



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PENGELUARAN RUMAH TANGGA UNTUK
MAKANAN TERHADAP KECUKUPAN KONSUMSI
PROTEIN PADA ANAK USIA 7 – 12 TAHUN
DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR TAHUN 2010
(Analisis Data Riskesdas 2010)**

SKRIPSI

FITRI HANDAYANI

0806340611

**PROGRAM STUDI GIZI
DEPARTEMEN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PENGELUARAN RUMAH TANGGA UNTUK
MAKANAN TERHADAP KECUKUPAN KONSUMSI
PROTEIN PADA ANAK USIA 7 – 12 TAHUN
DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR TAHUN 2010
(Analisis Data Riskedas 2010)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Gizi

FITRI HANDAYANI

0806340611

**PROGRAM STUDI GIZI
DEPARTEMEN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JUNI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Fitri Handayani

NPM : 0806340611

Tanda Tangan :



Tanggal : 23 Juni 2012



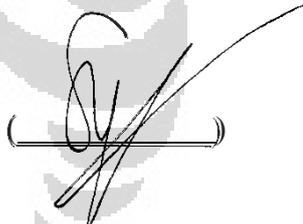
HALAMAN PENGESAHAN

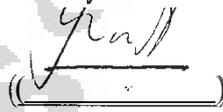
Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Fitri Handayani
NPM : 0806340611
Program Studi : Gizi
Judul Skripsi : Hubungan Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan terhadap Kecukupan Konsumsi Protein pada Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Endang Laksmningsih MPH., Dr.PH 

Penguji : Iip Syaiful S.KM, M.Kes 

Penguji : Ir. Trini Sudiarti M.Si 

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 23 Juni 2012

SURAT PERNYATAAN

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fitri Handayani
NPM : 0806340611
Mahasiswa Program : Sarjana Gizi
Tahun Akademik : 2011/2012

menyatakan bahwa tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi yang berjudul:

**HUBUNGAN PENGELUARAN RUMAH TANGGA UNTUK
MAKANAN TERHADAP KECUKUPAN KONSUMSI PROTEIN PADA
ANAK USIA 7 – 12 TAHUN DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
TAHUN 2010(Analisis Data Riskesdas 2010)**

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

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 23 Juni 2012.



Fitri Handayani

KATA PENGANTAR

Penulis mengucapkan syukur yang sedalam-dalamnya kehadiran Allah SWT. Melalui ijin dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini. Karena dalam setiap kata yang tertulis dan setiap langkah yang terlalui tak pernah lepas dari jalan yang ditunjukkan oleh-Nya.

Penulis juga menyampaikan terima kasih kepada beberapa pihak yang telah membantu dalam proses penulisan skripsi ini. Dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. dr. Kusharisupeni D. M.Sc selaku Kepala Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat FKM UI.
2. dr. Endang L Achadi MPH, DrPH selaku dosen pembimbing skripsi. Terima kasih atas kesabaran dan perhatian beliau dalam membimbing saya.
3. Iip Syaiful, S.KM, M.Kes dan Ir. Trini Sudiarti M.Si selaku penguji skripsi. Terima kasih atas saran dan kritik dalam penyusunan skripsi saya.
4. Pusat Penelitian Teknologi Terapan dan Epidemiologi Klinik yang telah mengizinkan saya menggunakan dan mengolah data Riskesdas untuk skripsi saya.
5. Ayah, Mama, Fhatma Ira Wina, Nurleli Purnama Sari dan Firda Aulia tersayang yang selalu sabar memberikan doa, bimbingan, dan perhatiannya. Semoga saya bisa selalu memberikan yang terbaik untuk Ayah, Mama dan Keluarga. Rasa syukur dan bangga senantiasa ananda panjatkan karena Allah telah memberikan orang tua yang begitu luar biasa.
6. Teman saya satu bimbingan Vidya Nuarista, Ratna Arista, Septia Dwi, Andhika Paramita, Khaula Kharima, Diny Eva dan Claudia Klira yang bersedia bahu – membahu bekerja bersama dengan tujuan yang sama.
7. Maulia Sari, Zilda Oktarina, Aulia Ayuandira, Suci Ariani, Dwika Aldila, dan Cici serta teman satu atap yang memberikan semangat. Vergie Ryoto, Afiatul Rahmi, Habsah, Rhiza Caesari, Dita Anitya, Tri Okta dan Reza Warsita yang memberikan dukungan moril dan spiritual.

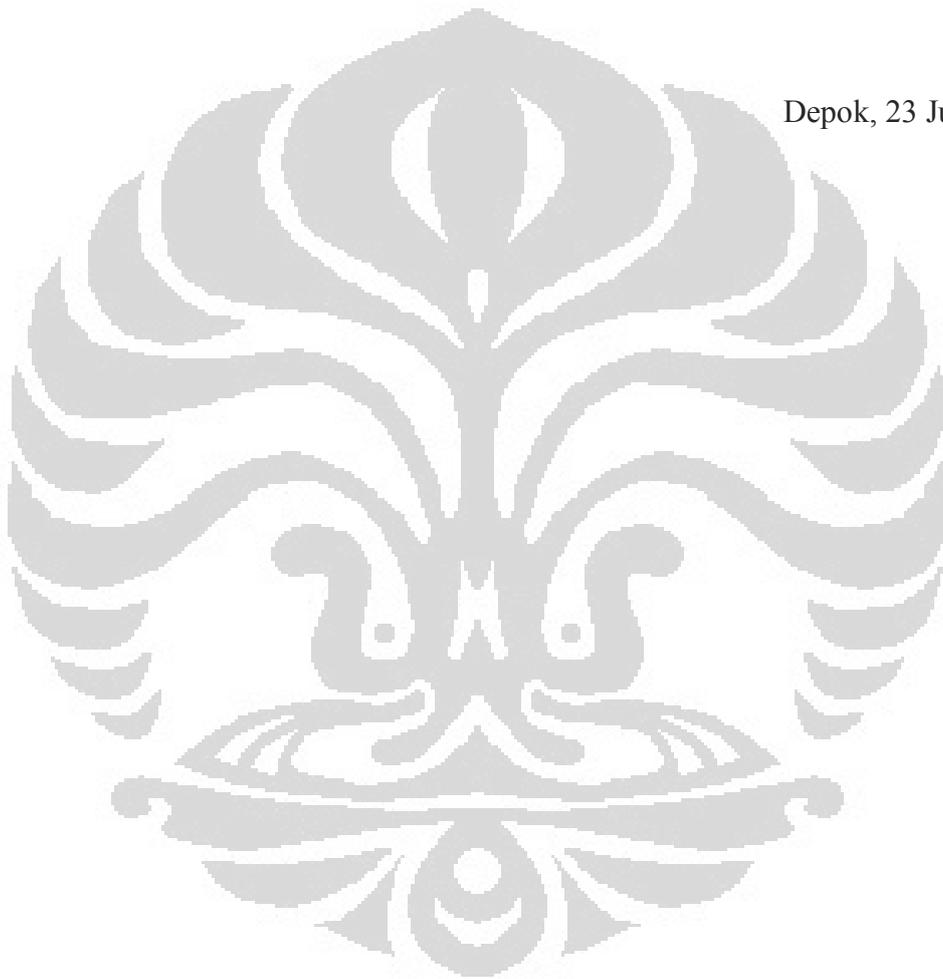
8. Wahyu Kurnia yang membantu penyusunan skripsi saya, serta teman seperjuangan satu angkatan gizi 2008.

Serta pihak-pihak lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Teriring doa penulis panjatkan kepada mereka yang telah memberikan bantuannya sehingga skripsi ini dapat selesai dengan lancar dan tepat waktu.

Penulis berharap semoga skripsi ini bisa memberikan manfaat bagi semua pihak. Terima kasih.

Penulis

Depok, 23 Juni 2012



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

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

Nama : Fitri Handayani

NPM : 0806340611

Program Studi : Ilmu Gizi

Departemen : Gizi Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis karya : Skripsi

demikian 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:

**HUBUNGAN PENGELUARAN RUMAH TANGGA UNTUK
MAKANAN TERHADAP KECUKUPAN KONSUMSI PROTEIN PADA
ANAK USIA 7 – 12 TAHUN DI PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
TAHUN 2010(Analisis Data Riskedas 2010)**

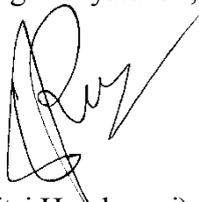
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 23 Juni 2012

Yang menyatakan,



(Fitri Handayani)

ABSTRAK

Nama : Fitri Handayani
NPM : 0806340611
Program Studi : S1 Reguler Gizi
Judul : Hubungan Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan terhadap Kecukupan Protein di Nusa Tenggara Timur pada tahun 2010 (Analisis Data Riskesdas 2010)

Kecukupan konsumsi zat gizi termasuk protein penting untuk terpenuhi pada Anak dalam proses pertumbuhan memasuki usia remaja. Salah satu faktor yang memengaruhi kecukupan konsumsi zat gizi termasuk protein adalah proporsi pengeluaran rumah tangga untuk makanan terhadap pengeluaran total. Semakin tinggi kemiskinan suatu keluarga, maka semakin tinggi pula proporsi pengeluaran untuk makanan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah pengeluaran rumah tangga dan faktor lainnya berhubungan terhadap asupan protein. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan disain *cross sectional* menggunakan data Riskesdas 2010 di Nusa Tenggara Timur. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 82% anak usia 7 – 12 tahun di Nusa Tenggara Timur pada tahun 2010 mengonsumsi protein kurang dari yang seharusnya. Rata – rata proporsi pengeluaran rumah tangga untuk makanan adalah 69,3%. Hasil uji statistik dengan uji multivariat menunjukkan bahwa proporsi anak yang kurang konsumsi protein pada Anak Usia 7 – 12 tahun lebih banyak terjadi pada Anak dengan asupan energi yang rendah, pekerjaan orang tua yang berpenghasilan tidak tetap, tinggal di daerah perdesaan, keluarga yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan, pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang rendah serta persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan terhadap pengeluaran total. Sedangkan faktor yang paling dominan adalah asupan energi (OR 13,5). Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengetahui hubungan antaran energi dan protein lebih dalam.

Kata Kunci:

Anak Usia 7 – 12 tahun, konsumsi protein, pengeluaran rumah tangga, kecukupan konsumsi protein

ABSTRACT

Name : Fitri Handayani
NPM : 0806340611
Major : Nutrition
Title : Relationship between Food Expenditure and Adequacy Protein Intake in East Nusa Tenggara 2010 (Riskesdas analysis 2010)

Adequacy intake of nutrients including protein is important for the children in process of growing into adolescence. One of the factors that influence the adequacy of nutrients including protein consumption is the proportion of household expenditure on food to total expenditure. The higher of poverty level in a family, the higher proportion of expenditure on food. This study aimed whether the household expenses and other factors affect the intake of protein. This study was a quantitative study with cross sectional design using Riskesdas data in 2010 in East Nusa Tenggara. The results show that 82% of children aged 7-12 years consumed protein less than they should. The average proportion of household expenditure on food is 69,3%. Multivariate statistical test shows that the proportion of children who lacked protein intake was more common in children with low energy intake, parents who had irregular income, lived in rural areas, family who does not utilize the service health, low in food expenditure and the percentage of food expenditure to total expenditure. While the factor that dominant the most is energy intake (OR 13,5). Further research is needed to determine the deeper relationship of energy and protein conduction.

