



UNIVERSITAS INDONESIA

**STATUS GIZI BALITA DAN KEMISKINAN
DI INDONESIA TAHUN 2010
(ANALISIS DATA SEKUNDER RISKESDAS 2010)**

SKRIPSI

**HILDA RAHMI ZEGA
0906615915**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**STATUS GIZI BALITA DAN KEMISKINAN
DI INDONESIA TAHUN 2010
(ANALISIS DATA SEKUNDER RISKESDAS 2010)**

SKRIPSI

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

**HILDA RAHMI ZEGA
0906615562**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2012**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Hilda Rahmi Zega

NPM : 0906615915

Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2009

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

STATUS GIZI BALITA DAN KEMISKINAN DI INDONESIA TAHUN 2010 (ANALISIS DATA SEKUNDER RISKESDAS 2010)

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 20 Januari 2012


METERAI TEMPEL
PAJAK PEMBANGUNAN BANGSA
TSL
CFC67AAF439371437
ENAM RIBU RUPIAH
6000 **DJP**

(Hilda Rahmi Zega)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Hilda Rahmi Zega

NPM : 0906615915

Tanda Tangan :



Tanggal : 24 Januari 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Hilda Rahmi Zega

NPM : 0906615915

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Judul Skripsi : Status Gizi Balita dan Kemiskinan di Indonesia Tahun 2010
(Analisis Data Sekunder Riskesdas 2010)

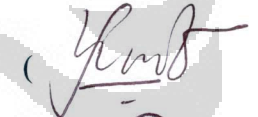
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian prasyarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dewan Penguji

Pembimbing : Ir. Ahmad Syafiq, MSc, PhD

()

Penguji : Ir. Trini Sudiarti, M.Si,

()

Penguji : Iip Syaiful, SKM., M.Kes

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 24 Januari 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan begitu banyak nikmat dan anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan guna mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penyelesaian skripsi ini tidak terlepas dari bantuan pihak lain. Oleh karena itu, dengan ikhlas hati penulis mengucapkan terima kasih:

1. Keluarga tercinta (Papa, Mama, Abang dan Adik) yang senantiasa mendukung dan mendoakan agar diberi kelancaran dan kemudahan dalam penyusunan skripsi;
2. Bapak Ir. Ahmad Syafiq, M.Sc., Ph.D., selaku pembimbing skripsi yang telah memberikan bimbingan, engarahan, ilmu, dan meluangkan waktunya untuk memberikan masukan, saran serta kritik yang membangun selama penyusunan skripsi;
3. Ibu Ir. Trini Sudiarti M.Si., selaku penguji dalam dari FKM UI yang telah bersedia meluangkan waktu dan tenaganya untuk menguji pada ujian siding ini serta memberikan saran dan kritik yang membangun terhadap skripsi;
4. Bapak Iip Syaiful, SKM. M.Kes., selaku penguji luar dari Kementrian Kesehatan RI yang telah bersedia meluangkan waktu dan tenaganya menjadi penguji serta memberikan saran dan kritik yang membangun terhadap skripsi;
5. Seluruh dosen dan staf Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat yang telah membantu dalam proses penyusunan skripsi;
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang telah bersedia memberi data untuk penyelesaian skripsi;
7. Seluruh staf FKM UI, mulai dari akademik, staf rumah tangga hingga staf keuangan yang telah bersedia membantu pelaksanaan ujian skripsi;
8. Seseorang yang spesial Helmy Hadi Ziliwu, yang selalu mendoakan, mendukung, dan membantu dalam penyelesaian skripsi;
9. Sahabatku Friska, terima kasih banyak atas dukungan dan bantuannya;

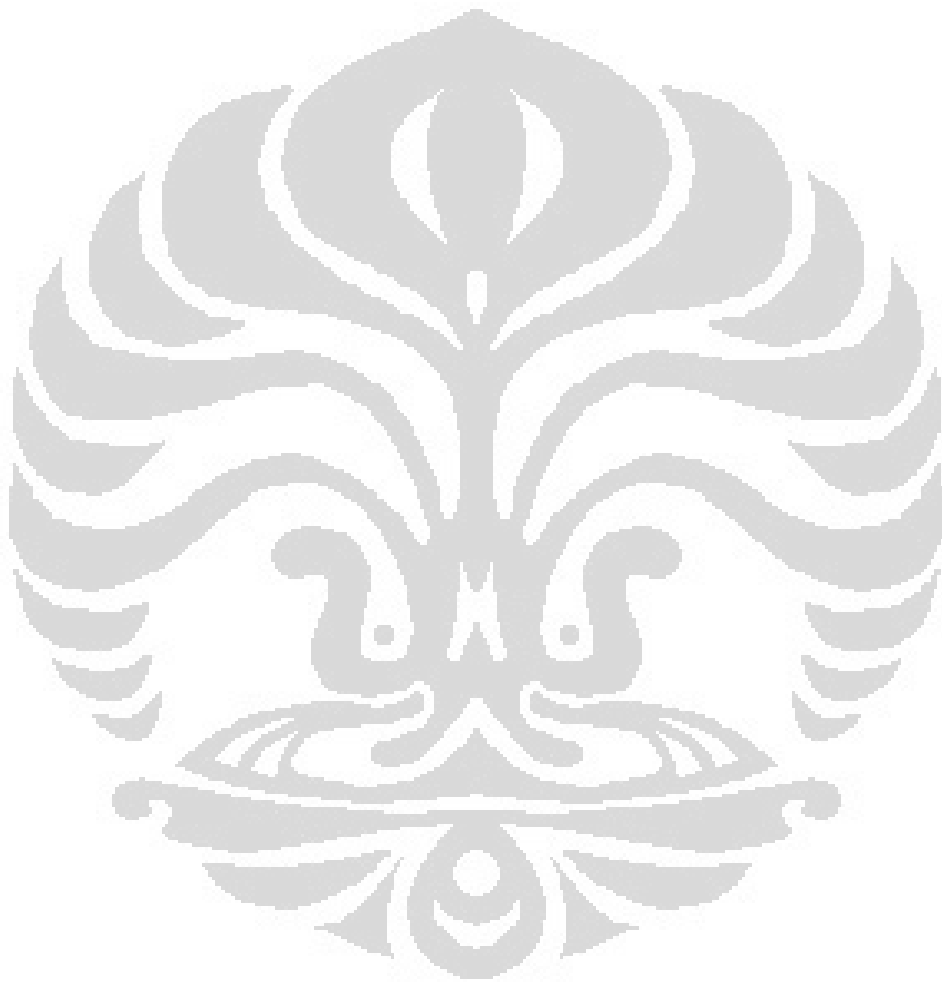
10. Teman-teman seperjuangan ekstensi Gizi Kesmas 2009 yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Terimakasih atas semua bantuan dan dukungannya. Senang berteman dengan kalian, semoga ukhuwah itu slalu ada;
11. Teman-teman ekstensi dari semua peminatan yang juga turut memberi dukungan, terimakasih;
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat banyak sekali kekurangan. Namun, besar harapan penulis semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua.

Semoga Allah meridhoi dan membalas kebaikan semua pihak, Amin.

Depok, 24 Januari 2012

Hilda Rahmi Zega



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Bagi Pemerintah	5
1.5.2 Bagi Masyarakat	5
1.5.3 Bagi Peneliti	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Status Gizi Balita	7
2.1.1 Defenisi Status Gizi	7
2.1.2 Penilaian Status Gizi	7
2.1.3 Pengukuran Anntropometri	8
2.1.4 Indeks Antropometri	8
2.1.5 Klasifikasi Status Gizi Balita	11
2.1.6 Survey Konsumsi Makanan (<i>Food Recall</i> 24 jam)	12
2.2. Kemiskinan	13
2.2.1 Pengukuran Kemiskinan	15
2.2.2 Penyebab Kemiskinan.....	16
2.2.3 Dampak Kemiskinan	17
2.2.4 Profil Rumah Tangga Miskin Indonesia	18
2.3. Masalah Gizi	21
2.3.1 Gizi Kurang	21
2.3.2 Gizi Lebih	23
2.3.3 Penyebab Masalah Gizi	24
2.4. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita	28
2.4.1 Asupan Energi Balita	28
2.4.1.1 Umur	28

2.4.1.2 Jenis Kelamin	28
2.4.2 Karakteristik Kemiskinan	29
2.4.2.1 Pendidikan Orang Tua	29
2.4.2.2 Pekerjaan Orang Tua	30
2.4.2.3 Jumlah Balita	31
2.4.2.4 Jumlah Anggota Keluarga	31
2.4.2.5 Luas Lantai dan Jenis Lantai Bangunan	32
2.4.2.6 Kondisi Lingkungan Rumah	33
2.4.2.7 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	33
2.5 Status Miskin	34
2.6 Hubungan Status Gizi dan Kemiskinan	35
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	37
3.1 Kerangka Teori.....	37
3.2 Kerangka Konsep	39
3.4 Definisi Opearsional	40
BAB 4 METODELOGI PENELITIAN	45
4.1 Desain Penelitian.....	45
4.2 Riskesdas 2010	45
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	46
4.4 Populasi dan Sampel pada Riskesdas 2010	46
4.5 Populasi dan Sampel Penelitian	47
4.5.1 Populasi	47
4.5.2 Sampel	47
4.6 Pengumpulan Data	48
4.7 Pengolahan Data pada Penelitian	48
4.7.1 <i>Recoding</i>	48
4.7.2 <i>Cleaning</i>	48
4.8 Analisis Data	49
BAB 5 HASIL PENELITIAN	50
5.1 Gambaran Status Gizi Balita	50
5.2 Gambaran Asupan Gizi	52
5.3 Gambaran Karakteristik Kemiskinan	56
5.4 Status Gizi BB/U.....	55
5.4.1 Hubungan Asupan Energi Total dengan Status Gizi BB/U	55
5.4.2 Hubungan Karakteristik Kemiskinan dengan Status Gizi BB/U	57
5.4.3 Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi BB/U	60
5.5 Status Gizi TB/U	61
5.5.1 Hubungan Asupan Energi Total dengan Status Gizi TB/U	61
5.5.2 Hubungan Karakteristik Kemiskinan dengan Status Gizi TB/U	62
5.5.3 Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi	

TB/U	66
5.6 Status Gizi BB/TB	66
5.6.1 Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi BB/TB	66
5.6.2 Hubungan Karakteristik Kemiskinan Dengan Status Gizi BB/TB	67
5.6.3 Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi	70
BAB 6 PEMBAHASAN	71
6.1 Keterbatasan Penelitian	71
6.2 Gambaran Status Gizi Pada Balita 0-59 Bulan di Indonesia Tahun 2010	72
6.3 Hubungan Asupan Gizi dengan Status Gizi	71
6.4 Hubungan Karakteristik Kemiskinan dengan Status Gizi	72
6.4.1 Pendidikan Orangtua	72
6.4.2 Pekerjaan Orangtua	74
6.4.3 Jumlah Balita Dalam Keluarga	75
6.4.4 Jumlah Anggota Rumah Tangga	76
6.4.5 Luas dan Jenis Lantai Rumah	77
6.4.6 Kondisi Lingkungan Rumah	78
6.4.7 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	78
6.4.8 Hubungan Status Miskin dengan Status Gizi	79
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	80
7.1 Kesimpulan	80
7.2 Saran	81
DAFTAR PUSTAKA	82
LAMPIRAN	87

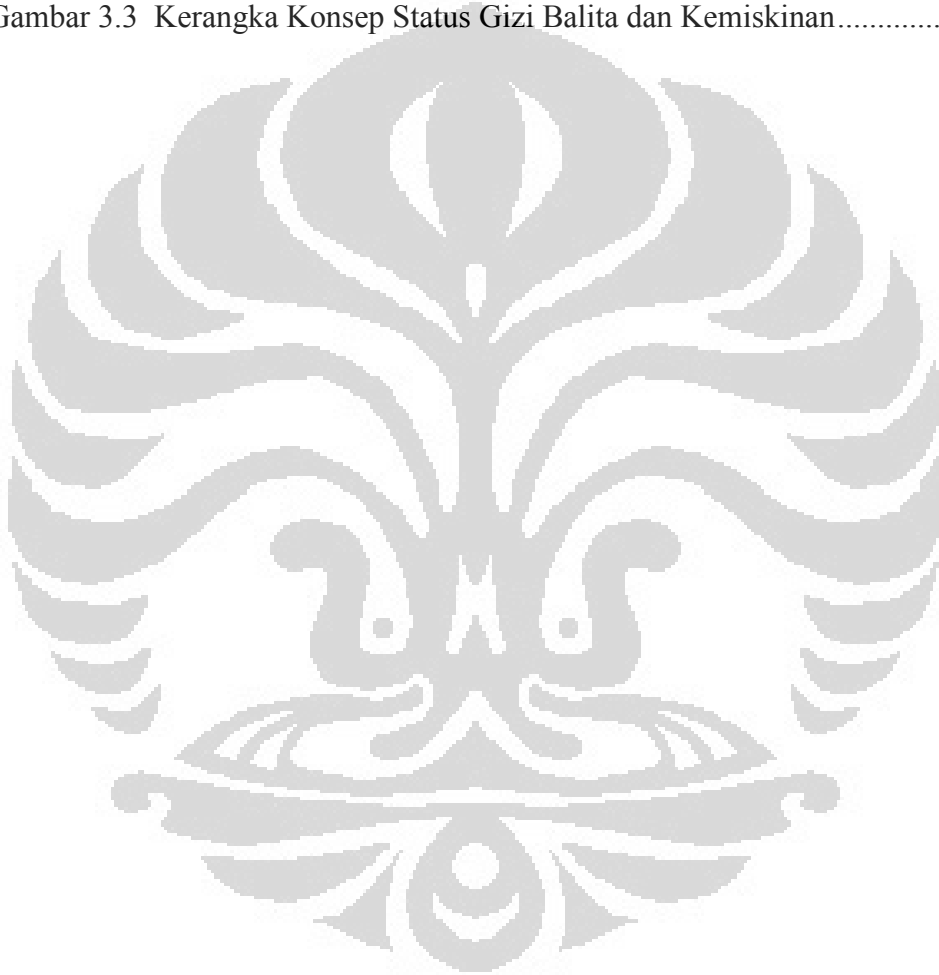
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kategori dan Ambang Batas Anak 0 – 60 Bulan Berdasarkan Indeks.....	11
Tabel 3.1	Definisi Operasional	40
Tabel 5.1	Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik Balita di Indonesia Tahun 2010	50
Tabel 5.2	Distribusi Balita Berdasarkan Status Gizi BB/U di Indonesia Tahun 2010.....	51
Tabel 5.3	Distribusi Balita Berdasarkan Kelompok Umur Balita dan Asupan Energi di Indonesia Tahun 2010	51
Tabel 5.4	Distribusi Balita Berdasarkan Pendidikan dan Pekerjaan Orangtua di Indonesia Tahun 2010	52
Tabel 5.5	Distribusi Balita Berdasarkan Jumlah Balita dan Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) di Indonesia Tahun 2010	53
Tabel 5.6	Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik Kemiskinan Di Indonesia Tahun 2010	54
Tabel 5.7	Distribusi Balita Berdasarkan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan..	55
Tabel 5.8	Hubungan Asupan Energi Total dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia	56
Tabel 5.9	Hubungan Pendidikan Orangtua dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia.....	57
Tabel 5.10	Hubungan Pekerjaan Orangtua dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia.....	58
Tabel 5.11	Hubungan Jumlah Balita dalam Keluarga dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia	58
Tabel 5.12	Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia	59
Tabel 5.13	Hubungan Luas dan Jenis Lantai Rumah dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia	69
Tabel 5.14	Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia	60
Tabel 5.15	Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia	60
Tabel 5.16	Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia.....	60

Tabel 5.17	Hubungan Asupan Energi Total dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia.....	61
Tabel 5.18	Hubungan Pendidikan Orangtua dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia.....	63
Tabel 5.19	Hubungan Pekerjaan Orangtua dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia.....	63
Tabel 5.20	Hubungan Jumlah Balita dalam Keluarga dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia	64
Tabel 5.21	Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia	64
Tabel 5.22	Hubungan Luas dan Jenis Lantai Rumah dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia	65
Tabel 5.23	Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia	65
Tabel 5.24	Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia	65
Tabel 5.25	Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia.....	66
Tabel 5.26	Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia.....	66
Tabel 5.27	Hubungan Pendidikan Orangtua dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia.....	67
Tabel 5.28	Hubungan Pekerjaan Orangtua dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia.....	68
Tabel 5.29	Hubungan Jumlah Balita dalam Keluarga dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia.....	68
Tabel 5.30	Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia.....	69
Tabel 5.31	Hubungan Luas dan Jenis Lantai Rumah dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia.....	69
Tabel 5.32	Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia.....	69
Tabel 5.33	Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia.....	70
Tabel 5.34	Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia.....	70

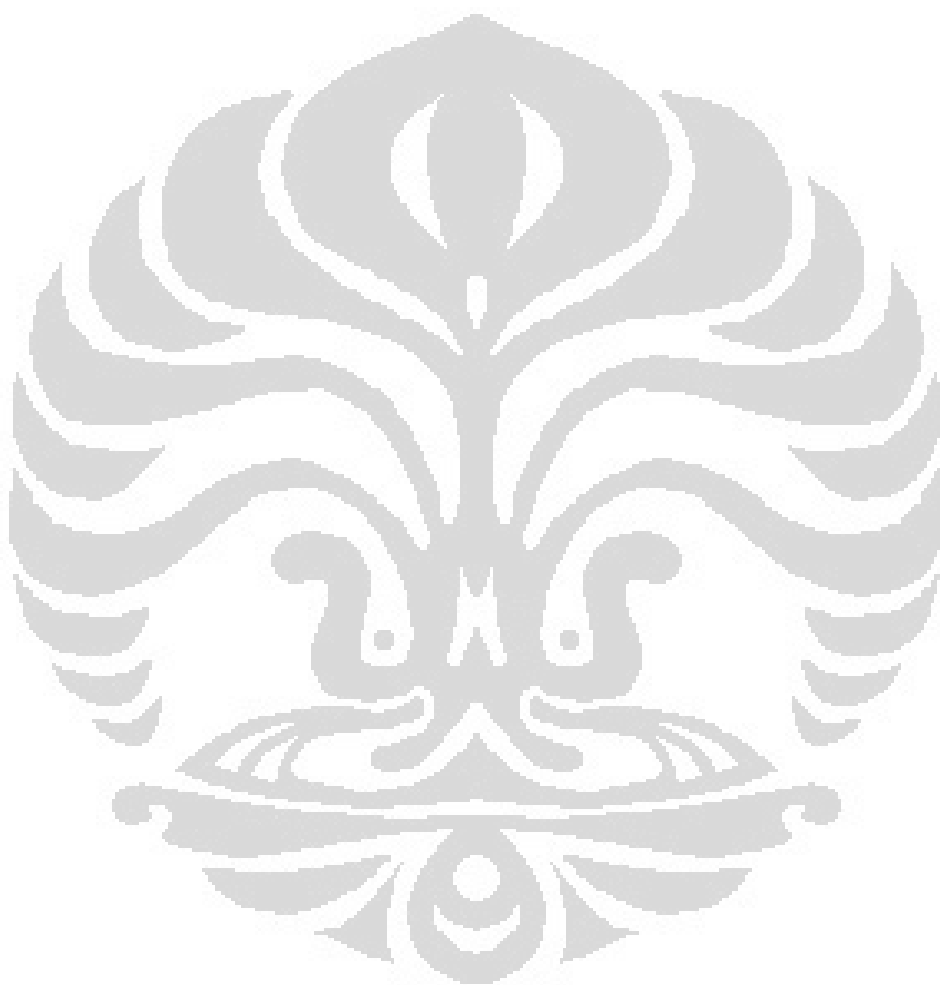
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Menurut UNICEF (1990) Disesuaikan dengan Kondisi Indonesia	26
Gambar 2.2 Keterkaitan Kemiskinan dan Status Gizi	27
Gambar 3.1 Faktor Penyebab Terjadinya Masalah Gizi	37
Gambar 3.2 Keterkaitan Kemiskinan dan Status Gizi	38
Gambar 3.3 Kerangka Konsep Status Gizi Balita dan Kemiskinan.....	39



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Riskesdas 2010	87
---	----



ABSTRAK

Nama : Hilda Rahmi Zega
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Status Gizi Balita dan Kemiskinan di Indonesia Tahun 2010
(Analisis Data Sekunder Riskesdas 2010)

Penelitian ini membahas mengenai gambaran status gizi dan kemiskinan di Indonesia tahun 2010. Tujuan dari penelitian ini adalah diketahuinya gambaran status gizi balita, karakteristik orangtua, karakteristik keluarga dan karakteristik kemiskinan pada balita di Indonesia tahun 2010. Disain penelitian yang digunakan adalah potong lintang dengan menggunakan data sekunder Riskesdas 2010. Populasi penelitian ini adalah seluruh rumah tangga yang mewakili 33 provinsi di Indonesia, sedangkan sampel penelitian adalah anggota rumah tangga yang termasuk dalam rentang usia balita (0 – 59 bulan) yang berjumlah 18.743 anak. Penelitian menemukan prevalensi gizi kurang 14,8%, balita pendek 18,2%, balita kurus 6,9%.

Kata Kunci :

Status gizi balita, kemiskinan, Indonesia.

ABSTRACT

Name : Hilda Rahmi Zega
Study Program : Public Health
Title : Nutritional Status of Toddlers and Poverty in Indonesia Year 2010 (Secondary Data Analysis Riskesdas 2010)

This study discusses about the picture of nutritional status and poverty in Indonesia in 2010. The purpose of this study is to know the picture of nutritional status of children, parental characteristics, family characteristics and the characteristics of poverty on children under five in Indonesia in 2010. The design of the study is a cross-sectional using secondary data from Riskesdas 2010. This study population is all households representing 33 provinces in Indonesia, while the study sample was a member of the household who is included in the toddler age range (0-59 months), amounting to 18 743 children. The study found the prevalence of malnutrition was 14.8%, short toddler was 18.2%, skinny toddler was 6.9%.

Key words :
Nutritional status of toddlers, poverty, Indonesia.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan suatu bangsa bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan setiap warga negara. Peningkatan kemajuan dan kesejahteraan bangsa sangat tergantung pada kemampuan dan kualitas sumberdaya manusianya (SDM). Ukuran kualitas sumberdaya manusia dapat dilihat pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM), sedangkan ukuran kesejahteraan masyarakat antara lain dapat dilihat pada tingkat kemiskinan dan status gizi masyarakat (Bappenas, 2007).

Suatu bangsa dikatakan semakin maju apabila tingkat pendidikan penduduknya semakin baik, derajat kesehatannya tinggi, usia harapan hidup panjang dan pertumbuhan fisiknya optimal. Di negara maju anak-anak tumbuh lebih cepat dibandingkan negara berkembang karena asupan gizi yang lebih baik dapat menunjang tumbuh kembang anak (Khomsan, 2006). Pangan dan gizi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang akan memberikan dampak positif bagi lancarnya pembangunan bangsa, disamping untuk pertumbuhan ekonomi dan stabilitas nasional. Usaha untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia merupakan usaha yang tidak pernah ada hentinya dan harus tetap dilakukan sepanjang masa, sejalan dengan tingkat perkembangan kebutuhan manusia (Roestam, 1993).

United Nation Development Programme (UNDP), menunjukkan data Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya. Indikator utama IPM yaitu pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Pada tahun 2009 Indonesia berada pada peringkat 111 dari 182 negara dan mengalami peningkatan ke peringkat 108 pada tahun 2010. Namun pada tahun 2011 ini dilaporkan mengalami penurunan dan berada di peringkat 124 dari 187 negara (UNDP, 2011).

Salah satu yang menjadi faktor penting penentu IPM adalah persentase penduduk miskin. Pada tahun 2006 tingkat kemiskinan di Indonesia masih mencapai 17,8% (Bappenas, 2007). Namun, dari tahun ke tahun persentase penduduk miskin mengalami penurunan. Hal ini terlihat dari hasil yang dilaporkan oleh BPS,

persentase penduduk miskin di Indonesia tahun 2010 sebesar 13,33%. Jumlah tersebut mengalami penurunan dari 14,15% pada tahun 2009. Laporan terbaru dari BPS yaitu persentase penduduk miskin pada tahun 2011 juga mengalami penurunan yaitu 12,49% (BPS, 2011).

Oleh karena itu diperlukan usaha dalam meningkatkan SDM yaitu dengan mempersiapkan generasi muda melalui pembinaan gizi sejak dini dimulai dari pembinaan wanita calon ibu, pemeliharaan janin, bayi, anak balita dan anak sekolah. Asupan zat gizi yang tepat dapat mengoptimalkan tumbuh kembang anak dan sebaliknya kekurangan zat gizi baik makro maupun zat gizi mikro akan berakibat terlambatnya pertumbuhan organ tubuh vital seperti otak, jantung, dan organ tubuh lainnya bahkan menyebabkan cacat yang sulit diperbaiki (Venny dkk, 1998).

Konferensi para ekonom di Copenhagen tahun 2005 (Konsensus Copenhagen) menyatakan bahwa intervensi gizi menghasilkan keuntungan ekonomi tinggi dan merupakan salah satu yang terbaik dari alternatif investasi pembangunan lainnya (Bappenas, 2007). Salah satunya dengan memberikan perhatian kepada kelompok umur muda (bayi/balita) dan kelompok wanita dalam usaha memperbaiki gizi keluarga penting dilakukan mengingat kelompok ini memberikan pengaruh yang besar dalam perkembangan masyarakat di masa mendatang. Mereka adalah anak-anak bangsa yang akan menjadi generasi penerus dan pemilik masa depan (Roestam, 1993).

Berdasarkan hasil yang dilaporkan oleh Riskesdas (2010) persentase balita kurang gizi masih cukup tinggi. Balita dengan gizi kurang sebesar 13%, balita pendek hampir setengah jumlah balita sebesar 35,7% dan balita kurus sebesar 13,3%.

Berbagai metode epidemiologi menunjukkan bahwa gizi kurang menyebabkan 56% kematian anak-anak di seluruh dunia. Lebih dari separuh kasus gizi kurang dan peningkatan morbiditas serta mortalitas yang menyertainya terjadi pada anak-anak yang berusia di bawah lima tahun (balita) (Manary dan Solomons, 2004). Bila dilihat dari faktor penyebab kurang gizi, UNICEF (1990) menjelaskan bahwa penyebab langsung dari anak yang kurang gizi adalah tidak cukup zat gizi dan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung meliputi kurangnya akses makanan, pola

asuh, air bersih, sanitasi dan kurangnya akses pelayanan kesehatan. Selain itu ketidakstabilan ekonomi, politik dan sosial, dapat berakibat pada rendahnya tingkat kesejahteraan masyarakat yang tercermin pada maraknya masalah gizi kurang dan gizi buruk di masyarakat.

Dari berbagai faktor penyebab masalah gizi, kemiskinan dinilai memiliki peranan penting dan bersifat timbal balik, artinya kemiskinan akan menyebabkan kurang gizi dan individu yang kurang gizi akan berakibat atau melahirkan kemiskinan. Masalah kurang gizi memperlambat pertumbuhan ekonomi dan mendorong proses pemiskinan melalui tiga cara: (1) kurang gizi secara langsung menyebabkan hilangnya produktivitas karena kelemahan fisik; (2) kurang gizi secara tidak langsung menurunkan kemampuan fungsi kognitif dan berakibat pada rendahnya tingkat pendidikan; (3) kurang gizi dapat menurunkan tingkat ekonomi keluarga karena meningkatnya pengeluaran untuk berobat (Bappenas, 2007).

Khomsan (2006) juga menambahkan bahwa malnutrisi berakar dari kemiskinan. Laju malnutrisi akan dapat dikendalikan apabila angka kemiskinan dikurangi dan keadilan semakin merata. Perlakuan yang adil terhadap setiap anak baik laki-laki atau perempuan dalam memperoleh pendidikan, kesehatan dan gizi yang baik. Hal ini disebabkan masih adanya kebiasaan orang tua yang lebih mengutamakan kepentingan anak laki-laki daripada anak perempuan. Selain itu, Suhardjo (1989) juga menjelaskan bahwa kemiskinan sebagai penyebab kurang gizi, menduduki posisi pertama pada kondisi yang umum, sehingga perlu mendapat perhatian yang serius karena kemiskinan berpengaruh besar terhadap konsumsi makanan.

Menurut Badan Pusat Statistik (2008) keluarga miskin adalah keluarga yang tidak memiliki kemampuan untuk mencukupi kebutuhan pokok minimum seperti pangan, sandang, kesehatan, perumahan dan pendidikan yang diperlukan untuk bisa hidup dan bekerja. Insiden kemiskinan sangat sensitif terhadap fluktuasi harga komoditi dasar. Ketika harga-harga naik tingkat kemiskinan juga naik sejalan dengan membungahnya biaya yang harus dibayar golongan bawah untuk memenuhi standar minimum yaitu kebutuhan makanan dan bukan makanan (Irawan dan

Romdiati, 2000). Lemahnya daya beli karena pendapatan yang rendah mengakibatkan masyarakat tidak dapat mengakses makanan yang dapat memenuhi kebutuhan gizi. Anak yang kekurangan gizi umumnya memiliki kekebalan tubuh yang rendah dan hal ini menjadikan dirinya rawan terhadap infeksi yang dapat menyebabkan kematian (Khomsan, 2006).

Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan pangan dalam rumah tangga terutama pada ibu hamil dan balita akan berakibat pada kekurangan gizi yang berdampak pada lahirnya generasi muda yang tidak berkualitas. Dalam jangka pendek, Indonesia akan sulit meningkatkan IPM dan bila masalah ini tidak diatasi maka dalam jangka menengah dan panjang akan terjadi “kehilangan generasi” yang dapat mengganggu kelangsungan kepentingan bangsa dan negara (Bappenas, 2007). Gangguan tumbuh kembang fisik, rendahnya daya tahan tubuh terhadap penyakit dan kecerdasan yang kurang dari yang seharusnya adalah bentuk manifestasi dampak keadaan gizi yang tidak optimal. Dengan kata lain, gizi kurang membawa dampak yang tidak menguntungkan terhadap berbagai aspek kehidupan suatu bangsa (Moehji, 2003). Anak dengan gizi kurang berarti masih dalam kekurangan gizi tingkat rendah dan sedang. Anak-anak tersebut umumnya masih bermain layaknya anak yang lain, walaupun semakin lama badannya akan mengurus dan apabila tidak segera ditangani dengan cepat anak-anak dengan gizi kurang akan berlanjut menjadi gizi buruk (Soekirman, 2005).

1.2 Rumusan Masalah

Dari berbagai faktor penyebab masalah gizi, kemiskinan dinilai memiliki peranan penting dan bersifat timbal balik, artinya kemiskinan akan menyebabkan kurang gizi dan individu yang kurang gizi akan berakibat atau melahirkan kemiskinan. Antara keduanya seolah seperti mata rantai yang sulit ditentukan ujung pangkalnya. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melihat apakah kemiskinan mempengaruhi kondisi status gizi balita (0 – 59 bulan) di Indonesia tahun 2010.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran status gizi balita di Indonesia tahun 2010?
2. Bagaimana gambaran asupan energi balita di Indonesia tahun 2010?
3. Bagaimana gambaran kemiskinan pada balita di Indonesia tahun 2010?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuinya gambaran status gizi balita dan kemiskinan pada balita di Indonesia pada tahun 2010.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Diketuinya gambaran status gizi pada balita di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2010.
- b. Diketuinya gambaran kemiskinan pada balita di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2010.
- c. Diketuinya gambaran asupan energi pada balita di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2010

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Pemerintah

Sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi Pemerintah Indonesia dalam merumuskan kebijakan-kebijakan penanggulangan masalah gizi pada balita agar tepat pada sasaran.

1.5.2 Bagi Masyarakat

Memberi informasi kepada masyarakat pada umumnya dan orangtua pada khususnya untuk lebih mengetahui tahap-tahap kritis pertumbuhan dan perkembangan balita sehingga dapat mencegah terlewatnya periode emas pada setiap anak.

1.5.3 Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan informasi seputar gizi balita dari kacamata sosial ekonominya.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional* untuk mengetahui hubungan antara status gizi balita dengan kemiskinan di Indonesia berdasarkan data Riskesdas 2010. Penelitian ini akan menganalisis data antropometri (status gizi), asupan energi balita, karakteristik balita (umur, jenis kelamin), karakteristik kemiskinan (pendidikan orangtua, pekerjaan orangtua, jumlah balita dalam keluarga, jumlah anggota rumah tangga, luas lantai rumah, jenis lantai rumah, pemanfaatan pelayanan kesehatan, kondisi lingkungan rumah) keluarga balita, dan status miskin (status ekonomi keluarga). yang telah dikumpulkan oleh tim Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas tahun 2010).

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi Balita

2.1.1 Definisi Status Gizi

Gizi adalah suatu proses penggunaan makanan yang dikonsumsi oleh organisme secara normal melalui proses melalui digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ tubuh sehingga menghasilkan energi. Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa dkk, 2002).

Status gizi selain merupakan prediktor yang baik untuk morbiditas dan mortalitas, status gizi juga merupakan refleksi dari situasi pangan (produksi, distribusi, ketersediaan, akses, dan konsumsi) maupun situasi ekonomi (pendapatan) (*litbang.depkes.go.id*, 2008).

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Dibedakan antara status gizi buruk, kurang, baik dan lebih (Almatsier, 2009).

2.1.2 Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi seseorang menggunakan cara langsung dan tidak langsung. Pengukuran status gizi secara langsung dapat dilakukan melalui pemeriksaan klinis, biokimia, antropometri dan biofisik, sedangkan penilaian secara tidak langsung adalah melalui survey konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi. Penilaian status gizi secara antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supariasa dkk, 2002).

2.1.3 Pengukuran Antropometri

Jelliffe (1966) yang dikutip Supariasa dkk (2002) menjelaskan antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain: berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, dan tebal lemak di bawah kulit.

Parameter yang biasa digunakan dalam pengukuran antropometri diantaranya: (a) umur: faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi karena kesalahan penentuan umur akan menyebabkan kesalahan pula pada interpretasi status gizi; (b) berat badan: menggambarkan jumlah protein, lemak, air, dan mineral pada tulang dan merupakan faktor terpenting dalam pengukuran antropometri, serta paling sering digunakan terutama pada masa balita untuk melihat laju pertumbuhan fisik maupun status gizi; dan (c) tinggi badan: parameter yang penting bagi keadaan tubuh di masa lampau dan sekarang jika umur tidak diketahui dengan tepat (Supariasa dkk, 2002).

Kelebihan penilaian status gizi melalui pengukuran antropometri, antara lain (Gibson, 2005):

- a. Prosedurnya aman, sederhana, dan dapat mencakup jumlah sampel yang besar.
- b. Alatnya murah, tahan lama, dan mudah dibawa.
- c. Tidak membutuhkan tenaga ahli, cukup dilakukan oleh tenaga yang sudah dilatih dalam waktu singkat, misalnya kader posyandu.
- d. Metodenya tepat dan akurat karena dapat dibakukan, serta dapat digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan gizi.
- e. Dapat mendeteksi riwayat gizi seseorang di masa lampau dan dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu.

2.1.4 Indeks Antropometri

Indikator antropometri merupakan kombinasi antara beberapa parameter. Indikator antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BBU), Tinggi Badan menurut Umur (TBU), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan

(BBTB). Perbedaan penggunaan indikator tersebut akan memberikan gambaran prevalensi status gizi yang berbeda (Gibson, 2005).

2.1.4.1 Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Berat badan merupakan ukuran antropometrik yang terpenting, dipakai pada setiap kesempatan memeriksa kesehatan anak pada setiap kelompok umur. Berat badan merupakan hasil peningkatan/penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh, antara lain tulang, otot, lemak, cairan tubuh dan lain-lain. Berat badan dipakai sebagai indikator yang terbaik pada saat ini untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak, sensitif terhadap perubahan sedikit saja, dan pengukuran obyektif (Soetjiningsih, 1994).

Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya dalam keadaan yang abnormal, terdapat 2 kemungkinan perkembangan berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lambat dari keadaan normal. Berdasarkan karakteristik berat badan yang labil tersebut, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi saat ini (*current nutritional status*) (Supariasa dkk, 2002). Kelebihan dan kelemahan indikator BB/U, yaitu :

- Sensitif terhadap perubahan kecil.
- Memerlukan data umur yang akurat.
- Pengukuran yang berulang dapat mendeteksi masalah pertumbuhan karena infeksi atau KEP.
- Baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis.
- Bila ada edema atau asites dapat mengakibatkan interpretasi status gizi yang keliru.
- Sering terjadi kesalahan dalam pengukuran, seperti pengaruh pakaian atau gerakan anak saat ditimbang.

2.1.4.2 Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan ukuran antropometrik kedua terpenting. Ukuran tinggi badan pada masa pertumbuhan meningkat terus sampai tinggi maksimal dicapai. Kenaikan tinggi badan berfluktuasi, dimana tinggi badan meningkat pesat pada masa bayi, kemudian melambat, dan menjadi pesat kembali (pacu tumbuh adolesen), selanjutnya melambat lagi dan akhirnya berhenti pada umur 18 – 20 tahun (Soetjiningsih, 1994).

Supariasa dkk (2002), menjelaskan pada keadaan normal, tinggi badan akan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek sehingga lebih menggambarkan keadaan gizi masa lalu. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan tampak dalam waktu yang relatif lama.

Kelebihan dan kelemahan indikator TB/U (Hartriyanti dan Triyanti, 2009):

- Baik untuk mengetahui status gizi masa lampau (kronik).
- Indikator kesejahteraan dan kemakmuran suatu bangsa.
- Ketepatan umur sulit didapat.

2.1.4.3 Berat Badan Menurut Tinggi Badan (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. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (sekarang) dan merupakan indeks yang independen terhadap umur (Supariasa, 2002).

Satu hal yang perlu diingat bahwa dalam pengukuran tinggi badan jika anak berumur >2 tahun tetapi belum bisa berdiri sendiri dengan tegak dan yang diukur adalah panjang badannya, maka hasil pengukuran harus dikurangi 0,7 cm (WHO, 2005). Kelebihan dan kelemahan indikator BB/TB (Supariasa dkk, 2002), yaitu :

- Indikator status gizi saat ini
- Tidak memerlukan data umur
- Dapat membedakan proporsi badan (kurus, normal dan gemuk)

- Membutuhkan dua macam alat ukur
- Pengukuran relatif lebih lama

2.1.5 Klasifikasi Status Gizi Balita

Penilaian status gizi balita dilakukan dengan cara angka berat badan dan tinggi badan dikonversikan ke dalam bentuk nilai terstandar (*Z-score*) dengan menggunakan baku antropometri balita WHO. Kemudian berdasarkan nilai *z-score* masing-masing indikator tersebut ditentukan klasifikasi status gizi balita dengan batasan sebagai berikut.

Jahari (2000), menerangkan dari hasil diskusi PERSAGI dengan UNICEF-Indonesia dan LIPI ditetapkan bahwa penilaian status gizi berdasarkan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB disepakati menggunakan istilah status gizi dan baku antropometri yang dipakai menggunakan skor simpang baku (*z-skor*) dan rujukan WHO-NCHS mulai Januari 2000.

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Anak 0 – 60 Bulan Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (<i>Z-score</i>)
Berat Badan menurut Umur (BB/U)	Gizi Buruk	< -3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	> 2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Tinggi	> 2 SD
	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD

Sumber: Kemenkes RI, 2010.

2.1.6 Survey Konsumsi Makanan (*Food Recall 24 jam*)

Survey konsumsi makanan merupakan penilaian status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi untuk mengetahui kebiasaan konsumsi makan dan gambaran tingkat kecukupan bahan makanan dan zat gizi pada tingkat kelompok, rumah tangga, dan individu serta faktor-faktor yang berpengaruh terhadap konsumsi tersebut (Gibson, 2005).

Metode *food recall 24 jam* adalah metode pengukuran konsumsi makanan tingkat individu. Prinsip dari metode *food recall 24 jam* ini dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah makanan apa saja yang dikonsumsi dalam periode 24 jam yang lalu secara teliti dengan menggunakan alat ukuran rumah tangga seperti sendok, gelas, piring, dan lain-lain. Dalam metode ini responden diminta menceritakan semua yang dimakan dan diminum selama 24 jam yang lalu (kemarin), biasanya dimulai sejak responden bangun pagi kemarin sampai dia istirahat pada malam harinya (Supariasa dkk, 2002).

Kelebihan metode *food recall 24 jam*:

- Mudah dalam pelaksanaannya serta tidak terlalu membebani responden.
- Biaya relatif murah, karena tidak memerlukan peralatan khusus dan tempat yang luas untuk wawancara.
- Cepat, sehingga dapat mencakup banyak responden
- Dapat digunakan untuk responden yang buta huruf
- Dapat memberikan gambaran yang benar-benar dikonsumsi individu sehingga dapat menghitung intake zat gizi sehari.

Kekurangan metode *food recall 24 jam*:

- Tidak dapat menggambarkan asupan makanan sehari-hari jika hanya dilakukan *recall* satu hari saja.
- Ketepatannya sangat bergantung pada daya ingat responden
- *The flat slope syndrome*, yaitu kecenderungan bagi responden yang kurus untuk melaporkan konsumsinya lebih banyak dan bagi yang gemuk cenderung melaporkan konsumsinya lebih sedikit.
- Membutuhkan tenaga terlatih dan terampil

- Responden harus diberi motivasi dan penjelasan tentang tujuan dari penelitian.
- Untuk mendapat gambaran konsumsi makanan sehari-hari *recall* jangan dilakukan pada saat panen, hari pasar, akhir pekan, dan lain-lain.

2.2 Kemiskinan

Konferensi dunia tentang pembangunan sosial di Copenhagen tahun 1995, merumuskan bahwa kemiskinan itu memiliki beberapa bentuk, seperti rendahnya pendapatan dan sumber daya produktif yang dapat menjamin kehidupan secara berkesinambungan; kelaparan dan kekurangan gizi; rendahnya tingkat kesehatan; keterbatasan dan kurangnya akses terhadap dunia pendidikan dan layanan pokok lainnya; kondisi tak wajar dan kematian akibat penyakit yang meningkat; kehidupan bergelandang dan tempat tinggal yang tidak memadai; lingkungan yang tidak aman; serta diskriminasi dan keterasingan sosial (Marsuki, 2009).

Menurut Badan Pusat Statistik (2008), kemiskinan didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan konsumsi dasar, baik untuk makanan maupun bukan makanan. Selain itu kemiskinan juga dikelompokkan dalam dua pengertian secara sesifik yaitu kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif. Kemiskinan absolut merupakan ketidakmampuan untuk mencukupi kebutuhan pokok minimum seperti pangan, sandang, kesehatan, perumahan dan pendidikan yang diperlukan untuk bisa hidup dan bekerja. Sedangkan kemiskinan relatif merupakan kondisi miskin karena pengaruh kebijakan pembangunan yang belum mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat sehingga menyebabkan ketimpangan distribusi pendapatan. Kebutuhan pokok minimum diterjemahkan sebagai ukuran finansial dalam bentuk uang. Nilai kebutuhan minimum kebutuhan dasar tersebut dikenal dengan istilah garis kemiskinan.

Menurut Subandi (2011) garis kemiskinan yaitu tingkat pendapatan yang menunjukkan batas minimal bagi berlangsungnya hidup manusia, dimana manusia hidup dalam tingkat kemelaratan. Sedangkan menurut Mankiw (2003) garis kemiskinan adalah suatu jumlah angka atau tingkat pendapatan absolut yang

diterapkan oleh pemerintah, di mana keluarga-keluarga yang pendapatannya lebih kecil dari jumlah tersebut secara legal dinyatakan miskin. Menurut Bank Dunia penduduk miskin adalah mereka yang penghasilannya kurang dari US\$ 1 per hari (BPS, 2008).

Kementrian Kesehatan RI (2011), mendefinisikan keluarga miskin adalah keluarga yang tidak mampu makan 2 kali sehari, tidak memiliki pakaian berbeda untuk di rumah, bekerja dan bepergian, bagian terluas rumah berlantai tanah dan tidak mampu membawa anggota keluarga ke sarana kesehatan. Selain beberapa pengertian diatas dikenal pula istilah kemiskinan kronis yaitu lebih berkaitan dengan ketidakmampuan ekonomi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar hidup, karena faktor-faktor struktural, seperti terbatasnya sumber-sumber penghasilan dan keuangan, kurangnya akses untuk memperoleh jasa pelayanan umum dan fasilitas kesejahteraan sosial, serta rendahnya kualitas sumber daya manusia (Irawan dan Romdiati, 2000).

Menurut Wignjosoebroto (1995) seperti yang dikutip BPS (2008) mendefinisikan kemiskinan dalam dua pengertian yaitu kemiskinan struktural dan kemiskinan kultural. Kemiskinan struktural adalah kemiskinan yang disebabkan oleh kondisi struktur, atau tatanan kehidupan yang tidak menguntungkan. Dalam kondisi struktur demikian itu kemiskinan menggejala bukan oleh sebab-sebab yang pribadi, melainkan oleh sebab tatanan sosial yang tidak adil dan menyebabkan banyak masyarakat gagal memperoleh peluang dan/atau akses untuk mengembangkan dirinya serta meningkatkan kualitas hidupnya, sehingga mereka yang terperangka dalam situasi ini menjadi serba berkekurangan, tidak setara dengan tuntutan untuk hidup yang layak. Salah satu contohnya yaitu kemiskinan karena lokasi tempat tinggal yang terisolasi atau terpencil. Sedangkan kemiskinan kultural lebih diakibatkan oleh faktor-faktor adat dan budaya suatu daerah tertentu yang membelenggu seseorang tetap melekat dengan indikator kemiskinan. Padahal indikator kemiskinan tersebut sebenarnya bias dikurangi atau bahkan bias dihilangkan dengan mengabaikan faktor-faktor adat dan budaya tertentu yang menghalangi seseorang melakukan perubahan-perubahan ke arah tingkat kehidupan yang lebih baik.

2.2.1 Pengukuran Kemiskinan

Badan Pusat Statistik (BPS) menggunakan data pengeluaran konsumsi rumah tangga dari hasil Susenas untuk mendefinisikan garis kemiskinan dan menghitung jumlah penduduk miskin. Metode resmi BPS ini mengadopsi pendekatan kebutuhan dasar. Secara umum, terdapat dua pendekatan yang telah digunakan dalam mengukur kemiskinan yaitu pendekatan obyektif dan subyektif.

Pendekatan obyektif dikembangkan berdasarkan pada nilai individu dan rumah tangga dengan menentukan garis kemiskinan, sehingga dapat membedakan keluarga miskin dan tidak miskin. Garis kemiskinan merupakan petunjuk bagi pemerintah dalam mengambil kebijakan yang memungkinkan orang untuk memenuhi standar hidup di atas tingkat minimum. Ukuran kemiskinan ini yang berdasarkan indeks tunggal standar kebutuhan dasar dapat memberikan insiden absolut pada tingkat makro. Indeks tunggal standar kebutuhan dasar diukur berdasarkan perkiraan nilai pendapatan yang terdiri dari nilai uang yang disesuaikan dengan perubahan tingkat harga atau perbedaan waktu dan ruang; pendapatan dalam bentuk barang dan jasa yang diproduksi dan di konsumsi oleh rumah tangga; dan pendapatan dalam bentuk barang (Raharto dan Romdiati, 2000).

Standar hidup sebagai salah satu konsep dasar dalam menentukan garis kemiskinan adalah suatu konsep yang multi dimensi. Dimensi ini berhubungan dengan kebutuhan dasar yang berbeda-beda seperti keperluan bahan makanan dan bukan makanan. Konsep ini meliputi semua bahan keperluan yang dikonsumsi individu dan semua kegiatan yang dilakukannya. Pengukuran ini dengan dua pendekatan yaitu pertama menentukan keranjang barang-barang pokok yang terdiri dari makanan dan bukan makanan dan kemudian dihitung nilai uang yang diperlukan untuk membeli kebutuhan barang tersebut berdasarkan harga yang berlaku. Kedua, secara langsung berdasarkan kebutuhan makanan. Namun, tidak satu pendekatanpun dapat digeneralisasikan untuk masyarakat yang berbeda-beda dengan pola dan bahan makanan yang berbeda-beda pula. Menurut Mathur (1994) dan Quibri (1991) seperti yang dikutip Raharto dan Romdiati (2000) menjelaskan bahwa standar minimum kecukupan makanan yang diperlukan individu ditentukan menurut perbedaan biologis

dan kegiatan dalam satu kelompok demografi. Nilai rata-rata kebutuhan kalori per kapita menggambarkan rata-rata kebutuhan individu.

Nilai untuk garis kemiskinan biasanya dihitung berdasarkan nilai uang untuk kebutuhan rata-rata kebutuhan kalori dari makanan yang dikonsumsi ditambah dengan nilai uang dari barang-barang non-makanan yang dikonsumsi. Konsep ini dikenal dengan istilah '*head count index*' yang memberikan ukuran kemiskinan absolut. Indeks ini menggambarkan rasio jumlah penduduk miskin (dengan pendapatan atau pengeluaran kebutuhan pokok bahan makanan dan bukan makanan di bawah garis kemiskinan) terhadap jumlah penduduk. Konsep ini sering digunakan untuk studi-studi pada tingkat makro dengan cakupan wilayah yang luas (regional atau nasional) di negara-negara berkembang. Kelemahan dari pendekatan ini berkaitan dengan sensitivitasnya terhadap penduduk yang dijadikan referensi dalam mendefinisikan standar minimum kebutuhan makanan dan bukan makanan. Kelompok penduduk berbeda yang dijadikan referensi akan menjadikan dasar pengukuran kemiskinan yang berbeda dalam suatu masyarakat tertentu. Selain itu pengukuran kemiskinan berdasarkan pengeluaran juga tidak bias menggambarkan dimensi kesejahteraan, misalnya aspek kesehatan, harapan hidup, kemampuan baca-tulis, dan akses terhadap fasilitas umum dan sumber pemilikan bersama (Raharto dan Romdiati, 2000).

Sedangkan pendekatan subyektif yang dipakai dalam studi kemiskinan, mendefinisikan kemiskinan berdasarkan pemahaman penduduk mengenai standar hidup mereka dan bagaimana mereka mengartikannya. Pendekatan ini memberikan pemahaman yang dalam mengenai kemiskinan dan hubungannya dengan kondisi di masyarakat tertentu, tetapi pendekatan ini lebih cocok untuk studi-studi mikro karena biasanya menggunakan ukuran kualitatif (Raharto dan Romdiati, 2000).

2.2.2 Penyebab Kemiskinan

Krisis ekonomi merupakan salah satu faktor yang menyebabkan meningkatnya kasus kemiskinan di Indonesia. Melonjaknya harga barang dan rendahnya daya beli masyarakat mengakibatkan semakin bertambahnya masyarakat

yang berada di bawah garis kemiskinan. Hal ini juga diperparah dengan rendahnya kualitas SDM sehingga mempengaruhi tingkat pendapatannya. Rendahnya kualitas SDM disebabkan oleh rendahnya pendidikan yang mengakibatkan sulit memperoleh pekerjaan yang baik. Disamping itu masih banyaknya pengangguran akibat terbatasnya lapangan kerja semakin menambah sulitnya untuk memperoleh kehidupan yang layak (Irawan dan Romdiati, 2000).

Masalah gizi merupakan salah satu faktor penyebab kemiskinan. Masalah gizi memperlambat pertumbuhan ekonomi dan mendorong proses pemiskinan. Kurang gizi secara langsung menyebabkan hilangnya produktivitas karena kelemahan fisik, secara tidak langsung menurunkan kemampuan kognitif dan berakibat padarendahnya tingkat pendidikan, dan dapat menurunkan tingkat ekonomi keluarga karena meningkatnya pengeluaran untuk berobat (Bappenas, 2007).

Secara ringkas, kemiskinan tidak hanya diindikasikan oleh pendapatan rendah, tetapi kemiskinan juga mencerminkan kekurangan gizi, rendahnya status kesehatan, dan kurangnya pendidikan. Selain itu, faktor-faktor yang mendasari kemiskinan juga mencakup kekurangberhasilan dari kebijakan-kebijakan pemerintah dalam pembangunan sosial dan ekonomi, seperti perluasan kesempatan kerja yang produktif, pembangunan pendidikan dan kesehatan, latar belakang budaya yang berkaitan dengan istilah kemiskinan budaya dan juga yang berkaitan dengan nasib (Irawan dan Romdiati, 2000).

2.2.3 Dampak Kemiskinan

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan asupan makanan yang bergizi, kesehatan lingkungan yang jelek dan rendahnya pengetahuan yang akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak (Tanuwidjaya, 2002). Salah satu akibat kemiskinan adalah ketidakmampuan rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan pangan dalam jumlah dan kualitas yang baik. Ketidakmampuan ini terutama bagi balita dan ibu hamil akan berakibat pada kekurangan gizi yang berdampak pada lahirnya generasi muda yang tidak berkualitas. Dalam jangka pendek, Indonesia akan sulit meningkatkan IPM. Bila masalah ini tidak segera diatasi maka dalam jangka

menengah dan panjang akan terjadi kehilangan generasi yang dapat mengganggu kelangsungan kepentingan bangsa dan negara (Bappenas, 2007).

Rendahnya daya beli masyarakat mempengaruhi jumlah dan kualitas bahan makanan yang dikonsumsi sehingga mempengaruhi kesehatan dan gizi masyarakat terutama wanita dan anak-anak, serta keluarga miskin khususnya. Keadaan ini juga menyebabkan rendahnya daya jangkau terhadap fasilitas kesehatan. Untuk jangka panjang, keadaan ini dapat berakibat pada kemunduran pembangunan kualitas SDM Indonesia (Raharto dan Romdiati, 2000). Meluasnya kekurangan gizi pada anak balita dan wanita hamil akan meningkatkan pengeluaran rumah tangga maupun pemerintah untuk biaya kesehatan karena warga yang mudah jatuh sakit akibat kurang gizi, disamping itu hal ini juga akan menyebabkan menurunnya produktivitas. Anak dengan gizi buruk (*stunted*) mempunyai risiko kehilangan IQ 10 – 15 poin, sehingga mempengaruhi tingkat kecerdasannya (Bappenas, 2007).

2.2.4 Profil Rumah Tangga Miskin Indonesia

Karakteristik sosial demografi meliputi rata-rata jumlah anggota rumah tangga, persentase wanita sebagai kepala rumah tangga, rata-rata usia kepala rumah tangga, dan tingkat pendidikan kepala rumah tangga. Rumah tangga miskin cenderung mempunyai jumlah anggota rumah tangga yang lebih banyak. Karena rumah tangga miskin cenderung mempunyai tingkat kelahiran yang tinggi. Selain itu tingkat kematian anak juga tinggi akibat kurangnya pendapatan dan akses kesehatan serta pemenuhan gizi anak. Dengan demikian jumlah anggota rumah tangga yang besar dapat menghambat peningkatan sumberdaya manusia masa depan dalam hal ini adalah anak-anak. Secara umum peran wanita sebagai kepala rumah tangga dalam memenuhi kebutuhan hidup keluarganya biasanya akan mengalami banyak kendala dibanding dengan peran laki-laki sebagai kepala rumah tangga. Hal ini berkaitan dengan kodrat wanita yang berperan ganda di dalam rumah tangga sebagai pencari nafkah dan ibu yang harus melahirkan, merawat dan membesarkan anaknya (BPS, 2008).

Orang yang berpendidikan lebih baik mempunyai peluang lebih rendah menjadi miskin. Semakin tinggi tingkat pendidikan terakhir kepala rumah tangga semakin kecil kemungkinan rumah tangga tersebut jatuh dalam kemiskinan. Sumber penghasilan utama rumah tangga menjadi salah satu indikator tingkat kesejahteraan yang diharapkan dapat mencerminkan kondisi sosial ekonomi suatu rumah tangga. Cerminan tingkat kesejahteraan suatu rumah tangga dapat dilihat dari status miskin atau tidak miskin suatu rumah tangga yang ditentukan dari rata-rata pengeluaran per kapita per bulan suatu rumah tangga. Salah satu karakteristik ketenagakerjaan yang dapat menggambarkan adanya perbedaan antara rumah tangga miskin dan tidak miskin adalah lapangan usaha atau sektor yang menjadi sumber penghasilan utama rumah tangga. Umumnya profil keluarga miskin seringkali melekat dengan mereka yang bekerja di sektor pertanian seperti petani, nelayan, buruh tani dan perkebunan, serta pencari kayu dan madu di hutan. Ada indikasi kuat bahwa mereka yang berstatus pengusaha akan memiliki tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi dibandingkan mereka yang hanya berstatus sebagai buruh/karyawan/pegawai (BPS, 2008).

Selain itu, indikasi keadaan rumah juga merupakan salah satu faktor yang bisa menunjukkan keluarga miskin dan tidak miskin. Rumah merupakan kebutuhan dasar manusia disamping makanan dan pakaian. Rumah sebagai tempat berlindung dan sebagai tempat tinggal, oleh karena itu aspek kesehatan dan kenyamanan menjadi hal yang penting dalam memilih rumah tinggal (Susenas, 2004). Menurut BPS (2008), ada beberapa kriteria yang dapat memperlihatkan bahwa sebuah rumah tangga dikatakan miskin yaitu sebagai berikut.

a. Luas Lantai

Menurut Departemen Kesehatan sebuah rumah dikategorikan sebagai rumah sehat apabila luas lantai hunian yang ditempati minimal 8 m² per orang, sedangkan menurut WHO sebuah rumah dikatakan sehat atau layak huni apabila luas lantai hunian per kapita minimal 10 m² (BPS, 2004).

b. Jenis Lantai

Persentase rumah tangga miskin yang menggunakan jenis lantai tanah hampir tiga kali lipat dari persentase rumah tangga yang menggunakan jenis lantai bukan tanah. Tampak bahwa rumah tangga miskin yang menggunakan jenis lantai tanah cenderung menjadi lebih miskin dibandingkan dengan jenis lantai bukan tanah. Namun perlu dicatat bahwa penggunaan jenis lantai tanah di beberapa daerah merupakan bagian dari sosio-kultural masyarakat tersebut. Ada perbedaan yang terlihat jelas antara persentase rumah tangga tidak miskin yang menggunakan jenis lantai terluas bukan tanah lebih tinggi dibandingkan rumah tangga miskin, ada kecenderungan bahwa jenis lantai tanah dianggap sebagai profil rumah tangga miskin terutama di pedesaan (BPS, 2008).

c. Jenis Atap

Jenis atap ijuk/rumbia dan atap lainnya merupakan salah satu profil rumah tangga miskin mengingat persentase rumah tangga miskin yang menggunakan kedua jenis atap tersebut jauh lebih tinggi dibanding persentase rumah tangga tidak miskin.

d. Jenis Dinding

Pada rumah tangga miskin jenis dinding rumah banyak menggunakan kayu, bambu, dan lainnya, sedangkan rumah tangga tidak miskin lebih banyak menggunakan dinding jenis tembok baik di perkotaan maupun di pedesaan.

e. Jenis Penerangan

Indikator perumahan lainnya adalah jenis penerangan rumah yang dibedakan atas listrik, petromak/aladin, pelita/sentir/obor, dan lainnya. Kebanyakan masyarakat miskin perkotaan masih mengandalkan pelita/sentir/obor dan petromak/aladin sebagai sumber penerangan rumahnya. Keterkaitan petromak/aladin, pelita/sentir/obor dan lainnya sebagai salah satu profil rumah tangga miskin terlihat dari distribusi persentase rumah tangga miskin yang menggunakan ketiga jenis penerangan tersebut yang lebih tinggi dibanding rumah tangga tidak miskin.

f. Sumber Air

Ketersediaan fasilitas air bersih sebagai sumber air minum untuk kebutuhan sehari-hari rumah tangga merupakan indikator perumahan yang juga dapat mencirikan sehat tidaknya suatu rumah. Ketersediaan air bersih di rumah tangga adalah salah satu indikasi dari kemiskinan. Rumah tangga miskin memiliki keterbatasan dalam ketersediaan air bersih sebagai salah satu fasilitas penting kategori rumah sehat.

g. Jenis Jamban

Ketersediaan jamban menjadi salah satu fasilitas rumah sehat yang sangat penting dalam mendukung pola hidup sehat. Disamping ada tidaknya jamban, indikator penggunaan fasilitas jamban juga penting yang dibedakan atas jamban sendiri, jamban bersama, dan jamban umum/tidak ada. Rumah tangga miskin yang menggunakan jamban sendiri sebesar 39,99% dan yang menggunakan jamban bersama sebesar 13,77%. Sedangkan rumah tangga miskin yang menggunakan jamban umum atau tidak memiliki jamban sebesar 46,24%. Hal ini menunjukkan rendahnya kemampuan ekonomi rumah tangga.

2.3 Masalah Gizi

Masalah gizi memiliki dimensi yang luas tidak hanya merupakan masalah kesehatan tetapi juga meliputi masalah social, ekonomi, budaya, pola asuh, pendidikan, dan lingkungan. Faktor pencetus munculnya masalah gizi dapat berbeda antara wilayah ataupun antara kelompok masyarakat, bahkan akar masalah ini dapat berbeda antar kelompok usia balita (Jus'at dkk, 2000).

2.3.1 Gizi Kurang

Pada hakikatnya keadaan gizi kurang dapat dilihat sebagai suatu proses kurang makan ketika kebutuhan normal terhadap satu atau beberapa zat gizi tidak terpenuhi, atau zat gizi tersebut hilang dengan jumlah yang lebih besar daripada yang didapat. Dengan kata lain sebagai keadaan kekurangan yang terus menerus (Manary

dan Solomons, 2004). Masalah gizi pada anak berdampak negatif terhadap pertumbuhan fisik dan biologis anak. Anak yang menderita kurang gizi sebelum berusia dua tahun dapat mengalami kerusakan permanen pada perkembangan sel-sel otaknya dan berdampak pada kerusakan kognitif jangka pendek, jangka panjang dan perkembangan otak selanjutnya (Hardisman, 2008)

Dari berbagai faktor yang mengganggu pertumbuhan anak, ada istilah gangguan pertumbuhan dini yaitu gangguan yang disebabkan kekurangan gizi pada masa janin, pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif yang kurang tepat, terlalu dini memberikan makanan pendamping (MP) ASI dan pemberian MP-ASI yang tidak mencukupi (energi dan zat gizi mikro) terutama zat gizi seng dan besi (Sartika, 2008). Secara klinis, keadaan gizi kurang berkaitan dengan angka mortalitas yang tinggi akibat sebagian besar penyakit yang terjadi pada masa anak-anak. Berbagai metode epidemiologi menunjukkan bahwa gizi kurang menyebabkan 56% kematian anak-anak di seluruh dunia. Lebih dari separuh kasus gizi kurang dan peningkatan morbiditas serta mortalitas yang menyertainya terjadi pada anak-anak yang berusia di bawah lima tahun (balita) (Manary dan Solomons, 2004).

Masalah gizi kurang pada balita ditunjukkan oleh tingginya prevalensi anak balita yang pendek (*stunting* < -2SD). Dari beberapa survei, prevalensi anak balita *stunting* menunjukkan angka yang cukup besar. Tinggi badan rata-rata anak balita ini umumnya mendekati kondisi normal hanya sampai 5 - 6 bulan, setelah usia enam bulan rata-rata tinggi badan anak balita lebih rendah dari kondisi normal (Bappenas, 2007). Kekurangan zat gizi berulang dalam kurun waktu lama pada masa janin sampai usia 2 tahun pertama kehidupan seorang anak menyebabkan *stunting* (kependekan) (Zahraini, 2011). Data Riskesdas (2010) menyebutkan bahwa 35,6% balita di Indonesia mengalami masalah *stunting*, artinya hampir separuh jumlah balita yang memiliki tinggi badan lebih rendah dari standar tinggi badan balita seumurnya.

Walupun keadaan gizi kurang umumnya membahas defisiensi zat gizi makro (energi dan protein), faktor yang juga memiliki pengaruh yang adekuat adalah zat gizi mikro. Meskipun asupan zat gizi makro sudah cukup terpenuhi kebutuhan energi, namun defisiensi zat gizi mikro dapat terjadi ketika makanan yang dikonsumsi rendah

akan zat gizi. Defisiensi zat gizi mikro dikenal dengan istilah “kelaparan yang tersembunyi”. Pada penelitian Rosegrant *et al* pada *The International Food Policy Food Research Institute* menemukan ada lima faktor yang berkaitan dalam masalah malnutrisi pada usia anak-anak yaitu asupan energi rata-rata dalam makanan, bagian anggaran total pengeluaran publik yang ditentukan untuk tujuan sosial (pendidikan dan kesehatan), fraksi wanita dengan tingkat pendidikan menengah (SMP, SMA), fraksi rumah tangga dengan akses pada air bersih dan berdomisili di Asia Selatan. Hasil analisis bahwa pendidikan wanita, akses pelayanan kesehatan dan air bersih sangat penting untuk mengurangi prevalensi gizi kurang (Manary dan Solomons, 2004).

Masalah gizi kurang merupakan salah satu indikator rumah tangga dengan kondisi ekonomi rendah. Namun, adanya penelitian yang menemukan bahwa ada juga keluarga dengan ekonomi rendah memiliki balita gizi baik, ini dikenal dengan istilah penyimpangan positif (*positive deviance*). Menurut Zeitlin *et al* (1990) seperti yang dikutip Jus'at (2000) menjelaskan istilah *positive deviance* telah dipakai untuk menjelaskan suatu keadaan penyimpangan positif yang berkaitan dengan kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan anak di dalam lingkungan yang sama. Secara khusus pengertian *positive deviance* digunakan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan atau status gizi yang baik dari anak-anak yang hidup didalam keluarga miskin atau dilingkungan miskin (kumuh) dimana sebagian besar anak lainnya menderita gangguan pertumbuhan dan gizi kurang.

2.3.2 Gizi Lebih

Masalah gizi lebih baru muncul di permukaan pada awal tahun 1990-an. Peningkatan pendapatan dari beberapa kelompok masyarakat tertentu, terutama di perkotaan menyebabkan perubahan dalam gaya hidup, terutama dalam pola makan yang rendah karbohidrat, rendah serat dan tinggi lemak sehingga mutu makanan tidak seimbang. Perubahan ini dipercepat oleh makin kuatnya arus budaya asing dan kemajuan teknologi informasi serta globalisasi ekonomi. Gizi lebih menyebabkan kegemukan atau obesitas (Almatsier, 2009).

Obesitas pada anak terjadi karena ketidakseimbangan antara energi yang dikonsumsi dengan energi yang dikeluarkan. Artinya anak tersebut banyak makan tetapi kurang aktivitas fisik (Khomsan, 2004). Kelebihan energi yang dikonsumsi disimpan di dalam jaringan dalam bentuk lemak. Kegemukan merupakan salah satu faktor risiko dalam terjadinya berbagai penyakit degeneratif, seperti hipertensi, diabetes mellitus, jantung koroner, hati dan lain-lain (Almatsier, 2009).

2.3.3 Penyebab Masalah Gizi

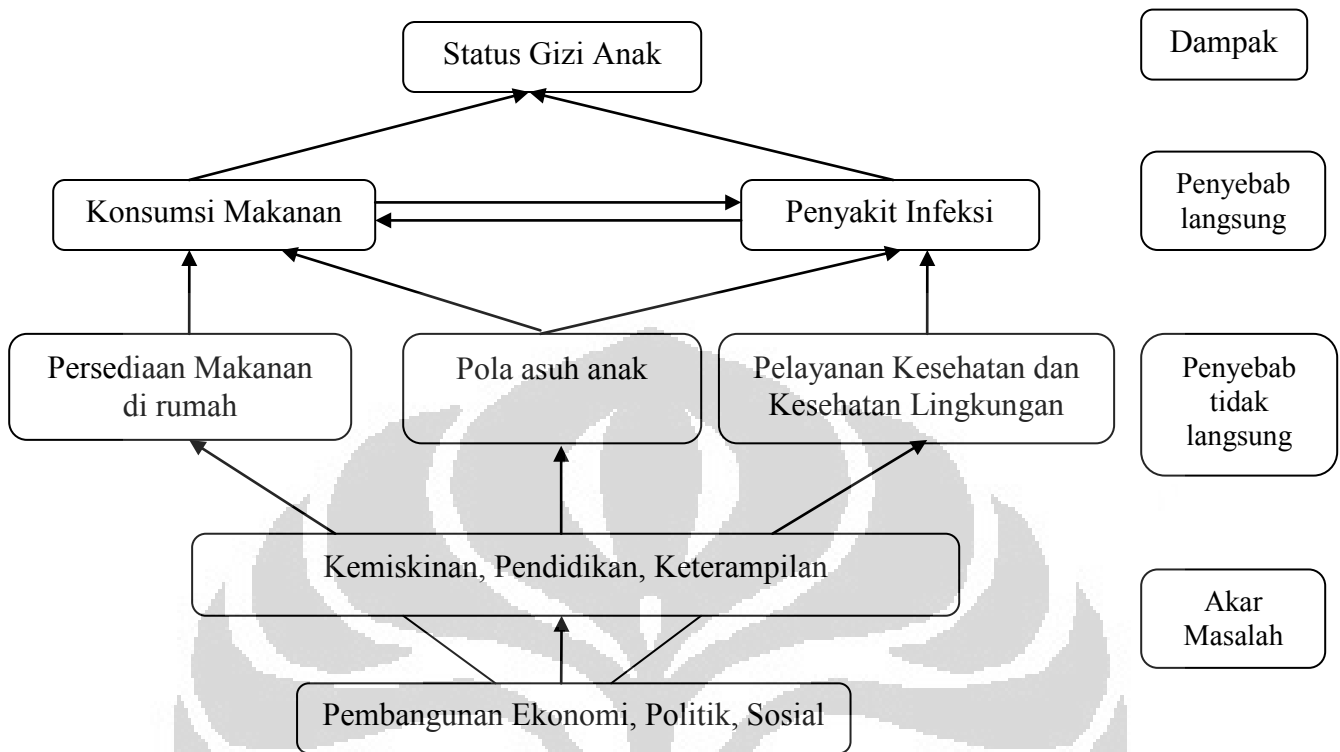
Menurut Soekirman (2011), ada tiga penyebab langsung masalah gizi yang dialami oleh anak. Pertama, bayi dan balita tidak mendapat makanan yang bergizi seimbang. Kedua, pola pengasuhan anak. Pada sebuah studi positive deviance diketahui bahwa pola pengasuhan anak berpengaruh terhadap timbulnya gizi buruk. Anak yang diasuh oleh ibu yang berpendidikan dan mengerti soal ASI, posyandu, kebersihan, meskipun miskin balitanya tumbuh sehat. Ketiga, pelayanan kesehatan, terutama imunisasi, penanganan diare, tindakan cepat pada anak yang tidak naik berat badan, pendidikan dan penyuluhan kesehatan dan gizi serta penyediaan air bersih dan kebersihan lingkungan tempat tinggal.

Sedangkan menurut UNICEF (1990), ada dua faktor langsung penyebab gizi kurang pada balita, yaitu faktor asupan makanan dan penyakit infeksi dan keduanya saling mendorong. Balita yang tidak mendapat cukup makanan yang bergizi seimbang memiliki daya tahan tubuh yang rendah sehingga rentan terkena penyakit sehingga mudah terinfeksi. Sebaliknya penyakit infeksi menyebabkan asupan zat gizi tidak terserap dengan baik sehingga berakibat gizi kurang dan gizi buruk.

