



UNIVERSITAS INDONESIA

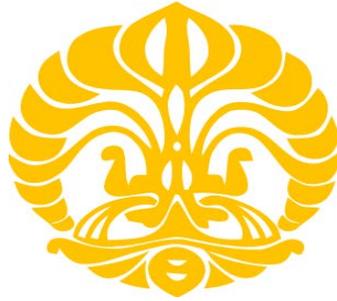
**GAMBARAN STATUS GIZI ANAK USIA 6-24 BULAN DI
KECAMATAN BERUNTUNG BARU KABUPATEN BANJAR
KALIMANTAN SELATAN TAHUN 2012**

SKRIPSI

ROOSWIDIAWATI DEWI

NPM: 1006821634

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN STATUS GIZI ANAK USIA 6-24 BULAN DI
KECAMATAN BERUNTUNG BARU KABUPATEN BANJAR
KALIMANTAN SELATAN TAHUN 2012**

SKRIPSI

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

ROOSWIDIAWATI DEWI

NPM: 1006821634

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JUNI 2012**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Rooswidiawati Dewi
NPM : 1006821634
Tanda Tangan : 
Tanggal : 4 Juni 2012

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Rooswidiawati Dewi
NPM : 1006821634
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Gambaran Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan
Di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten
Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun
2012

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : drg. Sandra Fikawati, MPH

Penguji I : Ir.Ahmad Syafiq, MSc, Ph.D

Penguji II : Ir.Muhammad Nasir, MKM

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 4 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Peminatan Kebidanan Komunitas pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Sandra Fikawati. drg, MPH, Selaku Dosen Pembimbing Akademik, yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya dengan penuh kesabaran menuntun dan memberikan arahan pada penulis hingga skripsi ini dapat terselesaikan tepat waktu.
2. Bapak Ahmad Syafiq. Ir, M.Sc, Ph.D atas kesediaannya meluangkan waktu untuk menjadi Dewan Penguji.
3. Bapak Ir.Muhammad Nasir, MKM atas kesediaannya meluangkan waktu untuk menjadi Dewan penguji.
4. Bapak Ikhwanyah SKM, M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Umum Ratu Zaleha Martapura Provinsi Kalimantan Selatan yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan ini.
5. Ibu drg. Yasna Khairina, MM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar yang telah memberikan ijin penelitian di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar.
6. Bapak Sugianoor, SKM selaku Kepala Puskesmas Beruntung Baru beserta staf atas kerjasamanya yang telah memberikan kesempatan dan memfasilitasi sebagai tempat penelitian ini.

7. Seluruh Bidan di Wilayah Kerja Puskesmas Beruntung Baru yang telah ikut serta membantu dalam penelitian ini, khususnya mbak Endang yang selalu membantu dalam persiapan di lapangan.
8. Mamaku tercinta, yang tiada lelah mendo'akan, selalu mendukung dan membantu tanpa kenal lelah dan pamrih. Suami dan putra-putraku tercinta, abah dan ibu mertua, all my sister serta seluruh keluarga besarku yang telah setia dan sabar dalam memberikan do'a, dorongan dan pengorbanan lahir dan bathin selama mengikuti studi hingga akhir penulisan skripsi ini.
9. Ibu Hj.Nunuk Wahyuningsih, AmKeb, atas dukungannya dan seluruh sejawat bidan di RSU.Ratu Zaleha Martapura.
10. Teman-teman satu angkatan dan seperjuangan Peminatan Kebidanan Komunitas angkatan 2010 khususnya sahabatku Noor Asiah yang selalu setia memberiku inspirasi dan motivasi dalam penulisan skripsi ini." Bersama Kita Bisa"
11. Ali, Mbak Titi dan Surya yang telah membantu baik dalam pengumpulan data di lapangan sampai pengolahan data.
12. Bapak dan Ibu petugas Perpustakaan FKM-UI atas bantuannya dan pinjaman buku selama penyusunan skripsi ini.
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang banyak membantu penulis dalam pembuatan skripsi ini.

Semoga segala bantuan dan kesempatan yang telah diberikan menjadikan amal kebajikan yang diterima oleh Allah SWT. Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan dari penulisan ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan Rahmat-Nya kepada kita semua. Amien.

Depok, 4 Juni 2012

Penulis,

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

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah
Ini :

Nama : Rooswidiawati Dewi
NPM : 1006821634
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

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

Gambaran Status Gizi anak usia 6-24 bulan Di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012

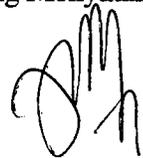
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih mediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 4 Juni 2012

Yang Menyatakan



(Rooswidiawati Dewi)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Rooswidiawati Dewi
NPM : 1006821634
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Kebidanan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010

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

Gambaran Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan Di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2011

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

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 4 Juni 2012



Rooswidiawati Dewi
Rooswidiawati dewi

Nama : Rooswidiawati Dewi
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul : Gambaran Status Gizi Usia
6-24 Bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar
Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012

ABSTRAK

Penyebab langsung status gizi adalah asupan dan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung adalah pola asuh, ketersediaan pangan, sanitasi, air bersih, dan pelayanan kesehatan dasar. Prevalensi balita kurus di Kecamatan Beruntung Baru berada lebih tinggi dari ambang batas 0.5% yaitu 13.36%. Penelitian ini menggunakan data primer yang dikumpulkan melalui wawancara dan observasi menggunakan kuesioner. Metode yang digunakan *Cross Sectional*. Analisis univariat menunjukkan prevalensi anak dengan status gizi sangat kurus 0.75 %, 28% kurus, 69% normal dan 2.25% gemuk. Hasil analisis Bivariat ditemukan berhubungan bermakna pada jumlah balita dalam keluarga ($p=0.000$), Jumlah anggota keluarga ($p=0.007$), jumlah penghasilan keluarga ($p=0.027$), pola asuh gizi ($p=0.030$), pemberian ASI eksklusif ($p=0.029$), Penyakit infeksi ($p=0.029$), asupan energi ($p=0.001$), asupan protein ($p=0.00$) dan variabel sanitasi dasar ($p=0.010$) serta pelayanan kesehatan ($p=0.002$). Variabel tidak berhubungan adalah umur, jenis kelamin dan berat badan lahir.

Kata Kunci : Status gizi, penyebab langsung, penyebab tidak langsung
Daftar Bacaan : 55 (1985-2011)

Name : Rooswidiawati Dewi
Study Program : Community of Midwifery
Title : The Description Nutritional Status Children age
6-24 months in the District of Beruntung Baru Banjar
District of South Kalimantan Province Year 2012.

ABSTRACT

The immediate cause nutritional status is the intake and of infectious diseases. Indirect cause is the pattern of care, availability of food, sanitation, clean water and basic health services. The prevalence of underweight children in the District of Beruntung Baru higher than the 0.5% threshold is 13,36%. This study uses primary data collected through interviews and observation with questionnaires. Used Cross Sectional methods. Univariate analysis showed the prevalence of nutritional status of children with a very thin 0.75%, 28% lean, 69% normal and 2.25% fat. Bivariate analysis of the results found to be related significantly to the number of children in the family ($p=0.000$), number of family members ($p=0.007$), number of family income ($p=0.027$), parenting nutrition ($p= 0.030$), exclusive breastfeeding ($p=0.029$), Infectious diseases ($p = 0.029$), energy intake ($p = 0.001$), protein intake ($p = 0.00$) and basic sanitation ($p = 0.010$) as well as health services ($p = 0.002$). Variables are not related to age, sex and birth weight.

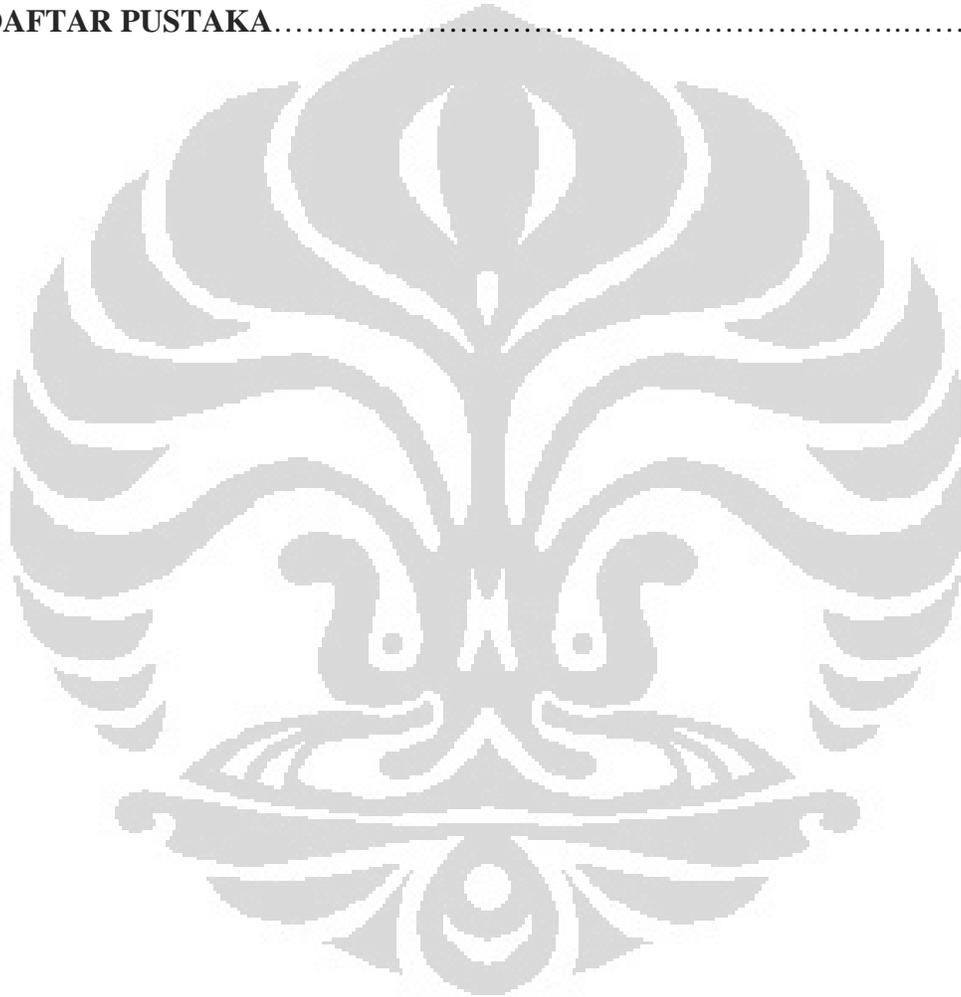
Keywords : Nutritional status, indirectly cause, the cause is not immediately
Reading list : 55(1985-2011)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS	vii
LEMBAR PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	viii
RIWAYAT HIDUPix
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.5 Mamfaat Penelitian	7
1.6 Ruang Lingkup	7
2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Pengertian Status Gizi	8
2.2 Penilaian Status Gizi.....	14
2.3 Jenis Parameter	14
2.4 Indeks Antropometri	15

2.5 Penggunaan Indeks Antropometri	19
2.6 Survei Konsumsi Makanan.....	21
2.7 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Anak.....	23
2.8 Kerangka Teori.....	30
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	32
3.1 Kerangka Konsep	32
3.2 Hipotesis Penelitian.....	33
3.3 Definisi Operasional	35
4. METODELOGI PENELITIAN	39
4.1 Desain Penelitian	39
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian	39
4.3 Populasi dan Sampel	39
4.4 Teknik Pengumpulan Data.....	42
4.5 Manajemen Data.....	43
4.6 Analisa Data.....	44
5. HASIL PENELITIAN	45
5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian	45
5.2 Analisis Univariat	46
5.3 Analisis Bivariat	52
6. PEMBAHASAN	61
6.1 Keterbatasan Penelitian	61
6.2 Status Gizi.....	62
6.3 Usia.	62
6.4 Jenis Kelamin.....	63
6.5 Berat Badan Lahir.....	64
6.6 Jumlah Balita Dalam Keluarga.....	65
6.7 Jumlah Anggota Keluarga.....	66
6.8 Jumlah Penghasilan.....	66
6.9 Penyakit Infeksi.....	67
6.10 Pola Asuh	67

6.11 Asupan Energi Dan Protein.....	68
6.12 Sanitasi dasar.....	69
6.13 Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan.....	70
7. KESIMPULAN DAN SARAN	71
7.1 Kesimpulan	71
7.2 Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
3.1	Definisi Operasional 35
4.1	Jumlah Populasi Dan Sampel..... 42
5.1	Distribusi Anak Menurut Status Gizi (BB/PB).....46
5.2	Karakteristik Anak Menurut Umur, Jenis Kelamin dan Berat Badan Lahir...47
5.4	Distribusi Anak Menurut Karakteristik Keluarga..... 47
5.5	Distribusi Anak Menurut Penyakit Infeksi.....48
5.6	Distribusi Anak Menurut Pola Asuh..... 49
5.7	Distribusi Anak Menurut Asupan Energi dan Protein 50
5.8	Distribusi Anak Menurut Sanitasi Dasar..... 50
5.9	Distribusi Anak Menurut Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan.....51
5.10	Distribusi Anak Menurut Karakteristik Anak, Karakteristik Keluarga, Penyakit Infeksi, Pola Asuh, Asupan Energi dan Protein dan Sanitasi Dasar Serta Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan.....51
5.11	Hubungan Karakteristik Anak Terhadap Status Gizi 53
5.12	Hubungan Karakteristik Keluarga Terhadap Status Gizi Anak..... 54
5.13	Hubungan Penyakit Terhadap Status Gizi Anak..... 55
5.14	Hubungan Pola Asuh Terhadap Status Gizi Anak..... 55
5.15	Hubungan Asupan Energi Dan Protein Terhadap Status Gizi Anak.....56
5.16	Hubungan Sanitasi Dasar Terhadap Status Gizi Anak..... 57
5.17	Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan Terhadap Status Gizi Anak.....58
5.18	Hubungan Karakteristik anak, Karakteristik Keluarga, Penyakit Infeksi, Pola Asuh, Asupan Energi dan Protein dan Sanitasi dasar serta Akses Terhadap pelayanan Kesehatan 58

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
2.1 Faktor-faktor Yang Berpengaruh Terhadap Status Gizi Seseorang.....	9
2.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita.....	10
2.3 Penyebab Terjadinya Kekurangan Gizi Pada Anak.....	12
2.4 Metode Penelitian Status Gizi.....	14
2.5 Kerangka Teori Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi.....	31
3.1 Kerangka Konsep Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan.....	33
4.1 Langkah-lagkah Pengambilan Sampel Secara Cluster.....	41



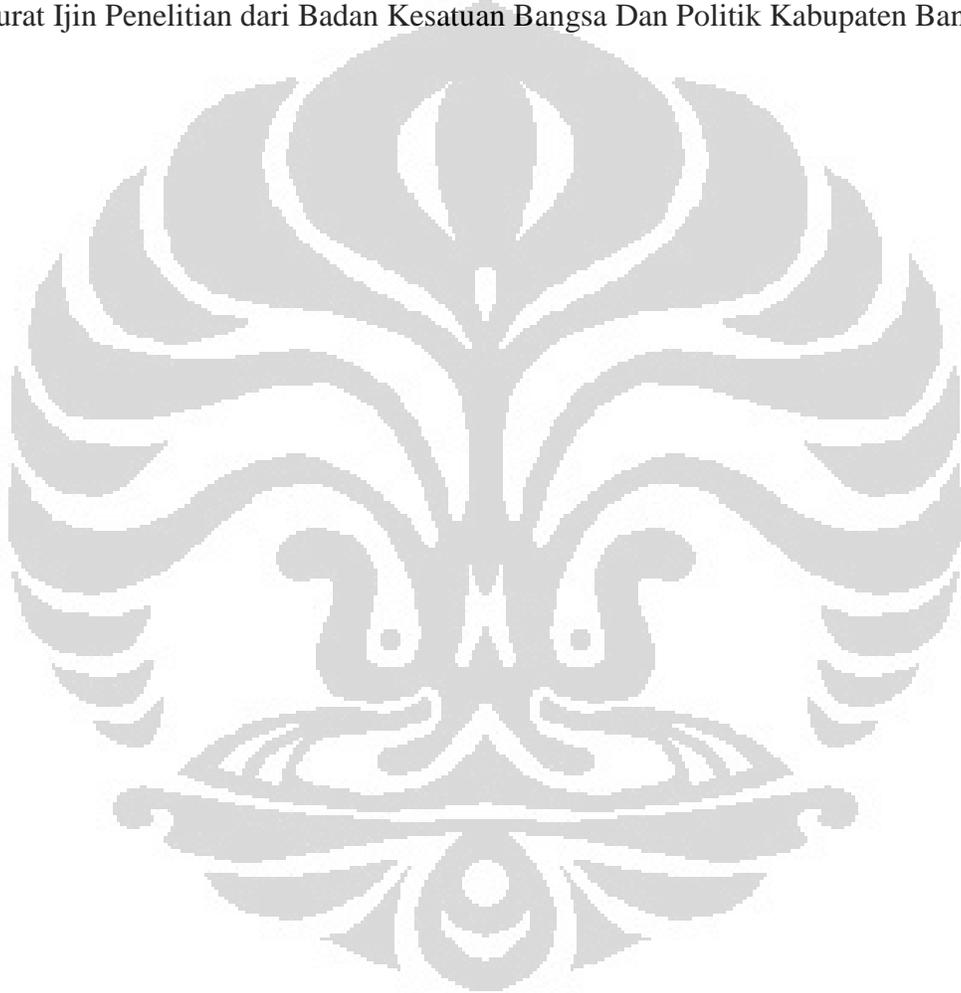
DAFTAR LAMPIRAN

Kuisioner Penelitian

Uji Univariat

Uji Bivariat

Surat Ijin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Banjar



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada tahun 2006 UNICEF memperkirakan bahwa keadaan kurang gizi berkontribusi pada kematian 5,6 juta anak di bawah usia 5 tahun di seluruh dunia. Satu dari empat anak atau 146 juta anak di bawah usia 5 tahun di negara-negara berkembang mengalami berat badan kurang sehingga beresiko terhadap kematian dini. Anak-anak di bawah usia 5 tahun yang mengalami berat badan kurang (*underweight*) di negara-negara di Asia Selatan dan Pasifik sebesar 22 juta anak dimana 6 juta diantaranya hidup di negara Indonesia (www.UNICEF.org).

Salah satu dari 8 tujuan utama yang terkait dengan bidang kesehatan di dalam deklarasi “*Millennium*” atau *Millennium Development Goals* (MDGs) yang ditanda tangani oleh pemerintah Indonesia pada tahun 2000 adalah eradikasi kemiskinan yang ekstrim dan kelaparan serta penurunan kematian anak. Salah satu upaya menurunkan kematian anak adalah dengan menurunkan jumlah anak yang menderita kurang gizi menjadi 18,5% pada tahun 2015 (www.Bappenas.go.id).

Dalam *United Nation General Assembly Special Session on Children* di New York pada bulan Mei tahun 2002 sebagai tindak lanjut MDGs, negara-negara peserta kembali menegaskan tekad dan komitmen terhadap kesejahteraan dan kemaslahatan anak yang disebut dengan “*A World Fit for Children*” (WFC). Dalam deklarasi WFC ditekankan 8 prinsip yang mendasari gerakan global untuk menciptakan dunia yang cocok bagi anak. Prinsip yang terkait dengan kesehatan adalah *care for every child* yang menyebutkan bahwa setiap anak harus memulai kehidupan dalam keadaan yang sebaik-baiknya sesuai dengan kovensi hak-hak anak. Kelangsungan hidup, perlindungan, pertumbuhan dan perkembangan anak dalam keadaan sehat dan gizi yang memadai, merupakan hal yang paling mendasar dari pembangunan manusia. Anak yang tumbuh dalam lingkungan yang sehat dan aman akan menjadi anak yang sehat fisik, mental dan emosional serta memiliki kemampuan sosial dan mampu belajar.

Indonesia sebagai salah satu peserta yang terlibat, meratifikasi komitmen tersebut dalam bentuk undang-undang no.23 tahun 2002 tentang perlindungan anak serta membentuk Program Nasional Bagi Anak Indonesia (PNBAI) pada tahun 2008 (www.Bappenas.go.id). Salah satu dari 7 tujuan dan indikator PNBAI adalah menurunnya prevalensi balita dengan gizi kurang pada tahun 2015 menjadi 1/3 dari kondisi pada tahun 2001 yaitu 31% prevalensi gizi kurang dan gizi buruk menurut SUSENAS 2001 dengan perhatian khusus pada anak di bawah 2 tahun dan penurunan angka BBLR.

Ada empat masalah gizi yang ada di Indonesia, dimana salah satunya adalah kurang energi dan protein (KEP) (Supriasa dkk, 2002). Dampak negatif masalah kekurangan gizi pada balita terutama gizi buruk akan terlihat pada 5-10 tahun mendatang, dimana anak-anak yang mengalami kurang gizi akan tumbuh menjadi anak yang kurus, pendek dan bodoh (www.Bappenas.go.id). Hal ini didukung dari beberapa penelitian yang melaporkan bahwa status kurang gizi berdampak pada kecerdasan berupa berkurangnya skor IQ sebesar 15 point atau lebih. Kondisi ini dikhawatirkan akan ada generasi yang hilang (*Lost generation*) (Kunanto, 1992).

Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini bersifat permanen, tidak dapat dipulihkan walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi (Depkes, 2007). Anak dengan kekurangan gizi akan mempunyai ketahanan tubuh yang rendah terhadap penyakit infeksi yang kerap di derita anak-anak seperti halnya penyakit diare dan infeksi saluran pernapasan. Apabila kondisi ini terus berlangsung di dalam kehidupan seorang anak maka akan mengganggu perkembangan dalam hal ini kemampuan kognitif dan sosialnya serta mempengaruhi pertumbuhan masa remaja dimana anak akan menjadi pendek (*Stunting*), menurunnya aktifitas produktivitas kerja di saat dewasa kesemuanya ini akan berakibat pada rendahnya kualitas sumber daya manusia untuk pembangunan (UNICEF, 2006).

Sumber daya manusia yang berkualitas sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Status gizi dan kesehatan seorang anak memberikan kontribusi yang sangat besar terhadap kualitas generasi penerus

bangsa. Selain itu status gizi yang baik juga merupakan tolak ukur kesejahteraan dan kualitas pembangunan terutama di bidang kesehatan di suatu Negara. Hal ini dapat di lihat dari Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang merupakan cerminan kualitas hidup masyarakat di suatu Negara. Pada tahun 2008 IPM untuk Indonesia mencapai angka 71.17 ini berarti menurut klasifikasi WHO Indonesia berada dalam kategori IPM sedang. Adapun Provinsi Kalimantan Selatan menduduki urutan terendah untuk Umur Harapan Hidup (UHH) yaitu 63,1 tahun. Pada tahun 2008 dan 2009 Provinsi Kalimantan Selatan menduduki rangking Rangking 26 dari 33 Provinsi di Indonesia sedangkan Kabupaten Banjar menduduki peringkat 5 dari 13 Kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan.

Penilaian masalah gizi sebagai masalah kesehatan masyarakat di suatu wilayah dilakukan dengan membandingkan jenis dan besaran masalah gizi dengan ambang batas (*Cut Off*) yang telah disepakati secara universal. Bila besaran masalah gizi disuatu wilayah berada diatas ambang batas yang ditentukan, maka masalah tersebut dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat. Untuk prevalensi balita gizi kurang berdasarkan indikator berat badan menurut umur (BB/U) ambang batas yang ditentukan adalah $>10\%$. Prevalensi balita pendek (*Stunted*) berdasarkan indikator tinggi badan menurut umur (TB/U) ambang batas yang ditentukan adalah $>20\%$ dan untuk indikator berat badan menurut panjang badan (BB/TB) ambang batas prevalensi balita kurus (*Wasted*) adalah $>05\%$ (Depkes, 2010).

Menurut hasil Riskesdas tahun 2007 didapatkan angka prevalensi kekurangan gizi menurut indeks (BB/U) pada anak balita di Indonesia sebesar 18,4 % yang terdiri dari gizi kurang 13 % dan gizi buruk 5,4% sedangkan pada Riskesdas tahun 2010 di dapatkan angka prevalensi kekurangan gizi menurut indeks BB/U pada anak balita sebesar 17,9% yang terdiri dari 4,9% gizi buruk dan 13% gizi kurang. Berdasarkan hasil Riskesdas 2007 prevalensi kekurangan gizi menurut indeks BB/U di Provinsi Kalimantan Selatan mencapai 26,6 % dengan prevalensi gizi buruk 8,4% dan 18,2% merupakan gizi kurang. Sedangkan menurut hasil Riskeddas 2010 didapatkan prevalensi kekurangan gizi menurut indeks BB/U di Provinsi Kalimantan Selatan mengalami penurunan tetapi masih jauh dari angka nasional yaitu 22,8% terdiri dari gizi buruk 6,0% dan gizi kurang

16,8%. (www.riskedas.Litbang.depkes.go.id). Dari hasil Riskedas Kabupaten Banjar pada tahun 2007 di dapatkan prevalensi kekurangan gizi berdasarkan indeks BB/U sebesar 35,6% yang terdiri dari gizi buruk 11,9% dan gizi kurang 23,7% (www.riskedas.litbang.depkes.go.id).

Hasil pemantauan status gizi yang dilakukan Dinas kesehatan pada 8100 balita yang ada di Kabupaten Banjar tahun 2011, berdasarkan indeks BB/U ditemukan 2.56% balita menderita gizi buruk dan 16.65% menderita gizi kurang. Dari indikator TB/U diketahui bahwa 75.47% balita berada dalam kondisi normal, 15.17% berada dalam kondisi pendek dan 9.36% berada dalam kategori sangat pendek. Sedangkan menurut indikator BB/TB prevalensi balita yang berada dalam kondisi sangat kurus sebesar 2.40%, kurus 8.4%, gemuk 4.19% dan 85.02% berada dalam kondisi normal. Prevalensi status gizi balita berdasarkan indikator BB/U di Kecamatan Beruntung Baru sebesar 20.85% anak menderita gizi kurang, 2.93% anak dengan gizi buruk, 74.59% anak dalam kondisi gizi baik dan 1.63% anak dengan status gizi lebih. Prevalensi status gizi balita berdasarkan indikator TB/U adalah 8.79% anak sangat pendek, 18.89% pendek dan 72.31% anak berada dalam kondisi normal. Adapun prevalensi status gizi balita berdasarkan indikator BB/TB ditemukan sebanyak 2.61% anak dengan status gizi sangat kurus, 13.26% anak dengan status gizi kurus, 77.85% anak berada dalam kondisi normal dan 6.19% anak berada dalam status gizi yang digolongkan gemuk.

Indeks antropometri berat badan menurut panjang badan sangat baik untuk menilai status gizi individu saat ini (sekarang) dan independen terhadap umur. Berdasarkan latar belakang tersebut dan belum ada penelitian yang sama di wilayah Kecamatan Beruntung Baru, peneliti terdorong untuk melakukan penelitian tentang status gizi anak usia 6-24 bulan terhadap karakteristik anak, karakteristik keluarga, pola asuh, penyakit infeksi, asupan energy dan protein, sanitasi dasar serta akses terhadap pelayanan kesehatan.

1.2 Rumusan masalah

Prevalensi balita dengan status gizi kurang di Kecamatan Beruntung Baru berada lebih tinggi dari ambang batas 10% yang telah ditentukan yaitu 20.85% demikian halnya prevalensi balita kurus berada lebih tinggi dari ambang batas 0.5% yaitu 13.36%.

Keadaan ini harus segera mendapatkan penanganan yang baik karena apabila tidak dilakukan penanganan pada balita-balita tersebut dikhawatirkan balita-balita yang semula mengalami gizi kurang dan kurus akan menjadi balita dengan status gizi buruk dan sangat kurus sedangkan balita yang berada dalam status gizi gemuk akan jatuh dalam keadaan obesitas.

Adapun penyebab kekurangan gizi sangat kompleks penyebab langsungnya adalah asupan makanan yang tidak seimbang dan penyakit infeksi sedangkan penyebab tidak langsung berupa pola asuh yang tidak memadai, ketersediaan pangan yang tidak mencukupi serta sanitasi ,air bersih, dan pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai (Supriasa, 2002, Setiarini, 2011).