Keyword:

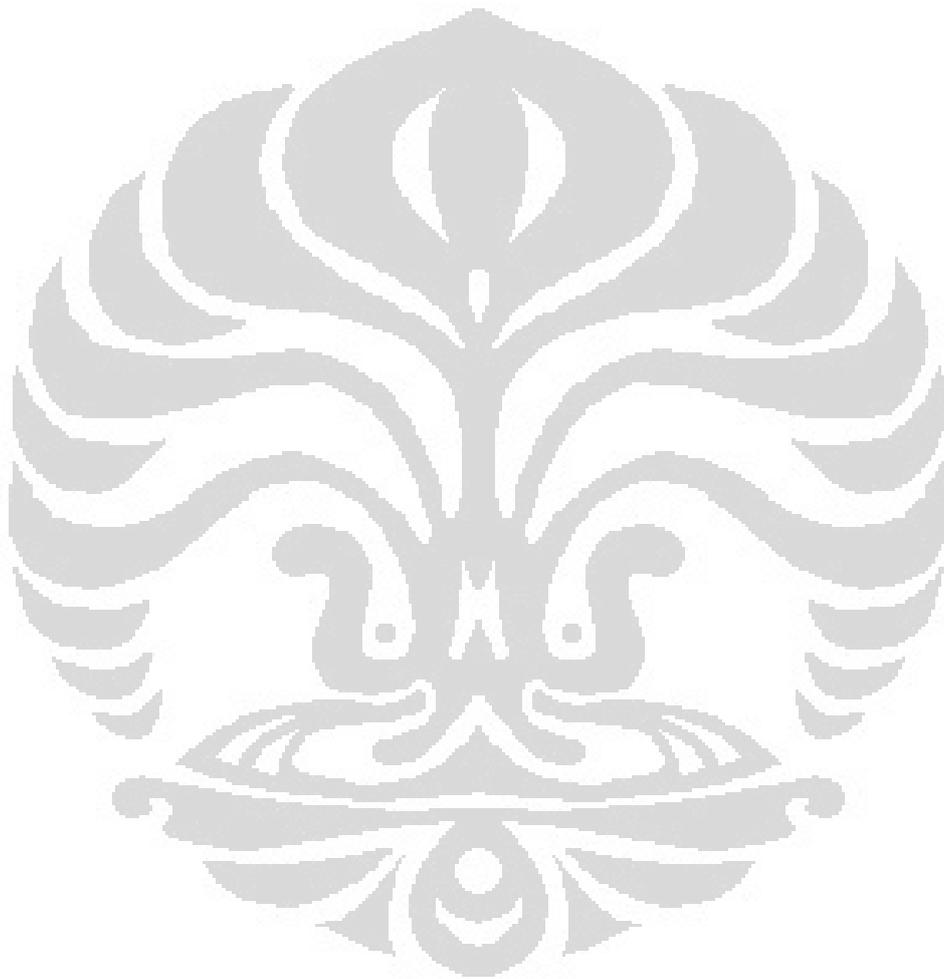
Children ages 7-12 years, consumption of protein, household expenditure, the adequacy of protein intake

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
SURAT PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Protein.....	7
2.2 Kecukupan Konsumsi Protein pada Anak Usia 7 – 12 tahun	9
2.3 Pengukuran Asupan Protein	11
2.4 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kecukupan Protein pada Anak ..	12
2.4.1 Asupan Energi	12
2.4.2 Jenis Kelamin dan Usia	12
2.4.3 Ketersediaan Bahan Pangan Protein.....	13
2.4.3.1 Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan	13
2.4.3.2 Wilayah Tempat tinggal	15
2.4.3.3 Krisis Ekonomi Sosial Negara.....	16
2.4.4 Pola Asuh	16
2.4.4 Faktor dari Lingkungan.....	18
2.4.5.1 Lingkungan keluarga.....	18
2.4.5.2 <i>Trend</i> masyarakat.....	19
2.4.5.3 Media massa	19
2.4.5.4 Pengaruh Teman Sebaya	20
2.4.5.5 Terkait Penyakit	20
2.5 Kerangka Teori.....	22

BAB III KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konsep	23
3.2 Definisi Operasional	24
3.3 Hipotesis.....	30
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	31
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian	31
4.3 Riskesdas 2010	31
4.4 Populasi dan Sampel.....	32
4.4.1 Populasi dan Sampel pada Riskesdas 2010	32
4.4.2 Populasi dan Sampel pada Penelitian	33
4.4.3 Kekuatan Uji/ <i>Power</i>	34
4.4.4 Kriteria Inklusi	36
4.4.5 Kriteria Eksklusi.....	36
4.5 Instrumen Penelitian	36
4.6 Pengumpulan Data.....	37
4.7 Manajemen Data.....	37
4.8 Analisis Data	38
4.8.1 Analisis Univariat.....	38
4.8.2 Analisis Bivariat.....	39
4.8.3 Analisis Multivariat	39
BAB V HASIL PENELITIAN	
5.1 Gambaran Umum Nusa Tenggara Timur.....	40
5.2 Hasil Analisis Univariat	42
5.3 Hasil Analisis Bivariat	51
5.4 Hasil Analisis Multivariat	59
BAB VI PEMBAHASAN	
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	63
6.2 Kecukupan Konsumsi Protein	63
6.3 Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan.....	65
6.4 Karakteristik Anak.....	66
6.4.1 Jenis Kelamin.....	66
6.4.2 Usia.....	67
6.4.3 Asupan Energi.....	68
6.5 Karakteristik Keluarga	69
6.5.1 Pekerjaan Orang tua	69
6.5.2 Pendidikan Orang tua	70
6.5.3 Jumlah Anggota Keluarga	71
6.5.4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	72
6.5.5 Adanya Anggota Keluarga yang Merokok.....	73
6.5.6 Wilayah Tempat Tinggal.....	74
6.6 Faktor yang Paling Dominan terhadap Kecukupan Konsumsi Protein	75

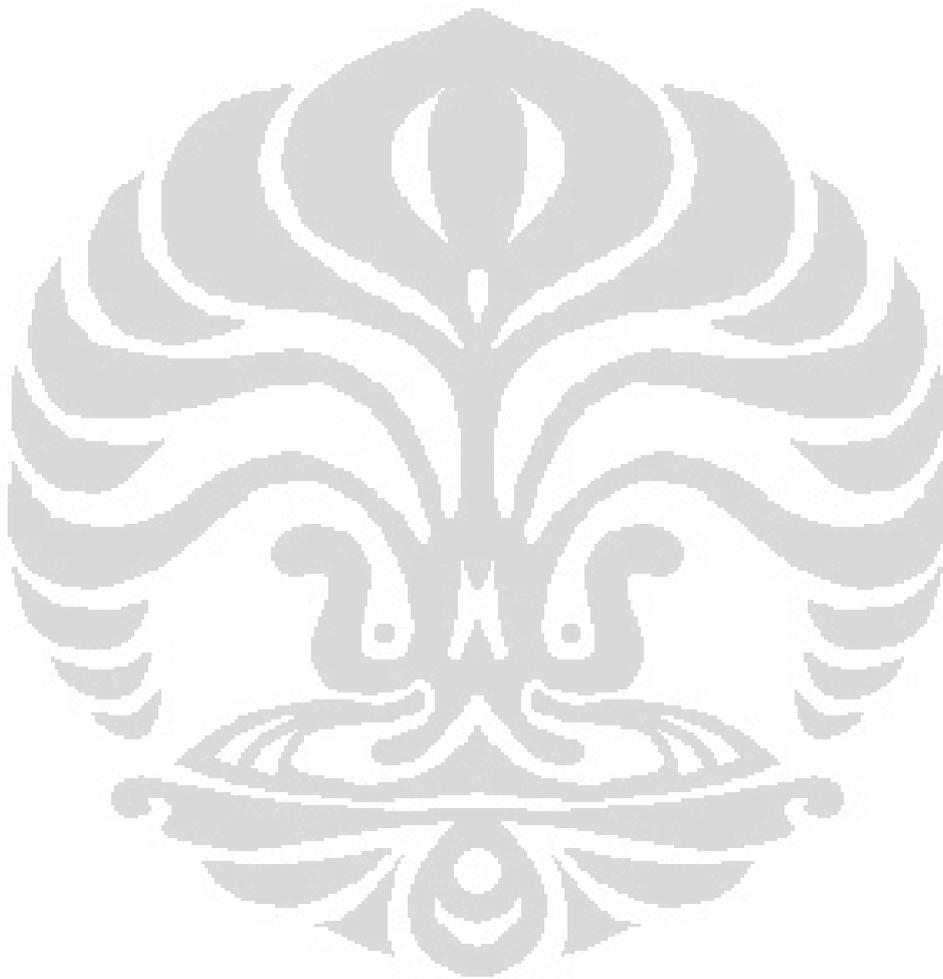
BAB VII PENUTUP	
7.1 Kesimpulan	76
7.2 Saran	
7.2.1 Bagi Peneliti dan Penelitian.....	77
7.2.2 Bagi Departemen Kesehatan.....	77
DAFTAR PUSTAKA	78
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

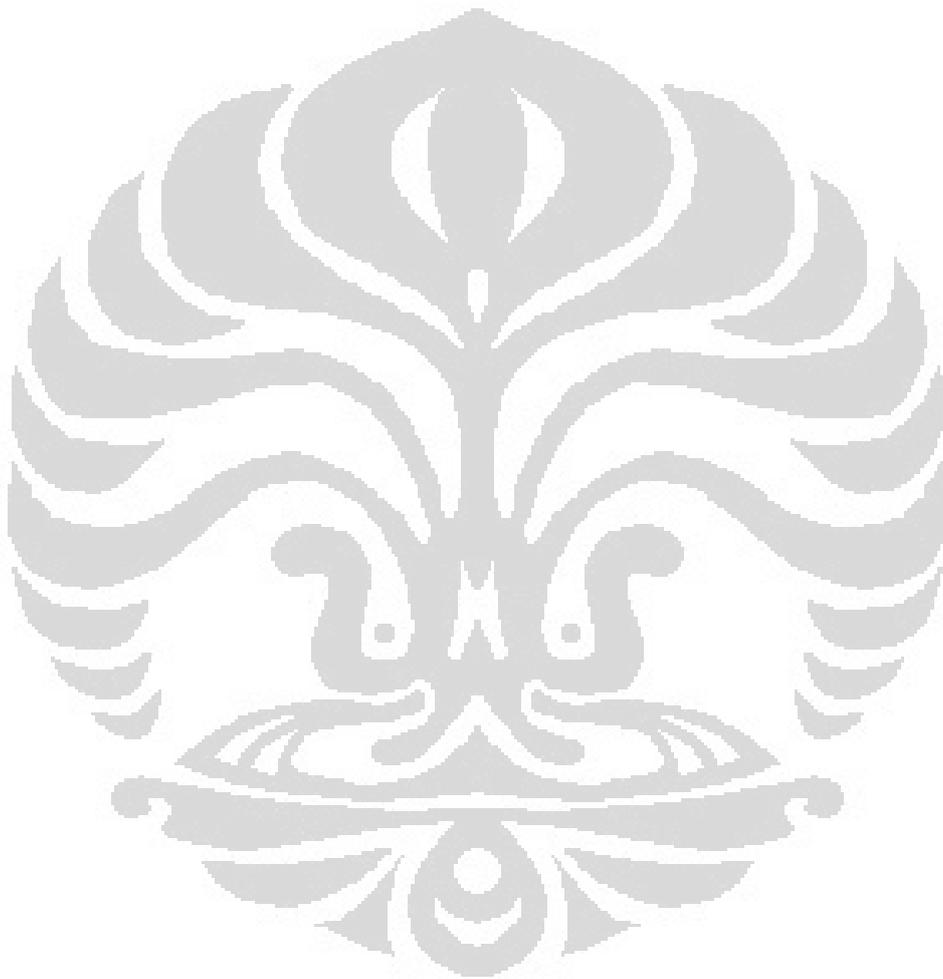
Tabel 2.1	Klasifikasi asam amino	7
Tabel 2.2	Pengukuran asupan protein	11
Tabel 3.1	Definisi Operasional	24
Tabel 4.1	Kekuatan Uji/ <i>Power</i> (β)	35
Tabel 5.1	Distribusi Kecukupan Protein pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	42
Tabel 5.2	Distribusi Pengeluaran RT pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	43
Tabel 5.3	Distribusi Karakteristik Anak pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	44
Tabel 5.4	Distribusi Pekerjaan Ayah pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	45
Tabel 5.5	Distribusi Pekerjaan Ibu pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	46
Tabel 5.6	Distribusi Pendidikan Ayah pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	47
Tabel 5.7	Distribusi Pendidikan Ibu pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	47
Tabel 5.8	Distribusi jumlah anggota keluarga pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	48
Tabel 5.9	Distribusi Pemanfaatan pelayanan kesehatan pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	49
Tabel 5.10	Distribusi anggota keluarga yang merokok pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	50
Tabel 5.11	Distribusi wilayah tempat tinggal pada Anak Usia 7–12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010	50
Tabel 5.12	Hubungan Pengeluaran Rumah Tangga dengan kecukupan konsumsi protein.....	51
Tabel 5.13	Hubungan Karakteristik Anak dengan kecukupan konsumsi protein	52
Tabel 5.14	Hubungan Pekerjaan orang tua dengan kecukupan konsumsi protein	53
Tabel 5.15	Hubungan Pendidikan orang tua dengan kecukupan konsumsi protein	55
Tabel 5.16	Hubungan Jumlah anggota keluarga dengan kecukupan konsumsi protein.....	56
Tabel 5.17	Hubungan Pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kecukupan konsumsi protein	57
Tabel 5.18	Hubungan anggota keluarga yang merokok dengan kecukupan konsumsi protein.....	57
Tabel 5.19	Hubungan wilayah tempat tinggal dengan kecukupan konsumsi protein	58
Tabel 5.20	Nilai p dari tiap variabel.....	59

Tabel 5.21	Model Awal Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda Model Risiko antar Variabel dengan Perilaku Penimbangan Balita.....	60
Tabel 5.22	Model Akhir Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda Model Risiko antar Variabel dengan Perilaku Penimbangan Balita.....	61