Penyebab tidak langsung yaitu ketersediaan pangan keluarga, pola asuh serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketersediaan pangan keluarga berkaitan dengan kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik segi kualitas maupun kuantitasnya. Rendahnya kualitas konsumsi dipengaruhi kurangnya akses rumah tangga terhadap pangan baik karena ketersediaan maupun tingkat pendapatan yang mempengaruhi daya beli rumah tangga. Pola asuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk

menyediakan waktu, dukungan, perhatian agar anak dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya baik fisik, mental dan sosial. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Faktor penyebab tidak langsung tersebut berkaitan dengan pendidikan, pengetahuan dan keterampilan keluarga yang apabila kondisi ketiganya kurang baik menyebabkan gizi kurang.

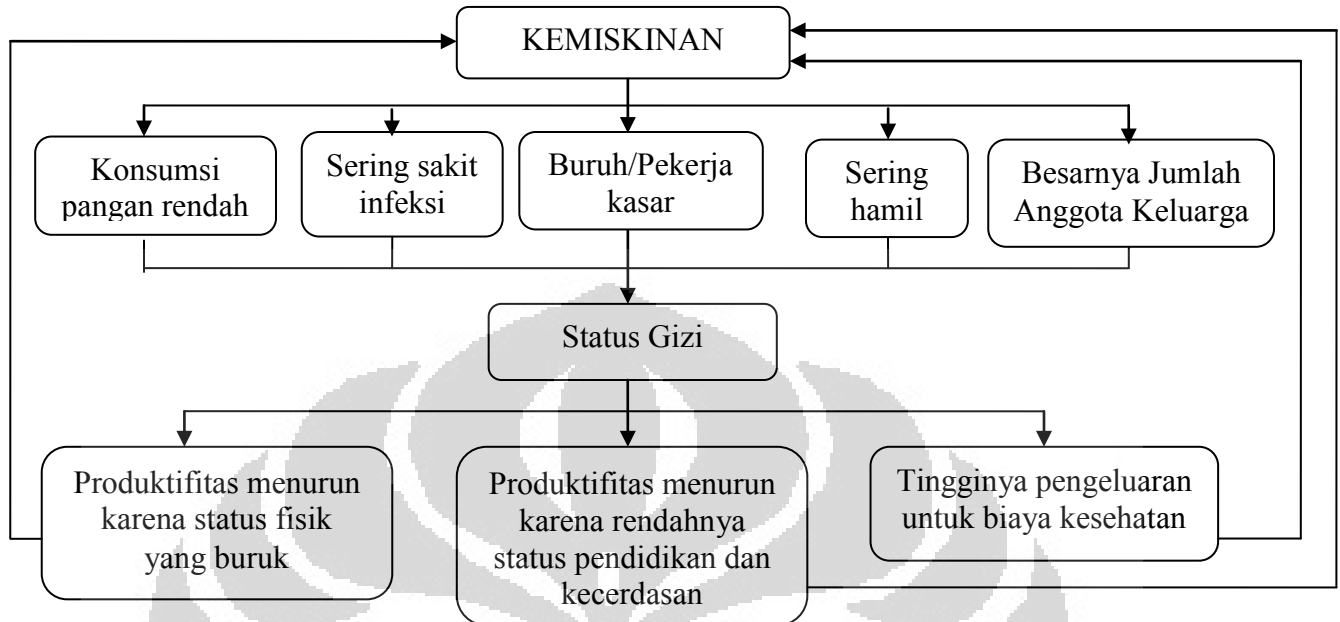
Berbagai faktor langsung dan tidak langsung tersebut berkaitan dengan pokok masalah yang ada di masyarakat dan akar masalahnya bersifat nasional. Ketidakstabilan ekonomi, politik dan sosial berakibat rendahnya tingkat kesejahteraan rakyat yang tercermin pada banyaknya kasus gizi kurang dan gizi buruk di masyarakat. Mengatasi masalah ini bertumpu pada pembangunan ekonomi, politik dan sosial yang harus menurunkan tingkat kemiskinan setiap rumah tangga untuk mewujudkan ketahanan pangan dan gizi dan memberikan akses kepada pendidikan dan pelayanan kesehatan. Lebih jelasnya penyebab langsung dan tidak langsung terjadinya gizi kurang dapat dilihat pada gambar bagan 2.1 berikut



Sumber: UNICEF (1990)

Gambar 2.1 Kerangka teori menurut UNICEF (1990) disesuaikan dengan kondisi Indonesia.

Dari berbagai faktor penyebab masalah gizi, kemiskinan dinilai memiliki peranan penting dan bersifat timbal balik, artinya kemiskinan akan menyebabkan kurang gizi dan individu yang kurang gizi akan berakibat atau melahirkan kemiskinan. Masalah kurang gizi memperlambat pertumbuhan ekonomi dan mendorong proses permiskinan melalui tiga cara. Pertama, kurang gizi secara langsung menyebabkan hilangnya produktivitas karena kelemahan fisik. Kedua, kurang gizi secara tidak langsung menurunkan kemampuan fungsi kognitif dan berakibat pada rendahnya tingkat pendidikan. Ketiga, kurang gizi dapat menurunkan tingkat ekonomi keluarga karena meningkatnya pengeluaran untuk berobat (Bappenas, 2007). Lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut.



Sumber: *Repositoning Nutrition at Central Development* (Bank Dunia, 2006)

Gambar 2.2 Keterkaitan Kemiskinan dan Status Gizi

Tingkat kualitas konsumsi makanan anggota rumah tangga miskin tidak memenuhi kecukupan gizi sesuai kebutuhan. Dengan asupan makanan yang tidak mencukupi, anggota rumah tangga, termasuk anak balitanya menjadi lebih rentan terhadap infeksi sehingga sering menderita sakit. Keluarga miskin dicerminkan oleh profesi/mata pencaharian yang biasanya adalah buruh/pekerja kasar yang berpendidikan rendah sehingga tingkat pengetahuan pangan dan pola asuh keluarga juga kurang berkualitas. Keluarga miskin juga ditandai dengan tingkat kehamilan tinggi karena kurangnya pengetahuan tentang keluarga berencana dan adanya anggapan bahwa anak dapat menjadi tenaga kerja yang memberi tambahan pendapatan keluarga. Justru banyaknya anak mengakibatkan besarnya beban anggota keluarga dalam sebuah rumah tangga miskin.

2.4 Faktor –Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita

2.4.1 Asupan Energi Balita

Ada kaitan yang erat antara tingkat keadaan gizi dengan asupan makanan. Tingkat keadaan gizi optimal akan tercapai apabila kebutuhan zat gizi terpenuhi secara optimal. Namun demikian, perlu diketahui bahwa keadaan gizi seseorang dalam suatu masa bukan saja ditentukan oleh konsumsi zat gizi pada masa yang telah lalu, bahkan jauh sebelum masa itu. Artinya konsumsi gizi masa anak memberi andil terhadap status gizi masa dewasa (Winarno, 1987).

Kebutuhan minimal asupan energi total bagi orang Indonesia adalah sebesar 70% dari angka kecukupan gizi yang dianjurkan. Kebutuhan karbohidrat sesuai anjuran WHO (1990) adalah 55 – 75% dari total konsumsi energi diutamakan karbohidrat kompleks dan 10% dari gula sederhana. Sedangkan untuk konsumsi protein dan lemak menurut WHO berturut-turut sebanyak 10 – 20% kebutuhan energi total dan 20 – 30% kebutuhan energi total dianggap baik untuk kesehatan (Almatsier, 2009).

Pemilihan makanan terpola secara sosial menurut sosiodemografik yang penting seperti usia, jenis kelamin, dan kelas sosial serta menurut etnis, status perkawinan dan komposisi rumah tangga. Orang yang tergolong dalam kelompok kelas sosial yang lebih tinggi dan dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pola makan yang lebih sehat. Juga dapat diasumsikan bahwa kelompok dengan status sosioekonomi lebih tinggi akan memiliki pola makan yang lebih sehat karena kelompok tersebut sadar akan kesehatan dan mempunyai gaya hidup yang lebih sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi juga dapat membantu pembentukan konsep hubungan antara pola makan dan kesehatan (Cox dan Anderson, 2009). Menurut Suhardjo (1989) penduduk miskin biasanya mengkonsumsi makanan yang lebih murah dan menu makanan pada umumnya tidak (kurang) bervariasi, sehingga kebutuhan akan zat-zat gizi kurang dapat terpenuhi.

2.4.2 Karakteristik Kemiskinan

2.4.3.1 Pendidikan Orangtua

Menurut Khomsan (2006), ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang dalam memilih jenis dan jumlah makanan yang dimakan sebagai sumber gizi, yaitu faktor sosial, budaya, kebiasaan dan kesukaan, pengetahuan dan tingkat pendidikan maupun faktor ekonomi.

Pendidikan yang lebih tinggi akan lebih memungkinkan memperoleh pekerjaan yang lebih baik dan lebih mudah menerima dan menyerap informasi-informasi baru yang berkaitan dengan masalah kesehatan (Ansori, 1996). Hidayat (1980) juga mengatakan bahwa tingkat pendidikan akan mempengaruhi konsumsi pangan melalui cara pemilihan bahan pangan. Orang yang berpendidikan lebih tinggi cenderung akan memilih mengkonsumsi makanan yang lebih baik dalam kualitas dan kuantitas dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah. Makin tinggi pendidikan orang tua, makin baik pula status gizi anaknya (Soekirman, 1985). Selain itu, pendidikan ibu juga memegang peranan penting terhadap gizi anaknya karena hubungannya dengan kualitas perawatan kesehatan dan penyediaan makanan.

Pada penelitian Hernawati (1998) ditemukan bahwa kasus gizi kurang lebih banyak ditemukan pada anak dari orangtua dengan tingkat pendidikan SD dan SMP dibandingkan dengan SMA dan Perguruan Tinggi. Pengaruh pendidikan kepala keluarga lebih bersifat tidak langsung yaitu melalui perbaikan kondisi sosial ekonomi. Sedangkan ibu dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mempertimbangkan tidak hanya menurut selera tetapi juga syarat gizi yang memadai bagi keluarga. Rendahnya pendidikan ibu berpengaruh terhadap kecukupan gizi anak. Kurangnya pengetahuan tentang gizi dan pengolahan makanan murah menyebabkan ibu hanya melihat bagaimana cara berhemat tetapi anak tetap makan akibatnya pemenuhan gizi anak tidak terjamin (Andria, 1999).

Namun menurut Apriadji (1986) bahwa belum tentu ibu dengan tingkat pendidikan rendah kurang mampu untuk menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi, karena sekalipun berpendidikan rendah kalau ibu balita rajin

mendengarkan siaran pedesaan dan selalu turut serta dalam penyuluhan gizi bukan mustahil pengetahuan gizinya akan lebih baik.

2.4.3.2 Pekerjaan Orangtua

Bekerja adalah kegiatan melakukan pekerjaan dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh penghasilan atau keuntungan. Kegiatan pekerjaan tersebut harus dilakukan selama paling sedikit satu jam dalam seminggu berturut-turut dan tidak terputus. Individu yang bekerja sebagai pekerja keluarga yang membantu dalam usaha/kegiatan ekonomi, meskipun tidak menerima upah atau gaji dianggap bekerja (BPS, 2000).

Pekerjaan kepala keluarga sangat menentukan dalam pendapatan dan ada hubungannya dengan pendidikan dan pendapatan. Pekerjaan kepala keluarga juga menunjukkan status ekonomi, status pekerjaan tetap dinilai dapat menggambarkan status sosial lebih baik dibanding pekerjaan tidak tetap (Arwiani, 2004).

Menurut Lean (1984) yang dikutip oleh Jalal dan Soekirman (1990) bahwa pekerjaan orangtua mempunyai hubungan terhadap status gizi anak. Penelitian di Filipina menunjukkan perbedaan risiko pada anak-anak karena pekerjaan orangtua. Anak nelayan tradisional mempunyai risiko kurang gizi tiga kali lebih besar dibanding pada anak petani pemilik lahan, peternak atau tenaga terlatih.

Selain kepala keluarga, sekarang ini sudah banyak ditemukan ibu-ibu yang juga bekerja untuk memenuhi atau membantu perekonomian keluarga. Kondisi akan berpengaruh pada pola makan dan jenis makanan yang dikonsumsi anggota keluarga (Sjarif, 2002). Namun, bekerja atau tidaknya ibu bukan merupakan faktor langsung yang berhubungan dengan status gizi balita. Meskipun demikian ibu yang bekerja (aktivitas di luar rumah) untuk menutupi kebutuhan keluarga akan kurang memperhatikan perawatan anaknya sehingga berpengaruh terhadap status gizi (Aritonang dan Priharsiwi, 2005).

Penelitian Astuti (2004) menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan status gizi balita. Bagi ibu yang bekerja tentunya waktu yang

diluangkan terhadap anaknya lebih sedikit dibandingkan ibu yang tidak bekerja namun hal ini tidak mempengaruhi status gizi balitanya.

2.4.3.3 Jumlah Balita

Jumlah anak dalam satu keluarga dapat mempengaruhi status gizi anak-anak tersebut. Hal ini disebabkan keluarga dengan keadaan sosial ekonominya cukup memiliki jumlah anak yang banyak akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang pada anak. Sedangkan pada keluarga dengan keadaan sosial ekonominya kurang yang memiliki anak banyak akan mengakibatkan selain kurang kasih sayang dan perhatian pada anak, juga kebutuhan primer seperti makanan pun akan tidak terpenuhi (Soetjiningsih, 1995).

Menurut BPS (2009) Semakin banyak jumlah anak berarti semakin besar tanggungan kepala rumah tangga dalam memenuhi kebutuhan material dan spiritual anggota rumah tangganya. Dengan demikian pembatasan jumlah anak perlu diperhatikan agar tercapai keluarga yang sejahtera.

Penelitian Putri (2011) ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara jumlah anak balita dalam keluarga dengan kejadian *wasting*. Namun, anak dari keluarga yang memiliki anak balita ≤ 2 lebih banyak yang menderita *wasting* dibandingkan dengan yang memiliki status gizi normal. Sebaliknya dengan penelitian Astuti (2004) menemukan ada hubungan bermakna antara status gizi dengan jumlah balita dalam rumah tangga. Keluarga yang mempunyai balita < 2 , balita gizi kurang sebanyak 31,1% sedangkan keluarga yang mempunyai balita ≥ 2 balita berstatus gizi kurang sebanyak 31,2%.

2.4.3.4 Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga yang besar akan mempengaruhi distribusi makanan terhadap anggota keluarga, terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan pangan, sehingga akan berisiko terhadap kejadian

gizi kurang. Suatu studi di Nigeria menjelaskan bahwa kejadian kwarsiorokor meninggi pada keluarga yang memiliki anak tujuh orang atau lebih (Mosley, 2000).

Hal tersebut sejalan dengan pendapat Berg (1986), menyatakan bahwa rumah tangga yang mempunyai anggota keluarga besar berisiko mengalami kelaparan 4 kali lebih besar dari rumah tangga yang anggotanya kecil, dan berisiko pula mengalami gizi kurang sebanyak 5 kali lebih besar dari keluarga yang mempunyai anggota keluarga kecil.

Pada penelitian yang dilakukan Ansori (1996) mengenai keterkaitan jumlah anggota keluarga dengan status gizi balita terhadap keluarga Nelayan dan Petani ditemukan hasil yang bermakna, hal tersebut membuktikan bahwa banyaknya jumlah anggota keluarga berhubungan nyata dengan status gizi balita. Jumlah anggota rumah tangga merupakan indikator penting dalam pembangian makanan, semakin banyak jumlah anggota rumah tangga maka jumlah makanan yang tersedia akan terbatas pula apalagi jika disertai dengan pendapatan yang rendah maka akan berpengaruh terhadap status gizi balita.

2.4.3.5 Luas Lantai dan Jenis Lantai Bangunan

Rumah merupakan kebutuhan dasar manusia disamping makanan dan pakaian. Rumah sebagai tempat berlindung dan sebagai tempat tinggal, oleh karena itu aspek kesehatan dan kenyamanan menjadi hal yang penting dalam memilih rumah tinggal (Susenas, 2004). Menurut Departemen Kesehatan sebuah rumah dikategorikan sebagai rumah sehat apabila luas lantai hunian yang ditempati minimal 8 m² per orang, sedangkan menurut WHO sebuah rumah dikatakan sehat atau layak huni apabila luas lantai hunian per kapita minimal 10 m² (BPS, 2004).

Persentase rumah tangga miskin yang menggunakan jenis lantai tanah hampir tiga kali lipat dari persentase rumah tangga yang menggunakan jenis lantai bukan tanah. Tampak bahwa rumah tangga miskin yang menggunakan jenis lantai tanah cenderung menjadi lebih miskin dibandingkan dengan jenis lantai bukan tanah. Namun perlu dicatat bahwa penggunaan jenis lantai tanah di beberapa daerah merupakan bagian dari sosio-kultural masyarakat tersebut (BPS, 2008).

2.4.3.6 Kondisi Lingkungan Rumah

Status sosial ekonomi rumah tangga diperkirakan akan mempengaruhi kondisi dari rumah tempat tinggal. Secara umum dapat dikatakan semakin miskin rumah tangga semakin kecil persentase rumah sehat, sebaliknya semakin tinggi status sosial ekonomi semakin besar persentase rumah sehat (Susenas, 2004).

Lokasi rumah yang memenuhi syarat hidup sehat adalah terletak di kawasan permukiman yang aman dari ancaman kejahatan dan bencana alam. Perumahan yang terletak di kawasan rawan banjir dan bencana alam seharusnya perlu ditata kembali karena dapat membahayakan penduduk yang tinggal di sekitar daerah tersebut. Kondisi lingkungan permukiman yang bersih akan memberikan kenyamanan pada penghuninya. Lingkungan yang tidak bersih merupakan sumber penyakit seperti demam berdarah, malaria, penyakit perut dan penyakit kulit, sehingga rumah tangga perlu membersihkan lingkungan permukimannya (BPS, 2004). Hal ini juga ditegaskan oleh Soekirman (1985) bahwa faktor lingkungan secara tidak langsung akan mempengaruhi kesehatan khususnya balita yang merupakan kelompok rentan.

2.4.3.7 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat adalah tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan yang layak dan cukup (Blum, 1985). Penyediaan pelayanan kesehatan merupakan salah satu prioritas pemerintah melalui kebijakan pelayanan kesehatan yang dikembangkan pemerintah bersama dengan pihak swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai, terjangkau dan dapat diterima masyarakat (Azwar, 1996). Adapun cakupan pelayanan kesehatan dasar seperti imunisasi, penanganan diare, tindakan cepat pada balita gizi kurang, pendidikan, penyuluhan kesehatan dan gizi, dukungan terhadap pelayanan Posyandu, penyediaan air bersih, dan kebersihan lingkungan (Nency dan Ariman, 2005).

Kemampuan suatu rumah tangga untuk mengakses pelayanan kesehatan berkaitan dengan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan serta kemampuan ekonomi

untuk membayar biaya pelayanan. Pelayanan kesehatan sangat sensitif terhadap perubahan situasi ekonomi (Sartika, 2008)

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2008) diketahui bahwa adanya perbedaan pemberian pelayanan kesehatan atas dasar tingkat sosial ekonomi pasien. Pasien miskin akan mendapatkan pelayanan berbeda dibandingkan pasien yang membayar lebih. Penelitian ini memperlihatkan masih ada keharusan agar pasien membayar uang muka baik rumah sakit swasta ataupun rumah sakit pemerintah meskipun UU Kesehatan telah melarangnya.

Selanjutnya Lestari (2008) juga menambahkan bahwa dari hasil penelitiannya menemukan pasien miskin di rumah sakit pemerintah dan swasta, umumnya memiliki tingkat kepuasan yang kurang memadai seperti pada pelayanan administrasi, kurangnya informasi, petugas kurang ramah, tidak diberi resep obat generik dan pelayanan yang cukup lama. Hal ini menyebabkan pasien miskin sulit memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai.

2.5 Status Miskin

Kecukupan kalori dan protein tergantung dari pemenuhan kebutuhan makanan penduduk yang erat kaitannya dengan daya beli masyarakat dan pengadaan pangan. Krisis ekonomi, kemarau, kebakaran hutan, banjir dan bencana alam adalah beberapa faktor penyebab terciptanya kondisi rawan pangan. Makanan merupakan kebutuhan pokok untuk kelangsungan hidupnya, sehingga pendapatan yang diperoleh akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan akan makanan yang memadai.

Rumah tangga akan menambah konsumsi makanannya sejalan dengan meningkatnya pendapatan sampai batas tertentu, penambahan pendapatan akan bergeser pada pemenuhan kebutuhan bukan makanan. Ada kecenderungan semakin tinggi pendapatan semakin berkurang persentase pendapatan yang dialokasikan untuk memenuhi kebutuhan akan makanan. Oleh karena itu, pengeluaran rumah tangga dapat dijadikan indikator ekonomi rumah tangga dengan asumsi bahwa penurunan persentase pengeluaran untuk makanan terhadap total pengeluaran merupakan gambaran membaiknya tingkat perekonomian rumah tangga (BPS, 2005).

Pada keluarga miskin jumlah uang yang dibelanjakan untuk membeli makanan merupakan salah satu faktor penting dalam pemilihan makanan, khususnya pemilihan daging, buah dan sayuran. Penelitian yang dilakukan di Eropa menunjukkan bahwa rumah tangga yang berpendapatan rendah bukan tidak peduli dengan masalah pangan, namun mereka lebih mengatur belanja ketika makanan merupakan satu-satunya unsur yang fleksibel dalam rumah tangga (Cox dan Anderson, 2009). Sedangkan menurut Water *et all* seperti yang dikutip Hardisman (2008) menyatakan akibat langsung dari krisis ekonomi bagi Indonesia khususnya masyarakat ekonomi lemah, akan menurunkan pengeluaran untuk biaya kesehatan serta biaya perawatan dan asupan gizi.

Selain itu pada rumah tangga miskin pada dasarnya mereka sangat rasional untuk memenuhi kebutuhan dasar hidupnya. Pola konsumsi mereka senantiasa disesuaikan dengan kemampuan keuangannya. Setiap perubahan pada pendapatan selalu diikuti dengan pergeseran pada pengeluaran untuk konsumsi makanan dan bukan makanan (Irawan dan Romdiati, 2000).

Berbagai penelitian variabel pendapatan didekati dari tingkat pengeluaran. Hal ini dilakukan biasanya untuk mendapatkan informasi tentang pendapatan karena sangat sulit dilakukan. Oleh sebab itu pendapatan keluarga diperkirakan dari data pengeluaran keluarga yang dihitung dari besarnya rata-rata pengeluaran keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seluruh anggota keluarga dalam satu bulan terakhir (BPS, 2009).

2.6 Hubungan Status Gizi dan Kemiskinan

Dari berbagai faktor penyebab masalah gizi, kemiskinan dinilai memiliki peranan penting dan bersifat timbal balik, artinya kemiskinan akan menyebabkan kurang gizi dan individu yang kurang gizi akan berakibat atau melahirkan kemiskinan. Masalah kurang gizi memperlambat pertumbuhan ekonomi dan mendorong proses pemiskinan melalui tiga cara, yaitu : (1) kurang gizi secara langsung menyebabkan hilangnya produktivitas karena kelemahan fisik; (2) kurang gizi secara tidak langsung menurunkan kemampuan fungsi kognitif dan berakibat

pada rendahnya tingkat pendidikan; (3) kurang gizi dapat menurunkan tingkat ekonomi keluarga karena meningkatnya pengeluaran untuk berobat. Ketiga hal tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut (Bappenas, 2007).

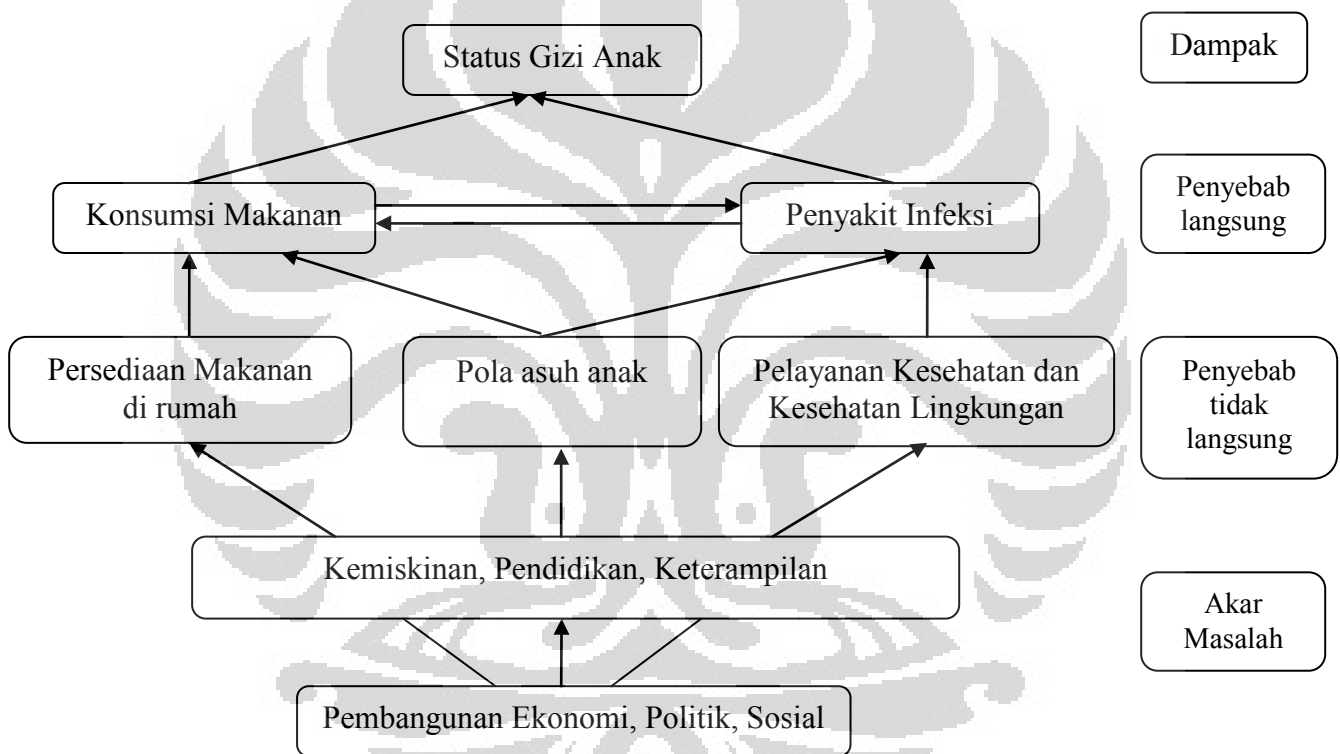
Tingkat dan kualitas konsumsi makanan anggota rumah tangga miskin tidak memenuhi kecukupan gizi sesuai kebutuhan. Dengan asupan makanan yang tidak mencukupi, anggota rumah tangga, termasuk anak balitanya menjadi lebih rentan terhadap infeksi sehingga sering menderita sakit. Keluarga miskin dicerminkan oleh profesi/mata pencaharian yang biasanya adalah buruh/pekerja kasar yang berpendidikan rendah sehingga tingkat pengetahuan pangan dan pola asuh keluarga juga kurang berkualitas. Keluarga miskin juga ditandai dengan tingkat kehamilan tinggi karena kurangnya pengetahuan tentang keluarga berencana dan adanya anggapan bahwa anak dapat menjadi tenaga kerja yang memberi tambahan pendapatan keluarga. Namun demikian, banyaknya anak justru mengakibatkan besarnya beban anggota keluarga dalam sebuah rumah tangga miskin.

Adanya hubungan kemiskinan dan kekurangan gizi sering diartikan bahwa upaya penanggulangan masalah kekurangan gizi hanya dapat dilaksanakan dengan efektif apabila keadaan ekonomi membaik dan kemiskinan dapat dikurangi. Menurut Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (2007) bahwa mencegah dan menanggulangi masalah gizi kurang tidak harus menunggu sampai masalah kemiskinan dituntaskan. Banyak cara memperbaiki gizi masyarakat dapat dilakukan justru pada saat masih miskin. Dengan diperbaiki gizinya, produktivitas masyarakat miskin dapat ditingkatkan sebagai modal untuk memperbaiki ekonominya dan mengentaskan diri dari lingkaran kemiskinan- kekurangan gizi - kemiskinan. Semakin banyak rakyat miskin yang diperbaiki gizinya, akan semakin berkurang jumlah rakyat miskin. Perlu disadari bahwa investasi pembangunan di bidang gizi tidak mudah dan tidak cepat, sebagaimana membangun gedung dan prasarana fisik. Perbaikan gizi memerlukan konsistensi dan kesinambungan program dalam jangka pendek dan jangka panjang.

BAB III
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS
DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

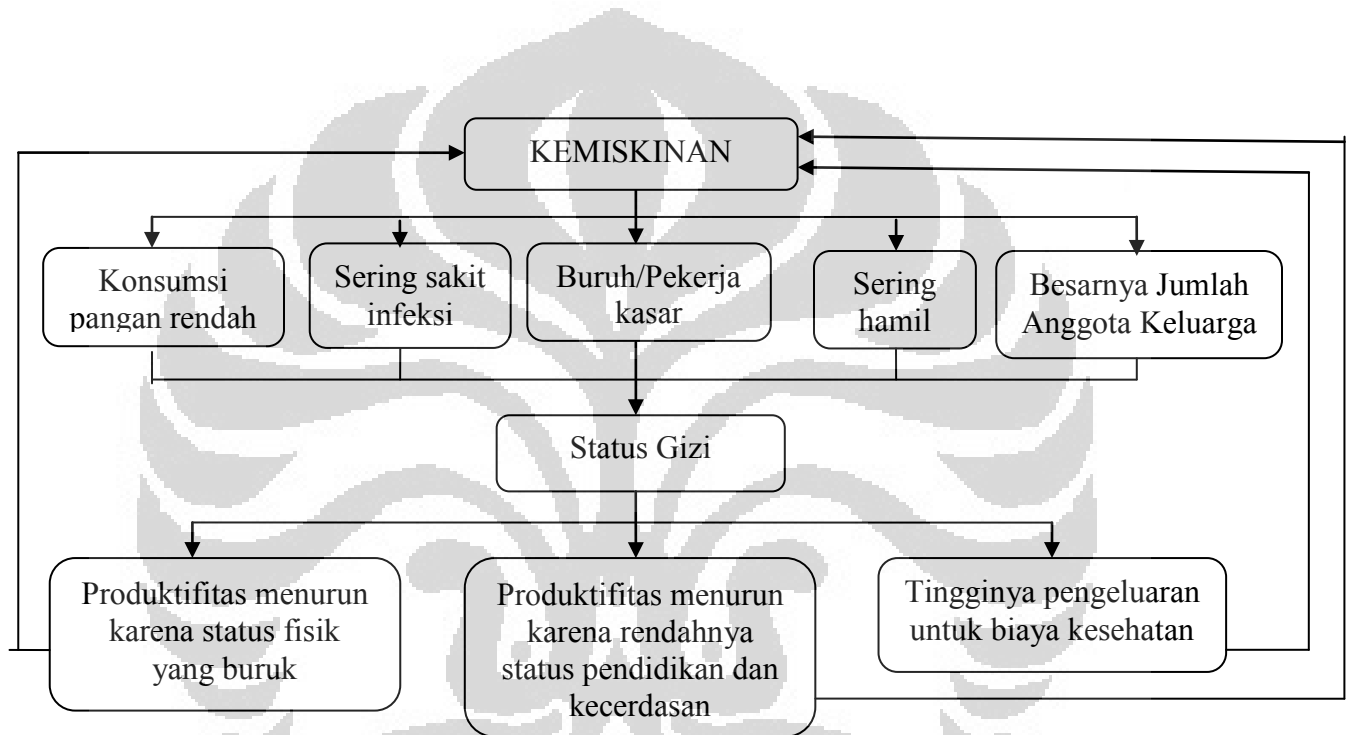
Kerangka teori yang menjadi dasar penyusunan kerangka konsep dalam penelitian ini menurut *UNICEF* (1990) dan *World Bank* (2006) dapat dilihat pada gambar 3.1 dan gambar 3.2.



Sumber: UNICEF (1990)

Gambar 3.1 Faktor Penyebab Terjadinya Masalah Gizi

Kemiskinan memiliki hubungan timbal balik dengan status gizi, artinya kemiskinan akan menyebabkan kurang gizi dan individu kurang gizi akan menyebabkan kemiskinan. Lebih jelas dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut.

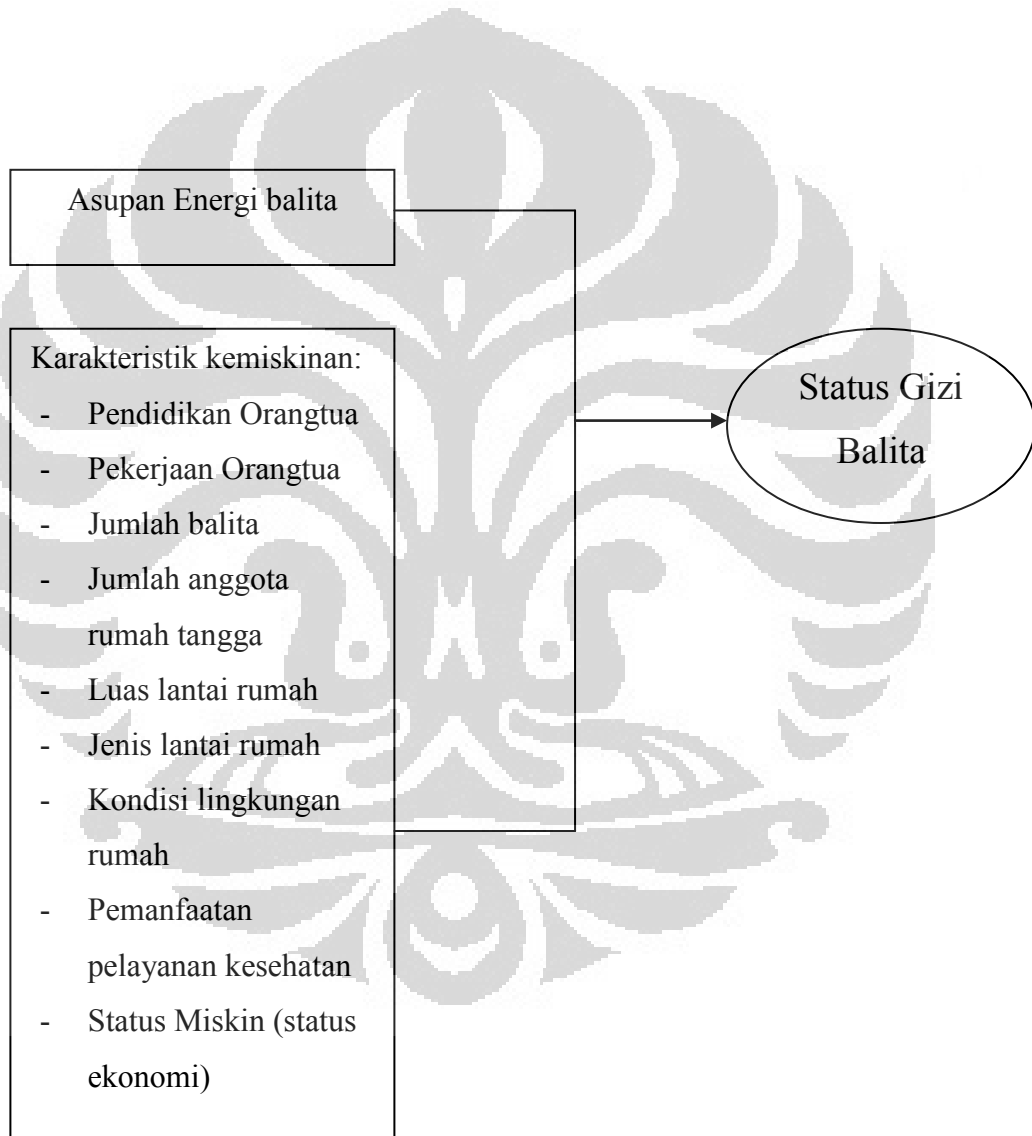


Sumber: *Repositoning Nutrition at Central Development* (Bank Dunia, 2006)

Gambar 3.2 Keterkaitan Kemiskinan dan Status Gizi

3.2 Kerangka Konsep

Penelitian ini menggunakan kerangka konsep yang telah dimodifikasi dari kedua kerangka teori, yaitu kerangka teori menurut UNICEF dan Bank Dunia. Terdapat beberapa variabel yang tidak diteliti menurut kedua kerangka teori tersebut. Hal ini disebabkan oleh adanya keterbatasan data yang dapat dikumpulkan melalui penelitian.