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Bagaimanakah gambaran status gizi anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012?
- 1.3.2 Bagaimanakah gambaran karakteristik anak usia 6-24 bulan (umur, jenis kelamin, berat badan lahir) di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012?
- 1.3.3 Bagaimanakah gambaran karakteristik keluarga pada anak usia 6-24 bulan (jumlah anggota keluarga, jumlah balita di dalam keluarga, tingkat penghasilan keluarga) di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012?
- 1.3.4 Bagaimanakah gambaran penyakit infeksi pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012?
- 1.3.5 Bagaimanakah gambaran pola asuh (pola asuh gizi, pemberian ASI eksklusif) pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012?
- 1.3.6 Bagaimanakah gambaran asupan energi dan protein pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012?

- 1.3.7 Bagaimanakah gambaran sanitasi dasar pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012?
- 1.3.8 Bagaimanakah gambaran akses pelayanan kesehatan pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012?
- 1.3.9 Bagaimanakah hubungan faktor karakteristik anak, karakteristik keluarga, Penyakit infeksi, pola asuh, asupan energi dan protein, sanitasi dasar serta pelayanan kesehatan terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Mengetahui gambaran status gizi anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui gambaran karakteristik anak usia 6-24 bulan (umur, jenis kelamin, berat badan lahir) di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012.
2. Mengetahui gambaran karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga, jumlah balita di dalam keluarga, tingkat penghasilan keluarga) pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012.
3. Mengetahui gambaran penyakit infeksi pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar tahun 2012.
4. Mengetahui gambaran pola asuh (pola asuh gizi, pemberian ASI eksklusif) pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar tahun 2012.
5. Mengetahui gambaran asupan energi dan protein pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar tahun 2012

6. Mengetahui gambaran sanitasi dasar pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar tahun 2012.
7. Mengetahui gambaran akses pelayanan kesehatan anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar tahun 2012.
8. Mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan status gizi anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2012.

1.5 Manfaat Penelitian

- 1.5.1 Bagi Peneliti lain : Diharapkan hasil penelitian ini berguna untuk memberikan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak usia 6-24 bulan.
- 1.5.2 Bagi Instansi : Hasil penelitian ini memberikan masukan bagi pihak pembuat program penanggulangan masalah gizi.
- 1.5.3 Bagi Pemerintah : Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi pihak pemerintah baik daerah maupun pusat dalam menentukan kebijakan-kebijakan yang akan diambil.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi anak usia 6-24 bulan di lakukan pada keluarga yang mempunyai anak usia 6-24 bulan yang bertempat tinggal di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar. Penelitian ini bersifat *cross sectional study* dengan menggunakan metode angket dengan cara ukur wawancara dan observasi. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara faktor karakteristik anak usia 6-24 bulan, faktor karakteristik keluarga, faktor penyakit infeksi, faktor pola asuh, faktor asupan energi dan protein, faktor sanitasi dasar serta akses pelayanan kesehatan terhadap status gizi anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Tahun 2012.

BAB 2

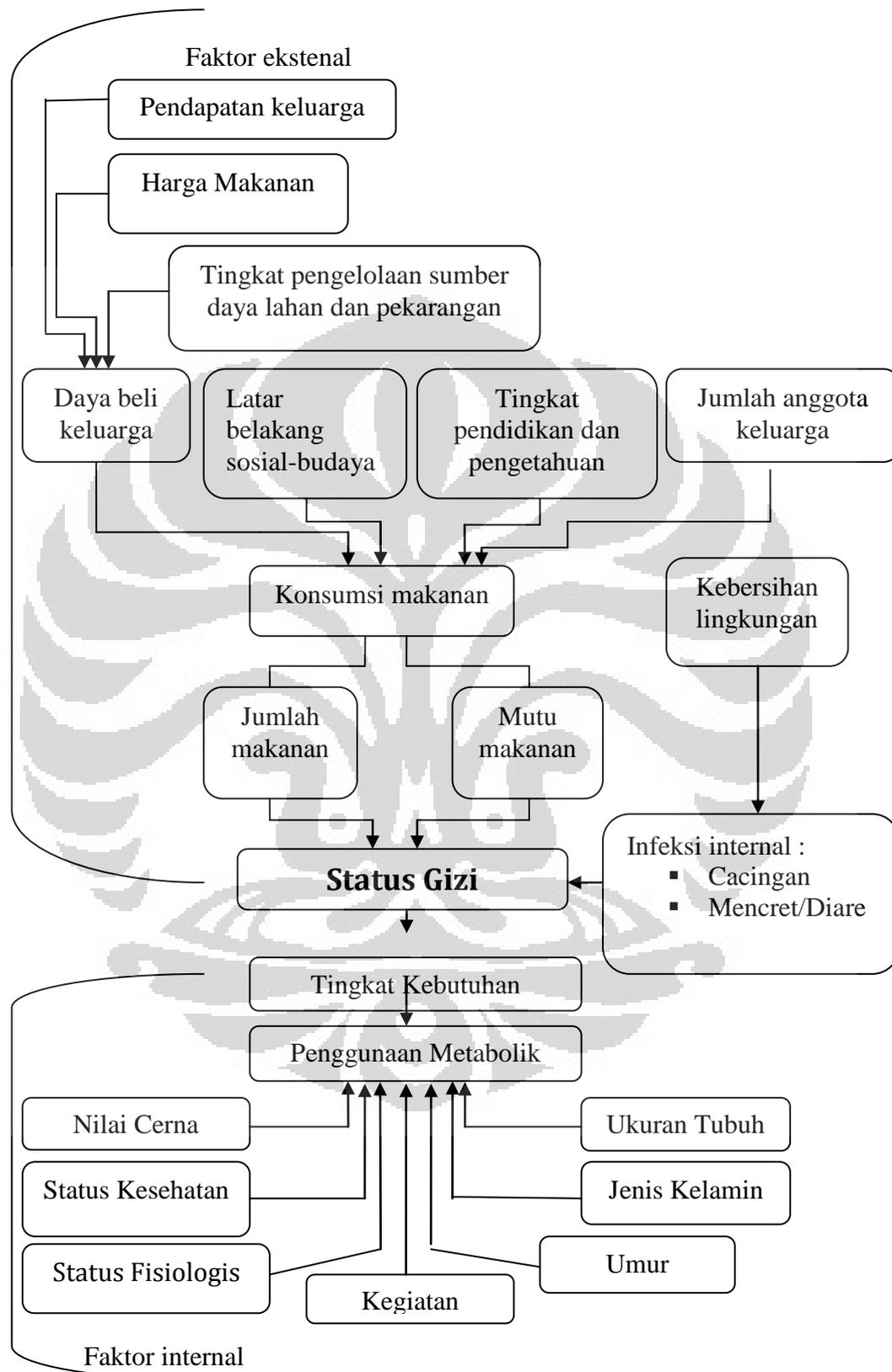
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian status gizi

Status gizi merupakan status kesehatan atau ekspresi dari keadaan yang seimbang antara kebutuhan dan masukan nutrien dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari Nutriture dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, 2002, Beck, 2011). Menurut Almatsier (2001) status gizi merupakan kondisi tubuh sebagai akibat konsumsi makanan serta penggunaan zat-zat gizi dan dapat dibedakan antara status gizi kurang, baik dan lebih. Sedangkan menurut McLaren, 1981 dalam Jelliffe dan Jelliffe (1989), Status gizi adalah keadaan tubuh seseorang maupun masyarakat yang dapat mencerminkan hasil dari makanan yang dikonsumsi, di cerna, diserap, didistribusikan, di metabolisme dan selanjutnya sebagian disimpan di dalam tubuh ataupun dikeluarkan. Indikator status gizi dapat memberikan petunjuk apakah individu ataupun masyarakat sedang berada dalam tingkat kekurangan gizi ataupun kelebihan gizi, dimana kedua keadaan ini akan dapat merugikan kesehatan.

Adapun faktor-faktor yang berperan dalam menentukan status gizi menurut Apriadji (1986) terdiri dari dua bagian. Bagian pertama merupakan faktor yang berpengaruh di luar diri seseorang atau faktor gizi eksternal. Bagian kedua yaitu semua faktor yang menjadi dasar pemenuhan tingkat kebutuhan gizi seseorang atau faktor gizi internal. Kedua bagian ini dapat dilihat pada gambar 2.1.

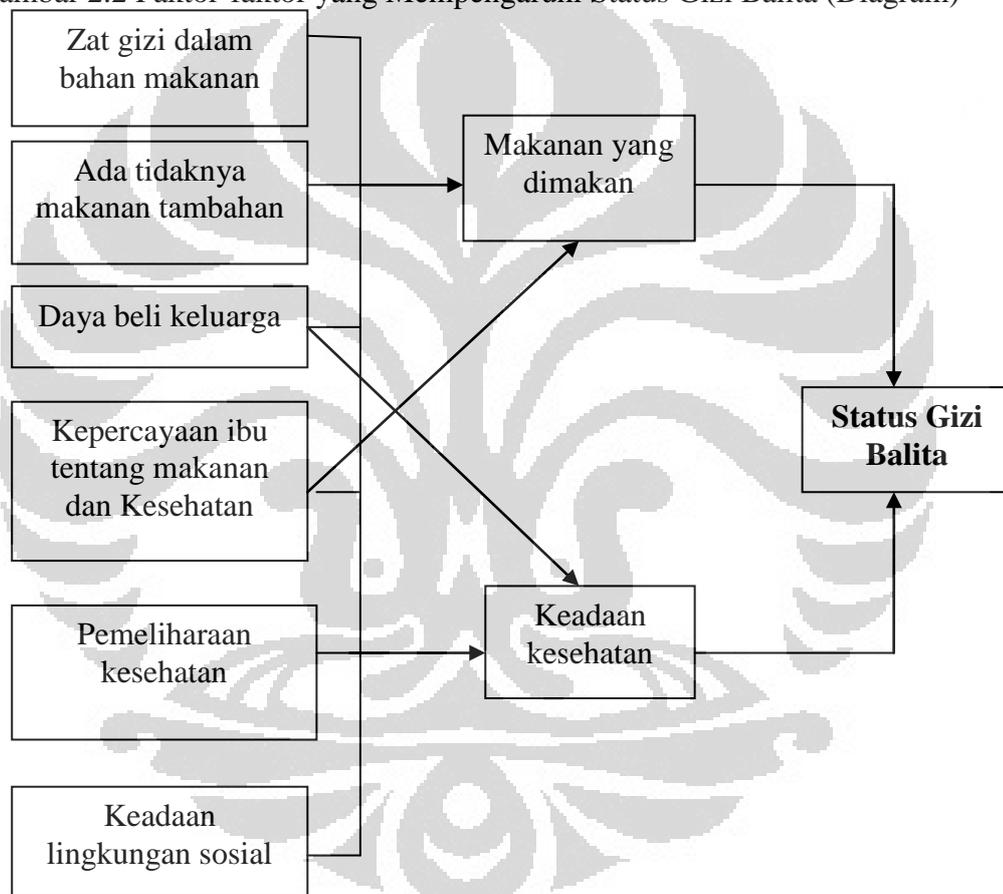
Gambar 2.1 : Faktor-faktor yang berperan dalam menentukan status gizi seseorang



Sumber : Apriadi, 1986

Menurut Call dan Levison (1979) yang dikutip kunanto (1992) status gizi anak pada dasarnya ditentukan oleh faktor langsung yaitu makanan yang di konsumsi dan kondisi kesehatannya. Kualitas dan kuantitas yang dimakan seorang anak banyak tergantung pada kandungan zat gizi makanan tersebut, daya beli keluarga, kepercayaan ibu tentang makanan dan kesehatan, perawatan dan kondisi lingkungan sosial anak. Sehingga faktor konsumsi makanan maupun kondisi kesehatan sama-sama dipengaruhi oleh berbagai sub faktor yang pada akhirnya akan menentukan tingkat status gizi anak, hal ini dapat dilihat pada gambar 2.2

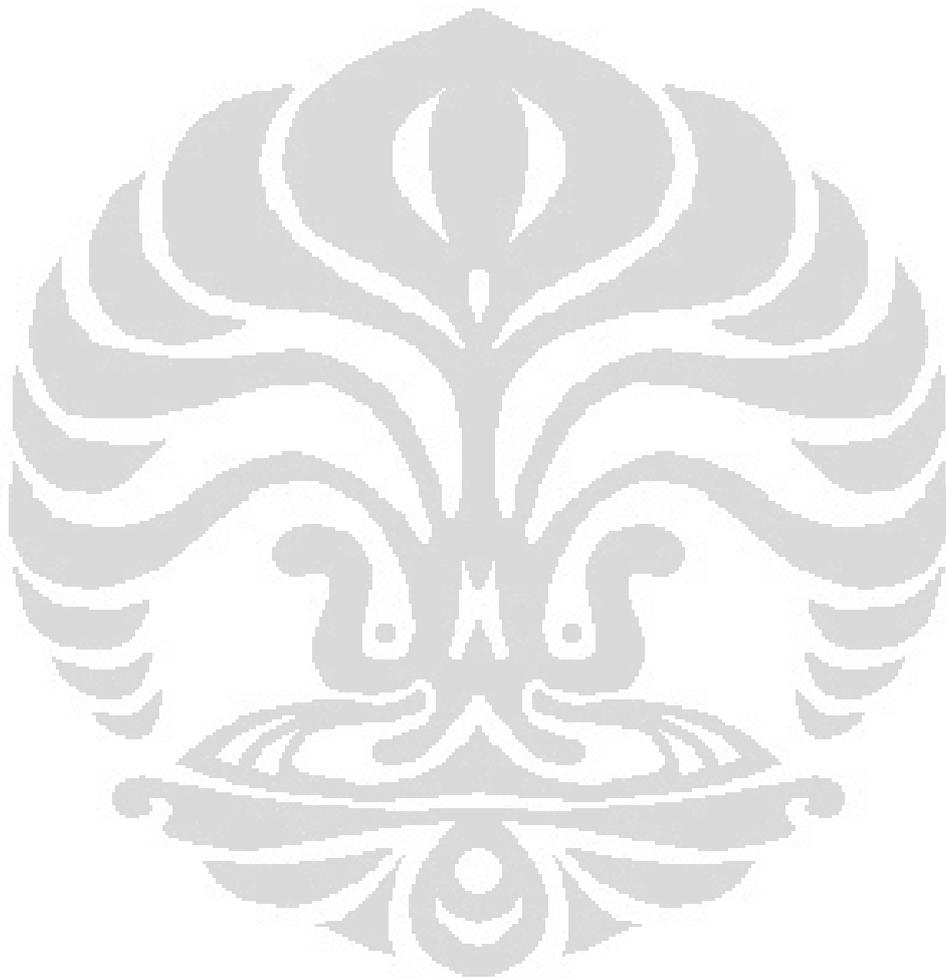
Gambar 2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita (Diagram)



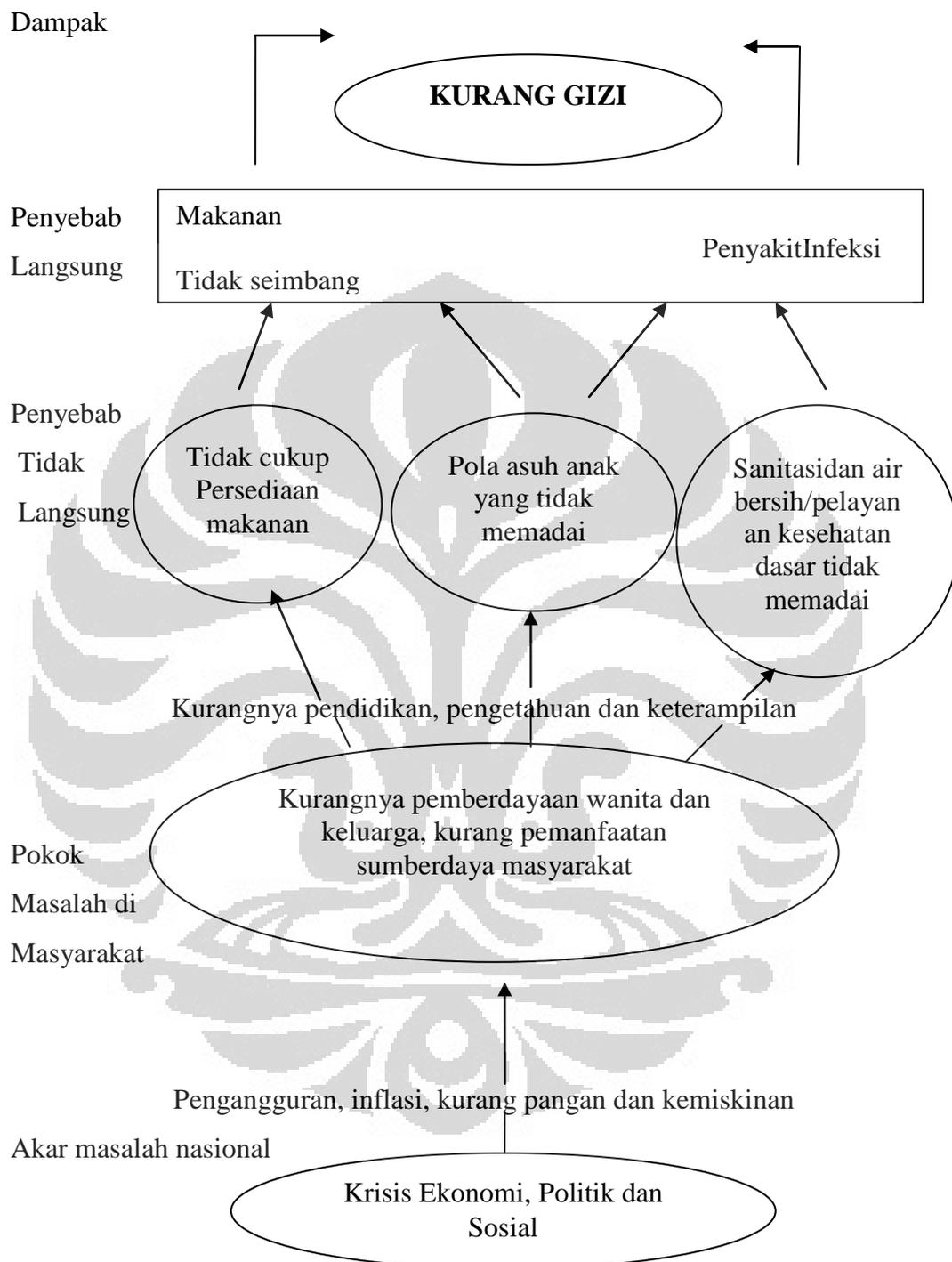
(Carl dan Levison 1979)

Selanjutnya menurut UNICEF (1998) dalam Azwar (2004) terjadinya kurang gizi pada anak diakibatkan oleh beberapa penyebab langsung, tidak langsung serta adanya pokok masalah di masyarakat seperti masalah ekonomi, sosial dan politik. Penyebab langsung dari kejadian kurang gizi pada anak adalah makanan yang tidak seimbang dan penyakit infeksi sedangkan penyebab tidak langsungnya adalah tidak cukupnya persediaan pangan serta tidak memadainya

pola asuh anak, sanitasi dan air bersih serta pelayanan kesehatan dasar. Penyebab terjadinya kurang gizi ini dapat dilihat pada gambar 2.3 dibawah ini.



Gambar 2.3 Penyebab terjadinya kurang gizi pada anak
(Bagan UNICEF 1998)



2.2 Penilaian Status Gizi

Menurut Jellife dan Jelliffe (1989) dalam Supariasa (2002) ada dua cara penilaian status gizi yaitu penilaian status gizi secara tidak langsung dan penilaian status gizi secara langsung.

2.2.1 Penilaian secara langsung

Adapun penilaian status gizi secara langsung terdiri dari 4 bagian penilaian yaitu :

1. Antropometri, yaitu berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh baik dari berbagai tingkat umur maupun tingkat gizi. Antropometri berfungsi untuk melihat keseimbangan asupan protein dan energi, seperti halnya pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh.
2. Klinis, merupakan metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Berdasarkan pada perubahan-perubahan yang terjadi pada jaringan epitel yang kemudian dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Pemeriksaan klinis umumnya digunakan untuk survey klinis cepat, untuk mengetahui status gizi seseorang serta tanda, gejala dan riwayat penyakit.
3. Biokimia, dilakukan dengan menguji specimen berbagai macam jaringan tubuh secara laboratoris seperti halnya darah, urine, maupun hati serta otot. Metode ini lebih spesifik karena dapat mengetahui secara dini akan keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi.
4. Biofisik, metode penilaian status gizi dengan melihat kemampuan fungsi dan perubahan struktur jaringan. Umumnya digunakan pada situasi tertentu seperti halnya test adaptasi pada kejadian buta senja.

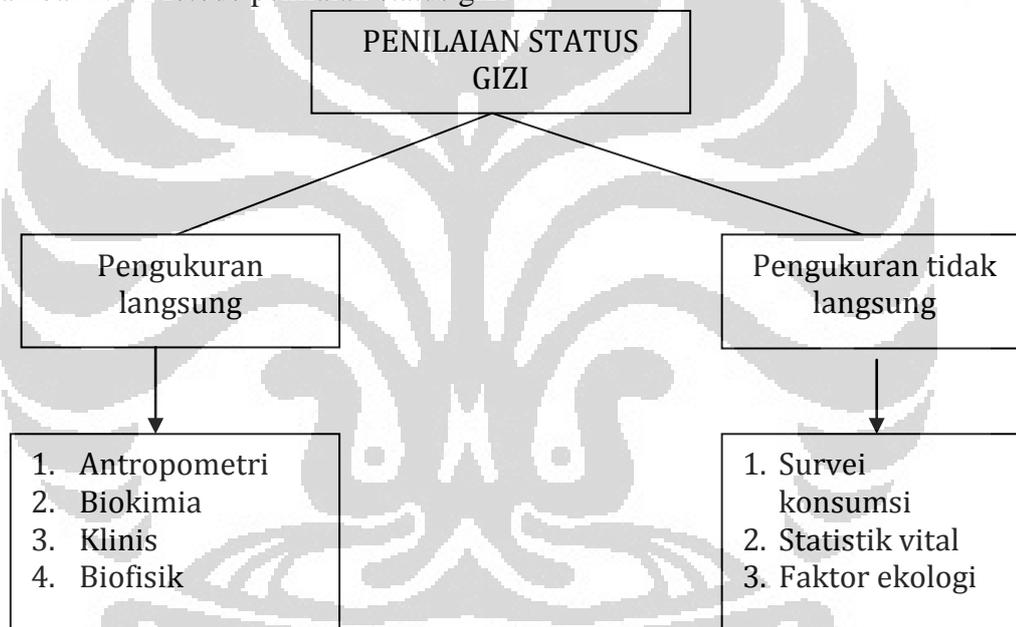
2.2.2. Penilaian status gizi secara tidak langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung terdiri dari 3 bagian yaitu :

1. Survei konsumsi makanan yaitu metode penentuan gizi dengan melihat jumlah dan jenis gizi yang dikonsumsi. Dilakukan dengan mengumpulkan data konsumsi makanan sehingga didapatkan gambaran tentang berbagai zat gizi baik pada masyarakat, keluarga maupun individu. Dari survey ini dapat diketahui adanya masalah kelebihan ataupun kekurangan zat gizi.

2. Statistik vital, dilakukan dengan menganalisis beberapa data statistik yang berhubungan dengan gizi. Penilaian ini merupakan salah satu indikator tidak langsung untuk pengukuran status gizi masyarakat.
3. Faktor ekologi, didasarkan pada pendapat Bengoa dimana masalah malnutrisi merupakan hasil dari interaksi dari beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Disebabkan sangat tergantungnya jumlah makanan yang ada dengan keadaan ekologi seperti iklim, tanah dan lain-lain. Pengukuran faktor ekologi merupakan bagian yang sangat penting sebagai untuk program intervensi gizi. Dapat dilihat pada gambar 2.4:

Gambar 2.4. Metode penilaian status gizi



2.3 Jenis parameter

Menurut Supariasa (2002) ada beberapa jenis Antropometri sebagai indikator status gizi, antara lain umur, berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkaran lengan atas (LLA), lingkaran kepala (LK), lingkaran dada (LD), tebal lemak bawah kulit (TBLK). Hasil Pembagian jenis indikator antropometri adalah sebagai berikut :

2.3.1 Usia anak

Dalam penentuan status gizi, faktor usia sangat penting kesalahan penentuan usia akan berakibat interpretasi status gizi yang salah. Hasil tinggi badan dan berat badan yang akurat, akan menjadi tidak berarti bila tidak disertai

dengan penentuan usia yang tepat. Pusat penelitian dan pengembangan gizi (Puslitbang) Bogor, 1980 dalam Supriasa (2002) menggunakan batasan usia menurut tahun umur penuh (*Completed Year*) dan pada anak umur 0-2 tahun digunakan bulan usia penuh (*Completed Month*)

2.3.2 Berat Badan

Ukuran antropometri yang paling sering dan paling penting digunakan pada bayi baru lahir (*neonatus*) adalah berat badan. Berfungsi untuk mendiagnosa apakah berat badan normal atau BBLR. Pada masa bayi-balita, hasil pengukuran berat badan dapat digunakan untuk melihat laju perkembangan fisik maupun status gizi. Berat badan menggambarkan jumlah dari protein, lemak, air dan mineral pada tulang, terkecuali adanya kelainan klinis seperti edema, acistes, tumor dan lain-lain. Selain itu berat badan juga dipergunakan sebagai dasar pemberian makanan dan perhitungan dosis obat (Supriasa, 2002).

2.3.3 Tinggi Badan

Parameter kedua yang penting adalah tinggi badan, hal ini disebabkan apabila usia tidak diketahui dengan tepat ukuran tinggi badan dapat melihat keadaan yang telah lalu maupun keadaan sekarang, apabila umur tidak diketahui dengan tepat. Faktor umur dapat dikesampingkan apabila parameter tinggi badan dihubungkan dengan berat badan (*Quak Stick*) (Supriasa, 2002).

2.3.4 Lingkar lengan atas (LLA)

Salah satu ukuran untuk penentuan status gizi adalah lingkaran lengan atas. Pengukuran LLA sering digunakan karena mudah dilakukan, mudah didapatkan dan harganya lebih murah. Namun ada beberapa hal yang harus diperhatikan terutama bila pengukuran LLA merupakan pilihan satu-satunya untuk indeks status gizi disebabkan belum adanya baku lingkaran lengan atas yang telah teruji dengan memadai untuk digunakan di Indonesia. Pengukuran LLA sangat tergantung pada keterampilan peneliti serta tingkat sensitif yang berbeda-beda menurut suatu golongan umur tertentu (Supriasa, 2002).

2.4 Indeks Antropometri

2.4.1 Berat badan menurut umur (BB/U)

Salah satu parameter yang dapat menggambarkan massa tubuh adalah berat badan menurut umur. Namun berat badan merupakan ukuran antropometri

yang sangat labil karena sangat sensitive terhadap perubahan-perubahan yang mendadak seperti halnya menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi karena terserang penyakit infeksi maupun menurunnya nafsu makan.

Dalam kondisi kesehatan individu yang normal serta terjaminnya keseimbangan antara kebutuhan zat gizi dan konsumsi, maka ukuran berat badan akan berkembang sesuai dengan bertambahnya umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal terdapat dua kemungkinan perkembangan berat badan yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal. Oleh karena sifatnya yang labil maka indeks BB/U digunakan untuk menggambarkan status gizi seseorang saat ini (*Current Nutritional Status*)

Kekuatan indeks BB/U adalah :

- a. Mudah dan cepat dimengerti oleh masyarakat.
- b. Baik untuk mengukur status gizi akut atau kronis dengan baik.
- c. Berfluktuasinya berat badan.
- d. Sangat sensitive terhadap perubahan-perubahan kecil.
- e. Mampu mendeteksi kegemukan (*Over Weight*)

Kelemahan indeks BB/U adalah :

- a. Kekeliruan interpretasi status gizi pada keadaan patologis seperti Edema ataupun Asites.
- b. Sulit untuk menaksir umur dengan tepat, terutama di daerah pedesaan hal ini dikarenakan belum adanya pencatatan umur dengan baik.
- c. Data umur haruslah akurat, terutama pada anak dibawah usia 5 tahun.
- d. Seringkali terjadi kesalahan pengukuran terutama pada anak-anak serta pakain yang dikenakan.
- e. Hambatan sosial dan budaya dimana bagi sebagian orang tua operasional pengukuran sebagai tindakan yang dinilai kurang baik karena memperlakukan anak seperti barang dagangan (Supriasa, 2002).

