



UNIVERSITAS INDONESIA

**KARAKTERISTIK IBU, BADUTA DAN KELUARGA YANG
BERHUBUNGAN DENGAN STATUS GIZI BADUTA
(6-23 BULAN) DI KECAMATAN TELUK SAMPIT
KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR
PROPINSI KALIMANTAN TENGAH
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**KUSNUL HIDAYATI
0906616243**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**KARAKTERISTIK IBU, BADUTA DAN KELUARGA YANG
BERHUBUNGAN DENGAN STATUS GIZI BADUTA
(6-23 BULAN) DI KECAMATAN TELUK SAMPIT
KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR
PROPINSI KALIMANTAN TENGAH
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**KUSNUL HIDAYATI
0906616243**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Kusnul Hidayati

NPM : 0906616243

Tanggal : 1 Juni 2011

Tanda Tangan :



HALAMAN PENGESAHAN

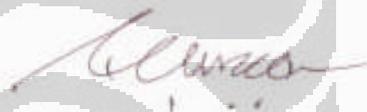
Skripsi ini diajukan oleh :

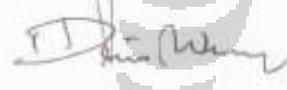
Nama : Kusnul Hidayati
NPM : 0906616243
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas.
Judul Skripsi : Karakteristik Ibu, Baduta Dan Keluarga Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta (6-23 Bulan) Di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2011.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr Zarfiel Tafal, MPH

Penguji : Dr. dra. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt, MSc ()

Penguji : dr Devi Maryori, MKM ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 1 Juni 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini dengan judul ” Karakteristik Ibu, Baduta dan Keluarga Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta (6-23 Bulan) Di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2011.

Selama proses penulisan skripsi ini, penulis mendapat dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu penulis dengan penuh penghargaan menyampaikan terimakasih kepada :

1. Bapak dr Zarfiel Tafal, MPH, sebagai pembimbing akademik yang telah memberikan petunjuk, pengarahan, bimbingan dan selalu meluangkan waktunya dalam penyusunan skripsi ini.
2. Ibu Dr.dra. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt.MSc, yang telah bersedia menjadi penguji serta memberikan kritikan dan saran guna menyempurnakan skripsi ini.
3. Ibu dr Devi Maryori, MKM, yang telah bersedia menjadi penguji serta memberikan kritikan dan saran guna menyempurnakan skripsi ini.
4. Seluruh dosen Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama masa perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur beserta staf atas pemberian ijin lokasi penelitian dan informasi data pendukung.
6. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kota Depok beserta staf atas pemberian ijin lokasi penelitian.
7. Seluruh staf puskesmas Teluk Sampit yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis selama penulisan skripsi ini.
8. Suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan moril, materil dan doa, serta motivasi untuk segera menyelesaikan skripsi.
9. Seluruh keluarga, Bapak/Ibu, Bapak/Ibu mertua, kakak, adik yang telah memberikan dukungan selama penulis kuliah.

10. Mbak Erliyenti, Popy dan Saefty teman satu bimbingan yang selalu memberikan motivasi dan setia menemani konsul.
11. Semua teman kos yang selalu memberikan dukungan dan membantu penyusunan skripsi ini.
12. Rekan- rekan satu angkatan dan semua pihak terkait yang tak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Semoga semua pihak yang telah disebut diatas mendapat anugerah yang berlimpah dari Allah SWT, atas segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis. Penulis menyadari bahwa proposal penelitian ini masih jauh dari sempurna, jika dalam penulisan laporan ini pembimbing atau pembaca masih menemukan kesalahan dan kekurangan maka penulis dengan senang hati menerima saran, koreksi dan kritiknya.

Depok, 1 Juni 2011

Penulis

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

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

Nama : Kusnul Hidayati
NPM : 0906616243
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

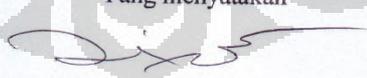
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Karakteristik Ibu, Baduta Dan Keluarga Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta (6-23 Bulan) Di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2011.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/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
Tanggal : 1 Juni 2011
Yang menyatakan


(Kusnul Hidayati)

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Kusnul Hidayati
NPM : 0906616243
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Angkatan : Ekstensi 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan flagiat dalam penulisan skripsi yang berjudul :

"Karakteristik Ibu, Baduta Dan Keluarga Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta Di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2011."

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



Depok,

(Kusnul Hidayati)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. IDENTITAS

Nama : Kusnul Hidayati
Tempat Tanggal Lahir : 14 Maret 1974
Asal Instansi : Puskesmas Parenggean-2, Kabupaten Kotawaringin Timur, Propinsi Kalimantan Tengah.
Alamat : Desa Karang Sari Kecamatan Parenggean Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah.

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

SD Negeri 1 Dawuhan (Jatikalen-Nganjuk)	Lulus Tahun 1986
SMPN Jatikalen (Nganjuk)	Lulus Tahun 1989
SPK Depkes Palangkaraya	Lulus Tahun 1992
Program Pendidikan Bidan-A	Lulus Tahun 1993
Akbid Poltekes Palangkaraya	Lulus Tahun 2003
FKM UI Peminatan Bidan Komunitas	2009 s/d sekarang

III. RIWAYAT PEKERJAAN

1993 s/d Juni 1996 : Puskesmas Tumbang Sangai
Juni 1996 s/d sekarang : Puskesmas Parenggean-2

KUSNUL HIDAYATI

Sarjana Kesehatan Masyarakat

Karakteristik Ibu, Baduta Dan Keluarga Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta (6-23 bulan) Di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2011.

xvi + 88 hal + 13 tabel + 4 gambar + 2 lampiran

ABSTRAK

Gizi kurang merupakan penyebab sepertiga kematian pada anak. Beberapa tahun terakhir karena meningkatnya harga pangan dan menurunnya pendapatan telah meningkatkan resiko kekurangan gizi terutama dikalangan anak-anak. Penyebab utama masalah gizi kurang adalah kurangnya asupan makanan atau anak menderita infeksi. Sedangkan penyebab tak langsung adalah ketersediaan pangan, pola asuh anak, pelayanan kesehatan, sanitasi dan air bersih. Pada tahun 2009 di Kecamatan Teluk Sampit prevalensi gizi kurus sebesar 21,6%, lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka kabupaten yaitu 14,6%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik ibu, baduta dan keluarga dengan status gizi baduta (6-23 bulan) di Kecamatan Teluk Sampit, menggunakan metode penelitian non eksperimental dengan pengambilan data secara *cross sectional*. Pengambilan responden sebagai sampel secara *simple random sampling*. Hasil analisis univariat menunjukkan baduta dengan status gizi normal 84%, kurus 14% dan sangat kurus 2%. Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan, pendapatan keluarga dan jumlah anggota keluarga dengan status gizi baduta. Pemberdayaan masyarakat perlu dilakukan di wilayah Kecamatan Teluk Sampit dengan mengembangkan sarana dan prasarana, meningkatkan pendapatan keluarga dengan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan, pelatihan manajemen usaha dan penyediaan lapangan kerja sehingga daya beli masyarakat terhadap pangan meningkat.

Kata Kunci : Baduta, Status gizi

Daftar Pustaka : 59 (1986-2010)

KUSNUL HIDAYATI

Graduation Of Public Health

Characteristic Of Mother, Children Under Two Years And Family With Nutritional Status Children Under Two Years (6-23 months) In Teluk Sampit Sub District East Kotawaringin, Of Central Kalimantan Year 2011.

xvi + 88 pages + 13 tables + 4 graphs + 2 appendix

ABSTRACT

Undernutrition is an underlying cause of about one third child deaths. Over the past year, rising food prices coupled with falling incomes have increased the risk of malnutrition, especially among children. The general cause of the problem malnutrition in the children are lack of food intake and infection. The indirect cause are the availability of food, child care patterns, health services, sanitation and cleaning water. In the year 2009 prevalence of wasted children in Teluk Sampit was 21.6%, higher when compared to East Kotawaringin district that are 14.6%. This study is aimed to determine the relationship between characteristic of mother, child under two years, and families with a nutritional status of under two years children (6-23 months) in Teluk Sampit sub district. Using non-experimental design where data were collected cross sectionally. Respondents were taken using simple random sampling. Result showed that children under two years with good nutrient were 84%, wasted were 14% and severely wasted were 2%. Bivariate analysis of the finding showed that there was significant correlation between education, family income and family size with nutritional status. This study suggests that community empowerment needs to be done in Teluk Sampit through developing facilities and infrastructure for increasing family incomes by enhancing, their knowledge and skills, income generating, training and provide employment to increase food purchasing power.

Key Words : Children under two years, Nutritional status

Reference : 59 (1986-2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
SURAT PERNYATAAN	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup	8
2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Status Gizi	9
2.2 Metode Penentuan Status Gizi	10
2.2.1 Pengukuran Antropometri	10
2.2.2 Parameter Dan Indeks Antropometri	12
2.2.3 Kelebihan Dan Kekurangan Indeks Antropometri	15
2.2.4 Standar Antropometri WHO 2005	16
2.3 Pengertian Kekurangan Gizi	19
2.3.1 Kekurangan Energi Protein	19
2.3.2 Gizi Buruk	19
2.4 Gejala Klinis Gizi Kurang	20
2.4.1 Gejala Klinis KEP Ringan	20
2.4.2 Gejala Klinis Marasmus	21
2.4.3 Gejala Klinis Kwashiorkor	21
2.4.4 Gejala Klinis Marasmus Kwashiorkor	21
2.5 Dampak Kekurangan Gizi	22
2.6 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi	24
2.6.1 Pendidikan Ibu	28
2.6.2 Pekerjaan Ibu	29
2.6.3 Pengetahuan Ibu	29

2.6.4 Umur, Jenis Kelamin Dan Berat Badan Lahir	30
2.6.5 Jumlah Anggota Keluarga	31
2.6.6 Pendapatan Keluarga	32
2.6.7 Pemberian ASI Eksklusif.....	33
2.6.8 Umur Awal Pemberian ASI.....	34
2.6.9 Pemberian Imunisasi.....	35
2.6.10 Penyakit Infeksi	36
3. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI	
OPERASIONAL.....	38
3.1 Kerangka Teori	38
3.2 Kerangka Konsep	40
3.3 Hipotesis	41
3.4 Definisi Operasional	42
4. METODOLOGI PENELITIAN	46
4.1 Jenis Penelitian	46
4.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	46
4.3 Populasi Dan Sampel	46
4.3.1 Populasi.....	46
4.3.2 Sampel	46
4.3.3 Besar Sampel	47
4.4 Pengumpulan Data	48
4.5 Instrumen	49
4.5.1 Kuesioner	49
4.5.2 Alat Ukur	49
4.6 Tenaga Pelaksana	49
4.7 Pengolahan Data	49
4.8 Analisa Data	52
4.8.1 Analisis Univariat	52
4.8.2 Analisis Bivariat	53
5. HASIL PENELITIAN.....	54
5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian.....	54
5.2 Hasil Analisis Univariat	54
5.2.1 Prevalensi Status Gizi Baduta.....	54
5.2.2 Karakteristik Ibu	55
5.2.3 Karakteristik Baduta	57
5.2.4 Karakteristik Keluarga.....	58
5.2.5 Pola Asuh.....	59
5.2.6 Riwayat Penyakit Infeksi	60
5.3 Hasil Analisis Bivariat	62
5.3.1 Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Status Gizi Baduta	62
5.3.2 Hubungan Karakteristik Baduta Dengan Status Gizi Baduta	63
5.3.3 Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Status Gizi Baduta	64
5.3.4 Hubungan Antara Pola Asuh Dengan Status Gizi Baduta.....	66
5.3.5 Hubungan Penyakit Infeksi Dengan Status Gizi Baduta	67

6. PEMBAHASAN.....	69
6.1 Keterbatasan Penelitian	69
6.2 Status Gizi	69
6.3 Pendidikan	70
6.4 Pekerjaan	71
6.5 Pengetahuan Ibu	72
6.6 Jenis Kelamin	73
6.7 Berat Badan Lahir	74
6.8 Umur Baduta	74
6.9 Jumlah Anggota Keluarga	75
6.10 Pendapatan Keluarga	76
6.11 Pemberian ASI	77
6.12 Umur Awal Pemberian MP-ASI	79
6.13 Pemberian Imunisasi	80
6.14 Penyakit Infeksi	81
7. KESIMPULAN DAN SARAN	82
7.1 Kesimpulan	82
7.2 Saran	82
DAFTAR REFERENSI	84

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Kategori Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks.....	18
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Status Gizi BB/PB Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	55
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan, Pekerjaan Dan Pengetahuan Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	56
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Baduta Menurut Jenis Kelamin, Umur Baduta Dan Berat Badan Lahir Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	57
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pendapatan Keluarga Dan Jumlah Anggota Keluarga Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	58
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pemberian ASI Eksklusif, Umur Awal Pemberian ASI Dan Pemberian Imunisasi Di Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	59
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Riwayat Penyakit Infeksi Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	60
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik Ibu , Baduta Dan Keluarga, Pola Asuh Dan Riwayat Penyakit Infeksi Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	61
Tabel 5.8 Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	62
Tabel 5.9 Hubungan Antara Karakteristik Baduta Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	63
Tabel 5.10 Hubungan Antara Karakteristik Keluarga Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	65
Tabel 5.11 Hubungan Antara Pola Asuh Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	66
Tabel 5.12 Hubungan Antara Riwayat Penyakit Infeksi Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	67
Tabel 5.13 Hubungan Karakteristik Ibu, Baduta, Keluarga, Pola Asuh, Riwayat Penyakit Infeksi Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011	68

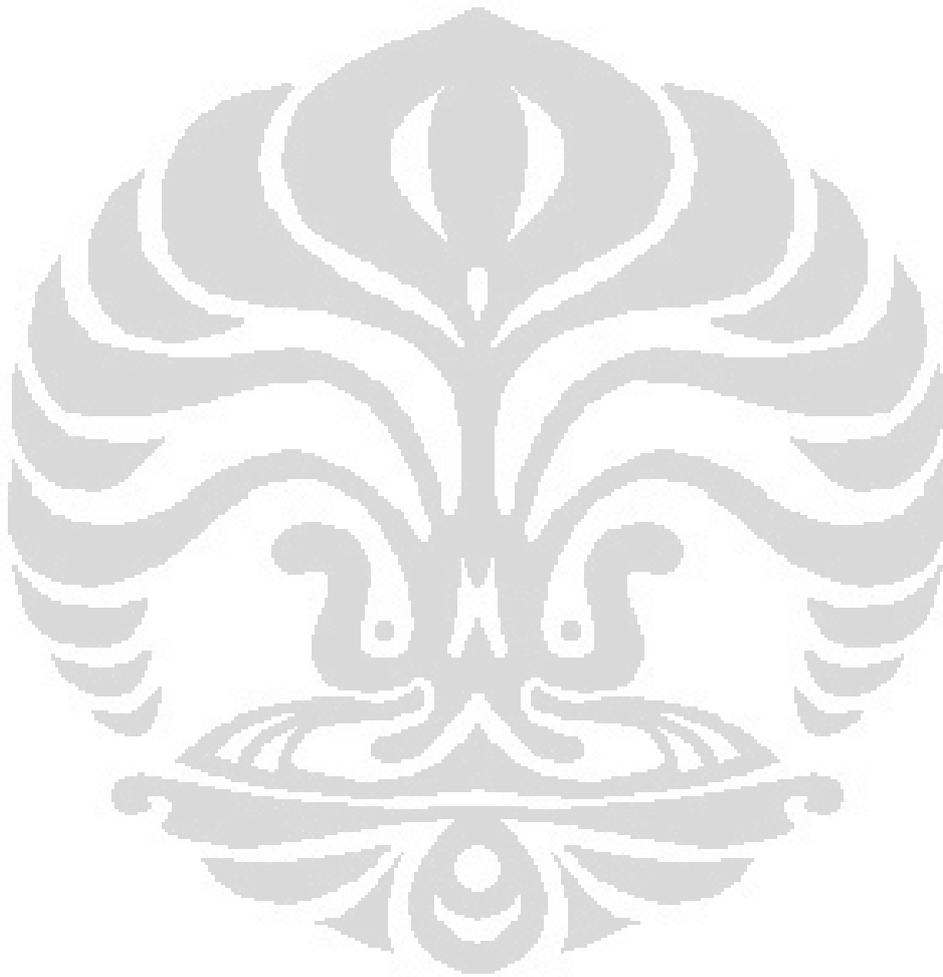
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Perkembangan Terjadinya Kurang Gizi	23
Gambar 2.2	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi	25
Gambar 2.3	Kerangka Teori Unicef	27
Gambar 3.1.	Kerangka Teori Modifikasi Apriadji Dan Unicef.....	39



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner
Lampiran 2 : Surat Ijin Penelitian



DAFTAR SINGKATAN



AKG	: Angka Kecukupan Gizi
BB/PB	: Berat Badan menurut Panjang Badan
BB/TB	: Berat Badan menurut Tinggi Badan
BB/U	: Berat Badan menurut Umur
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
IMT	: Indeks Massa Tubuh
KKP	: Kurang Kalori Protein
KLB	: Kejadian Luar Biasa
MGRS	: <i>Multicentre Growth Reference Study</i>
MP-ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
TB/U	: Tinggi Badan menurut Umur
UNHCR	: <i>United Nations High Commissioner for Refugees</i>
WNPG	: Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi

BAB 1 PENDAHULUAN

2.1 Latar Belakang

Sumber daya manusia yang berkualitas akan sangat menentukan keberhasilan pembangunan nasional suatu bangsa, yaitu sumber daya manusia yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, juga penguasaan ilmu dan teknologi. Gizi sangat menentukan kualitas sumber daya manusia. Kekurangan gizi dapat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia dan gangguan gizi pada awal kehidupan akan mempengaruhi kualitas kehidupan berikutnya (Azwar dalam WNPG, 2004).

Status gizi yang baik dapat membantu proses pertumbuhan dan perkembangan anak untuk mencapai kematangan yang optimal. Gizi yang cukup juga dapat memperbaiki ketahanan tubuh sehingga diharapkan tubuh akan bebas dari penyakit. Status gizi merupakan indikator ketiga dalam menentukan derajat kesehatan anak. Indikator lainnya yaitu angka kematian bayi, angka kesakitan bayi dan angka harapan hidup waktu lahir. Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa (Hidayat, 2008).

Kurang gizi merupakan penyebab sepertiga kematian pada anak. Beberapa tahun terakhir karena meningkatnya harga pangan dan menurunnya pendapatan telah meningkatkan resiko kekurangan gizi, terutama di kalangan anak-anak. Meskipun prevalensi anak dibawah 5 tahun yang kurus di seluruh dunia menurun dari 25% pada tahun 1990 menjadi 18% pada tahun 2005, di beberapa kabupaten/wilayah prevalensi malnutrisi masih meningkat dan mempengaruhi seluruh dunia yaitu sekitar 186 juta anak-anak di bawah usia 5 tahun pada tahun 2005 (WHO, 2010).

Menurut UNHCR masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius jika prevalensi BB/TB kurus antara 10,1%-15%, dianggap kritis jika prevalensi di atas 15% dan kategori *moderate* jika prevalensi $\leq 10\%$. Dari 33 provinsi, ada 5

propinsi masuk kategori *moderate*, 19 propinsi masuk dalam kategori serius, dan 9 propinsi masuk dalam kategori kritis (Risikesdas, 2010).

Prevalensi nasional gizi balita berdasarkan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) tahun 2007 adalah 13,6%, yang terdiri dari prevalensi gizi sangat kurus pada balita adalah 6,2% dan prevalensi gizi kurus pada balita adalah 7,4% (Risikesdas, 2007). Sedangkan pada tahun 2010 prevalensi kekurusan adalah 13,3%, yang terdiri dari 6,0% sangat kurus dan 7,3% kurus. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional tahun 2007 (13,6%) sudah terlihat ada penurunan meskipun tidak banyak. Penurunan terjadi pada prevalensi gizi sangat kurus yaitu dari 6,2% tahun 2007 menjadi 6% pada tahun 2010 atau turun sebesar 0,2%. Sedangkan prevalensi gizi kurus tidak banyak berbeda dari 7,4% menjadi 7,3%. Namun di beberapa propinsi prevalensi kekurusan masih di atas angka nasional. Terdapat 19 propinsi dengan prevalensi kekurusan di atas angka prevalensi nasional termasuk Propinsi Kalimantan Tengah.

Hasil survey Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2007 diketahui bahwa di Kalimantan Tengah terdapat 14,6% balita yang menderita Kurang Energi Protein (KEP) terdiri dari 2% balita menderita gizi buruk dan 12,6% balita gizi kurang. Sedangkan hasil PSG tahun 2009 balita yang menderita KEP sebesar 16,9% (Dinkes Propinsi Kalteng, 2009). Berdasarkan Risikesdas tahun 2010, prevalensi kekurusan Propinsi Kalimantan Tengah tahun 2010 adalah 15,6%, yang terdiri dari prevalensi sangat kurus 6% dan prevalensi kurus 9,6%.

Kabupaten Kotawaringin Timur adalah salah satu kabupaten di Propinsi Kalimantan Tengah yang masih mempunyai masalah status gizi balita. Hasil PSG tahun 2008, berdasarkan indeks berat badan menurut umur (BB/U) prevalensi gizi buruk 0,8%, gizi kurang 15,3%, dan tahun 2009 prevalensi gizi buruk meningkat menjadi 2,2% dan gizi kurang 15%. Sedangkan berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), pada tahun 2009 prevalensi kekurusan 14,6%, yang terdiri dari prevalensi sangat kurus 3% dan prevalensi kurus 11,6% (Hasil PSG Kabupaten Kotawaringin Timur 2008-2009).

Kecamatan Teluk Sampit merupakan salah satu kecamatan di Kabupaten Kotawaringin Timur yang baru dimekarkan dari Kecamatan Mentaya Hilir Selatan sejak tahun 2004. Merupakan daerah yang masih terisolir, meskipun jalur

transportasi darat dari Sampit sudah ada tapi kegiatan perekonomian masih kurang. Di Kecamatan Teluk Sampit prevalensi kasus gizi buruk dan gizi kurang di atas rata-rata kabupaten. Hasil survey Pemantauan Status Gizi tahun 2008, berdasarkan indeks berat badan menurut umur (BB/U) prevalensi gizi buruk 0% (tidak ditemukan kasus gizi buruk) dan gizi kurang 41,6%, pada tahun 2009 prevalensi gizi buruk 6,2% dan gizi kurang 21,9%. Sedangkan berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) pada tahun 2009 prevalensi anak dengan status gizi kurus 21,6%, yang terdiri dari prevalensi sangat kurus 4,6% dan prevalensi kurus 17% (Hasil PSG Kabupaten Kotawaringin Timur 2008-2009).

Kekurangan gizi terutama pada balita dapat menyebabkan meningkatnya resiko kematian, terganggunya pertumbuhan fisik dan perkembangan mental serta kecerdasan. Dampak kekurangan gizi bersifat permanen yang tidak dapat diperbaiki walaupun pada usia berikutnya kebutuhan gizinya terpenuhi. Kondisi kesehatan dan status gizi pada saat lahir dan balita sangat menentukan kondisi kesehatan pada masa usia sekolah dan remaja (Depkes, 2007)

Menurut Gibney dkk (2009), dampak dari defisiensi gizi dapat mempengaruhi perkembangan mental. Anak yang gizinya kurang menyebabkan penurunan interaksi dengan lingkungannya dan keadaan ini selanjutnya akan menimbulkan *outcome* perkembangan yang buruk. Anak-anak tersebut akan memperlihatkan aktifitas yang menurun, lebih rewel dan tidak merasa bahagia, serta tidak begitu menunjukkan rasa ingin tahu (naluri eksplorasi) jika dibandingkan dengan anak-anak yang gizinya baik. Keadaan gizi kurang juga mengakibatkan perubahan struktural dan fungsional pada otak, hal ini tentunya akan berpengaruh pada IQ atau tingkat kecerdasan anak.

