8%. Hasil uji statistik dengan *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,333$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  diterima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara penyakit infeksi dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

Pada variabel pendidikan ibu terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada ibu yang berpendidikan  $> 12$  tahun yaitu 65%. Balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek lebih banyak pada ibu yang berpendidikan  $< 12$  tahun. Data tersebut menunjukkan kecenderungan bahwa semakin tinggi pendidikan ibu maka semakin baik status gizi balita. Hasil uji statistik dengan *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  ditolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

Pada variabel umur ibu terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada umur ibu yang tidak beresiko yaitu 58%. Balita dengan status gizi pendek lebih banyak pada umur ibu yang tidak beresiko yaitu sebesar 16,2% dan balita dengan status gizi sangat pendek lebih banyak pada ibu yang berumur beresiko yaitu sebesar 27,6%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,446$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

Pada variabel urutan kelahiran anak terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada anak pertama yaitu 61,1%. Balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek lebih banyak pada anak ketiga atau lebih yaitu sebesar 16,9% dan 28,8%. Data tersebut menunjukkan kecenderungan bahwa semakin banyak kelahiran anak maka masalah gizi balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek akan semakin meningkat. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,002$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  di tolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang

signifikan antara paritas dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

Pada variabel pengeluaran perkapita terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada kuintil 5 yaitu 68%. Balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek lebih banyak pada kuintil 1 yaitu sebesar 18,7% dan 33,1%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  di tolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengeluaran perkapita dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

Pada variabel pemantauan pertumbuhan terlihat bahwa balita yang status gizinya normal lebih banyak pada pemantauan pertumbuhan baik yaitu 62,2%. Balita dengan status gizi pendek lebih banyak pada pemantauan pertumbuhan yang kurang baik sedangkan balita yang status gizinya sangat pendek lebih banyak pada pemantauan pertumbuhan yang buruk yaitu sebesar 27,6%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,006$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  di tolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pemantauan pertumbuhan dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

Pada variabel sanitasi lingkungan terlihat bahwa balita yang status gizinya normal lebih banyak pada sanitasi lingkungan baik yaitu 57,9%. Balita dengan status gizi pendek lebih banyak pada keluarga yang memiliki sanitasi lingkungan yang baik yaitu sebesar 18,8% sedangkan balita yang memiliki status gizi sangat pendek lebih banyak pada sanitasi lingkungan yang kurang baik yaitu sebesar 26,5%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,285$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sanitasi lingkungan dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

Pada variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan terlihat bahwa balita yang gizinya bersatus normal lebih banyak pada keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu 58,2%. Balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek lebih banyak pada yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu sebesar 16,3% dan 28,3%. Hasil uji *chi-square*

diperoleh nilai  $p = 0,226$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

Pada variabel jumlah anggota keluarga terlihat bahwa balita yang status gizinya normal lebih banyak pada jumlah anggota keluarga kecil yaitu 59%. Balita dengan status gizi pendek lebih banyak pada jumlah anggota keluarga sedang yaitu 16,9% dan balita dengan status gizi sangat pendek lebih banyak pada jumlah anggota keluarga yang besar yaitu sebesar 29,8%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,124$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

Pada variabel kebiasaan merokok dalam rumah tangga terlihat bahwa balita yang status gizinya normal lebih banyak pada keluarga yang tidak memiliki kebiasaan merokok dalam rumah tangga yaitu 59,7%. Balita dengan status gizi pendek dan sangat pendek lebih banyak pada keluarga yang memiliki kebiasaan merokok dalam rumah tangga yaitu 16,5% dan 27,1%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,086$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dalam rumah tangga dengan status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur.

### **5.3.3 Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan**

Dari hasil analisis bivariat faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi balita berdasarkan berat badan menurut tinggi badan, didapatkan beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi namun ada juga yang tidak berhubungan dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur, seperti yang terlihat pada tabel berikut;

Tabel 5.4

**Faktor–Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan**

No.	Variabel	Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan										P value
		Badan										
		Gemuk		Normal		Kurus		Sangat Kurus		Total		
n	%	n	%	N	%	n	%	n	%			
1	Penyakit Infeksi											
	- Tidak infeksi	932	19,6	3161	66,6	328	6,9	326	6,9	4747	100	0,078
	- Infeksi	2	11,1	11	61,1	4	22,2	1	5,6	18	100	
2	Pendidikan Ibu											
	- > 12 tahun	90	20,5	303	68,9	29	6,6	18	4,1	440	100	0,009
	- 9 – 12 tahun	511	20,0	1700	66,6	184	7,2	156	6,1	2551	100	
	- < 12 tahun	333	18,8	1169	65,9	119	6,7	153	8,6	1774	100	
3	Umur Ibu											
	- Tidak resiko	686	19,3	2380	67,0	239	6,7	247	7,0	3552	100	0,512
	- Resiko	248	20,4	792	65,3	93	7,7	80	6,6	1213	100	
4	Jumlah Kelahiran Anak											
	- anak pertama	243	20,2	788	65,6	89	7,4	81	6,7	1201	100	0,845
	- anak kedua	308	19,5	1045	66,2	117	7,4	108	6,8	1578	100	
	- anak >= Ketiga	383	19,3	1339	67,4	126	6,3	138	6,9	1986	100	
5	Pengeluaran perkapita											
	- kuintil 1	211	20,9	651	64,6	67	6,6	79	7,8	1008	100	0,033
	- kuintil 2	201	18,8	704	66,0	76	7,1	86	8,1	1067	100	
	- kuintil 3	209	19,3	714	65,9	81	7,5	80	7,4	1084	100	
	- kuintil 4	187	19,0	661	67,3	73	7,4	61	6,2	982	100	
	- kuintil 5	126	20,2	442	70,8	35	5,6	21	3,4	624	100	
6	Pemantauan pertumbuhan											
	- baik	220	18,4	825	68,9	87	7,3	65	5,4	1197	100	0,056
	- kurang baik	240	19,0	825	67,6	88	7,0	80	6,3	1260	100	
	- buruk	474	20,5	1495	64,8	157	6,8	182	7,9	2308	100	
7	Sanitasi lingkungan											
	- baik	80	27,8	178	61,8	24	8,3	6	2,1	288	100	0,001
	- kurang baik	854	19,1	2994	66,9	308	6,9	321	7,2	4477	100	

No.	Variabel	Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan										P value
		Gemuk		Normal		Kurus		Sangat Kurus		Total		
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
8	Pemanfaatan pelayanan kesehatan											
	- ya	736	19,3	2576	67,6	254	6,7	247	6,5	3813	100	0,016
	- tidak	198	20,8	596	62,6	78	8,2	80	8,4	952	100	
9	Jumlah anggota keluarga											
	- kecil	450	19,6	1504	65,6	173	7,6	164	7,2	2291	100	0,256
	- sedang	356	19,9	1187	66,5	114	6,4	128	7,2	1785	100	
	- besar	128	18,6	481	69,8	45	6,5	35	5,1	689	100	
10	Kebiasaan merokok dalam rumah tangga											
	- tidak merokok	346	19,5	1189	67,1	130	7,3	107	6,0	1772	100	0,325
	- ya	588	19,6	1983	66,3	202	6,7	220	7,4	2993	100	

Pada variabel penyakit infeksi terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada yang tidak terkena penyakit infeksi yaitu 66,6%. Balita dengan status gizi kurus lebih banyak pada yang terkena penyakit infeksi yaitu sebesar 22,2%, dan balita dengan status gizi sangat kurus lebih banyak pada yang tidak terkena infeksi yaitu 6,9%. Hasil uji statistik dengan *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,078$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  diterima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara penyakit infeksi dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.

Pada variabel pendidikan ibu terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada ibu yang berpendidikan  $> 12$  tahun yaitu 68,9%. Balita dengan status gizi kurus lebih banyak pada ibu yang berpendidikan 9 – 12 tahun yaitu sebesar 7,2% dan balita dengan status gizi sangat kurus lebih banyak pada ibu yang berpendidikan  $< 12$  tahun yaitu sebesar 8,6%. Hasil uji statistik dengan *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,009$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  ditolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang

signifikan antara pendidikan ibu dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.

Pada variabel umur ibu terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada umur ibu yang tidak beresiko yaitu 67%. Balita dengan status gizi kurus lebih banyak pada umur ibu yang beresiko yaitu sebesar 7,7% dan balita dengan status gizi sangat kurus lebih banyak pada ibu yang berumur tidak beresiko yaitu sebesar 7%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,512$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.

Pada variabel urutan kelahiran anak terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada anak ketiga yaitu 67,4%. Balita dengan status gizi sangat kurus lebih banyak pada anak ketiga atau lebih yaitu sebesar 6,9%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,845$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.

Pada variabel pengeluaran perkapita terlihat bahwa balita yang gizinya normal lebih banyak pada kuintil 5 yaitu 70,8%. Balita dengan status gizi kurus lebih banyak pada keluarga yang berpengeluaran perkapita kuintil 3, sedangkan untuk balita dengan status gizi sangat kurus paling banyak pada kuintil 2. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,033$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  di tolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengeluaran perkapita dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.

Pada variabel pemantauan pertumbuhan terlihat bahwa balita yang status gizinya normal lebih banyak pada pemantauan pertumbuhan baik yaitu 68,9%. Balita dengan status gizi kurus lebih banyak pada pemantauan pertumbuhan yang baik sedangkan balita yang status gizinya sangat kurus lebih banyak pada pemantauan pertumbuhan yang buruk yaitu sebesar 7,9%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,056$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat

hubungan yang signifikan antara pemantauan pertumbuhan dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.