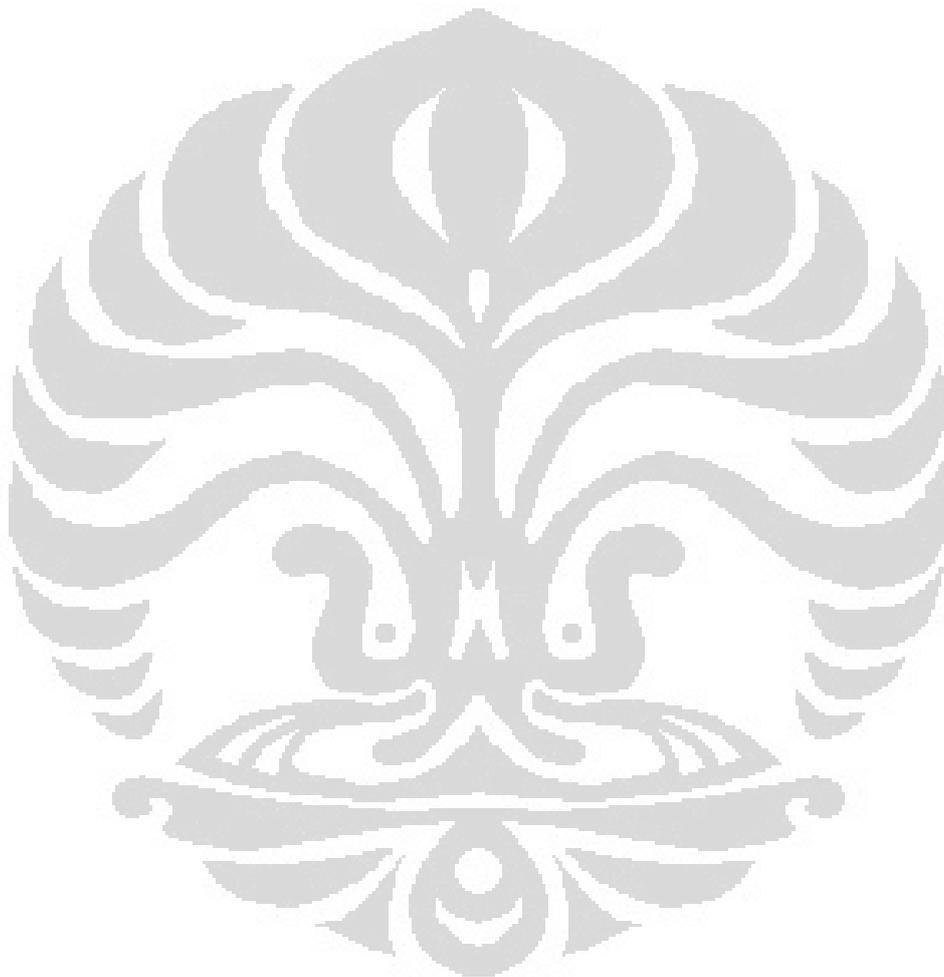
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Struktur Asam Amino	7
Gambar 2.2	Grafik pertumbuhan Anak hingga remaja	10
Gambar 2.3	Kerangka teori	22
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	23
Gambar 4.1	Alur Penarikan Sampel Penelitian	34



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Riskesdas
- Lampiran 2 Analisis SPSS
- Lampiran 3 Surat Ijin Pelaksanaan Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Risikesdas 2010 merupakan kegiatan riset kesehatan berbasis masyarakat yang diarahkan untuk mengevaluasi pencapaian indikator *Millenium Development Goals* (MDGs) bidang kesehatan di tingkat nasional dan provinsi. Dua dari lima indikator sebagai penjabaran tujuan pertama MDGs adalah menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita dan menurunnya jumlah penduduk dengan defisit energi (Risikesdas, 2010). Konsumsi protein menjadi salah satu perhatian penting yang merupakan salah satu penyebab terjadinya gizi kurang.

Pada anak - anak yang masih dalam masa pertumbuhan, protein sangat diperlukan dalam rangka pertumbuhan yang optimal. Selain itu, protein juga berfungsi dalam pembentukan antibodi, dan sebagai pengangkut zat gizi serta salah satu sumber energi (Almatsier, 2004). Faktor yang menentukan pertumbuhan tinggi badan seseorang, masih belum diketahui dengan jelas. Hasil analisis Golden dalam J. S. Garrow (1996) menyebutkan bahwa asupan protein lebih berperan dalam pertambahan tinggi seseorang dibandingkan dengan asupan energi. Jadi, dengan adanya suplementasi dalam hal pemberian susu pada anak, dapat menstimulasi pertambahan tinggi badan. Studi ini juga berkaitan dengan studi yang dilakukan di Papua Nugini pada penelitian Malcom tahun 1970. Mereka menemukan bahwa komponen protein dapat membantu anak untuk tumbuh dengan cepat. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Milward's tahun 1989, konsumsi protein yang cukup dapat menstimulasi suatu interaksi yang kompleks dari hormon pertumbuhan, insulin, dan faktor pertumbuhan lainnya yang berperan dalam pertambahan panjang tulang.

Pertumbuhan tinggi badan yang terhambat pada anak umumnya terjadi di negara yang sedang berkembang. Sebagai contoh, beberapa anak yang *stunted* keturunan Afrika - Jamaika dan anak Indian yang tinggal di Amerika Utara, gagal untuk mencapai pertumbuhan yang optimal pada masa pubertas walaupun tinggal di daerah negara yang sedang berkembang, disebabkan sudah ada gangguan

pertumbuhan saat masih bayi (Martorell, 1985). Gangguan pertumbuhan mungkin tidak menjadi masalah yang penting, namun kejadian di seluruh dunia terjadi peningkatan jumlah anak yang pendek. Menurut Grantham - McGregor (1991). Perkembangan mental yang terhambat pada anak juga di temukan pada mereka yang pendek, tetapi ini terjadi pada anak yang tingkat sosial ekonomi rendah dengan keterbatasan asupan gizi dan keadaan lingkungan yang tidak sehat. Ini membuktikan bahwa asupan memiliki peran penting dalam pertumbuhan tulang dan kecerdasan anak. Asupan gizi yang cukup pada anak akan berpengaruh pada status gizinya.

Indonesia kaya akan sumber daya alam, baik dengan letak geografis kepulauan yang berarti memiliki kekayaan hasil laut dan juga tanah yang subur. Seharusnya ketersediaan pangan tidak menjadi masalah bagi Indonesia dalam pemenuhan kecukupan gizi. Namun, distribusi yang belum merata menjadi faktor penyebab kurangnya distribusi makanan hingga tingkat rumah tangga yang mengakibatkan kecukupan asupan gizi belum optimal. Pengalokasian pengeluaran rumah tangga di Indonesia dalam Fabiosa (2005) untuk makanan sebesar 50,62% bagi mereka dengan pendapatan rendah mengalokasikan 52,58% pendapatannya untuk makanan sedangkan pendapatan tinggi hanya 16,97% dari pendapatannya untuk makanan. Pada konsumsi daging sebesar 5,13% dan untuk hasil peternakan 11,87%. Rendahnya konsumsi protein hewani tidak terlepas dari elastisitas harga bahan pangan tersebut. Penelitian yang sama, elastisitas harga tertinggi di Indonesia adalah pada daging dan produk peternakan yakni 0,730 dan 0,783 dibandingkan pada roti dan sereal, serta buah dan sayur masing – masing hanya 0,376 dan 0,421. Maksud dari elastisitas harga pangan adalah mengukur seberapa besar reaksi konsumen terhadap perubahan harga. Ini menunjukkan bahwa bahan pangan produk daging dan peternakan lebih mudah berubah harganya di pasaran dibandingkan pada roti dan sayur.

Perihal konsumsi susu, Indonesia menjadi negara dengan konsumsi rendah yakni 1,4 kg/orang/tahun di tahun 2000-an termasuk Malaysia (1,72 kg) dibandingkan dengan negara di Asia seperti Cina (4,66kg) dan Jepang (39,21 kg). Untuk konsumsi daging, Indonesia menjadi negara dengan konsumsi daging

Universitas Indonesia

terendah yakni 2,69 kg/orang/tahun termasuk negara dan Malaysia (1,29 kg) dibandingkan dengan negara Asia lainnya seperti China (4,69 kg) dan Jepang (10,04 kg). Sedangkan untuk konsumsi telur, Indonesia juga masih termasuk negara yang tingkat konsumsi telur rendah yakni 1,48 kg/orang/tahun dibandingkan dengan negara Asia lainnya seperti China (7,46 kg), Jepang (13,99 kg), dan Malaysia (37,32 kg). Konsumsi protein harian menurut FAO tahun 2007, Indonesia menjadi negara urutan kedua yang terendah dalam konsumsi protein setelah Kamboja. Penduduk Indonesia, rata – rata konsumsi proterin berasal dari bahan pangan padi – padian dibandingkan dengan protein hewani yang nilai biologi tinggi.

Menurut Riskesdas 2010, di Indonesia, persentase anak usia 7–12 tahun yang mengkonsumsi protein di bawah kebutuhan minimal adalah 30,6 persen. Persentase anak usia 7–12 tahun yang mengkonsumsi protein di bawah kebutuhan minimal terendah di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (13,8%), dan tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (58,1%).

Berikut ini akan dipaparkan mengenai faktor – faktor yang berhubungan dengan kecukupan protein. Hasil penelitian yang dilakukan di dua daerah di Nigeria menunjukkan bahwa kecukupan konsumsi protein berkaitan dengan pengeluaran rumah tangga untuk makanan dan karakteristik anak seperti usia dan jenis kelamin (Iyangbe dan Orewa, 2009). Penelitian ini dilakukan pada mereka dengan pendapatan rendah dengan melibatkan 90 rumah tangga dengan 460 orang yang dengan metode wawancara asupan sehari – hari menggunakan metode *food recall* 48 jam dengan sampel individu termasuk anak – anak usia di atas satu tahun.

Karakteristik keluarga menjadi faktor lainnya yang berhubungan dengan kecukupan protein pada anak. Hasil penelitian yang dilakukan di SLTP Negeri 57 Jakarta terhadap siswa peserta didik dengan jumlah sampel 100 orang menyimpulkan bahwa jenis pekerjaan ayah dan tingkat pendidikan ibu memiliki hubungan yang bermakna terhadap kecukupan protein (Oktaviani, 2007). Selain itu, faktor lainnya dalam penelitian yang dilakukan di Maluku dengan menggunakan data Susenas terhadap 994 rumah dengan 271 rumah tangga

Universitas Indonesia

menyimpulkan bahwa tingkat pendapatan, pekerjaan kepala keluarga, dan jumlah anggota keluarga memiliki hubungan bermakna terhadap kecukupan konsumsi protein (Zulfita, 2003).

Masih tingginya angka konsumsi protein dibawah kebutuhan minimal pada anak usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur, maka penulis tertarik untuk melihat faktor - faktor yang berhubungan serta mencari faktor paling dominan yang mempengaruhi kecukupan konsumsi protein di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Faktor - faktor tersebut adalah pengeluaran rumah tangga untuk makanan, karakteristik anak (jenis kelamin, usia dan asupan energi), dan karakteristik keluarga (pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua, jumlah anggota rumah tangga, pemanfaatan pelayanan kesehatan, adanya anggota keluarga yang merokok, dan wilayah tempat tinggal).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan Laporan Riskesdas tahun 2010, persentase kecukupan konsumsi protein dibawah kebutuhan pada anak usia 7 – 12 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur adalah 58,1 %. Angka prevalensi tersebut paling tinggi di Indonesia dibandingkan dengan angka prevalensi nasional yaitu 30,6% serta provinsi-provinsi disekitarnya yaitu provinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 37,3 % (Riskesdas, 2010).

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran proporsi Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan dengan Kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010?
2. Bagaimana gambaran Karakteristik Anak (Jenis Kelamin, Usia, dan Asupan Energi) dan Karakteristik Keluarga (Pekerjaan Orang Tua, Pendidikan Orang Tua, Jumlah Anggota Rumah Tangga, Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, Adanya Anggota Keluarga yang Merokok, dan Wilayah Tempat Tinggal) dengan kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010?

Universitas Indonesia

3. Bagaimana hubungan antara Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan dengan kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010?
4. Bagaimana hubungan antara Karakteristik Anak (Jenis Kelamin, Usia, dan Asupan Energi) dan Karakteristik Keluarga (Pekerjaan Orang Tua, Pendidikan Orang Tua, Jumlah Anggota Rumah Tangga, Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, Adanya Anggota Keluarga yang Merokok, dan Wilayah Tempat Tinggal) dengan kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010?
5. Faktor apa yang paling dominan terhadap kecukupan protein pada usia 7–12 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur 2010 ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuinya faktor yang paling dominan dengan kecukupan protein pada anak usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.
2. Mengetahui gambaran proporsi Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan dengan kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.
3. Mengetahui gambaran Karakteristik Anak dan Karakteristik Keluarga dengan kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.
4. Mengetahui hubungan antara Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan dengan kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.
5. Mengetahui hubungan antara Karakteristik Anak dan Karakteristik Keluarga dengan kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.

Universitas Indonesia

6. Mengetahui faktor yang paling dominan terhadap kecukupan protein pada usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini dapat digunakan untuk:

1. Memberikan informasi bagi institusi kesehatan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kecukupan konsumsi protein pada anak - anak sehingga dapat melakukan upaya-upaya pencegahan untuk menaikkan prevalensi kecukupan konsumsi protein.
2. Memberikan masukan bagi institusi kesehatan baik pemerintah maupun swasta dalam pengambilan kebijakan mengenai program konsumsi gizi pada usia 7 – 12 tahun di Nusa Tenggara Timur.
3. Pihak institusi dapat menjadikan penelitian ini sebagai bahan penunjang dalam evaluasi program kesehatan terkait masalah konsumsi gizi.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini akan membahas mengenai gambaran kecukupan konsumsi protein dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kecukupan konsumsi protein, yaitu pengeluaran rumah tangga untuk makanan, karakteristik anak, dan karakteristik keluarga, serta mencari faktor yang paling dominan terhadap kecukupan protein. Subyek penelitian ini adalah anak usia 7 -12 tahun yang berlokasi di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Subyek dan lokasi tersebut dipilih karena prevalensi kecukupan konsumsi protein pada anak usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur ini tertinggi di Indonesia.