Anak bawah dua tahun (baduta) memerlukan perhatian khusus dari orang tua atau orang yang dekat dengannya dan sangat bergantung baik secara fisik maupun emosi dan memerlukan bantuan dalam berbagi kegiatan. Pertumbuhan otak anak sangat ditentukan pada awal balita (baduta). Kekurangan gizi pada usia tersebut dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan otak yang mempengaruhi kualitas dan tingkat kecerdasannya. Dua tahun pertama kehidupan merupakan “tahun emas”. Tak ada kesempatan kedua memperoleh otak yang memberinya IQ

(*Intelligence Quatation*) optimal. Perkembangan otak yang kurang optimal pada masa baduta tidak akan dapat dipulihkan lagi (*irreversible*). Masih ada jutaan anak yang menderita gizi kurang dan gizi buruk yang terancam nasib otaknya (Wahidah, 2004 dalam Hernawati, 2008).

Menurut Apriadji (1985), bahwa zat gizi yang masuk ke dalam tubuh yang akan menentukan status gizi seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu faktor gizi eksternal yang terdiri dari latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi, jumlah anggota keluarga, kebersihan lingkungan, dan daya beli keluarga yang dipengaruhi oleh pendapatan keluarga, harga bahan makanan, dan tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan, dimana semua faktor tersebut mempengaruhi konsumsi makanan, jumlah makanan, dan mutu makanan. Faktor gizi internal terdiri dari nilai cerna makanan, status kesehatan, status fisiologis, kegiatan, umur, jenis kelamin, dan ukuran tubuh, dimana semua faktor tersebut mempengaruhi penggunaan metabolik dan tingkat kebutuhan seseorang.

Penyebab terjadinya KEP pada balita yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung dan penyebab mendasar. Penyebab langsung antara lain adalah ketidakcukupan konsumsi makanan, dan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung antara lain kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan, kondisi sosial ekonomi yang rendah, ketersediaan pangan ditingkat keluarga yang tidak mencukupi, besarnya keluarga, pola konsumsi keluarga yang kurang baik, pola distribusi pangan yang kurang merata, serta fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit dijangkau. Sedangkan penyebab mendasar yang paling penting adalah rendahnya pengetahuan ibu dan rendahnya pendidikan dasar ibu (Depkes, 1997).

Peningkatan kasus gizi buruk di Kabupaten Kotawaringin Timur selain karena faktor sosial ekonomi masyarakat setempat, juga disebabkan karena jumlah desa yang tidak memiliki tenaga kesehatan, selain faktor pendukung lain yaitu kaum urban ke Kotawaringin Timur, dengan harapan mencari kehidupan yang lebih baik. Mereka datang bukan dengan kemapanan, kadang membawa balita dengan gizi kurang bahkan ada yang dengan gizi buruk (Pelita, 2010). Di Kabupaten Kotawaringin Timur semua balita dengan gizi buruk dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan selanjutnya. Sedangkan balita yang

menderita gizi kurang mendapat bantuan PMT pemulihan yang dikelola oleh dinas kesehatan, agar balita-balita gizi kurang dapat meningkat status gizinya. Berdasarkan analisis di dinas kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur kasus gizi buruk cenderung berulang pada balita yang sama untuk tahun berikutnya. Pemberian PMT pemulihan biasanya diberikan selama 90 hari, setelah tidak mendapatkan PMT balita cenderung mengalami gizi buruk lagi.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut dan belum ada penelitian yang sama di wilayah Kecamatan Teluk Sampit, peneliti terdorong untuk melakukan penelitian tentang karakteristik ibu, baduta dan keluarga yang berhubungan dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit, Kabupaten Kotawaringin Timur.

2.2 Rumusan Masalah

Prevalensi kasus gizi kurus dan sangat kurus di Kecamatan Teluk Sampit cukup tinggi dan di atas nilai rata-rata kabupaten. Berdasarkan indeks BB/TB pada tahun 2009 prevalensi kekurusan 21.6%, yang terdiri dari prevalensi sangat kurus 4.6% dan prevalensi kurus 17%, lebih tinggi jika dibandingkan dengan kecamatan lain di Kabupaten Kotawaringin Timur. Selain disebabkan karena penyebab langsung yaitu kecukupan intake dan infeksi, malnutrisi juga disebabkan oleh faktor-faktor yang secara tidak langsung mempengaruhi status gizi. Dalam penelitian ini penulis ingin mengetahui faktor-faktor yang menjadi penyebab tidak langsung masalah gizi kurang di Kecamatan Teluk Sampit, Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2011.

2.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1. Bagaimana gambaran status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?
- 1.3.2. Bagaimana gambaran karakteristik ibu baduta (tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat pengetahuan mengenai gizi) di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?
- 1.3.3. Bagaimana gambaran karakteristik baduta (jenis kelamin, umur, berat badan lahir) di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?

- 1.3.4. Bagaimana gambaran karakteristik keluarga baduta (pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga) di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?
- 1.3.5. Bagaimana gambaran pola asuh baduta (pemberian ASI eksklusif, umur awal pemberian MP-ASI, pemberian imunisasi) di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?
- 1.3.6. Bagaimana gambaran riwayat penyakit infeksi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?
- 1.3.7. Bagaimana hubungan karakteristik ibu baduta (tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat pengetahuan mengenai gizi) dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?
- 1.3.8. Bagaimana hubungan karakteristik baduta (jenis kelamin, umur, berat badan lahir) dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?
- 1.3.9. Bagaimana hubungan karakteristik keluarga baduta (penghasilan keluarga, jumlah anggota keluarga) dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?
- 1.3.10. Bagaimana hubungan pola asuh anak baduta (pemberian ASI eksklusif, umur awal pemberian MP-ASI, pemberian imunisasi) dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?
- 1.3.11. Bagaimana hubungan riwayat penyakit infeksi dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011?

2.4 Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketuinya karakteristik ibu, baduta dan keluarga yang berhubungan dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya gambaran status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.
- b. Diketuinya gambaran karakteristik ibu baduta (tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat pengetahuan) di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.

- c. Diketuainya gambaran karakteristik anak baduta (jenis kelamin, umur, berat badan lahir) di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.
- d. Diketuainya gambaran karakteristik keluarga baduta (penghasilan keluarga, jumlah anggota keluarga) di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.
- e. Diketuainya gambaran pola asuh baduta (pemberian ASI eksklusif, umur awal pemberian MP-ASI, pemberian imunisasi) di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.
- f. Diketuainya gambaran riwayat penyakit infeksi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.
- g. Diketuainya hubungan karakteristik ibu baduta (tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat pengetahuan mengenai gizi) dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.
- h. Diketuainya hubungan karakteristik baduta (jenis kelamin, umur, berat badan lahir) dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.
- i. Diketuainya hubungan karakteristik keluarga baduta (penghasilan keluarga, jumlah anggota keluarga) dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.
- j. Diketuainya hubungan pola asuh baduta (pemberian ASI eksklusif, umur awal pemberian MP-ASI, pemberian imunisasi) dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.
- k. Diketuainya hubungan riwayat penyakit infeksi baduta dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011.

2.5 Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Peneliti Lain

Menambah pengetahuan melalui info yang dihasilkan dari penelitian ini, sehingga dapat mengembangkan lagi penelitian ini.

1.5.2. Bagi Pihak Berkepentingan

Masukan bagi pihak yang berkepentingan untuk pengembangan kebijakan dan program kesehatan di Kabupaten Kotawaringin Timur.

1.5.3. Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan pengalaman serta sebagai salah satu cara penerapan ilmu yang telah didapat selama masa perkuliahan.

2.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui karakteristik ibu, baduta dan keluarga yang berhubungan dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur. Kegiatan penelitian dilakukan di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur. Penelitian dilakukan selama bulan April tahun 2011. Tingginya prevalensi gizi buruk dan gizi kurang di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur dibandingkan dengan kecamatan lain di Kabupaten Kotawaringin Timur serta belum adanya penelitian tentang karakteristik ibu, baduta dan keluarga yang berhubungan dengan status gizi baduta di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur, menjadi alasan kegiatan penelitian ini. Sebagai responden untuk memperoleh data primer adalah ibu yang memiliki anak balita umur 6-23 bulan dengan melakukan wawancara, menimbang berat badan dan mengukur panjang badan. Selain itu peneliti juga mengambil data sekunder dari Puskesmas Teluk Sampit dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Timur tentang laporan kegiatan PSG dan data lainnya yang diperlukan dalam penelitian ini. Penelitian ini menggunakan penelitian non eksperimental dengan pengambilan data secara *cross sectional*, di mana pengamatan variabel dependen dan independen dilakukan secara bersamaan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi

Status gizi adalah keadaan kesehatan sebagai hasil masukan zat gizi, yang merupakan gambaran apa yang dikonsumsi oleh seseorang dalam jangka waktu yang cukup lama. Ketersediaan zat gizi dalam tubuh seseorang (termasuk bayi dan balita) menentukan keadaan gizi bayi dan balita apakah kurang atau lebih (Maryunani, 2010). Sedangkan menurut Supriasa (2001), status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk tertentu, contoh gondok endemik merupakan keadaan tidak seimbangnya pemasukan dan pengeluaran yodium dalam tubuh.

Status gizi seseorang dipengaruhi oleh konsumsi makanan. Status gizi baik atau status gizi optimal terjadi bila tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, otak, kemampuan kerja dan kesehatan dengan optimal. Status gizi kurang terjadi bila tubuh kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial, sedangkan status gizi lebih terjadi bila tubuh memperoleh zat-zat gizi dalam jumlah berlebihan. Status gizi kurang maupun status gizi lebih merupakan gangguan/masalah gizi (Almatsier, 2001).

Konsumsi zat gizi akan menentukan tercapainya tingkat kesehatan atau status gizi. Apabila tubuh berada pada tingkat gizi optimum, disebut gizi optimum atau gizi baik. Dalam kondisi tersebut tubuh terbebas dari penyakit dan mempunyai daya tahan tubuh yang tinggi. Apabila konsumsi zat gizi tidak seimbang dan mengalami kekurangan dibandingkan dengan kebutuhan, maka disebut gizi kurang atau *malnutrition*, jika kelebihan disebut gizi lebih atau *over nutrition* (Notoatmodjo, 2007).

2.2 Metode Penentuan Status Gizi

Penentuan status gizi anak memerlukan pengetahuan dalam mengkategorikan pada keadaan mana anak itu berada. Penilaian status gizi dapat dilaksanakan dengan cara langsung yaitu dengan penilaian klinis, biokimia gizi, penilaian biofisik dan antropometri. Penilaian tidak langsung, yaitu melalui penelitian sosio demografi dan indikator status kesehatan lainnya.

2.2.1 Pengukuran Antropometri

Antropometri berasal dari kata '*Antropos* dan *Metros*'. *Antropos* artinya tubuh dan *metros* artinya ukuran. Antropometri secara umum artinya ukuran dari tubuh. Pengertian dari sudut pandang gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Ukuran tubuh antara lain ; berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas dan tebal lemak dibawah kulit (Supariasa, 2001). Pengukuran antropometri yang biasa digunakan untuk melihat pertumbuhan adalah :

a. Massa Tubuh

Berat badan adalah pengukuran antropometri yang paling sering digunakan untuk mengetahui massa tubuh seseorang. Berat badan mencerminkan jumlah protein, lemak, air dan massa mineral tulang. Dengan bertambahnya umur jumlah lemak dalam tubuh akan meningkat. Berat badan lahir dapat sebagai indikator status gizi bayi dengan *cut off point* < 2500 gram dikatakan BBLR.

b. Pengukuran Linear (Panjang)

Dasar pengukuran *linear* adalah tinggi (panjang) atau *stature* dan merefleksikan pertumbuhan skeletal. Pengukuran *linear* lainnya seperti tulang digunakan untuk tujuan tertentu, misalnya panjang lengan atas atau kaki.

1) Tinggi Badan

- Mengukur jaringan tulang skeletal yang terdiri dari kaki, panggul, tulang belakang dan tulang tengkorak.
- Jika dihubungkan dengan umur dapat digunakan sebagai indikator status gizi.

2) Panjang Badan

- Dilakukan pada balita yang berumur kurang dari 2 tahun.
- Balita kurang dari 3 tahun yang sukar untuk berdiri waktu pengumpulan data tinggi badan.

3) Lingkar Kepala

Digunakan untuk mendeteksi kelainan seperti *hydrocephalus* (ukuran kepala besar) atau *microcephaly* (ukuran kepala kecil).

- Lingkar Pertumbuhan lingkar dada pesat sampai anak berumur 3 tahun.
- Rasio lingkar dada dan kepala dapat digunakan sebagai indikator KEP pada balita.

4) Dada

5) Lingkar Lengan Atas

- Biasa digunakan pada balita wanita usia subur (WUS).
- Lebih cepat, murah dan mudah tidak memerlukan data umur.
- Mencerminkan cadangan energi, mencerminkan status KEP pada balita dan KEK pada wanita usia subur.
- *Cut off point* pada balita KEP < 12.5 cm dan < 23.5 cm untuk WUS dan bumil.

Sebagai alat ukur status gizi anak, antropometri mempunyai berbagai kelebihan, yaitu :

- a. Biaya yang diperlukan tidak mahal, karena alat mudah didapat dan tidak memerlukan bahan-bahan lainnya.
- b. Waktu yang diperlukan untuk melatih petugas lapangan lebih cepat.
- c. Alat ukurnya mudah digunakan dan mudah dibawa.
- d. Dapat dipakai untuk mengukur kurang gizi yang terjadi pada saat ini maupun masa lalu.
- e. Dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang dan gizi buruk karena sudah ada ambang batasnya (*cut off points*) yang jelas.
- f. Prosedurnya sederhana, aman, dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar. (Supriasa, 2001).

Sedangkan kelemahan metode penentuan status gizi secara antropometri :

a. Tidak sensitif

Metode ini tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu yang singkat. Di samping itu tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu seperti zinc dan Fe.

b. Faktor di luar gizi (penyakit, genetik, dan penurunan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifikasi dan sensitivitas pengukuran antropometri.

c. Kesalahan pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi dan validitas pengukuran antropometri gizi.

d. Kesalahan yang biasa terjadi antara lain karena :

- 1) Pengukuran
- 2) Perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan.
- 3) Analisis dan asumsi yang keliru (Supariasa, 2001)

e. Sumber kesalahan biasanya berhubungan dengan :

- 1) Latihan petugas yang tidak cukup
- 2) Kesalahan alat atau alat tidak ditera.
- 3) Kesulitan pengukuran

2.2.2 Parameter Dan Indeks Antropometri

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Yang disebut dengan parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia antara lain, umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal lemak dibawah kulit. Kombinasi dari beberapa parameter disebut indeks antropometri. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Perbedaan penggunaan indeks tersebut akan memberikan gambaran prevalensi gizi yang berbeda (Supariasa, 2001).

a. Indeks BB/U

Berat badan merupakan salah satu parameter yang memberikan gambaran massa tubuh (otot dan lemak). Massa tubuh sangat sensitive terhadap perubahan-

perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, di mana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat dua kemungkinan berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi. Mengingat karakteristik yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi saat ini (Supriasa, dkk 2002). Batas “*non public health problem*” menurut WHO dalam Riskesdas 2010 untuk masalah berat kurang adalah 10.0%.

b. Indeks TB/U

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan pertambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan relative kurang sensitive terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Berdasarkan karakteristik tersebut, indeks TB/U menggambarkan status gizi masa lalu. Keadaan tinggi badan anak pada masa usia sekolah, menggambarkan status gizi pada masa balitanya.

Masalah penggunaan indeks TB/U pada masa balita adalah masalah pada pengukuran sendiri dan ketelitian data umur. Masalah ini akan berkurang jika dilakukan pada anak yang lebih tua, di mana proses pengukuran dapat lebih mudah dilakukan dan penggunaan rentang umur yang lebih panjang memperkecil kemungkinan kesalahan umur. *Stunting* adalah keadaan terhambatnya pertumbuhan badan anak yang tidak sesuai dengan umurnya yang disebabkan karena kekurangan gizi dalam waktu yang lama. Indeks ini berkaitan dengan masalah social ekonomi. Oleh karena itu indeks ini selain digunakan sebagai indikator status gizi dapat juga digunakan sebagai indikator perkembangan sosial

ekonomi masyarakat (Supriasa, dkk 2002). Batas “*non public health problem*” menurut WHO dalam Riskesdas 2010 untuk masalah kependekan adalah 20%.

c. Indeks BB/TB

Berat badan memiliki hubungan yang linier dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Jellife memperkenalkan penggunaan indeks BB/TB untuk mengidentifikasi status gizi. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini. Indeks BB/TB adalah merupakan indeks yang independen terhadap umur. Indeks BB/TB dapat memberikan gambaran tentang proporsi berat badan relatif terhadap tinggi badan, dalam penggunaannya indeks ini merupakan indikator kekurusan/ wasting (Supriasa, dkk 2002).

Menurut UNHCR dalam Riskesdes 2010, masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi BB/TB kurus antara 10,1%-15,0%, dianggap kritis bila diatas 15,0% dan moderate bila $\leq 10\%$. Dalam mengidentifikasi gizi buruk berkaitan dengan KLB digunakan indeks BB/TB. Karena indeks BB/TB (*wasting status*) lebih sensitif dan spesifik sebagai indikator defisit massa tubuh yang dapat terjadi dalam waktu singkat atau dalam periode waktu yang lama sebagai akibat kekurangan makan atau terserang penyakit infeksi.

2.2.3 Kelebihan Dan Kekurangan Indeks Antropometri

No	Indeks Antropometri	Kelebihan	Kekurangan
1.	BB/U	<ul style="list-style-type: none"> - Indikator yang baik untuk mengukur status gizi yang akut / kronis. - Sensitif terhadap perubahan keadaan gizi yang kecil. - Pengukuran obyektif dan bila diulang memberikan hasil yang sama. - Mudah dilaksanakan dan teliti. - Tidak memakan waktu lama 	Data umur kadang-kadang sulit dipercaya. Untuk anak umur < 2 tahun biasanya teliti dan bila ada kesalahan mudah dikoreksi sebaliknya sulit untuk memperkirakan anak umur > 2 tahun.
2.	TB/U	<ul style="list-style-type: none"> - Merupakan indikator yang baik untuk menilai gizi pada waktu lampau. - Pengukuran lebih obyektif, memberikan hasil yang sama bila pengukuran diulangi - Ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tinggi badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun. - Pengukuran relatif sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak sehingga diperlukan 2 orang atau lebih untuk melakukannya. - Ketepatan umur sulit.
3	BB/TB	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak memerlukan data umur - Membedakan proporsi badan (gemuk, normal, kurus) - Pengukuran obyektif dan memberikan hasil yang sama bila diulang. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyebabkan estimasi yang rendah terhadap KEP. - Membutuhkan 2 macam alat pengukur. - Membutuhkan 2 orang untuk melakukannya.

2.2.4 Standar Antropometri WHO 2005

Standar antropometri yang baru (WHO 2005) mulai disosialisasikan oleh WHO di Bangkok dalam acara Workshop Standar Antropometri Baru, pada tanggal 4-7 Juni 2006. Dalam sosialisasi itu WHO mendorong negara-negara di Asia Tenggara untuk menggunakan standar antropometri yang baru (WHO-2005), karena beberapa alasan yaitu :

- a. Standar yang baru disusun berdasarkan hasil studi dari 6 negara yaitu Brazil, India, Norwegia, Oman dan Amerika Serikat. Berbeda dengan standar NCHS yang didasarkan pada satu kelompok masyarakat di USA, sehingga standar yang baru dinilai lebih baik.
- b. Populasi sebagai sampel adalah bayi yang lahir dari keluarga mampu, dengan lingkungan yang mendukung pertumbuhan potensial, ibu berpendidikan maksimal SLTA dan tidak merokok.
- c. Didasarkan pada sampel yang mendapat air susu ibu (ASI) secara eksklusif.(Sumarno, 2006)

WHO *Multicentre Growth Reference Study* (MGRS) dirancang untuk menghasilkan standar pertumbuhan yang bersifat preskriptif (bagaimana anak seharusnya tumbuh optimal) yang berbeda dengan acuan/rujukan sebelumnya yang bersifat deskriptif (gambaran bagaimana anak tumbuh). Standar ini dapat digunakan di semua negara, karena penelitian menunjukkan bahwa anak-anak dari negara manapun akan tumbuh sama bila gizi, kesehatan dan kebutuhannya dipenuhi. Manfaat lain dari standar pertumbuhan yang baru yaitu :

- a. Standar baru lebih dini dan sensitif untuk mengidentifikasi anak pendek dan sangat gemuk.
- b. Standar baru seperti IMT berguna untuk mengukur kegemukan.
- c. Petugas kesehatan dapat mengidentifikasi anak-anak yang beresiko kurang gizi atau gemuk secara dini.
- d. Menghasilkan enam tahapan (*milestone*) perkembangan motorik kasar (duduk tanpa bantuan, merangkak, berdiri dengan bantuan, berdiri tanpa bantuan, berjalan dengan bantuan dan berjalan tanpa bantuan), yang diharapkan dapat dicapai oleh anak sehat pada umur antara 4 sampai 18 bulan (Depkes, 2008)

Ketentuan umum dalam penggunaan standar antropometri WHO 2005 (Depkes, 2010) :

a. Istilah dan Pengertian

- 1) **Umur** dihitung dalam bulan penuh. Contoh, umur 2 bulan 29 hari dihitung sebagai umur 2 bulan.
- 2) Ukuran **Panjang Badan (PB)** digunakan untuk anak umur 0-24 bulan yang diukur telentang. Bila anak umur 0-24 bulan diukur berdiri, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan menambahkan 0.7 cm.
- 3) Ukuran **Tinggi Badan (TB)** digunakan untuk anak umur diatas 24 bulan yang diukur berdiri. Bila anak umur diatas 24 bulan diukur telentang, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan mengurangi 0.7 cm.
- 4) **Gizi Kurang** dan **Gizi Buruk** adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) yang merupakan padanan istilah **underweight** (gizi kurang) dan **severely underweight** (gizi buruk)
- 5) **Pendek** dan **Sangat Pendek** adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah **stunted** (Pendek) dan **severely stunted** (Sangat Pendek).
- 6) **Kurus** dan **Sangat Kurus** adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) yang merupakan padanan istilah **wasted** (Kurus) dan **severely wasted** (Sangat Kurus)

b. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Kategori dan ambang batas status gizi anak terdapat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.1.
Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks
(Depkes, 2010).

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
(BB/U) Anak umur 0-60 Bulan	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	>2 SD
(PB/U) atau (TB/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
(BB/PB) atau (BB/TB) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh Menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh Menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5-18 Tahun	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

2.3 Pengertian Kekurangan Gizi

2.3.1 Kekurangan Energi Protein

Pengertian KEP telah banyak diungkapkan oleh pakar di bidang gizi/kesehatan. Menurut Jellife dalam Hadi 2005, yang dimaksud dengan KEP adalah istilah umum yang meliputi “*malnutrition*” dalam hal ini adalah bentuk gizi kurang, baik di tingkat ringan, sedang maupun berat termasuk kwashiorkor dan marasmus. Sedangkan menurut Depkes (1999), yang dimaksud dengan kekurangan gizi (KEP) adalah kekurangan gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG).

Gizi kurang pada anak disebut KKP (Kurang Kalori Protein) atau KEP (Kurang Energi Protein). Penyebab terjadinya kurang gizi pada anak karena kurang zat sumber tenaga dan kurang protein yang diperoleh dari makanan anak. Zat tenaga dan zat pembangun diperlukan anak dalam pertumbuhan anak yang pesat. Ukuran tenaga disebut kilo kalori atau kalori dan ukuran protein dalam gram. Anak balita merupakan golongan rawan untuk terjadinya kurang gizi. Masa peralihan antara saat disapih dan mulai mengikuti pola makanan orang dewasa merupakan masa rawan karena ibu atau pengasuh anak mengikuti kebiasaan yang keliru (Sasmito, 2007).