2.4.2 Tinggi badan menurut umur (TB/U)

Antropometri tinggi badan menggambarkan pertumbuhan skeletal. Pada kondisi normal pertumbuhan tinggi badan bertambah seiring dengan perjalanan usia seseorang. Pertumbuhan tinggi badan, relative kurang sensitive terhadap masalah defisiensi zat gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi

terhadap tinggi badan baru terlihat pada waktu yang relative lama sehingga indeks TB/U dapat menggambarkan status gizi masa lalu. Pada tahun 1973 Beaton dan Bengoa seperti yang dikutip Supariasa (2002), menyatakan bahwa indeks TB/U selain menggambarkan status gizi masa lampau juga sangat erat kaitannya dengan status sosial ekonomi. Oleh sebab itu indeks TB/U, selain digunakan sebagai indikator status gizi, dapat pula digunakan sebagai indikator perkembangan keadaan sosial ekonomi masyarakat.

Tinggi badan anak-anak yang dinyatakan dalam presentase terhadap standar menunjukkan apakah anak mengalami kekerdilan (*Stunted*). Keadaan kurang gizi yang berlangsung lama mengakibatkan anak menjadi kerdil. Namun data tinggi badan saja belum cukup menjelaskan apakah anak masih dalam keadaan gizi kurang atau tidak. Mungkin anak yang bersangkutan sekarang tumbuh dengan baik tetapi belum dapat mengejar ukuran standar. Banyak gizi kurang kronis pada anak-anak tidak pernah mampu mencapai ukuran standar tinggi badan menurut umurnya (Suhardjo, 1989).

Kekuatan indeks TB/U

- a. Mengetahui status gizi masa lampau dengan baik.
- b. Dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa.

Kelemahan indeks TB/U

- a. TB tidak cepat naik dan tidak mungkin turun.
- b. Pengukuran relative sulit
- c. Ketetapan umur sulit didapat.

2.4.3 Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), antara lain :

Berat badan memiliki hubungan linear dengan tinggi badan. Pada kondisi normal perkembangan berat badan akan searah dengan pertambahan tinggi badan. Pada tahun 1996, Jellife memperkenalkan penggunaan indeks BB/TB untuk mengidentifikasi status gizi. Indeks BB/TB ini merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi seseorang saat ini atau sekarang dan sangat independen terhadap umur (Supariasa, 2002).

Seringkali dijumpai anak yang mempunyai berat badan rendah bila dilihat dari umurnya karena anak itu kurus (*Wasted*) atau karena anak itu pendek (*Stunted*) atau karena kedua-duanya. Anak yang ukuran badannya pendek dapat

memiliki berat badan yang normal menurut tinggi badannya. Anak seperti itu mungkin badannya termasuk sehat walaupun pendek. Dalam hal ini sangat penting untuk membedakan anak kurus dan anak pendek. Anak yang kurus yang mengalami keadaan kurang gizi akut akan mudah jatuh sakit (*at risk*) sehingga perlu memperoleh perhatian serius. Cara paling baik untuk mengidentifikasi anak yang kurus adalah dengan mengukur berat dan tinggi badanya (Suhardjo, 1989).

Kekuatan penggunaan indeks BB/TB antara lain :

- a. Tidak memerlukan data umur.
- b. Membedakan proporsi badan kurus, normal, gemuk serta KEP

Kelemahan penggunaan indeks BB/TB, antara lain :

- a. Tidak mampu memberikan gambaran apakah anak tersebut pendek, cukup tinggi badan atau kelebihan tinggi badan, karena tidak dipertimbangkannya faktor umur.
- b. Sulit dalam pengukuran terutama panjang badan anak balita.
- c. Memerlukan dua macam alat ukur.
- d. Membutuhkan waktu relatif lama.
- e. Dalam pelaksanaan diperlukan dua orang.
- f. Sering salah dalam membaca angka hasil pengukuran, terutama bila pembacaan dilakukan oleh tenaga non professional.

2.3.4 Lingkar lengan atas menurut (LLA/U)

Menurut (Supriasa, 2002) lingkar lengan atas (LLA) berkorelasi erat dengan indeks BB/U maupun BB/TB. Lingkar lengan atas merupakan indeks yang sederhana sebagai teknik pengukuran yang cepat, sehingga dengan mudah diberikan latihan kepada tenaga-tenaga bukan professional. Perkembangan lingkar lengan atas yang besar hanya dapat terlihat pada tahun pertama kehidupan (5,4 cm) sedangkan pada umur 2 tahun sampai 5 tahun sangat kecil $\pm 1,5$ cm pertahun sehingga kurang sensitive untuk usia-usia selanjutnya. Indeks lingkar lengan atas sulit, digunakan untuk menilai pertumbuhan anak serta kurangnya perbedaan antara jenis kelamin.

Selain digunakan secara tunggal sebagai indikator tunggal status gizi parameter lingkar lengan atas juga dapat dikombinasikan dengan pengukuran lain

seperti halnya lingkaran lengan atas menurut umur atau LLA/U atau lingkaran lengan atas menurut tinggi badan LLA/TB.

Kekuatan LLA/U adalah :

- a. Indikator yang baik untuk menilai status KEP berat.
- b. Alat ukurnya murah, dapat dibuat sendiri, sangat ringan sehingga mudah dibawa.
- c. Dapat diberikan kode warna pada alat ukurnya guna menentukan tingkat keadaan gizi, sehingga dapat digunakan oleh individu yang tidak dapat membaca maupun menulis.

Kelemahan LLA/U adalah :

- a. Hanya mampu mengidentifikasi anak dengan KEP berat.
- b. Ambang batas sulit ditentukan.
- c. Sulit digunakan untuk melihat pertumbuhan anak terutama yang berusia 2 tahun sampai dengan 5 tahun karena perubahannya tidak tampak nyata.

2.5 Penggunaan Indeks antropometri

2.5.1 Z-Score (Standar Deviasi Unit/SD)

Salah satu dari beberapa rekomendasi pada Semiloka Antropometri tahun 1991 untuk meneliti dan memantau pertumbuhan adalah penggunaan Z-Score berdasarkan baku WHO-NCHS dari WHO (Supriasa, 2002). Pada Widyakarya Pangan dan Gizi Nasional (WKPG) tahun 2000, Jus'at,dkk mengkatagorikan Z-Score berat badan menurut umur yang dihitung berdasarkan baku WHO-NCHS 1983 dengan kategorinya sebagai berikut :

1. Status gizi buruk $< -3SD$
2. Status gizi kurang $-3 \text{ s/d } < -2 \text{ SD}$
3. Status gizi baik $\geq -2 \text{ SD}$

Pertumbuhan nasional untuk suatu populasi dinyatakan dalam positive dan negative 2 SD unit (Z-Skor) dari median, yang termasuk hampir 98% dari orang-orang yang diukur yang berasal dari referens populasi. Dibawah median -2 SD unit dinyatakan sebagai kurang gizi yang equivalent dengan :

- a. 78% dari median untuk BB/U (± 3 persentil)
- b. 80% median untuk BB/TB
- c. 90% median untuk TB/U

Adapun rumus perhitungan Z-Skor adalah sebagai berikut :

$$Z - \text{Skor} = \frac{\text{Nilai individu subyek} - \text{Nilai median baku rujukan}}{\text{Nilai simpang baku rujukan}}$$

2.5.2 Persen terhadap median

Nilai tengah dari suatu populasi disebut median. Dalam antropometri median sama dengan persentil 50. Untuk mendapatkan ambang batas nilai median ini dinyatakan sama dengan 100% setelah itu dihitung presentase terhadap median. Indeks antropometri lainnya seperti TB/U dan BB/TB juga dapat dihitung berdasarkan persen terhadap median. Batasan-batasan status gizi dan indeks antropometri dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 2.1 Status gizi berdasarkan indeks antropometri

Status Gizi	Indeks		
	BB/U	TB/U	BB/TB
Gizi Baik	>80%	>90%	>90%
Gizi Sedang	71%-80%	81%-90%	81%-90%
Gizi Kurang	61-70%	71%-80%	71%-80%
Gizi Buruk	≤60%	≤70%	≤70%

Sumber : Supriasa, Bakri & Fajar (2002).

2.5.3 Persentil

Persentil adalah cara lain untuk menentukan ambang batas selain persen terhadap median. Dalam persentil 50 sama dengan median atau nilai tengah dari jumlah populasi berada di atasnya dan setengahnya berada dibawahnya. *National Center for Health Statistics* (NCHS) merekomendasikan persentil ke 5 sebagai batas gizi baik dan kurang, serta persentil 95 sebagai batas gizi lebih dan gizi baik (Supriasa, 2002).

2.6 Survei Konsumsi Makanan

Secara umum tujuan dilakukannya survey konsumsi makan adalah untuk mengetahui kebiasaan makan serta gambaran tingkat kecukupan bahan makanan dan zat gizi pada tingkat kelompok, rumah tangga dan perorangan serta faktor-faktor yang berpengaruh terhadap konsumsi makanan tersebut. Sedangkan khusus, survey konsumsi digunakan untuk berbagai macam tujuan antara lain :

1. Menentukan tingkat kecukupan konsumsi makanan baik pada skala nasional maupun kelompok masyarakat.
2. Menentukan status kesehatan serta status gizi baik individu maupun keluarga.
3. Menentukan pedoman kecukupan makanan dan program pengadaan pangan.
4. Dasar dalam perencanaan dan program pengembangan gizi.
5. Sebagai sarana pendidikan gizi masyarakat, khususnya golongan yang beresiko tinggi mengalami kekurangan gizi.
6. Menentukan perundang-undangan yang berkaitan dengan makanan, kesehatan dan gizi masyarakat.

Adapun metode yang digunakan dalam pengukuran konsumsi makanan dikelompokkan berdasarkan jenis dari data yang diperoleh, yaitu data yang bersifat kualitatif dan kuantitatif. Biasanya metode yang bersifat kualitatif digunakan untuk mengetahui frekuensi makan, frekuensi konsumsi menurut jenis bahan makanan dan menggali informasi tentang kebiasaan makan (*food habits*) serta cara-cara memperoleh bahan makanan tersebut. Metode-metode pengukuran makanan yang bersifat kualitatif antara lain :

1. Metode frekuensi makan (*food frekuensi*)
2. Metode dietary history
3. Metode telepon
4. Metode pendaftaran bahan makanan (*food list*).

Sedangkan metode kuantitatif bertujuan untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dapat dihitung konsumsi zat gizi dengan menggunakan daftar komposisi bahan makanan (DKBM) atau daftar lain yang

diperlukan seperti daftar Ukuran Rumah Tangga (URT), daftar konversi bahan mentah-masak (DKMM) dan daftar penyerapan minyak. Adapun metode-metode untuk pengukuran konsumsi secara kuantitatif antara lain :

1. Metode *recall* 24 jam
2. Perkiraan makanan (*estimated food records*)
3. Penimbangan makanan (*food weighting*)
4. Metode *food account*
5. Metode inventaris (*inventory method*)
6. Pencatatan (*household food records*)

Selain dua metode diatas ada beberapa metode pengukuran yang dapat menghasilkan data yang bersifat kualitatif maupun kuantitatif. Metode tersebut antara lain adalah metode *recall* 24 jam dan metode riwayat makanan (*dietary history*).

Menurut Supariasa (2002) Metode *recall* 24 jam dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi dalam waktu 24 jam yang telah lalu dimana responden diminta mengingat semua makanan dan minuman yang telah dikonsumsi. Untuk mendapatkan data kuantitatif jumlah makanan dan minuman yang telah dikonsumsi diteliti dengan menggunakan ukuran rumah tangga (URT). Peneliti kemudian melakukan konversi dari URT ke dalam ukuran berat (gram), menganalisis bahan makanan dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM) selanjutnya membandingkan dengan Daftar Kecukupan Gizi yang dianjurkan (DKGA) atau Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Indonesia. Menurut Sanjur, 1997 dalam Supariasa, 2002 *recall* 24 jam yang dilakukan minimal 2 kali lebih menggambarkan asupan zat gizi yang lebih optimal dan memberikan variasi yang lebih besar tentang intake harian seseorang.

Kelebihan metode *recall* 24 jam adalah mudah dilaksanakan karena tidak terlalu membebani responden, biaya relative murah, cepat dan dapat digunakan pada responden yang buta huruf serta memberikan gambaran nyata sehingga dapat menghitung intake zat gizi sehari. Sedangkan kekurangan *recall* 24 jam adalah tidak dapat menggambarkan asupan makanan sehari-hari apabila dilakukan hanya satu hari. Ketepatannya sangat tergantung daya ingat responden. Adanya *The Falt*

Slope Syndrome yaitu kecenderungan bagi responden yang kurus untuk melaporkan konsumsinya lebih banyak (*over estimate*) dan responden yang gemuk melaporkan konsumsinya lebih sedikit (*under estimate*). Membutuhkan tenaga yang terlatih dan terampil serta mampu memberikan motivasi bagi responden serta memerlukan waktu yang tepat dalam pelaksanaannya.

2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi anak

2.7.1 Asupan Energi dan Protein

Kebutuhan bayi akan energi dan zat-zat gizi lainnya dilakukan dengan memperkirakan kebutuhan bayi tersebut melalui pencatatan asupan bayi yang tumbuh normal serta dari kandungan zat gizi. Pertumbuhan bayi pada menurun pada bagian akhir tahun pertama setelah bayi lahir. Oleh sebab itu angka kecukupan gizi yang dianjurkan untuk bayi ditetapkan untuk dua periode enam bulan yaitu dari lahir hingga enam bulan dan dari tujuh bulan hingga sebelas bulan.

Menurut Widyakarya Nasional Pangan Dan Gizi (WKNPG) tahun 2004, kebutuhan energi pada bayi dengan usia 0-6 bulan adalah 550 kkal/hari dan untuk bayi yang berusia 7-11 bulan adalah 650 kkal/hari. Angka ini ditetapkan untuk bayi sehat dengan rata-rata berat badan 6.0 kg dan panjang badan rata-rata 60 cm. Sedangkan untuk bayi berumur 7-11 bulan rata-rata berat badan 8.5 kg dan rata-rata panjang badan 71cm. Kebutuhan energi bayi terutama ditetapkan oleh ukuran tubuh, aktivitas fisik dan kecepatan pertumbuhan. Kebutuhan energi sehari meningkat selama tahun pertama, akan tetapi kebutuhan energi per unit ukuran tubuh turun sesuai dengan perubahan pada kecepatan tumbuh bayi. Cara yang paling baik untuk menilai kecukupan asupan energi bayi adalah dengan memonitor perkembangan berat badan dan panjang badan bayi.

Anak balita dengan energi yang kurang dengan kebutuhan tubuh dikhawatirkan akan kehilangan gairah dan aktifitas anak-anak. Anak yang berada dalam masa pertumbuhan dan memperoleh energi optimal memperlihatkan aktifitas fisik yang luar biasa yang menyebabkan naiknya BB dan TB lebih baik, sedangkan anak yang mengkonsumsi energi dalam jumlah yang sama atau tetap lebih malas (Torun, 1989).

Protein berguna untuk mensintesis jaringan baru yang diperlukan untuk pertumbuhan serta mensintesis enzim, hormone dan berbagai ikatan fisiologis penting lainnya. Selama tahun pertama kehidupan kandungan protein tubuh meningkat sebanyak kurang lebih 11% hingga 15% selama tahun pertama. AKG protein (WKNPG, 2004) untuk bayi berumur 0-6 bulan adalah sebanyak 10g/hari, dan untuk bayi berumur 7-11 bulan 16g/hari.

Kegunaan utama protein bagi tubuh adalah sebagai zat pembangun tubuh, selain itu, juga digunakan sebagai sumber energi (kalori) bagi tubuh, bila energi yang berasal dari karbohidrat atau lemak tidak mencukupi. Kegunaan lain dari protein adalah bahan pembentuk antibody sehingga dikhawatirkan bila asupan protein pada anak turun atau kurang, maka akan mudah untuk terkena infeksi penyakit (Muchtadi, 1989).

Jumlah protein dan energi dianggap adekuat, jika mengandung semua asam amino esensial dalam jumlah yang cukup, mudah dicerna dan diserap oleh tubuh, maka protein yang diberikan harus merupakan protein yang berkualitas tinggi seperti protein hewani. Susu sapi merupakan protein yang baik walau banyak anak Indonesia mengalami intoleransi laktosa. Tambahan protein dapat diperoleh dari kacang-kacangan seperti kacang hijau, kacang kedelai, serta makanan lain seperti tahu, tempe dan juga sereal seperti jagung, roti, mie dan kentang (Pudjiadi, 2000).

2.7.2 Penyakit Infeksi

Gizi buruk akan menyebabkan terganggunya sistem pertahanan tubuh. Perubahan morfologis yang terjadi pada jaringan limphoid yang berperan dalam sistem kekebalan akibat gizi buruk, menyebabkan pertahanan tubuh menjadi lemah. Kekebalan seluler yang dimungkinkan oleh berfungsinya kelenjar thymus berkurang karena kelenjar thymus mengecil akibat dari kekurangan gizi. Produksi berbagai antibodies juga berkurang disamping terjadinya atrofi pada dinding usus menyebabkan berkurangnya sekresi berbagai enzim sehingga memudahkan masuknya bibit penyakit ke dalam tubuh. Keseluruhan gangguan pada sistem pertahanan tubuh itu berlangsung serentak pada penderita gizi buruk hingga menjadikan penderita gizi buruk sangat mudah terserang penyakit, lebih-lebih jika

lingkungan hidup anak tidak mendukung (Moehji, 2003). Memburuknya keadaan gizi anak akibat penyakit infeksi adalah akibat beberapa hal, antara lain:

1. Turunnya nafsu makan anak akibat rasa tidak nyaman yang dialaminya, sehingga masuknya zat gizi berkurang padahal anak justru memerlukan zat gizi yang lebih banyak terutama untuk menggantikan jaringan tubuhnya yang rusak akibat bibit penyakit itu.
2. Penyakit infeksi sering dibarengi oleh diare dan muntah yang menyebabkan penderita kehilangan cairan dan sejumlah zat gizi seperti berbagai mineral dan sebagainya. Dan adanya diare menyebabkan penyerapan zat gizi dari makanan juga terganggu sehingga secara keseluruhan mendorong terjadinya gizi buruk.
3. Naiknya metabolisme basal akibat demam menyebabkan termobilisasinya cadangan energi dalam tubuh. Penghancuran jaringan tubuh oleh bibit penyakit juga akan semakin banyak dan untuk menggantinya diperlukan masukan protein yang lebih banyak (Moehji, 2003).

Menurut Chandra (1980) seperti yang dikutip Beck, (2011) ada interaksi antara status gizi, kekebalan tubuh dan infeksi. Infeksi memperburuk status gizi anak dan sebaliknya gangguan gizi dapat memperburuk kemampuannya untuk mengatasi penyakit infeksi hal ini disebabkan keadaan gizi yang kurang menghambat reaksi pembentukan kekebalan tubuh, sehingga anak yang status gizinya buruk mudah terkena penyakit-penyakit infeksi. Penyakit-penyakit infeksi yang sering diderita anak dengan mengalami masalah gizi antara lain adalah campak, diare, infeksi saluran pernapasan akut, cacangan dan lain-lain (Beck, 2011).

2.7.3 Pola asuh

Pola pengasuhan anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Kesemuanya berhubungan dengan keadaan dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, dapat kebiasaan keluarga dan masyarakat, dan sebagainya dari si ibu atau pengasuh anak (Sasmito, 2007).

1. Pola Asuh Gizi

Pola asuh gizi adalah praktek dirumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak. Adapun aspek kunci dalam pola asuh gizi meliputi perawatan dan perlindungan bagi ibu, praktek menyusui dan pemberian MP-ASI, pengasuhan psiko-sosial, penyiapan makanan, kebersihan diri dan sanitasi lingkungan serta praktek kesehatan di rumah dan pola pencarian pelayanan kesehatan. Peranan pola asuh anak sangat lah penting karena mencakup gizi atau pertumbuhan, perkembangan kognitif, perkembangan psikomotor dan perkembangan sosial atau moral (Zeitlin, 2000).

2. Pemberian ASI Eksklusif

Kelebihan ASI meliputi 3 aspek yaitu aspek gizi, aspek kekebalan dan aspek kejiwaan yaitu aspek kejiwaan serta jalinan kasih sayang yang sangat penting bagi perkembangan mental dan kecerdasan anak. Agar mendapatkan ketiga kelebihan tersebut ASI harus diberikan kepada anak sesegera mungkin setelah lahir, hal ini disebabkan daya isap bayi pada saat itu paling kuat untuk merangsang produksi ASI. Zat kolostrum adalah ASI yang pertama keluar sampai beberapa hari (1-4hari) dengan tekstur kental dan berwarna kekuning-kuningan. Kolostrum banyak mengandung antibody dan vitamin A. Bayi hanya diberikan ASI saja berusia 6 bulan karena ASI telah mencukupi kebutuhan bayi dan belum mampu untuk mencerna makanan lain selain ASI (Depkes, 2003).

ASI mengandung imunoglobulin⁴ serta zat lain yang memberikan kekebalan bayi terhadap infeksi bakteri dan virus. Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap berbagai penyakit infeksi seperti diare, pneumonia, infeksi saluran pernapasan akut serta infeksi telinga. Bayi yang tidak mendapatkan ASI berpotensi 17 kali lebih besar terkena diare dibandingkan bayi yang mendapatkan ASI yang eksklusif. Bayi usia 8 hari-12 bulan yang menderita Pneumoni dan tidak mendapatkan ASI beresiko 3-4kali lebih besar terhadap kematian (Depkes, 2009). Bayi yang disapih terlalu dini tanpa memperhatikan kualitas makanan pendamping ASI yang diberikan sering mengalami keadaan kurang gizi. Hal ini sering ditemukan pada anak dengan usia kurang dari 18 bulan (Suhardjo, 2005).

Berdasarkan penelitian *Positive Deviance* yang dilakukan Jus'at dkk, (2000) di Jakarta, Bogor dan Lombok Timur didapatkan hasil bahwa anak-anak dengan ibu yang selalu mengupayakan makan anak, mendapatkan respon ketika berceloteh, selalu mendapatkan senyum dari ibu, keadaan gizinya lebih baik dibandingkan dengan teman sebaya lainnya yang kurang mendapatkan perhatian ibunya.

2.7.4 Karakteristik anak

1. Umur Anak

Anak dibawah usia 2 tahun merupakan kelompok yang paling kritis untuk terjadinya masalah gizi. Masalah gizi pada anak di bawah usia 2 tahun akan bersifat menetap terutama pada perkembangan kecerdasan. Masalah gangguan pertumbuhan pada anak dimulai saat anak berusia satu bulan sampai 6 bulan hal ini berkaitan erat dengan pemberian ASI. Sedangkan usia enam bulan sampai dengan tujuh belas bulan merupakan usia yang rawan bagi anak untuk menderita kurang gizi (Jahari dkk, 2000). Dalam kehidupan anak, periode usia di bawah 5 tahun (balita) merupakan masa kritis dalam kehidupan anak faktor lingkungan, baik fisik maupun sosial budaya sangat mempengaruhi kelangsungan hidup dan tumbuh kembang anak dan akan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Kualitas balita sekarang menentukan kualitas manusia dan masyarakat Indonesia di masa yang akan datang, karena pada masa balita ini di terbentuk dasar kepribadian, kecerdasan, kemampuan berpikir, kemampuan mandiri dan kemampuan sosialisasi, disamping terjadinya pertumbuhan fisik yang cepat (Hull,1977; Adhyatma, 1989 dikutip Suharyono, 1992).

2. Jenis kelamin

Jenis Kelamin turut menentukan jumlah kebutuhan zat gizi yang berbeda untuk setiap individu. Laki-laki lebih banyak membutuhkan zat energi dan protein dibandingkan wanita. Hal ini disebabkan laki-laki lebih aktif sehingga lebih banyak membutuhkan tenaga (Apriadji, 1986).

3. Berat Badan Lahir

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

Setiap tahun, diperkirakan sekitar 350 ribu bayi BBLR (≤ 2500 gram), sebagai salah satu penyebab utama tingginya angka gizi kurang dan kematian balita. Pada tahun 2005 terdapat sekitar 5 juta balita gizi kurang; 1,7 juta diantaranya menderita gizi buruk. Pada usia sekolah, sekitar 11 juta anak tergolong pendek sebagai akibat dari gizi kurang pada masa balita. Berat lahir sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan anak selanjutnya (Depkes, 2007).

2.7.5 Karakteristik Keluarga

1. Jumlah Anggota Keluarga

Menurut Apriadji (1986) jumlah anggota keluarga akan mempengaruhi tingkat konsumsi makanan, yaitu jumlah dan distribusi makanan terhadap anggota keluarga, terutama pada keluarga miskin yang terbatas kemampuannya dalam penyediaan pangan sehingga dapat beresiko terhadap kejadian gizi kurang.

Menurut Berg (1986), kasus gizi kurang banyak ditemukan pada keluarga yang besar. Jumlah anak yang kelaparan dari keluarga yang besar hampir empat kali lipat lebih banyak sedangkan anak-anak yang mengalami gizi kurang, jumlahnya hampir lima kali lebih banyak dibandingkan dengan rumah tangga yang jumlah anggota keluarganya sedikit.

2. Tingkat Penghasilan Keluarga

Penghasilan merupakan faktor yang paling menentukan kuantitas dan kualitas makanan (Berg, 1986). Keluarga dengan pendapatan atau penghasilan terbatas kemungkinan besar kurang dapat memenuhi kebutuhannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya (Apriadji, 1986). Pada rumah tangga berpenghasilan rendah, 60-80% penghasilannya dibelanjakan untuk makanan. Dampak negatif kenaikan harga makanan akan dirasakan terutama oleh rumah tangga miskin dibanding pada pada keluarga mampu oleh

karena keluarga miskin membelanjakan sebagian besar penghasilan mereka untuk makanan (Soekirman, 1991). Sehingga dengan meningkatnya penghasilan seseorang, terjadilah perubahan-perubahan dalam susunan makanan. Akan tetapi, pengeluaran uang yang lebih banyak untuk pangan tidak menjamin lebih beragamnya konsumsi pangan. Terkadang perubahan utama yang terjadi dalam kebiasaan makanan adalah pada harga makanan yang dimakan (Suhardjo, 1989).

3. Jumlah balita dalam keluarga

Jumlah balita yang banyak dalam keluarga akan mempengaruhi jumlah makanan yang tersedia bagi setiap anak, lama waktu durasi menyusui, dan juga jumlah perawatan yang diberikan oleh ibu. Pada balita dengan jumlah balita yang banyak dapat terlihat pada kurva pertumbuhan anak yang mendatar. Hal ini dikarenakan adanya kehadiran bayi yang lain sehingga menimbulkan konsekuensi psikis dan yang lainnya, seperti kurangnya perhatian pada anak sebelumnya (Jelliffe, 1985).

2.7.6 Sanitasi dasar

Sanitasi dasar adalah sarana sanitasi rumah tangga yang meliputi sarana buang air besar, sarana pengelolaan sampah dan limbah rumah tangga. *American Public Health Association* telah menyusun suatu pedoman yang digunakan untuk menetapkan sehat atau tidaknya suatu rumah. Berikut ini pedoman rumah sehat yang telah disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat Indonesia.

1. Sistem pengadaan air di rumah tersebut baik atau tidak. Jika air yang tersedia tidak memenuhi syarat kesehatan, maka rumah tersebut dinilai tidak sehat.
2. Fasilitas untuk mandi. Jika fasilitas ini baik, maka rumah tersebut dinilai baik.
3. Sistem pembuangan air bekas. Jika sistem pembuangannya tidak memenuhi syarat kesehatan, maka rumah tersebut termasuk kategori rumah yang tidak sehat.
4. Fasilitas pembuangan tinja. Jika di rumah tidak tersedia kakus atau kakus tersebut tidak memenuhi syarat kesehatan, maka rumah dinilai tidak sehat.

5. Jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu ruangan (kamar). Ukuran yang dianggap sehat ialah jika sekurang-kurangnya tersedia 1,2 meter persegi ruangan untuk satu orang.
6. Jendela atau jalan masuk cahaya serta udara (ventilasi). Rumah yang tidak mempunyai jendela serta penerangan yang cukup adalah rumah yang tidak sehat
7. Kekuatan bangunan, jika rumah telah tua dan lapuk sehingga ada kemungkinan sewaktu-waktu rubuh, maka rumah ini dinilai tidak sehat (Supraptini, 2004).