Pada variabel sanitasi lingkungan terlihat bahwa balita yang status gizinya normal lebih banyak pada sanitasi lingkungan yang kurang baik yaitu 66,9%. Balita dengan status gizi kurus lebih banyak pada keluarga yang memiliki sanitasi lingkungan yang baik yaitu sebesar 8,3% sedangkan balita yang memiliki status gizi sangat kurus lebih banyak pada sanitasi lingkungan yang kurang baik yaitu sebesar 7,2%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  di tolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara sanitasi lingkungan dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.

Pada variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan terlihat bahwa balita yang gizinya bersatus normal lebih banyak pada keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu 67,6%. Balita dengan status gizi kurus dan sangat kurus lebih banyak pada yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu sebesar 8,2% dan 8,4%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,016$  ( $p < 0,05$ ) artinya  $H_0$  di tolak. Dapat dijelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.

Pada variabel jumlah anggota keluarga terlihat bahwa balita yang status gizinya normal lebih banyak pada jumlah anggota keluarga besar yaitu 69,8%. Balita dengan status gizi kurus lebih banyak pada jumlah anggota keluarga kecil yaitu 7,6%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p=0,256$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.

Pada variabel kebiasaan merokok dalam rumah tangga terlihat bahwa balita yang status gizinya normal lebih banyak pada keluarga yang tidak memiliki kebiasaan merokok dalam rumah tangga yaitu 67,1%. Balita dengan status gizi kurus lebih banyak pada keluarga yang tidak

memiliki kebiasaan merokok dalam rumah tangga yaitu sebesar 7,3% sedangkan balita dengan status gizi sangat kurus lebih banyak pada keluarga yang memiliki kebiasaan merokok dalam rumah tangga yaitu 7,4%. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,325$  ( $p > 0,05$ ) artinya  $H_0$  di terima. Dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dalam rumah tangga dengan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak usia 6–59 bulan di Sumatera Tahun 2010. Adapun keterbatasan penelitian ini adalah :

1. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang merupakan hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh Balitbangkes pada tahun 2010, sedangkan penulis tidak terlibat langsung dalam pengumpulan data maupun validasi data sehingga tidak semua variabel yang dibutuhkan sesuai teori tersedia.
2. Salah satu variabel Independen pada penelitian ini yaitu penyakit infeksi, sedangkan pada data Riskesdas 2010 tidak tersedia data tersebut secara rinci, misalnya data tentang penyakit diare dan ISPA, sehingga tidak bisa memberikan gambaran yang baik untuk faktor penyakit infeksi dan pengaruhnya terhadap status gizi anak usia 6-59 bulan.
3. Desain penelitian yang digunakan adalah desain penelitian cross sectional, sehingga sulit untuk menentukan hubungan sebab akibat karena pengambilan data semua variabel dilakukan dalam satu waktu.
4. Analisis yang dilakukan terbatas hanya melihat hubungan status gizi dengan faktor-faktor yang berhubungan yaitu pemantauan pertumbuhan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, sanitasi lingkungan, umur ibu, pendidikan ibu, paritas, pengeluaran perkapita, jumlah anggota keluarga, kebiasaan merokok dalam rumah tangga dan penyakit infeksi.

#### **6.2 Status Gizi Anak Usia 6–59 Bulan**

Status gizi anak diukur berdasarkan umur (U), berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Variabel berat badan dan panjang badan anak ini

disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dan tinggi badan menurut umur (TB/U). Untuk menilai status gizi anak maka angka berat badan dan panjang badan serta umur anak dikonversikan ke dalam bentuk nilai standar *Z-score* dengan menggunakan baku antropometri WHO 2005 dengan menggunakan *Program Anthro 2009*. Berdasarkan nilai *Z-score* ini ditentukan status gizi balita pada tiap indikator.

### **6.2.1 Berat Badan Menurut Umur (BB/U)**

Indikator berat badan menurut umur (BB/U) memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum dan tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk atau gizi kurang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Status gizi indikator BB/U lebih mencerminkan status gizi saat ini. Berat badan menggambarkan massa tubuh (otot dan lemak) yang sangat sensitif terhadap perubahan mendadak, misalnya terserang penyakit infeksi, penurunan nafsu makan atau penurunan jumlah makanan yang dikonsumsi.

Dari hasil penelitian ini secara umum prevalensi gizi kurang di Sumatera (13,9%), gizi buruk (5,9%) dan gizi lebih (5,8%), sedangkan prevalensi nasional untuk gizi buruk dan kurang adalah 18,4%. Bila dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi (RPJM) untuk gizi buruk dan kurang tahun 2015 sebesar 20% dan target MDGs untuk Indonesia sebesar 18,5%, maka untuk wilayah Sumatera target-target tersebut sudah tercapai yaitu  $< 18,5\%$ .

### **6.2.2 Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)**

Indikator BB/TB menggambarkan status gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang singkat. Pada kondisi dengan adanya penyakit infeksi dan kurang gizi berat badan

anak akan cepat turun sehingga tidak proporsional lagi dengan tinggi badannya sehingga anak menjadi kurus. Indikator BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menyatakan status gizi karena BB/TB dapat memberikan gambaran proporsi berat badan relatif terhadap tinggi badan sehingga indeks ini dijadikan indikator kekurusan dan kegemukan. Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah indikator sangat kurus yaitu anak dengan nilai *Z-score* < -3,0 SD.

Besarnya masalah kekurusan pada balita yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat (Public Health Problem) adalah jika prevalensi kekurusan >5%. Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi kekurusan antara 10,1% - 15,0% dan dianggap kritis bila prevalensi kekurusan sudah diatas 15,0% (UNHCR) (Depkes RI 2009). Sedangkan di Sumatera masalah kekurusan ini juga merupakan masalah kesehatan masyarakat dimana status gizi yang digolongkan ke status gizi kurus yaitu sebesar 7,0% dan status gizi sangat kurus sebesar 6,9%, walaupun angka ini masih dibawah angka nasional (13,3%).

### **6.2.3 Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)**

Status gizi berdasarkan indikator tinggi badan / panjang badan menurut umur (TB/U) merupakan gambaran status gizi dalam jangka waktu yang lama (kronis), artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku, pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena hygiene dan sanitasi yang kurang baik. Indeks TB/U menggambarkan pertumbuhan skletal yang dalam keadaan normal berjalan seiring dengan penambahan umur (Riyadi, 2003).

Dari hasil penelitian ini didapat bahwa status gizi anak berdasarkan tinggi badan menurut umur di ketahui bahwa anak usia 6 – 59 bulan di Sumatera pada tahun 2010 yang berstatus gizi pendek yaitu 16,1%. Untuk anak sangat pendek masih sangat tinggi yaitu sebesar 26,3%. Jika prevalensi suatu daerah masih 20% atau lebih maka dapat

dikatakan di daerah tersebut masalah balita pendek masih tinggi (Depkes, 2009). Masalah gizi yang dihadapi oleh pulau Sumatera adalah masalah anak pendek dan sangat pendek serta masalah anak kurus dan sangat kurus.

### **6.3 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Usia 6–59 Bulan**

#### **6.3.1 Pelayanan Kesehatan**

##### **6.3.1.1 Pemantauan Pertumbuhan**

Berdasarkan hasil penelitian ini pemantauan pertumbuhan berhubungan dengan masalah gizi umum dan akut. Semakin sering/ rutin dilakukan pemantauan pertumbuhan dalam enam bulan terakhir semakin baik status gizi anak. Pemantauan pertumbuhan merupakan faktor yang berhubungan signifikan dengan kurang gizi berdasarkan BB/U dan TB/U. Pada penelitian ini anak yang secara rutin melakukan pemantauan pertumbuhan masih dibawah standar pelayanan minimal (SPM) yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan yaitu masih < 80% (48,7%).

Penimbangan balita setiap bulan yang dilakukan di posyandu merupakan sarana efektif untuk memantau pertumbuhan dan melakukan aksi koreksi secara dini jika terjadi gangguan pertumbuhan sehingga tidak berkembang menjadi gizi buruk. Namun kinerja pemantauan pertumbuhan di posyandu dilaporkan belum optimal, sehingga kasus-kasus gizi buruk lebih banyak ditemukan diluar mekanisme posyandu. Kejadian gizi buruk tidak secara akut tetapi ditandai dengan kenaikan berat badan anak yang tidak cukup selama beberapa bulan sebelumnya yang bisa diukur dengan melakukan penimbangan setiap bulan (Depkes, 2005).

Seorang anak yang mengikuti secara rutin (teratur) pemantauan pertumbuhan diharapkan dapat terlindungi dari kemungkinan gangguan pertumbuhan yang serius, seperti gizi buruk. Berdasarkan panduan surveilans gizi (Depkes, 2001) seorang anak yang mengalami 3 kali tidak naik berat badan atau berat badan berada dibawah garis merah, maka

dikatakan mengalami gangguan pertumbuhan dan harus segera mendapat penanganan (*treatment*) agar tidak berkembang menjadi gizi buruk.

Pemantauan pertumbuhan sebagian besar dilakukan di posyandu. Selain melakukan penimbangan berat badan anak juga diberikan imunisasi, suplemen gizi, MP ASI dan penyuluhan yang berhubungan dengan gizi dan kesehatan (Depkes, 2005).