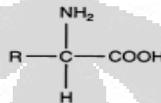
Penelitian ini menggunakan data sekunder Laporan Riskesdas 2010 yang dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional* (potong lintang). Peneliti ingin menganalisis lebih lanjut terhadap data- data yang berhubungan dengan tujuan yang diharapkan mulai dari Februari hingga Juni 2012.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Protein

Protein adalah makromolekul yang terdiri dari subunit asam amino. Asam amino terdiri dari atom karbon yang terikat pada satu gugus karboksil (-COOH), satu gugus asam amino (-NH₂), satu gugus hidrogen (-H) dan satu gugus radikal (-R) atau rantai cabang (Eastwood, 2003).



Gambar 2.1 struktur asam amino

Asam amino di klasifikasi menjadi asam amino esensial dan tidak esensial. Asam amino esensial adalah asam amino yang tidak dapat diproduksi oleh tubuh sehingga hanya diperoleh dari makanan yang dikonsumsi. Asam amino tidak esensial adalah asam amino yang diproduksi sendiri oleh tubuh. Asam amino esensial terbagi atas 2 jenis yaitu asam amino tidak esensial bersyarat (*conditional essential amino acid*) dan asam amino tidak esensial. Asam amino tidak esensial bersyarat adalah asam amino yang disintesis dari asam amino lain dan memerlukan prekursor dalam proses sintesisnya (Almatsier, 2004). Klasifikasi asam amino dapat dilihat pada Tabel 2.1

Tabel 2.1 Klasifikasi asam amino menurut esensial, tidak esensial bersyarat dan tidak esensial

Asam Amino		
Esensial	Tidak esensial bersyarat	Tidak esensial
Leusin	Prolin	Glutamat
Isoleusin	Serin	Alanin
Valin	Arginin	Aspartat
Triptofan	Tirosin	Glutamin
Fenilalanin	Sistein	
Metionin	Trionin	
Treonin	Glisin	
Lisin		
Histidin		

Diet seimbang akan terpenuhi jika terpenuhinya kedua jenis asam amino baik esensial maupun tidak esensial. Ikatan pada asam amino membentuk protein sehingga memiliki fungsi yang berbeda – beda dalam tubuh. Pada rangka tubuh, protein memiliki fungsi pada skeleton dan sebagai zat pendukung pada jaringan, kulit dan jaringan epitel, selain itu juga berfungsi sebagai penghubung pada jaringan. Protein juga berfungsi sebagai antibodi dengan hasil zat sisa seperti kreatin, respon terhadap radang dan menjadi pelindung bagi sel. Fungsi protein lainnya adalah sebagai alat transportasi pada protein plasma seperti albumin dan transferrin, hormon seperti insulin, glukagon, hormon pertumbuhan, dan pada membran sel. Selain itu, protein juga berperan dalam hal sistem pencernaan, penggumpalan darah, serta proses metabolisme seperti glikolisis, sintesa protein, siklus asam sitrat, dan siklus urea (Jackson dalam Mann dan Truswell, 2002). Whitney dan Rofles (2007) dalam bukunya *Understanding Nutrition* juga menyebutkan fungsi protein lainnya adalah protein sebagai pengatur cairan dan keseimbangan asam-basa dalam tubuh. Tubuh juga dapat menggunakan protein sebagai sumber energi jika konsumsi karbohidrat dan lemak sedikit.

Protein terbagi atas 2 jenis yaitu protein yang berasal dari hewan atau protein hewani dan protein yang berasal dari tumbuhan atau protein nabati. Sumber makanan yang mengandung protein memiliki kualitas yang berbeda sesuai dengan tipe asam amino yang terkandung dalam makanan tersebut. Makanan dengan kualitas protein yang tinggi memiliki kesembilan jenis asam amino esensial yang biasanya terdapat pada protein hewani seperti susu, keju, daging, telur, dan olahan produk hewani. Protein nabati umumnya tidak memiliki asam amino esensial yang lengkap, seperti yang terdapat dalam padi- padian dan bahan makanan lain kecuali pada kacang kedelai (Brown, 2005).

Makanan yang mengandung protein akan dipecah dari rantai polipeptida yang panjang menjadi pendek dengan bantuan enzim. Polipeptida dipecah menjadi tripeptida, dipeptida dan akhirnya menjadi asam amino. Pencernaan atau hidrolisis protein dimulai di lambung, dengan bantuan asam klorida akan mengalami denaturasi dan dipecah menjadi bentuk yang lebih sederhana. Asam klorida yang akan mengubah enzim pepsinogen tidak aktif yang dikeluarkan lambung menjadi bentuk aktif pepsin. Setelah itu, pencernaan dilanjutkan di

dalam usus halus dengan campuran enzim protease. Pankreas yang akan mengeluarkan cairan yang bersifat sedikit basa dengan prekursor *protease*, seperti *trypsinogen*, *kimotrypsinogen*, *prokarbosipeptidase*, dan *proelastase*. Enzim ini yang akan menghidrolisis ikatan peptida tertentu. Kimus pada usus halus akan merangsang enzim *enterokinase* yang merubah *trypsinogen* yang tidak aktif *trypsin* menjadi aktif, dan *kimotrypsinogen* diubah menjadi *kimotrypsin* aktif

Hasil akhir dari pencernaan protein yang berupa asam amino akan diabsorpsi. Asam amino dapat digunakan untuk energi atau untuk sintesa jika diperlukan. Asam amino tidak digunakan oleh usus, melainkan hanya sebagai transportasi membran sel menuju aliran kapiler darah menuju hati (Whitney dan Rolfes, 2008). Kadang – kadang protein yang dikonsumsi belum masuk ke usus halus, sudah muncul dalam darah. Ini dapat terjadi bagi mereka yang memiliki alergi pada makanan tertentu seperti telur atau susu.

Ketika protein digunakan menjadi energi, tidak seperti karbohidrat maupun lemak, protein menghasilkan zat sisa seperti racun dalam tubuh yaitu amonia yang seharusnya dibuang oleh tubuh. Hati yang akan mengubah amonia menjadi urea dan dialirkan menuju melalui aliran darah.

2.2 Kecukupan Konsumsi Protein pada Anak Usia 7 – 12 tahun

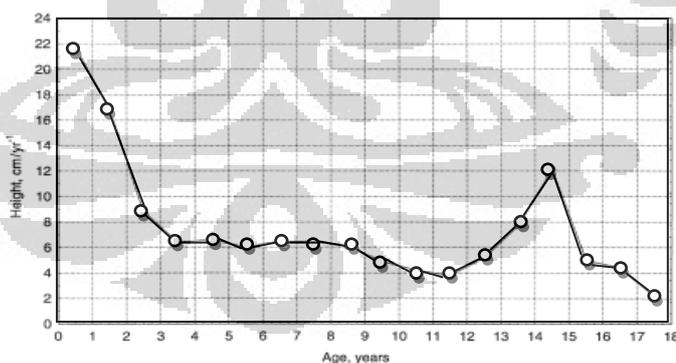
Lebih dari 40 persen protein dalam tubuh terdapat pada otot rangka dan lebih dari 25 persen terdapat dalam organ. Kecukupan protein menjadi sangat penting untuk asupan gizi yang sehat, karena asam amino pada tubuh terbentuk berasal dari protein makanan. Penelitian menunjukkan bahwa protein penting dalam pemeliharaan komposisi tubuh, kesehatan tulang, homeostatis glukosa, berat tubuh dan keseluruhan mengenai kesehatan.

Kebutuhan protein berbeda antar satu sama lain dan berbeda dalam tahap kehidupan. Kebutuhan protein menurut FAO/WHO/UNU adalah sebagai level tingkat terendah dari asupan protein yang akan seimbang jumlahnya dengan nitrogen yang hilang. Kebutuhan protein diperlukan pada anak dan ibu hamil atau menyusui sebagai deposito dari jaringan atau sekresi dari asi yang baik dan konsisten untuk kesehatan yang baik.

Protein yang dikonsumsi berkisar 10 -12 persen dari total energi yang diasup. Asupan protein yang aman dikonsumsi orang dewasa adalah tidak kurang dari 1 g/kg/hari (Berdanier, 2002). Pada Kecukupan protein pada anak dalam Angka Kecukupan Gizi dalam WNPG 2004 kecukupan konsumsi protein pada anak usia 7 – 9 tahun adalah 45 gram, sedangkan anak pada usia 10 – 12 tahun adalah 50 gram.

Pada anak, kebutuhan protein menjadi salah satu faktor pendukung terhadap kecepatan pertumbuhan yang optimal. Pertumbuhan dimulai sejak dalam kandungan antara usia gestasi 20 hingga 30 minggu, pertumbuhan janin sangat sulit untuk diukur karena masih di dalam kandungan. Pertumbuhan akan tumbuh dengan cepat selama hamil antara 11 dan 14 minggu postmenstruasi. Setelah lahir, bayi mengalami pertumbuhan yang cepat atau sering kita kenal dengan sebutan “*Window of Opportunity*”. Setelah 2 tahun pertama bayi, selanjutnya pertumbuhan bayi menjadi anak tetap tumbuh walaupun tidak terlalu signifikan seperti saat usia 2 tahun pertama. Setelah itu akan pertumbuhan yang optimal kembali di usia setelah 14 tahun yakni pada masa pubertas. Untuk itu, dibutuhkan asupan gizi yang mencukupi sebagai “modal” untuk pertumbuhan yang optimal di fase hidup selanjutnya dalam mencapai “*growth spurt*”.

Grafik pertumbuhan bayi hingga dewasa dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.2 Grafik pertumbuhan anak hingga remaja : The growth of De Monthrbeilard's son 1759 – 1777 ; Velocity dalam Noel Cameron 2002)

2.3 Asupan Protein

Pengukuran asupan dapat dilakukan dengan berbagai metode dapat dilihat pada Tabel. 2.2.

Tabel 2.2 Pengukuran Asupan Protein (Eastwood, 2002 dan Leonberg dalam American Dietetic Association, 2009)

Metode	Deskripsi	Kelebihan	Kekurangan
<i>Food recall</i> 24-jam	Makanan, minuman, dan konsumsi suplemen dalam 24 jam terakhir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat dan sederhana 2. Mudah untuk dilakukan 3. Tidak membutuhkan keterampilan dalam baca dan tulis 4. Tidak mempengaruhi pola konsumsi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakpercayaan akan keakuratan hasil <i>recall</i> 2. Tidak mewakili kebiasaan makan 3. Pewawancara harus mengerti dalam interpretasi ukuran porsi
<i>Food Frequency</i>	Dengan cara mengisi sebuah kuesioner yang sudah di desain sebelumnya untuk mengetahui frekuensi dan jumlah makanan yang dikonsumsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lebih bermanfaat jika digunakan dengan kombinasi 24 jam <i>food recall</i> 2. Mudah untuk distandardisasikan 3. Dapat dilakukan sendiri oleh responden. 4. Dapat membantu menjelaskan hubungan antara penyakit dan kebiasaan makan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membutuhkan ingatan responden untuk mengingat makanan yang dikonsumsi 2. Tidak dapat untuk menghitung asupan zat gizi sehari. 3. Membutuhkan responden yang memiliki kemampuan baca dan tulis 4. Dalam daftar makanan mungkin tidak mewakili keseluruhan makanan yang dikonsumsi.
<i>Food Records</i>	Meminta responden mencatat semua yang dikonsumsi setiap kali sebelum makan dalam periode waktu tertentu seperti 3 atau 7 hari.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak membutuhkan kemampuan mengingat yang khusus 2. Mudah untuk menghitung jumlah 3. Lebih baik dibandingkan <i>food recall</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membutuhkan responden yang memiliki kemampuan baca dan tulis 2. Membutuhkan komitmen responden. 3. Ada kebiasaan responden mengubah kebiasaan makannya. 4. Dalam mencatat makan, harus dengan porsi yang tepat
<i>Food weighing</i>	Responden / petugas mencatat asupan yang dikonsumsi secara langsung di observasi atau diperiksa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi langsung pola makan responden lebih baik daripada percaya atas interpretasi dari responden 2. Sangat berguna bagi pasien rumah sakit atau yang membutuhkan waktu yang lama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memerlukan waktu dan peralatan. 2. Membutuhkan tenaga pengumpul data harus terlatih 3. Memerlukan kerjasama yang baik dengan responden. 4. Sangat sering tidak akurat
<i>Dietary history</i>	Metode ini bertujuan untuk mengetahui pola konsumsi baik frekuensi maupun kuantitas makanan yang dimakan pada masa yang lalu.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya relatif murah. 2. Memberikan informasi konsumsi pada periode yang panjang secara kualitatif dan kuantitatif. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membutuhkan waktu yang lama 2. Sangat susah untuk dilakukan karena membutuhkan tenaga khusus 3. Data yang dikumpulkan lebih bersifat kualitatif. 4. Susah untuk menentukan jumlah makanan yang dikonsumsi

2.4 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kecukupan Protein pada Anak

Penelitian yang dilakukan untuk mengetahui pola makan anak sangat berpengaruh pada karakteristik baik dari anak tersebut maupun lingkungan sosial. Perilaku anak lebih suka untuk memakan makanan yang tersedia di rumah dan mudah untuk didapatkan serta dalam porsi yang besar. Pengaruh dari lingkungan sosial termasuk sosial-ekonomi keluarga, faktor sosio-budaya seperti pendidikan orang tua dan pengaruh budaya.