2.7.7 Akses pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi, serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktik bidan atau dokter, rumah sakit dan persediaan air bersih. Ketidakterjangkauan pelayanan kesehatan (karena jauh dan tidak mampu membayar), kurangnya pendidikan dan pengetahuan, merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia. Hal ini dapat berdampak juga pada status gizi anak (Adisasmito, 2007).

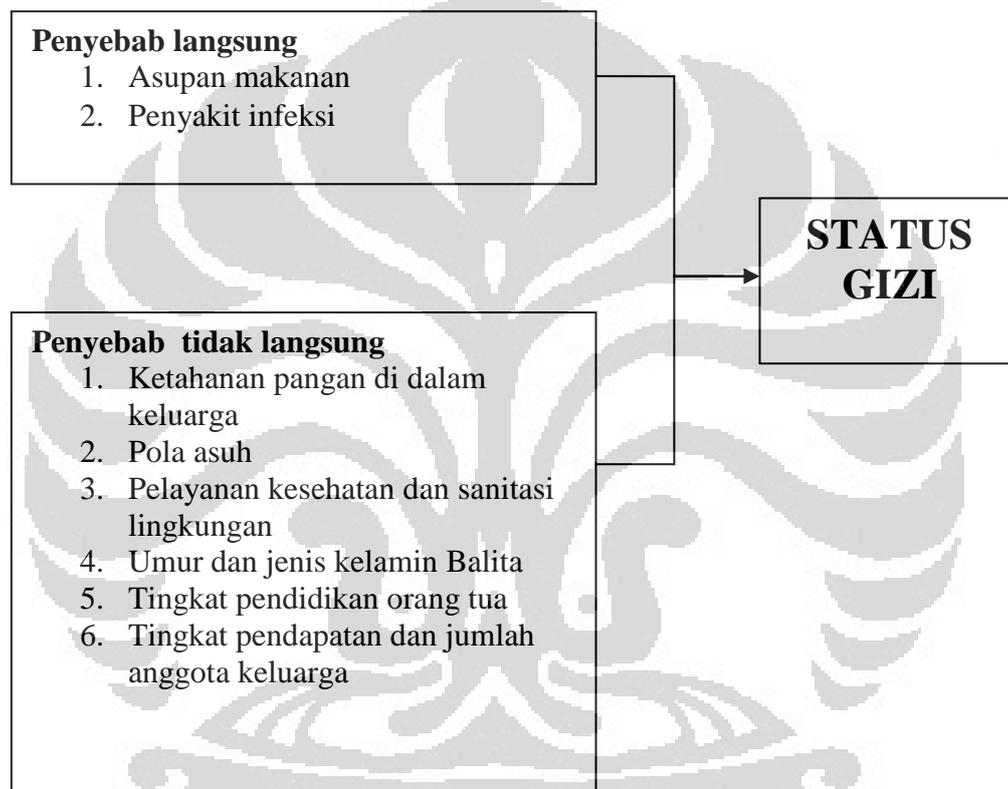
Peran pelayanan kesehatan telah lama diadakan untuk memperbaiki status gizi balita. Akses pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan dalam penanganan cepat kasus masalah kekurangan gizi terutama gizi buruk. Akses yang tersedia dan mudah dijangkau masyarakat akan sangat membantu dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Notoadmodjo, 2003).

2.8 Kerangka Teori

Kekurangan gizi yang berhubungan dengan kompleksnya faktor penyebab baik itu langsung maupun tidak langsung serta penyebab yang mendasar. Penyebab yang mendasarinya adalah sumber-sumber potensial yang dimiliki oleh suatu negara yang akan mempengaruhi struktur ekonomi yang berimbas pada super struktur yaitu politik dan ideologi. Sedangkan penyebab tidak langsung atau yang melatarinya adalah ketersediaan pangan yang tidak memadai, pola asuh atau perawatan yang tidak adekuat bagi ibu dan anak, hal ini disebabkan pendidikan

yang rendah hal ini berkaitan dengan kurangnya dukungan dari lembaga formal dan non formal. Berikutnya adalah faktor pelayanan kesehatan yang kurang serta lingkungan yang tidak sehat. Adapun penyebab langsung dari status gizi buruk adalah asupan gizi yang tidak adekuat serta penyakit infeksi (UNICEF 1988). Sejalan dengan tinjauan pustaka dari kajian para ahli maka diperoleh faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya KEP seperti yang tertuang dalam kerangka teori sebagai berikut :

Gambar 2.5. Kerangka teori faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi



Sumber : Modifikasi Apriadji 1986, UNICEF 1987, Carl & Levinson, 1979

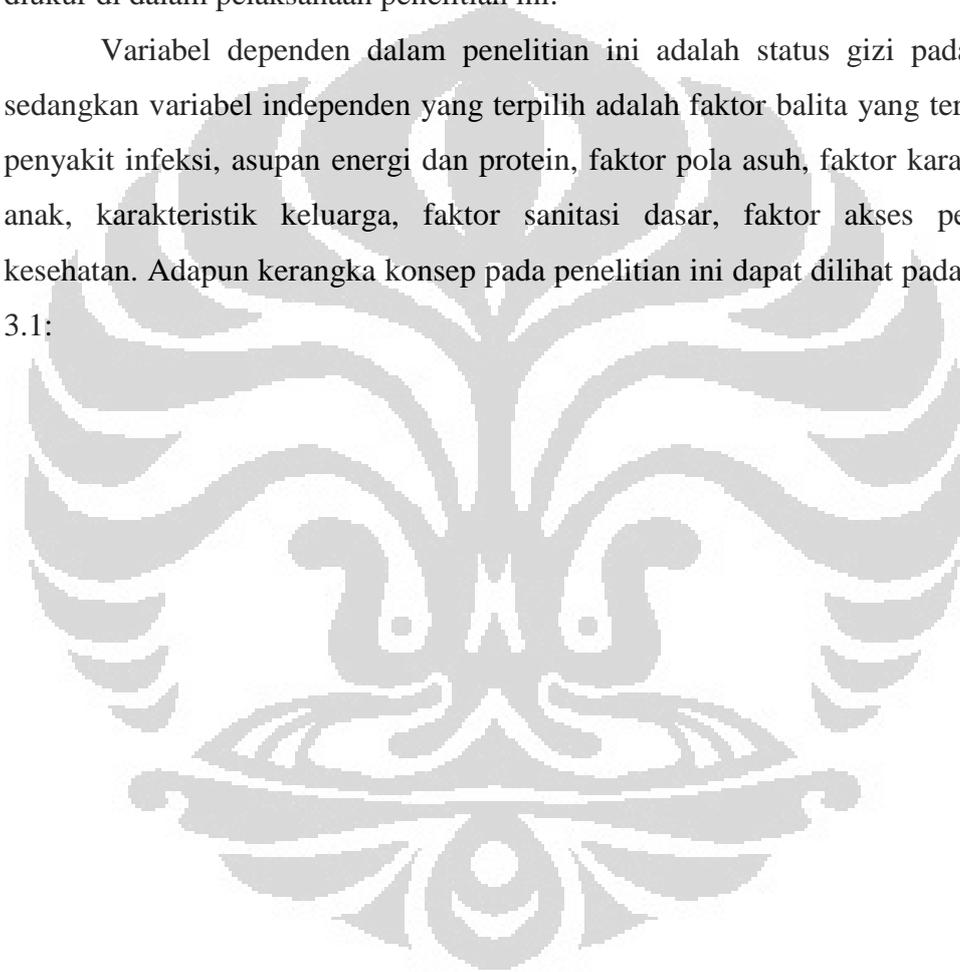
BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

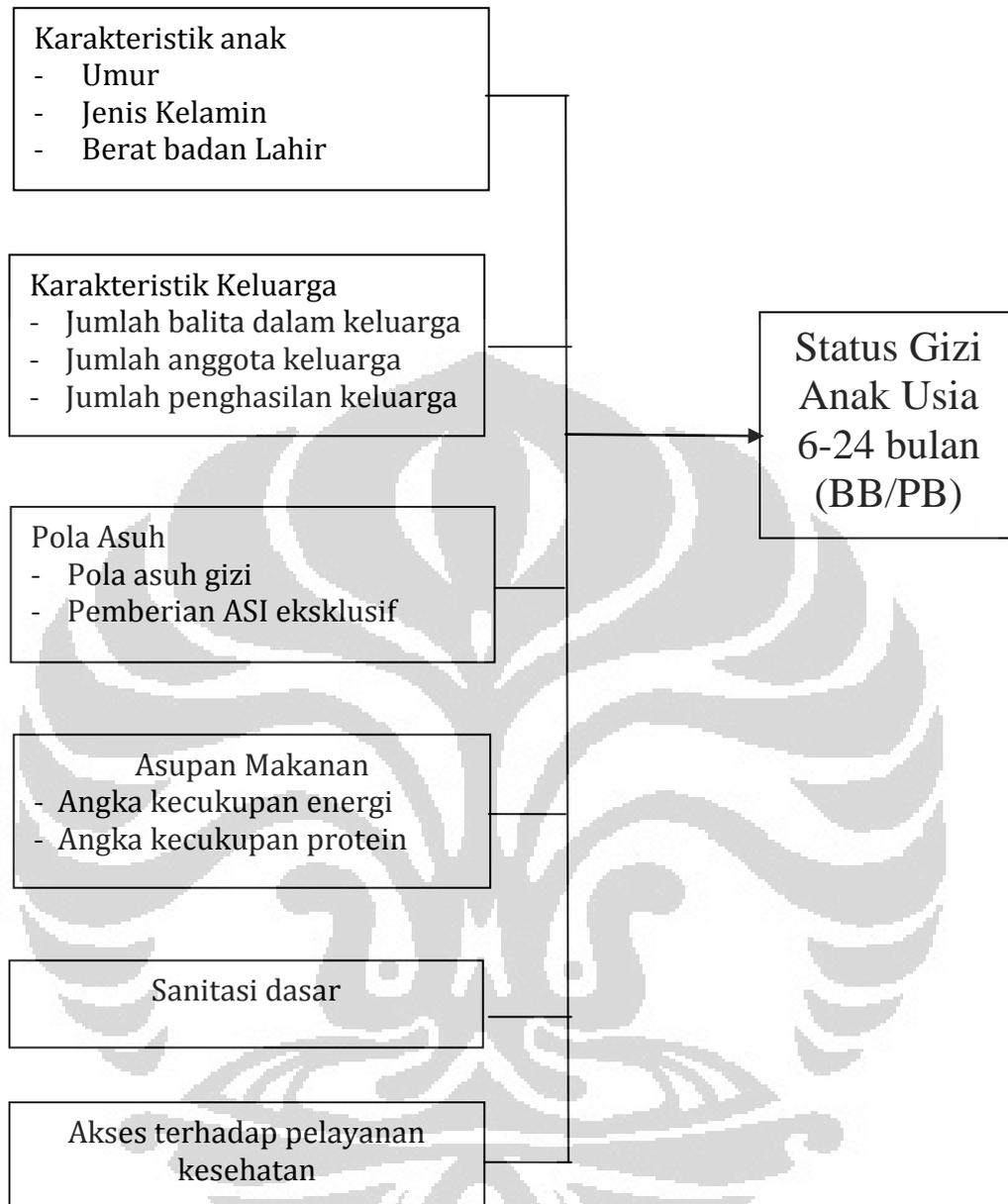
3.1 Kerangka Konsep

Dari beberapa faktor tadi, di dalam lingkup penelitian ini hanya beberapa faktor saja yang diteliti. Kerangka konsep disini dibuat berdasarkan kerangka teori yang telah ada di atas. Dimana faktor-faktor yang ada mudah untuk dinilai dan diukur di dalam pelaksanaan penelitian ini.

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah status gizi pada balita, sedangkan variabel independen yang terpilih adalah faktor balita yang terdiri dari penyakit infeksi, asupan energi dan protein, faktor pola asuh, faktor karakteristik anak, karakteristik keluarga, faktor sanitasi dasar, faktor akses pelayanan kesehatan. Adapun kerangka konsep pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar 3.1:



Gambar 3.1 Kerangka konsep status gizi anak usia 6-24 bulan.



Sumber : Modifikasi Apriadji 1986, UNICEF 1987, Carl & Levinson, 1979.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara karakteristik anak usia 6-24 bulan (umur, jenis kelamin, berat badan lahir) terhadap status gizi pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012.

2. Ada hubungan antara karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga, jumlah balita di dalam keluarga , tingkat pendapatan keluarga) terhadap status gizi pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012.
3. Ada hubungan antara penyakit infeksi pada anak usia 6-24 bulan terhadap status gizi pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012.
4. Ada hubungan antara pola asuh (pola asuh gizi, pemberian ASI eksklusif) terhadap status gizi pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012.
5. Ada hubungan antara asupan energi dan protein terhadap status gizi pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012.
6. Ada hubungan antara sarana sanitasi dasar rumah (sarana buang air besar, sarana air bersih, sarana pembuangan limbah dan sarana pengelolaan sampah) terhadap status gizi pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012.
7. Ada hubungan antara akses pelayanan kesehatan terhadap status gizi pada anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012.

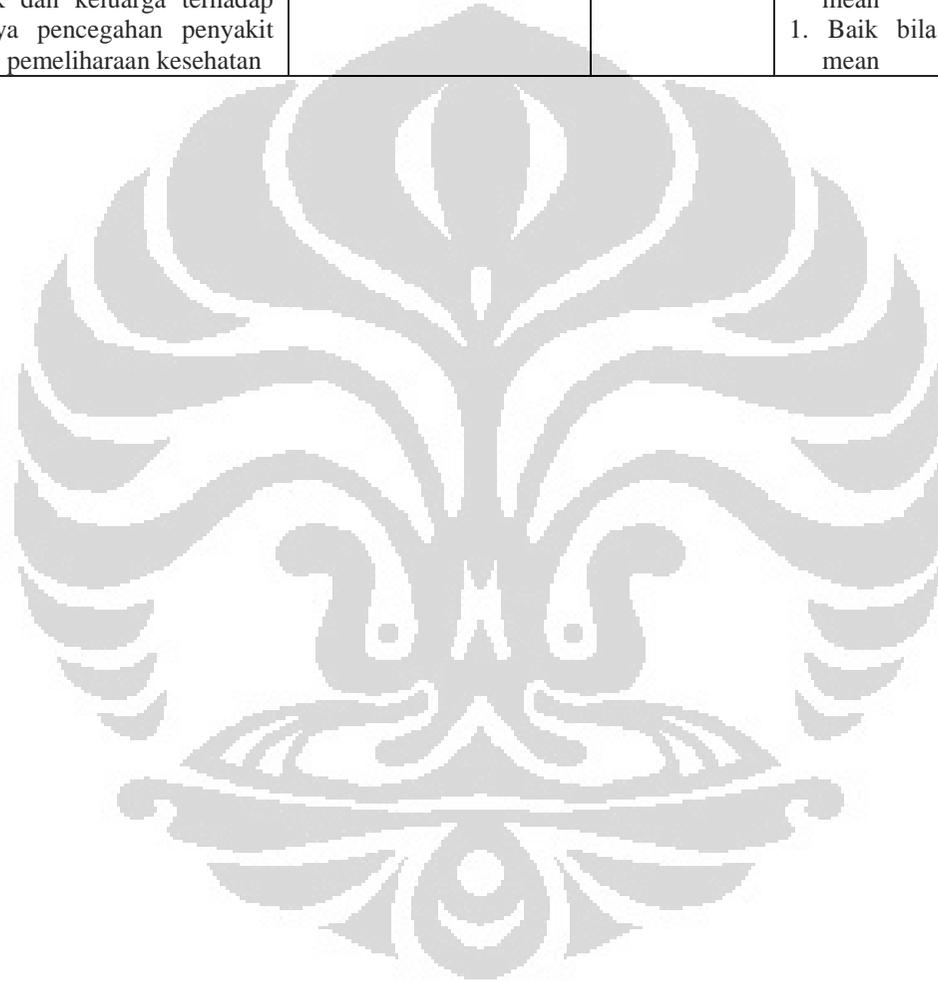
3.3 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Cara Ukur	Hasil ukur	Skala	Referensi
1.	Status Gizi pada anak usia 6-24 bulan	Status gizi anak usia 6-24 bukan yang dilihat dari berat badan menurut panjang atau berat badan menurut tinggi badan berdasarkan Z-skor standar antropometri WHO-NCHS	<ul style="list-style-type: none"> • Timbangan digital merk Seca dengan kapasitas 100 kg dengan ketelitian 50 gram (Kuesioner A.6) • Pengukur panjang badan (Length Board) atau Microtoise dengan kapasitas 150 Cm dengan ketelitian 0,1 Cm (Kuesioner A.6 dan A.7) 	Melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan terhadap anak usia 6-24 bulan	Kategori Status gizi 0.Sangat kurus<-3SD 1.Kurus -3SD s/d <-2SD 2.Normal -2SD s/d 2 SD 3.Gemuk >2SD	Ordinal	Kep Menkes No.1995/MENKES /SK/XII/2010 Depkes RI 2011
2.	Umur	Hari, bulan dan tahun pada saat menimbang dikurangi dengan tanggal, hari, bulan dan tahun anak pada waktu lahir, selisih dari pengurangan merupakan usia anak	Kuesioner (A.5)	Wawancara	Kategori umur : 0. 6-12 bulan 1. 13-24 bulan <ul style="list-style-type: none"> • Kelebihan atau kekurangan lebih dari 16 sampai dengan 30 hari dijadikan 1 bulan • Kelebihan atau kekurangan hari 1 sampai dengan 15 hari dijadikan 0 bulan 	Ordinal	Depkes 2005
3.	Jenis Kelamin	Status fisik anak balita dapat diketahui dengan cara menanyakan pada ibu balita maupun observasi langsung	Kuesioner (A.4)	Wawancara Observasi	Kategori : 0. Perempuan 1. Laki-laki	Nominal	Susenas, 1986

4.	Jumlah anggota keluarga	Jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah tangga	Kuesioner (C.1)	Wawancara	Kategori jawaban : 0. 4 Orang (Keluarga Kecil) 1. ≥ 4 Orang (Keluarga Besar)	Ordinal	SDKI, 2003
5.	Jumlah balita dalam keluarga	Anak yang berada dibawah umur lima tahun di dalam keluarga atau rumah tangga	Kuesioner (C.2)	Wawancara	Kategori jawaban : 0. 1 Orang 1. >1 Orang	Ordinal	SDKI 2003
6.	Penghasilan keluarga	Jumlah penghasilan keluarga perbulan di bandingkan dengan upah minimum Provinsi Kalimantan Selatan	Kuesioner (C.3)	Wawancara	Kategori wawancara: 0. Kurang <1 126 000,- 1. Cukup ≥ 1 126 000,-	Ordinal	SK Gubernur Kal-Sel tentang UMR Provinsi Kal-Sel 2011
7.	Penyakit Infeksi	Penyakit yang disebabkan mikroorganisme patogen dan parasit yang diderita oleh balita dalam 2 minggu terakhir yaitu ISPA, diare dan Pneumoni.	Kuisisioner (D.1 s/d D.3)	Wawancara	Kategori jawaban : 0. Ya 1. Tidak	Ordinal	Susianto, 2008
8.	Pola asuh gizi	Praktek di rumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak.	Kuisisioner (E. 1 s/d E.21)	Wawancara	Kategori jawaban : 0. Kurang baik bila jawaban 'Ya' \geq nilai median 1. Cukup baik bila jawaban 'Ya' $<$ median	Ordinal	Zeitlin, 2000

9.	Pemberian ASI eksklusif	Perilaku dimana hanya memberikan air susu ibu (ASI) saja kepada bayi sampai umur 6 (empat) bulan tanpa makanan dan ataupun minuman lain kecuali sirup obat.	Kuesioner (E.10)	Wawancara	Kategori jawaban : 0. Tidak eksklusif 1. Eksklusif	Ordinal	DepKesRI, 2007
10.	Asupan Energi	Banyaknya asupan (intake) makanan dari seseorang yang seimbang dengan pengeluaran (expenditure)-nya sesuai dengan susunan dan ukuran tubuh, tingkat kegiatan jasmani dalam keadaan sehat dan mampu melaksanakan tugas-tugas kehidupan secara ekonomis dalam waktu yang lama.	Lembar <i>Recall</i> 24 jam	Wawancara	Kategori jawaban : 0. < 70% AKG 1. \geq 70 % AKG	Ordinal	WKNPG, 2004
11.	Asupan Protein	Asupan protein makanan paling sedikit yang seimbang dengan hilangnya nitrogen yang dikeluarkan oleh tubuh dalam keseimbangan energi pada tingkat kegiatan jasmani yang dilakukan.	Lembar <i>Recall</i> 24 jam	Wawancara	Kategori jawaban : 0. < 70% AKG 1. \geq 70% AKG	Ordinal	WKNPG, 2004
12.	Sanitasi Dasar	Sanitasi dasar adalah sarana sanitasi rumah tangga yang meliputi sarana buang air besar, sarana pengelolaan sampah dan limbah rumah tangga	Kuesioner (G.1 s/d G.8)	Wawancara dan observasi	Kategori jawaban : 0. Kurang bila jawaban 'Ya' < nilai median 1. Cukup bila jawaban 'Ya' \geq nilai median	Ordinal	Depkes RI 2008

13.	Akses Pelayanan kesehatan	Akses pelayanan kesehatan merupakan keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan	Kuesioner (F.1 s/d F.3)	Wawancara	Kategori jawaban : 0. Kurang bila jawaban < nilai mean 1. Baik bila jawaban \geq nilai mean	Ordinal	Notoadmojo 2003
-----	---------------------------	--	--------------------------	-----------	---	---------	-----------------



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan penelitian survai (*Survey Research Method*) dengan pendekatan *Studi Cross Sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan keadaan status gizi pada anak usia 6-24 bulan. Adapun variabel independen pada penelitian ini adalah faktor karakteristik anak, faktor karakteristik keluarga, faktor pola asuh faktor penyakit infeksi, faktor asupan energi dan protein, faktor sanitasi dasar dan faktor akses pelayanan kesehatan. Sedangkan variabel dependennya adalah status gizi pada anak usia 6-24 bulan berdasarkan indikator BB/TB. Pengumpulan data dilakukan secara bersamaan (*Point time approach*). Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan beberapa keadaan (saat ini) dan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

4.2 Waktu dan lokasi penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kecamatan Beruntung Baru, Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan. Lokasi ini diambil karena angka kejadian gizi kurang berada diatas ambang batas yang telah ditentukan yaitu 20.85% dan balita kurus 13.36 % serta belum ada penelitian yang sama telah dilakukan di wilayah tersebut. Penelitian ini dilaksanakan dari bulan Februari sampai dengan Mei 2012.

4.3 Populasi Dan Sampel Populasi

a. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan yang berada di wilayah Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Kalimantan Selatan tahun 2011.

b. Sampel

Adapun kriteria inklusi untuk penelitian ini adalah anak usia 6-24 bulan yang tercatat pada register posyandu, baik yang rutin maupun yang tidak rutin melakukan penimbangan. Anak usia 6-24 bulan yang pada saat penimbangan

dalam keadaan sehat, bukan penyandang cacat dan ibu atau keluarganya bersedia terlibat dalam penelitian ini sebagai sampel. Apabila didalam keluarga tersebut terdapat lebih dari satu balita maka balita yang diambil sebagai sampel adalah balita yang paling muda umurnya.

c. Ukuran Sampel

Perhitungan besar sampel yang dilakukan oleh peneliti menurut rumus estimasi proporsi dengan presisi(d) sebesar 10% (Lameshow et al,1997)

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2} \cdot P(1-p)}{d^2}$$

n= Jumlah sampel yg dibutuhkan

Z= Derajat kepercayaan 1,96 (tingkat kepercayaan 95 %)

P= Proporsi prevalensi gizi kurus di Kab. Banjar 8.4% (PSG,2011)

Q=(1-P)

D= derarajat akurasi yang diinginkan 10%

Setelah dilakukan perhitungan, maka besar sampel minimal yang diperlukan sebanyak 114 sampel. Pada penelitian jumlah sampel yang diambil sebanyak 133 sampel hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan pengambilan data.

Untuk menentukan desa yang diambil sebagai tempat pengambilan sampel dilakukan dengan acak sederhana (*Simple Random Sampling*) adapun desa yang terpilih menjadi desa tempat pengambilan sampel adalah Desa Lawahan, Desa Tampak Padi, Desa Selat Makmur, Desa Muara Halayung, Desa Jambu Raya dan Desa Rumpiang. Pada saat pengambilan sampel di tingkat desa, peneliti menghitung proporsi balita setiap desa untuk menentukan jumlah sampel tiap desa. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *Simple Random Sampling* (acak sederhana) dengan langkah sebagai berikut :

1. Mengumpulkan data populasi balita yang terdaftar pada buku register posyandu.
2. Membuat lembaran kertas kecil sebanyak elemen setiap populasi, diberi nomer dan digulung.
3. Gulungan sampel tadi kemudian diambil sebanyak jumlah sampel yang diperlukan.

Gambar 4.1. Langkah-langkah pengambilan sampel dengan cara *Simple Random Sampling* :



Dalam menentukan jumlah sampel yang harus diambil di setiap desa tersebut, maka diambil sampel dalam penelitian ini sebagai berikut peneliti menggunakan rumus sebagai berikut :

$$nh = \frac{Nh \times n}{N}$$

Keterangan :

nh = Sampel yang diperlukan

Nh = Jumlah populasi yang terdaftar pada setiap desa

n = Jumlah sampel yang diperlukan

N = Jumlah total populasi di seluruh desa yang dijadikan sampel

(Pratiknya, 2008)

Tabel 4.1 Jumlah populasi dan sampel

Kecamatan Beruntung Baru	Jumlah Populasi	Jumlah Sampel
Desa Lawahan	29 x 133: 198	19
Desa Tambak Padi	35 x 133: 198	24
Desa Muara Halayung	38 x 133 : 198	26
Desa Selat Makmur	26 x 133 : 198	17
Desa Jambu Raya	36 x 133 : 198	24
Desa Rumpiang	34 x 133 :198	23
Total		133

4.4 Teknik Pengumpulan Data

a. Sumber data

Data yang didapatkan merupakan data primer atau dari hasil penelitian yang dilakukan.

b. Instrumentasi

Alat atau instrumen yang digunakan pada penelitian ini berupa kuesioner yang telah dimodifikasi dari *Healthy start baseline survey 2006*, lembar *recall* makanan 24 jam, timbangan digital merk *Seca* untuk melakukan penimbangan berat badan pada balita serta *Length Board* untuk mengukur panjang badan anak .

c. Cara pengumpulan data

Pengumpulan data untuk dilakukan dengan teknik wawancara yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan kuesioner yang telah dibuat serta lembar *recall* makanan 24 jam sedangkan untuk berat badan pada anak usia 6-24 bulan dilakukan dengan menimbang berat badan anak usia 6-24 bulan menggunakan timbangan digital dan panjang badan menggunakan *Length Board*. Pada variabel kesehatan lingkungan data didapatkan selain dengan teknik wawancara juga dilakukan observasi. Dalam pengumpulan data asupan energi dan protein peneliti dibantu 3 orang tenaga gizi oleh 1 orang petugas gizi dari puskesmas setempat dan 2 orang petugas gizi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar serta para bidan di desa pada wilayah kerja puskesmas. Petugas gizi, tenaga bidan, kader dan peneliti terlebih dahulu melakukan diskusi agar terjadi kesamaan persepsi tentang tujuan

dan pengumpulan data akan yang dilakukan dalam penelitian ini. Sebelumnya dilakukan uji coba kuesioner meliputi, apakah tujuan penelitian dapat dimengerti, adakah pertanyaan yang terlewatkan atau diperlukan, apakah urutan pertanyaan yang ada sudah efisien, apakah lama waktu wawancara dapat diterima oleh responden pada uji coba kuesioner yang dilakukan. Selain melakukan uji coba kuesioner peneliti, para bidan dan kader juga berlatih menggunakan alat pengukur berat badan dan panjang badan yang digunakan.