Penimbangan bulanan balita pada hakekatnya adalah upaya pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita disertai kegiatan promosi. Bank Dunia menggunakan istilah *growth promotion* dengan kegiatan penimbangan (*weighing*), pencatatan hasil penimbangan (*identifying*), dan promosi atau penyuluhan terkait hasil penimbangan (*responding to promote*).

Hal ini didukung oleh Rimbawan (2000) dalam Ellan Feddelia (2006) yang menjelaskan bahwa penimbangan yang dilakukan secara rutin setiap bulan atau di sebut “Growth Monitoring” mempunyai potensi untuk meningkatkan keadaan gizi anak walaupun tanpa adanya intervensi lain seperti PMT. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ellan Feddelia (2006) yang dalam penelitiannya bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara penimbangan dengan status gizi balita berdasarkan BB/U.

#### **6.3.1.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan dasar antara lain meliputi pemantauan pertumbuhan anak, pemberian imunisasi, akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah merupakan faktor yang secara tidak langsung mempengaruhi status kurang gizi pada anak balita (UNICEF, 1998). Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan karena hambatan ekonomi maupun non ekonomi seperti jarak yang jauh, tidak mampu membayar, kurang pengetahuan dan penyebab lainnya merupakan masalah dan kendala masyarakat/ keluarga dalam memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang tersedia yang pada akhirnya berakibat pada kondisi status gizi anak.

Pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan masalah gizi kronis pada anak, hal ini dapat dijelaskan bahwa dengan kemudahan dalam menjangkau pelayanan kesehatan akan menunjang peningkatan status gizi anak karena jika anak mengalami masalah kesehatan dengan mudah orang tua membawa anak tersebut ke pelayanan kesehatan sehingga dapat segera diobati serta dapat mencegah terjadinya kurang gizi pada anak. Pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu akan berdampak pada status gizi anak (UNICEF, 2000).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan mempengaruhi status gizi kronis (BB/TB). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sintia Dewi (2010), dimana tidak terdapat hubungan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi balita berdasarkan BB/U.

### **6.3.2 Sanitasi Lingkungan**

Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembuangan kotoran, persediaan air bersih dan sebagainya (Notoadmojo, 2003). Sanitasi lingkungan sangat berpengaruh terhadap status gizi anak. Sistem pembuangan yang tidak baik atau yang tidak sehat akan berimbas pada keadaan gizi anak. Penjelasan ini diperkuat oleh pendapat Soeparman & Suparmin (2001) dalam Iswiyani (2004) yang mengatakan bahwa pengelolaan pembuangan tinja yang baik bisa mencegah penyebaran penyakit infeksi seperti diare dan juga mencegah pencemaran lingkungan sehingga kemungkinan anak untuk tertular penyakit infeksi semakin kecil dengan sendirinya status gizi anak tidak dipengaruhi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sanitasi lingkungan mempengaruhi status gizi secara umum dan kronis. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Iswiyani (2004),

dimana terdapat hubungan yang bermakna antara tempat buang air besar dengan status gizi (BB/U).

### **6.3.3 Karakteristik Ibu**

#### **6.3.3.1 Umur Ibu**

Menurut Hurlock (1999) dalam Iswiyani (2004), orang tua yang lebih berumur cenderung menerima peranannya sepenuh hati, sehingga berpengaruh pada kuantitas dan kualitas pengasuhan anak. Sedangkan orang tua yang lebih muda cenderung lebih memperhatikan kepentingan mereka sendiri dari pada kepentingan anaknya, sehingga kuantitas dan kualitas waktu ibu untuk pengasuhan anak kurang terpenuhi dan akhirnya bisa berpengaruh terhadap status gizi anak. Peltó (1980) dalam Harmany (2003) menambahkan bahwa faktor umur ibu turut mempengaruhi keadaan gizi anaknya, sebab semakin bertambah umur ibu, semakin bertambah pengalaman dan kematangan dalam menentukan makanan anak balitanya.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa tidak adanya hubungan antara umur dengan status gizi balita. Dalam penelitian ini pendapat dari Hurlock (1999) dalam Iswiyani (2004) dan Peltó (1980) dalam Harmany (2003) diatas tidak dapat dibuktikan. Penulis berasumsi bahwa, walaupun umur ibu tidak berhubungan dengan status gizi balita, tapi pendidikan ibu mempengaruhi status gizi balita secara umum.

#### **6.3.3.2 Pendidikan Ibu**

Pendidikan ibu merupakan modal utama dalam menunjang ekonomi keluarga juga berperan dalam penyusunan makan keluarga, serta perusahaan dan perawatan. Bagi keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menerima informasi kesehatan khususnya dibidang gizi sehingga dapat menambah pengetahuannya dan mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari (Depkes, 1999). Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang dalam kesehatan terutama pada pola asuh anak, alokasi sumber daya zat gizi serta utilisasi informasi lainnya. Rendahnya tingkat pendidikan ibu menyebabkan berbagai keterbatasan

dalam menangani masalah gizi dan keluarga serta anak balitanya. Hasil penelitian Madanijah (2003) menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara pendidikan ibu dengan pengetahuan gizi, kesehatan dan pengasuhan anak. Ibu dengan pendidikan yang tinggi cenderung memiliki pengetahuan gizi, kesehatan dan pengasuhan anak yang baik.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa pendidikan ibu sangat mempengaruhi status gizi balita secara umum, akut maupun kronis. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hadi (2005), Iswiyani (2004) bahwa terdapatnya hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan status gizi anak.

### **6.3.3.3 Jumlah Kelahiran Anak**

Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin adalah yang paling rawan terhadap kurang gizi diantara semua anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling terpengaruhi oleh kekurangan pangan (Sari, 2002). Mempunyai anak lebih dari empat orang akan menambah resiko terhadap ibu dan bayinya (Soetjningsih, 1995) dalam Iswiyani (2004).

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah kelahiran anak sangat mempengaruhi gizi balita secara kronis. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Neldawati (2006) yang menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jumlah anak dengan status gizi balita.

## **6.3.4 Sosial Ekonomi**

### **6.3.4.1 Pengeluaran Perkapita**

Status sosial ekonomi keluarga dapat dilihat dari besarnya pendapatan atau pengeluaran keluarga, baik pangan maupun nonpangan selama satu tahun terakhir. (Huseini *et al*, 2000). Tingkat pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan terhadap kualitas makanan yang dikonsumsi. Dengan demikian, terdapat hubungan yang erat antara pendapatan dan keadaan status gizi. Rendahnya pendapatan menyebabkan

rendahnya daya beli terhadap makanan menjadi rendah dan konsumsi pangan keluarga akan berkurang. Kondisi ini akhirnya akan mempengaruhi kesehatan dan status gizi keluarga (Riyadi *et al*, 1990).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pengeluaran yang rendah merupakan faktor penyebab terjadinya masalah gizi umum, akut serta kronis. Menurut Suhardjo (2002), anak-anak yang tumbuh dalam keluarga miskin paling rentan terhadap kurang gizi diantara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling dipengaruhi oleh kekurangan pangan.

Menurut BAPPENAS (2007) dari berbagai faktor penyebab masalah gizi, kemiskinan dinilai memiliki peranann penting dan bersifat timbal balik, artinya kemiskinan akan menyebabkan kurang gizi dan individu yang kurang gizi akan berakibat atau melahirkan kemiskinan. Masalah kurang gizi memperlambat pertumbuhan ekonomi dan mendorong proses pemiskinan melalui tiga cara. Pertama, kurang gizi secara langsung menyebabkan hilangnya produktifitas karena kelemahan fisik. Kedua, kurang gizi secara tidak langsung menurunkan kemampuan fungsi kognitif dan berakibat pada rendahnya tingkat pendidikan. Ketiga, kurang gizi dapat menurunkan tingkat ekonomi keluarga karena meningkatnya pengeluaran untuk berobat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Arpansah (2010), dimana tidak terdapat hubungan antara pengeluaran perkapita dengan status gizi anak.

#### **6.3.4.2 Jumlah Anggota Keluarga**

Hubungan antara laju kelahiran yang tinggi dan kurang gizi, sangat nyata pada masing-masing keluarga. Sumber pangan keluarga, terutama mereka yang sangat miskin akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makanan jika yang harus diberi makanan jumlahnya sedikit. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga yang besar mungkin cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut, tetapi tidak cukup untuk mencegah gangguan gizi pada keluarga yang besar tersebut (Suhardjo,

2002). Besar keluarga yang cukup banyak tanpa diikuti oleh peningkatan jumlah pendapatan akan memperburuk status gizi keluarga secara keseluruhan, terutama anggota rumah tangga yang tidak produktif. Jumlah anggota rumah tangga mempengaruhi kuantitas dan kualitas makanan (Crockett, 1995 dalam Kumalasari, 2003)

Teori mengenai hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi menjelaskan bahwa anggota dalam keluarga banyak maka akan berpengaruh terhadap pembagian dan konsumsi makanan dalam keluarga pada penelitian ini tidak dapat dibuktikan. Persediaan makan dalam keluarga tidak hanya dipengaruhi oleh jumlah anggota keluarga, tetapi juga dipengaruhi oleh pendapatan keluarga.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Iswayani (2004), Okviyanti (2007), Harmany (2003), dimana tidak terdapat hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Penulis berasumsi bahwa hal ini dikarenakan jumlah anggota keluarga yang terbanyak dalam penelitian ini adalah keluarga kecil (< 4).