2.3.2 Gizi Buruk

Gizi buruk adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi, merupakan keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein yang terjadi dalam waktu yang lama (Sasmito, 2007). Sedangkan menurut Depkes (2006), gizi buruk adalah keadaan kurang tingkat berat pada anak yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari secara terus-menerus, mendiagnosanya berdasarkan indeks berat badan (BB/TB) < -3 SD Z Score dan atau ditemukan tanda-tanda klinis marasmus.

2.4 Gejala Klinis Gizi Kurang

Gejala klinis gizi kurang adalah akibat ketidakseimbangan yang lama antara manusia dan lingkungan hidupnya baik lingkungan alam, biologis, sosial budaya, ekonomi, masing-masing faktor tersebut mempunyai peran kompleks dan sama berat dalam etiologi penyakit gizi kurang (Khumaidi, dalam Taruna 2002).

Gejala klinis KEP berbeda-beda tergantung dari derajat dan lamanya kurang protein dan energi, umur penderita, modifikasi yang disebabkan oleh kekurangan vitamin dan mineral yang menyertainya. Pada KEP ringan yang ditemukan hanya pertumbuhan yang kurang, seperti berat badan yang kurang dibandingkan dengan anak yang sehat. Sementara pada KEP berat ditemukan gejala yang kadangkala berlainan, tergantung dari dietnya, fluktuasi musim, keadaan sanitasi, kepadatan penduduk dan sebagainya (Pudjiadi, 1997).

2.4.1 Gejala Klinis KEP Ringan

Gejala KEP ringan tidak dapat diidentifikasi secara klinik, karena biasanya hanya tercatat di pelayanan-pelayanan kesehatan bila disertai infeksi dan penderita mempunyai resiko yang jelas terhadap pertumbuhan (Khumaidi dalam Taruna, 2002).

KEP ringan sering ditemukan pada anak-anak dari 9 bulan sampai 2 tahun, akan tetapi dapat dijumpai juga pada anak-anak yang lebih besar. Pertumbuhan yang terganggu dapat dilihat dari :

- a. Pertumbuhan linier mengurang atau berhenti.
- b. Kenaikan berat badan berkurang, terhenti dan kadang berat badannya menurun.
- c. Ukuran lingkaran lengan atas menurun.
- d. Maturasi tulang terlambat.
- e. Rasio berat terhadap tinggi normal atau menurun.
- f. Tebal lipatan kulit normal atau mengurang.
- g. Anemia ringan, diet yang mengakibatkan KEP sering-sering tidak mengandung cukup zat besi, asam folik dan vitamin-vitamin lainnya.

2.4.2 Gejala Klinis Marasmus

Marasmus adalah suatu keadaan kekurangan kalori yang khronis. Karakteristik dari marasmus adalah berat badan sangat rendah.

Gejala umum marasmus adalah :

- a. Kurus kering
- b. Tampak hanya kulit dan tulang
- c. Otot dan lemak bawah kulit atropi (mengecil)
- d. Wajah seperti orang tua
- e. Berkerut / keriput
- f. Layu dan kering
- g. Diare umum terjadi (Departemen Gizi dan Kesmas,)

2.4.3 Gejala Klinis Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah istilah dari Afrika yang artinya sindroma perkembangan anak di mana anak tersebut disapih tidak mendapatkan ASI sesudah satu tahun karena menanti kelahiran bayi berikutnya. Dan balita mendapatkan pengganti ASI yang terdiri dari pati atau air gula, tapi kurang protein baik kualitas dan kuantitasnya. Gejala umum kwashiorkor adalah :

- a. Pertumbuhan dan perkembangan mental terganggu (apatis)
- b. Edema
- c. Otot menyusut (kurus)
- d. Depigmentasi rambut dan kulit.
- e. Kulit bersisik (*flaky paint dermatosis*)
- f. Anemia dan kekurangan vitamin A
- g. Diare dan infeksi

2.4.4 Gejala Klinis Marasmus-Kwashiorkor

Penyakit marasmik-kwashiorkor memperlihatkan gejala campuran antara penyakit marasmus dan kwashiorkor. Makanan sehari-hari tidak cukup mengandung protein dan energi. untuk pertumbuhan yang normal. Berat badan menurun dibawah 60% dari normal dan memperlihatkan tanda-tanda kwashiorkor, seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit, kadang juga disertai kelainan biokimia (Pudjiadi, 1997).

2.5 Dampak Kekurangan Gizi

Dampak kurang gizi terhadap proses tubuh tergantung pada zat gizi apa yang kurang. Menurut Almatsier (2001), kekurangan gizi secara umum (makanan kurang dalam kuantitas dan kualitas) menyebabkan gangguan pada proses :

a. Pertumbuhan

Dampak kekurangan gizi terhadap pertumbuhan adalah, anak tidak tumbuh menurut potensinya. Protein digunakan sebagai zat pembakar sehingga otot-otot menjadi lembek dan rambut mudah rontok. Anak-anak yang berasal dari keluarga menengah ke atas rata-rata lebih tinggi daripada yang berasal dari keadaan sosial ekonomi rendah.

b. Produksi tenaga

Kekurangan energi menyebabkan seseorang kekurangan tenaga untuk beraktifitas. Orang menjadi malas, merasa lemah dan produktivitas kerja menurun.

c. Pertahanan tubuh

Daya tahan terhadap tekanan atau stress menurun. Sistem imunitas dan antibody berkurang sehingga orang mudah terserang infeksi seperti batuk, pilek dan diare, sehingga dapat menyebabkan kematian.

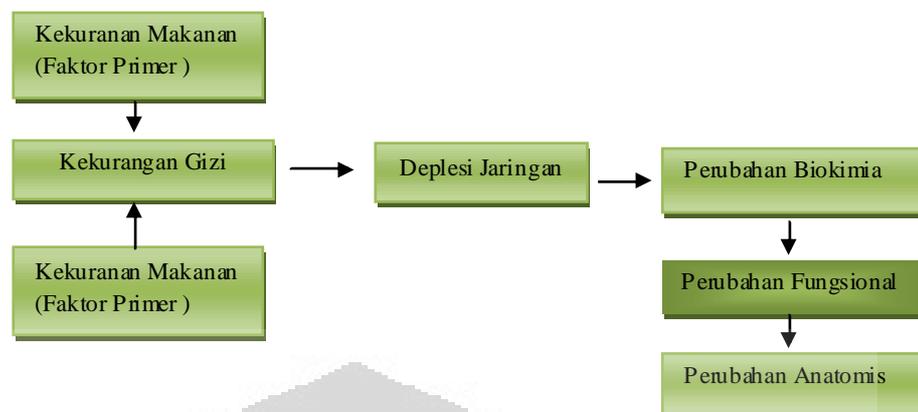
d. Struktur dan fungsi otak.

Kurang gizi pada anak-anak berpengaruh terhadap perkembangan mental, sehingga berpengaruh terhadap kemampuan berpikir. Otak mencapai bentuk maksimal pada usia 2 tahun. Kekurangan gizi dapat menyebabkan gangguan fungsi otak secara permanen.

e. Perilaku

Anak-anak maupun orang dewasa yang kurang gizi menunjukkan perilaku tidak tenang, mudah tersinggung, cengeng dan apatis.

Gambar 2.1. Perkembangan terjadinya kurang gizi



Kekurangan gizi terutama pada balita dapat menyebabkan meningkatnya resiko kematian, terganggunya pertumbuhan fisik dan perkembangan mental serta kecerdasan. Dalam beberapa hal dampak kekurangan gizi bersifat permanen yang tidak dapat diperbaiki walaupun pada usia berikutnya kebutuhan gizinya terpenuhi. Kondisi kesehatan dan status gizi pada saat lahir dan balita sangat menentukan kondisi kesehatan pada masa usia sekolah dan remaja. Demikian seterusnya kondisi kesehatan dan status gizi remaja akan menentukan keadaan kesehatan dan status gizi ibu hamil, yang merupakan periode yang sangat menentukan kualitas SDM di masa depan. Karena tumbuh kembang anak sangat ditentukan oleh kondisinya saat masa janin dalam kandungan (Depkes, 2007)

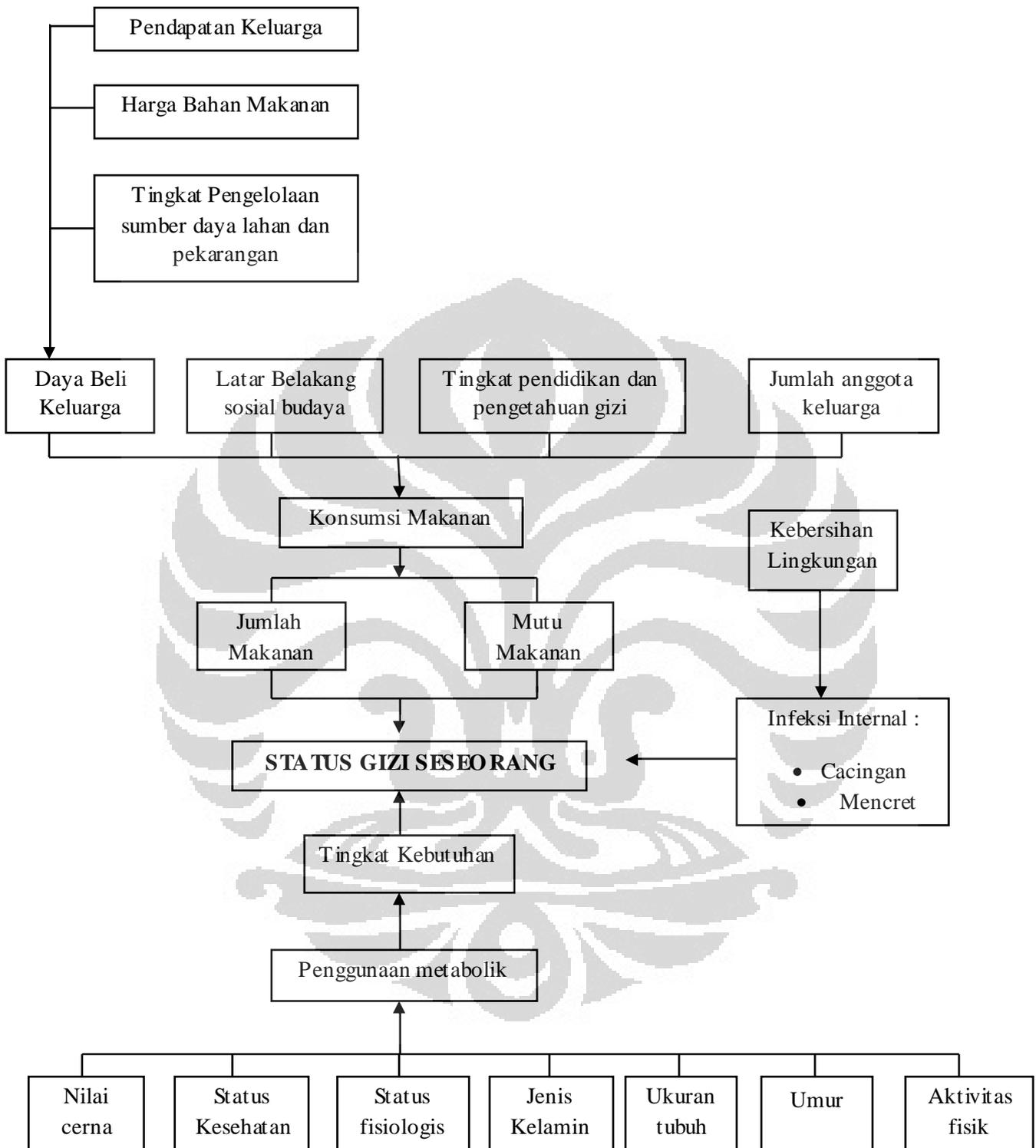
Menurut Gibney dkk (2009), dampak dari defisiensi gizi dapat mempengaruhi perkembangan mental. Anak yang gizinya kurang menyebabkan penurunan interaksi dengan lingkungannya dan keadaan ini selanjutnya akan menimbulkan *outcome* perkembangan yang buruk. Anak-anak tersebut akan memperlihatkan aktifitas yang menurun, lebih rewel dan tidak merasa bahagia, serta tidak begitu menunjukkan rasa ingin tahu (naluri eksplorasi) jika dibandingkan dengan anak-anak yang gizinya baik. Keadaan gizi kurang juga mengakibatkan perubahan struktural dan fungsional pada otak, hal ini tentunya akan berpengaruh pada IQ atau tingkat kecerdasan anak.

2.6 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi

Gangguan gizi disebabkan oleh faktor primer dan faktor sekunder. Faktor primer adalah bila susunan makanan seseorang salah dalam kuantitas atau kualitas yang disebabkan oleh kurangnya penyediaan pangan, kurang baiknya distribusi pangan, kemiskinan, ketidaktahuan, serta kebiasaan makan yang salah. Faktor sekunder meliputi semua faktor yang menyebabkan zat gizi tidak sampai di sel-sel tubuh setelah dikonsumsi. Misalnya faktor pencernaan (gigi geligi yang tidak baik, kelainan struktur saluran cerna dan kekurangan enzim), faktor yang mengganggu absorpsi zat gizi (parasit, penggunaan laksan), faktor yang mempengaruhi metabolisme dan utilisasi zat-zat gizi (penyakit hati, diabetes melitus, kanker, minuman beralkohol), faktor yang mempengaruhi ekskresi (polyuria, banyak keringat dan penggunaan obat-obatan) (Almatsier, 2001).

Menurut Apriadi (1985) bahwa zat gizi yang masuk ke dalam tubuh yang akan menentukan status gizi seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu faktor gizi eksternal yang terdiri dari latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi, jumlah anggota keluarga, kebersihan lingkungan, dan daya beli keluarga yang dipengaruhi oleh pendapatan keluarga, harga bahan makanan, dan tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan, dimana semua faktor tersebut mempengaruhi konsumsi makanan, jumlah makanan, dan mutu makanan. Faktor gizi internal terdiri dari nilai cerna makanan, status kesehatan, status fisiologis, kegiatan, umur, jenis kelamin, dan ukuran tubuh, dimana semua faktor tersebut mempengaruhi penggunaan metabolik dan tingkat kebutuhan seseorang. Faktor-faktor tersebut merupakan pengembangan dari kerangka teori berikut ini :

Gambar 2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi (Apriadi, 1985)

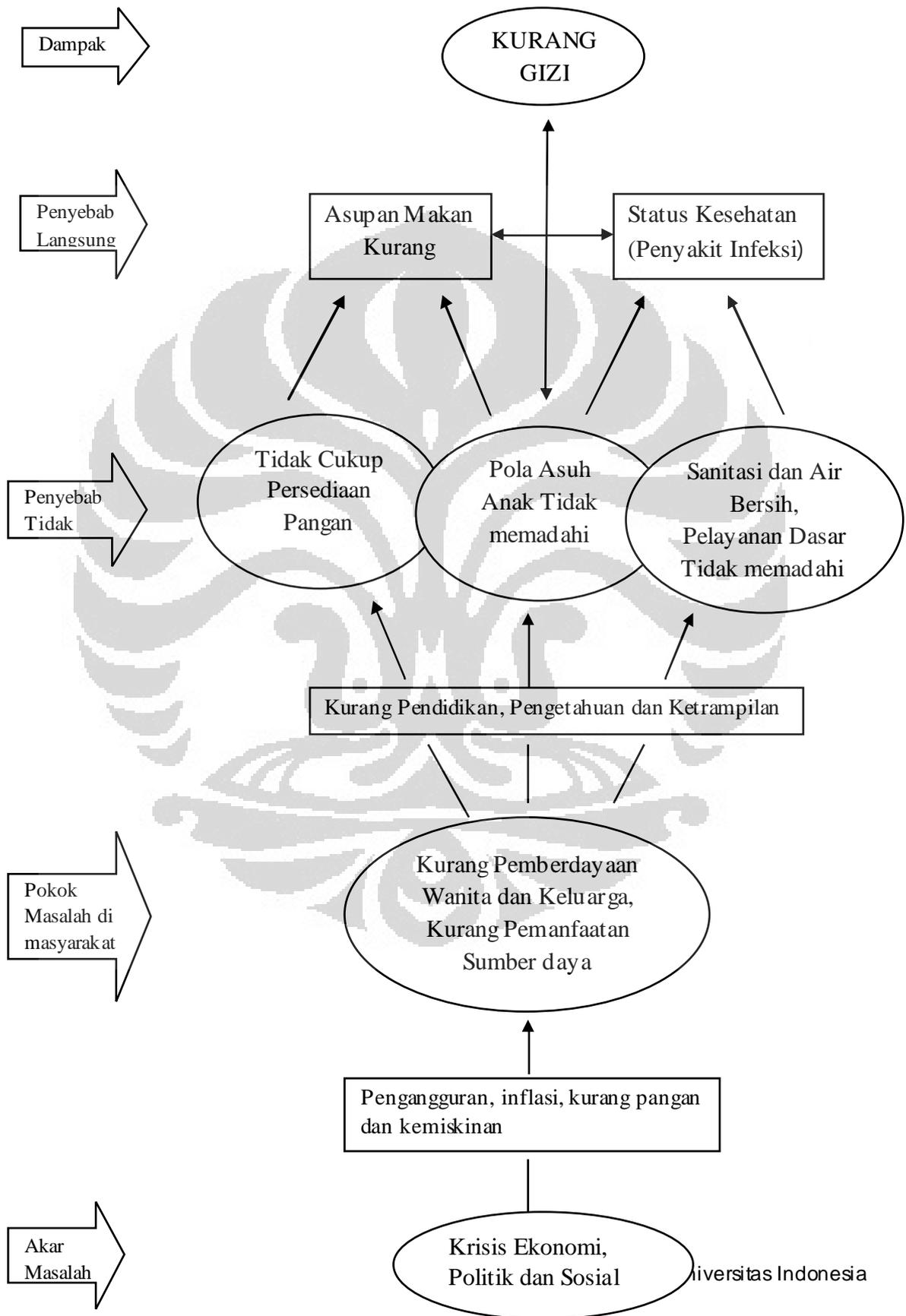


Pola asuh gizi adalah praktek dirumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak. Aspek kunci dalam pola asuh gizi yaitu perawatan dan perlindungan bagi ibu, praktek menyusui dan pemberian MP-ASI, pengasuhan psikososial, penyiapan makanan, kebersihan diri dan sanitasi lingkungan, praktek kesehatan di rumah dan pola pencarian pelayanan kesehatan (Zeitlin dalam WNPG, 2000)

Menurut Unicef (1998) dalam Azwar (2004), ada 3 penyebab terjadinya masalah kurang gizi pada balita, yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung dan penyebab mendasar. Penyebab langsung adalah asupan gizi dan penyakit infeksi. Terjadinya masalah gizi kurang tidak hanya karena asupan gizi yang kurang, tetapi juga dipengaruhi oleh penyakit infeksi. Anak yang mendapatkan makanan yang cukup tetapi sering diserang diare atau ispa dan demam, akhirnya dapat menderita kurang gizi. Sebaliknya pada anak yang makanannya tidak cukup daya tahan tubuhnya melemah, sehingga mudah diserang penyakit infeksi yang dapat mengurangi nafsu makan dan akhirnya menderita kurang gizi.

Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan di keluarga adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup, baik kuantitas maupun kualitasnya termasuk kecukupan gizi maupun keamanannya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan optimal baik secara fisik, mental dan sosial. Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan anggota keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Kesehatan lingkungan adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga. Faktor-faktor tersebut merupakan pengembangan dari kerangka teori berikut ini :

Gambar 2.3 Kerangka Teori Unicef (1998) dalam Azwar (2004)



2.6.1 Pendidikan Ibu

Rendahnya pengetahuan dan pendidikan ibu merupakan faktor penyebab mendasar terpenting karena sangat mempengaruhi tingkat kemampuan individu, keluarga dan masyarakat dalam mengelola sumber daya yang ada untuk mendapatkan kecukupan bahan makanan serta sejauh mana sarana pelayanan kesehatan gizi dan sanitasi lingkungan yang tersedia dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya (Depkes 2000 dalam Yunanto 2003).

Menurut Atmarita (2004), pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Dengan pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat dalam menyerap informasi dan mengimplementasikan dalam perilaku dan hidup sehari-hari khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Pendidikan wanita sangat mempengaruhi derajat kesehatan.

Ibu dengan pendidikan rendah belum tentu kurang mampu menyusun makanan yang bergizi dibandingkan dengan orang yang pendidikannya tinggi. Kadang meskipun orang berpendidikan rendah tapi karena rajin mendengarkan penyuluhan gizi maka pengetahuan gizinya akan lebih baik. Tapi dengan pendidikan yang lebih tinggi turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. Dalam gizi keluarga pendidikan sangat penting, karena dengan pendidikan yang lebih tinggi seseorang akan lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi dalam keluarga dan dapat mengambil tindakan yang secepatnya (Apriadji, 1986)

Penelitian Sitepu, dkk (2006), menunjukkan bahwa pendidikan ibu menunjukkan hubungan yang bermakna dengan status gizi. Dari hasil penelitiannya proporsi balita dengan gizi kurang dari ibu yang berpendidikan kurang adalah 56%, sedangkan proporsi balita gizi kurang dari ibu dengan pendidikan tinggi adalah 29%.

Jenjang pendidikan menurut UU No 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, dibagi menjadi tiga yaitu pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Pendidikan dasar merupakan jenjang pendidikan yang melandasi jenjang pendidikan menengah, yaitu Sekolah Dasar (SD), Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat, Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs) atau yang sederajat. Pendidikan

Menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Pendidikan menengah berbentuk Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Pendidikan Menengah Kejuruan (SMK) dan Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK) atau yang sederajat. Sedangkan pendidikan tinggi mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis dan doktor yang diselenggarakan oleh pendidikan tinggi.

2.6.2 Pekerjaan Ibu

Ibu adalah orang yang paling banyak terlibat dalam mengasuh anak sehingga pengaruhnya sangat besar bagi perkembangan anak. Peranan wanita atau ibu rumah tangga sangat erat kaitannya dengan status gizi anak. Pendidikan dan pekerjaan ibu melalui interaksi sosial ibu dan anak akan berpengaruh terhadap kualitas tumbuh kembang anak (Mutmainah 1996 dalam Miko 2003).

Ibu yang bekerja di luar rumah mempunyai resiko tidak dapat langsung menyiapkan dan memberi makanan keluarga dan anak-anaknya, karena waktunya tersita oleh pekerjaan. Hal ini sangat mempengaruhi kebiasaan makan anak-anak dan berdampak pada status gizi keluarga dan anak-anak. Jadi seorang ibu yang bekerja di luar rumah hendaknya dapat membagi waktu dengan baik antara pekerjaan dan tugas penyelenggaraan makanan keluarga (Soehardjo, 2003).

2.6.3 Pengetahuan Ibu

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai sering dijumpai dimasyarakat. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan dan gizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Penyebab lain dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari. Penggunaan pangan yang lebih baik dapat dilakukan ibu yang memahami bagaimana mempergunakannya untuk membantu peningkatan status gizi. Dengan membantu ibu untuk belajar bagaimana menanam, menyimpan dan menggunakan pangan untuk memperbaiki konsumsi makanan, merupakan hal penting yang dapat dilakukann untuk meningkatkan mutu penghidupan dan status gizi masyarakat (Suhardjo, 2003).

Tingkat pengetahuan gizi seseorang berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan dan selanjutnya akan berpengaruh pada keadaan gizi yang bersangkutan (Hermina dkk, 1997 dalam Hadi 2005). Ibu yang memiliki pengetahuan tentang adanya makanan khusus mengandung gizi yang dibutuhkan anak akan mengusahakan agar makanan khusus tersebut tersedia untuk dikonsumsi anaknya sehingga mereka mempunyai bayi dan anak dengan keadaan gizi seimbang. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Sitepu, dkk (2006), menemukan bahwa 77,3% balita yang mengalami gizi kurang mempunyai ibu dengan pengetahuan gizi yang kurang juga.