4.5 Manajemen Data

Setelah dilakukan pengumpulan data berupa pola konsumsi makanan, penyakit infeksi, karakteristik anak, karakteristik orang tua, sanitasi dasar dan sumber air minum serta akses pelayanan kesehatan, selanjutnya dilakukan pengolahan data yang diawali dengan penyuntingan atau *Editing* dengan tujuan meneliti kebenaran dan kelengkapan data tersebut. Kemudian dilakukan *Coding*, yaitu mengkode data untuk dilakukan pengelompokan. Kode dibuat sesuai dengan kode yang telah ditetapkan dalam definisi operasional. Untuk data pola asuh, sanitasi dasar dan akses terhadap pelayanan kesehatan terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data untuk menetapkan kategori jawaban. Pada setiap pertanyaan dengan pernyataan yang bersifat negative jawaban tidak dihitung. Setelah dilakukan pengelompokan data dilakukan *entry* data ke dalam computer dilanjutkan dengan *Cleaning* atau pembersihan data jika ditemukan keanehan pada data yang telah di *Entry* maka dilakukan pengecekan kembali pada rekapitulasi data yang telah dikumpulkan. Khusus untuk data dari lembar *Food recall* 24 jam, data yang didapatkan dihitung dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM) dan Daftar Ukuran Rumah Tangga (URT), Daftar Kandungan Zat Gizi makanan Jajanan (DKGJ) serta komposisi zat gizi ASI berdasarkan status gizi ibu yang diukur berdasarkan LILA ibu dan untuk jumlah berdasarkan WKNPG 2004 yaitu 750ml/hari. Selanjutnya data diolah dengan menggunakan *Software NutriSurvey for Windows 2004* kemudian dilakukan perhitungan sesuai ketentuan dan standar menurut ketetapan WKNPG 2004, untuk mengetahui angka kecukupan energi dan protein masing-masing anak. Setelah data bersih tahap selanjutnya adalah dilakukan analisis baik univariat dan bivariat dengan menggunakan *Software SPSS13.0 for windows*.

4.6 Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan untuk melihat gambaran setiap variabel dengan melihat distribusi frekuensinya. Distribusi frekuensi dalam bentuk table distribusi frekuensi menyajikan distribusi frekuensi menyajikan distribusi variabel-variabel independen.

2. Analisis Bivariat

Analisis Bivariat bertujuan untuk menguji perbedaan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data atau untuk menyimpulkan ada/tidaknya hubungan dua variabel kategorik. Analisis ini untuk melihat hubungan antara variabel yang diteliti untuk membuktikan apakah ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen menggunakan uji Chi Square dengan menggunakan batas kemaknaan (α) 0.05, apabila hasil uji statistik menunjukkan p-value $<(\alpha)$ 0.05 maka dikatakan bahwa kedua variabel itu berhubungan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Kecamatan Beruntung Baru merupakan salah satu dari 17 Kecamatan yang ada di wilayah Kabupaten Banjar, merupakan Kecamatan pemekaran dari Kecamatan Aluh-Aluh sejak tahun 1997. Ibu kota kecamatan Beruntung Baru berjarak 45 km dari Kota Martapura, ibu kota Kabupaten Banjar. Luas wilayah Kecamatan Beruntung Baru adalah 61.42 Km² dengan batas wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Gambut
- b. Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Landasan Ulin, Kota Banjarbaru
- c. Sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Kurau Kabupaten Tanah Laut.
- d. Sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Aluh-aluh.

Kecamatan Beruntung Baru berada lebih rendah dari permukaan laut dan merupakan daerah rawa sehingga aliran air tanah menjadi kurang lancar dan selalu tergenang . Letaknya yang berada di muara laut menyebabkan kondisi air bersifat semi asin. Sungai merupakan jalur transportasi termudah dan sumber air untuk hampir seluruh keperluan penduduknya sehingga banyak penduduk yang tinggal di sepanjang aliran sungai. Tipe bangunan rumah penduduk sendiri kebanyakan merupakan rumah panggung. Penduduk Kecamatan Beruntung Baru pada tahun 2011 berjumlah 13184 jiwa, dengan mata pencaharian sebagian besar penduduknya adalah petani, nelayan dan buruh.

Di kecamatan Beruntung Baru terdapat 10 Sekolah Dasar Negeri, 1 Sekolah Menengah Pertama (SMPN) dan 1 Madrasah Tsanawiyah swasta, 1 Madrasah Aliyah Negeri (MAN). Adapun sarana kesehatan yang ada di Kecamatan Beruntung Baru terdapat 1 Puskesmas yaitu 1 Puskesmas induk, 2 Puskesmas Pembantu, 10 Polindes, 19 Posyandu. Sedangkan tenaga kesehatan yang ada di berjumlah 41 orang, terdiri dari 2 orang Dokter Umum, 1 orang Dokter Gigi, 18 orang Bidan terdiri dari 6 orang bidan di Puskesmas dan 12 orang merupakan Bidan di Desa, 7 orang Perawat, 1 orang Perawat gigi, 1 orang

Tenaga gizi, 2 orang Santitarian , 1 orang tenaga Analis, 1 orang tenaga Farmasi, 3 orang Sarjana Kesehatan Masyarakat.

5.2 Hasil Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi variabel yang diteliti yaitu Karakteristik Anak (umur, jenis kelamin, berat badan lahir), Karakteristik Keluarga (Jumlah anggota keluarga, Jumlah balita di dalam keluarga, Jumlah penghasilan keluarga), Penyakit Infeksi, Pola Asuh (pola asuh gizi, pemberian ASI eksklusif) Asupan Energi dan Protein, Sanitasi Dasar, Akses terhadap Pelayanan Kesehatan.

5.2.1. Prevalensi status gizi anak

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Status Gizi (BB/PB) Anak Usia 6-24 Bulan di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Status gizi BB/PB	Jumlah	%
Sangat kurus (<-3 SD)	1	0.75
Kurus (<-2 SD sampai dengan \geq -3SD)	37	28
Normal (-2SD sampai dengan 2 SD)	92	69
Gemuk	3	2.25
Total	133	100

Gambaran status gizi anak usia 6-24 bulan di wilayah Kecamatan Beruntung Baru menggunakan klasifikasi berdasarkan indeks berat badan menurut panjang badan (BB/PB) yaitu status gizi sangat kurus, kurus, normal dan gemuk. Hasil analisis univariat menunjukkan proporsi status gizi kurus sebanyak 37 anak atau 28%.

5.2.2 Karakteristik Anak

Distribusi variabel yang terkait dengan karakteristik anak yaitu jenis kelamin, umur dan berat badan lahir dapat dilihat pada tabel 5.2 :

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Karakteristik Anak Menurut Umur, Jenis Kelamin dan Berat Badan Lahir di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Karakteristik anak	Jumlah	%
Umur		
13-24 bulan	84	63.2
6-12 bulan	49	36.8
Total	133	100
Jenis kelamin		
Perempuan	68	51.1
Laki-laki	65	48.9
Total	133	100
Berat badan lahir		
<3200 gram	55	42.3
≥ 3200 gram	60	46.2
Tidak Tahu/tidak ditimbang	18	11.5
Total	133	100

Variabel umur anak diklasifikasikan menjadi dua kategori yaitu 6-12 bulan dan 13-24 bulan. Tabel 5.2 Menunjukkan bahwa 84(63.2%) anak berada dalam usia 13-24 bulan. Proporsi anak berdasarkan jenis kelamin menunjukkan 68(51.1%) anak berjenis kelamin perempuan.

Pada variabel berat badan peneliti mengklasifikasikan menjadi 2 kategori yaitu < 3200 gram dan ≥ 3200 gram. Berat badan lahir yang terendah 1600 gram sedangkan berat badan lahir yang tertinggi 4500 gram. Jumlah anak dengan berat lahir <2500 gram hanya 4 orang. Hasil uji univariat menunjukkan 42.3% anak lahir dengan berat badan < 3200 gram dan 18(11.5%) anak tidak diketahui berat badan lahirnya atau tidak ditimbang.

5.2.3 Karakteristik Keluarga

Distribusi frekuensi variabel yang terkait dengan karakteristik ibu adalah jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama, jumlah balita di dalam keluarga dan jumlah pendapatan keluarga dapat dilihat pada tabel 5.3:

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Anak Menurut Karakteristik Keluarga di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Karakteristik Keluarga	Jumlah	%
Jumlah anggota keluarga		
>4 orang(Besar)	58	43.6
≤4 orang (Kecil)	75	56.4
Total	133	100

Karakteristik Keluarga	Jumlah	Total
>1 Orang	19	14.3
1 Orang	114	85.7
Total	133	100
Penghasilan		
Kurang	80	60.2
Cukup	53	39.8
Total	133	100

Jumlah anggota keluarga dikategorikan menjadi 2 yaitu keluarga kecil (≤ 4 orang) dan keluarga besar (> 4 orang). Jumlah anggota keluarga yang terkecil adalah 3 orang dengan jumlah 33 keluarga dan jumlah anggota keluarga yang terbanyak adalah 8 orang sebanyak 6 keluarga. Hasil penelitian menunjukkan 58(43.6%) anak usia 6-24 bulan tinggal dalam keluarga besar.

Pada variabel jumlah balita di dalam keluarga, diklasifikasikan menjadi dua kategori yaitu 1 orang dan >1orang. Hasil penelitian menunjukkan 19(14.3%) anak mempunyai 1 orang anggota keluarga yang juga masih berusia balita. Dari 133 sampel pada penelitian ini tidak ditemukan keluarga dengan jumlah balita >2 orang.

Penghasilan yang diperoleh dalam keluarga setiap bulan untuk memenuhi keperluan hidup sehari-hari diukur berdasarkan total penghasilan dari seluruh anggota keluarga yang bekerja dan dikelompokkan dalam dua kategori yaitu penghasilan kurang (\leq Rp.1 126 000,-) per bulan dan penghasilan cukup ($>$ Rp.1 126 000,-) per bulan. Hasil penelitian menunjukkan 60.2% keluarga mempunyai penghasilan yang kurang dari Rp.1 126 000,-.

5.2.4 Penyakit Infeksi

Distribusi penyakit infeksi pada anak usia 6-24 bulan yang terpilih sebagai sampel dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.4 :

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Anak Menurut Penyakit Infeksi di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Penyakit Infeksi	Jumlah	%
Pernah	84	63.2
Tidak Pernah	49	36.8
Total	133	100

Penyakit infeksi dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu pernah dan tidak pernah. Pernah apabila dalam 3 bulan terakhir anak menderita penyakit infeksi

dan sebaliknya. Hasil penelitian menunjukkan 80(63.2%) anak pernah menderita penyakit infeksi dalam 3 bulan terakhir.

5.2.5 Pola Asuh

Tabel 5.5

Distribusi frekuensi Anak Menurut Pola Asuh di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Pola Asuh	Jumlah	%
Kurang Baik	66	49.6
Cukup Baik	67	50.4
Total	133	100

Distribusi pola asuh dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu pola asuh kurang dan cukup. Sebelum melakukan klasifikasi kategori, terlebih dahulu dilakukan analisa univariat terkait normalitas dari distribusi data yang diperoleh. Dari hasil perhitungan yang dilakukan peneliti dapat disimpulkan distribusi data tidak sama dengan distribusi normal sehingga digunakan nilai median sebagai patokan. Dari tabel 5.5 dapat diketahui 66(49.6%) anak berada dalam pola asuh yang kurang baik.

5.2.6 Pemberian ASI eksklusif

Tabel 5.6

Distribusi frekuensi Anak menurut Pemberian ASI di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Pemberian ASI eksklusif	Jumlah	%
Tidak eksklusif	59	44.4
Eksklusif	74	55.6
Total	133	100

Pemberian ASI dikategorikan menjadi dua yaitu eksklusif dan tidak eksklusif. ASI eksklusif apabila anak sejak lahir diberikan hanya ASI saja selama 6 bulan terkecuali obat dan tidak eksklusif apabila anak sejak lahir diberikan makanan lain selain ASI ataupun diberikan ASI tetapi tidak sampai usia 6 bulan. Dari tabel 5.6 diatas dapat diketahui bahwa 59(44.4%) anak usia 6-24 bulan yang menjadi sampel penelitian tidak mendapatkan ASI secara eksklusif.

5.2.7 Asupan Energi dan Protein

Tabel 5.7

Distribusi Frekuensi Asupan energi dan protein Anak menurut Angka Kecukupan Energi dan Protein di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Asupan Energi dan Protein	Jumlah	%
Asupan Energi		
< 70% AKG	63	47.4
≥ 70% AKG	70	52.6
Total	133	100
Asupan Protein		
< 70% AKG	45	33.8
≥ 70% AKG	88	66.2
Total	133	100

Pada variabel asupan energi dan protein, peneliti melakukan klasifikasi < 70% AKG dan ≥ 70% AKG. Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa anak dengan asupan energi yang berada < 70% AKG sebanyak 63(47.4%). Pada asupan protein hasil analisis univariat menunjukkan 45(33.8%) anak mendapat asupan protein < 70% AKG.

5.2.8 Sanitasi Dasar

Tabel 5.8

Distribusi Frekuensi Anak Menurut Sanitasi Dasar di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012.

Sanitasi Dasar	Jumlah	%
Kurang baik	49	36.8
Cukup baik	84	63.2
Total	133	100

Distribusi sanitasi dasar dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu kurang dan baik. Sebelum melakukan klasifikasi kategori peneliti terlebih dahulu melakukan analisa univariat terkait uji normalitas dari distribusi data yang diperoleh. Dari hasil uji normalitas data yang dilakukan peneliti dapat disimpulkan distribusi data tidak sama dengan berdistribusi normal sehingga penulis menggunakan nilai median sebagai patokan. Hasil uji univariat menunjukkan 49(36.8%) anak tinggal dalam rumah dengan sanitasi dasar yang kurang baik.

5.2.9 Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Tabel 5.9

Distribusi Anak menurut Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012.

Pelayanan Kesehatan	Jumlah	%
Kurang baik (< mean)	51	38.3
Cukup baik (\geq mean)	82	61.7
Total	133	100

Distribusi frekuensi terkait akses terhadap pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu kurang dan baik. Sebelum melakukan klasifikasi kategori peneliti terlebih dahulu melakukan analisa univariat terkait uji normalitas dari distribusi data yang diperoleh. Dari hasil uji yang dilakukan peneliti dapat disimpulkan distribusi data sama dengan distribusi normal sehingga penulis menggunakan nilai mean sebagai patokan. Hasil Penelitian menunjukkan 51(38.3%) anak memiliki akses yang kurang baik terhadap fasilitas kesehatan.

Tabel 5.10

Distribusi Frekuensi Anak menurut Status Gizi (BB/PB), Karakteristik Anak, Karakteristik Orang Tua, Karakteristik Keluarga, Penyakit Infeksi, Pola Asuh, Pemberian ASI, Asupan Energi dan Protein, Sanitasi Dasar serta Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

No	Variabel	Jumlah	%
1.	Status gizi Anak		
	- Sangat kurus	1	0.75
	- Kurus	37	28
	- Normal	92	69
	- Gemuk	3	2.25
2.	Karakteristik Anak		
	Umur		
	- 12-24 bulan	84	63.2
	- 6-12 bulan	49	36.8
	Jenis Kelamin		
	- Perempuan	68	51.1
	- Laki-laki	65	48.9
	Berat Badan Lahir		
	- <3000 gram	55	41.4
	- \geq 3000 gram	60	45.1
	- Tidak tahu/Lupa/Tidak ditimbang	18	13.5
3.	Karakteristik Keluarga		
	Jumlah anggota keluarga		
	- Besar (>4 orang)	58	43.6
	- Kecil (\leq 4 orang)	75	56.4
	Jumlah balita dalam keluarga		
	- >1 orang	19	14.3
	- 1 orang	114	85.7

No	Variabel	Jumlah	%
	Jumlah Penghasilan		
	- Kurang	80	60.2
	- Cukup	53	39.8
4.	Penyakit Infeksi		
	- Pernah	84	63.2
	- Tidak Pernah	49	36.8
5.	Pola Asuh		
	Pola Asuh Gizi	66	49.6
	- Kurang Baik	67	50.4
	- Cukup Baik		
6.	Pemberian ASI		
	- Tidak Eksklusif	59	44.4
	- Eksklusif	74	55.6
7.	Asupan Energi dan Protein		
	Asupan Energi		
	- < 70% AKG	63	47.4
	- \geq 70 % AKG	70	52.6
	Asupan Protein		
	- < 70% AKG	45	33.8
	- \geq 70 % AKG	88	66.2
8.	Sanitasi Dasar		
	- Kurang Baik	49	36.8
	- Cukup Baik	84	63.2
9.	Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan		
	- Kurang Baik	51	38.3
	- Cukup Baik	82	61.7

5.3 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen (Status Gizi anak-anak usia 6-24 bulan) dengan variabel independen yaitu Karakteristik Anak (umur anak, jenis kelamin, berat badan lahir), Karakteristik Keluarga (jumlah anggota keluarga, jumlah balita dalam keluarga, jumlah penghasilan keluarga), Penyakit Infeksi, Pola Asuh (pola asuh gizi, pemberian ASI), Sanitasi Dasar dan Akses terhadap Pelayanan Kesehatan.

Selanjutnya untuk kemudahan analisis kategori status gizi dibagi oleh peneliti menjadi dua kategori yaitu kurus dan normal. Status gizi kurus merupakan penggabungan dari status gizi sangat kurus, kurus. Sedangkan untuk status gizi gemuk pada penelitian ini tidak disertakan karena hanya berjumlah 3 orang.

5.3.1 Hubungan Karakteristik Anak terhadap Status Gizi

Tabel.5.11
Hubungan Karakteristik Anak Usia 6-24 Bulan terhadap Status Gizi Anak
di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Karakteristik Anak	Status Gizi		P value	OR (CI 95%)
	Kurus (%)	Normal (%)		
Umur				
13-24 bulan	26(20)	57(43.8)	0.619	0.752
6-12 bulan	12(9.2)	35(26.9)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Jenis Kelamin				
Perempuan	21(16.2)	45(34.6)	0.641	0.775
Laki-laki	17(13.1)	47(36.2)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Berat Badan Lahir				
< 3200 gram	14(12.2)	41(35.7)	0.364	0.634
≥ 3200 gram	21(18.3)	39(33.9)		
Total	35(30.4)	80(69.6)		

a. Hubungan umur terhadap status gizi anak

Tabel 5.3.11 memperlihatkan presentase anak dengan usia 13-24 bulan dengan status gizi kurus 9.2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.619$ ($p > 0.05$) maka dapat disimpulkan tidak di temukan hubungan yang bermakna secara statistik antara umur anak dengan status gizi menurut indeks BB/PB.

b. Hubungan jenis kelamin terhadap status gizi anak

Hasil analisis pada variabel jenis kelamin menunjukkan presentase anak perempuan dengan status gizi kurus sebesar 16.2%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.775$ ($p > 0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak ditemukan hubungan bermakna secara statistik antara jenis kelamin dengan status gizi anak menurut indeks BB/PB.

c. Hubungan berat badan lahir terhadap status gizi anak

Hasil analisis pada variabel berat lahir menunjukkan presentase anak yang berada dalam kondisi status gizi kurus dengan berat lahir < 3200 sebesar 12.2%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p= 0.364$ ($p > 0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak ditemukan hubungan yang bermakna secara statistik antara berat badan lahir anak dengan status gizi menurut indeks BB/PB.

5.3.2 Hubungan Karakteristik Keluarga terhadap Status Gizi Anak

Tabel 5.12
Hubungan Karakteristik Keluarga terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan
di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Karakteristik Ibu	Status Gizi		P Value	OR(CI 95%)
	Kurus (%)	Normal (%)		
Jumlah Balita				
>1	14(10.8)	4(3.1)		
1	24(18.5)	88(67.7)	0.000	12.833
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Jumlah Anggota Keluarga				
Besar	23 (17.7)	33(25.4)		
Kecil	15(11.5)	59(45.4)	0.017	2.741
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Penghasilan				
Kurang	31(23.8)	49(37.7)		
Cukup	7(5.4)	43(33.1)	0.005	3.886
Total	38(29.2)	92(70.8)		

a. Hubungan jumlah balita dalam keluarga terhadap status gizi anak

Presentase anak dengan status gizi kurus pada keluarga dengan jumlah balita >1 orang adalah 10.8%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.000$ ($p<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ditemukan hubungan yang bermakna secara statistik antara jumlah balita dengan status gizi anak. Dengan nilai *Odds Ratio* (OR)=12.833 ini berarti anak yang tumbuh dalam keluarga dengan jumlah balita >1 orang mempunyai kecenderungan sebesar 13 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak dari keluarga dengan jumlah balita 1 orang.

b. Hubungan jumlah anggota keluarga terhadap status gizi anak

Presentase anak dengan status gizi kurus pada keluarga besar adalah 17.7%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.017$ ($p<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan bermakna secara statistik antara jumlah anggota keluarga dengan status gizi anak. Dengan nilai OR=2.741 hal ini berarti anak dengan jumlah anggota keluarga besar (> 4 orang) mempunyai kecenderungan sebesar 3 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak dari keluarga kecil (anggota keluarga ≤ 4 orang).

c. Hubungan penghasilan terhadap status gizi anak

Presentase anak dengan status gizi kurus pada keluarga dengan penghasilan kurang adalah 23.8%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.005$ ($p<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan bermakna secara statistik antara jumlah penghasilan dengan status gizi anak. Dengan nilai $OR=3.886$ maka anak dengan penghasilan keluarga yang kurang mempunyai kecenderungan sebesar 4 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak dari keluarga dengan penghasilan cukup.

5.3.3 Hubungan Penyakit Infeksi terhadap Status Gizi Anak

Tabel 5.13
Hubungan Penyakit Infeksi terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan
di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Penyakit Infeksi	Status Gizi		P Value	OR (CI 95%)
	Kurus (%)	Normal (%)		
Pernah	31(23.8)	51(39.2)	0.009	3.560
Tidak Pernah	7(5.4)	41(31.5)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		

Presentase anak dengan status gizi kurus pada anak dengan riwayat penyakit infeksi adalah 23.8%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.009$ ($p<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan bermakna secara statistik antara penyakit infeksi dengan status gizi anak. Dengan nilai $OR= 3.560$ maka anak dengan riwayat penyakit infeksi mempunyai kecenderungan sebesar 4 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak yang tidak mempunyai riwayat penyakit infeksi.

5.3.4 Hubungan Pola Asuh terhadap Status Gizi Anak

Tabel 5.14
Hubungan Pola Asuh Anak terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan
di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Pola Asuh	Status Gizi		P Value	OR (CI 95%)
	Kurus (%)	Normal (%)		
Pola Asuh Gizi			0.012	2.944
Kurang	26(20)	39(30)		
Cukup	12(9.2)	53(40.8)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		

Pola Asuh	Status Gizi		P Value	OR (CI 95%)
	Kurus (%)	Normal (%)		
Pemberian ASI Eksklusif				
ASI Tidak Eksklusif	24(18.5)	34(26.2)	0.011	2.924
ASI Eksklusif	14(10.8)	58(44.6)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		

Presentase anak dengan status gizi kurus pada anak dengan pola asuh kurang adalah 20%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.012$ ($P<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan bermakna antara pola asuh dengan status gizi anak. Dengan nilai $OR=2.944$ maka anak dengan pola asuh kurang baik mempunyai peluang 3 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak yang diberikan pola asuh yang cukup.

Presentase anak dengan status gizi kurus pada anak dengan pemberian ASI yang tidak eksklusif adalah 18.5%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.011$ ($P<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan bermakna secara statistik antara pemberian ASI eksklusif dengan status gizi anak. Dengan nilai $OR=2.924$ maka anak dengan pemberian ASI yang tidak eksklusif mempunyai kecenderungan sebesar 3 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak yang diberikan ASI secara eksklusif.

5.3.5 Hubungan Asupan Energi dan Protein berdasarkan Angka Kecukupan Gizi terhadap Status Gizi Anak

Tabel 5.15
Hubungan Asupan Energi dan Protein terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Asupan Energi dan Protein	Status Gizi		P Value	OR (CI 95%)
	Kurus (%)	Normal (%)		
Angka kecukupan Energi				
< 70% AKG	27(20.8)	34(26.2)	0.001	4.187
≥ 70% AKG	11(8.5)	58(44.6)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Angka kecukupan Protein				
< 70% AKG	26(20)	18(13.8)	0.000	8.907
≥ 70% AKG	12(9.2)	74(56.9)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		

a. Hubungan antara Angka Kecukupan Energi dengan Status Gizi Anak

Hasil analisis pada variabel asupan energi menunjukkan presentase anak dengan status gizi kurus pada anak dengan asupan energi < 70% AKG adalah 20.8%. Pada hasil uji statistic diperoleh nilai $p=0.001$ ($P<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan bermakna secara statistik antara asupan energi dengan status gizi anak. Dari nilai $OR=4.187$ dapat disimpulkan bahwa anak dengan asupan energi <70% AKG mempunyai kecendrungan untuk menjadi status gizi kurus 4 kali lebih besar dibandingkan anak yang dengan asupan energi $\geq 70\%$ AKG.

b. Hubungan antara Angka Kecukupan Protein dengan Status Gizi Anak

Hasil analisis pada variabel asupan protein menunjukkan presentase anak dengan status gizi kurus pada anak dengan asupan protein < 70% AKG adalah 20%. Pada hasil uji statistic diperoleh nilai $p=0.000$ ($P<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan bermakna secara statistik antara asupan protein dengan status gizi anak. Dari nilai $OR= 8.907$ dapat disimpulkan bahwa anak dengan asupan <70% AKG mempunyai kecendrungan untuk menjadi status gizi kurus 10 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang asupan proteinnya $\geq 70\%$ AKG.

5.3.6 Hubungan Sanitasi Dasar terhadap Status Gizi Anak

Tabel 5.16
Hubungan Sanitasi Dasar terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan
di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Sanitasi Dasar	Status Gizi		P Value	OR (CI 95%)
	Kurus (%)	Normal (%)		
Kurang	21(16.2)	28(21.5)	0.014	2.824
Baik	17(31.1)	64(49.2)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		

Presentase anak dengan status gizi kurus pada anak dengan sanitasi dasar yang kurang adalah 16.2%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.014$ ($P<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan bermakna secara statistik antara sanitasi dasar dengan status gizi anak. Dengan nilai $OR=2.824$ maka anak dengan sanitasi dasar yang kurang mempunyai kecendrungan sebesar 3 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak dengan sanitasi dasar yang baik.

5.3.7 Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan terhadap Status Gizi Anak

Tabel 5.17
Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan terhadap Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan
di Kecamatan Beruntung Baru Tahun 2012

Akses Pelayanan Kesehatan	Status Gizi		P Value	OR(CI 95%)
	Kurus(%)	Normal (%)		
Kurang	23(17.7)	28(21.5)	0.003	3.505
Cukup	15(11.5)	64(49.2)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		

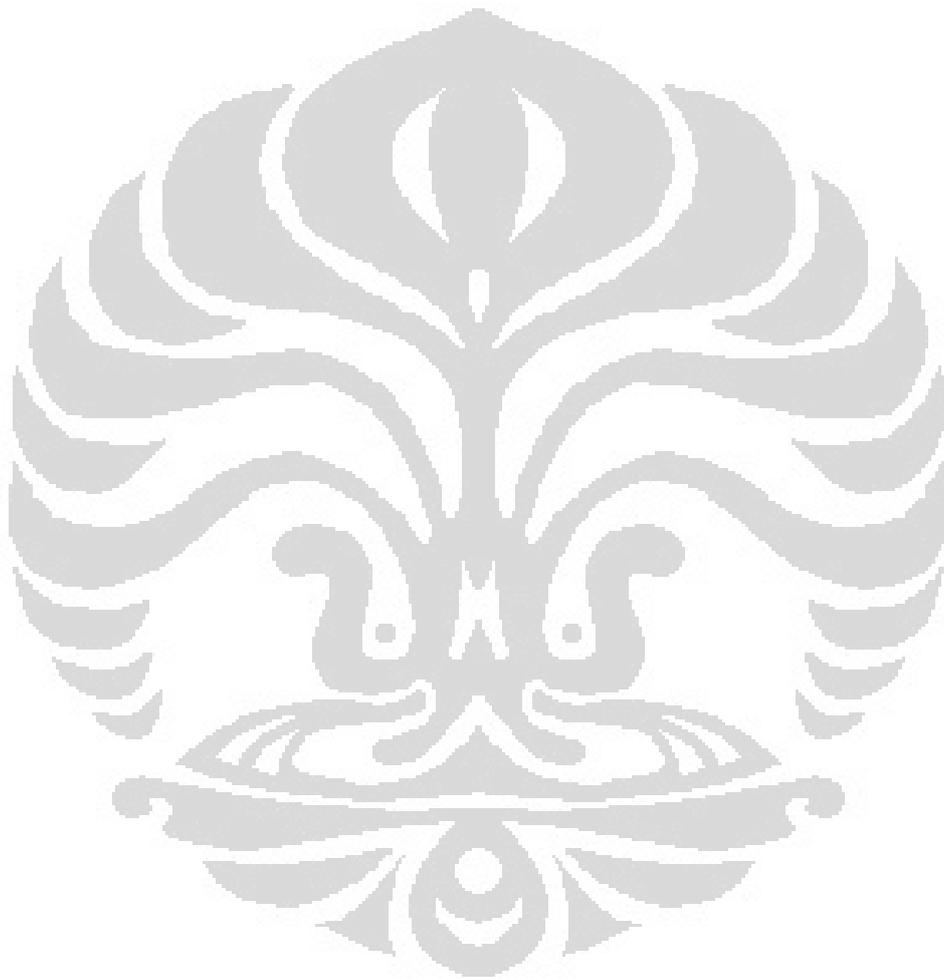
Presentase anak dengan status gizi kurus pada anak dengan akses pelayanan kesehatan yang kurang adalah 17.7%. Pada hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.003$ ($p<0.05$) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan bermakna secara statistik antara akses pelayanan kesehatan dengan status gizi anak. Dengan nilai $OR=3.505$ maka anak dengan akses pelayanan kesehatan yang kurang mempunyai kecenderungan 4 kali lebih besar untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak dengan akses pelayanan kesehatan yang cukup.