Gambar 3.3 Kerangka Konsep Status Gizi Balita dan Kemiskinan

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
A. DEPENDEN					
Status Gizi	<p>Suatu indikator keadaan gizi anak usia 0-59 bulan yang ditentukan secara antropometri berdasarkan indeks BB/U, TB/U atau PB/U (untuk anak usia 12-23 bulan) dan BB/TB atau BB/PB (untuk anak usia 12-23 bulan) dengan baku acuan WHO-NCHS.</p> <p>a. BB/U (berat badan menurut umur)</p> <p>b. PB/U atau TB/U (tinggi badan menurut umur)</p> <p>c. BB/TB (berat badan menurut panjang/tinggi badan)</p> <p>(Kemenkes, 2010)</p>	<p>Penimbangan dan perhitungan usia berdasarkan indeks BB/U.</p> <p>Panjang badan anak usia 12-23 bulan dengan posisi terlentang, sedangkan tinggi badan anak usia 24-59 bulan diukur dengan posisi berdiri tegak. Setelah itu dimasukkan dalam rumus <i>Z-score</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Berat badan diukur dengan timbangan elektrik (<i>secca</i>) dengan ketelitian 0,1 kg. Panjang badan dengan <i>Lenght board</i> dengan presisi 0,1 cm <p>(Kuesioner individu: RKD 10 IND Blok. X. Pengukuran Tinggi/Panjang Badan dan Berat Badan)</p>	<p>Univariat:</p> <p>a. BB/U</p> <ol style="list-style-type: none"> Buruk : < -3.0 SD Kurang : -3.0 SD s.d <-2.0 SD Normal : -2.0 SD s.d +2.0 SD Lebih : > 2.0 SD <p>b. PB/U atau TB/U</p> <ol style="list-style-type: none"> Sangat pendek : < -3.0 SD Pendek : -3.0 SD s.d < -2.0 SD Normal : -2.0 SD s/d 2.0 SD Tinggi: > 2 SD <p>c. BB/PB atau BB/TB</p> <ol style="list-style-type: none"> Sangat kurus: < -3.0 	Ordinal

Tabel 3.1 (Sambungan)

				<p>SD</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kurus: $-3.0 \text{ SD s/d } < -2.0 \text{ SD}$ 3. Normal: $-2.0 \text{ SD s/d } 2.0 \text{ SD}$ 4. Gemuk : $> 2.0 \text{ SD}$ <p>(Kemenkes, 2010)</p> <p>Bivariat:</p> <p>a. BB/U</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang : $< -2.0 \text{ SD}$ 2. Baik : $-2.0 \text{ SD s/d } 2.0 \text{ SD}$ <p>b. TB/U</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendek: $\geq -3 \text{ SD s/d } < -2.0 \text{ SD}$ 2. Normal: $\geq -2.0 \text{ SD}$ <p>c. BB/TB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurus: $< -2.0 \text{ SD}$ 2. Normal: $-2.0 \text{ SD s/d } 2.0 \text{ SD}$ <p>(WHO, 2005)</p>	
--	--	--	--	--	--

Tabel 3.1 (Sambungan)

B. INDEPENDEN					
Umur	Usia atau lama waktu hidup responden dihitung dalam bulan sejak lahir sampai ulang bulan terakhir	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner RKD10.RT.IV kolom 7.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 – 6 2. 7 – 11 3. 12 – 47 4. 48 - 59 	Rasio
Jenis Kelamin	Identitas yang dibedakan secara fisik berdasarkan organ genitalia eksternal	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner RKD10.RT.IV kolom 4.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laki-laki 2. Perempuan 	Nominal
Asupan Energi Total	Jumlah kandungan energi total yang berasal dari karbohidrat, lemak dan protein yang dikonsumsi balita.	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner RKD 10. IND Blok IX: (Konsumsi Makanan Individu)	Persentase AKG <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang: < 70% AKG 2. Cukup: 70% - 100% AKG 3. Lebih: > 100% AKG (WNPG, 2004)	Ordinal
Pendidikan Orangtua	Status pendidikan formal tertinggi yang telah ditamatkan oleh orang tua responden.	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner RKD10.RT Blok IV kolom 8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rendah, jika tidak sekolah, SD, SMP. 2. Tinggi, jika SMU, D3, PT. 	Ordinal
Pekerjaan Orangtua	Kegiatan yang dilakukan oleh ayah atau ibu balita untuk memperoleh atau membantu memperoleh penghasilan atau keuntungan selama paling	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner RKD10.RT Blok IV Kolom 9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak Bekerja 2. Bekerja 	Ordinal

Tabel 3.1 (Sambungan)

	sedikit satu jam dalam seminggu berturut-turut dan tidak terputus, termasuk pekerja keluarga tanpa upah yang membantu dalam usaha/kegiatan ekonomi (BPS, 2000)				
Jumlah Anggota Keluarga	Banyaknya anggota keluarga dalam satu rumah termasuk kepala rumah tangga dan pembantu yang menjadi tanggung jawab kepala keluarga. (Riskesdas, 2010)	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 RKD10.RT.II.2.	1. Kecil, jika ≤ 4 orang 2. Besar jika > 4 orang (BKKBN, 2010)	Ordinal
Jumlah Balita	Jumlah anak umur 0 – 4 tahun yang tinggal dalam satu rumah (Riskesdas, 2010)	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 RKD10.RT.II.3.	1. Sedikit, jika jumlah balita ≤ 1 2. Banyak, jika jumlah balita > 1	Ordinal
Luas Lantai Bangunan	Luas lantai dihitung dengan satuan meter persegi (m^2) dengan menghitung panjang dan lebar bangunan.	Observasi data Riskesdas 2010	RKD10.RT.Blok.	Luas lantai: 1. Sempit, jika luas ≤ 8 m^2 per orang 2. Luas, jika luas > 8 m^2 per orang (BPS,2008)	Ordinal

Tabel 3.1 (Sambungan)

Jenis Lantai rumah	Jenis bahan lantai rumah terluas	Observasi data Riskesdas 2010	RKD10.RT.Blok.	Jenis lantai: 1. Tanah, jika lantai tanah 2. Bukan Tanah, jika lantai bukan tanah (BPS, 2008)	Ordinal
Kondisi Lingkungan Rumah	Keadaan lingkungan di sekitar rumah tinggal responden.	Observasi enumerator Riskesdas 2010	Kuesioner RKD 10. RT.VI.20.	1. Kumuh 2. Tidak Kumuh	Ordinal
Pemanfaatan pelayanan kesehatan	Akses pelayanan kesehatan balita selama 1 tahun terakhir.	Observasi data Riskesdas 2010	RKD10.RT.Blok V. 1-4 (Fasilitas Pelayanan Kesehatan)	1. Tidak, jika tidak mengakses pelayanan kesehatan 2. Ya, jika mengakses pelayanan kesehatan	Ordinal
Status Ekonomi	Tingkat kemampuan ekonomi yang diukur melalui indikator tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan (BPS, 2010)	Observasi data Riskesdas 2010	RKD10.RT.Blok.VII. Rincian 25.	1. Rendah, jika tingkat pengeluaran berada pada kuintil 1 dan 2 2. Tinggi, jika tingkat pengeluaran berada pada kuintil 3, 4 dan 5.	Nominal

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder dari data Riskesdas 2010 dengan pendekatan kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan sesuai dengan Riskesdas 2010 adalah *cross sectional* (potong lintang). Variabel dependen yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah status gizi balita umur 0 – 59 bulan. Variabel independen dalam penelitian ini adalah asupan energi dan variabel-variabel yang terkait dengan karakteristik kemiskinan.

4.2 Riskesdas 2010

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) merupakan kegiatan riset kesehatan berbasis masyarakat yang dilakukan secara periodik setiap tiga tahun. Riskesdas yang pertama dilakukan pada tahun 2007 yang hasilnya telah dimanfaatkan oleh penyelenggara program Kementerian Kesehatan untuk perencanaan, evaluasi program keberhasilan program dan pengembangan kebijakan program pembangunan kesehatan jangka menengah (RPJMN 2010-2014). Indikator-indikator yang dihasilkan telah dikompositkan menjadi indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) untuk menilai peringkat keberhasilan program kesehatan kabupaten/kota di Indonesia.

Riskesdas 2010 merupakan riset kedua sesuai dengan SK Menkes No.356/MENKES/SK/ III/2010 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar tahun 2010. Tujuan utama pelaksanaan Riskesdas 2010 adalah mengukur pencapaian kedelapan indikator MDGs (*Millenium Development Goals*) di bidang kesehatan, juga sebagai sarana untuk menilai perkembangan beberapa status kesehatan masyarakat Indonesia serta perkembangan upaya pembangunan kesehatan di tingkat nasional dan provinsi hingga tahun 2010.

Indikator yang dikumpulkan melalui Riskesdas 2010 mencakup informasi mengenai morbiditas penyakit malaria dan tuberkulosis paru, status gizi, status

kesehatan anak, status kesehatan reproduksi, konsumsi makanan individu, pengetahuan dan perilaku tentang HIV/AIDS, pencegahan tuberkulosis paru, pencegahan malaria, dan penggunaan tembakau, pengetahuan fasilitas kesehatan yang tersedia, kondisi sanitasi lingkungan dan status ekonomi rumah tangga.

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Kegiatan Riskesdas 2010 telah dilakukan sejak bulan Mei sampai Agustus tahun 2010 di 33 provinsi dan 441 kabupaten/kota dari 497 total kabupaten/kota di Indonesia. Analisis lanjut data Riskesdas ini (data sekunder) dilakukan oleh peneliti sendiri pada bulan Desember 2011 sampai Januari 2012 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok – Jawa Barat.

4.4 Populasi dan Sampel pada Riskesdas 2010

Pelaksanaan Riskesdas 2010 terintegrasi dengan Sensus Penduduk 2010 yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Populasi dalam Riskesdas 2010 adalah seluruh rumah tangga biasa yang mewakili 33 provinsi. Sampel rumah tangga dalam Riskesdas 2010 dipilih berdasarkan daftar Sensus Penduduk (SP) 2010. Proses pemilihan rumah tangga dilakukan BPS dengan *two stage* sampling. Berikut ini adalah uraian singkat proses penarikan sampel yang dimaksud.

- Penarikan sampel Blok Sensus (BS)

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas memilih BS yang telah dikumpulkan oleh SP 2010. Pemilihan dilakukan sepenuhnya oleh BPS dengan memperhatikan status ekonomi, dan rasio perkotaan/perdesaan. Secara nasional jumlah sampel yang dipilih untuk kesehatan masyarakat adalah sebesar 2.800 BS dengan 70.000 rumah tangga, sedangkan untuk sampel biomedis sebesar 823 BS dengan 20.575 rumah tangga. Dari setiap provinsi diambil sejumlah BS yang mewakili rumah tangga/anggota rumah tangga di provinsi tersebut. Dalam proses pengumpulan data, terjadi 43 pergantian BS dari 2800 BS yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena jumlah rumah tangga (RT) dari BS semula terpilih kurang dari 25 RT, artinya rumah tangga yang akan menjadi sampel untuk setiap BS tidak

terpenuhi dengan kriteria yang sudah ditetapkan. Riskesdas 2010 berhasil mengumpulkan data dari seluruh BS kecuali 2 BS di Kabupaten Nduga, Provinsi Papua. Hal tersebut dikarenakan ketidakterediaan alat transportasi menuju lokasi tersebut atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar. Dengan demikian dari 2800 BS yang terpilih, 1798 BS berhasil dikunjungi (99,9%).

- Penarikan sampel Rumah Tangga/Anggota Rumah Tangga

Rumah tangga sebanyak 25 dari setiap blok sensus terpilih diambil secara acak sederhana (*simple random sampling*). Pemilihan sampel rumah tangga ini dilakukan oleh Penanggung Jawab Teknis Kabupaten yang sudah dilatih. Kemudian semua anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dijadikan sampel dalam Riskesdas 2010.

Sejumlah rumah tangga yang menjadi sampel ternyata tidak seluruhnya dapat dijumpai oleh tim enumerator. Dari 69.950 rumah tangga yang terpilih, 69.300 rumah tangga berhasil dikunjungi (99,1%). Begitu pula halnya dengan sejumlah anggota rumah tangga yang terpilih tidak seluruhnya bisa diwawancarai oleh tim enumerator dikarenakan pada saat pengumpulan data sebagian anggota rumah tangga tidak ada di tempat. Dari 266.510 anggota rumah tangga yang menjadi target, sebanyak 251.388 anggota rumah tangga berhasil diwawancarai (94,3%).

4.5 Populasi dan Sampel Penelitian

4.5.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah tangga yang mewakili 33 provinsi di Indonesia.

4.5.2 Sampel

Sampel yang diinginkan dalam penelitian ini adalah seluruh anak berusia 0 – 59 bulan yang tercakup dan terpilih dalam Riskesdas 2010. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 21.730 anak.

4.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner terstruktur dan formulir pendukung lainnya. Pengumpulan data rumah tangga menggunakan kuesioner RKD10.RT dan pedoman pengisian kuesioner. Pengumpulan data individu menggunakan kuesioner RKD10 IND dan pedoman pengisian kuesioner. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia kurang dari 15 tahun dalam kondisi sakit, maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya.

Pengumpulan data juga dilakukan dengan melakukan pengukuran antropometri dan pemeriksaan spesimen dahak (TB paru) dan spesimen darah (malaria) di laboratorium Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM).

4.7 Pengolahan Data pada Penelitian

Data Riskesdas 2010 yang telah diperoleh akan diolah oleh peneliti dengan dua langkah, yaitu *recoding* dan *cleaning*.

4.7.1 *Recoding*

Setiap variabel yang ada sebelumnya telah diberi kode tersendiri oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes). Variabel-variabel tersebut kemudian diklasifikasikan dan diberi kode kembali oleh peneliti sesuai dengan definisi operasional penelitian.

4.7.2 *Cleaning*

Tahap *cleaning* merupakan tahap memasukkan kembali data yang diperoleh untuk memastikan ada atau tidak adanya variabel yang *missing*. Data yang *missing* akan dibersihkan sehingga diperoleh hasil yang valid. Pada tahap *cleaning*, peneliti juga menghapus data yang tidak diperlukan sesuai dengan definisi operasional.

4.8 Analisis Data

Penelitian ini menggunakan analisis kuantitatif dengan menggunakan perangkat komputer SPSS. Analisis terdiri dari analisis univariat dan bivariat.

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi atau besarnya proporsi masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel dependen, yaitu status gizi balita; maupun variabel independen yang meliputi karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), asupan energi, karakteristik kemiskinan (pendidikan orangtua, pekerjaan orangtua, jumlah balita dalam keluarga, jumlah anggota rumah tangga, luas lantai bangunan rumah, jenis lantai rumah, kondisi lingkungan rumah, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan) dan status miskin (status ekonomi keluarga).

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen. Untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen digunakan uji kaid kuadrat (*chi square*). Untuk menentukan batas kemaknaan hasil perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 0,05. Dengan demikian, jika $p \text{ value} < 0,05$ maka hasil perhitungan secara statistik bermakna; jika $p \text{ value} \geq 0,05$ maka hasil perhitungan secara statistik tidak bermakna. Untuk mengetahui besar atau kekuatan hubungan antara status gizi (variabel dependen) dengan determinan (variabel independen) digunakan *Odds Ratio* (OR) dengan 95% CI (*Confidence Interval*).

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Status Gizi Balita

Status gizi balita dalam penelitian ini dinilai berdasarkan hasil pengukuran antropometri dan karakteristik balita meliputi umur dan jenis kelamin yang terdata dalam Riskesdas 2010. Balita dikategorikan menjadi 4 kelompok umur yaitu 0–6 bulan, 7–11 bulan, 12–47 bulan dan 48–59 bulan. Rata-rata umur anak balita adalah 3 bulan dengan simpang baku 0,795

Tabel 5.1 Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik Balita di Indonesia Tahun 2010

Karakteristik Balita	Jumlah (n = 18.743)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	9.486	50,6
Perempuan	9.257	49,4
Kelompok Umur		
0 – 6	1.691	9,0
7 – 11	1.610	8,6
12 – 47	11.859	63,3
48 – 59	3.583	19,1

Berdasarkan tabel 5.1, diketahui proporsi balita berjenis kelamin laki-laki sedikit lebih banyak (50,6%) dibandingkan balita perempuan (49,4%). Berdasarkan kelompok umurnya, lebih dari separuh (63,3%) balita berada pada kelompok umur 12–47 bulan, sedangkan proporsi paling sedikit adalah balita kelompok umur 7–11 bulan (8,6%).

Secara garis besar, responden balita sebagian besar berstatus gizi baik dan normal; hanya sedikit balita yang berstatus gizi lebih, tinggi dan kurus. Berdasarkan BB/U, diketahui hampir tiga perempat responden balita berstatus gizi baik, dan hanya sebagian kecil balita berstatus gizi buruk (5,9%) serta berstatus gizi lebih (4,9%). Berdasarkan TB/U, diketahui bahwa hampir separuh (49,2%) balita berstatus gizi normal dan seperempat responden balita berstatus gizi sangat pendek. Berdasarkan

BB/TB, diketahui sebagian besar (67,6%) balita berstatus gizi normal, sedangkan balita berstatus gizi kurus sangat sedikit (6,9%).

Tabel 5.2 Distribusi Balita Berdasarkan Status Gizi di Indonesia Tahun 2010

Status Gizi	Jumlah (n = 18.743)	Persentase (%)
Berat Badan/Umur		
Buruk	1.104	5,9
Kurang	2.766	14,8
Baik	13.950	74,4
Lebih	923	4,9
Tinggi Badan/Umur		
Sangat Pendek	4.725	25,2
Pendek	3.411	18,2
Normal	9.226	49,2
Tinggi	1.381	7,4
Berat Badan/Tinggi Badan		
Sangat Kurus	1.322	7,1
Kurus	1.294	6,9
Normal	12.665	67,6
Gemuk	3.462	18,5

5.2 Gambaran Asupan Energi

Asupan energi dari masing-masing balita berbeda berdasarkan kelompok umur. Oleh karena itu pada penelitian ini pembagian kelompok umur balita disesuaikan dengan kebutuhan energi dari masing-masing umur balita tersebut.

Tabel 5.3 Distribusi Balita Berdasarkan Kelompok Umur dan Asupan Energi di Indonesia Tahun 2010

Kelompok Umur (Bulan)	Asupan Energi					
	Kurang		Cukup		Lebih	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
0-6	1.287	76,1	154	9,1	250	14,8
7-11	952	59,1	263	16,3	395	24,5
12-47	4.531	38,2	3.257	27,5	4.071	34,3
48-59	2.117	59,1	918	25,6	548	15,3

Berdasarkan hasil analisis, diketahui bahwa pada semua kelompok umur, lebih dari separuh balita memiliki asupan energi yang kurang. Hanya pada balita kelompok umur 12-47 bulan, proporsi balita hampir merata berdasarkan asupan energinya, meskipun balita dengan asupan energi kurang sedikit lebih banyak (38,2%) dibandingkan balita dengan asupan energi cukup dan lebih. Asupan energi total yang dikumpulkan oleh Riskesdas 2010 sudah mencakup asupan ASI untuk anak umur 0 – 23 bulan.

5.3 Gambaran Karakteristik Kemiskinan

Orangtua balita yang diukur dalam penelitian ini adalah ibu dan kepala keluarga. Karakteristik orangtua balita yang diamati adalah pendidikan dan pekerjaan.

Tabel 5.4 Distribusi Balita Berdasarkan Pendidikan dan Pekerjaan Orangtua di Indonesia Tahun 2010

Karakteristik Orangtua	Jumlah (n)	Persentase (%)
Pendidikan		
Kepala Keluarga		
Rendah	12.153	64,8
Tinggi	6.590	35,2
Ibu		
Rendah	11.939	63,7
Tinggi	6.804	36,3
Pekerjaan		
Kepala Keluarga		
Tidak Bekerja	1.620	8,6
Bekerja	17.123	91,4
Ibu		
Tidak Bekerja	11.424	61,0
Bekerja	7.319	39,0

Penelitian ini mengukur pendidikan dengan indikator pendidikan yang telah ditamatkan oleh orangtua balita. Kategorisasi pendidikan dibagi ke dalam dua kelompok, yaitu rendah (< SLTP) dan tinggi (≥ SLTP). Hasil analisis menunjukkan bahwa mayoritas balita memiliki kepala keluarga dan ibu yang berpendidikan rendah (64,8% dan 63,7%).

Variabel pekerjaan dalam penelitian ini dikategorisasikan menjadi tidak bekerja dan bekerja. Orangtua yang tidak bekerja adalah orangtua yang tidak memiliki pekerjaan, sedang sekolah atau seorang ibu rumah tangga. Sedangkan orangtua yang bekerja adalah orangtua yang memiliki status pekerjaan, seperti TNI/Polri, PNS, wiraswasta, petani, nelayan dan buruh. Diketahui melalui penelitian ini, sebagian besar balita memiliki kepala keluarga yang bekerja (91,4%), sedangkan ibu balita lebih banyak yang tidak bekerja (61,0%).

Penelitian ini mengelompokkan variabel jumlah balita dalam keluarga ke dalam dua kategori, yaitu sedikit, jika jumlah balita kurang dari atau sama dengan satu balita; dan banyak, jika jumlah balita lebih dari satu balita. Penelitian memperlihatkan bahwa sebagian besar balita memiliki keluarga dengan sedikit balita (756,1%).

Tabel 5.5 Distribusi Balita Berdasarkan Jumlah Balita dan Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) di Indonesia Tahun 2010

Karakteristik Keluarga	Jumlah (n)	Persentase (%)
Jumlah Balita		
Sedikit	14266	76.1
Banyak	4477	23.9
Jumlah ART		
Kecil	9140	48.8
Besar	9603	51.2

Variabel jumlah anggota rumah tangga dibagi ke dalam dua kategori, yaitu kecil, jika balita berada dalam keluarga yang memiliki jumlah ART kurang dari atau sama dengan 4 orang; dan besar, jika balita berada dalam keluarga yang memiliki jumlah ART lebih dari 4 orang. Penelitian memperlihatkan bahwa proporsi balita dengan jumlah ART besar sedikit lebih banyak (51,2%) dibandingkan balita dengan jumlah ART kecil (48,8%).

Variabel status ekonomi dikategorisasikan menjadi dua, yaitu miskin, jika keluarga balita berada pada kuintil 1 dan kuintil 2; dan tidak miskin, jika keluarga

balita berada pada kuintil 3 hingga kuintil 5. Diketahui melalui penelitian ini proporsi balita dengan status ekonomi miskin dan tidak miskin tidak memiliki perbedaan yang mencolok. Balita dengan status ekonomi tidak miskin sedikit lebih banyak (52,1%) dibandingkan dengan balita miskin (47,9). Namun, apabila dilihat berdasarkan pembagian status ekonomi yang dilakukan Riskesdas, maka diketahui seperempat balita berada pada kuintil 1 (sangat miskin); sangat sedikit (13,5%) balita yang berada pada kuintil 5 (sangat kaya).

Tabel 5.6 Distribusi Balita Berdasarkan Karakteristik Kemiskinan di Indonesia Tahun 2010

Karakteristik Kemiskinan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Status Ekonomi		
Rendah	8.981	47,9
Tinggi	9.762	52,1
Kuintil Status Ekonomi		
Kuintil 1	4.787	25,5
Kuintil 2	4.194	22,4
Kuintil 3	3.840	20,5
Kuintil 4	3.385	18,1
Kuintil 5	2.537	13,5
Luas Lantai Rumah		
Sempit	5.584	29,8
Luas	13.159	70,2
Jenis Lantai Rumah		
Tanah	1.424	7,6
Bukan Tanah	17.319	92,4
Lingkungan Rumah		
Kumuh	4.039	21,5
Tidak Kumuh	14.704	78,5

Indikator kemiskinan selanjutnya yang diamati adalah luas lantai rumah. Luas lantai rumah merupakan luas lantai dari bangunan rumah, bukan luas tanah. Hasil peengukurannya dikategorikan menjadi “Sempit” dan “Luas”. Dikatakan “Sempit” jika luas lantai bangunan rumah kurang dari atau sama dengan 8 m² per orang dan “Luas” jika luas lantai bangunan lebih dari 8 m² per orang. Penelitian menemukan sebagian besar balita memiliki rumah dengan luas lantai rumah yang luas

(70,2%). Lantai rumah kemudian dilihat berdasarkan jenisnya, lalu dikelompokkan menjadi lantai “Tanah” dan “Bukan Tanah”. Hampir seluruh balita memiliki rumah dengan lantai bukan tanah (92,4%).

Kondisi lingkungan rumah diobservasi secara langsung oleh tim enumerator Riskesdas 2010. Variabel lingkungan rumah kemudian dikategorisasikan menjadi dua yaitu “Ya” dan “Tidak”. “Ya” jika lingkungan rumah merupakan daerah kumuh, dan “Tidak” jika lingkungan rumah bukan lingkungan kumuh. Berdasarkan hasil analisis, diketahui sebagian besar balita tinggal di daerah tidak kumuh (78,5%).

Variabel akses pelayanan kesehatan mengukur pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh anggota rumah tangga dalam kurun waktu satu tahun terakhir.

Tabel 5.7 Distribusi Balita Berdasarkan Akses Pelayanan Kesehatan di Indonesia Tahun 2010

Pemanfaatan Layanan Kesehatan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak	3601	19.2
Ya	15142	80.8

Variabel ini dikelompokkan menjadi dua yaitu “Ya” dan “Tidak”. “Ya” merupakan kelompok balita yang anggota keluarganya memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam waktu satu tahun terakhir. Kelompok “Tidak” merupakan kelompok balita yang anggota keluarganya tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam waktu satu tahun terakhir. Diketahui bahwa sebagian besar balita (80,8%) memiliki anggota rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam waktu satu tahun terakhir.

5.4 Status Gizi BB/U

5.4.1 Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi

Hubungan antara asupan energi total dengan status gizi BB/U terlihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Hubungan Asupan Energi Total dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Kel. Umur (Bulan)	Asupan Energi (Kkal)	Status Gizi (BB/U)				p-Value	OR
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
0 – 6	Kurang	326	22,8	1105	77,2	0.477	1.178
	Cukup	39	21,5	142	78,5	0.273	
	Lebih	73	25,8	210	74,2	0.297	
	Total	438	23,1	1457	76,9		
7 – 11	Kurang	259	24,3	809	75,7	0.707	0.983
	Cukup	64	21,9	228	78,1	0.897	
	Lebih	107	23,9	340	76,1	0.525	
	Total	430	23,8	1377	76,2		
12 – 47	Kurang	1158	23,1	3863	76,9	0.868	0.980
	Cukup	811	22,6	2774	77,4	0.675	
	Lebih	1030	22,7	3507	77,3	0.932	
	Total	2999	22,8	10144	77,2		
48 – 59	Kurang	546	23,2	1812	76,8	0.208	0.825
	Cukup	237	23,2	784	76,8	0.087	
	Lebih	121	19,9	487	80,1	0.119	
	Total	904	22,7	3083	77,3		

Berdasarkan hasil analisis yang terlihat pada tabel 5.8 diketahui proporsi balita gizi kurang pada kelompok 0 – 6 bulan lebih besar asupan energi lebih (25,8%). Balita yang gizi baik proporsi asupan cukup lebih besar (78,5%). Tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi kurang pada kelompok umur 0 – 6 bulan ($p > 0,05$).

Untuk balita gizi kurang kelompok umur 7 – 11 bulan, proporsi yang lebih besar yaitu asupan energi kurang (24,3%) dan balita gizi baik proporsi asupan energi cukup lebih besar (78,1%). Hasil analitik menunjukkan tidak ada hubungan antara asupan energi dan status gizi BB/U pada kelompok umur 7 – 11 bulan ($p > 0,05$).

Selanjutnya untuk balita dengan kelompok umur 12 – 47 bulan dengan gizi kurang proporsi asupan kurang lebih besar (23,2%), demikian pula untuk balita gizi baik, proporsi asupan energi yang cukup lebih besar (77,4%). Dan diketahui tidak ada

hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi pada kelompok umur 12 – 47 bulan ($p > 0,05$). Sedangkan balita kelompok umur 48 – 59 bulan asupan energi kurang dan cukup (23,2%), dan gizi baik proporsi lebih besar pada asupan energi lebih (80,1%). Tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi pada kelompok umur 12 – 47 bulan ($p > 0,05$).

5.4.2 Hubungan Karakteristik Kemiskinan dengan Status Gizi BB/U

Tabel 5.9 Hubungan Pendidikan Orangtua dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Pendidikan	Kurang		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kepala Keluarga						
Rendah	2870	22,4	9918	77,6	0.057	0,935
Tinggi	1639	23,6	5296	76,4		
Ibu						
Rendah	3035	22,6	10375	77,4	0.153	0,952
Tinggi	1777	23,5	5786	76,5		

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui bahwa balita yang gizi baik 77,6% memiliki kepala keluarga yang berpendidikan rendah. Balita yang gizi kurang memiliki kepala keluarga yang berpendidikan tinggi (23,6%). Berdasarkan analisis Kai Kuadrat diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan kepala keluarga dengan status gizi balita ($p = 0,057$). Sedangkan hubungan pendidikan ibu dengan status gizi balita seperti yang terlihat pada tabel 5.9 diketahui bahwa proporsi balita gizi kurang lebih besar pada ibu yang berpendidikan tinggi (23,5%). Proporsi balita gizi baik lebih besar pada ibu yang berpendidikan rendah (77,4%). Hasil analisis Kai Kuadrat diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan status gizi balita ($p > 0,05$).

Kemudian, dari hasil analisis yang terlihat pada tabel 5.10 disimpulkan bahwa proporsi balita gizi kurang lebih besar pada keluarga yang memiliki kepala keluarga yang tidak bekerja (23,2%). Sedangkan balita dengan gizi baik proporsinya lebih besar pada kepala keluarga yang bekerja (77,2%). Berdasarkan hasil analisis

Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan kepala keluarga dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.10 Hubungan Pekerjaan Orangtua dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Pekerjaan	Kurang		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kepala Keluarga						
Tidak Bekerja	396	23,2	1311	76,8	0.729	1.021
Bekerja	4113	22.8	13903	77.2		
Ibu						
Tidak Bekerja	2989	23,2	9901	76,8	0.287	1.037
Bekerja	1823	22.6	6260	77.4		

Sedangkan untuk proporsi balita gizi kurang lebih besar pada ibu yang tidak bekerja (23,2%). Balita gizi baik lebih besar proporsinya pada ibu yang bekerja (77,4%). Hasil Kai Kuadrat diketahui bahwa hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan kepala keluarga dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.11 Hubungan Jumlah Balita dalam Keluarga dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Jumlah Balita	Kurang		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Sedikit	3599	22,7	12288	77,3	0.077	0.935
Banyak	1213	23,8	3873	76,2		

Seperti yang terlihat pada tabel 5.11 diketahui bahwa proporsi balita dengan gizi kurang lebih besar pada keluarga yang memiliki balita banyak (> 1 orang) sebesar 23,8%. Proporsi balita gizi baik lebih besar pada keluarga yang memiliki balita sedikit (≤ 1 orang) yaitu sebesar 77,3%. Dari hasil uji statistik dapat dilihat bahwa diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan kepala keluarga dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.12 Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART) dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Jumlah ART	Kurang		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kecil	2388	23.4	7806	76.6	0.107	1.054
Besar	2424	22.5	8355	77.5		

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa balita gizi kurang proporsinya lebih besar pada keluarga kecil (23,4%) yaitu memiliki jumlah anggota rumah tangga 4 orang. Sedangkan balita gizi baik proporsinya lebih besar pada keluarga besar (77,5%), jumlah anggota rumah tangga lebih dari 4 orang. Hasil analisis Kai Kuadrat disimpulkan bahwa diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan kepala keluarga dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.13 Hubungan Luas dan Jenis Lantai Rumah dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Variabel	Kurang		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Luas Lantai						
Sempit	1497	23.6	4833	76.4	0.110	1.058
Luas	3315	22.6	11328	77.4		
Jenis Lantai						
Tanah	362	22.4	1255	77.6	0.579	0.966
Bukan Tanah	4450	23.0	14906	77.0		

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa proporsi balita dengan gizi kurang lebih besar pada keluarga yang memiliki rumah yang sempit (23,6%). Namun hasil yang diperoleh untuk proporsi gizi baik lebih besar pada keluarga yang memiliki rumah berlantai tanah (77,6%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui tidak ada hubungan antara luas lantai rumah dan status gizi serta jenis lantai rumah dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel. 5.14 Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Kondisi Lingkungan rumah	Kurang		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kumuh	1053	23.1	3509	76.9	0.802	1.010
Tidak Kumuh	3759	22.9	12652	77.1		

Kemudian pada tabel 5.14 diketahui bahwa proporsi balita gizi kurang lebih besar pada keluarga yang tinggal di daerah kumuh (23,1%). Balita gizi baik berada di lingkungan rumah yang tidak kumuh (77,1%). Tidak ada hubungan antara kondisi lingkungan rumah dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.15 Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Kurang		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Tidak	930	23.4	3036	76.6	0.404	1.035
Ya	3843	22.8	12990	77.2		

Berdasarkan hasil analisis yang terlihat pada tabel 5.15 dapat disimpulkan bahwa proporsi balita gizi kurang lebih besar tidak memanfaatkan akses pelayanan kesehatan (23,4%). Balita gizi baik lebih memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan proporsi sebesar 77,2%. Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan kepala keluarga dengan status gizi ($p > 0,05$).

5.4.3 Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi BB/U

Tabel 5.16 Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi BB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Status Ekonomi	Kurang		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Rendah	2251	22.1	7933	77.9	0.005	0.912
Tinggi	2561	23.7	8228	76.3		

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.16 diketahui proporsi gizi kurang lebih besar yang merupakan keluarga tidak miskin (23,7%). Sedangkan untuk balita yang gizi baik proporsinya lebih besar pada keluarga yang miskin (77,9%). Hasil uji analisis Kai Kuadrat menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan status gizi ($p=0,005$).

5.5 Status Gizi TB/U

5.5.1 Hubungan Asupan Energi Total dengan Status Gizi

Hubungan antara asupan energi total balita dengan status gizi berdasarkan TB/U dapat dilihat pada tabel 5.34.

Tabel 5.17 Hubungan Asupan Energi Total dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Kel. Umur (Bulan)	Asupan Energi (Kkal)	Status Gizi (TB/U)				P-Value	OR
		Pendek		Normal			
		n	%	n	%		
0 – 6	Kurang	602	42,6	810	57,4	0.384	1.094
	Cukup	69	38,3	111	61,7	0.495	
	Lebih	126	44,8	155	55,2	0.168	
	Total	797	42,6	1076	57,4		
7 – 11	Kurang	460	43,3	596	56,4	0.144	0.797
	Cukup	124	42,8	166	57,2	0.051	
	Lebih	168	38,1	273	61,9	0.208	
	Total	752	42,1	1035	57,9		
12 – 47	Kurang	2114	42,5	2859	57,5	0.595	1.039
	Cukup	1510	42,5	2042	57,5	0.361	
	Lebih	1947	43,4	2535	56,6	0.404	
	Total	5571	42,8	7436	57,2		
48 – 59	Kurang	1022	43,6	1322	56,4	0.465	0.959
	Cukup	458	45,5	549	54,5	0.650	
	Lebih	252	42,6	340	57,4	0.258	
	Total	1732	43,9	2189	56,1		

Berdasarkan hasil analisis yang terlihat pada tabel 5.17 dapat disimpulkan bahwa pada balita yang pendek umur 0 – 6 bulan memiliki proporsi asupan energi

lebih (44,8%). Diantara balita yang pertumbuhannya normal, proporsi asupan energi cukup lebih besar (61,7%). Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p < 0,05$).