### **6.3.5 Kebiasaan Merokok Dalam Rumah**

Merokok merupakan salah satu penyebab orang menjadi miskin dan kekurangan gizi pada balita akibat pola anggaran yang tidak tepat. Dampak negatif rokok bukan cuma mengancam kesehatan, lintingan tembakau dan nikotin juga membuat jatah gizi balita di keluarga miskin menjadi terabaikan. Yang lebih memprihatinkan keluarga miskin cenderung lebih suka mengeluarkan uangnya untuk membeli rokok dibanding belanja kebutuhan protein atau untuk pendidikan. Kebiasaan merokok pada orang tua, bisa berdampak buruk pada gizi balita sehingga meningkatkan resiko gizi kurang dan gizi subur (*overweight*) yang nantinya berkontribusi pada peningkatan kematian bayi dan balita. Hal ini disebabkan dari zat-zat kimia yang terkandung didalam rokok.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arpansah (2010), dimana tidak terdapat hubungan antara kebiasaan merokok dalam rumah dengan status gizi anak. Asumsi penulis bahwa

walaupun kebiasaan merokok tidak mempengaruhi status gizi balita akan tetapi pengeluaran perkapita dan sanitasi lingkungan sangat mempengaruhi status gizi anak, selain dari itu bisa dikarenakan responden yang pernah menderita penyakit infeksi sangat sedikit sekali sehingga status gizi anak tidak dipengaruhinya, penyakit infeksi yang dimaksud disini adalah penyakit yang bisa ditimbulkan oleh keterpaparan polusi udara.

### 6.3.6 Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi akan memberikan efek berupa gangguan pada tubuh yang dapat menyebabkan kekurangan gizi. Penyakit infeksi dapat menyebabkan kurang gizi namun sebaliknya kurang gizi juga menyebabkan penyakit infeksi. Ada tendensi dimana adanya penyakit infeksi dan gizi kurang yang terjadi secara bersamaan akan bekerjasama (secara sinergis) hingga suatu penyakit infeksi yang baru akan menyebabkan kekurangan gizi yang lebih berat yang dikenal dengan siklus sinergis (*vicious cycle*). Anak yang menderita gizi kurang dan gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan, sehingga rentan terhadap penyakit infeksi. Penyakit infeksi berhubungan dengan sanitasi lingkungan, sanitasi lingkungan yang buruk merupakan penyebab mudahnya terkena infeksi (Supriasa 2002). Infeksi memperburuk keadaan gizi dan gizi kurang menghambat reaksi imunologis yang menyebabkan kemampuan anak melawan infeksi menurun (Waterlow, 1992) dalam Neldawati (2006). UNICEF (1998) mengemukakan penyebab masalah kurang gizi adalah salah satunya penyakit infeksi.

Kekurangan gizi adalah sebuah bentuk penyakit dan keberadaannya merupakan faktor penting yang membuat seorang anak mudah tertular penyakit dan meninggal dunia. Dalam banyak hal kematian tidak akan terjadi tanpa kekurangan gizi sebagai faktor penunjangnya. Kondisi ini menuntut adanya penanggulangan masalah gizi yang lebih intensif dan aplikatif, sehingga betul-betul berdampak pada peningkatan status gizi. Temuan lain menyatakan bahwa kurang gizi dan infeksi

merupakan masalah kesehatan yang penting pada anak-anak. Gizi kurang dan infeksi kedua-duanya bermula dari kemiskinan dan lingkungan yang tidak sehat dengan sanitasi buruk. Selain itu juga diketahui bahwa infeksi menghambat reaksi imunologis yang normal dengan menghasilkan sumber-sumber energi dan protein di tubuh (Puffer, 1993)

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa tidak terdapatnya hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi anak baik akut maupun kronis. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hadi (2005), Feddelia (2006), Okviyanti (2007), dimana tidak terdapat hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi anak. Penelitian Neldawati (2006), Iswiyani (2004) menunjukkan hasil yang berbeda, yaitu ada hubungan yang bermakna antara penyakit infeksi dengan status gizi anak.

Tidak ada hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi anak usia 6-59 bulan mungkin dikarenakan responden yang pernah menderita penyakit infeksi dalam 12 bulan terakhir sangat sedikit sekali sehingga pernyataan diatas tidak dapat di buktikan. Pada data Riskesdas 2010 tidak ada data tentang penyakit diare dan ISPA yang mana kedua penyakit tersebut merupakan penyakit yang paling banyak di derita oleh balita, sehingga konsep yang menyatakan bahwa status gizi anak sangat dipengaruhi oleh penyakit infeksi tidak dapat di buktikan dalam penelitian ini.

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan status gizi anak usia 6 – 59 bulan di Sumatera tahun 2010, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Status gizi balita di pulau Sumatera secara umum sudah baik, namun permasalahan gizi yang dihadapi adalah masalah gizi anak sangat pendek (26,3%) dan anak sangat kurus (6,3%).
2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan di Sumatera berdasarkan BB/U yaitu; pendidikan ibu, pengeluaran perkapita, pemantauan pertumbuhan dan sanitasi lingkungan.
3. Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan di Sumatera berdasarkan TB/U yaitu; pendidikan ibu, jumlah kelahiran anak, pengeluaran perkapita dan pemantauan pertumbuhan.
4. Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak usia 6-59 bulan di Sumatera berdasarkan BB/TB yaitu; pendidikan ibu, pengeluaran perkapita, sanitasi lingkungan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

#### **7.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas dapat diberikan saran yang ditujukan kepada:

##### **7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Provinsi**

Khususnya daerah yang angka masalah gizinya masih diatas angka nasional disarankan untuk perlu meningkatkan kepedulian dan investasi dalam upaya pencegahan masalah gizi pada anak usia 6–59 bulan, meningkatkan motivasi dan kesadaran masyarakat agar memantau

pertumbuhan anak secara rutin melalui penimbangan, meningkatkan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, perbaikan sanitasi lingkungan agar dapat mencegah masalah gizi pada anak.

### 7.2.2 Bagi Masyarakat

Peran serta aktif dari masyarakat untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang tersedia baik itu untuk pemantauan pertumbuhan, penyuluhan, posyandu, ataupun untuk pengobatan sangat diperlukan, karena program pemerintah tidak akan berhasil jika masyarakatnya tidak berperan didalamnya.

Sosial ekonomi keluarga sangat mempengaruhi status gizi anak, untuk itu diharapkan agar keluarga dapat meningkatkannya dengan cara memaksimalkan potensi yang ada pada keluarga itu sendiri misalnya memanfaatkan pekarangan, ternak, pertanian, sehingga bisa meningkatkan sosial ekonomi keluarga.

### 7.2.3 Bagi Peneliti Berikutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini dengan variabel yang lain dan lokasi yang berbeda agar permasalahan gizi yang sepertinya tidak pernah habis di Indonesia dapat terpecahkan dan dapat mencapai Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010-2015 yaitu menurunnya prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada anak balita menjadi  $< 15,0\%$  dan menurunnya prevalensi anak balita yang pendek/stunting menjadi  $< 32,0\%$ .

## DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S.2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT. Gramedia Pustaka Utama Jakarta.
- Alisyahbana, A. Et al.1990. Perinatal Mortality and Morbidity, and Low Birth Weight. *Final Report V. The Rural Area Ujung FK-UNDP*. Bandung.
- Andarwati, D. 2007. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Pada Keluarga Petani di Desa Purwojati Kecamatan Kertek Kabupaten Wonosobo*. Skripsi Universitas Negeri Semarang
- Ariani, M. 2007. *Wilayah Rawan Pangan dan Gizi Kronis di Papua, Kalimantan Barat dan Jawa Timur*. Pusat Analisis dan Kebijakan Pertanian Departemen Pertanian. Bogor.
- Aritonang, I. 2004. Penyebab Gizi Buruk dan Kematian pada Anak Balita. *Buletin Nutrisia Vol 5 (1): 1 – 4*.
- Arpansah. 2010. *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Berat Bayi Lahir dan Pengaruhnya Terhadap Status Gizi Anak Usia 6 – 11 Bulan Di Sumatera*. Tesis IPB Bogor.
- Aprianto, A. 2005. Revitalisasi Pertanian dan Pemantapan Ketahanan Pangan Rumah Tangga. *Prossiding Temu Ilmiah Kongres PERSAGI: 11-20*
- Azwar, A. 2004. Kecendrungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Datang. Disampaikan pada *Pertemuan Advokasi Program perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi*. Jakarta.
- [BAPPENAS] Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007. *Rencana aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta.
- Barker, DJP. 1998. Mother Badies and Health in Later Life, Churchill, Livingstone, Endnburgh, London, New York, Philadelphia, San Fransisco, Sydney, Toronto. Chapt. I Page 2-3
- Depkes. 1999. *Ibu Sehat, Bayi Sehat*. Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat.
- Depkes. 2000. *Aksi Pangan dan Gizi Nasional*. Jakarta
- Depkes. 2005. *Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS)*. Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat.