Faktor yang mempengaruhi konsumsi anak lebih jelasnya dijelaskan berikut ini.

2.4.1 Asupan Energi

Asupan energi berkaitan dengan konsumsi protein karena protein salah satu sumber energi dengan menghasilkan 4 kkal/gram. Protein akan diubah menjadi energi terakhir setelah karbohidrat dan lemak. Semakin tinggi konsumsi protein, makan semakin tinggi pula energi yang dihasilkan. Namun belum tentu sebaliknya, asupan energi tinggi belum tentu disebabkan konsumsi protein tinggi. Perlu diperhatikan bahwa konsumsi protein yang berlebihan tidak bermanfaat bagi tubuh karena protein tidak di simpan didalam tubuh. (Almatsier, 2004).

2.4.2 Jenis Kelamin dan Usia

Usia dan jenis kelamin salah satu faktor yang mempengaruhi kecukupan protein pada anak. Semakin tinggi usia semakin menurun kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehingga membutuhkan energi lebih besar. Perempuan, lebih banyak mengandung lemak dalam tubuhnya yang berarti bahwa lebih banyak jaringan tidak aktif dalam tubuhnya meskipun berat badan yang sama dengan anak laki – laki. Energi yang diperlukan 10% lebih rendah dari laki-laki. Kebutuhan gizi anak laki-laki lebih besar dari perempuan (Kartasapoetra dan Marsetyo, 2008).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kulsum di india pada anak usia 4 – 14 tahun, menunjukkan bahwa adanya perbedaan dari konsumsi protein pada anak laki – laki dan perempuan. Perbedaan tersebut terletak pada pemilihan jenis makanan yang dikonsumsi, begitu juga dengan bertambahnya umur juga

memengaruhi konsumsi protein. Persentasi kecukupan pada anak perempuan lebih baik dibandingkan anak laki – laki (Kulsum *et al*, 2008).

2.4.3 Ketersediaan Bahan Pangan Protein

2.4.3.1 Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan

Makanan adalah kebutuhan utama manusia sehingga dalam keadaan pendapatan rendah sebagian besar pendapatan tersebut akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan makanan. Semakin meningkat pendapatan biasanya semakin berkurang presentase yang dibelanjakan untuk makan. Hal tersebut sesuai dengan hukum Engel yang mengatakan bahwa jika pendapatan meningkat, proporsi pengeluaran untuk makanan terhadap pendapatan total menurun (Berg 1986).

Tingkat pengeluaran terdiri atas dua kelompok, yaitu pengeluaran untuk makanan dan bukan makanan. Tingkat kebutuhan / permintaan (*demand*) terhadap kedua kelompok tersebut pada dasarnya berbeda - beda. Dalam kondisi pendapatan terbatas, kebutuhan makanan didahulukan, sehingga pada kelompok masyarakat berpendapatan rendah akan terlihat bahwa sebagian besar pendapatannya digunakan untuk membeli makanan.

Pola konsumsi dan pengeluaran rumah tangga umumnya berbeda antar agroekosistem, antar kelompok pendapatan, antar etnis atau suku dan antar waktu. Struktur pengeluaran rumah tangga merupakan salah satu indikator tingkat kesejahteraan rumah tangga (Rachman, 2001). Rumah tangga dengan pengeluaran pangan yang tinggi, tingkat kesejahteraannya pun relatif lebih tinggi dibandingkan dengan yang pengeluarannya rendah. Pengeluaran rumah tangga tak terlepas dari pendapatan keluarga tersebut yang berpengaruh terhadap daya beli pangan. Daya beli pangan biasanya didefinisikan sebagai kemampuan ekonomi rumah tangga untuk memperoleh bahan pangan yang ditentukan oleh besarnya alokasi pendapatan untuk pangan, harga bahan pangan yang dikonsumsi, dan jumlah anggota rumah tangga (Foster, 1992).

- Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga memiliki peran penting dalam penyajian bahan pangan untuk dikonsumsi. Dengan meningkatnya pendapatan seseorang, maka akan terjadi perubahan dalam susunan makanan. Bagi mereka dengan pendapatan rendah, pengeluaran rumah tangga akan menjadi lebih besar persentasenya dibanding dengan mereka dengan pendapatan tinggi. Namun, pengeluaran uang yang lebih banyak untuk makan tidak menjamin bahwa variasi makanan yang disajikan dalam rumah tangga beragam.

Tingkat penghasilan ikut menentukan jenis pangan apa yang akan dibeli dengan adanya tambahan uang. Semakin tinggi penghasilan, semakin besar pula persentase dari penghasilan tersebut dipergunakan untuk membeli buah, sayur mayur dan berbagai jenis bahan pangan lainnya. Jadi, penghasilan merupakan faktor penting bagi kuantitas dan kualitas.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Iyangbe dan Orewa (2009) di Nigeria menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pendapatan seseorang dengan konsumsi protein pada anak. Mereka menemukan bahwa konsumsi protein hewani lebih rendah dari yang direkomendasikan seharusnya di kelompok yang berpendapatan lebih rendah.

- Adanya Anggota Keluarga yang Merokok

Merokok adalah bagian dari gaya hidup sebagian besar orang. Tidak hanya mereka dengan gaya hidup dengan pendapatan tinggi, begitu pula bagi mereka dengan pendapatan rendah. Dalam hal pendapatan dan pengeluaran rumah tangga, semakin tidak tahan pangan suatu rumah tangga, semakin tinggi proporsi pengeluaran untuk tembakau, atau rumah tangga rawan pangan mempunyai alokasi pengeluaran tembakau yang paling banyak dibanding dengan kelompok rumah tangga lainnya (Saliem dan Ariningsih, 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Yi Lin *et al* (2011) di Belgia menunjukkan bahwa status merokok dari orang tua memiliki hubungan dengan total asupan protein yang dikonsumsi oleh anak *pre-schooler*. Dan Berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) September 2011 yang diumumkan Badan Pusat Statistik (BPS), Senin 2 Januari 2012, komoditas

makanan yang memberi sumbangan terbesar pada Garis Kemiskinan adalah beras. Bahan makanan itu menyumbang kemiskinan sebesar 26,60% di perkotaan dan 33,71% di perdesaan. Rokok kretek filter memberikan sumbangan terbesar ke dua kepada Garis Kemiskinan (8,31% di perkotaan dan 7,11% di perdesaan). Ini menunjukkan bahwa konsumsi rokok sebagai sumbangsih pengeluaran rumah tangga menjadi besar akibat besarnya konsumsi rokok di Indonesia.

- Jumlah Anggota Keluarga

Besar jumlah anggota keluarga sangat penting dalam hal pembatasan jumlah makanan yang dikonsumsi dalam satu keluarga dengan makanan yang tersedia dalam rumah tangga terutama pada keluarga dengan pendapatan rendah. Jika jumlah anggota keluarga bertambah, biasanya dalam hal menyangkut kebutuhan dan ketersediaan, rumah tangga tersebut lebih memilih untuk mengurangi konsumsi bahan pangan hewani diganti menjadi lebih murah atau tetap mengonsumsi dengan jumlahnya dikurangi (Suhardjo, 1989).

Penelitian yang dilakukan oleh Zulfita tahun 2003 di Maluku dengan menggunakan data Susenas terhadap 994 rumah dengan 271 rumah tangga menyimpulkan bahwa Tingkat Pendapatan, Pekerjaan Kepala Keluarga, dan Jumlah Anggota Keluarga memiliki hubungan bermakna terhadap kecukupan konsumsi protein (Zulfita, 2003).

2.4.3.2 Wilayah Tempat Tinggal

Riskesdas 2010 menjelaskan bahwa persentase rumah tangga di perkotaan lebih tinggi tingkat konsumsi energi dibandingkan perdesaan. Begitu pula dengan konsumsi protein, di kota akses mendapatkan makanan dengan variasi beragam lebih mudah ditemukan baik di pasar maupun pusat perbelanjaan. Makanan yang segar maupun bentuk produk olahan dengan kualitas ekspor dan impor tetapi dengan harga yang cukup mahal. Sedangkan di perdesaan, variasi serta akses memperoleh sumber protein hewani lebih terbatas.

Penelitian yang dilakukan oleh Kulsum di daerah Mysore India, menunjukkan hasil bahwa anak perempuan dengan usia 10 - 14 tahun lebih tinggi

di perkotaan dalam memenuhi kecukupan protein sebesar 64 - 99% dari kebutuhan seharusnya bagi mereka yang tinggal dipertanian dibandingkan perdesaan (Kulsum *et al*, 2008).

2.4.3.3 Krisis Ekonomi Sosial Negara

Negara sebagai kesatuan yang memiliki pengaruh besar terhadap regulasi harga dan ketetapan pangan. Status ekonomi, geografi, dan politik memiliki pengaruh atas asupan seseorang. Sebagai contoh, elastisitas harga bahan pangan menjadi tugas pemerintah untuk mengontrol harga agar tetap dapat dikonsumsi oleh penduduknya. Masalah malnutrisi sering kali dikaitkan dengan pertumbuhan ekonomi dan masalah gizi.

2.4.4 Pola Asuh

Pola asuh anak menjadi penting dalam pembentukan perilaku kebiasaan makan. Ibu yang menyediakan makanan di rumah memiliki pengetahuan akan gizi yang dapat diukur dari tingkat pendidikan ibu. Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, proses, perbuatan, cara mendidik (Notoatmojo, 2003). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi yang diberikan sehingga semakin bertambah pula pengetahuan yang diduplikasinya. Pendidikan ibu merupakan faktor yang sangat penting. Tinggi rendahnya tingkat pendidikan ibu erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan terhadap penyediaan bahan makanan terutama makanan bergizi yang sangat dibutuhkan bagi anak-anak dan keluarganya. Disamping itu pendidikan berpengaruh pula pada faktor sosial ekonomi lainnya seperti pendapatan, pekerjaan, kebiasaan hidup, makanan, perumahan dan tempat tinggal (Kardjati, 1985).

Tingkat pendidikan juga menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. Hal ini bisa dijadikan landasan untuk membedakan metode penyuluhan yang tepat. Dari kepentingan gizi keluarga, pendidikan diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi didalam keluarga dan bisa mengambil tindakan

secepatnya (Suhardjo, 2003). Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam kesehatan dan gizi. Seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan formal yang tinggi dapat mempunyai pengetahuan gizi yang tinggi pula (Atmarita & Fallah, 2004). Makin tinggi pendidikan, pengetahuan, keterampilan terdapat kemungkinan makin baik tingkat ketahanan pangan keluarga, makin baik pula pengasuhan anak, dan makin banyak keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada demikian juga sebaliknya (Depkes RI, 2004).

Pengetahuan ibu mengenai gizi, akan lebih baik dalam penyediaan makan dirumah dibandingkan dengan ibu yang memiliki pengetahuan sedikit. Lain halnya dengan ibu bekerja, sehingga mempecahkan pola asuh terhadap orang lain, ibu yang bijak akan tetap memantau pertumbuhan anak. Pengetahuan tentang gizi sangat mudah didapat, pemanfaatan pelayanan kesehatan dilingkungan sekitar dapat menjadi sarana ibu dalam menambah pengetahuan dalam hal pola asuh anak.

Dalam perkembangan terakhir, wanita menjadi hal yang umum terjadi. Ibu bekerja memiliki dua tanggung jawab sekaligus, yakni selain ibu harus tetap mengurus kebutuhan anak dan di sisi lain ibu dapat menambah pendapatan keluarga dengan bekerja sehingga lebih menguntungkan dalam hal menjaga kebutuhan nutrisi anak sebagai kompensasi dari menurunnya waktu dan kualitas dalam mengurus anak (Glick dan Sahn, 1997).

Banyak penelitian yang tertarik untuk mengetahui hubungan antara asupan gizi dan faktor sosio-ekonomi. Penelitian terakhir membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara kuantitas jumlah waktu orang tua dan keadaan asupan anak. (Engle et. al. 1999). Seperti waktu ibu yang bekerja terhadap asupan gizi anak, umumnya ibu yang bekerja tetap dapat mengasuh anak dengan baik dengan mempercayakan kepada pengasuh anak sehingga anak tetap terjaga asupannya.

Penelitian yang dilakukan oleh Oktaviani tahun 2007 menunjukkan bahwa karakteristik keluarga menjadi faktor lainnya yang berhubungan dengan kecukupan protein pada anak. Hasil Penelitian yang dilakukan di SLTP Negeri 57 Jakarta

terhadap siswa peserta didik dengan jumlah sampel 100 orang menyimpulkan bahwa jenis pekerjaan ayah dan tingkat Pendidikan Ibu memiliki hubungan yang bermakna terhadap kecukupan protein (Oktaviani, 2007).