Balita dengan kelompok umur 7 – 11 bulan memiliki proporsi asupan energi kurang pada balita pendek (43,3%). Sedangkan balita yang pertumbuhannya normal, proporsi lebih besar yang asupannya lebih (61,9%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

Kemudian, balita dengan umur 12 – 47 bulan pada balita pendek proporsi asupan energi lebih juga lebih besar (43,4%), dan untuk balita yang normal justru proporsi asupan energinya kurang (57,5%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

Selanjutnya balita dengan umur 48 – 59 bulan, proporsi asupan energi cukup lebih besar pada balita pendek (45,5%), sedangkan balita yang normal proporsi asupan energi lebih (57,4%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

5.5.2 Hubungan Karakteristik Kemiskinan dengan Status Gizi

Berdasarkan hasil analisis yang terlihat pada tabel 5.18 diketahui bahwa balita pendek proporsinya lebih besar pada keluarga yang memiliki kepala keluarga berpendidikan tinggi (43,1%). Sedangkan proporsi balita yang normal proporsinya lebih besar pada keluarga yang kepala keluarganya berpendidikan rendah (57,3%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

Selain itu pada tabel 5.18 juga dapat dilihat bahwa proporsi balita pendek lebih besar pada ibu yang berpendidikan tinggi (43,1%), dan balita normal lebih besar proporsinya pada balita yang ibunya berpendidikan rendah (57,3%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.18 Hubungan Pendidikan Orangtua dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Pendidikan	Pendek		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kepala Keluarga						
Rendah	5408	42.7	7270	57.3	0.529	0.981
Tinggi	2951	43.1	3892	56.9		
Ibu						
Rendah	5678	42.7	7610	57.3	0.565	0.983
Tinggi	3221	43.1	4245	56.9		

Pada tabel 5.19 dapat dilihat bahwa balita pendek proporsinya lebih besar pada kepala keluarga yang tidak bekerja (44,8%). Balita dengan pertumbuhan normal, dapat dilihat lebih besar proporsinya pada kepala keluarga yang bekerja (57,4%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.19 Hubungan Pekerjaan Orangtua dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Pekerjaan	Pendek		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kepala Keluarga						
Tidak Bekerja	761	44.8	936	55.2	0.078	1.094
Bekerja	7598	42.6	10226	57.4		
Ibu						
Tidak Bekerja	5500	43.1	7273	56.9	0.505	1.019
Bekerja	3399	42.6	4582	57.4		

Kemudian untuk balita pendek, proporsinya lebih besar pada ibu yang tidak bekerja (43,1%), dan balita yang normal lebih besar pada ibu yang bekerja (57,4%). Dari hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.20 Hubungan Jumlah Balita dalam Keluarga dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Jumlah Balita	Pendek		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Sedikit	6766	43.0	8957	57.0	0.428	1.026
Banyak	2133	42.4	2898	57.6		

Hasil analisis pada tabel 5.20 menunjukkan bahwa balita yang pendek proporsinya lebih besar pada keluarga yang memiliki jumlah balita sedikit (43,0%). Sedangkan balita normal proporsinya lebih besar pada keluarga yang memiliki balita banyak (57,6%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.21 Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Jumlah ART	Pendek		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kecil	4317	42.8	5769	57.2	0.828	0.994
Besar	4582	43.0	6086	57.0		

Hasil yang terlihat pada tabel 5.21 diketahui bahwa balita yang memiliki anggota rumah tangga sedikit atau keluarga kecil lebih besar proporsinya pada balita yang normal (57,2%), sedangkan balita pendek proporsinya lebih besar pada balita yang memiliki jumlah anggota keluarga banyak atau keluarga besar (43,0%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

Hasil analisis pada tabel 5.22 diketahui bahwa proporsi balita pendek lebih besar memiliki rumah yang sempit (43,1%) dan rumah dengan jenis lantai bukan tanah (43,0%). Tidak ada hubungan antara luas lantai dengan status gizi dan jenis lantai dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.22 Hubungan Luas dan Jenis Lantai Rumah dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Variabel	Pendek		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Luas Lantai						
Sempit	2706	43.1	3567	56.9	0.620	1.015
Luas	6193	42.8	8288	57.2		
Jenis Lantai						
Tanah	644	41.4	938	58.6	0.229	0.938
Bukan Tanah	8235	43.0	10917	57.0		

Tabel 5.23 diketahui bahwa balita pendek lebih besar proporsinya tinggal di daerah lingkungan yang kumuh (43,5%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara kondisi lingkungan rumah dengan status gizi balita ($p > 0,05$).

Tabel 5.23 Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Kondisi Lingkungan Rumah	Pendek		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kumuh	1965	43.5	2554	56.5	0.353	1.032
Tidak Kumuh	6934	42.7	9301	57.3		

Berdasarkan hasil analisis tabel 5.24 dapat disimpulkan bahwa proporsi anggota rumah tangga balita pendek tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (43.5%). Sedangkan balita normal memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan proporsi lebih besar (57,4%). Hasil analisis Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.24 Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi TB/U pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Pendek		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Tidak	1718	43.5	2227	56.5	0.304	1.037
Ya	7094	42.6	9540	57.4		

5.5.3 Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi TB/U

Tabel 5.25 Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi TB/U

Status Ekonomi	Pendek		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Rendah	4205	41.7	5874	58.3	0.001	0.921
Tinggi	4694	44.0	5981	56.0		

Hasil analisis yang terlihat dalam tabel 5.25 diketahui bahwa proporsi balita pendek lebih besar adalah keluarga tidak miskin (44,0%). Sedangkan gizi baik proporsinya lebih besar pada balita keluarga miskin (58,3%). Namun dari hasil analisis Kai Kuadrat diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara status ekonomi dengan status gizi ($p=0,001$).

5.6 Status Gizi BB/TB

5.6.1 Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi BB/TB

Tabel 5.26 Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Kel. Umur (Bulan)	Asupan Energi (Kkal)	Status Gizi (BB/TB)				p-Value	OR (95% CI)
		Kurus		Normal			
		n	%	n	%		
0 – 6	Kurang	187	13.3	1220	86.7	0.377 0.233 0.214	1.243
	Cukup	21	11.8	157	88.2		
	Lebih	44	16.0	231	84.0		
	Total	252	13.5	1608	86.5		
7 – 11	Kurang	141	13.3	918	86.7	0.327 0.135 0.422	1.266
	Cukup	41	14.1	250	85.9		
	Lebih	71	16.3	365	83.7		
	Total	253	14.2	1533	85.8		
12 – 47	Kurang	699	14.1	4257	85.9	0.867 0.646 0.985	0.973
	Cukup	488	13.8	3058	86.2		
	Lebih	618	13.8	3868	86.2		
	Total	1805	13.9	11183	86.1		
48 – 59	Kurang	338	14.4	2005	85.6	0.589 0.474	0.908
	Cukup	134	13.3	876	86.7		

Lebih	79	13.3	516	86.7	0.995
Total	551	14.0	3397	86.0	

Hasil analisis yang terlihat pada tabel 5.27 diketahui bahwa proporsi balita kurus pada kelompok umur 0 – 6 bulan dan 7 – 11 bulan justru asupan energinya lebih 16,0% dan 16,3%. Sedangkan balita dengan kelompok umur 12 – 47 bulan dan 48 – 59 bulan proporsi balita gizi kurang lebih besar dengan asupan energi kurang 14,1% dan 14,4%. Tidak ada hubungan bermakna antara asupan energi dengan status gizi ($p>0,05$)

5.6.2 Hubungan Karakteristik Kemiskinan dengan Status Gizi BB/TB

Hubungan variabel karakteristik kemiskinan dengan status gizi dapat dilihat pada tabel-tabel berikut.

Tabel 5.27 Hubungan Pendidikan Orangtua dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Pendidikan	Kurus		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kepala Keluarga						
Rendah	1735	13.7	10924	86.3	0.116	0.935
Tinggi	992	14.5	5838	85.5		
Ibu						
Rendah	1834	13.8	11431	86.2	0.477	0.971
Tinggi	1058	14.2	6402	85.8		

Berdasarkan hasil analisis yang terlihat pada tabel 5.27 diketahui bahwa proporsi balita kurus lebih besar memiliki kepala keluarga dan ibu yang berpendidikan tinggi sebesar 14,5% dan 14,2%. Sementara balita normal memiliki orangtua yang berpendidikan rendah sebesar 86,3% dan 86,2%. Tidak ada hubungan antara pendidikan orangtua dengan status gizi ($p>0,05$).

Tabel 5.28 Hubungan Pekerjaan Orangtua dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Pekerjaan	Kurus		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kepala Keluarga						
Tidak Bekerja	226	13.4	1465	86.6	0.436	0.944
Bekerja	2501	14.1	15297	85.9		
Ibu						
Tidak Bekerja	1847	14.5	10905	85.5	0.005	1.123
Bekerja	1045	13.1	6928	86.9		

Selanjutnya seperti yang terlihat pada tabel 5.28 diketahui bahwa balita kurus proporsinya lebih besar pada keluarga yang memiliki kepala keluarga bekerja (14,1%) dan ibu yang tidak bekerja (14,5%). Dan balita dengan gizi normal memiliki kepala keluarga yang tidak bekerja (86,6%) dan ibu yang bekerja (86,9). Hasil uji Kai Kuadrat diketahui ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan orangtua dengan status gizi ($p < 0,05$).

Tabel 5.29 Hubungan Jumlah Balita dalam Keluarga dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Jumlah Balita	Kurus		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Sedikit	2160	13.8	13543	86.2	0.144	0.935
Banyak	732	14.6	4290	85.4		

Kemudian untuk variabel jumlah balita, hasil analisis yang terlihat pada tabel 5.29 diketahui bahwa balita kurus proporsinya lebih besar memiliki keluarga dengan jumlah balita lebih dari satu orang (14,6%). Tidak ada hubungan antara jumlah balita dalam keluarga dengan status gizi ($p > 0,05$).

Sedangkan tabel 5.30 terlihat balita dengan jumlah anggota rumah tangga proporsinya lebih besar memiliki keluarga kecil (4 orang), sedangkan balita gizi normal memiliki keluarga besar (86,6%). Berdasarkan hasil analisis tidak ditemukan hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi ($p < 0,05$).

Tabel 5.30 Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Jumlah ART	Kurus		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kecil	1467	14.6	8596	85.4	0.012	0.106
Besar	1425	13.4	9237	86.6		

Selanjutnya, seperti yang terlihat pada tabel 5.31 diketahui bahwa proporsi balita kurus lebih besar memiliki rumah yang tergolong luas (14,1%) dan jenis lantai bukan tanah (14,0%). Sedangkan balita gizi normal memiliki rumah dengan kategori sempit (86,3%) dan berlantai tanah (86,9%). Berdasarkan hasil uji Kai Kuadrat tidak ditemukan hubungan antara luas dan jenis lantai dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.31 Hubungan Luas dan Jenis Lantai Rumah dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Variabel	Kurus		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Luas Lantai						
Sempit	854	13.7	5399	86.3	0.418	0.965
Luas	2038	14.1	12434	85.9		
Jenis Lantai						
Tanah	207	13.1	1379	86.9	0.280	0.920
Bukan Tanah	2685	14.0	16454	86.0		

Tabel 5.32 menunjukkan bahwa balita kurus lebih besar proporsinya tinggal di daerah yang tidak kumuh (14,0%). Sebaliknya balita dengan gizi normal lebih besar tinggal di daerah kumuh (86,3%). Tidak terdapat hubungan antara kondisi lingkungan rumah dengan status gizi ($p > 0,05$).

Tabel 5.32 Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Kondisi Lingkungan Rumah	Kurus		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Kumuh	619	13.7	3893	86.3	0.606	0.975
Tidak Kumuh	2273	14.0	13940	86.0		

Hasil pada tabel 5.33 menunjukkan balita kurus proporsinya lebih besar tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (14,6%), sedangkan yang memanfaatkan layanan kesehatan hanya 13,8% saja. Tidak ada hubungan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi ($p>0,05$).

Tabel 5.33 Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Kurus		Normal		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Tidak	574	14.6	3352	85.4	0.193	1.068
Ya	2298	13.8	14330	86.2		

5.6.3 Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi BB/TB

Tabel 5.34 Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi BB/TB pada Balita di Indonesia Tahun 2010

Status Ekonomi	Kurang		Baik		p-Value	OR
	n	%	n	%		
Rendah	1368	13.6	8700	86.4	0.139	0.942
Tinggi	1524	14.3	9133	85.7		

Hasil tabel 5.34 diketahui proporsi balita kurus yang merupakan keluarga miskin sebesar 13,6%. Lebih besar merupakan keluarga tidak miskin (14,3%). Tidak ada hubungan bermakna antara status miskin dengan status gizi ($p>0,05$).

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder Riskesdas 2010. Selayaknya penggunaan data sekunder dalam analisis data, peneliti sangat menyadari bahwa penelitian ini memiliki banyak kekurangan dan keterbatasan terutama yang menyangkut dengan variabel independen yang diteliti terbatas pada data yang tersedia dalam kuesioner Riskesdas 2010 saja, sehingga variabel lain yang mungkin lebih berpengaruh terhadap status gizi pada balita 0 – 59 bulan seperti penyakit infeksi tidak dapat dianalisis dalam penelitian ini.

Penelitian ini menggunakan disain potong lintang (*cross sectional*). Populasi penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh anak berusia 0 – 59 bulan yang akan dijadikan sampel penelitian sebanyak 21730 anak. Diantara variabel independen yang diteliti terdapat tiga variabel yang memiliki nilai hilang (*missing*), yakni variabel pendidikan kepala keluarga, pekerjaan kepala keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Namun data *missing* yang terdapat dalam penelitian ini tidak mempengaruhi kualitas data penelitian, karena jumlahnya tidak lebih dari 10%.

Selain keterbatasan variabel tersebut, penelitian ini juga memiliki keterbatasan dalam hal pengukuran konsumsi makanan individu dalam Riskesdas 2010 menggunakan metode *food recall* 24 jam yang hanya dilakukan satu hari saja. Seperti yang diketahui metode *food recall* hanya mengandalkan daya ingat dan pemahaman dari ibu balita, dan kurang menggambarkan asupan sehari-hari anak yang menjadi sampel dalam penelitian ini.

6.2 Gambaran Status Gizi pada Balita 0 – 59 Bulan di Indonesia Tahun 2010

Dari hasil analisis univariat diperoleh proporsi jenis kelamin anak laki-laki lebih besar dibandingkan anak perempuan. Dalam penelitian ini anak dibagi dalam empat kelompok yaitu 0 – 6 bulan, 7 – 11 bulan, 12 – 47 bulan, dan 48 – 59 bulan. Proporsi balita umur 12 – 47 bulan lebih besar.

Status gizi anak balita dinilai berdasarkan hasil pengukuran berat badan menurut umur, tinggi/panjang badan menurut umur dengan klasifikasi WHO-NCHS. Dari hasil analisis univariat proporsi anak gizi buruk lebih besar pada kelompok umur 48 – 59 bulan dan gizi kurang lebih besar pada anak kelompok umur 12 – 47 bulan. Anak dengan status gizi sangat pendek dan pendek lebih besar proporsinya pada kelompok 48 – 59 bulan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Primiyanti (2011) yang menemukan hasil bahwa semakin tinggi kelompok umur balita semakin besar pula proporsi gizi kurang dan kependekan pada balita.

6.3 Hubungan Asupan Energi dengan Status Gizi

Tingkat keadaan gizi optimal dicapai apabila kebutuhan zat gizi juga terpenuhi secara optimal. Namun perlu diketahui bahwa konsumsi gizi masa anak memberi andil terhadap status gizi masa dewasa anak tersebut (Winarno, 1987). Kebutuhan energi sebesar 70% yang ditetapkan para ahli merupakan kebutuhan minimal yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas yang paling ringan seperti metabolisme basal yang merupakan kebutuhan energi minimal yang dibutuhkan tubuh untuk melakukan proses tubuh vital seperti pernafasan, peredaran darah, kerja ginjal, jantung dan alat tubuh lainnya. Sehingga bila asupan energi kurang dari 70% akan mengganggu proses tubuh.

Kekurangan energi terjadi bila konsumsi energi melalui makanan kurang dari energi yang dikeluarkan sehingga tubuh akan mengalami keseimbangan energi negatif. Akibatnya berat badan kurang dari berat badan seharusnya. Bila terjadi pada

bayi dan anak-anak akan menghambat pertumbuhan. Gejala yang ditimbulkan dapat menurunkan daya tahan terhadap penyakit dan infeksi

Hasil penelitian ini diperoleh proporsi balita yang gizi kurang dan pendek pada anak kelompok umur 0 – 6 bulan lebih besar yang mengkonsumsi energi lebih ($< 100\%$). Hal ini kemungkinan disebabkan oleh pengukuran konsumsi makanan individu yang dilakukan Riskesdas 2010 menggunakan metode *food recall* 24 jam hanya satu hari saja. Apabila pengukuran dilakukan hanya 1 kali (1x24 jam), maka data yang diperoleh kurang mewakili untuk menggambarkan kebiasaan makanan individu. Oleh karena itu, *recall* 24 jam sebaiknya dilakukan berulang-ulang dan harinya tidak berturut-turut (Supariasa dkk, 2002).

Kemungkinan lain, bayi umur 0 – 6 bulan tidak diberi ASI eksklusif dan terlalu dini diberikan makanan lain selain ASI, sehingga asupannya lebih namun menyebabkan bayi mengalami penyakit infeksi seperti diare. Ada hubungan erat antara gizi buruk dan penyakit infeksi yang saling timbal balik (Moehji, 2003). Pada penelitian ini tidak diperoleh hubungan antara asupan energi dengan status gizi BB/U ($p > 0,05$). Ini tidak sejalan dengan penelitian Putri (2011) yang menemukan hubungan antara kasus gizi kurang dengan asupan energi.

6.4 Hubungan Karakteristik Kemiskinan dengan Status Gizi

6.4.1 Pendidikan Orangtua

Menurut Khomsan (2006), beberapa faktor yang mempengaruhi individu dalam memilih jenis dan jumlah makanan sebagai sumber gizi yaitu sosial, budaya, kebiasaan dan kesukaan, pengetahuan dan tingkat pendidikan serta faktor ekonomi. Kurangnya pengetahuan tentang gizi dan pengolahan makanan murah menyebabkan ibu hanya melihat bagaimana cara berhemat tetapi anak tetap makan akibatnya pemenuhan gizi anak tidak terjamin (Andria, 1999).

Banyak teori yang menjelaskan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Namun, hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan orangtua (kepala keluarga dan ibu) dengan status gizi balita BB/U maupun TB/U ($p > 0,05$). Hasil penelitian ini

sejalan dengan penelitian Sumiati (2004) bahwa tidak ada hubungan antara status gizi balita keluarga miskin dengan pendidikan ibu. Namun, berbeda dengan hasil temuan Hernawati (1998) yang menemukan bahwa kasus gizi kurang banyak ditemukan pada ibu yang berpendidikan rendah.

Balita yang mengalami gizi kurang memiliki orangtua yang berpendidikan tinggi. Sedangkan balita dengan gizi baik lebih besar proporsinya pada orangtua yang berpendidikan rendah. Hal ini mungkin disebabkan oleh orangtua yang berpendidikan tinggi umumnya bekerja, sehingga sibuk dan kurang memperhatikan perawatan balitanya. Pendidikan yang tinggi akan lebih memungkinkan memperoleh pekerjaan yang lebih baik (Ansori, 1996).

Sedangkan balita gizi baik justru proporsinya lebih besar pada keluarga yang memiliki pendidikan rendah. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan pola pengasuhan anak. Anak yang diasuh oleh ibu yang berpendidikan dan mengerti soal ASI, Posyandu, dan kebersihan walaupun miskin balitanya tetap sehat (Soekirman, 2011). Selain itu, keterpaparan informasi pada orangtua melalui media massa juga dapat mempengaruhi pengetahuan orangtua balita. Seperti yang dijelaskan oleh Apriadji (1986) bahwa belum tentu ibu dengan tingkat pendidikan rendah kurang mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi, karena walaupun berpendidikan rendah bila ibu balita rajin mendengarkan atau mengikuti penyuluhan gizi bukan mustahil pengetahuan gizinya akan lebih baik.

Selain itu, pendidikan formal belum tentu diikuti oleh pengetahuan gizi khususnya bagaimana cara memberikan makanan yang baik (memenuhi syarat gizi) untuk anaknya. Kemungkinan lain karena berbagai faktor misalnya keadaan ekonomi keluarga karena merupakan keluarga miskin sehingga daya beli rendah, disamping itu juga karena faktor kebiasaan makan, tradisi dan keadaan lingkungan juga turut menentukan.

6.4.2 Pekerjaan Orangtua

Hasil penelitian ini ditemukan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan status gizi BB/TB ($p=0,005$). Hasil ini sejalan dengan penelitian Putri (2011) dan Astuti (2004). Keluarga miskin dicerminkan oleh profesi atau pekerjaan yang biasanya adalah buruh atau pekerja kasar yang berpendidikan rendah (Bappenas, 2007).

Proporsi balita gizi kurang dan balita pendek lebih banyak pada keluarga yang orangtuanya tidak bekerja, kemungkinan disebabkan proporsi balita gizi kurang dan pendek ini merupakan keluarga yang berada pada status ekonomi rendah. Bila kepala keluarga tidak bekerja, ini menyebabkan ibu yang akan bekerja untuk mencukupi kebutuhan keluarga yang akan mempengaruhi daya beli keluarga terhadap pangan dan secara tidak langsung berpengaruh pada status gizi. Sedangkan balita dengan gizi baik memiliki orangtua yang bekerja. Hal ini memungkinkan keluarga mampu mencukupi kebutuhan makanan keluarga karena orangtua yang bekerja. Orangtua yang bekerja kemungkinan lebih mudah menerima dan menyerap informasi-informasi baru yang berkaitan dengan masalah kesehatan dan akan mempengaruhi pengasuhan terhadap balitanya (Ansori, 1996).

6.4.3 Jumlah Balita dalam Keluarga

Hasil analisis bahwa tidak ada hubungan antara jumlah balita dalam keluarga dengan status gizi ($p>0,05$). Hasil ini sejalan dengan penelitian Putri (2011) yang juga tidak menemukan hubungan antara jumlah balita dengan status gizi. Namun, hasil penelitian ini menunjukkan ternyata keluarga balita gizi kurang memiliki balita lebih dari satu orang. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Astuti (2004), yang menyimpulkan adanya hubungan yang bermakna antara status gizi dengan jumlah balita. Keluarga yang mempunyai balita < 2 , balita gizi kurang sebesar 31,1% sedangkan keluarga yang mempunyai balita ≥ 2 berstatus gizi kurang sebanyak 31,2%.

Jumlah anak dalam satu keluarga dapat mempengaruhi status gizi anak-anak tersebut (Soetjiningsih, 1995). Hal ini disebabkan keluarga dengan keadaan sosial ekonominya cukup memiliki jumlah anak yang banyak akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang pada si anak. Sedangkan pada keluarga dengan keadaan sosial ekonomi kurang yang memiliki jumlah anak banyak akan mengakibatkan selain kurang kasih sayang dan perhatian juga kebutuhan akan makanan pun akan tidak terpenuhi.

Semakin banyak jumlah anak dalam satu keluarga akan semakin besar tanggungan kepala keluarga dalam memenuhi kebutuhan material, spiritual anggota keluarganya. Dengan demikian pembatasan jumlah anak perlu diperhatikan agar tercapai keluarga yang sejahtera (BPS, 2009).

Salah satu ciri keluarga miskin ditandai dengan tingkat kehamilan tinggi karena kurangnya pengetahuan tentang keluarga berencana sehingga mendorong keluarga miskin untuk memiliki anak dengan jarak lahir yang dekat. Selain itu, adanya anggapan bahwa anak dapat menjadi tenaga kerja yang memberi tambahan pendapatan bagi keluarga. Namun demikian, banyaknya anak akan mengakibatkan besarnya beban anggota keluarga dalam sebuah rumah tangga miskin (Bappenas, 2007).

6.4.4 Jumlah Anggota Rumah Tangga

Penelitian menemukan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota rumah tangga dengan status gizi balita BB/TB ($p=0,012$). Proporsi balita gizi kurang lebih besar pada keluarga kecil, sedangkan status gizi baik merupakan keluarga besar. Anggota rumah tangga yang lebih kecil merupakan faktor protektif terhadap status gizi. Jumlah anggota rumah tangga yang besar akan mempengaruhi distribusi makanan terhadap anggota keluarga, terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan pangan, sehingga akan berisiko terhadap kejadian gizi kurang. Hal ini sejalan dengan pendapat Berg (1986) yang menyatakan bahwa anak yang mengalami gizi kurang dari keluarga besar hampir 5 kali lebih besar dibandingkan dengan keluarga kecil.

Demikian pula dengan hasil penelitian Alibirwin (2001) yang dikutip oleh Astuti (2002), bahwa keluarga yang memiliki jumlah anggota rumah tangga lebih dari 6 orang akan mengalami KEP 2,29 kali lebih besar daripada keluarga yang jumlah anggota keluarganya kurang atau sama dengan 6 orang. Menurut Suhardjo (1989) keluarga yang sangat miskin, untuk memenuhi kebutuhan makanan akan lebih mudah jika jumlah orang yang diberi makan lebih sedikit.

Penelitian Sudirman (1992) seperti yang dikutip Agustine (2004) yang menyebutkan bahwa jumlah anggota keluarga yang semakin besar tanpa diikuti oleh peningkatan pendapatan akan memperburuk status gizi keluarga secara keseluruhan. Haryanti (1999) menyatakan walaupun jumlah keluarga besar namun bila distribusi makanan pada balita relatif tidak berbeda antara keluarga besar dan keluarga kecil, maka jumlah anggota keluarga menjadi tidak menjadi masalah jika ketersediaan pangan keluarga cukup dan pola distribusi pangan juga merata.

6.4.5 Luas dan Jenis Lantai Rumah

Rumah merupakan kebutuhan dasar manusia selain sandang dan pangan. Rumah merupakan tempat berlindung dan tempat tinggal bagi anggota keluarga. Oleh karena itu aspek kesehatan dan kenyamanan menjadi hal yang penting dalam memilih rumah tinggal (Susenas, 2004).

Rumah tangga yang menggunakan jenis lantai tanah merupakan salah satu ciri kemiskinan. Tampak bahwa rumah tangga miskin yang menggunakan jenis lantai tanah cenderung menjadi lebih miskin dibandingkan dengan jenis lantai bukan tanah. Namun perlu dicatat, bahwa ada beberapa daerah yang memang sengaja menggunakan lantai jenis tanah sebagai bagian dari sosio-kultural masyarakatnya, sehingga tidak bisa menilai bahwa mereka merupakan keluarga yang miskin (BPS, 2008).

Hasil analisis dari Kai Kuadrat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara luas lantai rumah dengan status gizi balita ($p > 0,05$). Namun, proporsi gizi kurang dan balita pendek lebih besar pada keluarga yang memiliki rumah yang tergolong sempit. Menurut Departemen Kesehatan sebuah rumah dikategorikan sebagai rumah yang

sehat dan baik apabila luas lantai hunian yang ditempati minimal 8 m² per orang, sedangkan menurut WHO minimal 10 m² (BPS, 2004).

6.4.6 Kondisi Lingkungan Rumah

Anak balita sebagai golongan yang rentan akan mudah terserang penyakit bila lingkungan rumah kotor yang memungkinkan berkembang biaknya penyakit. Hal ini akan mengakibatkan lemahnya kondisi tubuh dan hilangnya nafsu makan sehingga berdampak pada status gizi balita. Hal ini juga dipertegas oleh Soekirman (1985) dan BPS (2004), bahwa keadaan rumah dan lingkungan akan mempengaruhi kesehatan anak balita, yang secara tidak langsung akan mempengaruhi status gizi balita.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kondisi lingkungan rumah dengan status gizi balita ($p>0,05$). Lebih dari sebagian balita tinggal di daerah yang tidak kumuh. Namun diperoleh hasil bahwa balita yang gizi kurang dan balita pendek proporsinya lebih besar yang tinggal di daerah kumuh. Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian AT (2002) yang menyatakan ada hubungan bermakna antara lingkungan rumah dengan status gizi balita.

6.4.7 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang layak dan cukup merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap status kesehatan baik individu maupun masyarakat (Notoatmodjo, 2003). Cakupan pelayanan kesehatan dasar terutama imunisasi, penanganan diare, tindakan cepat pada balita gizi kurang, penyulihan kesehatan dan gizi, pelayanan Posyandu, dan kebersihan lingkungan akan menentukan tingginya kejadian penyakit infeksi yang berpengaruh pada status gizi balita.

Hasil analisis pada penelitian ini diketahui tidak ada hubungan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi balita ($p>0,05$). Namun, diperoleh hasil proporsi balita gizi kurang, pendek dan kurus lebih besar tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hal ini kemungkinan karena balita tersebut merupakan keluarga yang berstatus ekonomi rendah yang tidak mampu membayar

pelayanan kesehatan. Karena adanya instansi kesehatan baik swasta dan pemerintah yang membedakan pelayanan antara pasien ekonomi rendah dengan yang mampu membayar lebih. Selain itu juga, kemungkinan orangtua kurang memperoleh informasi mengenai pelayanan kesehatan yang tersedia baik administrasi, pelayanan, dan sebagainya sehingga tak urung mereka enggan memanfaatkan pelayanan kesehatan (Lestari, 2008).

6.4.8. Hubungan Status Ekonomi dengan Status Gizi

Susenas (2004) menyatakan, pada keluarga miskin semakin besar rata-rata pengeluaran rumah tangga setiap bulan, semakin baik status gizi balitanya. Namun, hasil penelitian ini diperoleh hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan status gizi TB/U ($p=0,001$) dan status gizi BB/U ($p=0,005$). Selain itu, diperoleh hasil proporsi lebih besar balita pendek berada pada keluarga tidak miskin. Hal ini mungkin dapat dijelaskan bahwa kasus kurang gizi tidak hanya ditemukan pada keluarga miskin saja. Namun merata di keluarga miskin dan tidak miskin.

Selain itu, kemungkinan karena adanya perubahan status ekonomi keluarga, yang dulunya merupakan keluarga ekonomi rendah pada saat ini keadaan ekonomi keluarga sudah membaik. Karena status gizi TB/U merupakan indikator yang baik dalam menjelaskan keadaan gizi kronis (masa lalu) (Supriasa dkk, 2002). Kekurangan zat gizi berulang dalam kurun waktu lama pada masa janin sampai usia 2 tahun pertama kehidupan akan menyebabkan kependekan (*stunting*) (Moehji, 2003).

Kemiskinan yang berlangsung lama (kronis) menyebabkan keluarga tidak mampu secara ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar karena terbatasnya sumber penghasilan, kurangnya akses untuk memperoleh jasa pelayanan umum dan kesejahteraan sosial, serta rendahnya kualitas SDM (Irawan dan Romdiati, 2000).

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. (2009). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Agustine, Rita. (2004). *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Status Gizi Pada Balita Di Wilayah Puskesmas Kelurahan Pulau Kelapa Kabupaten Kepulauan Seribu Provinsi DKI Jakarta Tahun 2004*. Skripsi. FKM-UI.
- Ansori, M. (1996). *Latar Belakang Sosial Ekonomi Rumah Tangga Dalam Kaitannya Dengan Status Gizi Balita Pada Rumah Tangga Nelayan Dan Petani*. Skripsi. Depok: FKM-UI.
- Apriadi, WH. (1986). *Gizi Keluarga (Seri: Kesejahteraan Keluarga)*. Jakarta: PT. Penebar Swadaya.
- Aritonang, I. dan Priharsiwi, E. (2005). *Status Bekerja Ibu Kaitannya dengan Pola Pemberian Makan, Pola Asuh Makan, Tingkat Kecukupan Energi, Protein dan Status Gizi Anak Usia 0 – 59 bulan di Perumahan Nogotirto Yogyakarta*. Dalam Prosiding Temu Ilmiah Kongres XIII PERSAGI, 2005.
- Astuti, Rahayu. (2004). *Peran Penyakit Infeksi, Sosial Ekonomi Dan Sanitasi Lingkungan Dalam Mempengaruhi Status Gizi Balita Di Pedesaan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2002*. Tesis. Depok: FKM-UI
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2010). *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Balitbangkes.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2007). *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006 – 2010*. Bappenas.
- _____. (2011). *Target Penurunan Kemiskinan Belum Tercapai*. Berita Harian Bappenas (02/12/2011).
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Analisis dan Penghitungan tingkat Kemiskinan 2008*. Jakarta. <http://daps.bps.go.id>.
- _____. (2004). *Statistik Perumahan dan Permukiman*. Jakarta
- _____. (2005). *Pengeluaran Untuk Konsumsi Penduduk Indonesia 2005*. Jakarta.
- _____. (2002). *Statistik Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta.

- _____. (2011). *Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin, Garis Kemiskinan, Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1) dan IndeksKeperahan Kemiskinan (P2) Menurut Provinsi 2011*. Jakarta. www.bps.go.id.
- Berg, A. (1986). *Peranan Gizi Dalam Pembangunan Nasional*. Jakarta: Penerbit CV. Rajawali.
- Depkes RI (2003). *Pedoman Umum Gizi Seimbang (Panduan Untuk Petugas)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. (2000). *Situasi Pangan dan Gizi Indonesia*. Depkes RI, Jakarta.
- Djasmidar, AT. (1999). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Status Gizi Baik Anak Usia 6 – 17 bulan pada Keluarga Miskin di Jakarta Utara, Kab.Bogor, Kab. Lombok Timur*. Tesis. FKM-UI Depok.
- Gibson, RS. (2005). *Principles of Nutritional Assessment (2nd Edition)*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Hardisman. (2008). *Peranan Pemberdayaan Perempuan dan Analisis Gender pada Penentuan Kebijakan Pengentasan Malnutrisi di Indonesia*. Arikel Penelitian. Bagian Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Hartriyanti dan Triyanti. (2009). *Penilaian Status Gizi dalam Gizi dan Kesehatan Masyarakat Edisi Revisi*. Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM-UI. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hernawati. (1998). *Karakteristik Status Gizi Anak Balita Berdasarkan Perbedaan Status Sosial Ekonomi Pada Beberapa Taman Penitipan Anak Di DKI Jakarta Tahun 1998*. Skripsi. Depok: FKM-UI
- Irawan, P.B dan Romdiati, H. (2000). *Dampak Krisis Ekonomi Terhadap Kemiskinan dan Beberapa Implikasinya untuk Strategi Pembangunan*. Dalam Prosiding Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VII. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Jahari, A.b. (2002). *Penilaian Status Gizi dengan Antropometri (Berat Badan dan Tinggi Badan)*. KONAS XIII Persagi.