2.6.4 Umur, Jenis Kelamin Dan Berat Badan Lahir

Umur yang paling rawan adalah masa balita, oleh karena pada masa itu anak mudah sakit dan mudah terjadi kurang gizi. Di samping itu masa balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak sehingga diperlukan perhatian khusus (Soetjiningsih, 1998). Kwashiorkor lebih banyak menyerang bayi dan balita pada usia enam bulan sampai 3 tahun. Usia paling rawan yang mengalami kwashiorkor adalah usia 2 tahun.

Sedangkan menurut Apriadji (1998), umur merupakan faktor gizi internal yang menentukan kebutuhan gizi, sehingga umur berkaitan erat dengan status gizi balita. Berdasarkan hasil penelitian Jamil 1997 dalam Yunarto 2004, menemukan bahwa pada umur dibawah 6 bulan kebanyakan bayi masih dalam keadaan status yang baik, sedangkan golongan umur setelah 6 bulan jumlah balita yang berstatus gizi baik menurun sampai 50%.

Jenis kelamin menentukan jumlah kebutuhan gizi bagi seseorang. Laki-laki lebih banyak membutuhkan zat tenaga dan protein daripada wanita, karena laki-laki lebih aktif sehingga lebih banyak membutuhkan tenaga. Demikian juga pada anak laki-laki biasanya lebih aktif dari pada anak perempuan (Apriadji, 1986).

Menurut SKRT 2004 dalam Senewe 2006, prevalensi balita gizi kurang lebih banyak pada usia 12-59 bulan (23,5%) terutama yang tinggal di pedesaan dan pada bayi usia 0-11 bulan (7,7%). Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi balita gizi kurang pada balita laki-laki 21,4% sedangkan pada balita perempuan prevalensi kasus gizi kurang 20,8%. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2010, prevalensi balita gizi buruk dan kurang lebih banyak pada usia, 24-35 bulan

(20,8%), usia 36–47 bulan (20,4%), ≥ 48 bulan 17,8%, 12-23 bulan 17,3%, 6 – 11 bulan 13,2% dan pada usia ≤ 5 bulan 9,4%. Menurut jenis kelamin prevalensi gizi buruk dan gizi kurang, pada balita laki-laki prevalensi gizi kurang dan gizi buruk 19,1%, dan pada balita perempuan 16,7%.

Berat badan lahir sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan anak selanjutnya. Anak-anak dengan keadaan gizi rendah mempunyai berat badan lahir yang rendah pula yaitu sekitar 400-500 gram lebih kecil dibandingkan dengan keadaan gizi sedang atau baik (Jus'at 2000, dalam Miko 2003). Bayi dengan BBLR mempunyai kecenderungan lebih mudah menderita penyakit infeksi. BBLR berkaitan erat dengan kesakitan dan kematian bayi, serta pengaruh buruk dari keadaan gizi bayi pada usia selanjutnya (Moedji, 1998).

2.6.5 Jumlah Anggota Keluarga

Kelahiran yang tinggi sangat berhubungan dengan kurang gizi. Sumber pangan keluarga, terutama mereka yang sangat miskin, akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makanannya jika jumlah anggota keluarganya lebih sedikit. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga yang besar mungkin cukup untuk keluarga yang lebih kecil, tetapi tidak cukup untuk mencegah gangguan gizi pada keluarga yang besar tersebut. Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin paling rawan terhadap kurang gizi di antara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling berpengaruh oleh kekurangan pangan. Bertambahnya jumlah anggota keluarga maka pangan untuk setiap anak akan berkurang dan banyak orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda memerlukan pangan relative lebih banyak daripada anak-anak yang lebih tua (Suhardjo, 2003)

Jumlah anggota keluarga yang besar akan mempengaruhi distribusi makanan terhadap anggota keluarga terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan pangan, sehingga akan beresiko terhadap kejadian gizi kurang. Suatu study di Nigeria melaporkan bahwa insiden kwashiorkor meninggi pada keluarga yang mempunyai anak tujuh atau lebih (Morley dalam Pudjiadi 1997). Hasil penelitian Sitepu, dkk menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita. Hasil penelitian tersebut, jumlah balita dengan gizi kurang dari keluarga

Universitas Indonesia

dengan jumlah anggota keluarga besar adalah 65,7%), sedangkan jumlah balita dengan gizi kurang dari keluarga dengan jumlah anggota keluarga lebih kecil adalah 34,1%.

Keluarga dengan jumlah anak yang lebih banyak dan jarak kelahiran yang dekat akan menimbulkan banyak masalah. Anak yang lebih kecil biasanya akan mendapatkan jatah makan yang lebih sedikit dibandingkan dengan anak yang lebih besar umurnya. Jumlah anak yang terlalu banyak akan lebih sulit untuk merawatnya dan kurang bisa menciptakan suasana tenang dalam rumah. Lingkungan keluarga yang kurang tenang akan mempengaruhi ketenangan jiwa, dan secara tidak langsung akan menurunkan nafsu makan anggota keluarga.

2.6.6 Pendapatan Keluarga

Upaya untuk memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dibatasi oleh sumber daya yang tersedia. Sumber daya yang terbatas akan mempengaruhi prioritas alokasi pendapatan keluarga, terutama bagi masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi (daya beli) yang rendah seringkali memiliki ketidak mampuan untuk mencukupi kebutuhan zat gizi pada tingkat keluarga. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan zat gizi pada tingkat keluarga (Soetjiningsih, 1998).

Penduduk golongan miskin menggunakan sebagian besar pendapatannya untuk kebutuhan makan. Faktor yang dominan sebagai determinan konsumsi pangan adalah pendapatan keluarga dan harga (harga pangan maupun harga komoditas dasar). Perubahan pendapatan akan mempengaruhi konsumsi pangan keluarga. Meningkatnya pendapatan berarti memperbesar peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. Sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan penurunan kualitas dan kuantitas pangan yang dibeli (Baliwati, 2004).

Pendapatan rumah tangga mempunyai hubungan dengan status gizi. Rendahnya pendapatan merupakan masalah yang menyebabkan masyarakat tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan. Pada keluarga yang berpenghasilan cukup tetapi mempunyai anak balita dengan gizi kurang, hal

tersebut biasanya dikarenakan kurangnya pendapatan yang digunakan untuk belanja bahan makanan, ada juga yang membeli cukup bahan pangan tetapi kurang pandai memilih jenis bahan pangan yang menyebabkan kurangnya mutu dan keanekaragaman pangan (Sayogyo, 1986).

Keluarga dengan pendapatan yang rendah, tidak dapat memenuhi kebutuhan makanannya sesuai yang diperlukan tubuh. Dari segi keanekaragaman bahan makanan kurang bisa dijamin karena dengan uang yang terbatas keluarga tidak bisa banyak memilih bahan makanan. Perdebatan masih sering terjadi antara terbatasnya pendapatan keluarga akan membatasi kesanggupan keluarga membeli bahan makanan bergizi atau karena tidak makan makanan bergizi akan cepat lelah sehingga kurang memiliki gairah kerja sehingga pendapatan rendah. Pernyataan tersebut merupakan mata rantai masalah gizi yang saling berkaitan (Apriadi, 1986).

2.6.7 Pemberian ASI Eksklusif

ASI mempunyai kelebihan yang meliputi 3 aspek yaitu aspek gizi, aspek kekebalan dan aspek kejiwaan, berupa jalinan kasih sayang yang penting untuk perkembangan mental dan kecerdasan anak. Untuk mendapatkan manfaat yang maksimal ASI harus diberikan kepada bayi sesegera mungkin setelah dilahirkan (30 menit setelah lahir), karena daya isap bayi pada saat itu paling kuat untuk merangsang produksi ASI. Kolostrum adalah ASI yang pertama keluar sampai beberapa hari (1-4 hari), banyak mengandung zat kekebalan tubuh, vitamin A, lebih kental dan berwarna kekuning-kuningan. Bayi usia 0-6 bulan hanya diberi ASI saja (ASI Eksklusif), karena produksi ASI pada periode tersebut sudah mencukupi kebutuhan bayi. Pemberian makanan selain ASI pada umur 0-6 bulan dapat membahayakan bayi karena bayi belum mampu memproduksi enzim untuk mencerna makanan selain ASI. Apabila bayi dipaksa menerima makanan selain ASI, akan timbul gangguan pada bayi seperti diare, alergi dan bahaya lain yang fatal (Depkes, 2003).

ASI yang mengandung imunoglobulin⁴ dan zat lain memberikan kekebalan bayi terhadap infeksi bakteri dan virus. Bayi yang diberi ASI terbukti lebih kebal terhadap berbagai penyakit infeksi, seperti diare, pneumonia (radang paru), Infeksi

Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dan infeksi telinga. Menurut penelitian, bayi yang tidak mendapat ASI beresiko 17 kali lebih besar terkena diare dibandingkan bayi yang mendapat ASI eksklusif. Resiko kematian akibat pneumonia pada bayi usia 8 hari-12 bulan yang tidak mendapat ASI menjadi 3-4 kali lebih besar daripada bayi yang tidak mendapat ASI (Depkes, 2009).

Penyapihan yang lebih dini sering mengakibatkan keadaan gizi kurang apabila makanan sapihan tidak diperhatikan. Keadaan ini sering dijumpai pada anak umur kurang dari 18 bulan. Hal ini berkaitan dengan menurunnya jumlah ASI dan tidak diimbangi dengan bertambahnya makanan pendamping ASI. Bagi balita periode sejak mulai disapih sampai umur 5 tahun merupakan masa-masa rawan dalam siklus hidupnya. Apabila dalam masa ini tidak mendapatkan perhatian khusus, maka akan sangat mudah menderita masalah gizi kurang. Ada kecenderungan pemberian ASI kepada bayinya semakin berkurang, terutama dikalangan ibu-ibu di daerah perkotaan. Keadaan ini mungkin timbul karena antara lain gencarnya iklan formula susu bayi yang menarik perhatian ibu dan keluarga, disamping karena makin banyaknya ibu-ibu yang harus meninggalkan bayinya karena alasan pekerjaan (Suhardjo, 2005).

Pemberian ASI pada masa bayi akan memberikan beberapa keuntungan, tetapi harus diperhatikan masalah kecukupan produksi ASI itu sendiri. Anjuran untuk hanya menggunakan ASI saja sebagai makanan bayi samapai umur 4-6 bulan haruslah dengan pertimbangan. Betapapun tingginya dan baiknya mutu ASI sebagai makanan bayi, manfaatnya bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi sangat ditentukan oleh jumlah ASI yang dapat di berikan oleh ibu. Kebaikan dan mutu yang tinggi dari ASI akan menjadi relatife tidak berarti apabila jumlah ASI yang dapat dihasilkan ibu tidak sesuai dengan kebutuhan bayi, dan akibatnya bayi juga akan menderita gizi (Moehji, 2003).

2.6.8 Umur Awal Pemberian MP-ASI

Perdebatan tentang rekomendasi umur pertamakali pemberian makanan pendamping ASI diberikan pada bayi masih terjadi. WHO menyatakan pada interval umur 4-6 bulan, oleh karena kebutuhan masukan energi untuk metabolisme dasar, aktivitas dan pertumbuhan bayi pada umur tersebut tidak lagi

dapat dipenuhi dengan hanya ASI. Unicef dan *The American Academy of Pediatrics* menyarankan pemberian MP-ASI pertama kali pada umur 6 bulan. Pada umumnya pernyataan itu didasarkan pada intake makanan bayi, pertumbuhan dan morbiditas, dan sedikit saja yang memberikan perhatian terhadap ibu atau *outcome fungsional* lain pada bayi (WHO 2004 dalam Sitepu, dkk 2006).

ASI hanya menyediakan 1/2 atau lebih kebutuhan gizi bayi pada usia bayi 6-12 bulan, dan pada usia 12-24 ASI menyediakan 1/3 dari kebutuhan gizinya sehingga MP-ASI harus segera diberikan mulai bayi berusia 6 bulan. MP-ASI yang terlalu awal diberikan pada bayi akan menggantikan asupan ASI sehingga sulit memenuhi kebutuhan gizinya, makanan mengandung zat gizi rendah bila berbentuk cair seperti sup atau bubur cair dan meningkatnya resiko kesakitan. Sedangkan bila memberikan MP-ASI terlambat maka kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi, pertumbuhan dan perkembangan lebih lambat (Depkes, 2009).

Hasil penelitian di urban Hanoi menunjukkan bahwa di Vietnam praktek pemberian makanan telah dimulai pada umur 3 bulan pertama kehidupan, yang sangat berhubungan dengan meningkatnya kasus diare dan ISPA yang disebabkan karena berkurangnya pemberian ASI sehingga menurunkan system imun tubuh. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pemberian MP-ASI yang tidak tepat umur dapat mengakibatkan gangguan jangka panjang baik pertumbuhan fisik maupun perkembangan mental (Dewey, dkk 2001 dalam Sitepu, dkk 2006).

2.6.9 Pemberian Imunisasi

Imunisasi merupakan usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu. Tujuan pemberian imunisasi adalah diharapkan anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. sehingga bila terpapar dengan penyakit tidak akan sakit atau hanya sakit ringan (Hidayat, 2008).

Kelangsungan hidup anak pada awal kehidupannya sangat tergantung pada pemenuhan hak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk imunisasi dan hak

mendapatkan pendidikan dan kesejahteraan sosial. Anak dengan status gizi buruk seringkali tertular penyakit menular yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi. Dengan kekebalan yang diberikan kepada anak akan mencegah penyakit infeksi sehingga anak tidak mudah sakit yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan gizi anak (Depkes, 1999).

Berikut adalah jadwal imunisasi bayi yang diwajibkan di Indonesia :

Tabel.2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi bayi (Depkes, 2010)

Umur	Vaksin
0-7 hari	Hepatitis B
1 bulan	BCG, Polio-1
2 bulan	DPT/HB-1, Polio-2
3 bulan	DPT/HB-2, Polio-3
4 bulan	DPT/HB-3, Polio-4
9 bulan	Campak

2.6.10 Penyakit Infeksi

Defisiensi gizi merupakan awal dari gangguan system kekebalan, sehingga balita mudah terkena penyakit infeksi. Sebaliknya infeksi akan mempengaruhi nafsu makan, dapat juga menyebabkan kehilangan bahan makanan karena diare atau muntah-muntah. Gangguan gizi dan infeksi sering saling bekerjasama, bila ini terjadi akan memberikan prognosis yang lebih buruk. Infeksi akan memperburuk status gizi dan sebaliknya gangguan gizi memperburuk kemampuan anak untuk mengatasi penyakit infeksi. Kuman yang kurang berbahaya bagi anak dengan gizi baik, bisa menyebabkan kematian pada anak-anak dengan gizi buruk (Santoso, 1999). Penyakit infeksi dan investasi cacing merupakan sebab antara yang cukup penting bagi timbulnya penyakit KEP. Penyakit infeksi dan investasi cacing dapat memberikan hambatan absorpsi dan utilisasi zat gizi yang menjadi dasar timbulnya penyakit KEP (Sediaoetama, 2009).

Penyakit infeksi dalam tubuh anak akan membawa pengaruh terhadap keadaan gizi anak. Akibat dari infeksi adalah menurunnya nafsu makan anak sehingga anak menolak makanan yang diberikan. Hal ini akan menyebabkan

berkurangnya pemasukan zat gizi ke dalam tubuh anak. Adanya infeksi mengakibatkan terjadinya penghancuran jaringan tubuh, baik oleh bibit penyakit itu sendiri maupun penghancuran untuk memperoleh protein yang diperlukan oleh tubuh. Penyakit infeksi akan memperburuk keadaan gizi, sebaliknya keadaan gizi yang buruk akibat infeksi akan memperlemah kemampuan anak untuk melawan infeksi. Gizi buruk mengakibatkan terjadinya gangguan terhadap produksi zat antibodi, sehingga memudahkan masuknya bibit penyakit masuk ke dalam dinding usus, yang menyebabkan kerusakan dinding usus sehingga mengganggu produksi enzim untuk pencernaan makanan. Penyerapan zat gizi mengalami gangguan, akibatnya akan memperburuk keadaan gizi (Moehji, 1988).



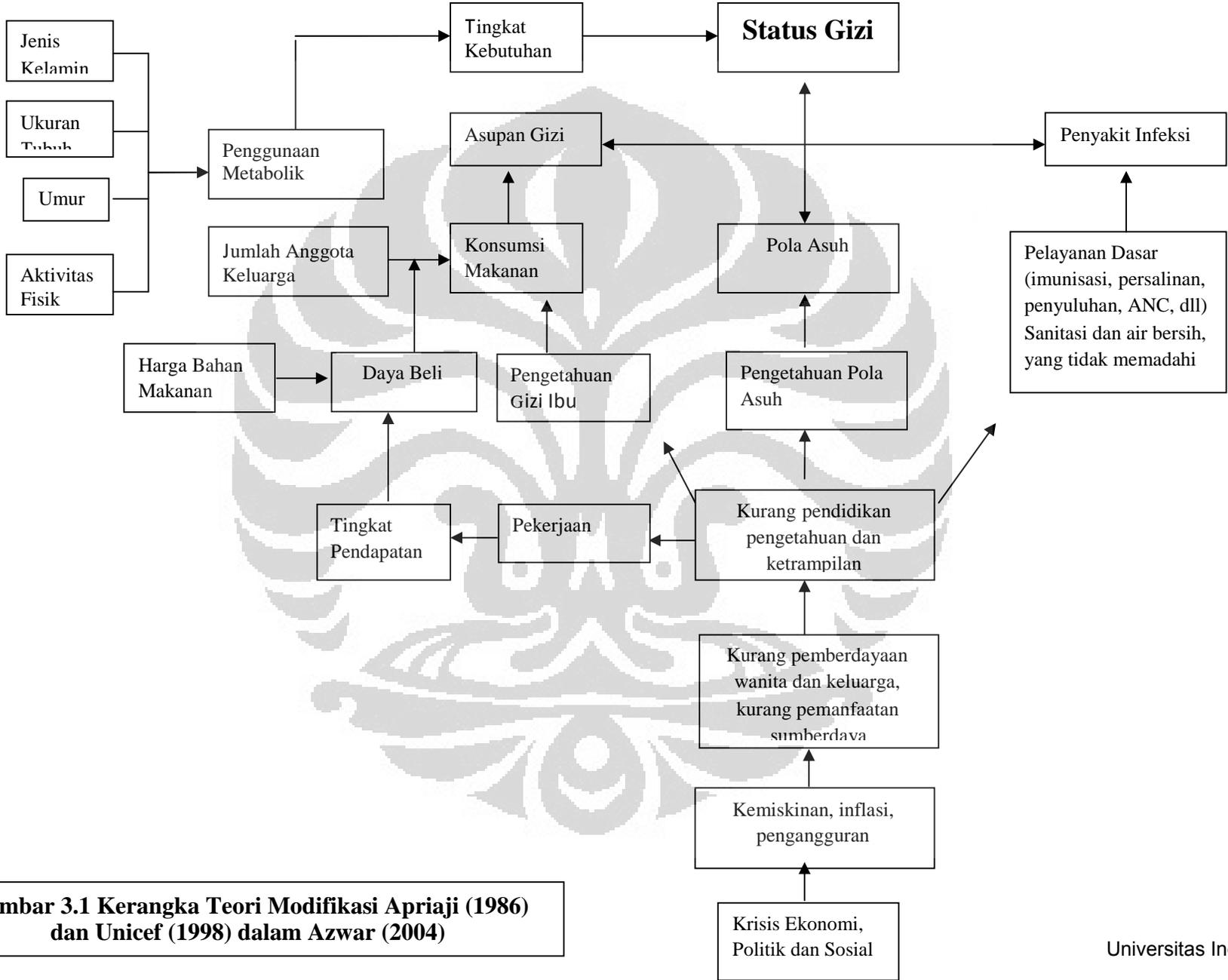
BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori

Menurut Apriadji (1985) bahwa zat gizi yang masuk ke dalam tubuh yang akan menentukan status gizi seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu faktor gizi eksternal yang terdiri dari latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi, jumlah anggota keluarga, kebersihan lingkungan, dan daya beli keluarga yang dipengaruhi oleh pendapatan keluarga, harga bahan makanan, dan tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan, dimana semua faktor tersebut mempengaruhi konsumsi makanan, jumlah makanan, dan mutu makanan. Faktor gizi internal terdiri dari nilai cerna makanan, status kesehatan, status fisiologis, kegiatan, umur, jenis kelamin, dan ukuran tubuh, dimana semua faktor tersebut mempengaruhi penggunaan metabolik dan tingkat kebutuhan seseorang.

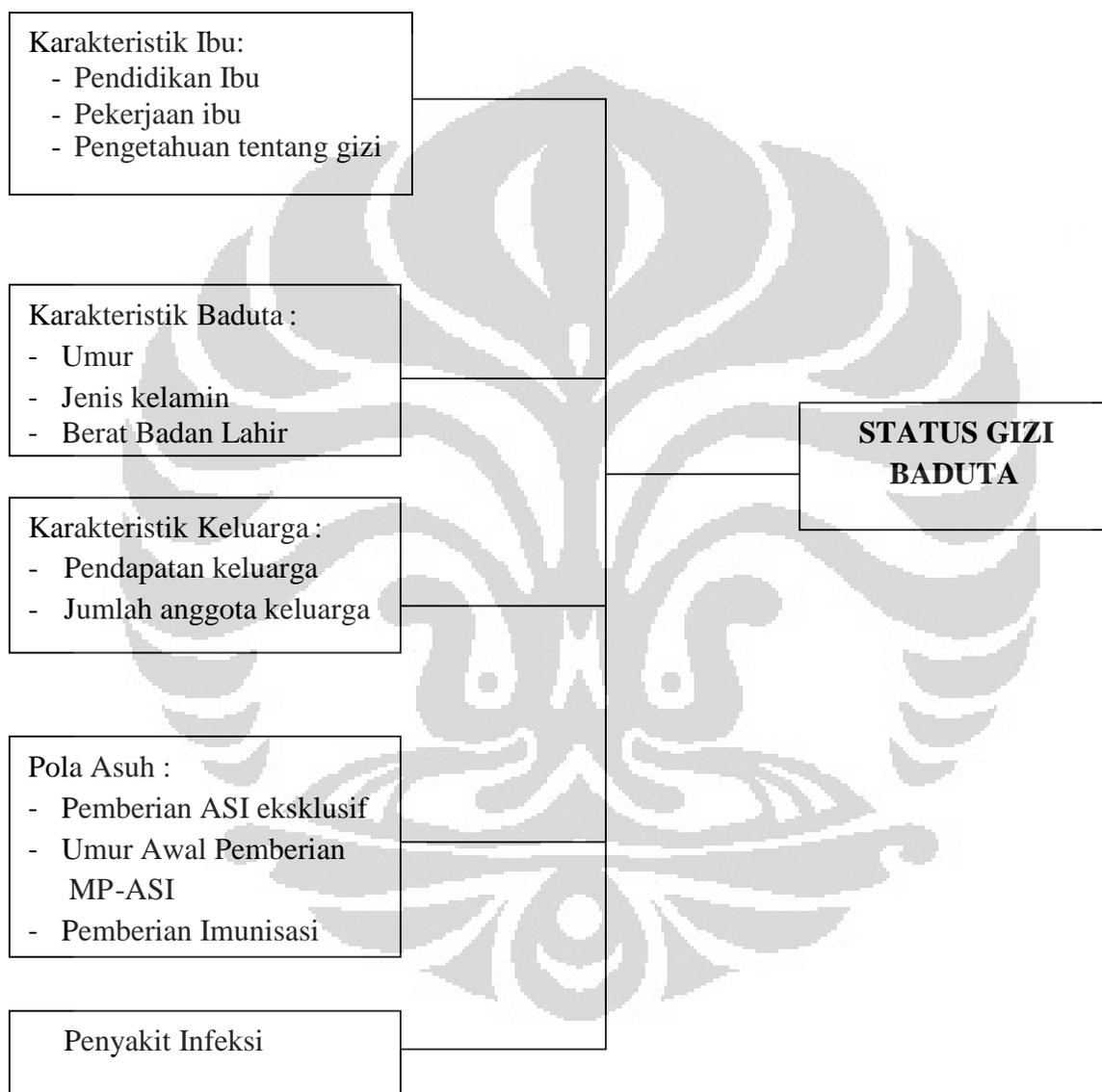
Sedangkan menurut Unicef (1998) dalam Azwar (2004) penyebab terjadinya KEP pada balita yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung dan penyebab mendasar. Penyebab langsung antara lain adalah ketidakcukupan konsumsi makanan, dan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung antara lain kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan, kondisi sosial ekonomi yang rendah, ketersediaan pangan ditingkat keluarga yang tidak mencukupi, besarnya keluarga, pola konsumsi keluarga yang kurang baik, pola distribusi pangan yang kurang merata, serta fasilitas pelayanan kesehatan yang sulit dijangkau.