Terkait pengetahuan dan pendidikan, akses kesehatan menjadi penting dalam hal sumber informasi mengenai gizi. Akses kesehatan mencakup pelayanan kedokteran (*medical service*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public healthservice*). Secara umum akses kesehatan masyarakat adalah merupakan sub-sistem akses kesehatan, yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Meskipun demikian, tidak berarti bahwa akses kesehatan masyarakat tidak melakukan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan) (Notoatmodjo, 2005)

Pengetahuan gizi ibu bisa menjadi penentu status gizi anak-anak maupun ibu itu sendiri. menurut Engel, Menon dan Hadad (1997) tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi terbatasnya akses terhadap praktek pengasuhan yang baik dan sarana kesehatan yang ada. Tingkat pendidikan ibu yang rendah dan pendapatan yang juga rendah umumnya menyebabkan kepercayaan diri ibu dalam mengakses sarana gizi dan kesehatan seperti Posyandu dan Puskesmas, termasuk aktivitas bina keluarga balita (BKB) rendah, sehingga amat perlu untuk dimotivasi. Aktivitas Posyandu tampak menurun seiring berkurangnya perhatian dan dukungan pemerintah dan masyarakat terhadap kegiatan Posyandu. Posyandu dengan kader umumnya sudah tua dan tidak terjadi regenerasi yang baik. Mengingat peran pentingnya sebagai agen perubahan di pedesaan, peningkatan kualitas dan kuantitas kader posyandu diperlukan dalam memperbaiki status gizi dan kesehatan masyarakat.

2.4.5 Faktor dari Lingkungan

2.4.5.1 Lingkungan Keluarga

Keluarga memiliki pengaruh yang paling utama dalam pembentukan karakter kebiasaan makanan pada anak. Perilaku makan orang tua menjadi acuan bagia anak, karena orang tua yang memperkenalkan makanan pada anak (Savage, 2007).

Anak tidak memiliki kemampuan untuk memilih makanan yang tepat untuk mereka konsumsi. Pada umumnya anak - anak hanya mengonsumsi makanan yang mereka suka, pentingnya peran orang tua dalam memperkenalkan jenis makanan yang sehat dengan gizi yang seimbang. Orang tua berperan dalam menyediakan makanan yang aman, sehat, memilih makanan utama dan *snack* pada anak. Anak itu sendiri yang akhirnya memilih berapa banyak yang mereka konsumsi (Satter, 2000).

2.4.5.2 *Trend* masyarakat

Makanan yang umumnya dikonsumsi seseorang sangat berpengaruh pada kemampuan untuk memperoleh makanan. *Trend* yang berkembang dalam masyarakat menjadi faktor yang penting dalam hal variasi pemilihan jenis makanan. Akhir- akhir ini sangat berkembang fenomena *western food*, dimana cenderung makanan *fast food* tinggi kalori dan protein. Makanan siap saji, minuman ringan berkarbonasi, dan produk daging olahan menjadi pilihan makanan dengan keistimewaan langsung santap sehingga tidak membutuhkan waktu yang lama dalam hal penyajian.

Sayangnya, dengan berkembang teknologi dan transportasi di masyarakat dengan *fast food* dan *delivery service* membentuk karakter baru pada masyarakat yang lebih sering makan di luar rumah dibandingkan makanan yang dimasak di rumah. Sebagai contoh di India, orang lebih banyak menyediakan waktu lebih dari setengah pendapatan mereka mengonsumsi makanan yang dimasak di rumah, berbeda dengan penduduk amerika, hanya 8% yang waktu yang mereka gunakan untuk makan masakan rumah (Neil dalam James, 2004).

2.4.5.3 Media Massa

Informasi mengenai gizi sangat mudah untuk di akses dengan kemajuan teknologi saat ini baik media cetak hingga media elektronik. Mudahnya dalam memperoleh pengetahuan seputar gizi, terkadang belum tentu informasi yang kita dapatkan benar. Sebagai contoh media elektronik yang paling digemari adalah televisi. Televisi bukan menjadi penyebab terjadinya masalah gizi, namun tayangan dari program televisi tersebut yang belum tentu memberikan informasi

yang benar. Banyak iklan di televisi yang meng-klaim produk mereka bergizi, padahal produk makanan yang di iklan televisi tersebut bergizi. Untuk itu, pengetahuan ibu memiliki peran penting dalam hal pemilihan tayangan yang tepat, serta dalam memilih bahan makanan yang baik atau tidak untuk dikonsumsi (Arisman, 2008).

2.4.5.4 Pengaruh Teman Sebaya

Kebiasaan makan pada anak – anak bergantung pada dua lingkungan utama, yakni lingkungan keluarga dan lingkungan sekolah yang menjadi perilaku konsumsi anak – anak. Yang menentukan pola kebiasaan makanan disekolah pada anak anak pengalaman dari pendidikan gizi di sekolah dan pengetahuan serta sikap terhadap makanan dari guru yang mengajarnya (Lund dan Burk dalam Suhardjo, 1989).

Di sekolah, pengaruh dari teman sebaya, merupakan lingkungan sosial yang muncul seiring bertambahnya umur dan berdampak pada perilaku dan pemilihan jenis makanan. Rentang usia ini, teman sebaya menjadi pengaruh penting dalam hal menolak jenis makanan tertentu atau pun mencoba makanan baru yang populer saat ini. Dalam memutuskan makanan apa yang akan dikonsumsi, penting adanya pengetahuan akan makanan yang baik di konsumsi dan tidak (Lucas *et al* dalam Mahan *et al*, 2012).

2.4.5.5 Terkait Penyakit

Kejadian malnutrisi sangat erat kaitannya dengan asupan dan status gizi. Asupan yang tidak cukup dalam waktu yang lama akan berdampak pada status gizi yang buruk dan daya tahan tubuh rendah yang mengakibatkan rentan akan penyakit. Begitu pula sebaliknya, seseorang dengan daya tubuh rendah memicu rendahnya nafsu makan dan mengakibatkan status gizi yang buruk.

Anak sering mengalami penurunan perihal nafsu makan akan berakibat terjadi pembatasan jumlah asupan makanan. Rendahnya daya tahan tubuh akan memicu penyakit akut akibat virus atau bakteri yang dalam waktu singkat akan mempengaruhi keseimbangan dalam tubuh, baik cairan, protein, maupun zat gizi lainnya. Untuk penyakit kronis seperti asma, gagal ginjal kronik atau penyakit

kronis lainnya akan sulit memperoleh asupan yang cukup untuk tumbuh secara optimal (Mahan *et al*, 2012).

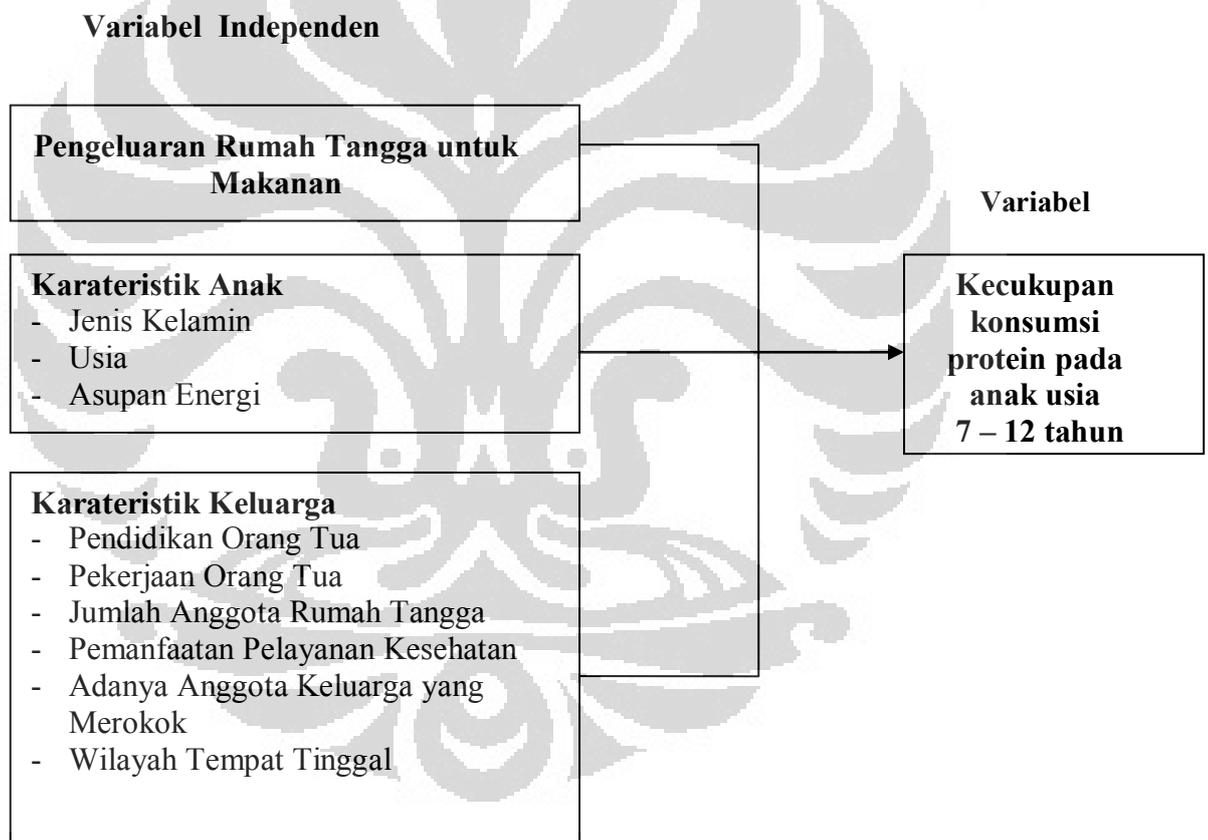
Tidak hanya pada penyakit akut dan kronis, protein juga sangat dibutuhkan untuk anak jika dalam kondisi fraktur tulang dan luka bakar akan berakibat banyaknya protein yang akan hilang. Untuk itu, dibutuhkan jumlah energi dan protein yang lebih tinggi terutama jika terjadi pada anak. Sebagian protein yang hilang tersebut sangat dibutuhkan terutama pada pemulihan jaringan tubuh serta berperan dalam sekresi hormon oleh kelenjar adrenal. Hormon ini nantinya akan memproduksi dengan jumlah yang besar untuk membantu mempercepat proses pemulihan karena akan membangun jaringan baru. Produksi jaringan yang baru dan pemecahan jaringan yang rusak dapat terjadi dengan waktu yang bersamaan. Untuk itu dibutuhkan jumlah protein yang banyak dengan kualitas protein yang bernilai biologis tinggi pula. Selain jumlah protein tinggi, pada anak juga harus diberikan asupan air lebih banyak pula karena akan berpengaruh pada sistem ekskresi pada ginjal akibat proses metabolisme protein (Brown, 2005).

BAB 3

KERANGKA KONSEP, DEFENISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

Penelitian ini ingin mengetahui hubungan antara pengeluaran rumah tangga untuk makan, karakteristik anak (jenis kelamin, usia, dan asupan energi) dan karakteristik keluarga (pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua, jumlah anggota keluarga, pemanfaatan pelayanan kesehatan, adanya anggota keluarga yang merokok, jumlah ruangan pada rumah tangga dan wilayah tempat tinggal).



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

3.2 Definisi Operasional

Peneliti memaparkan definisi operasional guna menghindari kesalahan persepsi mengenai variabel yang diteliti pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi Operasional, Alat Ukur, Cara Ukur, Hasil Ukur, dan Skala Ukur Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
A. DEPENDEN					
Asupan Protein	Konsumsi protein dalam gram/hari, kemudian dibandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan sesuai dengan jenis kelamin dan usia	Observasi data Riskasdas 2010	Kuesioner Riskasdas 2010 No. RKD10.RT.IX	1 = Kurang, konsumsi protein <80% AKG 2= Cukup, konsumsi protein ≥80% AKG (Riskasdas,2010)	Ordinal
B. INDEPENDEN					
1. Pengeluaran Rumah Tangga Untuk Makanan	Besarnya pengeluaran rumah tangga uang dikeluarkan untuk makanan dalam satu bulan (rupiah)	Observasi data Riskasdas 2010	Kuesioner Riskasdas 2010 No. RKD10.RT.VIIA kolom 2	1 = Rendah, < Rp. 1.060.000,- dari total pengeluaran RT 2 = Tinggi, ≥ Rp. 1.060.000,- dari total pengeluaran RT (Median data)	Ordinal