Tabel 5.18
Hubungan Karakteristik Anak, Karakteristik Keluarga, Penyakit Infeksi, Pola Asuh, Asupan Energi dan Protein, Sanitasi Dasar serta Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Variabel	Status Gizi		P Value	OR (CI 95%)
	Kurus (%)	Normal (%)		
Karakteristik Anak				
Umur				
13-24 bulan	12(9.2)	35(26.9)	0.619	0.752
6-12 bulan	26(20)	57(43.8)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Jenis Kelamin				
Perempuan	21(16.2)	45(34.6)	0.641	0.775
Laki-laki	17(13.1)	47(36.2)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Berat Badan Lahir				
< 3200 gram	14(12.2)	41(35.7)	0.364	0.634
≥ 3200 gram	21(18.3)	39(33.9)		
Total	35(30.4)	80(69.6)		

Variabel	Status Gizi		P Value	OR (CI 95%)
	Kurus (%)	Normal (%)		
Karakteristik Keluarga				
Jumlah Balita				
>1	14(10.8)	4(3.1)	0.000	12.833
1	24(18.5)	88(67.7)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Jumlah Anggota Keluarga				
Besar	23 (17.7)	33(25.4)	0.017	2.741
Kecil	15(11.5)	59(45.4)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Penghasilan				
Kurang	31(23.8)	49(37.7)	0.005	3.886
Cukup	7(5.4)	43(33.1)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Penyakit Infeksi				
Pernah	31(23.8)	51(39.2)	0.009	3.560
Tidak Pernah	7(5.4)	41(31.5)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Pola Asuh				
Pola Asuh Gizi				
Kurang	26(20)	39(30)	0.012	2.944
Cukup	12(9.2)	53(40.8)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Pemberian ASI eksklusif				
ASI tidak eksklusif	24(18.5)	34(26.2)	0.011	2.924
ASI eksklusif	14(10.8)	58(44.6)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Asupan Energi dan Protein				
Asupan Energi				
< 70% AKG	27(20.8)	34(26.2)	0.001	4.187
≥70% AKG	11(8.5)	58(44.6)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Asupan Protein				
< 70% AKG	26(20)	18(13.8)	0.000	8.907
≥70% AKG	12(9.2)	74(56.9)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		
Sanitasi Dasar				
Kurang	21(16.2)	28(21.5)	0.014	2.824
Baik	17(31.1)	64(49.2)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		

Variabel	Status Gizi		P Value	OR (CI 95%)
	Kurus(%)	Normal(%)		
Akses Pelayanan Kesehatan				
Kurang	23(17.7)	28(21.5)	0.003	3.505
Cukup	15(11.5)	64(49.2)		
Total	38(29.2)	92(70.8)		



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Desain yang digunakan pada penelitian ini menggunakan rancangan *Cross Sectional*, sehingga variabel yang diteliti baik variabel independen maupun independen diobservasi secara bersamaan dan satu kali saja (Praktiknya, 2008). Hal ini menyebabkan penelitian ini tidak dapat menjelaskan urutan waktu terjadinya keadaan kurang gizi. Kendala yang dihadapi pada saat pengumpulan data berupa pengukuran panjang badan anak dimana anak yang menjadi responden menolak untuk diukur dan menangis serta memberontak sehingga waktu yang dibutuhkan untuk mengukur panjang badan anak cukup lama. Tidak sedikit orang tua yang keberatan disebabkan hal tersebut sehingga diperlukan tambahan waktu untuk menjelaskan kepada orang tua manfaat dari pengukuran panjang badan anak. Kerjasama dari orang tua pada saat pengukuran sangat penting pada saat ini.

Dalam wawancara untuk mengetahui asupan energi dan protein dengan menggunakan lembar *recall* 24 jam. Kendala yang dihadapi adalah diperlukan waktu yang cukup lama untuk melakukan wawancara pada setiap responden serta terkadang ada responden yang kurang memahami maksud dari pertanyaan yang diajukan sehingga jumlah konsumsi makanan yang disebutkan berupa makanan yang dimakan oleh seluruh keluarga dan lupa ukuran/porsi makanan yang diberikan pada anak. Dalam mengatasi kendala ini peneliti melakukan wawancara dengan menggunakan bahasa daerah setempat serta berusaha membantu responden mengingat dengan teknik *Probing*. Keterbatasan dari penelitian ini adalah pengukuran konsumsi makanan yang hanya dilakukan satu kali (1x24 jam) saja serta adanya *The Flat Slope Syndrome* dimana asupan yang sedikit menjadi tinggi (*Over Reporting*) dan asupan yang tinggi menjadi rendah (*Under Reporting*) sehingga data yang diperoleh kurang representatif untuk menggambarkan asupan energi dan protein.

6.2 Status Gizi

Seringkali dijumpai anak yang mempunyai berat badan rendah bila dilihat dari umurnya karena anak itu kurus (*Wasted*) atau karena anak itu pendek (*Stunted*) atau karena kedua-duanya. Anak yang ukuran badannya pendek dapat memiliki berat badan yang normal menurut tinggi badannya. Anak seperti itu mungkin badannya termasuk sehat walaupun pendek. Sangat penting membedakan antara anak kurus dan anak pendek. Anak yang kurus yang mengalami keadaan kurang gizi akut akan mudah terkena sakit (*at risk*). Anak demikian perlu memperoleh perhatian serius. Cara paling baik untuk mengidentifikasi anak yang kurus adalah mengukur berat dan tinggi badannya (Suhardjo,1989).

Indikator status gizi berat badan menurut panjang badan merupakan salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk yaitu anak yang sangat kurus dengan nilai Z-Score <-3 SD. Hasil penelitian yang dilakukan di Kecamatan Beruntung Baru menunjukkan bahwa prevalensi anak usia 6-24 bulan dengan status gizi kurus (*wasted*) mencapai 28%. Berdasarkan hasil penelitian tersebut proporsi anak usia 6-24 bulan dengan status gizi kurus di Kecamatan Beruntung Baru berada diatas *cut off point* atau diatas batas masalah gizi yang menjadi masalah kesehatan masyarakat keadaan ini harus di tangani dengan segera karena apabila keadaan ini terus berlanjut anak yang berada dalam status gizi kurus berpotensi untuk mengalami status gizi sangat kurus.

Dari hasil penelitian ditemukan 1 orang status gizi sangat kurus yang memerlukan perawatan menggunakan manajemen gizi buruk. Pada penelitian ini juga ditemukan 3 orang anak dengan status gizi gemuk yang juga harus dipantau agar tidak menjadi anak yang obesitas. Keadaan ini menunjukkan masalah gizi lebih juga sudah terdapat dipedesaan dan menunjukkan masalah gizi ganda yang di alami Indonesia.

6.3 Usia

Menurut Apriadji (1998), umur merupakan faktor gizi internal yang menentukan kebutuhan gizi, sehingga umur berkaitan erat dengan status gizi balita. Usia balita merupakan usia yang paling rawan karena pada masa ini anak

mudah terkena penyakit dan mudah terjadi kurang gizi. Disamping itu masa balita merupakan dasar pembentukan kepribadian anak sehingga memerlukan perhatian khusus (Soetjningsih, 1998). Kwashiorkor lebih banyak menyerang bayi dan balita pada usia enam bulan sampai tiga tahun. Usia paling rawan yang mengalami kwashiorkor adalah usia dua tahun (Adisasmito, 2007).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa berdasarkan proporsi anak dengan status gizi kurus lebih besar pada anak usia 13-24 bulan. Hasil analisa tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara umur anak dengan status gizi anak. Hal ini kemungkinan disebabkan karena penelitian ini dilakukan di daerah pedesaan dimana anak usia 6-24 yang menjadi subyek penelitian sebagian besar masih mendapatkan ASI dari ibunya meskipun tidak eksklusif. Pemberian ASI yang tidak eksklusif disebabkan adanya makanan prelaktal yang diberikan sesuai kepercayaan yang ada dimasyarakat berupa air zam-zam, madu dan kurma.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Angraini (2003) dimana prevalensi balita kurus lebih banyak pada balita umur ≤ 24 bulan dibandingkan kelompok umur lainnya dan tidak ditemukan hubungan antara umur dengan status gizi balita. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Iswiyani (2004) yang dilakukan di Pulau Lombok dimana di temukan ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia anak dengan status gizi yaitu semakin tua anak maka proporsi status gizi baik atau normal semakin berkurang.

6.4 Jenis Kelamin

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa proporsi anak dengan status gizi tidak normal lebih banyak pada anak perempuan. Khumaidi (1989) menyebutkan bahwa anak laki-laki biasanya mendapatkan prioritas yang lebih tinggi dalam hal makanan dibandingkan anak perempuan. Dari Penelitian yang dilakukan di Bangladesh dan Aman, Jordania pada tahun 1964 diperoleh data bahwa kekurangan gizi banyak terdapat pada anak-anak perempuan dibandingkan anak laki-laki. Anak-anak laki-laki mendapat prioritas yang lebih tinggi daripada anak-anak perempuan.

Dari hasil uji analisis tidak ditemukan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara status gizi anak dengan jenis kelaminnya. Hal ini

kemungkinan disebabkan jumlah anak dengan jenis kelamin dan laki-laki pada penelitian ini hampir berimbang dan merupakan anak pertama di keluarga yang menjadi responden dimana anak pertama memancing reaksi istimewa hampir disegala kebudayaan tanpa memperhatikan jenis kelaminnya, dan satu-satunya anak perempuan dalam suatu keluarga mempunyai kemungkinan diskriminasi yang positif dari orangtuanya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Anggraini (2003) tetapi tidak sejalan dengan penelitian Iswiyani (2004) dimana ditemukan kasus gizi buruk lebih banyak terjadi pada anak laki-laki bila dibandingkan anak perempuan begitu pula dengan penelitian Oktaviyanti (2007) dimana berdasarkan indikator BB/TB anak dengan status gizi kurus lebih banyak ditemukan pada anak dengan jenis kelamin laki-laki.

6.5 Berat Badan Lahir

Pertumbuhan anak di masa depan sangat dipengaruhi oleh berat badan lahir anak saat lahir. Anak dengan status gizi yang kurang memiliki berat badan lahir yang rendah pula yaitu sekitar 400-500 gram lebih kecil dari anak dengan keadaan gizi yang sedang atau baik (Jus'at dkk, 2000). Bayi dengan berat badan lahir yang rendah (BBLR) mempunyai kecenderungan lebih mudah menderita penyakit infeksi dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan lahir normal. Kejadian BBLR berkaitan erat dengan kesakitan dan kematian bayi serta memberikan pengaruh buruk bagi keadaan gizi bayi pada usia selanjutnya (Moehji, 1998).

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

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi anak yang mengalami status gizi kurus lebih banyak pada anak dengan berat badan lahir ≥ 3200 gram atau normal. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Anggraini (2003) dimana jumlah balita yang kurus lebih banyak pada balita dengan BBL < 2500 gram. Uji analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara berat badan lahir dengan status gizi anak. Hal ini kemungkinan

disebabkan karena dalam penelitian ini jumlah anak yang lahir dengan berat badan lahir rendah <2500 gram hanya 4 orang.

6.6 Jumlah Balita dalam Keluarga

Jumlah kelahiran yang tinggi sangat berhubungan dengan keadaan kurang gizi. Dari seluruh anggota keluarga miskin anak yang paling kecil adalah anggota keluarga yang paling rawan untuk tumbuh dalam keadaan kurang gizi. Bertambahnya jumlah anggota keluarga maka jatah pangan untuk untuk setiap anak akan berkurang dan banyak orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda memerlukan pangan relative lebih banyak dibandingkan anak-anak yang lebih tua (Suhardjo, 2003).

Jumlah balita yang banyak dalam keluarga akan mempengaruhi jumlah makanan yang tersedia bagi setiap anak, lama waktu durasi menyusui dan juga jumlah perawatan yang diberikan oleh ibu (Jellife,1985). Pada keluarga dengan jumlah balita yang banyak dapat terlihat pada kurva pertumbuhan anak yang mendatar. Hal ini disebabkan adanya kehadiran bayi yang lain sehingga menimbulkan konsekuensi psikis dan yang lainnya, seperti kurangnya perhatian pada anak sebelumnya (Jellife, 1985).

Jarak kelahiran yang terlalu dekat menyebabkan sebuah keluarga mempunyai balita lebih dari 1 dalam suatu waktu dapat menyebabkan kurangnya jatah makanan yang didapatkan oleh balita, persaingan dan kebisingan yang susah dikendalikan antar anak dalam memperebutkan sesuatu dan sebagainya. Akhirnya orang-orang yang dihasilkan dalam keluarga yang demikian ini lebih banyak yang kurus, mempunyai daya pikir yang lemah, kurang gairah, dan mudah terserang penyakit (Berg, 1986).

Hasil penelitian menunjukkan jumlah bayi dengan gizi kurus lebih banyak pada keluarga dengan jumlah balita 1 orang. Hal ini kemungkinan disebabkan jumlah keluarga dengan 1 anak balita lebih banyak dibandingkan keluarga dengan jumlah anak balita >1 orang. Menurut asumsi peneliti hal ini disebabkan keluarga yang menjadi sampel penelitian merupakan keluarga muda dan menjadi akseptor KB. Uji Bivariat menunjukkan ada hubungan yang bermakna secara statistik antara jumlah balita dengan status gizi anak. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Iswiyani (2004).

6.7 Jumlah Anggota Keluarga

Keluarga miskin dengan anggota keluarga yang lebih sedikit akan lebih mudah memenuhi kebutuhan pangan anggota keluarganya (Suhardjo, 2003). Jumlah keluarga yang besar akan mempengaruhi distribusi makanan untuk setiap keluarga terutama pada keluarga miskin. Pada study yang dilakukan di Nigeria melaporkan bahwa kejadian Kwashiokor meninggi pada keluarga dengan jumlah anak 7 atau lebih (Pudjiadi, 1997).

Hasil penelitian menunjukkan proporsi anak dengan status gizi kurus lebih besar pada anak dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 4 orang (keluarga besar). Sedangkan uji bivariat menunjukkan ada hubungan antara besar keluarga dengan status gizi anak. Anak yang hidup dalam keluarga besar mempunyai peluang 3 kali lebih besar untuk berada dalam status gizi kurus dibandingkan anak yang tinggal dalam keluarga kecil. Hasil penelitian sejalan dengan Hidayati (2011) tetapi tidak sejalan dengan penelitian Iswiyani (2004).

6.8 Jumlah Penghasilan

Untuk memenuhi kebutuhan hidupnya manusia dibatasi oleh sumber daya yang dimilikinya. Sumber daya yang terbatas akan mempengaruhi prioritas alokasi penghasilan keluarga. Masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi (daya beli) yang rendah seringkali memiliki ketidakmampuan untuk mencukupi kebutuhan zat gizi pada tingkat keluarga. Penghasilan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, hal ini disebabkan karena orang tua dapat memenuhi semua kebutuhan zat gizi pada tingkat keluarga (Soetjningsih, 1998).

Keluarga dengan penghasilan yang rendah tidak dapat memenuhi kebutuhan makanannya sesuai keperluan tubuh. Penghasilan yang rendah menyebabkan ketidakmampuan keluarga untuk memilih bahan pangan dan berkurangnya keanekaragaman bahan pangan. Masih menjadi perdebatan apakah terbatasnya penghasilan keluarga yang membatasi kesanggupan keluarga dalam hal membeli bahan pangan ataukah karena tidak mengkonsumsi makanan yang bergizi yang mengakibatkan individu tidak memiliki gairah dalam bekerja sehingga penghasilan menjadi rendah. Pernyataan tersebut merupakan mata rantai masalah gizi yang saling berkaitan (Apriadi, 1986).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi anak dengan status gizi kurus lebih besar pada keluarga dengan tingkat penghasilan yang rendah. Uji Bivariat menunjukkan adanya hubungan antara tingkat penghasilan dengan status gizi anak. Dimana anak yang berasal dari keluarga dengan penghasilan kurang mempunyai peluang 4 kali lebih besar untuk berada dalam status gizi kurus dibandingkan anak dengan dari keluarga dengan penghasilan cukup. Hasil penelitian ini sejalan dengan Hidayati (2011) tetapi tidak sejalan dengan penelitian Feddelia (2006).

6.9 Penyakit Infeksi

Penyebab utama kematian pada anak usia dibawah 5 tahun adalah penyakit infeksi. Rendahnya daya tahan tubuh akibat gizi buruk sangat memudahkan dan mempercepat berkembangnya bibit penyakit dalam tubuh. Antara gizi buruk dan penyakit infeksi sesungguhnya terdapat hubungan timbal balik yang sangat erat, sehingga sering dijumpai kesulitan untuk mengidentifikasi mana dari kedua keadaan itu yang datang lebih dahulu (Moehji, 2003).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak yang mempunyai riwayat penyakit infeksi lebih banyak memiliki status gizi kurus. Uji Bivariat menunjukkan ada hubungan bermakna antara penyakit infeksi dengan status gizi anak dimana anak dengan riwayat penyakit infeksi mempunyai peluang 4 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak yang tidak mempunyai riwayat penyakit infeksi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Iswiyani (2004) tetapi tidak sejalan dengan penelitian Hinely (2004).

6.10 Pola Asuh

Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan terhadap anak agar dapat bertumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola pengasuhan anak berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal kedekatannya dengan anak, memberikan makan, merawat, kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya. Seluruhnya berhubungan dengan keadaan dalam hal kesehatan (fisik dan mental), status gizi, pendidikan umum, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak yang baik, peran dalam keluarga atau di masyarakat, sifat pekerjaan sehari-hari, dapat kebiasaan keluarga

dan masyarakat, dan sebagainya dari si ibu atau pengasuh anak (Adisasmito, 2007).

Air susu ibu (ASI) adalah makanan bayi utama yang seharusnya tersedia di setiap keluarga yang mempunyai bayi. Makanan ini seharusnya dapat dihasilkan oleh keluarga tersebut sehingga tidak perlu dibeli. Namun, tidak semua keluarga dapat memberikan ASI kepada bayinya karena berbagai masalah yang dialami ibu. Akibatnya, bayi tidak diberikan ASI dalam jumlah tidak cukup sehingga harus diberikan makanan tambahan pendamping ASI (MP-ASI). Masalah ini ditimbulkan oleh berbagai faktor, misalnya kurangnya pengetahuan dan atau kemampuan, serta MP-ASI yang diberikan tidak memenuhi persyaratan (Adisasmito, 2007).

Proporsi anak dengan status gizi kurus lebih banyak pada anak dengan pola asuh kurang. Pada hasil uji statistik diperoleh ada hubungan bermakna antara pola asuh dengan status gizi anak dimana anak dengan pola asuh kurang baik mempunyai peluang 3 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak dengan pola asuh yang cukup. Penelitian ini sejalan dengan Agustina (2004).

Pada hasil uji statistik diperoleh ada hubungan bermakna antara pemberian ASI dengan status gizi anak dimana anak dengan pemberian ASI yang tidak eksklusif mempunyai peluang 3 kali untuk mengalami status gizi kurus dibandingkan anak yang diberikan ASI secara eksklusif. Hasil penelitian ini sejalan dengan Agustina (2004) namun penelitian ini tidak sejalan dengan Feddelia (2006) dimana proporsi balita dengan gizi kurang dan buruk lebih tinggi pada balita yang mendapatkan ASI eksklusif serta tidak ditemukan hubungan bermakna antara status gizi anak dengan pemberian ASI eksklusif.

6.11 Asupan Energi dan Protein

Anak-anak yang sedang tumbuh kembang adalah kelompok yang paling rawan terhadap kekurangan energi dan protein. Kerawanan ini disebabkan karena kemampuan saluran pencernaan anak yang tidak sesuai dengan jumlah volume makanan yang mempunyai kandungan gizi yang dibutuhkan, kebutuhan zat gizi anak persatuan berat badan lebih besar. Rasa ingin tahu anak yang tinggi akan lingkungan sekitarnya memperbesar kemungkinan terkena penyakit infeksi sehingga serangan infeksi yang berulang kali dalam tempo yang pendek akan

mempengaruhi tumbuh kembang dan awal timbulnya masalah gizi kurang. Meskipun anak mempunyai nilai tertentu dalam keluarga akan tetapi dalam hal penyajian makanan anggota keluarga yang mempunyai nilai produktif akan mendapatkan pilihan yang terbaik (Kardjati dkk, 1985).

Hasil penelitian menunjukkan proporsi anak dengan status gizi kurus lebih besar pada anak dengan asupan energi dan protein yang kurang. Uji bivariat menunjukkan ada hubungan antara asupan energi dan protein terhadap status gizi anak. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Feddelia (2006) tetapi tidak sejalan dengan penelitian Agustina (2004) yang menyatakan tidak ada hubungan antara asupan energi dan protein terhadap status gizi anak.

6.12 Sanitasi Dasar

Kebersihan bukan faktor yang langsung berpengaruh terhadap status gizi seseorang, tetapi cukup besar perannya. Jumlah makanan yang dicukupi dengan kandungan gizi yang baik sekalipun tidak akan memperbaiki status gizi seseorang jika orang tersebut menderita infeksi parasit dari luar tubuh. Sanitasi lingkungan yang buruk seperti air minum yang tidak bersih, tidak adanya saluran pembuangan air limbah, tidak menggunakan kloset dengan baik, juga kepadatan penduduk yang tinggi dapat menyebabkan penyebaran kuman penyakit (Apriadi, 1986).

Sistem pembuangan limbah rumah tangga yang tidak baik atau yang tidak sehat akan berimbas pada keadaan gizi anak. (Notoadmojo, 2003). Menurut Soeparman dan Suparmin (2001) dalam Iswiyani (2004) yang menyatakan bahwa pengelolaan pembuangan tinja yang baik bisa mencegah penyebaran penyakit infeksi seperti diare dan juga mencegah pencemaran lingkungan sehingga kemungkinan anak tertular penyakit infeksi semakin kecil yang dengan sendirinya akan mempengaruhi status gizi anak.

Hasil penelitian menunjukkan proporsi anak dengan status gizi kurus lebih banyak pada anak dengan sanitasi dasar yang kurang baik. Uji bivariat menunjukkan adanya hubungan antara status gizi anak dengan sanitasi dasar. Dimana anak yang tinggal di rumah dengan sanitasi dasar yang kurang baik mempunyai peluang 3 kali lebih besar untuk berada dalam status gizi kurus. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Iswiyani (2004) tetapi

tidak sejalan dengan penelitian Hinele (2010) dimana tidak ditemukan hubungan yang bermakna secara statistik antara sanitasi dengan status gizi anak.

6.13 Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Menurut Adisasmito (2007) pelayanan kesehatan merupakan penyebab tidak langsung kurang gizi pada anak. Semakin baik pemanfaatan pelayanan kesehatan semakin baik pula status gizi anak. Menurut UNICEF (2000) dalam Hinele (2010) pelayanan kesehatan seperti imunisasi, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu akan berdampak pada status gizi anak.

Hasil penelitian ini menunjukkan proporsi anak dengan status gizi kurus lebih besar pada anak yang memiliki akses yang kurang terhadap pelayanan kesehatan. Uji bivariat menunjukkan ada hubungan antara akses pelayanan kesehatan dan status gizi anak. Di mana anak dengan akses yang kurang terhadap pelayanan kesehatan berpeluang 4 kali lebih besar untuk mengalami status gizi kurus. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hinele (2010) yang menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan berhubungan dengan status gizi dimana responden yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan cenderung memiliki anak yang berstatus gizi pendek dan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara pemanfaatan pelayanan dengan status gizi berdasarkan TB/U.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari penelitian gambaran status gizi anak usia 6-24 bulan di Kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Berdasarkan indeks BB/PB dari 133 anak yang menjadi sampel dalam penelitian ini, 0.75 anak berada dalam status gizi sangat kurus, 28% kurus 69% normal, 2.25% Gemuk. Proporsi anak dengan status gizi kurus berada di atas *Cut Off Point* atau batas masalah gizi yang menjadi masalah kesehatan.
2. Faktor karakteristik keluarga (jumlah balita dalam keluarga, jumlah anggota keluarga, jumlah penghasilan keluarga) , penyakit infeksi, pola asuh (pola asuh gizi, pemberian ASI eksklusif), asupan energi dan protein, sanitasi dasar serta akses pelayanan kesehatan memiliki hubungan bermakna secara statistik terhadap status gizi anak.
3. Faktor karakteristik anak yang terdiri dari variabel umur, jenis kelamin, berat badan lahir tidak memiliki hubungan yang bermakna secara statistik terhadap status gizi anak.

7.2 Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan

- a. Dalam menanggulangi masalah kesehatan terkait gizi hendaknya melibatkan seluruh sektor terutama sektor pertanian untuk dapat memberikan kontribusi terhadap ketahanan pangan dan keanekaragaman bahan pangan pada tingkat rumah tangga dengan memberikan penyuluhan tentang pemanfaatan lahan dan pekarangan yang ada.

- b. Mengerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat dengan menjadikan seluruh desa di Kabupaten Banjar menjadi Desa Siaga sehingga bebas dari masalah rawan gizi.
- c. Meningkatkan Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan gizi yang berkualitas.
- d. Meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan informasi kesehatan dengan terus menerus melakukan pemantauan tumbuh kembang balita dan sistem pelaporannya.

2. Bagi Puskesmas

- a. Diperlukan peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga baik melalui penyuluhan dan konseling sehingga ibu mengetahui pentingnya makanan yang bergizi, pemberian ASI eksklusif dan waktu pemberian MP-ASI yang tepat.
- b. Pentingnya melaksanakan deteksi dini tumbuh kembang baik oleh petugas kesehatan serta para kader kesehatan posyandu dengan menggunakan alat antropometri yang sesuai. Petugas dan kader harus mencurigai status kesehatan seorang anak yang dalam 2 bulan berturut-turut berat badannya tidak naik.
- c. Meningkatkan peran serta seluruh lapisan masyarakat untuk membentuk dan membina kelompok pendukung ASI dan MP-ASI

3. Bagi Peneliti Lain

- a. Dapat melakukan penelitian yang sama di Kecamatan lain di Kabupaten Banjar dengan melihat variabel yang sama sehingga dapat menggambarkan Kabupaten Banjar secara keseluruhan.
- b. Melakukan penelitian di daerah yang sama dengan melihat variabel lain yang berhubungan dengan penelitian atau melakukan penelitian dengan variabel yang sama tetapi melakukan survey konsumsi dengan *recall* 24 jam lebih dari

satu kali atau menggunakan metode lainnya misalnya FFQ (*Food Frequency Questionnaire*).