- Depkes. 2008. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Jakarta
- Depkes. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional (SKN)*. Jakarta.
- Depkes. 2010. *Pedoman Umum Desa Siaga*. Jakarta.
- Depkes. 2011. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2010*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Jakarta
- Dever, G.E. Alan. 1984. *Epidemiology in Health Services Management*. Aspen Publisher. Rockvillia, Maryland Royal Tunbrige Wells.
- Dewi, Sintia. 2010. *Hubungan Antara Pola pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Morbiditas Dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Gemolong Kecamatan Gemolong Kabupaten Sragen*. Skripsi Universitas Muhamadiyah Surakarta.
- Ebrahim, GJ. 1985. *Social and Comunity Pediatric in Developing Countries, Caring For Rural and Urban Poor*. London.
- Endah. 2008. *Kondisi Kesehatan dan Gizi Usia Dini Indonesia*. <http://parentingislami.wordpress.com>.
- Feddedia, Ellan. 2007. *Faktor – Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita (1-5 tahun) di Lingkungan Pemulung Ciputat – Banten Tahun 2006*. Skripsi FKM UI
- Gibson, RS. 1990. *Prinsiples of Nutrition Assesment*. Oxford University. New York.
- Hadi, H. 2002, *The Age Pattern and Socio-Ekonomi Determinan of Growth Retardation In Preschool Children*, Berita Kedokteran M. Vol XVIII (1).
- Hadi, Imam. 2006. *Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Neglasari dan Kedaung Wetan Tahun 2005*. Skripsi FKM UI.
- Hardiansyah. 2000, *Studi Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)*.
- Harmany, Andry. 2003. *Hubungan Antara karakteristik Keluarga dan Beberapa Faktor Terkait dan Status Gizi Baik Balita Keluarga Miskin di Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Sukabumi tahun 2002*. Tesis FKM UI

- Hastono, S. P. 2001. *Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Universitas Indonesia.
- Hirve SS, Ganatra BR. 1994, Determinan of Low Birth Weight: a Community Based Prospective Cohort Studi. *India Pediatr.* 1994 (31): 1221- 1225.
- Husnaini, KS. 1990, *Karakteristik Wanita Hamil dalam Hubungannya degan Berat lahir dan Pertumbuhan Bayi Selanjutnya*.
- Iswiyani, Haridah. 2004. *Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Umur 6 – 24 Bulan di Pulau Lombok Tahun 2003*. Skripsi FKM UI.
- Jus'at, I. Jahari, A. B, Achmadi, R. I. H. S. A. Soekirman. 2000, Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara dan di Pedesaan Kabupaten Bogor Jawa Barat, *Prosiding WNPG VII*, Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Jelliffe, D.B. 1996. *Kesehatan Anak di Daerah Tropis (Terjemahan)*. Bina Aksara. Jakarta.
- Kumalasari, Andi Intan. 2004. *Hubungan antara karakteristik anak dan keluarga Serta Lingkungan Dengan Status Gizi Anak SD Luar Biasa Bagian B (SDLB-B) Santri Rama Di Jakarta Selatan Tahun 2003*. Skripsi FKM UI
- [LIPI] Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia. 2004. Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi. *Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII. 17 – 19 Mei 2004*. Jakarta.
- Mochji, S. 2003, *Gizi Dalam Daur Hidup*. Bharata Jakarta.
- Neldawati. 2006. *Hubungan Pola Pemberian Makan Pada Anak dan Karakteristik Lain dengan Status Gizi Balita 6 – 59 Bulan di Laboratorium Gizi dan Makanan (P3GM): Analisis Data Sekunder Data Balita Gizi Buruk Tahun 2005*. Skripsi FKM UI.
- Notoadmodjo, S. 2003. *Prinsip-prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.
- Okviayanti, Rika Tri. 2008. *Faktor – Faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Usia 6 – 24 Bulan di Kelurahan Ratu Jaya. Kecamatan Pancoran Mas, Depok, Jawa Barat Tahun 2007*. Skripsi FKM UI
- Puffer, R. 1993. Mortalitty infancy and Childhood. *MJAF.* 64: 322-341.
- Sandjaya. 2001. *Penyimpangan Positif (Positive Deviance) Status Gizi Anak Balita dan Faktor-faktor yang Berpengaruh*. NIHRD, Litbangkes. Jakarta.

Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Dirjen Pendidikan Tinggi. Jakarta.

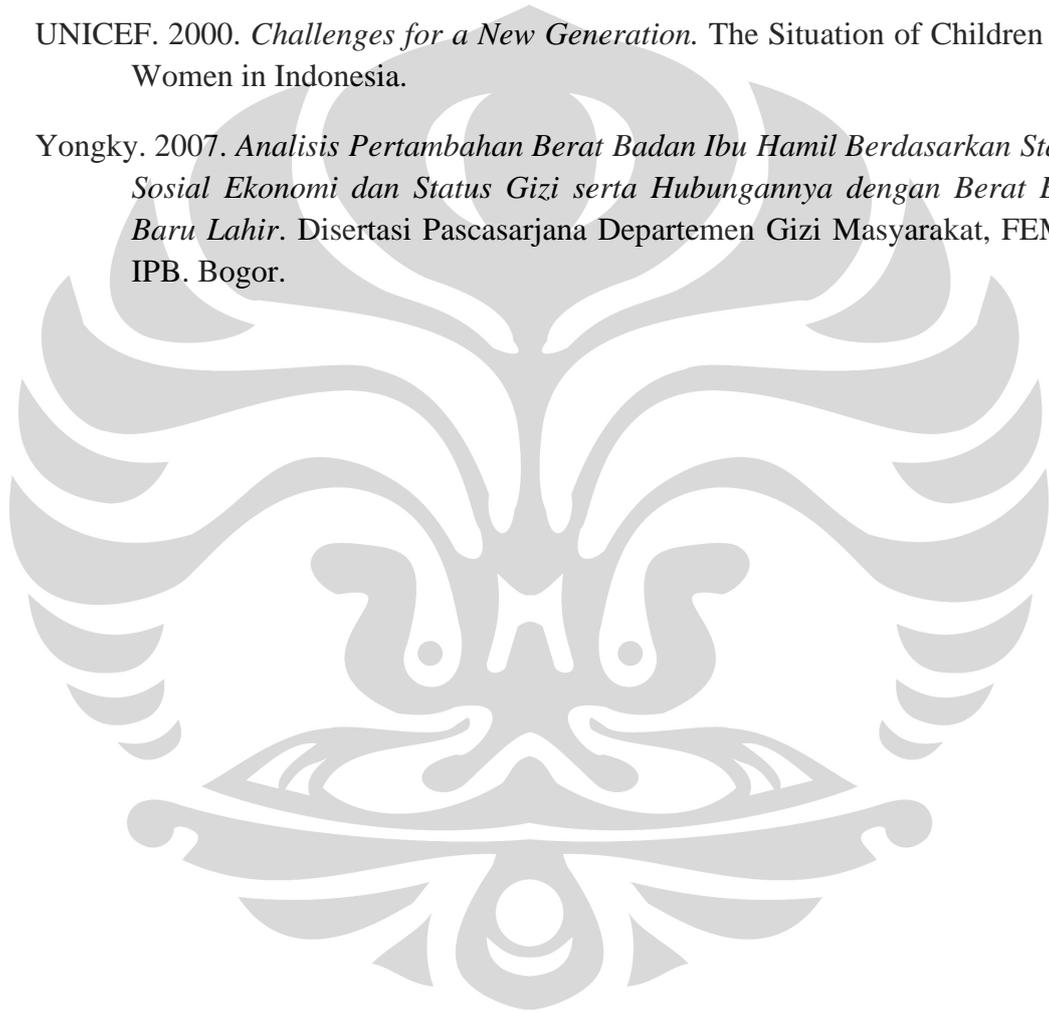
Soekirman. 2001. Paradigma Baru Penanggulangan Masalah Gizi di Indonesia. [http:// litbang.depkes.go.id.htm9;20](http://litbang.depkes.go.id.htm9;20). [21 Des 2010].

Suhardjo, 2002. *Berbagai cara Pendidikan Gizi*. Penerbit Bumi Aksara. Jakarta.

UNICEF. 1998, *The State of the World's Children 1998*. UNICEF, Oxford Unuversity Press. Oxford.

UNICEF. 2000. *Challenges for a New Generation*. The Situation of Children and Women in Indonesia.

Yongky. 2007. *Analisis Pertambahan Berat Badan Ibu Hamil Berdasarkan Status Sosial Ekonomi dan Status Gizi serta Hubungannya dengan Berat Bayi Baru Lahir*. Disertasi Pascasarjana Departemen Gizi Masyarakat, FEMA, IPB. Bogor.