Universitas Indonesia

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
2. Proporsi Pengeluaran Rumah Tangga Untuk Makanan	Besarnya pengeluaran rumah tangga uang dikeluarkan untuk makanan dalam satu bulan (rupiah) terhadap total pendapatan keluarga dalam satu bulan (rupiah).	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.VIIA kolom 2.	1 = Rendah, < 51,43% dari total pengeluaran rumah tangga 2 = Tinggi, \geq 51,43% dari total pengeluaran rumah tangga. (BPS, 2012)	Ordinal
3. Karakteristik Anak					
Jenis kelamin	Identitas yang dibedakan secara fisik berdasarkan organ genitalis ekseternal.	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.IV kolom 4.	1 = laki - laki 2 = perempuan	Nominal
Usia	Usia atau lama waktu hidup responden dihitung dalam bulan sejak lahir sampai ulang bulan terakhir	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.IV kolom 7.	1 = 7 – 9 tahun 2 = 10 – 12 tahun (WNPG, 2004)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Asupan energi	Jumlah konsumsi energi total dari makanan dalam kkal/hari kemudian dibandingkan dengan angka kecukupan energi yang di anjurkan menurut umur	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.IX	1 = kurang, konsumsi energi <70% AKG 2 = Cukup, konsumsi energi \geq 70 % AKG (Riskesdas,2010)	Ordinal
4. Karakteristik Keluarga					
Pendidikan Ayah	Status pendidikan formal tertinggi yang telah ditamatkan oleh ayah responden	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.IV kolom 8.	1 = Rendah, jika responden tidak pernah, sekolah/tidak tamat SD/MI, tamat SLTP/Ms 2 = Tinggi, jika responden tamat SLTA/MA, diploma dan perguruan tinggi	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Pendidikan Ibu	Status pendidikan formal tertinggi yang telah ditamatkan oleh ibu responden	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.IV kolom 8.	1 = Rendah, jika responden tidak pernah, sekolah/tidak tamat SD/MI, tamat SLTP/Ms 2 = Tinggi, jika responden tamat SLTA/MA, diploma dan PT	Ordinal
Pekerjaan Ayah	Keadaan atau kedudukan seseorang yang bekerja untuk mendapatkan penghasilan (KBBI, 2000)	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.IV kolom 9.	1 = Penghasilan tidak tetap (Tidak bekerja, sekolah, wiraswasta, buruh, lainnya) 2 = Penghasilan tetap (POLRI/TNI dan PNS/Pegawai)	Ordinal
Pekerjaan Ibu	Keadaan atau kedudukan seseorang yang bekerja untuk mendapatkan penghasilan (KBBI, 2000)	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.IV kolom 9.	1 = Penghasilan tidak tetap 2 = Penghasilan tetap (Riskesdas, 2010)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Jumlah anggota keluarga	Banyaknya anggota keluarga dalam satu rumah termasuk kepala rumah tangga dan pembantu menjadi tanggung jawab kepala keluarga (Riskesdas, 2010)	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.II.2 kolom 2.	0 = Kecil, jika ≤ 4 orang 1 = Besar, jika > 4 orang (BKKBN, 2005)	Ordinal
Pemanfaatan fasilitas Pelayanan kesehatan	Keluarga pernah menggunakan salah satu dari fasilitas kesehatan berupa rumah sakit/ Puskesmas/ Puskesmas Pembantu/ praktik dokter/ praktik bidan/ poskesdes/ posyandu, dalam beberapa bulan atau tahun terakhir	Observasi data Riskesdas 2010	Kuesioner Riskesdas 2010 No. RKD10.RT.V kolom 2.	0 = Tidak, apabila rumah tangga tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan 1 = Ya, apabila memanfaatkan fasilitas kesehatan berupa rumah sakit/ Puskesmas/ Puskesmas Pembantu/ praktik dokter/ praktik bidan/ poskesdes/ posyandu.	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Adanya anggota rumah tangga yang merokok	Adanya satu atau lebih yang merokok	Observasi data Riskedas 2010	Kuesioner Riskedas 2010 No. RKD10.IND C12-C17. kolom 2.	0 = Tidak 1 = Ya	Ordinal
Wilayah Tempat tinggal	Klasifikasi tempat tinggal responden tinggal di perkotaan atau perdesaan	Observasi data Riskedas 2010	Kuesioner Riskedas 2010 No. RKD10.RT.I.5.	0 = perdesaan 1 = perkotaan (BPS, 2009)	Ordinal

3.3 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini :

1. Ada hubungan antara pengeluaran rumah tangga untuk makanan dengan kecukupan asupan protein pada anak usia 7 – 12 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.
2. Ada hubungan antara karakteristik anak (umur, jenis kelamin dan asupan energi) dengan kecukupan asupan protein pada anak usia 7 – 12 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.
3. Ada hubungan antara karakteristik keluarga (pendidikan ibu, status pekerjaan kepala keluarga, jumlah anggota rumah tangga, pemanfaatan pelayanan kesehatan, adanya anggota keluarga yang merokok, jumlah ruangan pada rumah tangga, wilayah tempat tinggal) dengan kecukupan asupan protein pada anak usia 7 – 12 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.
4. Pengeluaran rumah tangga untuk makanan merupakan faktor yang paling dominan terhadap kecukupan konsumsi asupan protein pada anak usia 7 – 12 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur 2010.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* (potong lintang) dengan pendekatan kuantitatif. Desain penelitian *cross sectional* adalah penelitian yang dilakukan pada satu waktu dan satu kali untuk mencari hubungan antara variabel independen (faktor resiko) dengan variabel dependen (efek). Penelitian ini menggunakan data sekunder yang berasal dari data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kecukupan konsumsi protein pada anak usia 7 – 12 tahun. Variabel independennya adalah pengeluaran rumah tangga untuk makanan, faktor dari anak (jenis kelamin, usia, dan asupan energi), dan faktor dari keluarga (pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua, jumlah anggota rumah tangga, pemanfaatan pelayanan kesehatan, adanya anggota keluarga yang merokok, jumlah ruangan pada rumah tangga dan wilayah tempat tinggal). Pengumpulan data Riskesdas tahun 2010 dilakukan dengan cara wawancara terstruktur dengan menggunakan kuesioner.

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI sejak bulan Mei sampai Agustus 2010. Analisis lanjut menggunakan data Riskesdas tersebut dilakukan pada bulan April hingga Juni 2012 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.

4.3 Riskesdas 2010

Riskesdas merupakan kegiatan riset kesehatan berbasis masyarakat yang diarahkan untuk mengevaluasi pencapaian indikator *Millenium Development Goals* (MDGs) bidang kesehatan di tingkat nasional dan provinsi.

Dengan tujuan menganalisis data indikator MDG kesehatan dan faktor yang mempengaruhinya.

Kegiatan Riskesdas dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan RI. Penelitian Riskesdas dilakukan dari tenaga kesehatan terlatih, baik dimulai dari pengumpulan data, pemeriksaan kelengkapan data dan kebenaran data telah diatur oleh manajemen data Balitbangkes. Sehingga hasil Riskesdas pada tahun 2010 dapat menjadi acuan pengambilan keputusan dan penyelenggara program kesehatan, baik di pusat maupun di daerah. Riskesdas 2010 dilaksanakan untuk mengevaluasi pencapaian indikator MDGs bidang kesehatan di tingkat nasional dan provinsi. (Riskesdas, 2010)

4.4 Populasi dan Sampel

4.4.1 Populasi dan Sampel data Riskesdas 2010

Populasi dalam Riskesdas 2010 adalah seluruh rumah tangga biasa yang mewakili 33 provinsi di Indonesia. Sampel rumah tangga dalam Riskesdas 2010 dipilih berdasarkan *listing* Sensus Penduduk (SP) 2010 dan pemilihan rumah tangga dilakukan oleh BPS dengan teknik *two stage sampling*. Berikut ini adalah uraian singkat proses penarikan sampel.

1) Penarikan Blok Sensus (BS)

Dalam penarikan Blok Sensus, Riskesdas telah mengumpulkan SP 2010. Pemilihan BS dilakukan oleh Badan Pusat statistik dengan memperhatikan status ekonomi, dan rasio perkotaan/perdesaan. Jumlah sampel yang dipilih untuk kesehatan masyarakat sebesar 2.800 BS dengan 70.000 rumah tangga dan sampel biomedis sebesar 823 BS dengan 20.575 rumah tangga. Kemudian diambil sejumlah BS untuk mewakili setiap provinsi. Riskesdas 2010 mengumpulkan data dari seluruh BS kecuali 2 BS di Kabupaten Nduga, Papua sehingga BS yang berhasil dikunjungi sebesar 2798 BS (99,9%)

2) Penarikan sampel Rumah Tangga / Anggota Rumah Tangga

Rumah tangga sebanyak BS dipilih sebanyak 25 RT secara *simple random sampling*. Semua anggota dari RT yang terpilih menjadi sampel dalam Riskesdas 2010. Target jumlah RT adalah sebesar 69.950 RT. RT yang berhasil dikunjungi

adalah 69.300 RT dengan presentase keberhasilan 99,1%. Sedangkan target ART adalah 266.510 responden dan yang berhasil diwawancara adalah 251.388 responden dengan presentase keberhasilan 94,3 % di tingkat nasional.

4.4.2 Populasi dan Sampel pada Penelitian

Dalam penelitian ini, populasi adalah seluruh anak di wilayah Blok Provinsi Nusa Tenggara Timur. Sampel penelitian ini adalah seluruh sampel anak usia 7 – 12 tahun yang digunakan dalam Riskesdas Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2010, serta mempunyai data lengkap sesuai dengan variabel penelitian. Berikut ini uraian singkat dalam penarikan sampel pada penelitian ini.

1) Sampel pada BS

Sejumlah BS diambil dari rumah tangga/anggota rumah tangga di Provinsi Nusa Tenggara Pemilihan BS dilakukan oleh BPS dengan cara PPS (*Probability Proportional to Size*).

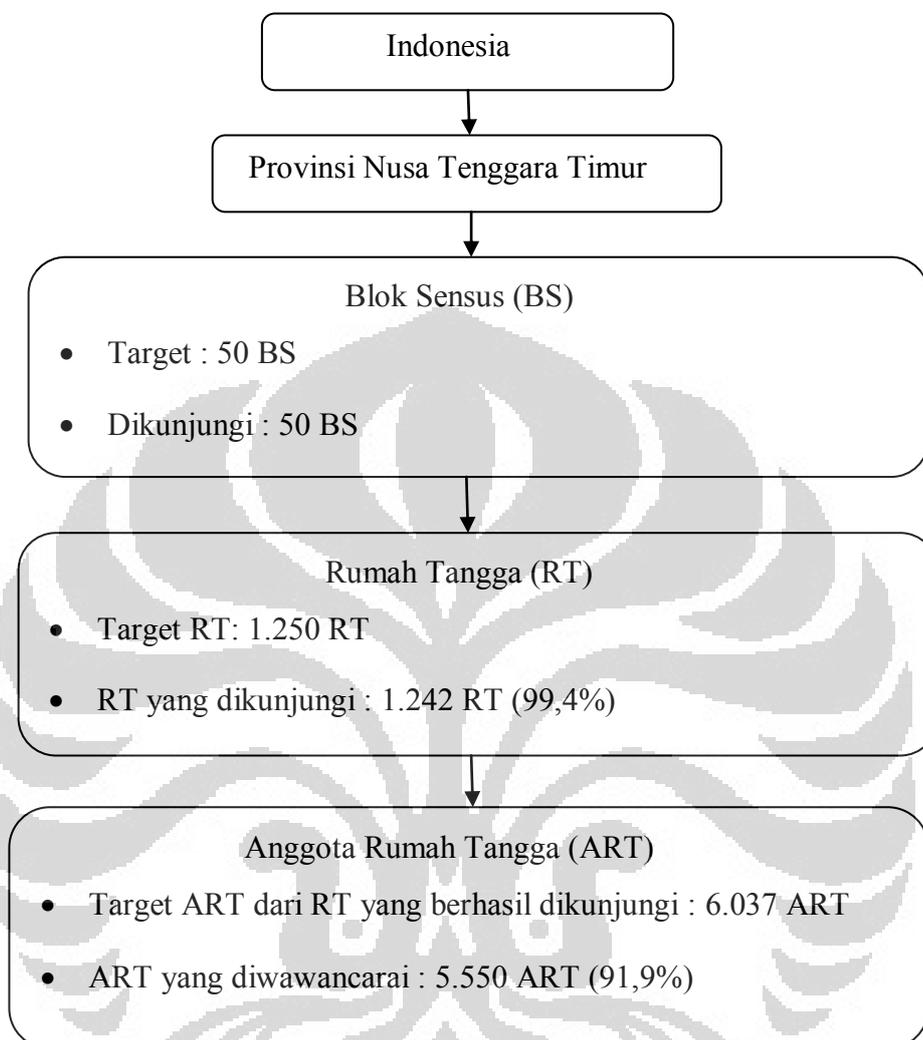
2) Sampel pada RT

Dari 25 dari setiap blok sensus yang telah terpilih diambil secara acak sederhana. Pada Provinsi Nusa Tenggara Timur jumlah sampel yang dipilih untuk kesehatan masyarakat sebesar 1.250 RT RT. Namun yang berhasil dikunjungi hanya 1.242 RT dengan presentase keberhasilan 99,4%.

3) Sampel pada ART

Jumlah ART yang terdata di Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah sebesar 6.037 responden. Namun ART yang berhasil diwawancarai sebesar 5.550 responden dengan presentase keberhasilan 91,9%.

Gambaran sampel dalam penelitian dapat dilihat pada bagan berikut ini.



Gambar 4.1 Alur Penarikan Sampel Penelitian

4.4.3 Kekuatan Uji/Power

Untuk mengetahui jumlah sampel penelitian ini sudah memenuhi syarat atau belum maka harus dihitung nilai dari kekuatan uji (β) penelitian. Suatu penelitian dalam bidang kesehatan harus mempunyai kekuatan uji (β) penelitian $\geq 80\%$. Perhitungan kekuatan uji variabel-variabel penelitian akan digunakan rumus besar sample yaitu uji hipotesis untuk dua proporsi karena penelitian ini bertujuan untuk melihat faktor-faktor agar diperoleh data yang lebih valid dan mengurangi kesalahan tipe II yaitu dengan menolak H_0 ketika H_0 memang salah (Lameshow *et al.*, 1997)

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

Keterangan :

n = Jumlah sampel minimal

$Z_{1-\alpha}$ = Nilai z berdasarkan derajat kepercayaan 95% = 1,96

$Z_{1-\beta}$ = Nilai z berdasarkan kekuatan uji

P_1 = Proporsi anak yang kurang kecukupan konsumsi protein dengan risiko

P_2 = Proporsi anak yang kurang kecukupan konsumsi protein dengan tidak adanya risiko

Tabel 4.1 kekuatan uji/power variabel dalam penelitian ini.