Gambar 3.1 Kerangka Teori Modifikasi Apriaji (1986) dan Unicef (1998) dalam Azwar (2004)

3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori dan penelusuran beberapa sumber, dan keterbatasan yang ada pada peneliti yaitu waktu, tenaga dan dana, maka kerangka konsep yang penulis ajukan adalah sebagai berikut :



Hipotesis

1. Ada hubungan antara tingkat pendidikan formal ibu dengan status gizi baduta.
2. Ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan status gizi baduta.
3. Ada hubungan antara pengetahuan gizi ibu dengan status gizi baduta
4. Ada hubungan antara umur, jenis kelamin dan berat badan lahir baduta dengan status gizi baduta.
5. Ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi baduta.
6. Ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi baduta
7. Ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif waktu bayi dengan status gizi baduta
8. Ada hubungan antara umur awal pemberian MP-ASI dengan status gizi baduta.
9. Ada hubungan antara pemberian imunisasi dengan status gizi baduta
10. Ada hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi baduta.



3.4 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Status Gizi Baduta	Adalah keadaan gizi baduta, yang diukur berdasarkan berat badan (BB) dibandingkan dengan Panjang Badan (BB/PB) yang dikonversikan dalam nilai terstandar (Z-score) dengan baku antropometri WHO 2005 (Depkes, 2010)	- Penimbangan berat badan - Pengukuran panjang badan	- Secca dengan ketelitian 0,1kg - Lenghtboard	1. Gemuk > + 2 SD 2. Normal bila -2 SD s/d 2 SD 3. Kurus bila < -2.0 SD s/d -3 SD 4. Sangat Kurus < -3 SD	Ordinal
Pendidikan Ibu	Penyataan responden tentang pendidikan formal yang dilalui oleh ibu.	Wawancara	Kuesioner no 1.	1. < SD 2. ≥ SD	Ordinal
Pekerjaan Ibu	Pernyataan responden tentang jenis pekerjaan ibu yang menghasilkan uang sebagai penunjang kehidupan keluarga yang sifatnya menetap.	Wawancara	Kuesioner no 2	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
Pengetahuan ibu	Yaitu pernyataan responden yang mewakili tingkat pengetahuan ibu tentang gizi.	Wawancara	Kuesioner no 19-43	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk pernyataan benar jawaban YA nilai 1 dan jawaban TIDAK nilai 0. • Untuk pernyataan salah jawaban YA nilai 0 dan jawaban TIDAK nilai 1. 1. Rendah, jika nilai jawaban < nilai rata-rata 2. Tinggi, jika nilai jawaban ≥ rata-rata.	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Jenis Kelamin	Pernyataan responden tentang jenis kelamin anak baduta, dikonfirmasi dengan observasi.	Wawancara	Kuesioner no 3	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Umur	Pernyataan reponden tentang umur anak saat penelitian, dikonfirmasi dari selisih tanggal penelitian / wawancara dengan tanggal lahir anak dalam bulan.	Wawancara	Kuesioner no 4	3. 6 – 11 bulan. 4. 12 – 23 bulan.	Ordinal
Berat Badan Lahir	Pernyataan responden tentang berat badan baduta waktu lahir	Wawancara	Kuesioner no 5	1. BBLR (jika berat badan lahir < 2500) 2. Normal (jika berat badan lahir 2500 gram-4000 gram)	Ordinal
Jumlah anggota keluarga	Pernyataan responden tentang banyaknya jiwa dalam keluarga yang menjadi tanggungannya	Wawancara	Kuesioner no 17	1. Kecil : ≤ 4 2. Besar : > 4	Ordinal
Pendapatan Keluarga	Pernyataan responden tentang pendapatan keluarga perbulan yang dinyatakan dalam rupiah.	Wawancara	Kuesioner no 18	1. Kurang, jika < Median 2. Cukup, jika \geq median	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Pemberian ASI eksklusif	Pernyataan responden tentang pemberian ASI eksklusif, yaitu tidak memberikan bayi makanan atau minuman lain termasuk air putih selain ASI (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes, ASI perah juga diperbolehkan) sampai usia 6 bulan (Riskesdas, 2010)	Wawancara	Kuesioner no 9	1. Eksklusif, jika pemberian ASI saja sampai 6 bulan. 2. Tidak eksklusif jika pemberian ASI saja < 6 bulan. (Riskesdas, 2010)	Ordinal
Umur awal pemberian MP-ASI	Pernyataan responden tentang umur awal memberikan MP-ASI pada baduta.	Wawancara	Kuesioner no 10	1. Tidak Tepat (< 6 bulan atau > 6 bulan) 2. Tepat (6 bulan)	Ordinal
Status Imunisasi	Imunisasi dasar yang sudah diberikan pada baduta dari lahir sampai dengan saat wawancara yang didapat dari buku KMS	Wawancara	Kuesioner no 16	1. Lengkap bila sudah mendapatkan imunisasi lengkap sesuai dengan umur. 2. Tidak Lengkap, belum mendapatkan imunisasi sesuai dengan umur (Depkes, 2009)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Penyakit Infeksi	Pernyataan responden tentang Penyakit yang dialami anak dilihat dengan ada tidaknya salah satu atau lebih penyakit (Misalnya TBC, Campak, Diare, Pneumonia, DBD, Malaria, ISPA, dll) yang pernah diderita oleh balita dalam satu bulan terakhir sampai saat wawancara dilakukan	Wawancara	Kuesioner no 14	1. Ya 2. Tidak	Ordinal

BAB 4 METODOLOGI

4.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif non eksperimental dengan pendekatan studi secara *cross sectional*, pengamatan terhadap variabel dependen dan variabel independen dilakukan dalam waktu yang bersamaan. Data yang diteliti berupa data primer yang berasal dari wawancara langsung pada responden serta hasil penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kecamatan Teluk Sampit, Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah, dilakukan pada tanggal 18 April 2011 sampai dengan 25 April 2011.

4.3. Populasi dan Sampel

Populasi dan sampel pada penelitian ini adalah ibu/keluarga yang mempunyai anak baduta usia 0-23 bulan di wilayah Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur. Sampel penelitian merupakan representatif populasi yang dijadikan sumber informasi bagi data yang diperlukan untuk menjawab permasalahan penelitian yang dihadapi, dengan kriteria inklusi:

1. Ibu rumah tangga yang mempunyai baduta usia 6-23 bulan pada saat penelitian.
2. Jika ibu mempunyai dua baduta, maka yang diambil sebagai sampel adalah baduta yang berumur lebih tua.

Sedangkan kriteria eksklusinya adalah :

1. Ibu yang mempunyai anak baduta sedang menderita sakit berat, dan tidak mungkin untuk dilakukan penimbangan dan pengukuran panjang badan.
2. Tidak bersedia menjadi responden.

4.3.3. Besar Sampel

Dalam penelitian ini untuk menghitung besar sampel menggunakan software Sample Size dengan rumus untuk pengujian hipotesis dua proporsi dua arah (*two tails*) maka didapatkan jumlah sampel minimal sebagai berikut:

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel minimal yang dibutuhkan.

$Z_{1-\alpha/2}$ = probabilitas kesalahan untuk menerima H_0 yang salah (5%) = 1.95

$Z_{1-\beta}$ = kekuatan uji/probabilitas kesalahan untuk menolak H_0 yang benar (95%) = 1,64

P_1 = Proporsi baduta gizi kurang pada ibu dengan pendidikan rendah (56 %) (Hasil penelitian Sitepu dkk, 2006)

P_2 = Proporsi baduta gizi kurang pada ibu dengan pendidikan tinggi (29%) (Hasil penelitian Sitepu dkk, 2006)

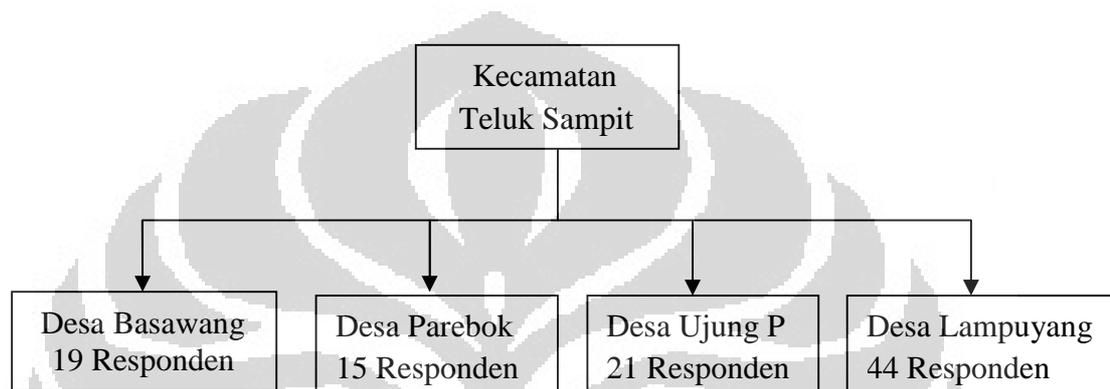
P = Rata-rata P_1 dan P_2 ($(P_1+P_2)/2$)

Dari perhitungan sampel diperoleh jumlah sampel minimal 85, dengan pertimbangan kemungkinan kerusakan atau kehilangan data maka ditambahkan 10% sampel dari sampel minimal, jadi sampel yang akan diambil 93 sampel dibulatkan menjadi 100 sampel. Agar sampel dapat mewakili populasi di seluruh wilayah Kecamatan Teluk Sampit maka dilakukan pengambilan sampel perdesa secara proporsional. Berdasarkan data dari 4 desa yang akan menjadi tempat penelitian, jumlah anak baduta Desa Basawang sebanyak 52 anak, Desa Parebok sebanyak 41 anak, Desa Ujung Pandaran sebanyak 57 anak dan Desa Lampuyang sebanyak 118 anak. Dengan jumlah anak tersebut maka diambil sampel dalam penelitian ini sebagai berikut (Pratiknya, 2008):

1. Desa Basawang : $52/268 \times 100 = 19$
2. Desa Parebok : $41/268 \times 100 = 15$
3. Desa Ujung Pandaran : $57/268 \times 100 = 21$
4. Desa Lampuyang : $118/268 \times 100 = 44$

Pengambilan unit sampel di setiap desa dilakukan dengan acak sederhana (*Simple Random Sampling*).

Kerangka Pengambilan Sampel



4.4. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer terdiri dari : karakteristik anak (umur, jenis kelamin, berat badan lahir, penyakit infeksi), karakteristik ibu (pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu tentang gizi), karakteristik keluarga (pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga), pola asuh (ASI eksklusif, umur awal pemberian ASI) dan riwayat penyakit infeksi. Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara kepada ibu balita. Data berat badan dan panjang badan dilakukan dengan menimbang berat badan anak dan mengukur panjang badan anak. Sedangkan data sekunder yang dikumpulkan adalah mengenai daerah penelitian yang meliputi data demografi, kependudukan dan pelayanan kesehatan serta data lain yang diperlukan.

4.5. Instrumen Dan Alat

Instrumen adalah alat yang digunakan dalam penelitian untuk pengumpulan data, alat yang digunakan adalah timbangan secca, pengukur panjang badan dan kuesioner.

4.5.1. Kuesioner

Kuesioner digunakan untuk mengambil data primer tentang karakteristik ibu, karakteristik anak, dan karakteristik keluarga, pola asuh dan riwayat penyakit infeksi.

4.5.2. Alat Ukur

Alat ukur yang digunakan adalah :

1. Timbangan secca, digunakan untuk menimbang berat badan baduta.
2. Alat ukur panjang badan, untuk mengukur panjang badan baduta.

4.6. Tenaga Pelaksana

Dalam pengumpulan data peneliti dibantu oleh kader desa setempat, petugas gizi puskesmas dan petugas polindes desa setempat, yang sebelumnya diberikan penjelasan terhadap kuesioner yang akan digunakan, sehingga setiap pewawancara mempunyai persepsi yang sama dalam melakukan wawancara, penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.

4.7. Pengolahan Data

Data yang sudah terkumpul selanjutnya diolah dengan tahapan sebagai berikut :

1. *Editing* data yaitu proses menyeleksi kelengkapan data, mengetahui kualitas data yang terkumpul dengan memperhatikan :
 - Kelengkapan jawaban
 - Kejelasan tulisan
 - Kesesuaian jawaban antara satu dengan yang lain
 - Kesamaan satuan ukuran

2. Coding (pengkodean data)

Setelah data yang diperlukan terkumpul lalu dilakukan proses *coding* atau pengkodean sesuai dengan alternatif jawaban untuk memudahkan entry data ke komputer. Setiap variabel diberi nilai sebagai berikut:

a. Status Gizi Baduta

Status gizi didapatkan dari data BB/PB kemudian ditentukan dengan menggunakan standar antropometri WHO 2005 (indeks z-score). Selanjutnya hasil yang diperoleh dikelompokkan menjadi 2 yaitu yang memiliki z-score < -2 dan z-score ≥ 2 .

b. Pendidikan ibu

Pendidikan ibu terdiri dari 1 pertanyaan, yaitu pertanyaan no 1. Jika pendidikan ibu $< SD$ diberi kode 1, jika pendidikan ibu $\geq SD$ diberi kode 2.

c. Pekerjaan ibu

Pertanyaan tentang pekerjaan ibu terdiri dari 1 pertanyaan yaitu pertanyaan no 2. Jika ibu memilih jawaban no 1 (tidak bekerja atau ibu rumah tangga) diberi kode 1, jika bekerja diberi kode 2.

d. Pengetahuan ibu

Variabel pengetahuan ibu mengenai gizi terdiri dari 25 soal, dengan pertanyaan kuesioner no 19 s/d 43. Pada pernyataan benar, jika ibu menjawab 1 nilainya 1, jika menjawab 2 nilainya 0. Pada pernyataan salah jika menjawab 1 nilainya 0 dan menjawab 2 nilainya 1. Selanjutnya dihitung nilai total jawaban ibu, dengan kisaran nilai 0-25. Pengkategorian variabel pengetahuan ibu dikelompokkan berdasarkan mean (15), karena hasil uji dengan menggunakan nilai skewness dan standar errornya menghasilkan angka 1,834 (≤ 2) yang berarti distribusi frekuensi nilai pengetahuan adalah normal. Dengan jumlah nilai minimum 10 dan maximum 21. Kategori pengetahuan rendah (< 15) diberi kode 1 dan pengetahuan tinggi (≥ 15) diberi kode 2.

e. Umur

Pertanyaan tentang umur ada 1 pertanyaan, yaitu pertanyaan no 3. Jika umur 12-23 bulan diberi kode 2, jika umur 6-11 bulan diberi kode 1.

f. Jenis Kelamin

Pertanyaan tentang jenis kelamin ada satu pertanyaan yaitu pertanyaan no 3. Pada anak jenis kelamin laki-laki diberi kode 1, dan anak perempuan diberi kode 2.

g. Berat badan lahir

Variabel berat badan lahir terdiri dari 1 pertanyaan, yaitu pertanyaan no 5. Dari 100 responden ada 16 responden yang tidak mengetahui berat badan lahir karena persalinannya tidak dengan tenaga kesehatan atau bidan, untuk itu diberlakukan *system missing*. Dari 84 anak baduta yang diketahui berat badannya dikelompokkan menjadi 2. Jika berat badan lahirnya <2500 (BBLR) diberi kode 1, jika ≥ 2500 (normal) diberi kode 2.

h. Pendapatan keluarga

Pertanyaan tentang pendapatan keluarga ada 1 pertanyaan yaitu pertanyaan no 18. Kategori pendapatan berdasarkan median karena hasil uji Skewness dan standar errornya menghasilkan angka 4,004 (≥ 2) yang artinya distribusi frekuensi pendapatan tidak normal. Dengan jumlah minimum Rp 450.000, maximum 3.000.000. dan median Rp 1.300.000. Pendapatan kurang ($< \text{Rp } 1.300.000$) diberi kode 1, dan pendapatan cukup ($\geq \text{Rp } 1.300.000$) diberi kode 2.

i. Jumlah anggota keluarga

Variabel jumlah anggota keluarga terdiri dari satu pertanyaan yaitu pertanyaan no 17. Jumlah anggota keluarga besar (> 4) diberi kode 1, jumlah anggota keluarga kecil (≤ 4) diberi kode 2.

j. Pemberian ASI eksklusif

Pertanyaan tentang pemberian ASI eksklusif ada 1 pertanyaan yaitu pertanyaan no 9. Jika jawaban pertanyaan kurang dari 6 bulan diberi kode 1, jika jawaban 6 bulan diberi kode 2.

k. Umur awal pemberian MP-ASI

Variabel umur awal pemberian MP-ASI terdiri dari 1 pertanyaan. Yaitu pertanyaan no 10. Jika menjawab kurang dari 6 bulan atau lebih dari 6 bulan diberi kode 1, jika ≥ 6 bulan diberi kode 2.

l. Pemberian imunisasi

Pertanyaan tentang pemberian imunisasi ada 1 pertanyaan yaitu pertanyaan no 16. Jika jawaban tidak lengkap dan tidak pernah diberi kode 1, dan jika menjawab lengkap diberi kode 2.

m. Riwayat penyakit infeksi

Variabel riwayat penyakit terdiri dari 1 pertanyaan yaitu pertanyaan no 13. Jika menjawab YA (pernah sakit) diberi kode 1. Jika menjawab TIDAK diberi kode 2.

3. *Entry data*

Setelah proses edit dan pengkodean kegiatan selanjutnya yaitu memasukkan data dari kuesioner ke dalam komputer untuk mengolah data menggunakan perangkat lunak sesuai dengan variabel yang telah disusun.

4. *Cleaning*

Cleaning data yaitu membersihkan data dari kesalahan dan kerancuan. Sebelum dilakukan analisis, data yang sudah dimasukkan (*entry*) dilakukan pengecekan dan pembersihan bila ditemukan kesalahan pada saat *entry data*.

4.8 Analisa Data

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan setiap variabel yang diteliti, baik variabel independen yaitu, karakteristik ibu (pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan ibu), karakteristik baduta (umur, jenis kelamin, berat badan lahir, ASI eksklusif, umur awal pemberian ASI dan penyakit infeksi), karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga dan pendapatan keluarga), maupun variabel dependen yaitu status gizi balita.

4.8.2 Analisis Bivariat

Dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Untuk analisis bivariat untuk penelitian ini yang dipergunakan adalah uji Chi Square (X^2), rumusnya sebagai berikut:

Rumus Uji *Chi-square*:

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

Keterangan:

X^2 : Nilai Chi Square

O : Frekuensi yang diamati (Observed)

E : Frekuensi yang diharapkan (Expected)

Keputusan untuk menguji kemaknaan, digunakan batas kemaknaan sebesar 5% ($\alpha = 0,05$) adalah :

1. Bila P value $\leq 0,05$, maka H_0 ditolak, berarti data sampel mendukung adanya perbedaan bermakna (signifikan)
2. Bila P Value $> 0,05$ maka H_0 gagal ditolak, berarti data sampel tidak mendukung adanya perbedaan bermakna (Hastono, 2007).

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Kecamatan Teluk Sampit merupakan salah satu wilayah kecamatan di Kabupaten Kotawaringin Timur, yang merupakan kecamatan pemekaran dari Kecamatan Mentaya Hilir Selatan sejak tahun 2004. Luas wilayah Kecamatan Teluk Sampit adalah 743 km² dengan batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Mentaya Hilir Selatan.
- b. Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Pulau Hanaut.
- c. Sebelah selatan berbatasan dengan laut Jawa.
- d. Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Seruyan.

Jumlah penduduk Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011 sebesar 8929. Mata pencaharian penduduk adalah petani, nelayan, buruh dan pedagang. Di Kecamatan Teluk Sampit terdapat 1 Puskesmas yaitu Puskesmas Ujung Pandaran, 3 Poskesdes, 3 Puskesmas Pembantu dan 9 Posyandu. Sedangkan tenaga kesehatan yang ada berjumlah 17 orang, yang terdiri dari : 1 dokter umum, 6 bidan, 7 perawat, 1 perawat gigi, 1 tenaga gizi dan 1 asisten farmasi.

5.2. Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi variabel yang diteliti yaitu karakteristik ibu (pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan ibu), karakteristik anak (umur, jenis kelamin, berat badan lahir,), karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga dan pendapatan keluarga), pola asuh (pemberian ASI eksklusif, umur awal pemberian MPASI, dan pemberian imunisasi), penyakit infeksi.

5.2.1 Prevalensi status gizi baduta

Gambaran status gizi baduta 0-23 bulan di wilayah Kecamatan Teluk Sampit menggunakan klasifikasi berdasarkan indeks berat badan menurut panjang badan (BB/PB) yaitu status gizi sangat kurus, kurus, normal dan gemuk.

Selanjutnya untuk analisis dibagi dalam dua kategori yaitu status gizi kurus (gabungan status gizi kurus dan sangat kurus) dan normal (gabungan status gizi baik dan gizi lebih). Distribusi frekuensi status gizi dapat dilihat pada tabel 5.1 sebagai berikut :

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Status Gizi (BB/PB) Baduta Umur 6-23 Bulan Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Status Gizi BB/PB	Jumlah	%
Sangat Kurus (< -3 SD)	2	2
Kurus (< -2 SD s.d ≥ -3)	14	14
Normal (-2 SD s.d 2 SD)	84	84
Gemuk (> 2 SD)	0	0
Total	100	100
Selanjutnya dikategorikan menjadi 2 :		
Kurus (Z-Score < -2)	16	16
Normal (Z-score ≥ 2)	84	84

Hasil analisis univariat menunjukkan proporsi status gizi sangat kurus sebesar 2%, status gizi kurus 14%, status gizi normal 84% dan status gizi gemuk 0%. Setelah dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu gizi kurang dan gizi baik, maka hasilnya menunjukkan bahwa anak dengan status gizi kurus sebesar 16% dan dengan status gizi baik sebesar 84%.

5.2.2 Karakteristik Ibu

Distribusi frekuensi variabel yang terkait dengan karakteristik ibu yaitu pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan ibu dapat dilihat pada tabel 5.2 :

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Pendidikan, Pekerjaan Dan Pengetahuan Ibu Baduta (6-23 Bulan) Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Variabel	Jumlah	%
Pendidikan Ibu		
Tidak Sekolah	5	5
Tidak Tamat SD	36	36
Tamat SD	39	39
Tidak Tamat SMP	5	5
Tamat SMP	10	10
Tamat SMA	5	5
Total	100	100
Kategori pendidikan ibu :		
< SD	41	41
≥ SD	59	59
Pekerjaan Ibu		
Bekerja	27	27
Tidak Bekerja	73	73
Total	100	100
Pengetahuan Ibu		
Rendah	60	60
Tinggi	40	40
Total	100	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa pendidikan responden sebagian besar rendah. Pendidikan ibu dikelompokkan atau dikategorikan menjadi 2 yaitu < SD dan ≥ SD. Dari 100 ibu yang menjadi responden, ibu yang < SD (tidak sekolah dan tidak tamat SD sebesar 41% dan yang ≥ SD (SD, tidak tamat SMP, tamat SMP dan tamat SMA) sebesar 59%.