Lampiran 1

**KUISIONER**

No	Variabel	Variabel Label	Value Label
1	B4K7B	Umur bulan	
2	B4K7T	Umur tahun	
3	B10A1B	Berat Badan (kg)	
4	B10A2B	Tinggi Badan/Panjang Badan (cm)	
5	B11	Dalam 12 bulan terakhir, Apakah [NAMA] pernah didiagnosa menderita TB Paru	1. Ya 2. Tidak
6	B17	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [Nama] pernah menderita batuk berdahak $\geq$ 2 minggu	1. Ya 2. Tidak
7	B07	Dalam 1 bulan terakhir, menderita panas disertai menggigil, disertai sakit kepala, dll	1. Ya 2. Tidak
8	B02	Didiagnosa malaria 1 bulan terakhir dengan pemeriksaan darah	1. Ya 2. Tidak
9	B4K8	Status pendidikan ibu tertinggi tamat	1. Tidak pernah sekolah 2. Tidak tamat SD/MI 3. Tamat SD/MI 4. Tamat SLTP/MTS 5. Tamat SLTA/MA 6. Tamat D1/D2/D3 7. Tamat PT
10	DD02B	Berapa umur ibu saat melahirkan [NAMA ANAK] urutan kelahiran [nama anak terakhir dari semua yang dilahirkan hidup	
11	DB11	Jumlah seluruh anak	
12	B7R25	Rata-rata pengeluaran RT sebulan terakhir	
13	B6R1A	Sumber Air untuk keperluan keluarga	1. Air ledeng/PDAM 2. Air ledeng eceran/membeli 3. Sumur bor/pompa 4. Sumur gali terlindung 5. Sumur gali tak terlindung 6. Mata air terlindung 7. Mata air tak terlindung 8. Penampungan air

			<ul style="list-style-type: none"> <li>hujan</li> <li>9. Air sungai/ danau/ irigasi</li> <li>10. Lainnya</li> </ul>
14	B6R10	Tempat penampungan air limbah kamar mandi/ tempat cuci dapur	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sarana pembuangan Air Limbah/SP</li> <li>2. Penampungan tertutup di pekarangan</li> <li>3. Penampungan terbuka dipekarangan</li> <li>4. Penampungan diluar pekarangan</li> <li>5. Tanpa penampungan (ditanah)</li> <li>6. Langsung ke got/ sungai</li> </ul>
15	B6R12	Bagaimana penanganan sampah RT	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Diangkut petugas</li> <li>2. Ditimbun dalam tanah</li> <li>3. Dibuat kompos</li> <li>4. Dibakar</li> <li>5. Dibuang ke kali/ parit/ laut</li> <li>6. Dibuang sembarangan</li> </ul>
16	B5R2	Apakah ada ART yang memanfaatkan fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak</li> </ul>
17	B2R2	Banyaknya anggota RT	
18	C15	Apakah ada ART yang biasa merokok dalam rumah	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak</li> </ul>

## Lampiran 2

# HASIL PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA

## A. ANALISA UNIVARIAT

### Frequency Table

#### Penyakit Infeksi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak infeksi	4849	99.6	99.6	99.6
	Infeksi	20	.4	.4	100.0
	Total	4869	100.0	100.0	

#### Pendidikan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 12 thn	451	9.3	9.3	9.3
	9 - 12 thn	2597	53.3	53.3	62.6
	< 12 thn	1821	37.4	37.4	100.0
	Total	4869	100.0	100.0	

#### Umur Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak resiko	3622	74.4	74.4	74.4
	Resiko	1247	25.6	25.6	100.0
	Total	4869	100.0	100.0	

#### Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anak pertama	1230	25.3	25.3	25.3
	Anak kedua	1608	33.0	33.0	58.3
	Anak >= ketiga	2031	41.7	41.7	100.0
	Total	4869	100.0	100.0	

### Pengeluaran Per KAPITA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Kuintil 1	1029	21.1	21.1	21.1
	Kuintil 2	1088	22.3	22.3	43.5
	Kuintil 3	1108	22.8	22.8	66.2
	Kuintil 4	1004	20.6	20.6	86.9
	Kuintil 5	640	13.1	13.1	100.0
	Total	4869	100.0	100.0	

### Pemantauan Pertumbuhan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Baik	1214	24.9	24.9	24.9
	Kurang baik	1284	26.4	26.4	51.3
	Buruk	2371	48.7	48.7	100.0
	Total	4869	100.0	100.0	

### Sanitasi lingkungan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Baik	296	6,1	6,1	6,1
	Kurang baik	4573	93,9	93,9	100,0
	Total	4869	100,0	100,0	

### Pemanfaatan pelayanan kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Ya	3898	80.1	80.1	80.1
	Tidak	971	19.9	19.9	100.0
	Total	4869	100.0	100.0	

### Jumlah Anggota Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Kecil	2335	48.0	48.0	48.0
	Sedang	1827	37.5	37.5	85.5
	Besar	707	14.5	14.5	100.0
	Total	4869	100.0	100.0	

### Kebiasaan merokok dalam rumah tangga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Tidak merokok	1809	37.2	37.2	37.2
	Ya	3060	62.8	62.8	100.0
	Total	4869	100.0	100.0	

## Frequencies

Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gizi lebih	282	5,8	5,8	5,8
	Gizi baik	3624	74,5	74,5	80,3
	Gizi Kurang	676	13,9	13,9	94,1
	Gizi Buruk	285	5,9	5,9	100,0
	Total	4867	100,0	100,0	

## Frequencies

Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	2775	57,6	57,6	57,6
	Pendek	775	16,1	16,1	73,7
	Sangat pendek	1265	26,3	26,3	100,0
	Total	4815	100,0	100,0	

## Frequencies

Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gemuk	934	19,6	19,6	19,6
	Normal	3172	66,6	66,6	86,2
	Kurus	332	7,0	7,0	93,1
	Sangat kurus	327	6,9	6,9	100,0
	Total	4765	100,0	100,0	

## B. ANALISA BIVARIAT

### Frequencies

### Crosstabs

#### Penyakit Infeksi \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

Crosstab

		Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
		Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Penyakit Tidak infeksi	Count	282	3612	671	282	4847
	% within Penyakit Tidak infeksi	5,8%	74,5%	13,8%	5,8%	100,0%
Infeksi	Count	0	12	5	3	20
	% within Penyakit Tidak infeksi	,0%	60,0%	25,0%	15,0%	100,0%
Total	Count	282	3624	676	285	4867
	% within Penyakit Tidak infeksi	5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,380 <sup>a</sup>	3	,095
Likelihood Ratio	6,365	3	,095
Linear-by-Linear Association	6,347	1	,012
N of Valid Cases	4867		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,16.

#### Pendidikan Ibu \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
			Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Pendidikan Ibu	> 12 thn	Count	33	353	40	25	1
		% within Pendidikan Ibu	7,3%	78,3%	8,9%	5,5%	100,0%
	9 - 12 thn	Count	156	1962	348	130	1
		% within Pendidikan Ibu	6,0%	75,6%	13,4%	5,0%	100,0%
	< 12 thn	Count	93	1309	288	130	1
		% within Pendidikan Ibu	5,1%	71,9%	15,8%	7,1%	100,0%
Total		Count	282	3624	676	285	1
		% within Pendidikan Ibu	5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,311 <sup>a</sup>	6	,000
Likelihood Ratio	29,065	6	,000
Linear-by-Linear Association	21,768	1	,000
N of Valid Cases	4867		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,13.

## Umur Ibu \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

### Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
			Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Umur Ibu	Tidak resiko	Count	196	2713	501	211	3621
		% within Umur Ibu	5,4%	74,9%	13,8%	5,8%	100,0%
	Resiko	Count	86	911	175	74	1246
		% within Umur Ibu	6,9%	73,1%	14,0%	5,9%	100,0%
Total		Count	282	3624	676	285	4867
		% within Umur Ibu	5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,005 <sup>a</sup>	3	,261
Likelihood Ratio	3,873	3	,275
Linear-by-Linear Association	,264	1	,607
N of Valid Cases	4867		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 72,19.

## Paritas \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

### Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
			Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Paritas	Anak pertama	Count	71	930	163	66	1230
		% within Paritas	5,8%	75,6%	13,3%	5,4%	100,0%
	Anak kedua	Count	103	1194	221	90	1608
		% within Paritas	6,4%	74,3%	13,7%	5,6%	100,0%
	Anak >= ketiga	Count	108	1500	292	129	2029
		% within Paritas	5,3%	73,9%	14,4%	6,4%	100,0%
Total		Count	282	3624	676	285	4867
		% within Paritas	5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,434 <sup>a</sup>	6	,618
Likelihood Ratio	4,416	6	,621
Linear-by-Linear Association	2,912	1	,088
N of Valid Cases	4867		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 71,27.

## Pengeluaran Per KAPITA \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

### Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
			Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Pengeluaran Per KAPITA	Kuintil 1	Count	69	703	177	80	1029
		% within Pengeluaran Per KAPITA	6,7%	68,3%	17,2%	7,8%	100,0%
	Kuintil 2	Count	50	813	154	71	1088
		% within Pengeluaran Per KAPITA	4,6%	74,7%	14,2%	6,5%	100,0%
	Kuintil 3	Count	58	821	170	58	1107
		% within Pengeluaran Per KAPITA	5,2%	74,2%	15,4%	5,2%	100,0%
	Kuintil 4	Count	61	765	125	53	1004
		% within Pengeluaran Per KAPITA	6,1%	76,2%	12,5%	5,3%	100,0%
	Kuintil 5	Count	44	522	50	23	639
		% within Pengeluaran Per KAPITA	6,9%	81,7%	7,8%	3,6%	100,0%
Total	Count	282	3624	676	285	4867	
	% within Pengeluaran Per KAPITA	5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,803 <sup>a</sup>	12	,000
Likelihood Ratio	61,810	12	,000
Linear-by-Linear Association	33,627	1	,000
N of Valid Cases	4867		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37,02.

## Pemantauan Pertumbuhan \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
			Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Pemantauan Pertumbuhan	Baik	Count	58	968	132	55	1213
		% within Pemantauan Pertumbuhan	4,8%	79,8%	10,9%	4,5%	100,0%
	Kurang baik	Count	65	953	189	77	1284
		% within Pemantauan Pertumbuhan	5,1%	74,2%	14,7%	6,0%	100,0%
	Buruk	Count	159	1703	355	153	2370
		% within Pemantauan Pertumbuhan	6,7%	71,9%	15,0%	6,5%	100,0%
Total		Count	282	3624	676	285	4867
		% within Pemantauan Pertumbuhan	5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,251 <sup>a</sup>	6	,000
Likelihood Ratio	30,031	6	,000
Linear-by-Linear Association	6,087	1	,014
N of Valid Cases	4867		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 70,28.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sanitasi lingkungan * Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur	4867	100,0%	0	,0%	4867	100,0%

### Sanitasi lingkungan \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur Crosstabulation

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
			Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Sanitasi lingkungan Baik	Count		30	232	22	11	295
	% within Sanitasi lingkungan		10,2%	78,6%	7,5%	3,7%	100,0%
Kurang baik	Count		252	3392	654	274	4572
	% within Sanitasi lingkungan		5,5%	74,2%	14,3%	6,0%	100,0%
Total	Count		282	3624	676	285	4867
	% within Sanitasi lingkungan		5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,893 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	23,214	3	,000
Linear-by-Linear Association	18,176	1	,000
N of Valid Cases	4867		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,09.