- Jus'at, dkk. (2000). *Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara dan di Pedesaan Kabupten Bogor-Jawa Barat dalam* Prosiding WNPG VII. LIPI. Jakarta.
- Keman, Soedjadi. (2005). *Kesehatan Perumahan dan Lingkungan Perumahan*. Jurnal Kesehatan Lingkungan, Vol.2, No.1, Juli 2005, 29 -42.
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). *PANDUAN PENYELENGGARAAN PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN PEMULIHAN BAGI BALITA GIZI KURANG*. Jakarta.
- _____. (2011). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1995/Menkes/SK/XII/2010 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Direktorat Jenderal Bina Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak. Direktorat Bina Gizi.
- Khomsan, A. (2006). *Solusi Makanan Sehat*. Jakarta: PT. Raja Grafindo.
- Lestari, TRP. (2008). *Pelayanan Rumah Sakit bagi Masyarakat Miskin (Studi Kasus di Enam Wilayah Indonesia)*. Artikel Penelitian. Pusat Pengkajian Pengolah Data Informasi Sekretariat Jenderal DPR RI.
- Mankiw, N.G. (2003). *Pengantar Ekonomi (Jilid 1)*. Harvard University. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Marsuki (2009). *Analisis Perekonomian Nasional & Internasional*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Moehji, S. (2003). *Pemeliharaan Gizi Bayi dan Balita*. Jakarta: Bhartara Karya Aksara.
- Nency, Y dan Arifin, MT. (2005). *Gizi Buruk Ancaman Generasi yang Hilang*. Inovasi Online, edisi vol 5/XVII/November. [Http/www.google.co.id](http://www.google.co.id)
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Primiyantri, Irene. (2011). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita (Kelompok Umur 0 – 6 Bulan, 7 – 11 Bulan, 12 – 23 Bulan, 24 – 35 Bulan, 36 – 59 Bulan) Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010)*. Tesis. Depok: FKM-UI.

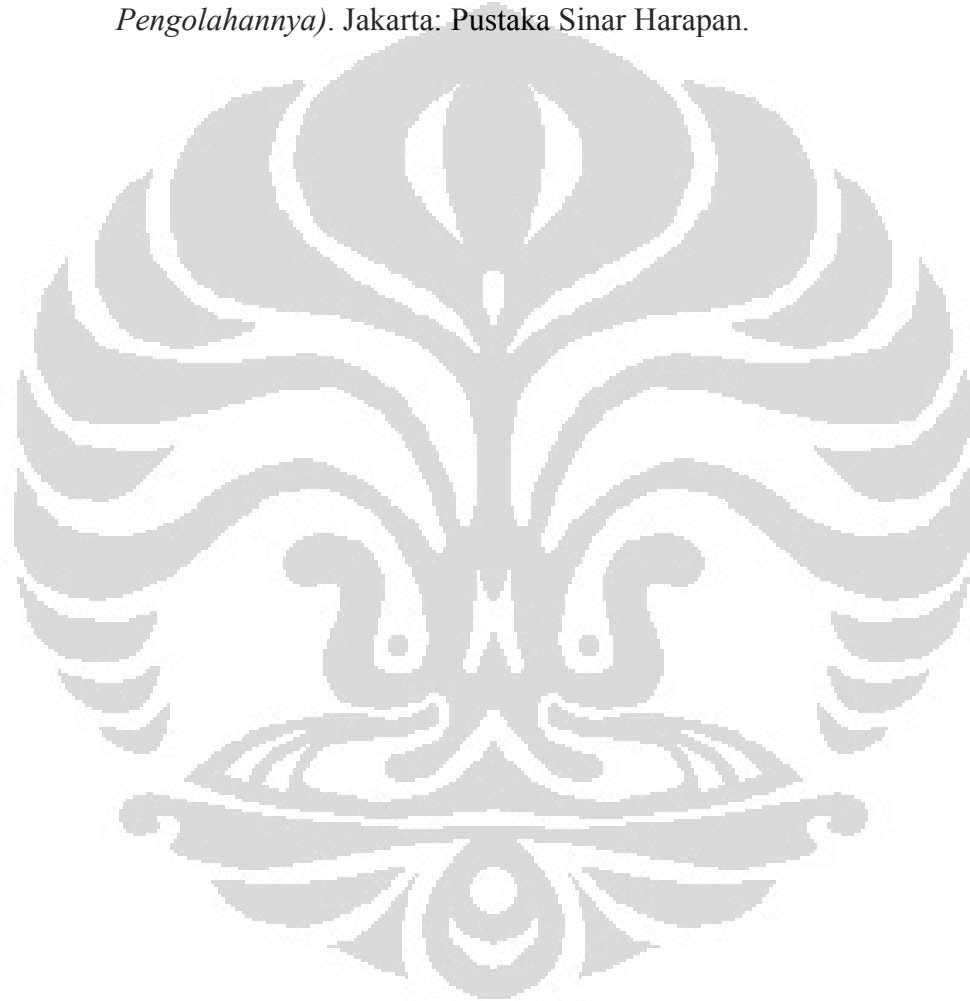
- Putri, Dwi. S.K (2011). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Wasting Pada Anak Umur 6 – 59 Bulan Di Indonesia Tahun 2010 (Analisis Data Riskesdas 2010)*. Tesis. Depok: FKM-UI
- Raharto, A. dan Romdiati, H. (2000). Identifikasi Rumah Tangga Miskin. Dalam Prosiding Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VII. Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
- Roestam, Soepardjo. (1993). *Pembangunan Nasional untuk Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta: PT. Aula Pilar Mas.
- Sartika, RAD. (2008). *Analisis Pemanfaatan Program Pelayanan Kesehatan Status Gizi Balita*. Artikel Penelitian. Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Sediaoetama, AD. (1993). *Ilmu Gizi*. Jilid III. Dian Rakyat, Jakarta.
- Sjarif, D.R. (2002). *Evaluasi dan Tata Laksana Obesitas pada Anak*. Prosiding Simposium Temu Ilmiah Akbar 2002. Jakarta: Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Soekirman. (2005). *Gizi Buruk, Kemiskinan, dan KKN*. <http://www.unisosdem.org>
- _____ (2005) *Perlu Paradigma Baru Untuk Menanggulangi Masalah Gizi Makro di Indonesia*. <http://gizi.depkes.go.id>
- Soetjiningsih. (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Subandi. (2011). *Ekonomi Pembangunan*. Bandung: Alfabeta.
- Suhardjo. (1989). *Perencanaan Pangan dan Gizi*. IPB, Bogor.
- Sumiati, Eti. (2004). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita Gakin PascaProgram PMT-P Di Kecamatan Tebet Kotamadya Jakarta Selatan Tahun 2004*. Skripsi. Depok: FKM-UI.
- Supariasa IDN, dkk. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

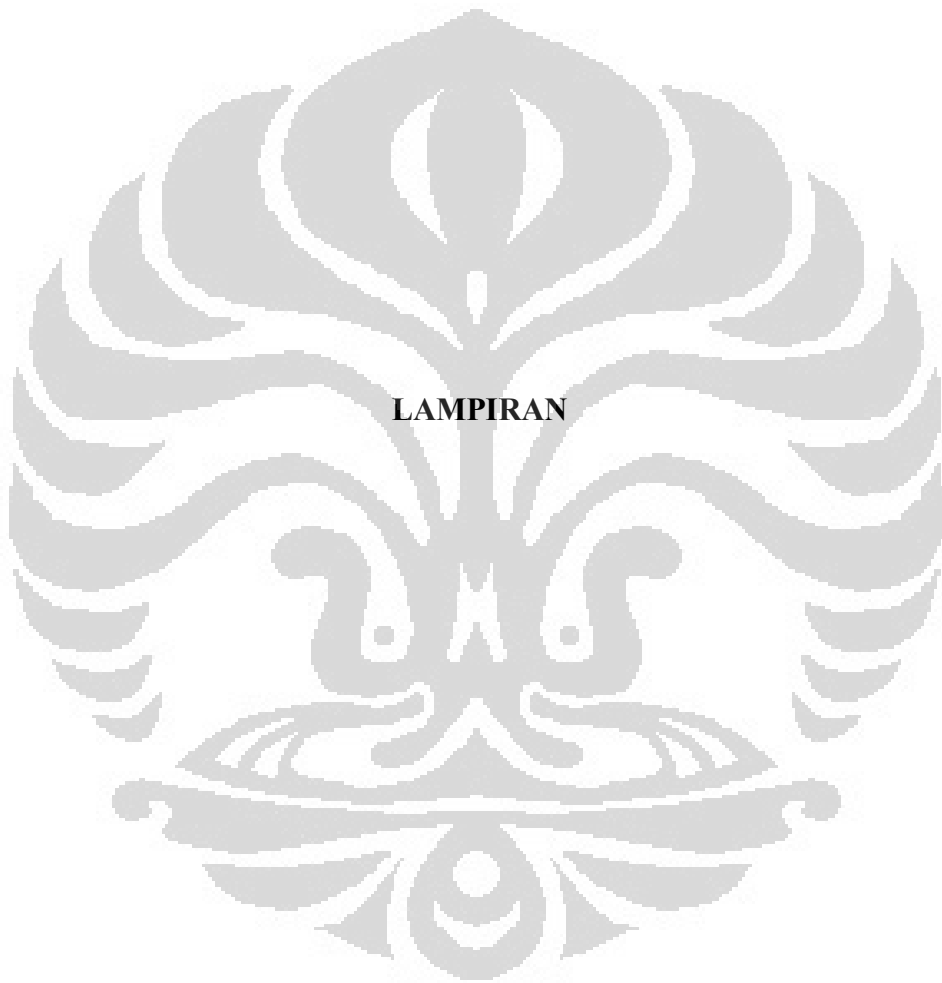
Susenas. (2004). *Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.

UNDP. (2011). *Human Development Report 2011*. <http://www.undp.or.id>

UNICEF. (1990). *The State The World Children 1990*. Oxford University Press.

Winarno, F.G. (1987). *Gizi dan Makanan Bagi Bayi-Anak Sapihan (Pengadaan dan Pengolahannya)*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.







REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN
RISET KEKAWA
KEMENTERIAN KESEHATAN
RISET KEKAWA

Lampiran 2

Riskesdas 2010-DSRT





REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN
RISRET KESEHATAN DASAR 2010
(RISKESDAS 2010)
DAFTAR SAMPEL RUMAH TANGGA

I. PENGENALAN TEMPAT

1	Provinsi			<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	Kabupaten/Kota*)			<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Kecamatan			<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Desa/Kelurahan*)			<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Klasifikasi desa/kelurahan	1.Perkotaan	2. Perdesaan		<input type="text"/>
6	Nomor Blok Sensus			<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Nama SLS				
8	Nomor Kode Sampel/NKS			<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. KETERANGAN PETUGAS

URAIAN	NAMA	NIP
PJT KABUPATEN/KOTA		
KETUA TIM PENGUMPUL DATA		

CATATAN

--

*) Coret yang tidak perlu

IV. KETERANGAN RUMAH TANGGA TERPILIH UTAMA

No.Urut Sampel Ruta	Nomor SLS	Nomor			Nama Kepala Rumah Tangga	Jumlah Anggota Rumah Tangga
		Bangunan Fisik	Bangunan Sensus	Rumah Tangga SP2010		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

V. KETERANGAN RUMAH TANGGA TERPILIH CADANGAN

No.Urut Sampel Ruta	Nomor SLS	Nomor			Nama Kepala Rumah Tangga	Jumlah Anggota Rumah Tangga
		Bangunan Fisik	Bangunan Sensus	Rumah Tangga SP2010		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
26						
27						
28						
29						
30						



Lampiran 1

Riskesdas 2010-L



**REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN
RISET KESEHATAN DASAR 2010
(RISKESDAS 2010)
DAFTAR BANGUNAN DAN RUMAH TANGGA**

I. PENGENALAN TEMPAT			
1	Provinsi		□ □
2	Kabupaten/Kota*)		□ □
3	Kecamatan		□ □ □
4	Desa/Kelurahan*)		□ □ □
5	Klasifikasi desa/kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	□
6	Nomor Blok Sensus		□ □ □ □
7	Nama SLS		
8	Nomor Kode Sampel/NKS		□ □ □ □ □ □
II. RINGKASAN			
A. Banyaknya Rumah Tangga		□ □ □	
B. Banyaknya Anggota Rumah Tangga		□ □ □	
III. KETERANGAN PETUGAS PENYALIN			
NAMA PETUGAS			
NIP			
TANGGAL PENYALINAN			
TANDA TANGAN			

*) Coret yang tidak perlu

IV. DAFTAR BANGUNAN DAN RUMAH TANGGA

Nama SLS	Nomor			No. Urut Rumah Tangga Biasa	No. Urut Rumah Tangga Terpilih	Nama Kepala Rumah Tangga	Jumlah Anggota Rumah Tangga
	Bangunan Fisik	Bangunan Sensus	Rumah Tangga SP2010				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
A. Jumlah halaman ini							
B. Jumlah halaman sebelumnya							
C. Jumlah sampai dengan halaman ini							

IV. DAFTAR BANGUNAN DAN RUMAH TANGGA

Nama SLS	Nomor			No. Urut Rumah Tangga Biasa	No. Urut Rumah Tangga Terpilih	Nama Kepala Rumah Tangga	Jumlah Anggota Rumah Tangga
	Bangunan Fisik	Bangunan Sensus	Rumah Tangga SP2010				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
A. Jumlah halaman ini							
B. Jumlah halaman sebelumnya							
C. Jumlah sampai dengan halaman ini							

IV. DAFTAR BANGUNAN DAN RUMAH TANGGA

Nama SLS	Nomor			No. Urut Rumah Tangga Biasa	No. Urut Rumah Tangga Terpilih	Nama Kepala Rumah Tangga	Jumlah Anggota Rumah Tangga
	Bangunan Fisik	Bangunan Sensus	Rumah Tangga SP2010				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
A. Jumlah halaman ini							
B. Jumlah halaman sebelumnya							
C. Jumlah sampai dengan halaman ini							

V. PENENTUAN ANGKA RANDOM

Halaman			
Baris			
Kolom			
R1		R16	
R2		R17	
R3		R18	
R4		R19	
R5		R20	
R6		R21	
R7		R22	
R8		R23	
R9		R24	
R10		R25	
R11		R26	
R12		R27	
R13		R28	
R14		R29	
R15		R30	

VI. CATATAN



Lampiran 3
Naskah Penjelasan
dan
Informed Consent



**Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan R.I
Jalan Percetakan Negara 29
Jakarta 10560**

RISET KESEHATAN DASAR 2010

NASKAH PENJELASAN*

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan R.I mulai bulan Januari s/d Desember 2010 akan melakukan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2010) di 33 Provinsi di Indonesia, mencakup sekitar 70.000 rumah tangga (RT) yang tersebar di 2800 blok sensus (BS) di 441 kabupaten/kota.

Riskesdas 2010 ini merupakan riset nasional yang fokus mengumpulkan data yang berhubungan dengan tujuan pembangunan milenium (*Millenium Development Goals/MDG*). Data Riskesdas 2010 yang dikumpulkan mencakup penyakit malaria dan tuberkulosis paru, gizi, kesehatan ibu dan anak, perilaku kesehatan, konsumsi makanan individu, fasilitas pelayanan kesehatan, dan sanitasi lingkungan.

Adapun sasaran Riskesdas adalah rumah tangga dan anggota rumah tangga yang terpilih. Riset dilaksanakan dengan cara wawancara dan pengukuran, yang ditujukan kepada kepala rumah tangga dan semua anggota rumah tangga. Pada wawancara akan ditanyakan keterangan rumah tangga, keterangan diri, fasilitas pelayanan kesehatan, sanitasi lingkungan, penyakit menular (Malaria, Tuberkulosis), kesehatan ibu dan anak, pengetahuan dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, konsumsi makanan individu.

Pada pengukuran akan diukur tinggi badan/panjang badan dan berat badan. Sebagian anggota rumah tangga yang terpilih juga diperiksa darah untuk kepastian sakit malaria pada semua anggota rumah tangga, dan dahak untuk kepastian sakit TB paru pada umur 15 tahun keatas. Darah akan diambil dari ujung jari sebanyak 1-2 tetes, dilakukan dengan alat steril, satu alat dipakai untuk satu orang, dan dikerjakan oleh perawat/bidan/siswa perawat/siswa bidan/mahasiswa kedokteran yang sudah dilatih. Pada saat pengambilan darah akan ada sedikit rasa sakit seperti digigit semut, namun tidak ada risiko yang membahayakan. Sebelum pengambilan dan pemeriksaan darah dan dahak, kami akan menanyakan hal-hal tertentu untuk mengetahui apakah Bapak/Ibu/Sdr/Sdri/Anak mempunyai keadaan yang tidak memungkinkan dilakukannya pengambilan darah dan keadaan yang dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan tersebut.

Waktu yang tersita untuk wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan laboratorium seluruh anggota rumah tangga diperkirakan sekitar 2-3 jam, tergantung dari besarnya rumah tangga tersebut.

Manfaat langsung dari riset ini adalah diketahuinya keadaan kesehatan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri, seperti berat dan tinggi badan serta hasil pemeriksaan

laboratorium Malaria dan pemeriksaan dahak. Untuk sebagian anggota rumah tangga yang terpilih, manfaat ditambah dengan diketahuinya sakit malaria dan/atau tuberkulosis paru.

Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/Sdri bersifat sukarela tanpa paksaan dan bila tidak berkenan dapat menolak, atau sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Sebagai tanda terima kasih akan diberikan imbalan sebagai penggantian waktu yang tersita. Besar imbalan tersebut adalah Rp.50,000 per rumah tangga ditambah dengan Rp. 10,000 per individu yang diwawancarai konsumsi individu dan Rp. 10,000 per individu yang diambil sebagai sampel laboratorium.

Semua informasi dan hasil pemeriksaan yang berkaitan dengan kesehatan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri akan dijaga kerahasiaannya dan akan disimpan di Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Jakarta dan hanya digunakan untuk pengembangan kebijakan program kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Semua data tidak akan dihubungkan dengan identitas Bapak/Ibu/Sdr/Sdri.

Apabila Bapak/Ibu/Sdr/Sdri memerlukan penjelasan lebih lanjut mengenai riset ini, dapat menghubungi :

Prof. Dr. Agus Purwadianto, SH, M.Sc, Sp.F(K)
Kepala Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan R.I
Jalan Percetakan Negara 29, Jakarta Pusat 10560
Telpon (021) 4261088 ext 146, Fax (021) 4209866
Telp/sms (021) 98264854
email riskesdas@litbang.depkes.go.id

atau

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
2. DR. Sunarno Rano Widjojo, (HP 0811848473)
3. Dr Julianty Pradono, (HP 08121004523)

Apabila Bapak/Ibu/Sdr/Sdri memerlukan penjelasan atau ingin mengadakan hal-hal yang berhubungan dengan etik penelitian kesehatan, dapat menghubungi :

Prof. DR. Sudomo
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI
Jalan Percetakan Negara 29, Jakarta Pusat 10560
Tilpon (021) 4261088 ext. 106
Email : ke_bppk@litbang.depkes.go.id

Keterangan; *Naskah penjelasan hanya diberikan 1 (satu) pada setiap rumah tangga, dapat dibacakan beberapa kali untuk masing-masing anggota rumah tangga.

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)*
(INFORMED CONSENT untuk wawancara dan pengukuran)**

Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai hal yang berkaitan dengan Riset Kesehatan Dasar 2010 yang dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan R.I. Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi dalam riset ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila saya inginkan, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

No	Nama responden	Nomor Stiker	Tgl/bln/th	Tanda tangan/cap jempol diri sendiri	Tanda tangan/cap jempol wali syah.

Nama Saksi**	Tgl/bl/th	Tanda tangan

Keterangan:

- Responden yang boleh menandatangani *informed consent* adalah mereka yang telah berusia ≥ 15 tahun
- Bagi responden yang berusia kurang dari 15 tahun, *informed consent* ditandatangani oleh wali yang syah.

***PSP dibuat 2 rangkap:**

- Responden 1 lembar
- Tim pengumpul data 1 lembar, disatukan dalam kuesioner.

****Diluar tim pengumpul data, bisa orang yang mempunyai hubungan keluarga, tetangga atau Ketua RT.**

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)*
(INFORMED CONSENT untuk pemeriksaan darah malaria dan dahak TB)**

Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai hal yang berkaitan dengan Riset Kesehatan Dasar 2010 yang dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan R.I. Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi dalam riset ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila saya inginkan, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

No	Nama responden	Nomor Stiker	Jenis pemeriksaan**	Tgl/bln/th	Tanda tangan/cap jempol diri sendiri	Tanda tangan/cap jempol wali syah.

Nama Saksi***	Tgl/bl/th	Tanda tangan

Keterangan:

- Responden yang boleh menandatangani *informed consent* adalah mereka yang telah berusia ≥ 15 tahun
- Bagi responden yang berusia kurang dari 15 tahun, *informed consent* ditandatangani oleh wali yang syah.

***PSP dibuat 2 rangkap:**

- Responden 1 lembar
- Tim pengumpul data 1 lembar, disatukan dalam kuesioner.

****Ditulis pemeriksaan yang disetujui: malaria, malaria dan TB atau TB.**

*****Diluar tim pengumpul data, bisa orang yang mempunyai hubungan keluarga, tetangga atau Ketua RT.**



Lampiran 4

Kuesioner RT



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

RISET KESEHATAN DASAR 2010

PERTANYAAN RUMAH TANGGA DAN INDIVIDU

RAHASIA

RKD10. RT

I. PENGENALAN TEMPAT

Provinsi			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Kabupaten/Kota ¹⁾			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Kecamatan			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Desa/Kelurahan ²⁾			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan (K)	2. Perdesaan (D)			<input type="checkbox"/>				
a. Nomor RW									
b. Nomor RT									
Nomor Kode Sampel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomor urut sampel rumah tangga				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nomor urut rumah tangga SP 2010				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Terpilih sampel pemeriksaan laboratorium	1. Ya	2. Tidak			<input type="checkbox"/>				
Alamat rumah									

II. KETERANGAN RUMAH TANGGA

Nama kepala rumah tangga:				
Banyaknya anggota rumah tangga:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banyaknya balita (0-4 tahun)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banyaknya anggota rumah tangga yang diwawancarai:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA

Nama Pengumpul Data:		4	Nama Ketua Tim:	
Tgl. Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	Tgl. Pengecekan: (tgl-bln-thn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tanda tangan Pengumpul Data		6	Tanda tangan Ketua Tim:	

coret yang tidak perlu

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin	Status Kawin	Tanggal Lahir	Umur Jika umur < 10th isikan dalam kotak "Hari" Jika umur < 5th isikan dlm kotak "Bulan" Jika umur >=5 th isikan dlm kotak "Tahun" dan umur >= 97 th isikan "97"	Khusus ART >5 tahun Status Pendidikan yang ditamatkan	Khusus ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan utama	Khusus ART perempuan 10-54 tahun Apakah sedang Hamil?	Apakah ART mengalami tidur menggunakan kelambu	Jika "Ya" Apakah kelambu ber-insektisida?	ART diwawan-cara? 1. Ya 2. Ya 3. Ya, diwakil 4. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1.		1	1. Laki 2. Perempuan	[]	Tgl: [] [] [] [] Bln: [] [] [] [] Thn: [] [] [] []	(1) [] [] [] [] Hr (2) [] [] [] [] Bln (3) [] [] [] [] Thn	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2.		[]	[]	[]	Tgl: [] [] [] [] Bln: [] [] [] [] Thn: [] [] [] []	(1) [] [] [] [] Hr (2) [] [] [] [] Bln (3) [] [] [] [] Thn	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3.		[]	[]	[]	Tgl: [] [] [] [] Bln: [] [] [] [] Thn: [] [] [] []	(1) [] [] [] [] Hr (2) [] [] [] [] Bln (3) [] [] [] [] Thn	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4.		[]	[]	[]	Tgl: [] [] [] [] Bln: [] [] [] [] Thn: [] [] [] []	(1) [] [] [] [] Hr (2) [] [] [] [] Bln (3) [] [] [] [] Thn	[]	[]	[]	[]	[]	[]

APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG LANJUTKAN PADA HALAMAN BERIKUTNYA

Kode kolom 3 Hubungan dg kepala rumah tangga	Kode kolom 5 Status Kawin	Kode kolom 8 Pendidikan Tertinggi	Kode kolom 9 Status Pekerjaan Utama
1 = Kepala RT 2 = Istri/Suami 3 = Anak 4 = Menantu 5 = Cucu 6 = Orang tua/ mertua 7 = Farnili lain 8 = Pembantu rumah tangga 9 = Lainnya	1 = Belum kawin 2 = Kawin 3 = Cerai hidup 4 = Cerai mati	1 = Tidak pernah sekolah 2 = Tidak tamat SD/MI 3 = Tamat SD/MI 4 = Tamat SLTP/MTS 5 = Tamat SLT/TAJMA 6 = Tamat D1/D2/D3 7 = Tamat PT	1 = Tidak kerja 2 = Sekolah 3 = TNi/Polri 4 = PNS/Pegawai 5 = Wiraswastal/evan jasat/ dagang 6 = Pelani 7 = Nelayan 8 = Buruh 9 = Lainnya

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin 1. Laki 2. Perempuan	Status Kawin	Tanggal Lahir	Umur Jika umur < 1bn isikan dalam kotak "Hari" Jika umur < 5thn isikan dlm kotak "Bulan" Jika umur >= 5 thn isikan dlm kotak "Tahun" dan umur >= 97 thn isikan "97"	Khusus ART > 5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang dimakan	Khusus ART > 10 tahun Status Pekerjaan utama	Khusus ART perempuan 10-54 tahun Apakah sedang Hamil?	Apakah ART semalam tidur menggunakan kelambu	Jika "ya" Apakah kelambu ber-insektisida?	ART diwawancarai?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
		[KODE]		[KODE]			[KODE]	[KODE]				
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgi: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgi: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgi: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgi: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 8 ORANG

Kode kolom 3 Hubungan dg kepala rumah tangga			Kode kolom 5 Status Kawin		Kode kolom 8 Pendidikan Tertinggi			Kode kolom 9 Status Pekerjaan Utama		
1 = Kepala RT 2 = Istri/Suami 3 = Anak	4 = Menantu 5 = Cucu 6 = Orang tua/ mertua	7 = Famili lain 8 = Pembantu rumah tangga 9 = Lainnya	1 = Belum kawin 2 = Kawin	3 = Cerai hidup 4 = Cerai mati	1 = Tidak pernah sekolah 2 = Tidak tamat SD/MI 3 = Tamat SD/MI	4 = Tamat SLTP/MTS 5 = Tamat SL.TAMBA	6 = Tamat D1/D2/D3 7 = Tamat PT	1 = Tidak kerja 2 = Sekolah 3 = TNI/Polri	4 = PNS/Pegawai 5 = Wiraswasta/layan jasa/ dagang 6 = Pelani	7 = Nelayan 8 = Buruh 9 = Lainnya

V. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

				Apa saja jenis pemeriksaan yang tersedia,		
				Periksa darah malaria 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Periksa dahak 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	Foto paru/thoraks 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu
1	Apakah [ART] mengetahui adanya fasilitas/tempat pelayanan kesehatan di Kabupaten/Kota/Kecamatan/Desa ini yang berupa:					
	a. Rumah Sakit	1. Ya 2.Tidak → P.V.1b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Puskesmas/Pustu	1. Ya 2.Tidak → P.V.1c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Praktek dokter	1. Ya 2.Tidak → P.V.1d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Praktek bidan	1. Ya 2.Tidak → P.V.1e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	e. Polindes	1. Ya 2.Tidak → P.V.1f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	f. Poskesdes	1. Ya 2.Tidak → P.V.1g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	g. Posyandu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BILA SEMUA JAWABAN RINCIAN V.1a S/D V.1g, KODE 2 "TIDAK" LANJUTKAN KE P.V.4.						
2	Di antara fasilitas kesehatan tersebut, apakah ada anggota rumah tangga yang pernah memanfaatkan fasilitas kesehatan di Kabupaten/Kota/Kecamatan/Desa dalam 1 (satu) tahun terakhir?					<input type="checkbox"/>
	1. Ya 2. Tidak → P.V.4					
				Jenis pemeriksaan yang dimanfaatkan,		
				Periksa darah malaria 1. Ya 2. Tidak	Periksa dahak 1. Ya 2. Tidak	Foto paru/thoraks 1. Ya 2. Tidak
3	Jika Ya, kemana saja anggota Rumah tangga memanfaatkannya?					
	a. Rumah Sakit	1. Ya 2.Tidak → P.V.3b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Puskesmas/Pustu	1. Ya 2.Tidak → P.V.3c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Praktek dokter	1. Ya 2.Tidak → P.V.3d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Praktek bidan	1. Ya 2.Tidak → P.V.3e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	e. Polindes	1. Ya 2.Tidak → P.V.3f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	f. Poskesdes	1. Ya 2.Tidak → P.V.3g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	g. Posyandu	1. Ya 2.Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Apakah ada anggota rumah tangga yang mengobati sendiri bila sakit dalam 1 (satu) tahun terakhir?					<input type="checkbox"/>
	1. Ya 2. Tidak					

VI. SANITASI LINGKUNGAN

a. Jenis sumber air yang paling banyak digunakan untuk seluruh keperluan rumah tangga : 1. Air ledeng/PDAM 5. Sumur gali tak terlindung 9. Air sungai/danau/irigasi → P.VI.2a 2. Air ledeng eceran/membeli 6. Mata air terlindung 10. Lainnya → P.VI.2a 3. Sumur bor/pompa 7. Mata air tak terlindung 4. Sumur gali terlindung 8. Penampungan air hujan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Berapa jumlah pemakaian air untuk keperluan seluruh kegiatan rumah tangga (termasuk minum dan masak) dalam sehari semalam? liter/hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a. Jenis sumber air utama untuk kebutuhan minum ? 01. Air kemasan 5. Sumur bor/pompa 9. Mata air tak terlindung 02. Air isi ulang 6. Sumur gali terlindung 10. Penampungan air hujan 03. Air ledeng/PDAM 7. Sumur gali tak terlindung 11. Air sungai/danau/irigasi 04. Air ledeng eceran/membeli 8. Mata air terlindung 12. Lainnya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Berapa jumlah pemakaian air untuk kebutuhan minum rumah tangga dalam sehari semalam? liter/hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bila jawaban 2a = 5 sd 9 (pompa/sumur/mata air), berapa jarak ke tempat penampungan kotoran/tinja terdekat? 1. <10 meter 2. >=10 meter 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
Berapa jarak dan lama waktu yang diperlukan untuk memperoleh air kebutuhan minum? a. Jarak : 1. Dalam rumah 2. <=10 meter 3. 11-100 meter 4. 101-1000 meter 5. >1000 meter b. Waktu : 1. Dalam rumah 2. <=5 menit 3. 6-30 menit 4. 31-60 menit 5. >60 menit	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/>
Bila jawaban 4a = 2 s.d 5, siapa yang biasanya mengambil air untuk kebutuhan minum tersebut dari sumbernya? 1. Orang dewasa perempuan 3. Anak perempuan (di bawah 12 tahun) 2. Orang dewasa laki-laki 4. Anak laki-laki (di bawah 12 tahun)	<input type="checkbox"/>
Apakah air untuk kebutuhan minum tersebut diperoleh dengan mudah sepanjang tahun? 1. Ya (mudah) 2. Sulit di musim kemarau 3. Sulit sepanjang tahun	<input type="checkbox"/>
Bagaimana kualitas fisik air minum? (BACAKAN dan OBSERVASI POINT a SAMPAI DENGAN e) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK	
a. Keruh <input type="checkbox"/> b. Berwarna <input type="checkbox"/> c. Berasa <input type="checkbox"/> d. Berbusa <input type="checkbox"/> e. Berbau <input type="checkbox"/>	
Pengelolaan air untuk kebutuhan minum dalam rumah tangga	
a. Sebelum air dikonsumsi untuk minum, cara pengolahan apa yang dilakukan? 1. Pemanasan/dimasak 5. Disaring/filtrasi 2. Dengan penyinaran matahari/UV 6. Pengolahan lainnya: 3. Klorinasi 7. Tidak dilakukan pengolahan 4. Dispenser dengan alat pemanas dan atau pendingin	<input type="checkbox"/>
b. Apa jenis sarana/tempat penyimpanan air minum? 1. Dispenser 3. Kendi 5. Ember/panci terbuka 2. Teko/ceret/termos/jerigen 4. Ember/panci tertutup 6. Lainnya:	<input type="checkbox"/>
a. Penggunaan fasilitas tempat buang air besar sebagian besar anggota rumah tangga 1. Milik sendiri 3. Umum 2. Milik bersama 4. Tidak ada → P. VI.9c	<input type="checkbox"/>
b. Jenis kloset yang digunakan: 1. Leher angsa 3. Cemplung/cubluk 2. Plengsengan 4. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
c. Tempat pembuangan akhir tinja: 1. Tangki septik 3. Kolam/sawah 5. Lubang tanah 7. Lainnya 2. SPAL 4. Sungai/danau/laut 6. Pantai/tanah lapang/kebun	<input type="checkbox"/>
d. Tempat penampungan air limbah dari kamar mandi/ tempat cuci/ dapur: 1. Sarana pembuangan air limbah (SPAL) 3. Penampungan terbuka di pekarangan 5. Tanpa penampungan (di tanah) 2. Penampungan tertutup di pekarangan 4. Penampungan di luar pekarangan 6. Langsung ke got/ sungai	<input type="checkbox"/>
e. Bila jawaban 10 = 1 sd 4: Bagaimana penggunaan tempat penampungan air limbah: 1. Sendiri/rumah tangga 2. Bersama/komunal	<input type="checkbox"/>

12.	Bagaimana cara penanganan sampah rumah tangga?			
	1. Diangkut petugas	4. Dibakar		<input type="checkbox"/>
	2. Ditimbun dalam tanah	5. Dibuang ke kali/parit/laut		
	3. Dibuat kompos	6. Dibuang sembarangan		
13.	Apa jenis sumber penerangan rumah tangga?			
	1. Listrik PLN	3. Petromaks/ Aladin	5. Lainnya	<input type="checkbox"/>
	2. Listrik non PLN	4. Pelita/ sentir/ obor		
14.	Apa jenis bahan bakar/energi utama yang digunakan untuk memasak?			
	1. Listrik	3. Minyak tanah	5. Kayu bakar	<input type="checkbox"/>
	2. Gas/elpiji	4. Arang/briket/batok kelapa		
15.	Perumahan			
	a. Jenis bangunan rumah:			
	1. Rumah bukan panggung	2. Rumah panggung	3. Rumah terapung	<input type="checkbox"/>
	b. Jenis atap terluas:			
	1. Beton	4. Seng	7. Lainnya	<input type="checkbox"/>
	2. Genteng	5. Asbes		
	3. Sirap	6. Ijuk/rumbia		
	c. Jenis plafon/langit-langit rumah terluas:			
	1. Beton	4. Kayu/tripleks	7. Tidak ada	<input type="checkbox"/>
	2. Gypsum	5. Anyaman bambu		
	3. Asbes/GRC board	6. Lainnya		
	d. Jenis dinding terluas:			
	1. Tembok	3. Bambu	5. Lainnya	<input type="checkbox"/>
	2. Kayu/ papan/triplek	4. Seng		
	e. Jenis lantai rumah terluas:			
	1. Keramik/ubin/marmer/semen	3. Papan/bambu/anyaman bambu/rotan		<input type="checkbox"/>
	2. Semen plesteran retak	4. Tanah		
	f. Luas lantai bangunan rumah: m ²			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16.	Bangunan rumah tinggal ini mempunyai berapa ruangan? .....		..... ruangan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17.	Apakah mempunyai kamar tidur tersendiri		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
18.	Keadaan ruangan dalam rumah			
	Ruangan	Kebersihan 1=Bersih, 2 = Tidak bersih	Ketersediaan jendela 1=Ada, dibuka tiap hari; 2=Ada, jarang dibuka; 3=Tidak ada	Ventilasi 1=Ada, luasnya >=10% luas lantai; 2=Ada, luasnya <10% luas lantai; 3=Tidak ada
				Pencahaya alam 1=Cukup 2=Tidak cukup
	a. Keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Kamar tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Apakah rumah/bangunan tempat tinggal terletak pada lokasi di sekitar: (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN j) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	a. Tambak/kolam/galian tambang	<input type="checkbox"/>	f. Pantai	<input type="checkbox"/>
	b. Rawa-rawa	<input type="checkbox"/>	g. Daerah padat penduduk	<input type="checkbox"/>
	c. Sungai	<input type="checkbox"/>	h. Peternakan hewan besar (sapi,kerbau,kuda,babi,kambing/domba)	<input type="checkbox"/>
	d. Hutan	<input type="checkbox"/>	i. Tepi ladang/sawah	<input type="checkbox"/>
	e. Pegunungan/dataran tinggi	<input type="checkbox"/>	j. Perkebunan	<input type="checkbox"/>
20.	Penilaian petugas mengenai kondisi lingkungan rumah tinggal apakah di daerah kumuh? OBSERVASI		1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