Masih pada tabel 5.2, variabel pekerjaan ibu dikelompokkan menjadi 2 yaitu bekerja dan tidak bekerja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang tidak bekerja (73%) lebih besar daripada ibu yang bekerja yaitu sebesar 27%. Adapun pekerjaan ibu antara lain tani 13%, dagang 8%, swasta 5%, dagang 8%, buruh 1%.

Gambaran tingkat pengetahuan ibu didapatkan melalui wawancara dengan kuesioner tentang pengetahuan dasar gizi, ASI, MP-ASI, vitamin A, makanan sumber gizi dan gizi kurang. Karena hasil uji dengan menggunakan nilai Skewness dan standar errornya menghasilkan angka 1,834 (≤ 2) yang berarti distribusi frekuensi nilai pengetahuan adalah normal, standar nilai pengetahuan menggunakan hasil mean nilai pengetahuan responden. Mean dari nilai

pengetahuan responden adalah 15. Selanjutnya dikategorikan menjadi dua yaitu, tingkat pengetahuan rendah jika nilai < 15 dan tinggi jika nilai ≥ 15 . Tabel 5.2 menunjukkan tingkat pengetahuan rendah 60% dan ibu dengan tingkat pengetahuan tinggi 40%.

5.2.3 Karakteristik Baduta

Distribusi frekuensi variabel yang terkait dengan karakteristik baduta yaitu jenis kelamin, umur baduta, berat badan lahir, dapat dilihat pada tabel 5.3 :

Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin, Umur Baduta, Dan Berat Badan Lahir Baduta (6-23 Bulan) Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Variabel	Jumlah	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	42	42
Perempuan	58	58
Total	100	100
Umur Baduta		
6–11 bulan	59	59
12–23 bulan	41	41
Total	100	100
Berat Badan Lahir		
BBLR	9	10.7
Normal	75	89.3
Total	84	100

Tabel.5.3 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis kelamin proporsi baduta lebih banyak perempuan yaitu 58%, sedangkan baduta laki-laki sebesar 42%.

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik umur, memperlihatkan bahwa proporsi kelompok umur 6-11 bulan adalah 59% dan proporsi kelompok umur 12-23 bulan adalah 41%. Adapun rata-rata umur anak yaitu 13 bulan dengan usia termuda 6 bulan dan usia tertua 23 bulan.

Berat badan lahir baduta diperoleh dengan melakukan wawancara dengan ibu baduta dan didapatkan dari kohort/KMS baduta yang ada. Informasi tentang berat badan lahir baduta tidak dapat diperoleh semua, karena ada sebagian ibu

yang melahirkan dengan dukun bayi tidak ditimbang berat badan lahirnya. Untuk itu diberlakukan *missing system*. Dari 100 responden yang diketahui berat badan lahir ada 84 dan yang tidak diketahui ada 16 baduta. Selanjutnya berat badan lahir dikategorikan menjadi 2 Yaitu BBLR (< 2500 gram) dan normal ≥ 2500 gram). Proporsi baduta dengan BBLR adalah 10,7% dan normal 89,3%.

5.2.4. Karakteristik Keluarga

Distribusi frekuensi variabel yang berkaitan dengan karakteristik keluarga adalah pendapatan keluarga dan jumlah anggota keluarga, yang dapat dilihat pada tabel 5.4 :

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pendapatan Keluarga Dan Jumlah Anggota Keluarga Baduta Umur 6-23 Bulan Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit ahun2011

Variabel	Jumlah	%
Pendapatan keluarga		
Cukup	55	55
Kurang	45	45
Total	100	100
Jumlah anggota keluarga		
Kecil	45	45
Besar	55	55
Total	100	100

Tingkat pendapatan yang diperoleh dalam keluarga setiap bulan untuk memenuhi keperluan hidup sehari-hari yang diukur berdasarkan total pendapatan dari semua anggota keluarga yang bekerja, dikelompokkan dalam dua kategori yaitu pendapatan cukup dan kurang. Dari hasil analisa univariat didapatkan nilai mean = 1.345.000, median = 1.300.000, mode = 1.000.000, minimum 450.000 dan maksimum = 3.000.000. Karena data merupakan data dengan distribusi tidak normal (hasil uji nilai Skewness dan standar errornya ≥ 2) maka pengkategorian menggunakan median (nilai tengah). Sehingga kategori pendapatan keluarga menjadi $< 1.300.000$ (kurang) dan $\geq 1.300.000$ (cukup). Hasil penelitian memperlihatkan keluarga dengan pendapatan cukup 55% dan keluarga dengan pendapatan kurang 45%.

Jumlah anggota keluarga dikategorikan menjadi 2 yaitu keluarga kecil (≤ 4 orang) dan keluarga besar (> 4 orang). Lebih dari separuh responden memiliki jumlah anggota yang lebih dari 4 orang yaitu sebesar 55% dan yang memiliki jumlah anggota keluarga kecil sebesar 45%.

5.2.5. Pola Asuh

Distribusi frekuensi variabel yang berkaitan dengan pola asuh adalah, pemberian ASI eksklusif, umur awal pemberian MP-ASI dan pemberian imunisasi, dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pemberian ASI Eksklusif, Umur Awal Pemberian MP-ASI dan Pemberian Imunisasi Baduta (6-23 Bulan) Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011.

Variabel	Jumlah	%
Pemberian ASI		
Eksklusif	23	23
Tidak Eksklusif	77	77
Total	100	100
Umur Awal Pemberian MP-ASI		
Tepat	18	18
Kurang Tepat	82	82
Total	100	100
Pemberian Imunisasi		
Lengkap	44	44
Tidak Lengkap	56	56
Total	100	100

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa proporsi baduta yang mendapatkan ASI eksklusif hanya (23%), sedangkan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif sebesar (77%).

Umur awal pemberian MP-ASI dikelompokkan menjadi 2 yaitu, tepat (bila umur awal pemberian MP-ASI pada umur 6 bulan) dan tidak tepat (bila umur awal pemberian MP-ASI kurang dari 6 bulan atau lebih dari 6 bulan). Dari tabel 5.5 dapat diketahui bahwa umur awal pemberian MP-ASI pada baduta 82% tidak tepat, hanya 18% baduta yang mendapatkan pemberian MP-ASI pada umur yang tepat.

Masih pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa baduta yang mendapatkan imunisasi lengkap hanya 44%, dan yang mendapatkan imunisasi tidak lengkap sebesar 56%. Dikategorikan lengkap bila baduta sudah mendapatkan imunisasi dasar sesuai dengan umur, dan dikategorikan tidak lengkap bila belum mendapatkan imunisasi lengkap sesuai dengan umurnya atau tidak pernah mendapatkan imunisasi.

5.2.6 Riwayat Penyakit Infeksi.

Riwayat penyakit infeksi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah penyakit infeksi yang pernah diderita baduta dalam satu bulan terakhir, yang dikategorikan menjadi 2 yaitu sakit (ada riwayat sakit infeksi dalam 1 bulan terakhir dan tidak sakit (tidak ada riwayat sakit dalam 1 bulan terakhir). Hasil penelitian memperlihatkan bahwa baduta yang menderita sakit dalam satu bulan terakhir adalah 64 baduta (64%) dan tidak menderita sakit 36 baduta (36%). Jenis penyakit yang diderita baduta adalah, batuk, pilek, panas, diare, campak, cacar. Distribusi frekuensi riwayat penyakit infeksi dapat dilihat pada tabel 5.6 :

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Riwayat Penyakit Infeksi Baduta (6-23) Bulan Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Variabel	Jumlah	%
Riwayat Penyakit Infeksi		
Ya	64	64
Tidak	36	36
Total	100	100

Tabel 5.7 Distribusi Responden Menurut Karakteristik Ibu, Baduta Dan Keluarga, Pola Asuh, Dan Riwayat Penyakit Infeksi Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

No	Variabel	Jumlah	%
1.	Pendidikan Ibu		
	< SD	41	41
	≥ SD	59	59
	Total	100	100
2.	Pekerjaan Ibu		
	Bekerja	27	27
	Tidak Bekerja	73	73
	Total	100	100
3.	Pengetahuan Ibu		
	Rendah	60	60
	Tinggi	40	40
	Total	100	100
4.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	42	42
	Perempuan	58	58
	Total	100	100
5.	Umur Baduta		
	6 – 11 bulan	59	59
	12 – 23 bulan	41	41
	Total	100	100
6.	Berat Badan Lahir		
	BBLR	9	10,7
	Normal	75	89,3
	Total	84	100,0
7.	Pemberian ASI		
	Eksklusif	23	23
	Tidak Eksklusif	77	77
	Total	100	100
8.	Umur Awal Pemberian MP-ASI		
	Tepat	18	18
	Kurang Tepat	82	82
	Total	100	100
9.	Status Penyakit		
	Ya	64	64
	Tidak	36	36
	Total	100	100
10	Pemberian Imunisasi		
	Lengkap	44	44
	Tidak Lengkap	56	56
	Total	100	100
11.	Pendapatan Keluarga		
	Cukup	55	55
	Kurang	45	45
	Total	100	100
12.	Jumlah keluarga		
	Kecil	45	45
	Besar	55	55
	Total	100	100

5.3. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen (status gizi anak baduta) dengan variabel independen (pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pengetahuan ibu, jenis kelamin baduta, umur baduta, berat badan lahir baduta, jumlah anggota keluarga dan pendapatan keluarga, pemberian ASI eksklusif, umur awal pemberian MP-ASI, pemberian imunisasi dan penyakit infeksi). Uji statistik yang digunakan adalah Chi-Square.

5.3.1 Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Status Gizi Baduta

Hasil analisis bivariat antara karakteristik ibu (pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan) dengan status gizi baduta dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Hubungan Antara Karakteristik Ibu Baduta 6-23 Bulan Dengan Status Gizi Baduta Di Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Karakteristik Ibu	Status Gizi		OR	P Value
	Kurus n (%)	Normal n (%)		
Pendidikan Ibu				
< SD	11 (26,8%)	30 (73,2%)	3,960 (1,257-12,475)	0,029
≥ SD	5 (8,5%)	54 (91,5%)		
Total	16 (16%)	84 (84,0%)		
Pekerjaan Ibu				
Tidak Bekerja	10 (13,7%)	63 (86,3%)	0,556 (0,180-1,713)	0,359
Bekerja	6 (22,2%)	21 (77%)		
Total	16 (16,0%)	84 (84,0%)		
Pengetahuan Ibu				
Rendah	11 (18,3%)	49 (81,7%)	1,571 (0,501-4,927)	0,580
Tinggi	5 (12,5%)	35 (87,7%)		
Toatl	16 (16,0%)	84 (84,0%)		

a. Hubungan Antara Pendidikan Ibu Dengan Status Gizi Baduta

Tabel 5.8 memperlihatkan bahwa proporsi baduta kurus pada ibu dengan pendidikan < SD sebesar 26,8% dan pada ibu dengan pendidikan ≥ SD sebesar 8,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.029$ ($p>0.05$) maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan status gizi baduta. Sedangkan nilai $OR=3.960$ artinya ibu dengan pendidikan < SD mempunyai peluang 3.960 kali anak badutanya menderita status gizi kurus dibandingkan dengan ibu yang pendidikannya ≥ SD

b. Hubungan Antara Pekerjaan Ibu Dengan Status Gizi Baduta

Analisis hubungan antara pekerjaan ibu dengan status gizi diperoleh hasil bahwa proporsi baduta dengan status gizi kurus pada ibu yang tidak bekerja sebesar 13,7%, sedangkan ibu yang tidak bekerja mempunyai baduta dengan status gizi kurus sebesar 22%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.359$ ($p>0.05$) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan status gizi baduta.

c. Hubungan Antara Pengetahuan Ibu Dengan Status Gizi Baduta

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan ibu dengan status gizi diperoleh bahwa proporsi baduta dengan status gizi kurus pada ibu yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang sebesar 18,3%, sedangkan ibu dengan tingkat pengetahuan tinggi mempunyai baduta gizi kurus sebesar 12,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.580$ ($p>0.05$) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan ibu dengan status gizi baduta.

5.3.2 Hubungan Karakteristik Baduta Dengan Status Gizi

Hasil analisis bivariat antara karakteristik anak baduta (jenis kelamin, umur dan berat badan lahir) dengan status gizi baduta dapat dilihat pada tabel 5.9 :

Tabel 5.9 Hubungan Antara Karakteristik Baduta 6-23 Bulan Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Karakteristik Baduta	Status Gizi		OR	P Value
	Kurus n (%)	Normal n (%)		
Jenis Kelamin				
Laki-laki	7 (16,7%)	35 (83,3%)	1,089 (0,370-3,203)	1,000
Perempuan	9 (15,5%)	49 (84,5%)		
Total	16 (16,0%)	84 (84,0%)		
Umur				
6-11	4 (9,8%)	37 (90,2%)	2,362 (0,704-7,926)	0,253
12-23	12 (20,3%)	47 (79,7%)		
Total	16 (16,0%)	84 (84,0%)		
Berat Badan Lahir				
BBLR	2 (22,2%)	7 (77,8%)	1.500 (0,277-8,116)	0,641
Normal	12 (16,0%)	63 (84,0%)		
Total	14 (16,7%)	70 (83,3%)		

a. Hubungan Antara Jenis Kelamin Baduta Dengan Status Gizi Baduta

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin baduta dengan status gizi baduta memperlihatkan bahwa, proporsi baduta yang mengalami kekurangan gizi hampir sama antara baduta laki-laki dan perempuan, yaitu pada baduta laki-laki sebesar 16,7% dan pada baduta perempuan sebesar 15,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1.000$ ($p>0.05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin baduta dengan status gizi baduta.

b. Hubungan Antara Umur Baduta Dengan Status Gizi Baduta

Analisis hubungan antara umur baduta dengan status gizi diperoleh hasil, proporsi baduta dengan status gizi kurus pada baduta umur 6-11 bulan sebesar 9.8% dan pada baduta 12-23 bulan dengan status gizi kurus sebesar 20.3%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.253$ ($p>0.05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur baduta dengan status gizi baduta.

c. Hubungan Antara Berat Badan Lahir Baduta Dengan Status Gizi Baduta

Tabel 5.9 memperlihatkan bahwa proporsi baduta dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) mempunyai status gizi kurus sebesar 22,2% dan baduta dengan berat badan lahir normal mempunyai status gizi kurus sebesar 16,0%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.641$ ($p>0.05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara berat badan lahir dengan status gizi baduta.

5.3.3. Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Status Gizi Baduta

Hasil analisis bivariat antara karakteristik keluarga dengan status gizi baduta dapat dilihat pada tabel 5.10 :

Tabel 5.10 Hubungan Antara Karakteristik Keluarga Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Karakteristik Keluarga	Status Gizi		OR	P Value
	Kurus n (%)	Normal n (%)		
Jumlah Keluarga				
Besar	13 (23,6%)	42 (93,3%)	4,333	0,042*
Kecil	3 (6,7%)	42 (76,4%)	(1,150-16,323)	
Total	16 (16,0%)	84 (84,0%)		
Pendapatan Keluarga				
Kurang	12 (26,7%)	33 (73,3%)	4,636	0,018*
Cukup	4 (7,3%)	51 (92,7%)	(1,378-15,600)	
Total	16 (16,0%)	84 (84,0%)		

a. Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga Dengan Status Gizi

Tabel 5.10 memperlihatkan bahwa proporsi baduta dengan status gizi kurus pada keluarga dengan jumlah anggota keluarga yang besar sebesar 23,6%, sedangkan keluarga dengan jumlah anggota keluarga kecil mempunyai baduta dengan status gizi kurus sebesar 6,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,042$ ($p<0,05$) maka dapat disimpulkan ada hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi baduta. Sedangkan nilai $OR=4,333$ artinya keluarga dengan jumlah anggota keluarga besar mempunyai peluang 4,333 kali anak badutanya menderita gizi kurus dibandingkan dengan keluarga baduta dengan jumlah anggota keluarga kecil.

b. Hubungan Antara Pendapatan Keluarga Dengan Status Gizi

Hasil analisis hubungan antara pendapatan keluarga dengan status gizi diperoleh bahwa keluarga dengan pendapatan kurang mempunyai baduta dengan status gizi kurus sebesar 26,7%, sedangkan proporsi baduta dengan status gizi kurus pada keluarga dengan pendapatan cukup sebesar 7,3%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,018$ ($p<0,05$), maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan status gizi baduta. Sedangkan nilai $OR=4,636$ artinya keluarga dengan jumlah pendapatan kurang mempunyai peluang 4.636 kali anak badutanya menderita gizi kurus dibandingkan dengan keluarga dengan jumlah pendapatan cukup.

5.3.4 Hubungan Antara Pola Asuh Dengan Status Gizi Baduta

Hasil analisis bivariat antara pola asuh (pemberian ASI, umur awal pemberian MP-ASI dan pemberian imunisasi) dengan status gizi baduta dapat dilihat pada tabel 5.11

Tabel 5.11 Hubungan Antara Pola Asuh Baduta 6-23 Bulan Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Variabel	Status Gizi		OR	P Value
	Kurus n (%)	Normal n (%)		
Pemberian ASI				
Tidak Eksklusif	11 (14,3%)	66 (85,7%)	0.600 (0.185-1.950)	0.516
Eksklusif	5 (21,7%)	18 (78,3%)		
Total	16 (16,0%)	84 (84,0%)		
Umur Awal MPASI				
Tidak Tepat	15 (18,3%)	67 (81,7%)	3.806 (0.469-30.865)	0.291
Tepat	1 (5,6%)	17 (94,4%)		
Total	16 (16,0%)	84 (84,0%)		
Pemberian imunisasi				
Tidak Lengkap	10 (17,9%)	46 (82,1%)	1.377 (0.459-4.134)	0.767
Lengkap	6 (13,6%)	38 (86,4%)		
Total	16 (16,0%)	84 (84,0%)		

a. Hubungan Antara Pemberian ASI Dengan Status Gizi Baduta

Tabel 5.11 memperlihatkan bahwa proporsi baduta yang mendapatkan ASI tidak eksklusif mempunyai status gizi kurus sebesar 14,3%, sedangkan pada balita yang mendapatkan ASI eksklusif mempunyai status gizi kurus sebesar 21,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,516$ ($p>0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif dengan status gizi baduta.

b. Hubungan Antara Umur Awal Pemberian MP-ASI Dengan Status Gizi Baduta.

Analisis hubungan antara umur awal pemberian MP-ASI dengan status gizi memperlihatkan bahwa proporsi baduta dengan pemberian MP-ASI yang tidak tepat mempunyai status gizi kurus sebesar 18,3%, sedangkan baduta dengan umur awal pemberian MP-ASI yang tepat mempunyai status gizi kurus sebesar 5,6%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,291$ ($p>0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur awal pemberian MP-ASI dengan status gizi baduta.

c. Hubungan Antara Pemberian Imunisasi Dengan Status Gizi Baduta

Hasil analisis hubungan antara pemberian imunisasi dengan status gizi baduta memperlihatkan bahwa proporsi baduta yang mendapatkan imunisasi tidak lengkap mempunyai status gizi kurus sebesar 17,9%, sedangkan baduta yang mendapatkan imunisasi lengkap mempunyai status gizi kurus sebesar 13,6%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.767$ ($p>0.05$), maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pemberian imunisasi dengan status gizi baduta.

5.3.5 Hubungan Penyakit Infeksi Dengan Status Gizi Baduta

Hasil analisis bivariat antara riwayat penyakit infeksi dengan status gizi baduta dapat dilihat pada tabel 5.12 :

Tabel 5.12 Hubungan Antara Riwayat Penyakit Infeksi Baduta (6-23) Bulan Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Variabel	Status Gizi		OR	P Value
	Kurus n (%)	Normal n (%)		
Penyakit Infeksi				
Ya	13 (20,3%)	51 (79,0%)	2,804 (0,742-10,597)	0.199
Tidak	3 (8,3%)	33 (91,7%)		
Total	16 (16,0%)	84 (84,0%)		

Pada tabel 5.12 memperlihatkan proporsi baduta yang pernah menderita penyakit infeksi lebih banyak mempunyai status gizi kurus yaitu 20,3%, dibandingkan dengan baduta yang tidak menderita penyakit infeksi yaitu 8,3%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.199$ ($P>0.05$), maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara baduta yang menderita infeksi dengan status gizi.

Tabel 5.13 Hubungan Karakteristik Ibu, Baduta dan Keluarga, Pola Asuh, Dan Riwayat Penyakit Infeksi Dengan Status Gizi Baduta Di Wilayah Kecamatan Teluk Sampit Tahun 2011

Variabel	Status Gizi		OR	P Value
	Kurus (%)	Normal (%)		
Pendidikan Ibu < SD ≥ SD Total	11 (26,8%) 5 (8,5%) 16 (16,0%)	30 (73,2%) 54 (91,5%) 84 (84,0%)	3.960 (1.257-12.475)	0,029*
Pekerjaan Ibu Bekerja Tidak Bekerja Total	10 (13,7%) 6 (22,2%) 16 (16,0%)	63 (86,3%) 21 (77%) 84 (84,0%)	0.556 (0.180-1.713)	0.359
Pengetahuan Ibu Rendah Tinggi Total	11 (18,3%) 5 (12,5%) 16 (16,0%)	49 (81,7%) 35 (87,5%) 84 (84,0%)	1.571 (0.501-4.927)	0.580
Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan Total	7 (16,7%) 9 (15,5%) 16 (16,0%)	35 (83,3%) 49 (84,5%) 84 (84,0%)	1.089 (0.370-3.203)	1.000
Jumlah Keluarga Besar Kecil Total	13 (23,6%) 3 (6,7%) 16 (16,0%)	42 (76,4%) 42 (93,3%) 84 (84,0%)	4.333 (1.150-16.323)	0.042*
Pendapatan Keluarga Kurang Cukup Total	12 (26,7%) 4 (7,3%) 16 (16,0%)	33 (73,3%) 51 (92,7%) 84 (84,0%)	4.636 (1.378-15.600)	0.018*
Berat Badan Lahir BBLR Normal Total	2 (22,2%) 12 (16,0%) 14 (16,7%)	7 (77,8%) 63 (84,0%) 70 (83,3%)	1.500 (0.277-8.116)	0.641
Umur Anak 12-23 6-11 Total	12 (20,3%) 4 (9,8%) 16 (16,0%)	47 (79,7%) 37 (90,2%) 84 (84,0%)	2.362 (0.704-7.926)	0.235
Pemberian ASI Tidak Eksklusif Eksklusif Total	11 (14,3%) 5 (21,7%) 16 (16,0%)	66 (85,7%) 18 (78,3%) 84 (84,0%)	0.600 (0.185-1.950)	0.516
Umur Awal MPASI Kurang Tepat Tepat Total	15 (18,3%) 1 (5,6%) 16 (16,0%)	67 (81,7%) 17 (94,4%) 84 (84,0%)	3.806 (0.469-30.865)	0.291
Pemberian imunisasi Tidak Lengkap Lengkap Total	10 (17,9%) 6 (13,6%) 16 (16,0%)	46 (82,1%) 38 (86,4%) 84 (84,0%)	1.377 (0.459-4.134)	0.767
Penyakit Infeksi Ya Tidak Total	13 (20,3%) 3 (8,3%) 16 (16,0%)	51 (79,7%) 33 (91,7%) 84 (84,0%)	2.804 (0.742-10.597)	0.199

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif non eksperimental dengan pendekatan studi *cross sectional*, pengamatan terhadap variabel dependen dan variabel independen dilakukan dalam waktu yang. Sehingga tidak dapat menjelaskan urutan waktu terjadinya kurang gizi. Pada pengumpulan data berat badan dan panjang baduta kendala yang ditemui adalah pada saat penimbangan dan pengukuran baduta menangis dan tidak mau ditimbang atau diukur. Untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan melibatkan ibu baduta pada saat penimbangan dan pengukuran panjang badan.

Pendidikan ibu yang rata-rata rendah menyulitkan peneliti untuk memberikan pertanyaan pengetahuan, sehingga peneliti harus menyesuaikan dengan bahasa setempat agar pertanyaan dapat dipahami. Proses wawancara tentang pendapatan keluarga, responden tidak dapat langsung menyebutkan jumlah pendapatan, karena sebagian besar kepala keluarga tidak mempunyai pendapatan yang tetap. Pada penelitian ini variabel asupan makanan tidak diteliti karena keterbatasan kemampuan peneliti dalam melakukan *recall* makanan pada anak baduta.