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. 2007. *Sistem Kesehatan*. Jakarta. PT Raja Grafindo Persada.
- Agustina, Rita. 2004. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Pada Balita di Wilayah Puskesmas Kelurahan Pulau Kelapa Kabupaten Pulau Seribu Provinsi DKI Jakarta*. Depok. Skripsi FKM UI.
- Almatsier, Sunita. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta. Gramedia Pustaka Utama.
- Almatsier, Sunita dkk. 2011. *Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan*. Gramedia Jakarta. Pustaka Utama.
- Anggraini, Hayu K. 2003. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita di Kabupaten Rembang dan Wonosobo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2002. (Analisis data sekunder evaluasi Program Revitalisasi posyandu" UNICEF dan PPLK-UI 2002)*. Depok. Skripsi FKM UI.
- Apriadi, W.H. (1986). *Gizi Keluarga*. Jakarta. Penebar Swadaya.
- Azwar, Azrul. 2004. *Aspek Kesehatan Dan Gizi Dalam Ketahanan Pangan*. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII. Jakarta. LIPI.
- Badan Pusat Statistik. 2001. *Statistik Indonesia 2000 : Statistical Year Book Of Indonesia*. Jakarta. BPS.
- Bappenas. 2008. *Program Nasional Bagi Anak Indonesia Kelompok Kesehatan*. <http://www.bappenas.go.id/node/64/101/program-nasional-bagi-anak-indonesia-pnba-2015> di unduh tanggal 6-Oktober-2011 jam 14.56 WIB
- Beck, Mary.E. 2011. *Ilmu Gizi Dan Diet; Hubungannya dengan penyakit-penyakit untuk perawat dan dokter*. Yogyakarta. Penerbit ANDI.
- Berg, Alan. 1986. *Peranan Gizi Dalam Pembangunan Nasional*. Jakarta. CV. Rajawali.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan. 2010. *Hasil Kinerja Program Perbaikan Gizi Periode Januari-Juni*. Martapura.
- Depkes RI. 2005. *Standar Pemantauan Pertumbuhan BALITA*. Jakarta. Direktorat Gizi Masyarakat.

- Depkes RI.2006.*Ibu Sehat, Bayi Sehat*. Jakarta. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Direktorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI.2007. *Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*.Jakarta.
- Depkes RI.2011.*Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*.Direktorat Bina Gizi .Jakarta
- Depkes.2011.*CFC Penatalaksanaan Gizi Buruk Di Masyarakat*
<http://www.gizikia.depkes.go.id/archives/816> di unduh 20-Maret-2012
- Feddedia, Ellan.2006.*Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita (1-5 Tahun) di Lingkungan Pemulung Ciputat–Banten*. Depok.Skripsi FKM UI
- Fitria, Laila dkk.2011. *Aplikasi Komunikasi Efektif Dalam Bidang Kesehatan Lingkungan* . Modul Komunikasi Efektif. FKM UI.Depok.
- _____ Hasil riset Kesehatan Dasar. Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2007
[www.dostoc.com/docs/22268742/...Dasar-\(RISKESDAS\)-Provinsi-Kalimantan](http://www.dostoc.com/docs/22268742/...Dasar-(RISKESDAS)-Provinsi-Kalimantan), di unduh tanggal 4 oktober-2011 jam 08.30 WIB.
- Hadi, Imam.2005. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Neglasari dan Kedaung Wetan tahun 2005*.Depok.Skripsi FKM UI.
- Hardinsyah dan Tambunan, Victor.2004.*Anggka Kecukupan Energi, Protein, Lemak dan Serat Makanan*. Widya Karya Pangan dan Gizi VII.LIPI.Jakarta.
- Hidayati, Kusnul.2011.*Karakteristik Ibu, Baduta Dan Keluarga Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta Di Kecamatan Teluk Sampit Kabupaten Kotawaringin Timur Tahun 2011*.Depok. Skripsi FKM UI.
- Hinelo, Evi.2010. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan di Sulawesi Tengah*.Depok.Skripsi FKM UI.
- Iswiyani, Haridah.2004.*Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Umur 6-24 Bulan di Pulau Lombok tahun 2004*.Depok.Skripsi FKM UI.
- Jahari,B.A dkk.2000.*Status Gizi Balita di Indonesia Sebelum dan Selama Krisis (Analisis Data Antropometri SUSENAS 1989 s/d 1999)*.Jakarta.LIPI.

- Jellife, D.B dan Jelliffe , E.F.P.1989. *Community Nutritional Assessment. With special reference to less technically developed Countries*. Oxford University press.Oxford ,New York,Tokyo.
- Jellife, Derrick B.1985. *Children Health In The Tropics.Fifth Edition*. Edward Arnold Publisher.London.
- Jus'at, Idrus, dkk.2000. *Penyimpangan Positif masalah KEP di Jakarta Utara dan Perdesaan Kabupaten Bogor Jawa Barat*.Widya Karya Pangan dan Gizi VII.LIPI.Jakarta.
- Kardjati, Sri dkk.1985. *Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita*.Yayasan Obor Indonesia.Jakarta.
- Khumaidi, M.1989. *Gizi Masyarakat*.Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi, Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi.IPB.Bogor.
- Kunanto, Gatot.1992. *Hubungan Karakteristik Anak dan Keluarga dengan Status Gizi (KKP) Balita Provinsi Maluku dan Irian Jaya (Studi Analisis Data Sekunder)* Tesis.FKM UI.Depok.
- _____Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Nasional 2007 [www.docstoc.com/...Riset-Kesehatan-Dasar-\(RISKESDAS\)-Nasional-2007](http://www.docstoc.com/...Riset-Kesehatan-Dasar-(RISKESDAS)-Nasional-2007) Di unduh tanggal 4-Oktober-2011 jam 08.14 WIB.
- Lameshow, Stanley dkk.1997.*Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*.Gadjah Mada University Press.Yogyakarta.
- Minarto.2010. *Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat (RAPGM) Tahun 2010-2014*.Majalah Warta Kesmas Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Muchtadi.1998.*Petunjuk Laboratorium Evaluasi Nilai Gizi Pangan*.IPB.Bogor
- Notoadmojo.S.2003. *Prinsip-prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta.Jakarta.
- Pane, Agustina R. 2002.*Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita Penerima Vitadele di Provinsi SUMBAR Tahun 2002(Analisa Data Sekunder Evaluasi Program Revitalisasi Posyandu 2002)*. Depok.Skripsi FKM UI.

- Pojda, J dan Kelley, L.2000.Low Birth Weight. Report Of Meeting United Nations Administrative Committee on Cordination Sub-Committee on Nutrition.Dhaka.Bangladesh
- Praktiknya, Watik Ahmad.1993. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. CV Rajawali.Jakarta.
- Pujiadi, Solihin.1997.*Gizi Klinis Anak*.Universitas Indonesia.Jakarta.
- Pudjiadi.2001.*Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Kurang Pada Balita* . Media gizi dan keluarga vol.xxxv Juli 2001.jakarta.
- _____.Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Nasional 2008 www.riskedas.litbang.depkes.go.id/download/TabelRiskedas2010.pdf di unduh tanggal 4-Oktober-2011 jam 12.30 WIB.
- Setiarini,Asih.2011. *Aplikasi Komunikasi Efektif Dalam Bidang Gizi*. Modul Komunikasi Efektif. FKM UI.Depok.
- Siregar, Arifin M.2004.*Pemberian ASI Eksklusif dan Faktor-faktor yang mempengaruhinya*.
- Sitepu, Imanuel dkk.2006. *Faktor penentu Status Gizi Baik Anak Baduta di Keluarga Miskin di Daerah Kerja Puskesmas Sambas, Kabupaten Sambas Kalimantan Barat*. Majalah Kesehatan Perkotaan Volume 13 Desember 2006.Jakarta.
- Soekirman.1991. *Dampak Pembangunan Terhadap Keadaan Gizi Masyarakat*.Gizi Indonesia.Persagi.Jakarta.
- Suharyono.1992.*Esensial Gastroenterologi Anak*.FKUI.Jakarta.
- Suhardjo.1989.*Pemberian Makanan Pada Bayi dan Anak*.IPB.Bogor.
- Stalker,Peter.2008. “Let,s Speak out for MDG’s-ID” www.undp.or.id/pubs/docs/Let%20Speak%20Out%20for%20MDGs%20-%20ID.pdf. di unduh,4-Oktober-2011 jam 08.00 WIB.
- Sukmadewi, Sari.2003.*Faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi Balita di wiayah Puskesmas Bogor tengah kota Bogor tahun 2003*.Depok.Skripsi FKM UI
- Supraptini.2004.*Gambaran Rumah Sehat di Indonesia berdasarkan Analisis data SUSENAS 2001 dan 2004* <http://www.litbang.depkes.go.id/~djunaedi/documentation/350407>

pdf/supraptini.pdf di unduh 4-Oktober-2011, di unduh 4-Oktober-2011 jam 19.20 WIB.

Supariasa, dkk.2002.*Penilaian Status Gizi*.ECG.Jakarta.

Susianto.2008.*Analisa Faktor-Faktor yang berhubungan dengan IMT/U pada Balita Vegetarian Lakto Ovo dan Non Vegetarian di DKI Jakarta Tahun 2008* gizi.depkes.go.id/makalah/download/tesis_Susianto.pdf di unduh tanggal 9-Oktober-2011 jam 07.00 WIB

Torun, Young Rand.1989.*Kebutuhan protein dan energy*.Pradnya Paramita.Jakarta.

Upah Minimum Regional Kalimantan selatan allows.wordpress.com/2009/01/12/informasi-upah-mnimum-regional-umr-salinan di unduh 4-Oktober-2011 jam 19.44 WIB.

Unicef.2006.*Progress for Children: A Report Card on Nutrition (No.4)*. http://www.unicef.org/publications/index_33685.html di unduh 4-Oktober-2011 jam 20.15 WIB

Zeitlin, M.2000. *Gizi Balita di Negara-negara Berkembang; Peran Pola Asuh Anak; Pemanfaatan Hasil Studi Penyimpangan Positif Untuk Program Gizi*.LIPI.Jakarta.

REKAPITULASI DATA PENELITIAN

Nomor Responden	Gizi	Umur (bulan)	Jenis Kelamin	Berat Badan Lahir	Penyakit Infeksi	Pola Asuh Anak	Pemberian ASI	AKG Energi	AKG Protein	Jumlah Anggota Keluarga	Jumlah Balita	Penghasilan	Sanitasi Dasar	Akses Pelayanan Kesehatan
1	Kurus	22	Perempuan	2500	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	< 70%	< 70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
2	Kurus	23	Laki-laki	3200	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	< 70%	< 70%	Besar	1	Kurang	Baik	Cukup
3	Normal	11	Perempuan	3800	Tidak pernah	Kurang	Eksklusif	< 70%	≥ 70%	Besar	1	Cukup	Baik	Kurang
4	Kurus	19	Perempuan	98	Pernah	Kurang	Eksklusif	< 70%	<70%	Besar	1	Kurang	Baik	Kurang
5	Normal	21	Laki-laki	3300	Tidak pernah	Kurang	Eksklusif	< 70%	≥ 70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
6	Normal	20	Laki-laki	98	Pernah	Cukup	Eksklusif	< 70%	≥ 70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Cukup
7	Kurus	9	Laki-laki	3000	Pernah	Kurang	Eksklusif	< 70%	<70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
8	Normal	19	Perempuan	2800	Pernah	Kurang	Eksklusif	< 70%	≥ 70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
9	Kurus	19	Perempuan	3100	Pernah	Kurang	Eksklusif	< 70%	<70%	Besar	1	Cukup	Kurang	Cukup
10	Normal	17	Perempuan	3600	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥ 70%	≥ 70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Kurang
11	Normal	12	Laki-laki	3800	Pernah	Kurang	Eksklusif	< 70%	≥ 70%	Besar	1	Cukup	Kurang	Cukup
12	Kurus	12	Laki-laki	3500	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	< 70%	≥ 70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
13	Kurus	10	Laki-laki	2900	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	< 70%	<70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
14	Normal	20	Laki-laki	3800	Pernah	Kurang	Eksklusif	< 70%	≥ 70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
15	Normal	11	Perempuan	3500	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	< 70%	≥ 70%	Kecil	1	Cukup	Kurang	Kurang
16	Kurus	19	Laki-laki	98	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	< 70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Kurang
17	Kurus	19	Perempuan	3000	Pernah	Cukup	Eksklusif	< 70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
18	Normal	11	Laki-laki	3200	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥ 70%	≥ 70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Kurang
19	Normal	13	Laki-laki	99	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥ 70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
20	Normal	14	Laki-laki	3500	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥ 70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Cukup
21	Normal	15	Laki-laki	2950	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥ 70%	≥ 70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
22	Normal	17	Laki-laki	3000	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	< 70%	≥ 70%	Kecil	2	Kurang	Baik	Cukup
23	Normal	23	Perempuan	3650	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	< 70%	≥ 70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
24	Normal	24	Perempuan	3500	Pernah	Cukup	Eksklusif	< 70%	<70%	Besar	1	Kurang	Baik	Kurang

25	Normal	18	Laki-laki	3000	Pernah	Cukup	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Kurang
26	Normal	18	Perempuan	1800	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Kurang
27	Normal	9	Perempuan	2900	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Cukup
28	Normal	19	Laki-laki	3500	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Cukup
29	Normal	15	Perempuan	2800	Pernah	Cukup	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	2	Cukup	Baik	Cukup
30	Kurus	23	Laki-laki	2900	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
31	Normal	23	Perempuan	3100	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
32	Kurus	8	Perempuan	3500	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
33	Normal	10	Laki-laki	3400	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Baik	Cukup
34	Normal	10	Perempuan	2750	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
35	Normal	12	Perempuan	3500	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
36	Normal	9	Perempuan	3100	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Cukup
37	Normal	20	Laki-laki	2300	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Cukup
38	Normal	9	Perempuan	3200	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
39	Normal	19	Perempuan	3500	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
40	Normal	10	Perempuan	3600	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	<70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Kurang
41	Normal	10	Perempuan	3800	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
42	Normal	9	Laki-laki	3200	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
43	Normal	14	Perempuan	3700	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Cukup
44	Kurus	22	Laki-laki	2600	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Baik	Cukup
45	Normal	17	Laki-laki	3100	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Kurang
46	Normal	21	Laki-laki	98	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
47	Normal	21	Laki-laki	3600	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Besar	1	Cukup	Kurang	Kurang
48	Normal	17	Laki-laki	3500	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Cukup
49	Normal	11	Laki-laki	3800	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Cukup
50	Kurus	22	Laki-laki	2800	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
51	Kurus	24	Perempuan	3300	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	≥70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
52	Kurus	19	Laki-laki	1800	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	<70%	Besar	1	Cukup	Kurang	Cukup

53	Normal	6	Laki-laki	3350	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	2	Kurang	Baik	Cukup
54	Normal	23	Perempuan	3300	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
55	Normal	6	Laki-laki	4400	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
56	Normal	17	Perempuan	4500	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
57	Normal	11	Laki-laki	3500	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
58	Kurus	10	Laki-laki	98	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Kurang
59	Kurus	15	Perempuan	98	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
60	Normal	12	Laki-laki	2700	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
61	Normal	15	Laki-laki	3000	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
62	Normal	24	Perempuan	3200	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
63	Kurus	16	Perempuan	3400	Pernah	Cukup	Tidak eksklusif	<70%	<70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
64	Normal	13	Laki-laki	3600	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
65	Normal	16	Laki-laki	3500	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Baik	Cukup
66	Normal	7	Perempuan	3900	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
67	Normal	19	Perempuan	3200	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	>70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
68	Kurus	20	Perempuan	3200	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
69	Normal	20	Laki-laki	3500	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
70	Kurus	12	Perempuan	4000	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	<70%	Kecil	2	Kurang	Baik	Cukup
71	Kurus	6	Perempuan	2800	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Cukup
72	Normal	24	Laki-laki	3600	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
73	Normal	15	Laki-laki	98	Pernah	Kurang	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Cukup
74	Kurus	24	Laki-laki	98	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	<70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
75	Kurus	6	Perempuan	98	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
76	Normal	9	Perempuan	3700	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
77	Kurus	20	Perempuan	3100	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Kurang
78	Kurus	13	Laki-laki	3500	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
79	Kurus	12	Laki-laki	98	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	<70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
80	Normal	13	Perempuan	4100	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Cukup

81	Kurus	16	Perempuan	98	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
82	Kurus	22	Perempuan	98	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
83	Normal	24	Perempuan	3600	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Baik	Cukup
84	Normal	23	Laki-laki	98	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
85	Normal	24	Laki-laki	3100	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
86	Normal	23	Laki-laki	2500	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Baik	Kurang
87	Normal	23	Laki-laki	3000	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
88	Normal	11	Laki-laki	2800	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
89	Normal	11	Perempuan	3100	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Kurang
90	Normal	11	Perempuan	2500	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
91	Normal	21	Perempuan	2800	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
92	Normal	24	Laki-laki	2750	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
93	Normal	23	Perempuan	98	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
94	Kurus	24	Perempuan	3000	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
95	Normal	9	Perempuan	3300	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
96	Normal	17	Perempuan	3000	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
97	Normal	16	Perempuan	3000	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Cukup
98	Normal	14	Laki-laki	3300	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
99	Normal	11	Perempuan	3200	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	≥70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Cukup
100	Normal	21	Laki-laki	3300	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
101	Kurus	8	Laki-laki	2600	Pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Kurang
102	Normal	13	Perempuan	2800	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
103	Normal	7	Perempuan	3500	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
104	Kurus	11	Laki-laki	3000	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Kurang
105	Kurus	13	Laki-laki	98	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
106	Normal	10	Perempuan	2900	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Kurang
107	Kurus	10	Perempuan	98	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Kurang
108	Normal	10	Perempuan	1600	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	<70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Kurang

109	Normal	9	Laki-laki	3700	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Besar	1	Kurang	Baik	Cukup
110	Normal	20	Laki-laki	3100	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
111	Normal	13	Perempuan	3500	Tidak pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
112	Normal	12	Perempuan	3000	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Kurang	Kurang
113	Normal	13	Laki-laki	4100	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Kurang	Baik	Cukup
114	Kurus	16	Perempuan	2900	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	<70%	<70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
115	Kurus	22	Perempuan	2700	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Besar	2	Kurang	Kurang	Kurang
116	Normal	24	Perempuan	2900	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Besar	1	Kurang	Baik	Kurang
117	Normal	23	Perempuan	3500	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Kurang
118	Normal	24	Laki-laki	3100	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
119	Normal	23	Laki-laki	2500	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Besar	1	Kurang	Baik	Kurang
120	Normal	23	Laki-laki	3000	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Cukup
121	Normal	11	Perempuan	2800	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
122	Normal	11	Perempuan	3100	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Baik	Kurang
123	Normal	11	Perempuan	2500	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
124	Normal	21	Laki-laki	2800	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	<70%	<70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
125	Normal	24	Perempuan	2750	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	<70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Kurang
126	Normal	23	Laki-laki	3400	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Kurang	Kurang	Kurang
127	Normal	24	Perempuan	3000	Tidak pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
128	Kurus	17	Laki-laki	3600	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	<70%	Kecil	2	Kurang	Baik	Kurang
129	Normal	12	Laki-laki	3800	Pernah	Kurang	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Kurang	Cukup
130	Normal	12	Laki-laki	3500	Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
131	Gemuk	21	Laki-laki	3500	Tidak Pernah	Kurang	Tidak eksklusif	≥70%	≥70%	Kecil	1	Cukup	Baik	Cukup
132	Gemuk	12	Perempuan	3800	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	1	Cukup	Baik	Cukup
133	Gemuk	10	Perempuan	98	Pernah	Cukup	Eksklusif	≥70%	≥70%	Besar	2	Cukup	Baik	Cukup

Frequency Table

Status Gizi Anak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurus	38	29,2	29,2	29,2
	Normal	92	70,8	70,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6-12 bulan	47	36,2	36,2	36,2
	13-24 bulan	83	63,8	63,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	64	49,2	49,2	49,2
	Perempuan	66	50,8	50,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Klasifikasi berat Badan lahir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 3200 gr	55	42,3	47,8	47,8
	≥ 3200 gr	60	46,2	52,2	100,0
	Total	115	88,5	100,0	
Missing	System	15	11,5		
Total		130	100,0		

Penyakit Infeksi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	82	63,1	63,1	63,1
	Tidak pernah	48	36,9	36,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Pola Asuh Anak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	65	50,0	50,0	50,0
	Cukup	65	50,0	50,0	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Pemberian ASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak eksklusif	58	44,6	44,6	44,6
	Eksklusif	72	55,4	55,4	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

AKG Energi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<70% AKG	61	46,9	46,9	46,9
	≥70% AKG	69	53,1	53,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

AKG Protein

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<70%AKG	44	33,8	33,8	33,8
	≥70%AKG	86	66,2	66,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Jumlah Anggota Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Besar	56	43,1	43,1	43,1
	Kecil	74	56,9	56,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Jumlah Balita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	18	13,8	13,8	13,8
	1	112	86,2	86,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Penghasilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	80	61,5	61,5	61,5
	Cukup	50	38,5	38,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Sanitasi Dasar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	49	37,7	37,7	37,7
	Baik	81	62,3	62,3	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Akses Pelayanan Kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	51	39,2	39,2	39,2
	Cukup	79	60,8	60,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Frequencies

Statistics

		Pola Asuh Anak	Sanitasi Dasar	Akses Pelayanan Kesehatan
N	Valid	130	130	130
	Missing	0	0	0
Mean		7,0308	10,8462	7,7923
Median		5,5000	11,0000	8,0000
Skewness		,793	-,462	,036
Std. Error of Skewness		,212	,212	,212

Statistics

Berat badan lahir

N	Valid	115
	Missing	18
Mean		3199,13
Median		3200,00
Skewness		-,366
Std. Error of Skewness		,226

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
Jenis Kelamin * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
Penyakit Infeksi * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
Pola Asuh Anak * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
Pemberian ASI * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
AKG Energi * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
AKG Protein * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
Jumlah Anggota Keluarga * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
Jumlah Balita * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
Penghasilan * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
Sanitasi Dasar * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%
Akses Pelayanan Kesehatan * Status Gizi Anak	130	100,0%	0	,0%	130	100,0%

Umur * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Umur	6-12 bulan	Count	12	35	47
		Expected Count	13,7	33,3	47,0
		% within Umur	25,5%	74,5%	100,0%
		% of Total	9,2%	26,9%	36,2%
	13-24 bulan	Count	26	57	83
		Expected Count	24,3	58,7	83,0
		% within Umur	31,3%	68,7%	100,0%
		% of Total	20,0%	43,8%	63,8%
Total		Count	38	92	130
		Expected Count	38,0	92,0	130,0
		% within Umur	29,2%	70,8%	100,0%
		% of Total	29,2%	70,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,487 ^b	1	,485		
Continuity Correction ^a	,247	1	,619		
Likelihood Ratio	,493	1	,483		
Fisher's Exact Test				,551	,312
Linear-by-Linear Association	,483	1	,487		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,74.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur (6-12 bulan / 13-24 bulan)	,752	,337	1,678
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	,815	,455	1,460
For cohort Status Gizi Anak = Normal	1,084	,869	1,353
N of Valid Cases	130		

Jenis Kelamin * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	17	47	64
		Expected Count	18,7	45,3	64,0
		% within Jenis Kelamin	26,6%	73,4%	100,0%
		% of Total	13,1%	36,2%	49,2%
	Perempuan	Count	21	45	66
		Expected Count	19,3	46,7	66,0
		% within Jenis Kelamin	31,8%	68,2%	100,0%
		% of Total	16,2%	34,6%	50,8%
Total	Count	38	92	130	
	Expected Count	38,0	92,0	130,0	
	% within Jenis Kelamin	29,2%	70,8%	100,0%	
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,434 ^b	1	,510		
Continuity Correction ^a	,217	1	,641		
Likelihood Ratio	,435	1	,510		
Fisher's Exact Test				,566	,321
Linear-by-Linear Association	,431	1	,512		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,71.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Laki-laki / Perempuan)	,775	,363	1,656
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	,835	,487	1,431
For cohort Status Gizi Anak = Normal	1,077	,863	1,344
N of Valid Cases	130		

Klasifikasi berat Badan lahir * Status Gizi Anak Crosstabulation

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Klasifikasi berat Badan lahir	<3200 gram	Count	14	41	55
		Expected Count	16,7	38,3	55,0
		% within Klasifikasi berat Badan lahir	25,5%	74,5%	100,0%
		% of Total	12,2%	35,7%	47,8%
	≥3200 gram	Count	21	39	60
		Expected Count	18,3	41,7	60,0
		% within Klasifikasi berat Badan lahir	35,0%	65,0%	100,0%
		% of Total	18,3%	33,9%	52,2%
Total	Count	35	80	115	
	Expected Count	35,0	80,0	115,0	
	% within Klasifikasi berat Badan lahir	30,4%	69,6%	100,0%	
	% of Total	30,4%	69,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,235 ^b	1	,266		
Continuity Correction ^a	,825	1	,364		
Likelihood Ratio	1,242	1	,265		
Fisher's Exact Test				,313	,182
Linear-by-Linear Association	1,224	1	,269		
N of Valid Cases	115				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,74.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klasifikasi berat Badan lahir (0 / 1)	,634	,283	1,420
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	,727	,412	1,284
For cohort Status Gizi Anak = Normal	1,147	,901	1,460
N of Valid Cases	115		

Penyakit Infeksi * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Penyakit Infeksi	Pernah	Count	31	51	82
		Expected Count	24,0	58,0	82,0
		% within Penyakit Infeksi	37,8%	62,2%	100,0%
		% of Total	23,8%	39,2%	63,1%
	Tidak pernah	Count	7	41	48
		Expected Count	14,0	34,0	48,0
		% within Penyakit Infeksi	14,6%	85,4%	100,0%
		% of Total	5,4%	31,5%	36,9%
Total	Count	38	92	130	
	Expected Count	38,0	92,0	130,0	
	% within Penyakit Infeksi	29,2%	70,8%	100,0%	
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,892 ^b	1	,005		
Continuity Correction ^a	6,810	1	,009		
Likelihood Ratio	8,465	1	,004		
Fisher's Exact Test				,005	,004
Linear-by-Linear Association	7,832	1	,005		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,03.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penyakit Infeksi (Pernah / Tidak pernah)	3,560	1,422	8,911
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	2,592	1,238	5,427
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,728	,593	,894
N of Valid Cases	130		

Pola Asuh Anak * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Pola Asuh Anak	Kurang	Count	26	39	65
		Expected Count	19,0	46,0	65,0
		% within Pola Asuh Anak	40,0%	60,0%	100,0%
		% of Total	20,0%	30,0%	50,0%
	Cukup	Count	12	53	65
		Expected Count	19,0	46,0	65,0
		% within Pola Asuh Anak	18,5%	81,5%	100,0%
		% of Total	9,2%	40,8%	50,0%
Total	Count	38	92	130	
	Expected Count	38,0	92,0	130,0	
	% within Pola Asuh Anak	29,2%	70,8%	100,0%	
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,288 ^b	1	,007		
Continuity Correction ^a	6,284	1	,012		
Likelihood Ratio	7,420	1	,006		
Fisher's Exact Test				,012	,006
Linear-by-Linear Association	7,232	1	,007		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,00.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pola Asuh Anak (Kurang / Cukup)	2,944	1,324	6,548
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	2,167	1,199	3,914
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,736	,585	,926
N of Valid Cases	130		

Pemberian ASI * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Pemberian ASI	Tidak eksklusif	Count	24	34	58
		Expected Count	17,0	41,0	58,0
		% within Pemberian ASI	41,4%	58,6%	100,0%
		% of Total	18,5%	26,2%	44,6%
	Eksklusif	Count	14	58	72
		Expected Count	21,0	51,0	72,0
		% within Pemberian ASI	19,4%	80,6%	100,0%
		% of Total	10,8%	44,6%	55,4%
Total	Count	38	92	130	
	Expected Count	38,0	92,0	130,0	
	% within Pemberian ASI	29,2%	70,8%	100,0%	
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,471 ^b	1	,006		
Continuity Correction ^a	6,449	1	,011		
Likelihood Ratio	7,486	1	,006		
Fisher's Exact Test				,007	,006
Linear-by-Linear Association	7,414	1	,006		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,95.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pemberian ASI (Tidak eksklusif / Eksklusif)	2,924	1,336	6,401
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	2,128	1,214	3,730
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,728	,570	,929
N of Valid Cases	130		