VII. PENGELUARAN RUMAH TANGGA

VII.A. PENGELUARAN UNTUK MAKANAN SELAMA SEMINGGU TERAKHIR [BERASAL DARI PEMBELIAN, PRODUKSI SENDIRI, DAN PEMBERIAN]	Jumlah (Rp)
(1)	(2)
Padi-padian	
i. Beras	
j. Lainnya (jagung, terigu, tepung beras, tepung jagung, dll.)	
Jmbi-umbian (ketela pohon, ketela rambat, kentang, gaplek, talas, sagu, dll.)	
Kan/udang/cumi/kerang	
i. Segar/ basah	
j. Asin/diawetkan	
Jaging (daging sapi/kerbau/kambing/domba/ babi/ayam, jeroan, hati, limpa, abon, dendeng, dll)	
elur dan susu	
i. Telur ayam/ itik/ puyuh	
j. Susu murni, susu kental, susu bubuk, dll.	
ayur-sayuran (bayam, kangkung, ketimun, wortel, kacang panjang, buncis, bawang, cabe, tomat, dll.)	
Kacang-kacangan (kacang tanah/hijau/ kedele/ merah/ tunggak/mete, tahu, tempe, tauco, oncom, dll.)	
Buah-buahan (jeruk, mangga, apel, durian, rambutan, salak, duku, nanas, semangka, pisang, pepaya, dll.)	
Minyak dan lemak (minyak kelapa/ goreng, kelapa, mentega, dll.)	
Bahan minuman (gula pasir, gula merah, teh, kopi, coklat, sirup, dll.)	
Bumbu-bumbuan (garam, kemiri, ketumbar, merica, terasi, kecap, vetsin, dll.)	
konsumsi Lainnya	
i. Mie instant, mie basah, bihun, makaroni/ mie kering.	
j. Lainnya (kerupuk, emping, dll.)	
Makanan dan minuman jadi	
i. Makanan jadi (roti, biskuit, kue basah, bubur, bakso, gado-gado, nasi rames, dll.)	
j. Minuman non alkohol (<i>soft drink</i> , es sirup, limun, air mineral, dll)	
k. Minuman mengandung alkohol (bir, anggur, dan minuman keras lainnya).	
Tembakau dan sirih	
i. Rokok (rokok kretek, rokok putih, cerutu)	
j. Lainnya (sirih, pinang, tembakau, dan lainnya)	
Jumlah pengeluaran makanan (Rincian 1 s.d 14)	

VII.B. PENGELUARAN RUMAH TANGGA (LANJUTAN)

II.B. PENGELUARAN BUKAN MAKANAN (BERASAL DARI PEMBELIAN, PRODUKSI SENDIRI DAN PEMBERIAN) (1)	Sebulan Terakhir (Rp) (2)	12 bulan Terakhir (Rp) (3)
6. Perumahan dan fasilitas rumah tangga		
a. Sewa, kontrak, perkiraan sewa rumah (milik sendiri, bebas sewa, dinas), dan lain-lain		
b. Pemeliharaan rumah dan perbaikan ringan		
c. Rekening listrik, air, gas, minyak tanah, kayu bakar, dll		
d. Rekening telepon rumah, pulsa HP, telepon umum, wartel, internet, warnet, benda pos, dll		
17. Aneka barang dan jasa		
a. Sabun mandi/cuci, kosmetik, perawatan rambut/muka, tisu, dll		
b. Biaya kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dokter praktek, dukun, obat-obatan dan lainnya)		
c. Biaya Pendidikan (uang pendaftaran, SPP, komite sekolah, uang pangkal/ daftar ulang, pramuka, prakarya, kursus dan lainnya)		
d. Transportasi, pengangkutan, bensin, solar, minyak pelumas		
e. Jasa lainnya (gaji sopir, pembantu, rumah tangga, hotel, dll)		
18. Pakaian, alas kaki, dan tutup kepala (pakaian jadi, bahan pakaian, sepatu, topi dan lainnya)		
19. Barang tahan lama (alat rumah tangga, perkakas, alat dapur, alat hiburan (elektronik), alat olahraga, perhiasan, kendaraan, payung, arloji, kamera, HP, pasang telepon, pasang listrik, barang elektronik dll.)		
20. Pajak, pungutan, dan asuransi		
a. Pajak (PBB, pajak kendaraan)		
b. Pungutan/retribusi		
c. Asuransi Kesehatan		
d. Lainnya (Asuransi lainnya, tilang, PPh, dll)		
21. Keperluan pesta dan upacara/kenduri tidak termasuk makanan (perkawinan, ulang tahun, khitanan, upacara keagamaan, upacara adat, dan lainnya).		
22. Jumlah pengeluaran bukan makanan (Rincian 16 s.d. Rincian 21)		
23. Rata-rata pengeluaran makanan sebulan (Rincian 15 x $\frac{30}{7}$)		
24. Rata-rata pengeluaran bukan makanan sebulan ($\frac{\text{Rincian 22 Kolom 3}}{12}$)		
25. Rata-rata pengeluaran rumah tangga sebulan (Rincian 23 + 24)		

RISET KESEHATAN MASYARAKAT
PENGEHALAN TEMPAT
KURUS DAN BAKI PENGEHALAN TEMPAT
Desa/Kel. KD. No. 100/2011
VII. KETERANGAN INDIVIDU
A. IDENTIFIKASI RESPONDEN

Lampiran 5

Kuesioner Individu



PENGENALAN TEMPAT

(Kutip dari Blok I. PENGENALAN TEMPAT RKD10.RT)

Prov	Kab/ Kota	Kec	Desa/Kel	K/D	No Kode Sampel	No. urut sampel RT	No urut RT SP 2010	SAMPEL BS LABORATORIUM
								1.Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>

VIII. KETERANGAN INDIVIDU

A. IDENTIFIKASI RESPONDEN

A01	Tuliskan nama dan nomor urut Anggota Rumah Tangga (ART)	Nama ART	Nomor urut ART: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A02	Untuk ART pada A01 < 15 tahun/ kondisi sakit/ orang tua yang perlu didampingi/diwakili, tuliskan nama dan nomor urut ART yang mendampingi/mewakili	Nama ART	Nomor urut ART: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A03	Tanggal pengumpulan data	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

B. PENYAKIT MENULAR

[NAMA] pada pertanyaan di bawah ini merujuk pada NAMA yang tercatat pada pertanyaan A01
PERTANYAAN B01-B10 DITANYAKAN PADA ART SEMUA UMUR

MALARIA

B01	Dalam 1 tahun terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita Malaria yang sudah dipastikan dengan pemeriksaan darah oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Satu (1) kali 2. Dua (2) kali 3. ≥Tiga (3) kali 4. Tidak →B07	<input type="checkbox"/>
B02	Apakah juga dalam 1 bulan terakhir, [NAMA] pernah didiagnosis menderita Malaria yang sudah dipastikan dengan pemeriksaan darah oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya 2. Tidak →B07	<input type="checkbox"/>
B03	Bila Ya, Dimana pemeriksaan terakhir dilakukan: 1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. Puskesmas 4. Balai Pengobatan/ Klinik 5. Praktek dokter 6. Praktek perawat/bidan 7. Pustu 8. Polindes. 9. Poskesdes		<input type="checkbox"/>
B04	Apakah [NAMA] mendapat pengobatan obat program kombinasi artemisinin (ACT, lihat alat peraga)?	1. Ya 2. Tidak →B09	<input type="checkbox"/>
B05	Jika Ya, apakah [NAMA] mendapat pengobatan dalam 24 jam pertama menderita panas?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B06	Apakah [NAMA] diberi pengobatan kombinasi artemisinin (ACT) selama 3 hari? 1. Ya, diminum habis. 2. Ya, diminum tidak habis, jelaskan alasannya		<input type="checkbox"/>

LANJUTKAN KE B09

B07	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita panas disertai menggigil atau panas naik turun secara berkala, dapat disertai sakit kepala, berkeringat, mual, muntah?	1. Ya → B09 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
B08	Dalam 1 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah minum obat anti malaria meskipun tanpa gejala (panas)?	1. Ya 2. Tidak →B11A	<input type="checkbox"/>
B09	Apakah menggunakan obat-obat tradisional/tanaman obat untuk penyakit/keluhan tersebut di atas?	1. Ya 2. Tidak →B11A	<input type="checkbox"/>
B10	Bila Ya, Apa nama obat tradisional/tanaman obat yang paling sering digunakan:	.....

B11A	JIKA ART BERUMUR \geq 15 TAHUN \rightarrow P.B11 JIKA ART BERUMUR 10 TAHUN \rightarrow P.C23 JIKA ART BERUMUR 5 - 9 TAHUN \rightarrow BLOK IX. KONSUMSI INDIVIDU JIKA ART BERUMUR < 5 TAHUN \rightarrow E. KESEHATAN BALITA
------	--

TUBERKULOSIS PARU (TB PARU) , SEMUA ART UMUR \geq 15 TAHUN			
B11	Apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita TB Paru melalui pemeriksaan dahak dan/atau foto paru, oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya 2. Tidak \rightarrow B17	<input type="checkbox"/>
B12	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah didiagnosis menderita TB Paru melalui pemeriksaan dahak dan/atau foto paru, oleh tenaga kesehatan (dokter/ perawat/ bidan)?	1. Ya 2. Tidak \rightarrow B17	<input type="checkbox"/>
B13	Dimana [NAMA] didiagnosis? 1. RS Pemerintah 2. RS Swasta 3. Puskesmas 4. Balai Pengobatan/ Klinik/ Praktek Dokter		<input type="checkbox"/>
B14	Setelah didiagnosa, dimana [NAMA] mendapatkan pengobatan? 1. RS Pemerintah 4. Praktek Dokter 2. RS Swasta 5. Balai Pengobatan/ Klinik 3. Puskesmas 6. Tidak Berobat \rightarrow B17		<input type="checkbox"/>
B15	Jenis obat apa yang [NAMA] minum saat ini (contoh obat ditunjukkan kepada responden): 1. Kombipak/FDC (<i>Fixed Dose Combination</i>) 2. Bukan kombipak/FDC, sebutkan bila ada		<input type="checkbox"/>
B16	Berapa lama [NAMA] diberi pengobatan? 1 Mendapat pengobatan sampai selesai, selama 6 bulan atau lebih \rightarrow C01 2. Sedang dalam proses pengobatan < 6 bulan 4. Berhenti berobat setelah 2-5 bulan 3. Berhenti berobat < 2 bulan 5. Tidak minum obat		<input type="checkbox"/>
B17	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah menderita batuk berdahak \geq 2 minggu disertai satu atau lebih gejala: dahak bercampur darah/ batuk berdarah, berat badan menurun, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, dan demam > 1 bulan?	1. Ya 2. Tidak \rightarrow C01	<input type="checkbox"/>
B18	Apa yang dilakukan oleh [NAMA] untuk mengatasi gejala di atas: 1. Masih meneruskan pengobatan program TB Paru \rightarrow C01 3. Beli obat di apotek/ Toko obat 2. Kembali ke tenaga kesehatan \rightarrow C01 4. Minum obat herbal/ tradisional 5. Tidak diobati		<input type="checkbox"/>
B19	Apa alasan utama yang menyebabkan [NAMA] dengan gejala TB tidak pergi berobat ke tenaga kesehatan: 1. Penyakit tidak berat 3. Tidak ada waktu 5. Dapat diobati sendiri/ sembuh sendiri 2. Akses ke fasilitas kesehatan sulit 4. Tidak ada biaya 6. Lainnya, sebutkan		<input type="checkbox"/>

C. PENGETAHUAN DAN PERILAKU (SEMUA ART UMUR \geq 15 TAHUN)

HIV/AIDS

C01	Apakah [NAMA] pernah mendengar tentang HIV/AIDS	1. Ya 2. Tidak \rightarrow C07	<input type="checkbox"/>
C02	Apakah HIV/AIDS dapat ditularkan melalui: DIBACAKAN DAN ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA, 2=TIDAK , ATAU 8=TIDAK TAHU		
	a. Hubungan seksual yang tidak aman <input type="checkbox"/>	f. Penularan dari ibu ke bayi selama hamil	<input type="checkbox"/>
	b. Penggunaan jarum suntik bersama <input type="checkbox"/>	g. Membeli sayuran segar dari petani/penjual yang terinfeksi HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
	c. Transfusi darah <input type="checkbox"/>	h. Makan sepiring dengan orang yang terkena virus HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
	d. Penularan dari ibu ke bayi saat persalinan <input type="checkbox"/>	i. Melalui makanan yang disiapkan oleh ODHA (Penderita HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>
	e. Penularan dari ibu ke bayi saat menyusui <input type="checkbox"/>	j. Melalui gigitan nyamuk	<input type="checkbox"/>

C03	Apakah HIV/AIDS dapat dicegah dengan : DIBACAKAN DAN ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA, 2=TIDAK , ATAU 8=TIDAK TAHU			
a. Berhubungan seksual hanya dengan satu pasangan tetap yang tidak berisiko	<input type="checkbox"/>	c. Tidak melakukan hubungan seksual sama sekali	<input type="checkbox"/>	
b. Berhubungan seksual dengan suami/istri saja	<input type="checkbox"/>	d. Menggunakan kondom saat berhubungan seksual dengan pasangan berisiko	<input type="checkbox"/>	
	e. Tidak menggunakan jarum suntik bersama			<input type="checkbox"/>
	f. Melakukan sunat/sirkumsisi			<input type="checkbox"/>
C04	Andaikan ada anggota keluarga [NAMA] menderita HIV/AIDS, apa yang akan dilakukan? BACAKAN DAN ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK ATAU 8=TIDAK TAHU			
a. Merahasiakan	<input type="checkbox"/>	c. Konseling dan pengobatan	<input type="checkbox"/>	
b. Membicarakan dengan anggota keluarga lain	<input type="checkbox"/>	d. Mencari pengobatan alternatif	<input type="checkbox"/>	
	e. Mengucilkan			<input type="checkbox"/>
	f. Bersedia merawat di rumah			<input type="checkbox"/>
C05	Apakah [NAMA] mengetahui tentang adanya tes HIV/AIDS secara sukarela yang didahului dengan konseling?	1. Ya 2. Tidak → C07	<input type="checkbox"/>	
C06	Dimana memperoleh pelayanan tes HIV/AIDS secara sukarela tersebut? [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN], ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA, 2=TIDAK			
1. Rumah Sakit Pemerintah	<input type="checkbox"/>	4. Klinik Swasta	<input type="checkbox"/>	
2. Rumah Sakit Swasta	<input type="checkbox"/>	5. Klinik VCT	<input type="checkbox"/>	
3. Puskesmas/ Pustu	<input type="checkbox"/>	6. Dokter praktek	<input type="checkbox"/>	
	7. Bidan/ Perawat			<input type="checkbox"/>
	8. Lainnya, sebutkan			<input type="checkbox"/>
PENCEGAHAN TUBERKULOSIS PARU (TB PARU)				
C07	Di mana [NAMA] biasanya meludah [JAWABAN TIDAK DIBACAKAN]			
1. Tidak biasa meludah		3. Meludah di tempat ludah/kaleng		
	4. Meludah di sembarang tempat			<input type="checkbox"/>
2. Meludah di kamar mandi				<input type="checkbox"/>
C08	Apakah [NAMA] biasanya membuka jendela kamar tidur setiap hari			
	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Punya			<input type="checkbox"/>
C09	Apakah [NAMA] menjemur kasur dan atau bantal dan atau guling kapuk secara teratur satu kali seminggu?			
	1. Ya 2. Tidak 3. Tidak Punya			<input type="checkbox"/>
C10	Apakah [NAMA] mempunyai kebiasaan makan dan/atau minum sepiring/ segelas dengan orang lain?			
	1. Ya 2. Tidak			<input type="checkbox"/>
PENCEGAHAN MALARIA				
C11	Apa yang [NAMA] biasa lakukan selama ini untuk mencegah malaria? JAWABAN TIDAK DIBACAKAN, Lakukan probing. ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA, 2=TIDAK			
a. Tidur menggunakan kelambu	<input type="checkbox"/>	e. Rumah disemprot obat nyamuk/insektisida	<input type="checkbox"/>	
b. Memakai obat nyamuk bakar/elektrik	<input type="checkbox"/>	f. Minum obat pencegahan bila bermalam di daerah endemis malaria	<input type="checkbox"/>	
c. Jendela/ ventilasi menggunakan kasa nyamuk	<input type="checkbox"/>	g. Lainnya,	<input type="checkbox"/>	
d. Menggunakan repelen/ bahan-bahan pencegah gigitan nyamuk	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
PENGUNAAN TEMBAKAU				
C12	Apakah [NAMA] merokok/ mengunyah tembakau selama 1 bulan terakhir ? 1. Ya, setiap hari 3. Tidak, tetapi sebelumnya pernah →C16 2. Ya, kadang-kadang →C14 4. Tidak pernah sama sekali →C18			
				<input type="checkbox"/>
C13	Berapa umur [NAMA] mulai merokok/ mengunyah tembakau " setiap hari " ? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT		..... tahun
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C14	Rata-rata berapa batang rokok/ cerutu/ cangklong (buah)/ tembakau (susur) yang [NAMA] hisap per hari?		.....batang
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

C15	Apakah [NAMA] biasa merokok di dalam rumah ketika bersama ART lain?	1. Ya → C17 2. Tidak → C17	<input type="checkbox"/>
C16	Berapa umur [NAMA] ketika berhenti/tidak merokok/ mengunyah tembakau sama sekali? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C17	Berapa umur [NAMA] ketika "pertama kali" merokok/ mengunyah tembakau? ISIKAN DENGAN "88" JIKA RESPONDEN MENJAWAB TIDAK INGAT	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
KONSUMSI JAMU / OBAT TRADISIONAL			
C18	Apakah [NAMA] biasa mengonsumsi jamu/ obat tradisional? 1. Ya, setiap hari 2. Ya, kadang-kadang 3. Tidak, tetapi sebelumnya pernah 4. Tidak pernah sama sekali → C23		<input type="checkbox"/>
C19	Apakah [NAMA] minum jamu buatan sendiri 1. Ya 2. Tidak → C21		<input type="checkbox"/>
C20	Jika Ya, Apakah jamu buatan sendiri [NAMA] menggunakan bahan: 1=YA, 2=TIDAK		
	a. Temulawak <input type="checkbox"/>	d. Meniran <input type="checkbox"/>	
	b. Jahe <input type="checkbox"/>	e. Pace <input type="checkbox"/>	
	c. Kencur <input type="checkbox"/>	f. Lainnya, sebutkan..... <input type="checkbox"/>	
C21	Bentuk sediaan jamu yang [NAMA] biasa dikonsumsi 1=YA, 2=TIDAK		
	a. Kapsul/pil/tablet <input type="checkbox"/>	c. Rebusan (rajanan) <input type="checkbox"/>	
	b. Seduhan (serbuk) <input type="checkbox"/>	d. Cairan <input type="checkbox"/>	
C22	Apakah dengan mengonsumsi jamu/obat tradisional bermanfaat bagi [NAMA]	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

C23

JIKA ART WANITA BERUMUR 10 - 59 TAHUN → Da. KESEHATAN REPRODUKSI
 JIKA ART WANITA BERUMUR ≥ 60 tahun → BLOK IX. KONSUMSI INDIVIDU
 JIKA ART LAKI-LAKI 10 - 24 Tahun → Df01
 JIKA ART LAKI-LAKI ≥ 25 Tahun → BLOK IX. KONSUMSI INDIVIDU

D. KESEHATAN REPRODUKSI			
Da. MASA REPRODUKSI PEREMPUAN (KHUSUS ART PEREMPUAN 10-59 TAHUN)			
Da01	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali haid (menstruasi)	Umur.....(tahun) Belum haid 77 → Df01 Tidak tahu/ Lupa 88	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Da02	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] pernah mengalami menstruasi tidak teratur?	1. Ya 2. Tidak → Db01a	<input type="checkbox"/>
Da03	Apakah dalam 12 bulan terakhir [NAMA] pernah mengalami terlambat haid	1. Ya 2. Tidak → Db01a	<input type="checkbox"/>
Da 04	Apakah [NAMA] saat ini sedang hamil atau baru melahirkan?	1. Ya → Db01a 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Da05	Menurut [NAMA], mengapa mengalami menstruasi tidak teratur? (JANGAN MEMBACAKAN ALTERNATIF JAWABAN)	1. Menjelang Menopause 2. Sakit menahun 3. Keturunan 4. Lainnya, tuliskan..... 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>

Da06	Apa yang [NAMA] lakukan untuk mengatasi menstruasi yang tidak teratur tersebut? (JANGAN MEMBACAKAN ALTERNATIF JAWABAN) 1=YA ATAU 2=TIDAK	
	a. Minum pelancar haid <input type="checkbox"/>	d. Suntikan hormon <input type="checkbox"/>
	b. Minum Jamu <input type="checkbox"/>	e. Lainnya, tuliskan..... <input type="checkbox"/>
	c. Obat-obatan dokter <input type="checkbox"/>	

Db01a	<p align="center">PERTANYAAN BERIKUT KHUSUS RESPONDEN PERNAH KAWIN. CEK BLOK IV KETERANGAN ART KOLOM STATUS KAWIN.</p> <p align="center">JIKA STATUS KAWIN = 1 (BELUM KAWIN) → Df01.</p> <p align="center">JIKA STATUS KAWIN= 2 (KAWIN), 3 (CERAI HIDUP) ATAU 4 (CERAI MATI) → LANJUTKAN PERTANYAAN Db01</p>
-------	---

Db. FERTILITAS (KHUSUS PEREMPUAN PERNAH KAWIN USIA 10-59 TAHUN)

Db01	Berapa umur [NAMA] ketika menikah pertama kali? Umur tahun Tidak Tahu .....88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Db02	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi TT?	1. Ya 2. Tidak → Db04 8. Tidak Tahu → Db04	<input type="checkbox"/>
Db03	a. Berapa kali [NAMA] diberi imunisasi TT sebelum menikah?	Jumlah suntikan.....kali	<input type="checkbox"/>
	b. Berapa kali [NAMA] diberi imunisasi TT setelah menikah?	Jumlah suntikan.....kali	<input type="checkbox"/>
JIKA TIDAK PERNAH TULISKAN "0", JIKA 7 KALI IMUNISASI ATAU LEBIH TULISKAN "7", JIKA TIDAK TAHU TULISKAN "8"			
Db04	Selama umur ibu,	1. Ya 2. Tidak → Dc01	<input type="checkbox"/>
	a. Apakah [NAMA] pernah mengalami kehamilan?		
	b. Apakah [NAMA] pernah hamil yang berakhir pada usia kehamilan <22 mg atau < 5 bulan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	c. Apakah [NAMA] pernah hamil tetapi berakhir ≥22 minggu atau ≥5 bulan dan bayi tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
	d. Apakah [NAMA] pernah melahirkan bayi hidup (termasuk yang hidup hanya sesaat)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Db05	Apakah [NAMA] mempunyai anak laki-laki atau anak perempuan yang dilahirkan dan sekarang tinggal bersama [NAMA]?	1. Ya 2. Tidak → Db07	<input type="checkbox"/>
Db06	Jumlah anak yang tinggal bersama [NAMA]?		<input type="checkbox"/>
	a. Jumlah anak laki-laki b. Jumlah anak perempuan Jika tidak ada tuliskan "00"	a. Anak laki-laki di rumah b. Anak perempuan di rumah	<input type="checkbox"/>
Db07	Apakah [NAMA] mempunyai anak yang [NAMA] lahirkan yang sekarang masih hidup tapi tidak tinggal bersama [NAMA]?	1. Ya 2. Tidak → Db09	<input type="checkbox"/>
Db08	Jumlah anak yang masih hidup tetapi tidak tinggal bersama [NAMA]?		<input type="checkbox"/>
	a. Jumlah anak laki-laki b. Jumlah anak perempuan Jika tidak ada tuliskan "00"	a. Anak laki-laki di tempat lain b. Anak perempuan di tempat lain	<input type="checkbox"/>
Db09	Apakah [NAMA] pernah melahirkan anak laki-laki atau perempuan yang lahir hidup tetapi sekarang sudah meninggal (termasuk yang hidup hanya sesaat)?	1. Ya 2. Tidak → Db11	<input type="checkbox"/>
Db10	a. Berapa jumlah anak laki-laki yang sudah meninggal	a. Anak laki-laki yang sudah meninggal	<input type="checkbox"/>
	b. Berapa Jumlah anak perempuan yang sudah meninggal Jika tidak ada tuliskan "00"	b. Anak perempuan yang sudah meninggal	<input type="checkbox"/>
Db11	JUMLAHKAN ISIAN Db06a, Db06b, Db08a, Db08b, Db10a, Db10b DAN TULISKAN JUMLAH TOTALNYA	JUMLAH ANAK:	<input type="checkbox"/>

Dc. ALAT/CARA KB (KHUSUS PEREMPUAN PERNAH KAWIN USIA 10-59 TAHUN)

Dc01	Apakah [NAMA] dan pasangan, memakai alat kontrasepsi/alat/cara KB untuk mencegah kehamilan?	1. Sekarang menggunakan 2. Pernah/ Tidak menggunakan lagi → Dc06 3. Tidak pernah sama sekali → Dc06	<input type="checkbox"/>
Dc02	Alat/cara KB apakah, yang sedang [NAMA] dan pasangan pakai? Bacakan poin a sampai k. ISIKAN KODE 1=YA ATAU 2 = TIDAK		
	a. Sterilisasi wanita <input type="checkbox"/>	e. Suntikan <input type="checkbox"/>	i. Pantang berkala/kalender <input type="checkbox"/>
	b. Sterilisasi pria <input type="checkbox"/>	f. Kondom <input type="checkbox"/>	j. Sanggama terputus <input type="checkbox"/>
	c. Pil <input type="checkbox"/>	g. Diafragma/intravag <input type="checkbox"/>	k. Lainnya (sebutkan: <input type="checkbox"/>
	d. IUD/AKDR/Spiral <input type="checkbox"/>	h. Amenorrhea Laktasi <input type="checkbox"/>
Dc03	a. Apakah ada biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan alat/cara KB yang digunakan sekarang?	1. Ya 2. Tidak → Dc04	<input type="checkbox"/>
	b. Apakah [NAMA] mengetahui jumlah rupiah yang dibayarkan	1. Ya 2. Tidak → Dc04	<input type="checkbox"/>
	c. Jika ya, tuliskan jumlahnya dalam rupiah	Rp <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dc04	Dimana [NAMA] mendapat pelayanan cara/alat KB tersebut? 01. RS Pemerintah 05. Puskesmas pembantu 09. Bidan Praktek 02. RS Swasta 06. Klinik 10. Perawat Praktek 03. RS Bersalin 07. Tim KB Keliling/Tim Medis Keliling 11. Polindes /Poskesdes 04. Puskesmas 08. Dokter Praktek 12. Lainnya, tuliskan.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dc05	Sudah berapa lama [NAMA] menggunakan (alat/cara KB yang digunakan sekarang) secara terus menerus?	.....(Bulan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

LANJUTKAN KE Dc08.

Dc06-Dc07 khusus untuk responden yang tidak menggunakan alat/cara KB.

Dc06	Alasan utama tidak menggunakan alat/cara KB ? JANGAN MEMBACAKAN ALTERNATIF JAWABAN	01. Dilarang pasangan 02. Dilarang agama 03. Mahal 04. Sulit diperoleh 05. Belum punya anak ✕	06. Ingin punya anak ✕ 07. Takut efek samping 08. Tidak menginginkan 09. Tidak perlu lagi 10. Lainnya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------	--	---	---	---

Jika jawaban Dc01=2, lanjutkan ke P.Dc07
Jika jawaban Dc01=3, lanjutkan ke P.Dc08

Dc07	Sudah berapa lama tidak menggunakan alat/cara KB ?	.....( bulan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dc08	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah melakukan pemeriksaan alat kelamin kepada tenaga kesehatan (Pap Smear/IVA Inspekulo Visual Asam cuka) ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>

Dd. KEHAMILAN, PERSALINAN DAN PEMERIKSAAN SESUDAH MELAHIRKAN (PEREMPUAN PERNAH KAWIN USIA 10-59 TAHUN)

Dd01	Apakah ibu pernah hamil dan melahirkan, selama periode waktu 1 Januari 2005 sampai sekarang?	1. Ya 2. Tidak → De01	<input type="checkbox"/>
------	--	-----------------------	--------------------------

Sekarang saya ingin menanyakan tentang pengalaman ibu waktu hamil dan bersalin khususnya untuk anak yang lahir terakhir.

Dd02	a. Tuliskan [NAMA ANAK] dan nomor urut ART anak terakhir (Jika tidak ada dalam daftar ART tuliskan kode 00)	Nama ART	Nomor urut ART: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Berapa umur ibu saat melahirkan [NAMA ANAK] terakhir	..... tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd03	Urutan kelahiran [NAMA ANAK] terakhir dari semua yang dilahirkan hidup	Anak ke.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd04	Jarak kelahiran [NAMA ANAK] terakhir dengan anak sebelumnya (Tulis "000" jika anak pertama)	..... bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Dd05	Status anak terakhir	1. Hidup → Dd10 2. Meninggal	<input type="checkbox"/>	
PERTANYAAN Dd06-Dd09f KHUSUS UNTUK ANAK TERAKHIR YANG MENINGGAL				
Dd06	Jika sudah meninggal, umur saat meninggal: Lingkari kode 1, jika meninggal pada usia < 1 bulan, isikan dlm hari Lingkari kode 2, jika meninggal pada usia 1-23 bulan, isikan dlm bulan Lingkari kode 3, jika meninggal >= 2 tahun (24 bulan ke atas), isikan dalam tahun	1. HARI 2. BULAN 3. TAHUN	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dd07	Apakah [NAMA ANAK] ditimbang ketika dilahirkan?	1. Ya 2. Tidak → Dd09a 8. Tidak tahu → Dd09a	<input type="checkbox"/>	
Dd08	Berapakah berat badan [NAMA ANAK] ketika dilahirkan? Catat Berat Badan dari KMS/Buku KIA, Jika Ada JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE 8888	1. Gram berdasarkan ingatan responden 2. Gram dari KMS/Buku KIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dd09	a. Siapa yang menolong ibu ketika melahirkan [NAMA ANAK] ? 1. Dokter Kandungan 5. Dukun 2. Dokter Umum 6. Keluarga/teman 3. Bidan 7. Lainnya, tuliskan..... 4. Perawat/Mantri	a. Penolong Pertama b. Penolong terakhir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b. Dimana [NAMA] dilahirkan 01. Rumah Sakit Pemerintah 05. Puskesmas pembantu 09. Di rumah 02. Rumah Sakit Swasta 06. Praktek dokter 10. Lainnya, 03. Rumah Sakit Bersalin/ Rumah Bersalin 07. Praktek bidan Tuliskan 04. Puskesmas 08. Polindes/Poskesdes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	c. Setelah [NAMA ANAK] lahir, apakah dilakukan pemeriksaan kesehatan?	1. Ya 2. Tidak → Dd10 8 Tidak tahu → Dd10	<input type="checkbox"/>	
	d. Apakah [NAMA] mendapat pelayanan kesehatan (dikunjungi/mengunjungi) pada: (BACAKAN BUTIR a SAMPAI DENGAN d) ISIKAN DENGAN KODE 1=YA 2=TIDAK 7=TIDAK BERLAKU 8 = TIDAK TAHU			
	a. 6-48 jam setelah lahir <input type="checkbox"/>	b. 3-7 hari setelah lahir <input type="checkbox"/>	c. 8-28 hari setelah lahir <input type="checkbox"/>	
	d. >28 hari setelah lahir <input type="checkbox"/>			
	e. Siapa yang memeriksa [NAMA ANAK] saat itu? PETUGAS KESEHATAN: 1. Dokter anak 4. Bidan 2. Dokter umum 5. Bidan Desa 3. Perawat ORANG LAIN: 6. Dukun bayi/paraji 7. Lainnya _____ (tuliskan)			<input type="checkbox"/>
	f. Dimana Pemeriksaan itu dilakukan? 01. RS Pemerintah 05. Posyandu 09. Polindes/Poskesdes 02. RS Swasta 06. Klinik/ Dokter Praktek 10. Di rumah 03. RS Bersalin 07. Klinik / Bidan Praktek 11. Lainnya, tuliskan..... 04. Puskesmas/ Pustu 08. Perawat Praktek			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd10	Pada saat ibu mengandung [NAMA ANAK], apakah ibu memang ingin hamil waktu itu, menginginkan kemudian, atau sama sekali tidak menginginkan anak (lagi)?	1. Ya, menginginkan kemudian 2. Ya, menginginkan → Dd12 3. Tidak ingin anak lagi → Dd12	<input type="checkbox"/>	
Dd11	Berapa lama jarak kelahiran yang ibu inginkan sebelum punya anak [NAMA ANAK]? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE 888	.....bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd12	Pada saat mengandung [NAMA ANAK] kemana ibu memeriksakan kehamilan?	1. Tenaga kesehatan 2. Tenaga kesehatan dan dukun 3. Dukun → Dd27 4. Tidak periksa → Dd27	<input type="checkbox"/>	
Dd13	Siapa yang memeriksakan kandungan ibu? (Tanyakan siapa saja yang memeriksa kehamilan. Jawaban bisa lebih dari 1). ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK			
	a. Dokter Kandungan <input type="checkbox"/>	c. Bidan <input type="checkbox"/>	e. Lainnya <input type="checkbox"/>	
	b. Dokter Umum <input type="checkbox"/>	d. Perawat/Mantri <input type="checkbox"/>		

Dd14	Apakah ibu diberi Kartu Menuju Sehat Ibu Hamil (KMS BUMIL) atau Buku KIA Jika Ya, dapatkah ibu memperlihatkan KMS BUMIL/Buku KIA?	1. Ya, diperlihatkan 2. Ya, tidak diperlihatkan 3. Tidak	<input type="checkbox"/>
Dd15	Dimana Ibu memeriksa kehamilan ? (BACAKAN POINT a SAMPAI DENGAN k) ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. RS Pemerintah <input type="checkbox"/>	e. Pustu <input type="checkbox"/>	i. Polindes / Poskesdes <input type="checkbox"/>
	b. RS Swasta <input type="checkbox"/>	f. Klinik / Dokter Praktek <input type="checkbox"/>	j. Posyandu <input type="checkbox"/>
	c. RS Bersalin <input type="checkbox"/>	g. Klinik / Bidan Praktek <input type="checkbox"/>	k. Lainnya, tuliskan..... <input type="checkbox"/>
	d. Puskesmas <input type="checkbox"/>	h. Perawat Praktek <input type="checkbox"/>	
Dd16	Selama ibu mengandung [NAMA ANAK], berapa kali ibu memeriksakan kehamilan? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"	----- Kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd17	Berapa bulan umur kandungan [NAMA ANAK] ketika pertama kali memeriksakan kehamilan oleh tenaga kesehatan? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"	----- Bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd18	Berapa kali ibu memeriksakan kehamilan :	Jumlah pemeriksaan:	
	a. Dalam 3 bulan pertama	.....kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Antara 4-6 bulan:	.....kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Antara 7 bulan sampai melahirkan	.....kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd19	Berapa bulan umur kehamilan [NAMA ANAK] ketika ibu terakhir kali memeriksakan kehamilan [NAMA ANAK]? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE 88	.....Bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd20	Selama kehamilan (NAMA ANAK) apakah ibu:? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Ditimbang berat badannya <input type="checkbox"/>	d. Diperiksa air seninya <input type="checkbox"/>	
	b. Diukur tinggi badannya <input type="checkbox"/>	e. Diperiksa darahnya <input type="checkbox"/>	
	c. Diukur tekanan darahnya <input type="checkbox"/>	f. Diperiksa (diraba) perutnya <input type="checkbox"/>	
Dd21	Pada saat pemeriksaan, apakah ibu diberitahu tanda-tanda bahaya (komplikasi) dalam kehamilan?	1. Ya 2. Tidak →Dd23 8. Tidak tahu →Dd23	<input type="checkbox"/>
Dd22	Pada saat pemeriksaan, apakah ibu diberitahu kemana harus pergi untuk mendapatkan pertolongan jika mengalami bahaya (komplikasi) kehamilan?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
Dd23	Selama ibu mengandung (NAMA ANAK) apakah ibu pernah mendapat suntikan di lengan atas untuk mencegah bayi dari penyakit tetanus, atau kejang-kejang setelah lahir?	1. Ya 2. Tidak →Dd25 8. Tidak tahu →Dd25	<input type="checkbox"/>
Dd24	Selama mengandung (NAMA ANAK) berapa kali ibu mendapatkan suntikan tersebut? (JIKA TIDAK TAHU ISIKAN "88")	.....kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd25	Selama mengandung (NAMA ANAK), apakah ibu mendapat atau membeli pil zat besi?	1. Ya 2. Tidak →Dd27 8. Tidak tahu →Dd27	<input type="checkbox"/>