6.2 Status Gizi

Hasil dari penelitian di wilayah Kecamatan Teluk Sampit memperlihatkan bahwa proporsi gizi kurus ($z\text{-score} < -2$ SD berdasarkan berat badan menurut panjang badan (BB/PB) sebesar 16%. Hasil ini lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi Kabupaten Kotawaringin Timur tahun 2009 yaitu sebesar 14,6%, juga lebih tinggi jika dibandingkan dengan prevalensi Kalimantan Tengah tahun 2010 yaitu 15,6% dan prevalensi nasional tahun 2010 sebesar 13,3%.

Indikator BB/PB merupakan salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk yaitu anak yang sangat kurus dengan nilai $z\text{-score} < -3$ SD. Menurut UNHCR masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi BB/PB kurus antara 10,1%-15,0% dan

dianggap kritis bila di atas 15,0% (Risksedas 2010). Berdasarkan hasil penelitian di wilayah Kecamatan Teluk Sampit proporsi baduta kurus sebesar 16%, hal ini berarti masalah kekurusan baduta yang ada di wilayah Kecamatan Teluk Sampit adalah masalah yang serius.

Tingginya prevalensi anak baduta kurus di wilayah Kecamatan Teluk Sampit dibandingkan dengan dengan daerah lain di Kabupaten Kotawaringin Timur kemungkinan di sebabkan karena daerah ini merupakan daerah yang masih terisolir, meskipun jalur transportasi darat dari Sampit menuju daerah ini sudah ada tetapi kegiatan perekonomian yang menyediakan lapangan kerja bagi masyarakat masih kurang. Mata pencaharian penduduk lebih banyak mengandalkan hasil alam yang tidak menentu. Hal ini mengakibatkan daya beli masyarakat menurun baik dalam kualitas maupun kuantitas makanan.

Jumlah posyandu di wilayah Kecamatan Teluk Sampit ada 9 posyandu. Peran posyandu sebagai wadah yang dapat meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya status gizi baduta di wilayah Kecamatan Teluk Sampit dengan cara memantau status gizi anak baduta yang datang ke posyandu.

6.3 Pendidikan Ibu

Rendahnya pengetahuan dan pendidikan ibu merupakan faktor penyebab mendasar terpenting karena sangat mempengaruhi tingkat kemampuan individu, keluarga dan masyarakat dalam mengelola sumber daya yang ada untuk mendapatkan kecukupan bahan makanan serta sejauh mana sarana pelayanan kesehatan gizi dan sanitasi lingkungan yang tersedia dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya (Depkes, 2000)

Tingkat pendidikan akan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk dapat menyerap suatu informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi derajat kesehatan (Sasmito, 2005).

Tingkat pendidikan ibu di wilayah Kecamatan Teluk Sampit sebagian besar rendah, hanya 5% responden ibu dengan pendidikan SMA. Analisis bivariat

menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi baduta. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sitepu (2005) di Sambas yang menunjukkan hubungan bermakna antara pendidikan ibu dan status gizi baduta. Tetapi penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Muliastari (2002) di Bandung, Sukabumi dan Bogor, juga penelitian Widyaningsih (2003) di Subang dan Sukabumi.

6.4 Pekerjaan Ibu

Ibu yang bekerja di luar rumah mempunyai resiko tidak dapat langsung menyiapkan dan memberi makanan keluarga dan anak-anaknya, karena waktunya tersita oleh pekerjaan. Hal ini sangat mempengaruhi kebiasaan makan anak-anak dan berdampak pada status gizi keluarga dan anak-anak. Jadi seorang ibu yang bekerja di luar rumah hendaknya dapat membagi waktu dengan baik antara pekerjaan dan tugas penyelenggaraan makanan keluarga (Soehardjo, 2003).

Pengaruh ibu yang bekerja terhadap hubungan ibu dan anak, sebagian besar tergantung pada usia anak pada waktu ibu mulai bekerja. Jika ibu bekerja sebelum anak telah terbiasa selalu bersamanya dan sebelum suatu hubungan terbentuk maka pengaruhnya akan minimal, tetapi bila hubungan ibu dan anak telah terbentuk maka pengaruhnya akan mengakibatkan anak merasa kehilangan dan kurang diperhatikan (Hurlock 1999 dalam Hadi 2005)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu baduta di wilayah Kecamatan Teluk Sampit sebagian besar tidak bekerja yaitu 73%, dan yang bekerja hanya 27%. Hasil penelitian ini lebih kecil dibandingkan dengan penelitian Nuraeni (2008) di wilayah puskesmas Depok Jaya. Uji bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan status gizi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Nuraeni (2008) di wilayah Puskesmas Depok Jaya, Muliastari (2002) di Bandung, Sukabumi dan Bogor, Widyaningsih (2003) di Subang dan Sukabumi. Tetapi penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Sitepu (2006) di Puskesmas Sambas yang menyatakan ada hubungan bermakna antara pekerjaan ibu dengan status gizi baduta.

Pekerjaan ibu tidak menunjukkan hubungan yang bermakna kemungkinan karena sebagian besar ibu tidak bekerja sehingga tidak bisa membedakan antara

status gizi baduta yang bekerja dan tidak bekerja. Kemungkinan lain karena pekerjaan ibu adalah pedagang yang berjualan di rumah, tani, guru honor yang tidak meninggalkan anaknya dalam waktu yang lama dan masih bisa memberikan ASI atau merawat anaknya sambil bekerja sehingga kebutuhan gizi anaknya masih bisa terpenuhi.

6.5 Pengetahuan Ibu

Kurangnya pengetahuan dan salah konsepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai sering dijumpai dimasyarakat. Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan dan gizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi. Penyebab lain dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari. Penggunaan pangan yang lebih baik dapat dilakukan ibu yang memahami bagaimana mempergunakannya untuk membantu peningkatan status gizi. Dengan membantu ibu untuk belajar bagaimana menanam, menyimpan dan menggunakan pangan untuk memperbaiki konsumsi makanan, merupakan hal penting yang dapat dilakukann untuk meningkatkan mutu penghidupan dan status gizi masyarakat (Suhardjo, 2003).

Pengetahuan merupakan hasil seseorang tahu, yang akan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Terkait dengan bidang gizi, maka pengetahuan ibu tentang gizi adalah hasil tahu ibu tentang makanan sehat dan seimbang terutama untuk balita, termasuk didalamnya pemahaman tentang ASI dan MP-ASI (Hermina 1992 dalam Sitepu 2006).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi baduta status gizi kurus lebih tinggi pada ibu dengan pengetahuan rendah. Uji bivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan status gizi baduta. Penelitian ini didukung oleh penelitian Hernawati (2008) di wilayah puskesmas Rangkapan Jaya, Handayani (2003) di Cilandak Jakarta Selatan. Tapi tidak sejalan dengan penelitian Sitepu (2006) di puskesmas Sambas dan Widyaningsih (2003) di Bandung, Sukabumi dan Bogor yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan status gizi baduta.

Kebudayaan suatu masyarakat mempunyai pengaruh yang kuat terhadap pemilihan bahan makanan yang digunakan untuk dikonsumsi. Aspek sosio-budaya pangan adalah fungsi pangan dalam masyarakat yang berkembang sesuai dengan keadaan lingkungan, agama, adat, kebiasaan dan pendidikan masyarakat tersebut. Kebudayaan juga menentukan kapan seseorang boleh atau tidak boleh memakan suatu makanan (tabu), walaupun tidak banyak tabu yang rasional (Baliwati, 2004). Pengetahuan ibu tidak berhubungan dengan status gizi baduta kemungkinan karena meskipun ibu mengetahui cara perawatan anak atau pemenuhan gizi yang baik, tetapi ibu tetap berperilaku mengikuti kebiasaan keluarga, adat, budaya dan kebiasaan masyarakat setempat.

6.6 Jenis Kelamin

Jenis kelamin menentukan jumlah kebutuhan gizi bagi seseorang. Laki-laki lebih banyak membutuhkan zat tenaga dan protein daripada wanita, karena laki-laki lebih aktif sehingga lebih banyak membutuhkan tenaga. Demikian juga pada anak laki-laki biasanya lebih aktif dari pada anak perempuan (Apriadi, 1986). Menurut jenis kelamin prevalensi gizi kurus dan sangat kurus, pada balita laki-laki 13,6% dan pada balita perempuan 12,9% (Riskesdas, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi baduta gizi kurus lebih besar pada anak laki-laki. Uji bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan status gizi baduta. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Muliasari (2002) di Bandung, Sukabumi dan Bogor, Widyaningsih (2003) di Subang dan Sukabumi. Tapi tidak sejalan dengan penelitian Hernawati (2008) di puskesmas Rangkapan Jaya, yang menyatakan ada hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi baduta.

Jenis kelamin tidak berhubungan dengan status gizi anak baduta kemungkinan karena, anak usia baduta (6-23 bulan) baik laki-laki maupun perempuan mempunyai aktivitas yang sama. Anak usia ini masih banyak tergantung pada orang tua atau orang terdekat mereka dalam aktifitas ataupun pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

6.7 Berat Badan Lahir

Berat badan lahir sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan anak selanjutnya. Anak-anak dengan keadaan gizi rendah mempunyai berat badan lahir yang rendah pula yaitu sekitar 400-500 gram lebih kecil dibandingkan dengan keadaan gizi sedang atau baik (Jus'at 2000 dalam Miko 2003). Bayi dengan BBLR mempunyai kecenderungan lebih mudah menderita penyakit infeksi. BBLR berkaitan erat dengan kesakitan dan kematian bayi, serta berpengaruh buruk pada keadaan gizi bayi pada usia selanjutnya (Moedji, 1998).

Status gizi bayi saat lahir akan menentukan kualitas tumbuh kembang anak pada kehidupan berikutnya baik secara fisik maupun intelektual, karena pada usia 0-12 bulan terjadi perkembangan otak yang sangat pesat. Anak yang lahir dengan berat badan yang normal dan status gizi yang baik akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang baik (Husaini 1991 dalam Sitepu 2006).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi baduta gizi kurus lebih besar pada baduta dengan berat badan lahir rendah. Uji bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara berat badan lahir dengan status gizi baduta. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Widyaningsih (2003) di Kabupaten Subang dan Sukabumi, penelitian Sitepu (2006) di Puskesmas Sambas yang menyatakan ada hubungan antara berat badan lahir dengan status gizi baduta. Hasil tabulasi silang antara variabel berat badan lahir dengan riwayat penyakit infeksi menunjukkan bahwa proporsi baduta yang menderita penyakit infeksi lebih besar pada baduta dengan BBLR yaitu 88,9%. Sedangkan pada baduta dengan berat badan normal sebesar 11,1%.

6.8 Umur Baduta

Umur yang paling rawan adalah masa balita, oleh karena pada masa itu anak mudah sakit dan mudah terjadi kurang gizi. Di samping itu masa balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak sehingga diperlukan perhatian khusus (Soetjiningsih, 1998). Kwashiorkor lebih banyak menyerang bayi dan balita pada usia enam bulan sampai 3 tahun. Usia paling rawan yang mengalami kwashiorkor adalah usia 2 tahun (Sasmito, 2005).

Menurut Apriadji (1998), umur merupakan faktor gizi internal yang menentukan kebutuhan gizi, sehingga umur berkaitan erat dengan status gizi balita. Berdasarkan hasil penelitian Jamil (1997) dalam Yunarto (2004), menemukan bahwa pada umur dibawah 6 bulan kebanyakan bayi masih dalam keadaan status yang baik, sedangkan golongan umur setelah 6 bulan jumlah balita yang berstatus gizi baik menurun sampai 50%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan umur proporsi anak dengan status gizi kurus lebih besar pada kelompok umur 12-23 bulan. Uji bivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur baduta dengan status gizi baduta. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hernawati (2008) di wilayah puskesmas Rangkapan Jaya, Muliastuti (2003) di Bandung, Sukabumi dan Bogor, juga penelitian Basuki (2003) di Bandar Lampung yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur baduta dengan status gizi baduta.

6.9. Jumlah Anggota Keluarga

Kelahiran yang tinggi sangat berhubungan dengan kurang gizi. Sumber pangan keluarga, terutama mereka yang sangat miskin, akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makanannya jika jumlah anggota keluarganya lebih sedikit. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga yang besar mungkin cukup untuk keluarga yang lebih kecil, tetapi tidak cukup untuk mencegah gangguan gizi pada keluarga yang besar tersebut. Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin paling rawan terhadap kurang gizi di antara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling berpengaruh oleh kekurangan pangan. Bertambahnya jumlah anggota keluarga maka pangan untuk setiap anak akan berkurang dan banyak orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda memerlukan pangan relative lebih banyak daripada anak-anak yang lebih tua (Suhardjo, 2003)

Jumlah anggota keluarga yang besar akan mempengaruhi distribusi makanan terhadap anggota keluarga terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan pangan, sehingga akan beresiko terhadap kejadian gizi kurang. Penelitian di Nigeria melaporkan bahwa insiden

kwashiorkor meninggi pada keluarga yang mempunyai anak tujuh atau lebih (Pudjiadi, 1997).

Teori ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan, proporsi baduta status gizi kurus lebih banyak pada keluarga dengan jumlah anggota keluarga besar. Uji bivariat menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi baduta. Penelitian ini sejalan dengan penelitian, Nurhayati (2003) di Purworejo. Tapi tidak sejalan dengan penelitian Muliastuti (2002) di Bandung, Sukabumi dan Bogor, Hernawati (2008) di puskesmas Rangkapan Jaya yang menyatakan tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi baduta.

Jumlah anggota yang besar di daerah penelitian karena dalam satu keluarga ada beberapa kepala keluarga yang tinggal. Ada orang tua, anak yang sudah menikah tapi masih tetap tinggal dalam satu rumah. Selain itu sebagian responden adalah korban kerusuhan sosial yang terjadi tahun 2001, yang sudah kembali dari tempat pengungsian dan sebagian dari mereka belum mempunyai tempat tinggal sehingga harus menumpang di tempat keluarga yang sudah mempunyai rumah.

6.10 Pendapatan Keluarga

Manusia dalam memenuhi kebutuhan hidupnya dibatasi oleh sumber daya yang tersedia. Sumber daya yang terbatas akan mempengaruhi prioritas alokasi pendapatan keluarga, terutama bagi masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi (daya beli) yang rendah seringkali memiliki ketidak mampuan untuk mencukupi kebutuhan zat gizi pada tingkat keluarga. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan zat gizi pada tingkat keluarga (Soetjiningsih, 1998).

Keluarga dengan pendapatan yang rendah, tidak dapat memenuhi kebutuhan makanannya sesuai yang diperlukan tubuh. Dari segi keanekaragaman bahan makanan kurang bisa dijamin karena dengan uang yang terbatas keluarga tidak bisa banyak memilih bahan makanan. Perdebatan masih sering terjadi antara terbatasnya pendapatan keluarga akan membatasi kesanggupan keluarga membeli bahan makanan bergizi atau karena tidak makan makanan bergizi akan cepat lelah sehingga kurang memiliki gairah kerja sehingga pendapatan rendah. Pernyataan

tersebut merupakan mata rantai masalah gizi yang saling berkaitan (Apriadi, 1986).

Tingkat pendapatan keluarga di wilayah Kecamatan Teluk Sampit yang berpendapatan cukup sebesar 55% dan yang berpendapatan kurang sebesar 45%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi baduta gizi kurus dari keluarga dengan pendapatan kurang lebih besar dari pada keluarga dengan pendapatan cukup. Uji bivariat menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan status gizi baduta. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Handayani (2003) di Cilandak, Muliastuti (2002) di Bandung, Sukabumi, dan Bogor.

6.11 Pemberian ASI

ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi dan anak yang mengandung sel darah putih, protein dan zat kekebalan yang cocok untuk bayi. ASI membantu pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal serta melindungi terhadap penyakit. ASI juga mengandung keseimbangan gizi sempurna untuk bayi, berbeda dengan susu formula atau susu hewan. Bayi 0-6 bulan tidak memerlukan air atau makanan lainnya (seperti air teh, jus, air gula, air anggur, air beras, susu lain atau bubur), walaupun berada di daerah yang beriklim panas, ASI sudah dianggap memenuhi seluruh kebutuhan bayi. Pemberian ASI saja pada bayi umur 0-6 bulan akan menyelamatkan bayi 1.2 juta tiap tahun. Jika bayi diberikan ASI sampai usia dua tahun, kesehatan dan perkembangan jutaan anak akan meningkat (Depkes, 2010).

ASI mempunyai kelebihan yang meliputi 3 aspek yaitu aspek gizi, aspek kekebalan dan aspek kejiwaan, berupa jalinan kasih sayang yang penting untuk perkembangan mental dan kecerdasan anak. Untuk mendapatkan manfaat yang maksimal ASI harus diberikan kepada bayi sesegera mungkin setelah dilahirkan (30 menit setelah lahir), karena daya isap bayi pada saat itu paling kuat untuk merangsang produksi ASI. Kolostrum adalah ASI yang pertama keluar sampai beberapa hari (1-4 hari), banyak mengandung zat kekebalan tubuh, vitamin A, lebih kental dan berwarna kekuning-kuningan (Depkes, 2003).

Hasil penelitian menunjukkan proporsi baduta dengan gizi kurus lebih besar pada baduta yang mendapatkan ASI eksklusif. Uji bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Nurhayati (2003) di Purworejo, Hernawati (2008) di Puskesmas Rangkapan Jaya. Tetap tidak sejalan dengan penelitian Sitepu (2006) di Puskesmas Sambas, Handayani (2003) di Cilandak Jakarta Selatan, yang menyatakan ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan status gizi baduta.

ASI merupakan makanan yang paling utama. Pemberian ASI pada masa bayi akan memberikan beberapa keuntungan, tetapi harus diperhatikan masalah kecukupan produksi ASI itu sendiri. Anjuran untuk hanya menggunakan ASI saja sebagai makanan bayi sampai umur 6 bulan haruslah dengan pertimbangan. Betapapun tingginya dan baiknya mutu ASI sebagai makanan bayi, manfaatnya bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi sangat ditentukan oleh jumlah ASI yang dapat di berikan oleh ibu. Kebaikan dan mutu yang tinggi dari ASI akan menjadi relatif tidak berarti apabila jumlah ASI yang dapat dihasilkan ibu tidak sesuai dengan kebutuhan bayi, dan akibatnya bayi juga akan menderita gizi (Moehji, 2003).

Bidan atau petugas kesehatan kadang kurang memperhatikan hal ini, menganjurkan kepada ibu agar memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, tanpa melihat atau memperhatikan apakah produksi ASI ibu cukup atau tidak. Sering ibu mengungkapkan alasan mengapa bayinya diberi MP-ASI segera setelah lahir, mereka mengatakan bahwa bayinya rewel/menangis meski sudah diberi ASI. Hal inilah yang seharusnya menjadi perhatian petugas, apakah memang produksi ASI ibu kurang atau ibu salah dalam memberikan ASI atau karena ada faktor lainnya.

Pemberian ASI eksklusif tidak berhubungan dengan status gizi baduta kemungkinan karena produksi ASI ibu tidak mencukupi, yang disebabkan karena gizi ibu yang menyusui kurang. Hal ini bisa dilihat dari hasil penelitian bahwa 28,2% alasan ibu memberikan makanan tambahan sebelum anak umur 6 bulan adalah karena anak tetap menangis meskipun sudah diberi ASI. Dari hasil penelitian juga dapat didapatkan informasi bahwa ibu yang memberikan ASI eksklusif karena anaknya tidak mau diberi makan, bukan karena mereka tahu

bahwa pemberian ASI eksklusif sampai umur 6 bulan. Sehingga mereka tidak memperhatikan produksi ASInya apakah mencukupi atau tidak. Kemungkinan lain karena sebagian besar baduta tidak mendapatkan ASI eksklusif sehingga tidak dapat membedakan status gizi baduta yang mendapat ASI eksklusif dan tidak ASI eksklusif.

6.12 Umur Awal Pemberian MP-ASI

Bayi usia 0-6 bulan hanya diberi ASI saja (ASI Eksklusif), karena produksi ASI pada periode tersebut sudah mencukupi kebutuhan bayi. Pemberian makanan selain ASI pada umur 0-6 bulan dapat membahayakan bayi karena bayi belum mampu memproduksi enzim untuk mencerna makanan selain ASI. Apabila bayi dipaksa menerima makanan selain ASI, akan timbul gangguan pada bayi seperti diare, alergi dan bahaya lainnya (Depkes, 2003).

ASI hanya menyediakan 1/2 atau lebih kebutuhan gizi bayi pada usia bayi 6-12 bulan, dan pada usia 12-24 ASI menyediakan 1/3 dari kebutuhan gizinya sehingga MP-ASI harus segera diberikan mulai bayi berusia 6 bulan. MP-ASI yang terlalu awal diberikan pada bayi akan menggantikan asupan ASI sehingga sulit memenuhi kebutuhan gizinya, makanan mengandung zat gizi rendah bila berbentuk cair seperti sup atau bubur cair dan meningkatnya resiko kesakitan. Sedangkan bila memberikan MP-ASI terlambat maka kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi, pertumbuhan dan perkembangan lebih lambat (Depkes, 2009).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi baduta gizi kurus lebih besar pada baduta yang mendapatkan MP-ASI kurang tepat. Uji bivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara umur awal pemberian ASI dengan status gizi baduta. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Yosnelli (2008) di Padang Pariaman. Tapi penelitian ini tidak didukung oleh penelitian yang dilakukan Sitepu (2006) di Puskesmas Sambas, Hernawati (2008) di Puskesmas Rangkapan Jaya, yang menyatakan ada hubungan antara umur awal pemberian MP-ASI dengan status gizi baduta.

Berdasarkan hasil penelitian MP-ASI yang diberikan pertamakali pada anak sebelum umur 6 bulan dan sesudah umur 6 adalah bubur susu (58%), nasi lembek

(23%), pisang (3%) dan yang menjawab lain-lain 16% (bubur tepung gula merah, gabin, bubur beras, super bubur). Umur awal pemberian MP-ASI tidak berhubungan dengan status gizi baduta kemungkinan karena sebagian besar umur awal pemberian MP-ASI tidak tepat, sehingga tidak bisa membedakan status gizi baduta yang pemberian MP-ASInya tepat dan tidak tepat. Penyebab lain karena kemungkinan produksi ASI ibu kurang sehingga dengan memberikan MP-ASI gizi anak terpenuhi.

6.13 Pemberian Imunisasi

Imunisasi merupakan usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu. Tujuan pemberian imunisasi adalah diharapkan anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. sehingga bila terpapar dengan penyakit tidak akan sakit atau hanya sakit ringan (Hidayat, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi baduta dengan status gizi kurus lebih tinggi pada baduta yang mendapatkan imunisasi tidak lengkap. Uji bivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pemberian imunisasi dengan status gizi baduta. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Basuki (2003) di kota Bandar Lampung, yang menyatakan ada hubungan antara pemberian imunisasi dengan status gizi baduta.

Hasil tabulasi silang antara variabel pemberian imunisasi dengan variabel status penyakit menunjukkan bahwa proporsi balita yang sakit lebih besar pada baduta yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap yaitu 82,1%, sedangkan pada balita yang mendapatkan imunisasi lengkap proporsi balita yang sakit sebesar 40,9% ($p=0.000$). Pemberian imunisasi tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan status gizi baduta kemungkinan karena ada faktor lain yang menjadi penyebab terjadinya kurang gizi pada anak baduta yang tidak diteliti pada penelitian ini, misalnya asupan gizi anak baduta.