### Pemanfaatan pelayanan kesehatan \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

#### Crosstab

		tatus Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
		Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Pemanfaatan pelayan Ya kesehatan	Count	228	2899	543	226	3896
	% within Pemanfaat pelayanan kesehata	5,9%	74,4%	13,9%	5,8%	100,0%
Tidak	Count	54	725	133	59	971
	% within Pemanfaat pelayanan kesehata	5,6%	74,7%	13,7%	6,1%	100,0%
Total	Count	282	3624	676	285	4867
	% within Pemanfaat pelayanan kesehata	5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,253 <sup>a</sup>	3	,969
Likelihood Ratio	,254	3	,969
Linear-by-Linear Association	,072	1	,789
N of Valid Cases	4867		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 56,26.

## Jumlah Anggota Keluarga \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
			Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Jumlah Anggota Keluarga	Kecil	Count	130	1760	325	120	2335
		% within Jumlah Anggota Keluarga	5,6%	75,4%	13,9%	5,1%	100,0%
	Sedang	Count	112	1353	247	113	1825
		% within Jumlah Anggota Keluarga	6,1%	74,1%	13,5%	6,2%	100,0%
	Besar	Count	40	511	104	52	707
		% within Jumlah Anggota Keluarga	5,7%	72,3%	14,7%	7,4%	100,0%
Total		Count	282	3624	676	285	4867
		% within Jumlah Anggota Keluarga	5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,964 <sup>a</sup>	6	,324
Likelihood Ratio	6,834	6	,336
Linear-by-Linear Association	3,142	1	,076
N of Valid Cases	4867		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 40,96.

## Kebiasaan merokok dalam rumah tangga \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Umur				Total
			Gizi lebih	Gizi baik	Gizi Kurang	Gizi Buruk	
Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	Tidak merokok	Count	111	1343	241	114	1809
		% within Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	6,1%	74,2%	13,3%	6,3%	100,0%
	Ya	Count	171	2281	435	171	3058
		% within Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	5,6%	74,6%	14,2%	5,6%	100,0%
Total		Count	282	3624	676	285	4867
		% within Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	5,8%	74,5%	13,9%	5,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,245 <sup>a</sup>	3	,523
Likelihood Ratio	2,235	3	,525
Linear-by-Linear Association	,000	1	,988
N of Valid Cases	4867		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 104,82.

## Penyakit Infeksi \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

### Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
			Normal	Pendek	Sangat pendek	
Penyakit Infeksi	Tidak infeksi	Count	2764	774	1258	4796
		% within Penyakit Infeksi	57,6%	16,1%	26,2%	100,0%
	Infeksi	Count	11	1	7	19
		% within Penyakit Infeksi	57,9%	5,3%	36,8%	100,0%
Total		Count	2775	775	1265	4815
		% within Penyakit Infeksi	57,6%	16,1%	26,3%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,202 <sup>a</sup>	2	,333
Likelihood Ratio	2,607	2	,272
Linear-by-Linear Association	,274	1	,601
N of Valid Cases	4815		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,06.

## Pendidikan Ibu \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
			Normal	Pendek	Sangat pendek	
Pendidikan Ibu	> 12 thn	Count	290	63	93	446
		% within Pendidikan Ibu	65,0%	14,1%	20,9%	100,0%
	9 - 12 thn	Count	1529	419	629	2577
		% within Pendidikan Ibu	59,3%	16,3%	24,4%	100,0%
	< 12 thn	Count	956	293	543	1792
		% within Pendidikan Ibu	53,3%	16,4%	30,3%	100,0%
Total		Count	2775	775	1265	4815
		% within Pendidikan Ibu	57,6%	16,1%	26,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,885 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	31,836	4	,000
Linear-by-Linear Association	30,800	1	,000
N of Valid Cases	4815		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 71,79.

## Umur Ibu \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
			Normal	Pendek	Sangat pendek	
Umur Ibu	Tidak resiko	Count	2078	582	925	3585
		% within Umur Ibu	58,0%	16,2%	25,8%	100,0%
	Resiko	Count	697	193	340	1230
		% within Umur Ibu	56,7%	15,7%	27,6%	100,0%
Total		Count	2775	775	1265	4815
		% within Umur Ibu	57,6%	16,1%	26,3%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,616 <sup>a</sup>	2	,446
Likelihood Ratio	1,605	2	,448
Linear-by-Linear Association	1,217	1	,270
N of Valid Cases	4815		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 197,98.

## Paritas \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

### Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
			Normal	Pendek	Sangat pendek	
Paritas	Anak pertama	Count	740	184	288	1212
		% within Paritas	61,1%	15,2%	23,8%	100,0%
	Anak kedua	Count	943	252	397	1592
		% within Paritas	59,2%	15,8%	24,9%	100,0%
	Anak >= ketiga	Count	1092	339	580	2011
		% within Paritas	54,3%	16,9%	28,8%	100,0%
Total		Count	2775	775	1265	4815
		% within Paritas	57,6%	16,1%	26,3%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,508 <sup>a</sup>	4	,002
Likelihood Ratio	17,491	4	,002
Linear-by-Linear Association	15,862	1	,000
N of Valid Cases	4815		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 195,08.

## Pengeluaran Per KAPITA \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
			Normal	Pendek	Sangat pendek	
Pengeluaran Per KAPITA	Kuintil 1	Count	490	190	336	1016
		% within Pengeluaran Per KAPITA	48,2%	18,7%	33,1%	100,0%
	Kuintil 2	Count	590	168	321	1079
		% within Pengeluaran Per KAPITA	54,7%	15,6%	29,7%	100,0%
	Kuintil 3	Count	647	185	264	1096
	% within Pengeluaran Per KAPITA	59,0%	16,9%	24,1%	100,0%	
	Kuintil 4	Count	619	149	225	993
		% within Pengeluaran Per KAPITA	62,3%	15,0%	22,7%	100,0%
	Kuintil 5	Count	429	83	119	631
		% within Pengeluaran Per KAPITA	68,0%	13,2%	18,9%	100,0%
Total		Count	2775	775	1265	4815
		% within Pengeluaran Per KAPITA	57,6%	16,1%	26,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	85,129 <sup>a</sup>	8	,000
Likelihood Ratio	85,540	8	,000
Linear-by-Linear Association	78,954	1	,000
N of Valid Cases	4815		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 101,56.

## Pemantauan Pertumbuhan \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
			Normal	Pendek	Sangat pendek	
Pemantauan Pertumbuhan	Baik	Count % within Pemantauan Pertumbuhan	750 62,2%	172 14,3%	283 23,5%	1205 100,0%
	Kurang baik	Count % within Pemantauan Pertumbuhan	719 56,5%	216 17,0%	337 26,5%	1272 100,0%
	Buruk	Count % within Pemantauan Pertumbuhan	1306 55,9%	387 16,6%	645 27,6%	2338 100,0%
Total		Count % within Pemantauan Pertumbuhan	2775 57,6%	775 16,1%	1265 26,3%	4815 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,519 <sup>a</sup>	4	,006
Likelihood Ratio	14,613	4	,006
Linear-by-Linear Association	10,720	1	,001
N of Valid Cases	4815		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 193,95.

## Crosstabs

Sanitasi lingkungan \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur Crosstabulation

			Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
			Normal	Pendek	Sangat pendek	
Sanitasi lingkungan	Baik	Count % within Sanitasi lingkungan	169 57,9%	55 18,8%	68 23,3%	292 100,0%
	Kurang baik	Count % within Sanitasi lingkungan	2606 57,6%	720 15,9%	1197 26,5%	4523 100,0%
Total		Count % within Sanitasi lingkungan	2775 57,6%	775 16,1%	1265 26,3%	4815 100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,507 <sup>a</sup>	2	,285
Likelihood Ratio	2,476	2	,290
Linear-by-Linear Association	,437	1	,508
N of Valid Cases	4815		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 47,00.

### Pemanfaatan pelayanan kesehatan \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

#### Crosstab

		Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
		Normal	Pendek	Sangat pendek	
Pemanfaatan pelayanan kesehatan	Ya	Count 2243 % within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 58,2%	Count 619 % within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 16,1%	Count 993 % within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 25,8%	3855 100,0%
	Tidak	Count 532 % within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 55,4%	Count 156 % within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 16,3%	Count 272 % within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 28,3%	960 100,0%
Total		Count 2775 % within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 57,6%	Count 775 % within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 16,1%	Count 1265 % within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 26,3%	4815 100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,978 <sup>a</sup>	2	,226
Likelihood Ratio	2,952	2	,229
Linear-by-Linear Association	2,961	1	,085
N of Valid Cases	4815		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 154,52.