AKG Energi * Status Gizi Anak

AKG Energi * Status Gizi Anak Crosstabulation

		Status Gizi Anak		Total
		Kurus	Normal	
AKG Energi < 70% AKG	Count	27	34	61
	Expected Count	17,8	43,2	61,0
	% within AKG Energi	44,3%	55,7%	100,0%
	% of Total	20,8%	26,2%	46,9%
AKG Energi ≥ 70% AKG	Count	11	58	69
	Expected Count	20,2	48,8	69,0
	% within AKG Energi	15,9%	84,1%	100,0%
	% of Total	8,5%	44,6%	53,1%
Total	Count	38	92	130
	Expected Count	38,0	92,0	130,0
	% within AKG Energi	29,2%	70,8%	100,0%
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12,553 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	11,221	1	,001		
Likelihood Ratio	12,793	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	12,456	1	,000		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,83.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for AKG Energi (Kurang / Sedang)	4,187	1,846	9,497
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	2,776	1,508	5,113
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,663	,518	,848
N of Valid Cases	130		

AKG Protein * Status Gizi Anak

AKG Protein * Status Gizi Anak Crosstabulation

		Status Gizi Anak		Total
		Kurus	Normal	
AKG Protein <70% AKG Count	Count	26	18	44
	Expected Count	12,9	31,1	44,0
	% within AKG Protein	59,1%	40,9%	100,0%
	% of Total	20,0%	13,8%	33,8%
≥ 70% AKG Count	Count	12	74	86
	Expected Count	25,1	60,9	86,0
	% within AKG Protein	14,0%	86,0%	100,0%
	% of Total	9,2%	56,9%	66,2%
Total	Count	38	92	130
	Expected Count	38,0	92,0	130,0
	% within AKG Protein	29,2%	70,8%	100,0%
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	28,668 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	26,527	1	,000		
Likelihood Ratio	28,051	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	28,447	1	,000		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,86.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for AKG Protein (Kurang / Sedang)	8,907	3,783	20,971
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	4,235	2,372	7,560
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,475	,330	,685
N of Valid Cases	130		

Jumlah Anggota Keluarga * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Jumlah Anggota Keluarga	Besar	Count	23	33	56
		Expected Count	16,4	39,6	56,0
		% within Jumlah Anggota Keluarga	41,1%	58,9%	100,0%
		% of Total	17,7%	25,4%	43,1%
	Kecil	Count	15	59	74
		Expected Count	21,6	52,4	74,0
		% within Jumlah Anggota Keluarga	20,3%	79,7%	100,0%
		% of Total	11,5%	45,4%	56,9%
Total	Count	38	92	130	
	Expected Count	38,0	92,0	130,0	
	% within Jumlah Anggota Keluarga	29,2%	70,8%	100,0%	
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,668 ^b	1	,010		
Continuity Correction ^a	5,700	1	,017		
Likelihood Ratio	6,645	1	,010		
Fisher's Exact Test				,012	,009
Linear-by-Linear Association	6,616	1	,010		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,37.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jumlah Anggota Keluarga (Besar / Kecil)	2,741	1,260	5,966
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	2,026	1,169	3,512
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,739	,577	,946
N of Valid Cases	130		

Jumlah Balita * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Jumlah Balita	2	Count	14	4	18
		Expected Count	5,3	12,7	18,0
		% within Jumlah Balita	77,8%	22,2%	100,0%
		% of Total	10,8%	3,1%	13,8%
	1	Count	24	88	112
		Expected Count	32,7	79,3	112,0
		% within Jumlah Balita	21,4%	78,6%	100,0%
		% of Total	18,5%	67,7%	86,2%
Total		Count	38	92	130
		Expected Count	38,0	92,0	130,0
		% within Jumlah Balita	29,2%	70,8%	100,0%
		% of Total	29,2%	70,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,803 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	21,157	1	,000		
Likelihood Ratio	21,638	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	23,620	1	,000		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

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

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jumlah Balita (2 / 1)	12,833	3,868	42,581
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	3,630	2,356	5,592
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,283	,119	,675
N of Valid Cases	130		

Penghasilan * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Penghasilan	Kurang	Count	31	49	80
		Expected Count	23,4	56,6	80,0
		% within Penghasilan	38,8%	61,3%	100,0%
		% of Total	23,8%	37,7%	61,5%
	Cukup	Count	7	43	50
		Expected Count	14,6	35,4	50,0
		% within Penghasilan	14,0%	86,0%	100,0%
		% of Total	5,4%	33,1%	38,5%
Total	Count	38	92	130	
	Expected Count	38,0	92,0	130,0	
	% within Penghasilan	29,2%	70,8%	100,0%	
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,111 ^b	1	,003		
Continuity Correction ^a	7,954	1	,005		
Likelihood Ratio	9,778	1	,002		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	9,041	1	,003		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,62.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penghasilan (Kurang / Cukup)	3,886	1,554	9,720
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	2,768	1,320	5,802
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,712	,579	,876
N of Valid Cases	130		

Sanitasi Dasar * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Sanitasi Dasar	Kurang	Count	21	28	49
		Expected Count	14,3	34,7	49,0
		% within Sanitasi Dasar	42,9%	57,1%	100,0%
		% of Total	16,2%	21,5%	37,7%
	Baik	Count	17	64	81
		Expected Count	23,7	57,3	81,0
		% within Sanitasi Dasar	21,0%	79,0%	100,0%
		% of Total	13,1%	49,2%	62,3%
Total	Count	38	92	130	
	Expected Count	38,0	92,0	130,0	
	% within Sanitasi Dasar	29,2%	70,8%	100,0%	
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,059 ^b	1	,008		
Continuity Correction ^a	6,041	1	,014		
Likelihood Ratio	6,934	1	,008		
Fisher's Exact Test				,010	,007
Linear-by-Linear Association	7,004	1	,008		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,32.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sanitasi Dasar (Kurang / Baik)	2,824	1,296	6,150
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	2,042	1,199	3,476
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,723	,554	,945
N of Valid Cases	130		

Akses Pelayanan Kesehatan * Status Gizi Anak

Crosstab

			Status Gizi Anak		Total
			Kurus	Normal	
Akses Pelayanan Kesehatan	Kurang	Count	23	28	51
		Expected Count	14,9	36,1	51,0
		% within Akses Pelayanan Kesehatan	45,1%	54,9%	100,0%
		% of Total	17,7%	21,5%	39,2%
	Cukup	Count	15	64	79
		Expected Count	23,1	55,9	79,0
		% within Akses Pelayanan Kesehatan	19,0%	81,0%	100,0%
		% of Total	11,5%	49,2%	60,8%
Total	Count	38	92	130	
	Expected Count	38,0	92,0	130,0	
	% within Akses Pelayanan Kesehatan	29,2%	70,8%	100,0%	
	% of Total	29,2%	70,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,214 ^b	1	,001		
Continuity Correction ^a	8,991	1	,003		
Likelihood Ratio	10,089	1	,001		
Fisher's Exact Test				,003	,001
Linear-by-Linear Association	10,136	1	,001		
N of Valid Cases	130				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,91.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Akses Pelayanan Kesehatan (Kurang / Cukup)	3,505	1,594	7,704
For cohort Status Gizi Anak = Kurus	2,375	1,375	4,104
For cohort Status Gizi Anak = Normal	,678	,517	,888
N of Valid Cases	130		

Lampiran 1

KUESIONER PENELITIAN MENGENAI “GAMBARAN STATUS GIZI ANAK USIA 6-24 BULAN DI KECAMATAN BERUNTUNG BARU KABUPATEN BANJAR PROVINSI KALIMANTAN SELATAN 2012”

I. IDENTITAS RESPONDEN		KODE/ NO URUT
1. ALAMAT		
2. RT/ RW	/	
3. KELURAHAN		
4. NAMA KEPALA KELUARGA		
5. NAMA RESPONDEN		
6. NOMOR TELP. YG. BISA DIHUBUNGI		
7. NOMOR URUT RESPONDEN		
II. IDENTITAS PEWAWANCARA DAN PENGECEKAN		TANGGAL
TANGGAL WAWANCARA		PENGECEKAN:
NAMA PEWAWANCARA		PARAF:
PARAF		
INFORMED CONSENT		
<p>Assalamu’alaikum Wr. Wb.</p> <p>Saya Roos Widiawati Dewi, mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sedang melakukan penelitian untuk melihat <i>Gambaran status Gizi Anak usia 6-24 bulan Di kecamatan Beruntung Baru Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2012</i>”. Penelitian ini dilakukan semata-mata untuk kepentingan akademik dan tidak akan berdampak negatif pada ibu maupun keluarga. Setiap jawaban ataupun penjelasan yang ibu berikan akan dijaga kerahasiannya.</p> <p>Saat ini apakah ibu bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini? Apakah saya dapat memulai wawancara ini?</p> <p>BILA RESPONDEN SETUJU UNTUK DIWAWANCARA, WAWANCARA DIMULAI. BILA RESPONDEN TIDAK SETUJU DIWAWANCARA → AKHIRI DAN CARI RESPONDEN LAIN SESUAI CARA SAMPLING.</p> <p>PARAF/ TANDA SETUJU RESPONDEN (BILA MEMUNGKINKAN):</p>		

NO.	PERTANYAAN	KATEGORI KODE	PEMBOBOTAN
A. KARAKTERISTIK ANAK			
A.1	Nama Anak :.....		
A.2	Berapa panjang badan (nama anak) ketika lahir? _____ Cm 98. Tidak tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban	[] []	[0] [0]
A.3	Berapa berat (nama anak) ketika lahir? _____ gram 98. Tidak tahu/ lupa 99. Tidak ada jawaban	[] []	[0] [0]
A.4	Jenis kelamin anak a. Laki-laki b. Perempuan	[] []	[0] [0]
A.5	Tanggal berapa (nama anak) lahir? Tanggal/ Bulan/ Tahun___/___/_____ Umur anak _____minggu/bulan <i>Jika ibu lupa tanggal atau bulan ,tuliskan kode 99</i>	[]	[0]
A.6	Berat badan anak saat ini <i>Di isi petugas, setelah dilakukan penimbangan</i> BB:.....(Kg)	[]	[]
A.7	Panjang badan anak saat ini <i>Di isi petugas, setelah dilakukan pengukuran</i> PB:.....(Cm)	[]	[]
B. KARAKTERISTIK ORANGTUA			
a.AYAH			
B.1	Berapa umur Ayah sekarang ?.....(tahun)	[]	
B.2	Pendidikan terakhir ayah a. Tidak Sekolah b. Tidak Tamat SD c. Tamat SD d. Tidak tamat SLTP e. Tamat SLTP f. Tidak SLTA g. Tamat SLTA h. Tamat akademi/PT i. Tamat akademi/PT	[] [] [] [] [] [] [] [] []	0. < SLTP 1. ≥ SLTP

B.3	Apakah pekerjaan ayah sekarang? a. Tidak Bekerja b. Tani c. Nelayan d. Buruh e. Karyawan swasta f. PNS g. Lain-lain,sebutkan.....	[] [] [] [] [] [] []	
b. IBU			
B.4	Siapa nama Ibu.....		
B.6	Berapa umur ibu ?.....(tahun)		
B.7	Apa pendidikan terakhir ibu ? a. Tidak sekolah b. Tidak tamat SD c. Tamat SD d. Tidak tamat SLTP e. Tamat SLTP f. Tidak tamat SLTA g. Tamat SLTA h. Tidak tamat Akademi/PT i. Tamat Akademi/PT	[] [] [] [] [] [] [] [] []	0. ≤ SLTP 1. > SLTP
B.8	Apakah Ibu saat ini bekerja untuk mendapatkan uang ? a. Ya b. Tidak/ibu rumah tangga → lanjut ke No.C.1	[] []	[0] [1]
B.9	Apakah pekerjaan ibu sekarang? a. Tani b. Buruh c. Karyawan swasta d. PNS e. Lain-lain, sebutkan	[] [] [] [] []	
C.KARAKTERISTIK KELUARGA			
C.1	Berapakah jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah ? Jawab.....Orang	[]	0. ≤4 orang 1.>4 orang

C.2	Berapa jumlah anak dibawah umur lima tahun yang tinggal dalam satu rumah? Jawab:.....Orang	[]	0. ≤1 orang 1. >1 orang
C.3	Berapa penghasilan keluarga dalam sebulan ? a. Cukup bila ≥ UMR Rp.1.126.000,- b. Kurang bila < UMR Rp.1.126.000,-	[] []	[0] [1]
D. PENYAKIT INFEKSI			
D.1	Apakah (nama anak) pernah sakit diare dalam 2 minggu terakhir? a. Ya b. Tidak → lanjut ke pertanyaan No. D.5	[] []	[1] [0]
D.2	Apakah (anak ibu) diberikan cairan ini sejak ia menderita diare? a. Cairan oralit b. Bubuk oralit c. Cairan yang dibuat sendiri (larutan gula dan garam) sesuai anjuran pemerintah d. Hanya ASI saja ? e. Tidak tahu → lanjut ke pertanyaan No.D.5 f. Lain-lain,sebutkan.....	[] [] [] [] [] []	[1] [1] [1] [0] [0] [0]
D.3	Selain itu, apakah diberikan yang lain untuk mengobati diare ? a. Ya b. Tidak c. Tidak tahu/ingat → lanjut ke pertanyaan No.D.5	[] [] []	[1] [0] [0]
D.4	Apalagi yang diberikan untuk mengobati diare? <i>Bacakan daftar jawabannya, jawaban bisa lebih dari satu.</i> Tablet atau sirup a. Antibiotik b. Antimotility/anti diare c. Zinc d. Suntikan	[] [] [] []	

	e. (IV) Intervenous f. Obat buatan sendiri,jamu/obat tradisional g. Lain-lain,sebutkan.....	[] [] []	
D.5	Apakah (nama anak) pernah sakit batuk selama dua minggu terakhir? a. Ya b. Tidak → lanjut ke pertanyaan No.E 1 c. Tidak tahu/ingat → lanjut ke pertanyaan No.E1	[] [] []	[1] [0] [0]
D.6	Pada saat sakit batuk , Apakah (nama anak) mengalami sulit bernafas selama dua minggu terakhir? a. Ya b. Tidak c. Tidak tahu/ingat	[] [] []	[1] [0] [0]
E. POLA ASUH GIZI			
E.1	Apakah Ibu pernah menyusui/memberikan ASI untuk (nama anak)? a. Ya → lanjut ke pertanyaan No.E.3 b. Tidak	[] []	[1] [0]
E.2	Mengapa ibu tidak pernah menyusui (nama anak)? <i>Jawaban bisa lebih dari satu. Jangan dibacakan. Tunggu jawaban spontan ibu,jika ibu sudah diam tanyakan "Ada lagi, bu ?"</i> a. Bayi sakit b. Ibu sakit c. Ada masalah payudara d. Tidak ada ASI e. Ibu bekerja f. Bayi tidak mau g. Agar payudara tidak berubah bentuk h. Nasehat suami i. Nasehat tenaga kesehatan j. Lain-lain,sebutkan → lanjut ke pertanyaan No.E.	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[0] [0]

E.3	Dalam 3 hari setelah melahirkan, apakah ibu memberikan (nama anak) cairan putih kekuning-kuningan (kolostrum/susu basi) yang keluar dari payudara ibu ? a. Ya b. Tidak c. Tidak ingat	[] [] []	[1] [0] [0]
E.4	Dalam 3 hari pertama setelah melahirkan, apakah (nama anak) diberikan makanan/minuman selain ASI? a. Ya b. Tidak → lanjut ke pertanyaan No.E.9 c. Tidak ingat → lanjut ke pertanyaan No.E.9	[] [] []	[1] [0] [0]
E.5	Makanan/minuman apa yang diberikan kepada (nama anak)? <i>Jangan bacakan jawaban. Catat semua yang disebutkan. Bila ibu menjawab hanya menjawab satu jawaban tanyakan “ada yang lain, bu?”</i> a. Susu (Selain ASI) b. Air putih c. Gula/air gula d. Air tajin e. Larutan gula garam f. Jus buah g. Susu formula h. Teh i. Madu j. Lain-lain, sebutkan.....	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[0] [0]
E.6	Mulai berapa lama setelah melahirkan (nama anak), ibu memberikan makanan/minuman selain ASI tersebut?	Jam 0 _ _ _ Hari 1 _ _ _ Minggu 2 _ _ _	[0] [0] [0]

		Bulan 3 _ _	[0]
		98. Tidak ingat	[0]
		99. Tidak tahu.	[0]
E.7	<p>Siapa saja yang menganjurkan ibu memberikan makanan/minuman selain ASI tersebut? <i>Jawaban bisa lebih dari satu. Jangan dibacakan. Tunggu jawaban spontan ibu, jika ibu sudah diam tanyakan "Siapa lagi, bu?"</i></p> <p>a. Suami [] [0]</p> <p>b. Orang tua [] [0]</p> <p>c. Anggota keluarga lainnya [] [0]</p> <p>d. Tetangga [] [0]</p> <p>e. Dukun bayi [] [0]</p> <p>f. Perawat [] [0]</p> <p>g. Bidan [] [0]</p> <p>h. Dokter [] [0]</p> <p>i. Diri sendiri [] [0]</p> <p>j. Lain-lain, sebutkan..... [] [0]</p>		
E.8	<p>Apa alasan diberikan makanan/minuman selain ASI tersebut ? <i>Jawaban bisa lebih dari satu. Jangan dibacakan. Tunggu jawaban spontan ibu. Jika ibu sudah diam tanyakan "Ada lagi, bu?"</i></p> <p>a. Bayi sakit [] [0]</p> <p>b. Ibu sakit [] [0]</p> <p>c. Ada masalah payudara [] [0]</p> <p>d. ASI tidak/belum keluar [] [0]</p> <p>e. Ibu bekerja [] [0]</p> <p>f. Bayi tidak mau [] [0]</p> <p>g. Agar payudara tidak berubah bentuk [] [0]</p> <p>h. Saatnya menyapih [] [1]</p> <p>i. Bayi terus menangis [] [0]</p> <p>j. ASI tidak mencukupi [] [0]</p> <p>k. Ibu hamil lagi [] [0]</p> <p>l. Menggunakan alat KB [] [0]</p> <p>m. Nasehat suami [] [0]</p>		

	n. Nasehat dokter/perawat o. Nasehat orang tua p. Nasehat anggota keluarga lain q. Nasehat tetangga r. Lain-lain, sebutkan	[] [] [] [] []	[0] [0] [0] [0] [0]
E.9	Apakah saat ini ibu masih menyusui? a. Ya b. Tidak	[] []	[1] [0]
E.10	Sampai (nama anak) berusia berapa ibu memberinya ASI saja? Jika kurang dari satu bulan ditulis "00" bulan jawaban :.....Bulan	[]	1. 6 bulan 0. < 6 bulan
E.11	Sekarang saya ingin bertanya kepada ibu, apakah kemarin pagi hingga malam hari (nama anak) diberi makanan : <i>Bacakan daftar makanannya. Jawaban bisa lebih dari satu. Jika anak makan bubur saring makan bubur saring/nasi Tim/Makanan campur lain (yang terdiri > 1 komposisi bahan pangan), tuliskan semua jenis grup makanan didalam makan campur kode (r).</i> a. Segala macam bubur b. Makanan instant bayi (Sun, Milna, Cerelac dll) c. Roti, Nasi, Mie, Biskuit atau makanan dari biji-b d. Kentang, singkong (makanan dari umbi-umbian) e. Labu kuning, Wortel, ubi, jeruk, Tomat atau buah buahan yang didalamnya berwarna kuning/oranye..... f. Sayuran warna hijau tua (Bayam, kangkung, Kat g. Mangga/pepaya matang atau buah-buahan kaya vitamin A h. Buah-buahan dan sayur-sayuran lainnya i. Jeroan : hati, ginjal,jantung dan lain-lain j. Daging (sapi/Kambing, Kelinci,dan lain-lain) k. Daging unggas (ayam, bebek, burung dan lain-lain l. Telur (ayam, bebek, burung dan lain-lain)	[] []	[1] [1]

	<p>m. Makanan laut segar/kering (ikan, kerang, telur ikan)</p> <p>n. Makanan dari kacang-kacangan : tempe, tahu dan lain-lain</p> <p>o. Kacang tanah.....</p> <p>p. Keju/yogurt</p> <p>q. Makanan dibuat dengan minyak/Margarine/Mentega</p> <p>r. Makanan campur</p> <p>s. Lain-lain sebutkan,.....</p>	<p>[]</p>	<p>[1]</p>
E.12	<p>Jadi,sejak kemarin pagi hingga malam hari, berap kali (nama anak) diberi makanan lunak dan padat (makanan besar yang mengenyangkan) ?</p> <p><i>Jika ibu menjawab 7 atau lebih tulis "7". Adaptasi pertanyaan disini dengan menggunakan bahasa local untuk makanan lunak-padat yang diberikan. Kita ingin mengetahui berapa banyak anak cukup makan sehingga kenyang. Berbagai makanan selingan yang kecil/snacks misalnya hanya beberapa gigitan saja tidak dihitung. Cairan juga tidak dihitung termasuk makanan seperti Sup dengan sedikit sayuran. Gunakan probing untuk membantu ibu mengingat makanan apa yang dimakan anak kemarin.</i></p> <p>a.....Kali</p> <p>b. Tidak tahu</p>	<p>[]</p> <p>[]</p>	<p>[1]</p> <p>[0]</p>
E.13	<p>Apakah (nama anak) pernah menerima kapsul vitamin A?</p> <p>a. Ya</p> <p>b. Tidak → lanjut ke No.F.1</p> <p>c. Tidak ingat → lanjut ke No.F.1</p>	<p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p>	<p>[1]</p> <p>[0]</p> <p>[0]</p>
E.14	<p>Apakah dalam 6 bulan terakhir (nama anak) menerima kapsul vitamin A ?</p> <p>a. Ya</p> <p>b. Tidak</p> <p>c. Tidak ingat</p>	<p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p>	<p>[1]</p> <p>[0]</p> <p>[0]</p>

F. AKSES PELAYANAN KESEHATAN			
F.1	Apakah terdapat pelayanan kesehatan di desa ini ? a. Puskesmas b. Puskesmas pembantu c. Polindes (bidan) d. Lain-lain sebutkan.....	[] [] [] []	[1] [1] [1] [1]
F.2	Apakah ibu mencari pengobatan saat anak sakit? a. Ya b. Tidak	[] []	[1] [0]
F.3	Siapa yang memberikan pengobatan tersebut ? <i>Jawaban bisa lebih dari satu. Jangan dibacakan. Tunggu jawaban spontan dari ibu, jika ibu (sudah) diam tanyakan "Siapa lagi, bu?"</i> a. Dokter b. Perawat c. Bidan d. Dukun e. Kader f. Keluarga/teman g. Tidak ada h. Lain-lain, sebutkan	[] [] [] [] [] [] [] []	[1] [1] [1] [0] [0] [0] [0] [0]
F.4	Dalam 3 bulan terakhir, berapa kali (nama anak) dibawa ke posyandu? Jawab :..... kali		0. <3 kali 1. 3 kali
F.5	Apakah anak ibu mendapatkan imunisasi? a. Ya b. Tidak	[] []	[1] [0]
F.6	Apakah anak ibu punya KMS/Buku KIA/catatan tentang Imunisasi? a. Jika ya, boleh saya lihat b. Tidak→No.G.1 <i>Salin tanggal imunisasi untuk DPT1, DPT3 dan Campk dari kartu atau buku. Jika imunisasi tidak tercatat di KMS atau buku KIA, isi dengan 99/99/9999 DPT1...</i>	[] []	[1] [0]

	<p>____ ____ / ____ ____ / ____ ____ </p> <p>DPT3....</p> <p>____ ____ / ____ ____ / ____ ____ </p> <p>Campak...</p> <p>____ ____ / ____ ____ / ____ ____ </p>		
G. SANITASI DASAR			
G.1	<p>Apa sumber utama air minum untuk keperluan anggota rumah?</p> <p>a. PAM</p> <p>b. Sumur gali terlindung (dengan cincin sumur)</p> <p>c. Sumur gali tidak terlindung (tanpa cincin sumur)</p> <p>d. Sumur Bor</p> <p>e. Air dari truk</p> <p>f. Mata air terlindung</p> <p>g. Mata air tak terlindung</p> <p>h. Mengumpulkan air hujan</p> <p>i. Dari sungai/kolam/danau/waduk</p> <p>j. Air kemasan tersegel</p> <p>k. Air kemasan isi ulang</p> <p>l. Penjual air/pikulan/ gerobak</p> <p>m. Lain-lain,sebutkan...</p>	<p>[]</p>	<p>[1]</p> <p>[1]</p> <p>[0]</p> <p>[1]</p> <p>[1]</p> <p>[0]</p> <p>[0]</p> <p>[0]</p> <p>[1]</p> <p>[1]</p> <p>[1]</p> <p>[]</p>
G.2	<p>Apakah ibu melakukan sesuatu agar air aman untuk diminum?</p> <p>a. Ya</p> <p>b. Tidak → lanjut ke pertanyaan no.G.4</p>	<p>[]</p> <p>[]</p>	<p>[1]</p> <p>[0]</p>
G.3	<p>Jika ya, apa yang biasanya ibu lakukan untuk membuat air aman untuk diminum?.</p> <p><i>Tunggu jawaban spontan ibu (cek bila terdapat lebih dari satu jawaban, karena ada beberapa metode yang biasanya digunakan secara bersamaan, contohnya saringan kain dan klorin)</i></p> <p>a. Dibiarkan hingga kotoran mengendap</p> <p>b. Disaring dengan kain</p> <p>c. Direbus</p> <p>d. Diberi pemutih/klorin</p> <p>e. Disaring (keramik,pasir, komposit)</p> <p>f. Solar desinfektion</p> <p>g. Tidak tahu</p>	<p>[]</p>	<p>[0]</p> <p>[0]</p> <p>[1]</p> <p>[0]</p> <p>[1]</p> <p>[1]</p> <p>[0]</p> <p>[]</p>

	h. Lain-lain,sebutkan.....		
G.4	Apa yang biasa ibu gunakan untuk mencuci tangan? a. Sabun b. Diterjen c. Debu d. Lumpur/pasir e. Tidak ada f. Lain-lain,sebutkan.....	[] [] [] [] [] []	[1] [1] [0] [0] [0] []
G.5	Untuk apa saja ibu menggunakan sabun? <i>Jika untuk mencuci tangan sendiri atau mencuci tangan anak disebutkan, tanyakan pada saat apa saja ibu mencuci tangan, tapi jangan bacakan jawabannya. Tanyakan “ apa lagi” sampai tidak ada jawaban lagi yang disebutkan.</i> a. Sebelum makan b. Sebelum memberi makan anak c. Sebelum menyiapkan makanan d. Setelah buang air besar e. Setelah menceboki anak f. Lain-lain, sebutkan.....	[] [] [] [] [] []	[1] [1] [1] [1] [1] []
G.6	Di manakah tempat ibu dan anggota keluarga lain BAB? a. Closet (angsatine) b. Jamban c. Sungai d. Empang e. Kebun f. Lain-lain,sebutkan.....	[] [] [] [] [] []	[1] [1] [0] [0] [0] []
G.7	Bagaimanakah cara ibu dan anggota keluarga yang lain, membuang sampah rumah tangga? a. Ditempat sampah b. Ditimbun dihalaman belakang c. Dibakar d. Dibuang disekitar rumah/semak-semak e. Dibuang ke sungai f. Lain-lain,sebutkan.....	[] [] [] [] [] []	[1] [1] [1] [0] [0] []

G.8	<p>Apakah keluarga ini mempunyai saluran pembuangan air limbah rumah tangga? <i>Minta izin untuk melihat sarana pembuangan air limbah rumah tangga</i></p> <p>a. Saluran pembuangan air limbah tertutup</p> <p>b. Saluran pembuangan air limbah terbuka</p> <p>c. Dibuang ke sungai</p> <p>d. Dibuang sembarangan di sekitar rumah</p> <p>e. Responden tidak mengizinkan</p> <p>f. Lain-lain, sebutkan..</p>	<p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p> <p>[]</p>	<p>[1]</p> <p>[1]</p> <p>[0]</p> <p>[0]</p> <p>[0]</p> <p>[]</p>
-----	---	---	---

FORMULIR METODE RECALL 24 JAM

Waktu Makan	Nama Masakan	Bahan Makanan		
		Jenis	Banyaknya	
			URT	g
Pagi/Jam				
Siang/Jam				
Malam/Jam				

--	--	--	--	--