6.14 Penyakit Infeksi

Defisiensi gizi merupakan awal dari gangguan system kekebalan, sehingga balita mudah terkena penyakit infeksi. Sebaliknya infeksi akan mempengaruhi nafsu makan, dapat juga menyebabkan kehilangan bahan makanan karena diare atau muntah-muntah. Gangguan gizi dan infeksi sering saling bekerjasama, bila ini terjadi akan memberikan prognosis yang lebih buruk. Infeksi akan memperburuk status gizi dan sebaliknya gangguan gizi memperburuk kemampuan anak untuk mengatasi penyakit infeksi. Kuman yang kurang berbahaya bagi anak dengan gizi baik, bisa menyebabkan kematian pada anak-anak dengan gizi buruk (Santoso, 1999).

Menurut Schroeder (2001) dalam Nuraeni (2008) beberapa penyakit yang menyebabkan terjadinya gizi kurang antara lain penyakit diare, ISPA, campak, malaria dan lain-lain. Penyakit tersebut dapat menyebabkan kehilangan nafsu makan sehingga terjadi kekurangan gizi secara langsung khususnya pada anak umur 12-36 bulan. Baduta yang ada riwayat sakit infeksi dalam satu bulan terakhir dalam penelitian ini sebesar 64%. Hasil penelitian menunjukkan proporsi baduta gizi kurus lebih besar pada balita yang menderita sakit. Uji bivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara riwayat penyakit infeksi dengan status gizi baduta.

Riwayat penyakit infeksi tidak menunjukkan hubungan bermakna kemungkinan karena penyakit belum lama diderita oleh anak, karena pada saat penelitian sebagian besar anak sedang menderita sakit sehingga belum mempengaruhi status gizi anak. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Muliasari (2003) di Bandung, Sukabumi dan Bogor, Widyaningsih (2003) di Subang dan Sukabumi, Handayani (2003) di Cilandak. Tapi tidak sejalan dengan penelitian Sitepu (2006) di Puskesmas Sambas yang menyatakan ada hubungan antara penyakit infeksi dengan status gizi baduta.

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan keterbatasan yang telah dikemukakan sebelumnya, maka dapat disimpulkan :

1. Prevalensi status gizi kurus (berat badan menurut panjang badan) baduta di Kecamatan Teluk Sampit tahun 2011 lebih tinggi dibandingkan prevalensi kabupaten, propinsi maupun nasional dan sudah merupakan masalah yang kritis.
2. Pada karakteristik ibu terlihat bahwa sebagian besar ibu berpendidikan rendah, tidak bekerja dan lebih separuh berpendidikan rendah. Lebih dari separuh baduta berjenis kelamin perempuan, berumur 6-11 bulan dan sebagian besar mempunyai berat badan lahir normal. Pada karakteristik keluarga lebih dari separuh keluarga mempunyai pendapatan yang cukup dan jumlah anggota yang besar.
3. Pada pola asuh anak sebagian besar tidak memberikan ASI eksklusif, umur awal pemberian MP-ASI tidak tepat dan lebih dari separuh pemberian imunisasi tidak lengkap dan menderita penyakit infeksi.
4. Variabel yang berhubungan secara bermakna dengan status gizi baduta adalah pendidikan ibu, pendapatan keluarga dan jumlah anggota keluarga.

4.2 Saran

- a. Bagi Pemerintah Daerah/Sektor Terkait
 - 1) Meningkatkan pendapatan keluarga dengan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan, kegiatan usaha kecil dan menengah, menyediakan lapangan kerja, sehingga daya beli masyarakat terhadap pangan meningkat.

- 2) Melibatkan sektor terkait terutama dari sektor pertanian untuk dapat memberikan kontribusi terhadap ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga dengan memberikan penyuluhan tentang pemanfaatan lahan yang ada.

b. Bagi Puskesmas

- 1) Perlu adanya peningkatan pengetahuan ibu melalui penyuluhan sehingga ibu mengetahui pentingnya makanan yang berkualitas/bergizi, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, perawatan bayi secara benar dan pemberian MP-ASI sesuai dengan umur baduta.
- 2) Meningkatkan peran posyandu sebagai wadah yang dapat membantu meningkatkan kesehatan anak baduta dengan melakukan pemantauan status gizi anak baduta. Memberikan PMTP pada anak yang kurang gizi, jika ditemukan anak yang tidak naik berat badannya 3 kali berturut-turut, BGT dan BGM dikonfirmasi dengan merujuk anak baduta ke Puskesmas, sehingga anak tidak jatuh ke kondisi yang lebih buruk.

c. Bagi Peneliti Lain

- 1) Dapat melakukan penelitian di kecamatan lain di Kabupaten Kotawaringin Timur dengan melihat variabel yang sama sehingga dapat menggambarkan Kabupaten Kotawaringin Timur secara keseluruhan.
- 2) Melakukan penelitian di daerah yang sama dengan melihat variabel lain yang berhubungan dengan status gizi baduta, seperti asupan energi, protein dan kesehatan lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. (2001) *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta Gramedia Pustaka Utama:
- Apriadji, N.H. (1986). *Gizi Keluarga* : Jakarta.Penebar Swadya.
- Atmarita (2004). Analisis Situasi Gizi Dan Kesehatan Masyarakat, Dalam Widyakarya Nasional Pangan Dan Gizi VIII, Jakarta.
- Azwar, A. (2004). *Aspek Kesehatan Dan Gizi Dalam Ketahanan Pangan*, Dalam Widyakarya Nasional Pangan Dan Gizi VIII, Jakarta
- Baliwati, Y F. Khomsan, A. Dwiriani C.M.(2004). *Pengantar Pangan Dan Gizi*. Jakarta. Penebar Swadaya.
- Berg, A & Robert, S.M.(1986). *Faktor Gizi*, Diterjemahkan Oleh A. Djaeni. Bhratara Karya Aksara.
- Berg, A.(1986). *Peranan Gizi Dalam Pembangunan Nasional*, Di Indonesiakan Oleh Sediaoetama.A: Jakarta.
- Rajawali. Depdiknas, (2003). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional*.
- Depkes RI (2006). *Pedoman Sistem Kewaspadaan Dini (SKD) KLB Gizi Buruk*, Jakarta
- RI, (2004). *Analisis Situasi Gizi Dan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta
- RI, (2003). *Pedoman Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat*, Jakarta
- RI, (2006). *Gizi Dalam Angka Sampai Dengan Tahun 2005*, Jakarta
- RI, (2007), *Riskesdas 2007*, Litbangkes Kementerian Kesehatan RI
- RI, (2007). *Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk*, Jakarta
- RI, (2009). *Pemberian Air Susu Ibu Dan Makanan Pendamping ASI*, Dirjen Bina Gizi Puskesmas Jakarta.

- RI, (2010). *Riskesdas 2010*, Litbangkes Kementerian Kesehatan RI
- , (2008). *Modul Pelatihan Penilaian Pertumbuhan Anak*
- , (2010). *Kepmenkes RI Nomor:1995/Menkes/SK/XII/2010 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak.*
- , (1999). *Status Gizi Dan Imunisasi Ibu Dan Anak Di Indonesia*
- Dinkes Propinsi Kalteng, (2007). *Profil Kesehatan Kalimantan Tengah Tahun 2007*
- , (2009). *Laporan Program Perbaikan Gizi Propinsi Kalimantan Tengah Tahun 2009.*
- Dinkes Kabupaten Kotawaringin Timur, (2008). *Laporan PSG Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2008*
- , (2009). *Laporan PSG Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2009*
- Hernawati, L. (2008). *Hubungan Antara Umur Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI Pertama Dan Faktor Lain Dengan Status Gizi Baduta (7-23) Bulan Di Wilayah Puskesmas Rangkapan Jaya Kota Depok Tahun 2008 (Analisis Data Sekunder)*, Skripsi FKM UI
- Gibney, M.J & Margetts, B.M. dkk (2009). *Gizi Kesehatan Masyarakat*, Jakarta EGC.
- Hadi, I. (2005). *Faktor-Faktor Yang berhubungan Dengan Ststus Gizi Balita Di Kelurahan Neglasari Dan Kedung Wetan*, Skripsi FKM UI.
- Handayani, W.(2003) *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta Di Kelurahan Cipete Selatan, Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan*:Skrpsi FKM-UI
- Hastono, S.P (2007). *Analisis Data Kesehatan : FKM UI*

- Hidayat, A. (2008). *Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan*, Jakarta.Salemba Merdeka
- Ida, N. Hakimi, M. Hartini, T N. 2004. *Hubungan Kesadaran Gizi Keluarga Dengan Status Gizi Anak Bawah Dua Tahun (Baduta) Di Kabupaten Purworejo Tahun 2003*. Dalam Penelitian Gizi Dan Makanan Vol.27 No.2 Tahun 2004.
- Pelita, (2010). *Meningkat Tajam Kasus Gizi Buruk Di Kotawaringin Timur*. 26 Januari 2010. <http://batavia.co.id/detail-berita-10561546.html>.
- Lameshows, S et al.(1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta.UGM Press.
- Maryunani, (2000). *Ilmu Kesehatan Anak Dalam Kebidanan*, Jakarta.TIM.
- Miko, H.(2002) *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi (KEP) Anak Umur 6-60 Bulan Di Kecamatan Bojong Asih Kabupeten Tasikmalaya Tahun 2002*, Skripsi FKM UI.
- Moehji, S. (1998). *Pemeliharaan Gizi Bayi Dan Balita*
- Muliasarai, S.(2002). *Gambaran Status Gizi Anak Baduta (6-23 Bulan) penerima PMT-P JPSBK Dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Di Kabupaten Bandung, Sukabumi Dan Bogor Tahun 2001*: Skripsi FKM UI.
- Notoatmodjo, (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. Jakarta.Rineka Cipta
- Permasih, D. (2006).*Kadar SigA Dan Lactoferin Air Susu Ibu*. Dalam Gizindo Vol.29 No 1 Maret 2006.
- Pratiknya, A.W.(2007).*Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*: Jakarta PT Raja Grafindo
- Pudjiadi, (1997). *Gizi Klinis Anak*, Jakarta.Universitas Indonesia
- Roesli, U. (2009). *Mengenal Asi Eksklusif*: Jakarta.Trubus Agriwijaya
- Santoso, dkk (1999). *Kesehatan Dan Gizi*. Jakarta:Rineka Cipta

- Sasmito, A.(2007). *Sistem Kesehatan*, Jakarta:Raja Grafindo
- Sediaoetama, A.(2004). *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa Dan Profesi*. Jakarta: Dian Rakyat
- Senewe, Felly P & Sandjaya,(2006). *Status Gizi Balita Di Daerah Tertinggal Tahun 2004*, Dalam Jurnal Penelitian Gizi Dan Makanan, Vol.29, No.1 Juni 2006.
- Sihadi, (2006). *Kajian Profil Gizi Buruk Di Klinik Gizi Pusat Penelitian Dan Pengembangan Gizi Dan Makanan Bogor*, Dalam Gizindo Vol.320 No 1 Maret 2006.
- Sinantri, K.(2003). *Faktor Determinan Terhadap Status Gizi Bayi Di Puskesmas Plumbon Kabupaten Cirebon Tahun 2003*.Skripsi FKM-UI.
- Sitepu, I dkk, (2006). *Faktor penentu Status Gizi Baik Anak Baduta Di Keluarga Miskin Di daerah Kerja Puskesmas Sambas, Kabupaten Sambas Kalimantan Barat*, Dalam Majalah Kesehatan Perkotaan Volume 13 Desember 2006. Jakarta.
- Suhardjo, (2003). *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*, Bogor.Bumi Akasara
- Suhardjo, (2005). *Perencanaan Pangan Dan Gizi*, Bogor.Bumi Akasara
- Sumarno, I.(2006). *Besaran Masalah Gizi Balita Di Kabupaten Bogor Berdasarkan Baku Antropometri NCHS Dan WHO 2005*. Dalam Penelitian Gizi Dan Makanan Vol.29.No1.Tahun 2006.
- Supariasa, (2001). *Penilaian Ststus Gizi*, Jakarta.EGC.
- Suraedi, A.(2004). *Status Gizi Balita Di Kecamatan RawamertaKabupaten Karawang Dan Hubungannya Dengan Karakteristik Keluarga Dan Karakteristik Balita Tahun 2004*, Skripsi FKM UI.
- Taruna, J.(2002). *Hubungan Antara Faktor Ekonomi Dengan Kejadian Gizi Buruk Di Kabupaten Kampar Tahun 2002*, Tesis FKM-UI.

Universitas Indonesia,(2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia.*

WHO, (2010). *World Health Statistic*

Widodo, R.(2009). *Pemberian Makanan Suplemen Dan Obat Pada Anak.* Jakarta:EGC.

Widyaningsih, R.(2003). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta Di Kabupaten Subang Dan Sukabumi (Analisis Data Sekunder Tahun 2002):* Skripsi FKM-UI.

Yosnelli, (2008). *Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga Dan Pemanfaatan Program Gizi Di Posyandu Dengan Status Gizi Baduta (6-24 Bulan) Di Kecamatan Pariaman Tengah Kota Pariaman Tahun 2008.*Tesis FKM-UI.

Yunanto, H. (2003). *Karakteristik Balita Dan Keluarga Yang Berhubungan Dengan Perubahan Status Gizi Pada Balita Gizi Buruk Penerima PMT-P di kabupaten Rejang Lebong Tahun 2003.* Tesis FKM-UI.

SURAT IJIN RESPONDEN

(Dibacakan dan diperlihatkan kepada responden)

Dengan Hormat,

Saya adalah peneliti atas nama :

Nama : KUSNUL HIDAYATI

NPM : 0906616243

Dengan ini sedang melakukan penelitian tentang : “KARAKTERISTIK IBU, BADUTA DAN KELUARGA YANG BERHUBUNGAN DENGAN STATUS GIZI BADUTA (6-23 BULAN) DI KECAMATAN TELUK SAMPIT KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR PROPINSI KALIMANTAN TENGAH TAHUN 2011”. Hasil penelitian ini adalah untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan masukan bagi instansi terkait.

Sehubungan dengan ini apakah Ibu bersedia diwawancarai ? :

1. Bersedia
2. Tidak bersedia

Selanjutnya Kami mohon Ibu menjawab pertanyaan Kami, atas partisipasinya disampaikan terimakasih.

Peneliti,

(KUSNUL HIDAYATI)

Teluk Sampit,.....2011

Responden,

(.....)

Pewawancara,

(.....)

No Responden :

KUESIONER PENELITIAN
KARAKTERISTIK IBU, BADUTA DAN KELUARGA YANG BERHUBUNGAN
DENGAN STATUS GIZI BADUTA DI KECAMATAN TELUK SAMPIT
KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR TAHUN 2011

DATA IDENTITAS IBU

Nama Ibu :
Umur Ibu :
Alamat : Desa.....RT.....RW.....Kec. Teluk Sampit

DATA IDENTITAS AYAH

Nama Ayah :
Umur Ayah :

DATA IDENTITAS ANAK

Nama Anak :
Tanggal Lahir :

KARAKTERISTIK IBU

1. Pendidikan yang pernah ditamatkan oleh ibu :

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. Tidak sekolah | 5. Tamat SMP |
| 2. Tidak tamat SD | 6. Tidak Tamat SMA |
| 3. Tamat SD | 7. Tamat SMA |
| 4. Tidak tamat SMP | 8. Diploma / PT |

2. Apa pekerjaan ibu saat ini?

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. Tidak Bekerja | 5. Wiraswasta |
| 2. Tani | 6. Buruh |
| 3. PNS | 7. Swasta |
| 4. Dagang | |

KARAKTERISTIK ANAK

- 3. Jenis Kelamin :
- 4. Umur (bulan) :
- 5. Berat Badan Lahir:
- 6. Berat Badan :
- 7. Panjang Badan :

PEMBERIAN ASI

- 8. Apakah ibu memberikan ASI?
 - 1. Ya
 - 2. Tidak. Alasan.....

(Jika jawaban tidak, langsung ke pertanyaan no 10)
- 9. Sampai umur berapa ibu hanya memberikan ASI saja tanpa makanan dan minuman yang lainnya?
 - 1. < 6 bulan
 - 2. ≥ 6 bulan

PEMBERIAN MP-ASI

- 10. Mulai umur berapa anak ibu diberi makanan tambahan selain ASI atau PASI?
 - 1. < 6 bulan (lanjut ke pertanyaan no 10 dan 12)
 - 2. 6 bulan (lanjut ke pertanyaan no 12)
 - 3. > 6 bulan (lanjut ke pertanyaan no 11 dan 12)
- 11. Mengapa ibu memberikan makanan tambahan sebelum anak ibu berusia 6 bulan?
 - 1. ASI kurang
 - 2. Bayi menangis meski sudah diberi ASI
 - 3. Kebiasaan keluarga
 - 4. Lain-lain, sebutkan.....
- 12. Mengapa ibu memberikan makanan tambahan setelah anak berusia lebih dari 6 bulan?
 - 1. Anak tidak mau makan
 - 2. Kebiasaan keluarga
 - 3. ASI masih cukup
 - 4. Lain-lain, sebutkan.....

13. Makanan apa yang pertamakali ibu berikan kepada anak ibu?.....

1. Bubur susu (Sun, Cerelac, dll)
2. Pisang
3. Nasi lembek
4. Lain-lain, sebutkan.....

RIWAYAT KESEHATAN ANAK

14. Apakah dalam satu bulan terakhir ini anak ibu pernah sakit?

1. Ya
2. Tidak (lanjut ke pertanyaan no 16)

15. Bila pernah, sakit apa yang diderita anak ibu?.....

PEMBERIAN IMUNISASI

16. Imunisasi dasar yang sudah diberikan pada anak.....(sesuai KMS)

1. Lengkap
2. Tidak lengkap
3. Tidak pernah

KARAKTERISTIK KELUARGA

17. Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah dan menjadi tanggungan keluarga?.....orang.

18. Berapa penghasilan keluarga / bulan? Rp

No	Anggota keluarga yang bekerja	Penghasilan perbulan (Rp)
1.		
2		
Jumlah Total		

DATA PENGETAHUAN IBU TENTANG GIZI

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
19.	Setelah lahir bayi harus segera diberi ASI		
20.	Pemberian ASI pertamakali, setelah bayi berumur 1 minggu		
21.	Anak diberi ASI saja (ASI eksklusif) sampai umur 3 bulan		
22.	Anak diberi ASI saja (ASI eksklusif) sampai umur 6 bulan		
23.	ASI yang pertama keluar boleh diberikan pada bayi baru lahir.		
24.	ASI yang pertama keluar adalah susu yang basi		
25.	ASI yang pertama keluar banyak mengandung zat kekebalan tubuh (zat antibodi)		
26.	Bila anak diare tidak boleh diberi ASI		
27.	Bila anak diare ASI tetap diberikan		
28.	Anak mulai diberikan makanan tambahan selain ASI, setelah berumur 6 bulan.		
29.	Anak mulai diberikan makanan tambahan selain ASI, setelah berumur 3 bulan.		
30.	Nasi, roti, mie adalah bahan makanan sebagai sumber tenaga (karbohidrat)		
31.	Ikan, telur, tempe, tahu adalah bahan makanan sebagai sumber tenaga (karbohidrat)		
32.	Sayuran dan buah-buahan adalah bahan makanan sebagai sumber vitamin (zat pengatur)		
33.	Nasi dan mie adalah bahan makanan sebagai sumber vitamin (zat pengatur)		
34.	Sayur dan buah-buahan adalah bahan makanan banyak mengandung protein (zat pembangun)		
35.	Daging, ikan, tempe adalah bahan makanan yang banyak mengandung protein (zat pembangun)		
36.	Anak sehat adalah anak yang badannya gemuk		
37.	Anak sehat bertambah umur, bertambah berat, bertambah tinggi		

	PERNYATAAN	YA	TIDAK
38.	Bila berat badan anak berada di daerah warna hijau pada KMS berarti gizi anak baik.		
39.	Bila berat badan anak berada di bawah garis merah pada KMS berarti anak menderita kurang gizi.		
40.	Anak seharusnya diberi vitamin A dosis tinggi warna biru pada umur 6 – 11 bulan		
41.	Vitamin A dosis tinggi warna merah diberikan pada bayi umur 12 – 60 bulan (1 – 5 tahun)		
42.	Anak yang kurus, wajahnya seperti orang tua, cengeng adalah tanda dan gejala anak yang menderita kurang gizi		
43.	Anak yang kakinya bengkak, wajahnya sembab, perutnya buncit, rambutnya seperti jagung adalah tanda dan gejala anak yang menderita kurang gizi		



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Alamat : Jl. Jend. Sudirman No. ☎ (0531) 21093 Fax 24101
SAMPIT

SURAT IJIN PENELITIAN

Nomor. 042 / 072 / 155 / IV / Kesbang / 2011

Memperhatikan : Surat dari Dekan FKM Universitas Indonesia Jakarta Nomor: 19994/H2.F10/PPM.00.00/2011 tanggal, 23 Maret 2011.

Perihal : Ijin Penelitian dan Menggunakan Data

D a s a r : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 9 Tahun 1993 tentang Pedoman Pendataan Sumber dan Potensi Pembangunan.
2. Surat Menteri Dalam Negeri Nomor 050.I/635/Bangda tanggal 10 Mei 1982 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penelitian Sumber dan Potensi Daerah.
3. Keputusan Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 42 Tahun 2002 tanggal 25 Pebruari 2002 tentang Tata Cara Pemberian Ijin Penelitian/Pendataan Bagi Setiap Instansi Pemerintah Maupun Non Pemerintah.

Atas Nama Bupati Kotawaringin Timur, Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Linmas Kabupaten Kotawaringin Timur, dengan ini memberikan Ijin Penelitian kepada :

Nama : KUSNUL HIDAYATI (NPM. 0906616243)
Tim Survey/Peneliti dari : Mahasiswi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta.
Akan melaksanakan : Research/Survey penulisan Skripsi yang berjudul "**Karakteristik Ibu, Baduta dan Keluarga Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2011**".
Lokasi : Kec. Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur.

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Selama mengadakan Penelitian dan pengumpulan data hendaknya memenuhi semua ketentuan yang berlaku dan melaporkan diri kepada pejabat setempat.
2. Hasil Penelitian ini supaya disampaikan kepada Bupati Kotawaringin Timur melalui Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Kotawaringin Timur.
3. Surat Ijin ini agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat membahayakan kestabilan Pemerintah dan masyarakat setempat tetapi hanya untuk kepentingan ilmiah.
4. Surat Ijin dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila peneliti tidak memenuhi ketentuan-ketentuan pada butir 1,2 dan 3 tersebut diatas.
5. Surat Ijin Penelitian ini berlaku sejak dikeluarkan, selama 3 (tiga) bulan .

Demikian Surat Ijin Penelitian diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di Sampit
Tanggal 07 April 2011

Kepala Badan Kesbang, Politik dan Linmas
Kabupaten Kotawaringin Timur

Drs. HERIYANTO, SH
Pembina Tk. I

NIP. 19670410 199203 1 005

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Badan Kesbang, Politik dan Linmas Provinsi Kalimantan Tengah di Palangka Raya.
2. Bupati Kotawaringin Timur di Sampit
3. Kepala Dinas Kesehatan di Sampit
4. Camat Teluk Sampit di Ujung Pandaran
5. Kepala Pukesmas Teluk Sampit di Ujung Pandaran

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 199/H2.F10/PPM.00.00/2011

23 Maret 2011

Lamp. : ---

Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

Kepada Yth.

Kepala Kantor Kesbangpol
Kabupaten Kotawaringin Timur

Jl. Jend. Sudirman

Sampit (Kalimantan Tengah)

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Kusnul Hidayati
NPM : 0906616243
Thn. Angkatan : 2009/2010
Peminatan : Bidan Komunitas

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Karakteristik Ibu, Baduta dan Keluarga yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta di Kecamatan Teiuk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2011*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Unit Pendidikan dinomor telp. (021) 7270803.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

Dekan FKM UI
Dekan,

Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- Kepala Dinas Kesehatan, Kabupaten Kota Waringin Timur
- Kepala Puskesmas Ujung Pandaran, Kecamatan Teluk Sampit
- Kepala BKD, Kabupaten Kotawaringin Timur
- Pembimbing skripsi
- Arsip