## Jumlah Anggota Keluarga \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
			Normal	Pendek	Sangat pendek	
Jumlah Anggota Keluarga	Kecil	Count	1362	363	583	2308
		% within Jumlah Anggota Keluarga	59,0%	15,7%	25,3%	100,0%
	Sedang	Count	1031	305	474	1810
		% within Jumlah Anggota Keluarga	57,0%	16,9%	26,2%	100,0%
	Besar	Count	382	107	208	697
		% within Jumlah Anggota Keluarga	54,8%	15,4%	29,8%	100,0%
Total		Count	2775	775	1265	4815
		% within Jumlah Anggota Keluarga	57,6%	16,1%	26,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,231 <sup>a</sup>	4	,124
Likelihood Ratio	7,105	4	,130
Linear-by-Linear Association	5,450	1	,020
N of Valid Cases	4815		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 112,19.

## Kebiasaan merokok dalam rumah tangga \* Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur			Total
			Normal	Pendek	Sangat pendek	
Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	Tidak merokok	Count	1067	276	445	1788
		% within Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	59,7%	15,4%	24,9%	100,0%
	Ya	Count	1708	499	820	3027
		% within Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	56,4%	16,5%	27,1%	100,0%
Total		Count	2775	775	1265	4815
		% within Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	57,6%	16,1%	26,3%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,902 <sup>a</sup>	2	,086
Likelihood Ratio	4,912	2	,086
Linear-by-Linear Association	4,509	1	,034
N of Valid Cases	4815		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 287,79.

## Penyakit Infeksi \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

### Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan				Total
			Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Penyakit Infeksi	Tidak infeksi	Count	932	3161	328	326	4747
		% within Penyakit Infeksi	19,6%	66,6%	6,9%	6,9%	100,0%
Infeksi	Infeksi	Count	2	11	4	1	18
		% within Penyakit Infeksi	11,1%	61,1%	22,2%	5,6%	100,0%
Total		Count	934	3172	332	327	4765
		% within Penyakit Infeksi	19,6%	66,6%	7,0%	6,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,825 <sup>a</sup>	3	,078
Likelihood Ratio	4,730	3	,193
Linear-by-Linear Association	1,494	1	,222
N of Valid Cases	4765		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,24.

## Pendidikan Ibu \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

### Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan				Total
			Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Pendidikan Ibu	> 12 thn	Count	90	303	29	18	440
		% within Pendidikan Ibu	20,5%	68,9%	6,6%	4,1%	100,0%
9 - 12 thn	9 - 12 thn	Count	511	1700	184	156	2551
		% within Pendidikan Ibu	20,0%	66,6%	7,2%	6,1%	100,0%
< 12 thn	< 12 thn	Count	333	1169	119	153	1774
		% within Pendidikan Ibu	18,8%	65,9%	6,7%	8,6%	100,0%
Total		Count	934	3172	332	327	4765
		% within Pendidikan Ibu	19,6%	66,6%	7,0%	6,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,007 <sup>a</sup>	6	,009
Likelihood Ratio	17,321	6	,008
Linear-by-Linear Association	10,555	1	,001
N of Valid Cases	4765		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,20.

## Umur Ibu \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

### Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan				Total
			Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Umur Ibu	Tidak resiko	Count	686	2380	239	247	3552
		% within Umur Ibu	19,3%	67,0%	6,7%	7,0%	100,0%
	Resiko	Count	248	792	93	80	1213
		% within Umur Ibu	20,4%	65,3%	7,7%	6,6%	100,0%
Total		Count	934	3172	332	327	4765
		% within Umur Ibu	19,6%	66,6%	7,0%	6,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,301 <sup>a</sup>	3	,512
Likelihood Ratio	2,275	3	,517
Linear-by-Linear Association	,139	1	,709
N of Valid Cases	4765		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 83,24.

## Paritas \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

### Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan				Total
			Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Paritas	Anak pertama	Count	243	788	89	81	1201
		% within Paritas	20,2%	65,6%	7,4%	6,7%	100,0%
	Anak kedua	Count	308	1045	117	108	1578
		% within Paritas	19,5%	66,2%	7,4%	6,8%	100,0%
	Anak >= ketiga	Count	383	1339	126	138	1986
		% within Paritas	19,3%	67,4%	6,3%	6,9%	100,0%
Total		Count	934	3172	332	327	4765
		% within Paritas	19,6%	66,6%	7,0%	6,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,706 <sup>a</sup>	6	,845
Likelihood Ratio	2,722	6	,843
Linear-by-Linear Association	,004	1	,952
N of Valid Cases	4765		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 82,42.

## Pengeluaran Per KAPITA \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

### Crosstab

		Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan				Total
		Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Pengeluaran Per KAPITA	Kuintil 1	Count 211 20,9%	Count 651 64,6%	Count 67 6,6%	Count 79 7,8%	1008 100,0%
	Kuintil 2	Count 201 18,8%	Count 704 66,0%	Count 76 7,1%	Count 86 8,1%	1067 100,0%
	Kuintil 3	Count 209 19,3%	Count 714 65,9%	Count 81 7,5%	Count 80 7,4%	1084 100,0%
	Kuintil 4	Count 187 19,0%	Count 661 67,3%	Count 73 7,4%	Count 61 6,2%	982 100,0%
	Kuintil 5	Count 126 20,2%	Count 442 70,8%	Count 35 5,6%	Count 21 3,4%	624 100,0%
Total	Count 934 19,6%	Count 3172 66,6%	Count 332 7,0%	Count 327 6,9%	4765 100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,388 <sup>a</sup>	12	,033
Likelihood Ratio	24,876	12	,015
Linear-by-Linear Association	5,327	1	,021
N of Valid Cases	4765		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 42,82.

## Pemantauan Pertumbuhan \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan				Total
			Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Pemantauan Pertumbuhan	Baik	Count	220	825	87	65	1197
		% within Pemantauan Pertumbuhan	18,4%	68,9%	7,3%	5,4%	100,0%
	Kurang baik	Count	240	852	88	80	1260
		% within Pemantauan Pertumbuhan	19,0%	67,6%	7,0%	6,3%	100,0%
	Buruk	Count	474	1495	157	182	2308
		% within Pemantauan Pertumbuhan	20,5%	64,8%	6,8%	7,9%	100,0%
Total		Count	934	3172	332	327	4765
		% within Pemantauan Pertumbuhan	19,6%	66,6%	7,0%	6,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,290 <sup>a</sup>	6	,056
Likelihood Ratio	12,419	6	,053
Linear-by-Linear Association	,818	1	,366
N of Valid Cases	4765		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 82,14.

## Crosstabs

Sanitasi lingkungan \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan Crosstabulation

			atus Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tingg Badan				Total
			Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Sanitasi lingkungan Baik	Count	80	178	24	6	288	
	% within Sanitasi lingkungan	27,8%	61,8%	8,3%	2,1%	100,0%	
Kurang baik	Count	854	2994	308	321	4477	
	% within Sanitasi lingkungan	19,1%	66,9%	6,9%	7,2%	100,0%	
Total	Count	934	3172	332	327	4765	
	% within Sanitasi lingkungan	19,6%	66,6%	7,0%	6,9%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,523 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	24,998	3	,000
Linear-by-Linear Association	15,205	1	,000
N of Valid Cases	4765		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,76.

## Pemanfaatan pelayanan kesehatan \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

### Crosstab

		Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan				Total
		Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Pemanfaatan pelayanan kesehatan	Ya	Count 736	2576	254	247	3813
	Tidak	% within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 19,3%	67,6%	6,7%	6,5%	100,0%
Total	Ya	Count 198	596	78	80	952
	Tidak	% within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 20,8%	62,6%	8,2%	8,4%	100,0%
Total		Count 934	3172	332	327	4765
		% within Pemanfaatan pelayanan kesehatan 19,6%	66,6%	7,0%	6,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,359 <sup>a</sup>	3	,016
Likelihood Ratio	10,080	3	,018
Linear-by-Linear Association	2,131	1	,144
N of Valid Cases	4765		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 65,33.

## Jumlah Anggota Keluarga \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan				Total
			Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Jumlah Anggota Keluarga	Kecil	Count	450	1504	173	164	2291
		% within Jumlah Anggota Keluarga	19,6%	65,6%	7,6%	7,2%	100,0%
	Sedang	Count	356	1187	114	128	1785
		% within Jumlah Anggota Keluarga	19,9%	66,5%	6,4%	7,2%	100,0%
	Besar	Count	128	481	45	35	689
		% within Jumlah Anggota Keluarga	18,6%	69,8%	6,5%	5,1%	100,0%
Total	Count	934	3172	332	327	4765	
	% within Jumlah Anggota Keluarga	19,6%	66,6%	7,0%	6,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,762 <sup>a</sup>	6	,256
Likelihood Ratio	8,063	6	,234
Linear-by-Linear Association	1,641	1	,200
N of Valid Cases	4765		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 47,28.

## Kebiasaan merokok dalam rumah tangga \* Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan

Crosstab

			Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Menurut Tinggi Badan				Total
			Gemuk	Normal	Kurus	Sangat kurus	
Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	Tidak merokok	Count	346	1189	130	107	1772
		% within Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	19,5%	67,1%	7,3%	6,0%	100,0%
	Ya	Count	588	1983	202	220	2993
		% within Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	19,6%	66,3%	6,7%	7,4%	100,0%
Total	Count	934	3172	332	327	4765	
	% within Kebiasaan merokok dalam rumah tangga	19,6%	66,6%	7,0%	6,9%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,471 <sup>a</sup>	3	,325
Likelihood Ratio	3,518	3	,318
Linear-by-Linear Association	,757	1	,384
N of Valid Cases	4765		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 121,60.