Dd26	Selama mengandung (NAMA ANAK) berapa hari ibu minum pil zat besi? Jika jawaban responden tidak berupa angka, tanyakan untuk memperkirakan jumlah hari. (JIKA TIDAK TAHU ISIKAN "98")	.....hari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd27	Selama kehamilan (NAMA), apakah ibu membicarakan dengan seseorang mengenai: (ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK)		
	a. Dimana ibu akan melahirkan/bersalin? <input type="checkbox"/>	d. Biaya persalinan? <input type="checkbox"/>	
	b. Angkutan/transportasi ke tempat persalinan? <input type="checkbox"/>	e. Donor darah jika perlu? <input type="checkbox"/>	
	c. Siapa yang akan menolong persalinan? <input type="checkbox"/>		
Dd28	Apakah ibu mengalami tanda-tanda bahaya (komplikasi) selama kehamilan?	1. Ya 2. Tidak → Dd31 8. Tidak Tahu → Dd31	<input type="checkbox"/>
Dd29	Apakah sajakah tanda-tanda bahaya (komplikasi) kehamilan tersebut? JAWABAN JANGAN DIBACAKAN, ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Mules hebat sebelum 9 bulan <input type="checkbox"/>	d. Kejang-kejang dan pingsan <input type="checkbox"/>	
	b. Perdarahan <input type="checkbox"/>	e. Lainnya, tuliskan..... <input type="checkbox"/>	
	c. Demam Tinggi <input type="checkbox"/>		
Dd30	Apakah yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut? JAWABAN JANGAN DIBACAKAN, ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA, 2=TIDAK		
	a. Tidak melakukan apa-apa <input type="checkbox"/>	d. Minum Jamu <input type="checkbox"/>	g. Ke Dokter <input type="checkbox"/>
	b. Istirahat <input type="checkbox"/>	e. Ke Dukun <input type="checkbox"/>	h. Ke Unit pelayanan kesehatan <input type="checkbox"/>
	c. Minum Obat <input type="checkbox"/>	f. Ke Bidan <input type="checkbox"/>	i. Lainnya <input type="checkbox"/>
Dd31	Apakah (NAMA ANAK) dilahirkan dengan operasi perut (cesaria)?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Dd32	Berapa umur kehamilan (NAMA ANAK) pada waktu lahir ?	..... bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd33	Ketika (NAMA ANAK) lahir, apakah ia: sangat besar, lebih besar dari rata-rata, rata-rata, lebih kecil dari rata-rata, atau sangat kecil?	1. Sangat besar 2. Lebih besar dari rata-rata 3. Rata-rata, 4. Lebih kecil dari rata-rata, 5. Sangat kecil	<input type="checkbox"/>
Dd34	Pada saat ibu akan melahirkan (NAMA ANAK), apakah ibu mengalami: ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK atau 8=TIDAK TAHU		
	a. Mules yang kuat & teratur lebih dari sehari semalam ? <input type="checkbox"/>	d. Kejang – kejang dan/atau pingsan ? <input type="checkbox"/>	d. <input type="checkbox"/>
	b. Perdarahan lebih banyak dibanding biasanya (lebih dari 2 kain) ? <input type="checkbox"/>	e. Keluar air ketuban lebih dari 6 jam sebelum anak lahir ? <input type="checkbox"/>	e. <input type="checkbox"/>
	c. Suhu badan tinggi dan atau keluar lendir berbau? <input type="checkbox"/>	f. Apakah ada kesulitan/komplikasi lain ? Jika ada, tuliskan _____ <input type="checkbox"/>	f. <input type="checkbox"/>
Dd35	Pada saat ibu melahirkan (NAMA ANAK), apakah ibu didiagnosa : ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA, 2=TIDAK ATAU 8=Tidak Tahu		
	a. Perdarahan <input type="checkbox"/>	e. Ketuban Pecah Dini <input type="checkbox"/>	
	b. Preeklamsi/Eklamsi (Bengkak dua tungkai & darah tinggi/ kejang) <input type="checkbox"/>	f. Hamil diluar rahim <input type="checkbox"/>	
	c. Rahim Sobek <input type="checkbox"/>	g. Lainnya <input type="checkbox"/>	
	d. Jalan lahir tertutup <input type="checkbox"/>		

JIKA Dd35 POINT a s/d g SALAH SATU SAJA MENJAWAB "YA" MAKA LANJUTKAN KE Dd36
 JIKA Dd35 POINT a s/d g SEMUA MENJAWAB "TIDAK" ATAU "TIDAK TAHU" MAKA LANJUTKAN KE Dd37

Dd36	Siapa yang mendiagnosa ibu mengalami komplikasi tersebut di atas (seperti pada Dd35) ? 1. Dokter Kandungan 2. Dokter Umum 3. Bidan 4. Perawat/Mantri 5. Dukun 6. Keluarga/teman 7. Lainnya, tuliskan:	<input type="checkbox"/>
Dd37	Setelah (NAMA ANAK) lahir, apakah ada yang memeriksa kesehatan ibu ? 1. Ya 2. Tidak → Dd41	<input type="checkbox"/>
Dd38	Setelah melahirkan, hari ke berapa ibu diperiksa kesehatannya pertama kali? (JIKA TIDAK TAHU ISIKAN "888") Hari ke.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd39	Siapa yang memeriksa kesehatan Ibu setelah melahirkan ? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK (PILIHAN HANYA SATU) a. Dokter Kandungan <input type="checkbox"/> b. Dokter Umum <input type="checkbox"/> c. Bidan <input type="checkbox"/> d. Perawat <input type="checkbox"/> e. Dukun <input type="checkbox"/> f. Lainnya, tuliskan..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd40	Dimana Pemeriksaan itu dilakukan? 01. RS Pemerintah 02. RS Swasta 03. RS Bersalin 04. Puskesmas/ Pustu 05. Posyandu 06. Klinik/ Dokter Praktek 07. Klinik / Bidan Praktek 08. Perawat Praktek 09. Polindes/Poskesdes 10. Di rumah 11. Lainnya, tuliskan.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd41	Apakah setelah melahirkan ibu mengalami? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK 8=TIDAK TAHU a. Perdarahan (lebih dari 2 kain) <input type="checkbox"/> b. Pingsan <input type="checkbox"/> c. Kejang-kejang <input type="checkbox"/> d. Demam Tinggi <input type="checkbox"/> e. Rasa Nyeri di Payudara <input type="checkbox"/> f. Rasa Sedih dan tertekan <input type="checkbox"/> g. Lainnya, sebutkan..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

JIKA Dd41 POINT a s/d g SALAH SATU SAJA MENJAWAB "YA" MAKA LANJUTKAN KE Dd42
 JIKA Dd41 POINT a s/d g SEMUA MENJAWAB "TIDAK" ATAU "TIDAK TAHU" MAKA LANJUTKAN KE Dd43

Dd42	Bila mengalami hal tersebut di atas, apa yang dilakukan? ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA ATAU 2=TIDAK a. Tidak melakukan apa-apa <input type="checkbox"/> b. Istirahat <input type="checkbox"/> c. Minum obat <input type="checkbox"/> d. Minum jamu <input type="checkbox"/> e. Ke dukun <input type="checkbox"/> f. Ke Praktek Bidan <input type="checkbox"/> g. Ke Praktek Dokter <input type="checkbox"/> h. Ke Puskesmas/ Pustu <input type="checkbox"/> i. Ke Polindes/Poskesdes <input type="checkbox"/> j. Lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dd43	Selama masa nifas apakah [NAMA] mendapatkan vitamin A kapsul warna merah. TUNJUKKAN KARTU PERAGA	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu <input type="checkbox"/>

**De. KEGUGURAN dan KEHAMILAN YANG TIDAK DIINGINKAN (Khusus Perempuan Pernah Kawin usia 10-59 tahun)
 (PERTANYAAN LANGSUNG DITANYAKAN KEPADA RESPONDEN/ UPAYAKAN TANPA PENDAMPING)**

Sekarang saya ingin mengajukan pertanyaan tentang pengalaman kehamilan lima tahun terakhir (sejak 1 Januari 2005)

De01	Dalam lima tahun terakhir, apakah ada kehamilan yang berakhir pada usia kehamilan < 22 minggu (< 5 bulan) ?	1. Ya, pernah 2. Tidak pernah → De05	<input type="checkbox"/>
De02	Apakah ada upaya untuk mengakhiri kehamilan tersebut?	1. Ya 2. Tidak → De05	<input type="checkbox"/>
De03	Jika Ya, upaya apa yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan tersebut? (jawaban boleh lebih dari satu jawaban). Isikan kode jawaban 1=Ya atau 2= Tidak a. Jamu <input type="checkbox"/> b. Pil <input type="checkbox"/> c. Pijat <input type="checkbox"/> d. Suntik <input type="checkbox"/> e. Sedot <input type="checkbox"/> f. Kuret <input type="checkbox"/> g. Lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De04	Siapakah yang menolong saat terjadinya keguguran tersebut ?	1. Dokter 2. Bidan 3. Dukun	4. Sendiri 5. Lainnya, Sebutkan	<input type="checkbox"/>
De05	Dalam lima tahun terakhir apakah ada kehamilan yang tidak direncanakan?	1. Ya	2. Tidak → De11	<input type="checkbox"/>
De06	Apakah ada upaya untuk mengakhiri kehamilan tersebut?	1. Ya	2. Tidak → De11	<input type="checkbox"/>
De07	Jika Ya, upaya apa yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan tersebut? (jawaban boleh lebih dari satu jawaban). Isikan kode jawaban 1= Ya atau 2 = Tidak	a. Jamu <input type="checkbox"/> c. Pijat <input type="checkbox"/> e. Sedot <input type="checkbox"/> g. Lainnya, <input type="checkbox"/> b. Pil <input type="checkbox"/> d. Suntik <input type="checkbox"/> f. Kuret <input type="checkbox"/> Sebutkan.....		
De08	Apakah ada yang membantu ?	1. Dokter 2. Bidan 3. Dukun	4. Sendiri 5. Lainnya, Sebutkan	<input type="checkbox"/>
De09	Apakah upaya mengakhiri kehamilan tersebut berhasil?	1. Ya	2. Tidak → De11	<input type="checkbox"/>
De10	Apakah alasan untuk mengakhiri kehamilan	1. Masalah kesehatan 2. Terlalu banyak anak 3. Terlalu dekat 4. Usia	5. Alasan ekonomi 6. Kesibukan pekerjaan 7. Lainnya (sebutkan:	<input type="checkbox"/>

De11 **JIKA LAKI-LAKI ATAU PEREMPUAN USIA 10-24 TAHUN → KE P.Df01**
JIKA LAKI-LAKI ATAU PEREMPUAN USIA 25 TAHUN KE ATAS → BLOK IX. KONSUMSI

Df. PERILAKU SEKSUAL (Khusus ART Usia 10-24 tahun)

BAGIAN INI HARUS DIJAWAB SENDIRI OLEH RESPONDEN (TIDAK BOLEH ADA PENDAMPING)

Sekarang saya ingin mengajukan enam pertanyaan (Df01 – Df06) tentang seksual. Mohon maaf jika hal ini menyangkut hal yang pribadi

Df01	Apakah [NAMA] pernah melakukan hubungan seksual (sanggama)?	1. Ya	2. Tidak → Df06	<input type="checkbox"/>
Df02	Dengan siapa [NAMA] Melakukan hubungan seksual pertama kali JANGAN MEMBACAKAN ALTERNATIF JAWABAN	1. Suami/ istri 2. Teman 3. Pacar 4. Keluarga 5. Pekerja Seks Komersial 6. Lainnya, sebutkan...		<input type="checkbox"/>
Df03	Berapa umur [NAMA] ketika pertama kali berhubungan seksual (sanggama)	Umur dalam tahun tahun Tidak tahu 88 → Df06		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Df04	Pada waktu pertama kali melakukan hubungan seksual tersebut, apakah [NAMA] atau pasangan memakai alat kontrasepsi/cara KB untuk mencegah kehamilan?	1. Ya 2. Tidak → Df06 8. Tidak tahu/ tidak ingat → Df06		<input type="checkbox"/>
Df05	Penggunaan alat kontrasepsi/alat/cara KB apa yang [NAMA] atau pasangan pakai saat pertama kali berhubungan seksual? JANGAN MEMBACAKAN ALTERNATIF JAWABAN	1. Kondom 2. Pil 3. Diafragma/intravag 4. Sanggama terputus 5. Lainnya, tuliskan.....		<input type="checkbox"/>
Df06	Apakah [NAMA] pernah mendapat penyuluhan tentang kesehatan reproduksi?	1. Ya 2. Tidak		<input type="checkbox"/>

LANJUTKAN KE BLOK IX. KONSUMSI

E. KESEHATAN ANAK

Ea. KESEHATAN BAYI DAN ANAK BALITA (KHUSUS ART UMUR 0 – 59 BULAN)

Ea01	Tuliskan nama dan nomor urut ibu kandung [NAMA] JIKA IBU KANDUNG TIDAK TINGGAL DI RT SAMPEL (BUKAN ART) ISIKAN "00"	Nama Ibu kandung	Nomor urut ibu: <input type="text"/> <input type="text"/>
Ea02	a. Jika ibu kandung bukan sebagai ART, apakah ibu kandung [NAMA]	1. Masih hidup → Ea03 2. Sudah meninggal	8. Tidak tahu → Ea03 <input type="checkbox"/>
	b. Jika ibu kandung [NAMA] sudah meninggal, apakah meninggal pada saat	1. Kehamilan 2. Persalinan	3. Kurang dari 2 bulan setelah persalinan 4. Kecelakaan 5. Lainnya <input type="checkbox"/>
Ea03	a. Siapa yang menolong proses persalinan (NAMA)? [Isikan kode jawaban langsung ke kotak]	1. Dokter 2. Bidan 3. Tenaga paramedis lain 4. Dukun bersalin 5. Famili/keluarga 6. Lainnya, sebutkan	a. Penolong pertama b. Penolong terakhir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Dimana [NAMA] dilahirkan :	01. Rumah Sakit Pemerintah 02. Rumah Sakit Swasta 03. Rumah Sakit Bersalin/ Rumah Bersalin 04. Puskesmas 05. Puskesmas pembantu 06. Praktek dokter 07. Praktek bidan 08. Polindes/Poskesdes 09. Di rumah 10. Lainnya,	<input type="text"/> <input type="text"/>
Ea04	Apakah ketika lahir [NAMA] ditimbang (Berat bayi lahir dalam kurun waktu 48 jam)	1. Ya 8. Tidak Tahu → Ea07	2. Tidak → Ea07 <input type="checkbox"/>
Ea05	Bila "Ya", berapa berat badan [NAMA] ketika lahir (Tulis dalam satuan gram)	..... gram	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ea06	Dari mana sumber informasi berat badan [NAMA] ketika lahir 1. KMS/Buku KIA/Buku Catatan Kesehatan/catatan kelahiran. 2. Pengakuan atau ingatan Ibu/ ART lain		<input type="checkbox"/>
Ea07	Obat/ ramuan apa yang digunakan untuk merawat tali pusar [NAMA] pada saat baru lahir 1. Tidak diberi apa-apa 2. Betadine/ alkohol 3. Obat tabur (berbentuk bubuk) 4. Ramuan/ obat tradisional	8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
Ea08	Apakah [NAMA] mendapat pelayanan kesehatan (dikunjungi/mengunjungi) pada: (BACAKAN BUTIR a SAMPAI DENGAN d) ISIKAN DENGAN KODE 1 = YA 2 = TIDAK 7 = TIDAK BERLAKU 8 = TIDAK TAHU		
	a. 6–48 jam setelah lahir <input type="checkbox"/>	b. 3–7 hari setelah lahir <input type="checkbox"/>	c. 8–28 hari setelah lahir <input type="checkbox"/>
JIKA KODE JAWABAN Ea08 (a SAMPAI DENGAN d) SEMUANYA 2 ATAU 7 ATAU 8 → Ea11			
Ea09	Dimana [NAMA] mendapat pelayanan kesehatan pada saat itu? 1. Rumah Sakit Pemerintah 2. Rumah Sakit Swasta 3. Rumah Sakit Bersalin 4. Puskesmas/Pustu/Pusling 5. Poskesdes/Posyandu 6. Poliklinik Swasta 7. Praktik Tenaga Kesehatan 8. Di Rumah 9. Tidak berlaku	a. 6 – 48 jam setelah lahir	<input type="checkbox"/>
		b. 3 – 7 hari setelah lahir	<input type="checkbox"/>
		c. 8 – 28 hari setelah lahir	<input type="checkbox"/>
		d. > 28 hari setelah lahir	<input type="checkbox"/>
Ea10	Jenis pelayanan kesehatan yang diterima pada saat bayi [NAMA] berusia 6 – 48 jam setelah lahir: ISIKAN DENGAN KODE 1 = YA ATAU 2 = TIDAK ATAU 8 = TIDAK TAHU (JIKA PADA UMUR 6 - 48 JAM [NAMA] TIDAK DIPERIKSA, SEMUA DIISI KODE "2")		
	a. Diberi imunisasi Hepatitis B (HB-0) <input type="checkbox"/>	c. Vitamin K injeksi	<input type="checkbox"/>
	b. Diberi salep mata/tetes mata <input type="checkbox"/>	d. Lainnya, sebutkan	<input type="checkbox"/>
Ea11	Sejak [NAMA] dilahirkan sampai berumur 28 hari, Apakah [NAMA] pernah menderita sakit?	1. Ya 8. Tidak Tahu → Ea13	2. Tidak → Ea13 <input type="checkbox"/>
Ea12	Pada saat sakit tersebut apakah [NAMA] berobat ke tenaga kesehatan?	1. Ya 8. Tidak Tahu	2. Tidak <input type="checkbox"/>
Ea13	Apakah [NAMA] memiliki catatan kesehatan berupa KMS 1. Ya, dapat menunjukkan 2. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan kader/ bidan/ di Posyandu)	3. Pernah memiliki, tetapi sudah hilang 4. Tidak pernah memiliki	<input type="checkbox"/>

Ea14	Apakah [NAMA] memiliki catatan kesehatan berupa Buku KIA 1. Ya, dapat menunjukkan 2. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan kader/ bidan/ di Posyandu)	3. Pernah memiliki, tetapi sudah hilang 4. Tidak pernah memiliki	<input type="checkbox"/>
Ea15	Apakah [NAMA] memiliki catatan kesehatan lain seperti <i>Buku Catatan Kesehatan Anak (Selain KMS dan Buku KIA)</i> 1. Ya, dapat menunjukkan 2. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan di tempat lain)	3. Pernah memiliki, tetapi sudah hilang 4. Tidak pernah memiliki	<input type="checkbox"/>

JIKA KODE JAWABAN Ea13 S/D Ea15 SEMUANYA BERKODE 2 ATAU 3 ATAU 4 →Ea18

Ea16	Apakah dalam KMS/ Buku KIA/ Buku Catatan Kesehatan Anak [NAMA] ada catatan imunisasi	1. Ya 2. Tidak →Ea18	<input type="checkbox"/>
------	--	-------------------------	--------------------------

Ea17	Salin dari KMS/BUKU KIA/CATATAN KESEHATAN ANAK , tanggal...../ bulan..../ tahun..... untuk setiap jenis imunisasi. ISIKAN "77" DI KOLOM 'TGL/BLN/THN', JIKA UMUR ANAK BELUM WAKTUNYA DIBERIKAN ISIKAN "88" DI KOLOM 'TGL/BLN/THN', JIKA KARTU MENUNJUKKAN BAHWA IMUNISASI DIBERIKAN, TETAPI TANGGAL/ BULAN/ TAHUN-NYA TIDAK ADA. ISIKAN "99" DI KOLOM 'TGL/BLN/THN', JIKA IMUNISASI TIDAK DIBERIKAN		
a. Hepatitis B 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f. Polio 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. BCG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g. Polio 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. DPT –HB Combo1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h. Polio 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. DPT-HB Combo 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. Polio 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. DPT-HB Combo 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. Campak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

JIKA CATATAN IMUNISASI ART LENGKAP, LANJUTKAN KE Ea19
JIKA CATATAN IMUNISASI ART TIDAK LENGKAP, LANJUTKAN KE Ea18

Ea18	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut : (INFORMASI DAPAT DIPEROLEH DARI BERBAGAI SUMBER)		
a. Imunisasi Hepatitis B-0, biasanya diberikan sesaat setelah bayi lahir sampai bayi berumur 7 hari yang disuntikkan di paha bayi?	1. Ya 2. Tidak →Ea18c	8. Tidak tahu →Ea18c	<input type="checkbox"/>
b. Pada umur berapa hari [NAMA] diimunisasi Hepatitis B 0? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK HARI (biasanya HB-0 diberikan 0-7 hari)	..... hari		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Imunisasi BCG yang biasanya mulai diberikan umur 1 hari dan disuntikkan di lengan atas atau paha serta meninggalkan bekas (scar) di bawah kulit?	1. Ya 2. Tidak →Ea18e	8. Tidak tahu →Ea18e	<input type="checkbox"/>
d. Pada umur berapa [NAMA] diimunisasi BCG? (ISI HARI ATAU BULAN) JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK HARI DAN BULAN	..... hari		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	..... bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. Imunisasi polio, cairan merah muda atau putih yang biasanya mulai diberikan pada umur 2 bulan dan diteteskan ke mulut?	1. Ya 2. Tidak →Ea18h 7. Belum waktunya (umur belum 2 bulan) →Ea18h 8. Tidak Tahu →Ea18h		<input type="checkbox"/>
f. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi polio? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK BULAN	.....bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. Berapa kali [NAMA] diimunisasi polio?	..... kali		<input type="checkbox"/>
h. Imunisasi DPT-HB combo (Difteri Pertusis Tetanus-Hepatitis B combo) yang biasanya disuntikkan di paha dan biasanya mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan polio?	1. Ya 2. Tidak →Ea18k 7. Belum waktunya (umur belum 2 bulan) →Ea18k 8. Tidak tahu →Ea18k		<input type="checkbox"/>
i. Pada umur berapa (NAMA) pertama kali diimunisasi DPT-HB Combo. JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"	..... bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j. Berapa kali [NAMA] diimunisasi DPT-HB Combo?	..... kali		<input type="checkbox"/>

	k. Imunisasi campak yang biasanya mulai diberikan umur 9 bulan dan disuntikkan di paha serta diberikan satu kali?	1. Ya 2. Tidak 7. Belum waktunya (umur belum 9 bulan) 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
Ea19	Dalam 6 bulan terakhir, berapa kali [NAMA] ditimbang? JIKA TIDAK PERNAH DITIMBANG, ISI KODE "00" ATAU JIKA "TIDAK TAHU", ISI KODE "88" → Ea21	..... kali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ea20	Dimana [NAMA] paling sering ditimbang? 1. Rumah Sakit 2. Puskesmas/Pustu 3. Polindes 4. Posyandu 5. Poskesdes 6. Lainnya, sebutkan		<input type="checkbox"/>
Ea21	Apakah dalam 6 bulan terakhir [NAMA] mendapatkan kapsul vitamin A ? (GUNAKAN KARTU PERAGA)	1. Ya 7. Belum waktunya (umur belum 6 bulan) 2. Tidak 8. Tidak Tahu	<input type="checkbox"/>
JIKA ART BERUMUR 24 – 59 BULAN → Ea22 JIKA ART BERUMUR 0 – 23 BULAN → Eb01			
Ea22 KHUSUS ART BERUMUR 24 – 59 BULAN			
Ea22	Apakah [NAMA] memiliki kelainan/cacat : ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Tuna netra (penglihatan) → OBSERVASI	<input type="checkbox"/>	e. Tuna daksa (tubuh) → OBSERVASI
	b. Tuna rungu (pendengaran) → OBSERVASI	<input type="checkbox"/>	f. <i>Down Syndrome</i> → GUNAKAN KARTU PERAGA
	c. Tuna wicara (berbicara) → OBSERVASI	<input type="checkbox"/>	g. <i>Cerebral Palsy</i> → GUNAKAN KARTU PERAGA
	d. Tuna grahita (mental) → OBSERVASI	<input type="checkbox"/>	h. Lainnya, sebutkan.....
LANJUTKAN KE BLOK IX. KONSUMSI			
Eb. ASI DAN MP-ASI (KHUSUS ART UMUR 0 – 23 BULAN)			
Eb01	Apakah [NAMA] pernah disusui (diberi ASI)?	1. Ya 2. Tidak → Eb09	<input type="checkbox"/>
Eb02	Kapan [NAMA] mulai disusui oleh ibu untuk yang pertama kali, setelah dilahirkan? JIKA KURANG DARI 1 JAM, TULIS 00; JIKA KURANG DARI 24 JAM, TULIS DALAM JAM; JIKA 24 JAM ATAU LEBIH TULIS DALAM HARI		
	a. jam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b. hari <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eb03	Apa yang dilakukan [Ibu dari NAMA] terhadap kolustrum (ASI yang pertama keluar, biasanya encer, bening dan atau berwarna kekuning-kuningan)? 1. Diberikan semua kepada bayi 3. Dibuang semua, kemudian ASI diberikan kepada bayi 2. Dibuang sedikit kemudian ASI diberikan kepada bayi 8. Tidak Tahu		
Eb04	Apakah sebelum disusui yang pertama kali atau sebelum ASI keluar, [NAMA] diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI?	1. Ya 2. Tidak → Eb06 8. Tidak Tahu → Eb06	<input type="checkbox"/>
Eb05	Minuman/makanan apa sajakah yang diberikan kepada [NAMA] sebelum ASI keluar? BACAKAN DAN ISIKAN DENGAN KODE 1= YA ATAU 2=TIDAK		
	a. Susu formula <input type="checkbox"/>	e. Air Tajin <input type="checkbox"/>	i. Madu/ Madu + air <input type="checkbox"/>
	b. Susu non formula <input type="checkbox"/>	f. Air kelapa <input type="checkbox"/>	j. Pisang dihaluskan <input type="checkbox"/>
	c. Air putih <input type="checkbox"/>	g. Sari buah/jus buah <input type="checkbox"/>	k. Nasi dihaluskan <input type="checkbox"/>
	d. Air gula <input type="checkbox"/>	h. Teh manis <input type="checkbox"/>	l. Lainnya, sebutkan
Eb06	Apakah saat ini, [NAMA] masih disusui?	1.Ya → Eb08 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
Eb07	Pada umur berapa bulan [NAMA] disapih/mulai tidak disusui lagi? Bila tidak tahu tulis 88	..... bulan → Eb09	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eb08	Apakah dalam 24 jam terakhir [NAMA] hanya mendapatkan air susu ibu (ASI) saja (<i>tidak diberi cairan/makanan selain ASI</i>)	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>

Eb09	Sejak kapan (<i>pada umur berapa hari/ bulan</i>) [NAMA] mulai diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI : 1. 0 – 7 hari 4. 2 – < 3 bulan 7. ≥ 6 bulan 2. 8 – 28 hari 5. 3 – < 4 bulan 8. Tidak tahu 3. 29 hari – < 2 bulan 6. 4 – < 6 bulan 9. Belum makanan pendamping (hanya ASI) → BLOK IX KONSUMSI	<input type="checkbox"/>
Eb10	Minuman (cairan) atau makanan selain ASI apa yang mulai diberikan kepada [NAMA] pada umur tersebut (<i>Sesuai jawaban Eb09</i>) 1. Susu formula 5. Sari buah/ juice buah 2. Susu non-formula 6. Bubur tepung/ bubur saring 3. Air tajin 7. Bubur nasi/ nasi tim/ nasi dihaluskan 4. Pisang dihaluskan 8. Lainnya,	<input type="checkbox"/>

BLOK IX. KONSUMSI MAKAN INDIVIDU - 24 JAM YANG LALU (Semua Umur)

1. Hari wawancara : 1. Senin – Jumat ; 2. Sabtu – Minggu	<input type="checkbox"/>	2. Kondisi saat wawancara : 1. Biasa; 2. Hajatan; 3. Hari Raya;	<input type="checkbox"/>	4. Puasa; 5. Sakit; 6. Diit.
--	--------------------------	--	--------------------------	------------------------------------

Waktu	Menu	Bahan Makanan	Kode Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga	Berat (gram)
Pagi					
Selingan					
Siang					
Selingan					
Malam					

3. Apakah masih mendapat ASI : 1. Ya; 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	4. Bila Ya, Frekuensi mendapat ASI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kali sehari semalam (24 jyl)
--	--------------------------	--

X. PENGUKURAN TINGGI/ PANJANG BADAN DAN BERAT BADAN

SEMUA UMUR

1a. Apakah ART ditimbang? 1. Ya 2. Tidak →X2a	<input type="checkbox"/>	1b. Berat Badan (kg)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
2a. Apakah ART diukur? 1. Ya 2. Tidak →XI	<input type="checkbox"/>	2b. Tinggi Badan/ Panjang Badan (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
		2c. KHUSUS UNTUK BALITA, Posisi Pengukuran TB/PB 1. Berdiri 2. Telentang	<input type="checkbox"/>

XI. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Nomor Stiker

TEMPELKAN STIKER NOMOR (7 DIGIT) DISINI

PEMERIKSAAN RDT (SEMUA UMUR)

1. Pemeriksaan RDT?	1. Ya 2. Tidak →XI.6	<input type="checkbox"/>
---------------------	-------------------------	--------------------------

JIKA YA, JAWABAN 2a – 5 DIKUTIP DARI FORM M1

2. a. Tanggal pengambilan darah jari	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Nama pengambil darah jari
--------------------------------------	---	------------------------------------

3. Apakah [NAMA] mengalami	
----------------------------	--

a. Panas dalam 2 hari ini?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------	--------------------------

b. Minum obat program ACT dalam 1 bulan ini?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
--	----------------	--------------------------

c. Pernah sakit malaria sebelumnya dalam 1 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
--	----------------	--------------------------

d. Mendapat transfusi darah 1 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
---	----------------	--------------------------

e. Bermalam di luar kota 1 bulan terakhir? Sebutkan	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
---	----------------	--------------------------

4. a. Waktu penetesan buffer: Jam <input type="text"/> <input type="text"/> Menit <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Waktu pembacaan RDT Jam <input type="text"/> <input type="text"/> Menit <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

5. Hasil pemeriksaan dipstik darah (<i>Rapid Diagnostic Test</i>)	1. Negatif 2. <i>Plasmodium falcifarum</i> (Pf) 3. <i>Plasmodium vivax</i> (Pv) 4. Pf dan Pv (Mix) 5. Hasil tidak sah	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------

SEDIAAN APUS DARAH TEBAL (SEMUA UMUR)

6. Apakah diambil Sediaan Apus Darah Tebal?	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
---	----------------	--------------------------

SPUTUM (KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN)

7. Pengambilan Sputum	a. Sewaktu	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
-----------------------	------------	----------------	--------------------------

	b. Pagi	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
--	---------	----------------	--------------------------

CATATAN PENGUMPUL DATA





Lampiran 6

Form Anggota

Rumah Tangga Tambahan

FORM KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA TAMBAHAN

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin	Status Kawin	Tanggal Lahir	Umur Jika umur < 15th isikan dalam kotak "Hari" Jika umur < 5thn isikan dlm kotak "Bulan" Jika umur >= 5 thn isikan dlm kotak "Januari" dan umur ≥ 97 thn isikan "97"	Khusus ART > 5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang diamatkan	Khusus ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan utama [KODE]	Khusus ART 10-54 tahun Apakah sedang Hamil? 1. Ya 2. Tidak	Apakah ART semalam idur menggunakan kelambu	Jika "ya" Apakah kelambu ber-insektisida?	ART diwawan-carai?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
9.		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG

Kode kolom 3 Hubungan dg kepala rumah tangga		Kode kolom 5 Status Kawin		Kode kolom 8 Pendidikan Tertinggi		Kode kolom 9 Status Pekerjaan Utama	
1 = Kepala RT	4 = Menantu	1 = Belum kawin	3 = Cerai hidup	1 = Tidak pernah sekolah	4 = Tamat	1 = Tidak kerja	4 = PNS/Pegawai
2 = Istri/suami	5 = Cucu	2 = Kawin	4 = Cerai mati	2 = Tidak tamat SD/MI	6 = Tamat D1/D2/D3	2 = Sekolah	5 = Wiraswasta/layan jasa/ dagang
3 = Anak	6 = Orang tua/ mertua		3 = Tamat SD/MI	3 = Tamat SLT/MTS	7 = Tamat PT	3 = TNI/Polri	6 = Petani
	7 = Famili lain			4 = Tamat SLT/TAJMA			7 = Nelayan
	8 = Pembantu rumah tangga						8 = Buruh
	9 = Lainnya						9 = Lainnya

FORM KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA TAMBAHAN (LANJUTAN)

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin	Status Kawin	Tanggal Lahir	Umur Jika umur < 1bin isikan dalam kotak "Hari" Jika umur < 5thn isikan dlm kotak "Bulan" Jika umur >=5 thn isikan dlm kotak "Tahun" dan umur ≥ 97 thn isikan "97"	Khusus ART >5 tahun Status Pendidikan tertinggi yang diamatkan	Khusus ART ≥ 10 tahun Status Pekerjaan utama [KODE]	Khusus ART 10-54 tahun Apakah sedang Hamil? 1. Ya 2. Tidak	Apakah ART semalam tidur menggunakan kelambu 1. Ya 2. Tidak → kolom 13	Jika "ya" Apakah kelambu ber-insektisida? 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	ART diwawan-carai? 1. Ya 2. Tidak
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG

Kode kolom 3		Kode kolom 5		Kode kolom 8		Kode kolom 9	
Hubungan dg kepala rumah tangga		Status Kawin		Pendidikan Tertinggi		Status Pekerjaan Utama	
1 = Kepala RT	4 = Menantu	1 = Belum kawin	3 = Cerai hidup	1 = Tidak pernah sekolah	4 = Tamat SLTP/MTS	1 = Tidak kerja	4 = PNS/Pegawai
2 = Istri/sumi	5 = Cucu	2 = Kawin	4 = Cerai mati	2 = Tidak tamat SD/MI	5 = Tamat SLT/TAJMA	2 = Sekolah	5 = Wiraswastalayan/jasal dagang
3 = Anak	6 = Orang tua/ mertua		3 = Tamat SD/MI	3 = Tamat SLT/TAJMA	6 = Tamat D1/D2/D3	3 = TNI/Polri	6 = Pelani
	7 = Famili lain				7 = Tamat PT		7 = Nelayan
	8 = Pembantu rumah tangga						8 = Buruh
	9 = Lainnya						9 = Lainnya