Variabel Independen	Variabel Dependen	P_1	P_2	Besar Sampel	B
Pengeluaran rumah tangga untuk makanan (rupiah)	Kecukupan Konsumsi Protein	0,856	0,783	710	95%
Proporsi Pengeluaran rumah tangga untuk makanan	Kecukupan Konsumsi Protein	0,630	0,861	710	<99,9%
Jenis kelamin anak	Kecukupan Konsumsi Protein	0,829	0,810	710	69%
Usia anak	Kecukupan Konsumsi Protein	0,796	0,846	710	>99,9%
Asupan energi	Kecukupan Konsumsi Protein	0,879	0,358	710	>99,9%
Pekerjaan Ayah	Kecukupan Konsumsi Protein	0,846	0,737	710	>99,9%
Pekerjaan Ibu	Kecukupan Konsumsi Protein	0,843	0,603	710	>99,9%
Pendidikan Ayah	Kecukupan Konsumsi Protein	0,838	0,752	710	>99,9%
Pendidikan Ibu	Kecukupan Konsumsi Protein	0,851	0,679	710	>99,9%
Jumlah anggota keluarga	Kecukupan Konsumsi Protein	0,840	0,709	710	>99,9%
Pemanfaatan Pelayanan kesehatan	Kecukupan Konsumsi Protein	0,912	0,798	710	>99,9%
Adanya anggota keluarga merokok	Kecukupan Konsumsi Protein	0,839	0,727	710	>99,9%
Wilayah tempat tinggal	Kecukupan Konsumsi Protein	0,864	0,682	710	>99,9%

Universitas Indonesia

Hasil uji kekuatan/*power* (β) menunjukkan bahwa variabel yang memiliki kekuatan uji baik ($\geq 80\%$) adalah pengeluaran rumah tangga untuk makanan, proporsi pengeluaran rumah tangga untuk makanan, usia, asupan energi, pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua, jumlah anggota keluarga, adanya anggota keluarga yang merokok, pemanfaatan kesehatan, wilayah tempat tinggal. Sedangkan variabel jenis kelamin menunjukkan hasil yang kurang baik dalam uji kekuatan ini sehingga hasil uji variabel ini perlu dicermati dalam pengambilan kesimpulannya. Variabel-variabel yang kurang baik kekuatannya tersebut tetap diteliti dalam penelitian ini karena merupakan data sekunder.

4.4.4 Kriteria Inklusi

Anak usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang menjadi sampel Riskesdas 2010.

4.4.5 Kriteria Eksklusi

Anak usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang menjadi sampel Riskesdas 2010 dengan data baik konsumsi protein (dependen) maupun dari seluruh data variabel independen tidak lengkap.

4.5 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen Riskesdas 2010. Kuesioner terdiri atas dua bagian, yaitu kode RKD10.RT untuk mengumpulkan data rumah tangga dan kode RKD10.IND untuk mengumpulkan data individu. Penelitian ini menggunakan data pada BLOK I (Pengenalan tempat), BLOK II (Keterangan Rumah Tangga), BLOK IV (Keterangan Anggota Rumah Tangga), BLOK VII (Pengeluaran Rumah Tangga), BLOK VIII (Keterangan Individu), dan BLOK IX (Asupan Makanan).

4.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data Riskesdas 2010 dilakukan oleh tim terdiri dari empat pewawancara dan salah satunya merangkap menjadi ketua tim. Selain itu dalam 1 tim setidaknya ada 1 orang lulusan DIII kesehatan.

Cara pengumpulan data pada penelitian Riskesdas 2010 adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan data RT dilakukan dengan menggunakan Kuesioner RKD10.RT dan Pedoman Pengisian Kuesioner dengan teknik wawancara.
 - a. Responden untuk Kuesioner RKD10.RT adalah Kepala Keluarga atau Ibu Rumah Tangga atau ART yang dapat memberikan informasi.
 - b. Dalam kuesioner tersebut terdapat keterangan tentang apakah ART diwawancarai secara langsung, didampingi, diwakili, atau tidak diwawancarai sama sekali.
2. Pengumpulan data individu pada seluruh kelompok umur dilakukan dengan menggunakan Kuesioner RKD10.IND dan Pedoman Pengisian Kuesioner dengan teknik wawancara.
 - a. Responden untuk Kuesioner RKD10.IND adalah setiap ART.
 - b. Untuk ART yang berusia kurang dari 15 tahun atau sedang dalam kondisi sakit, maka wawancara dilakukan terhadap ART yang menjadi pendampingnya.
3. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang bersumber dari data Riskesdas 2010. Peneliti memohon persetujuan dan izin resmi dari Badan Litbang Kesehatan untuk menggunakan data Riskesdas dan melakukan analisis lanjut dari data sekunder tersebut (Riskesdas, 2010).

4.7 Manajemen Data

Manajemen data dalam penelitian ini dilakukan dalam empat tahap, yaitu sebagai berikut.

1. *Editing*

Editing yang dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data mentah Riskesdas 2010 yang diperoleh dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI. Data tersebut diperiksa kelengkapan data satu persatu variabel.

Dari data tersebut, diperoleh jumlah sampel dalam penelitian sebanyak 909 anak dengan jumlah variabel sebanyak 13 variabel.

2. *Coding*

Coding adalah proses mengubah data dalam bentuk huruf menjadi berbentuk angka/bilangan agar data mudah dianalisis. Pada penelitian ini, pengodean dilakukan dengan mengubah kode yang telah didapatkan dari data Riskesdas 2010 menjadi kode yang sesuai dengan definisi operasional penelitian.

3. *Processing*

Processing merupakan kegiatan mengolah data yang telah di-*entry* agar dapat dianalisis lebih lanjut. Proses pemasukan data dalam penelitian ini tidak dilaksanakan karena data yang diperoleh dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI sudah dalam bentuk *file* dari paket program computer yang sering digunakan dalam menganalisis data.

4. *Cleaning*

Cleaning adalah kegiatan pemeriksaan kembali apakah terdapat kesalahan pada data yang telah dimasukkan. Pada penelitian ini, *cleaning* dilakukan dengan memeriksa kembali data dan kode yang disesuaikan dengan kelengkapan data dalam penelitian (Hastoni, 2007). Setelah di *cleaning*, hasil akhir jumlah sampel yang diteliti dalam penelitian ini adalah 710 sampel.

4.8 Analisis Data

Data sekunder Riskesdas 2010 yang telah didapatkan akan dianalisis secara univariat, bivariat, dan multivariat dengan menggunakan *software* statistik pada komputer.

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dengan ukuran presentase atau proporsi. Analisis ini juga bertujuan untuk menjelaskan karakteristik variabel yang diteliti, baik variabel dependen maupun variabel independen. Data yang telah diolah akan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi berdasarkan masing-masing variabel penelitian.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan variabel independen yang diteliti. Dalam penelitian ini, analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji Chi Square karena seluruh variabel merupakan data kategorik. Rumus *Chi Square* adalah sebagai berikut.

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

Keterangan :

X^2 = Nilai *Chi Square*

O = Nilai yang diamati

E = Nilai yang diharapkan

Hasil penelitian dinyatakan dalam *p value* dengan tingkat kemaknaan (α) 5% dan CI 95%. Bila nilai *p value* $\leq 0,05$, maka diputuskan bahwa terdapat hubungan antara variabel independen yang diteliti dengan variabel dependen. Namun bila nilai *p value* $> 0,05$, maka diputuskan tidak ada hubungan antara variabel independen yang dimaksud dengan variabel dependen (Sabri dan Hastono, 2006).

4.8.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat memiliki tujuan untuk melihat hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Analisis multivariat pada penelitian ini menggunakan uji statistik Regresi Logistik Ganda (*Multiple Regression Logistic*) karena variabel dependen berbentuk data kategorik. Model yang digunakan adalah model prediksi. Variabel potensial yang akan dimasukkan dalam model ditentukan melalui uji statistik *method enter* dari hasil analisis bivariat dengan nilai *p value* $\leq 0,25$.

Variabel yang memiliki *p value* $\leq 0,25$ dan memiliki kemaknaan dapat dijadikan kandidat variabel yang dimasukkan dalam model multivariat. Penilaian model terpilih didasarkan pada nilai *p value* $\leq 0,05$ dan nilai OR pada CI 95% (Hastono, 2007).

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran umum provinsi Nusa Tenggara Timur

Provinsi NTT mempunyai luas daratan 47.349,90 km² yang terdiri dari gugusan pulau besar dan kecil, jumlah seluruh pulau mencapai 1.192 buah, termasuk 4 (empat) pulau besar yaitu Flores, Sumba, Timor dan Alor (FLOBAMORA). Menurut letak geografis, Provinsi Nusa Tenggara Timur sebelah Utara berbatasan dengan laut Flores, sebelah Selatan dengan lautan Hindia, sebelah Timur dengan Negara Timor Lorosae dan Laut Timor dan sebelah Barat dengan Provinsi Nusa Tenggara Barat. Kedudukan Astronomis terletak pada 8° - 12° Lintang Selatan dan 118° - 125° Bujur Timur. Selanjutnya Nusa Tenggara Timur memiliki kondisi geografis yang bervariasi, seperti Pulau Flores, Alor, Komodo, Solor, Lembata dan pulau-pulau sekitarnya di jalur utara terbentuk secara vulkanik. Sedangkan Pulau Sumba, Sabu, Rote, Semau, Timor dan pulau-pulau sekitarnya di selatan merupakan daerah karang, karena terbentuk dari dasar laut yang terangkat ke permukaan. Dengan kondisi seperti ini maka pulau-pulau yang terletak pada jalur vulkanik dapat dikategorikan sebagai daerah yang subur, sedangkan daerah karang pada umumnya kurang subur.

Dilihat dari aspek kependudukan, menurut data dari BPS Provinsi NTT jumlah penduduk Tahun 2007 sebanyak 4.448.873 jiwa yang tersebar di seluruh NTT, dengan tingkat kepadatan 93,96 jiwa per km² dan angka pertumbuhan penduduk sebesar 2,10%. Persebaran penduduk yang tidak merata akan berdampak pada tingkat kesejahteraan penduduk. Daerah yang sempit dengan sumber daya alam dan keadaan sosial ekonomi yang terbatas, bila dihuni dengan penduduk dengan jumlah yang besar akan mengakibatkan rendahnya kesejahteraan penduduk. Penduduk yang mendiami Provinsi NTT berasal dari bermacam ras, seperti ras Negroid (Campuran Negroid dan Astroafrikan) dan ras Eropoid (Mediterran). Diperkirakan di daerah ini hidup kurang lebih 17 suku dengan 32 bahasa.

Provinsi NTT dilihat dari aspek perekonomian, sejak tahun 2000 sampai dengan tahun 2007 rata - rata pendapatan per kapita penduduk NTT cenderung terus bertambah, namun apabila dibandingkan dengan pendapatan per kapita Nasional/Indonesia maka pendapatan masyarakat NTT masih rendah. Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi NTT Tahun 2007 menunjukkan bahwa masyarakat miskin di kabupaten/kota semakin bertambah dari tahun ke tahun. Dimana jumlah masyarakat miskin pada tahun 2005 sebanyak 1.276.696 jiwa, yang mendapat pelayanan kesehatan (79,12%); kemudian pada tahun 2006 meningkat menjadi 1.691.728 jiwa, yang mendapat pelayanan kesehatan sebanyak (62,63%); dan pada tahun 2007 jumlahnya terus meningkat menjadi 2.072.851 jiwa, yang mendapat pelayanan kesehatan (73,52%).

Pada Aspek pendidikan secara keseluruhan dilihat dari kemampuan baca - tulis tercermin dari Angka Melek Huruf, yaitu persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis huruf latin. Persentase penduduk NTT yang dapat membaca dan menulis huruf latin sebanyak (85,84%) dan yang buta huruf (14,16%). Persentase penduduk perempuan berusia 10 tahun ke atas yang buta huruf pada tahun 2006 (13,56%) lebih tinggi daripada penduduk laki-laki yaitu (9,04%). Persentase penduduk berusia 10 tahun ke atas yang tidak/belum pernah bersekolah sebesar (10,45%). Sementara itu penduduk usia 10 tahun ke atas yang masih bersekolah (21,12%) terdiri atas (11,20%) bersekolah di SD/MI (5,46%) di SLTP/MTs (3,45%) di SMU/SMK dan (1,01%) di Akademi/Universitas. Menurut jenis kelamin, terlihat penduduk perempuan yang tidak/belum pernah sekolah besarnya dua kali lipat penduduk laki-laki (12,55% berbanding 8,27%). Secara umum Angka Partisipasi Sekolah (APS) perempuan lebih besar dibandingkan APS laki-laki pada kelompok 7 - 12 tahun dan 13 - 15 tahun. Sementara pada kelompok usia 19 - 24 tahun, APS laki-laki lebih tinggi dibanding APS perempuan.

5.2. Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan untuk menjelaskan/mendeskriftikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti baik variabel dependen yaitu kecukupan konsumsi protein, maupun variabel independen yang meliputi pengeluaran rumah tangga untuk makanan, karakteristik anak (usia, jenis kelamin dan asupan energi) dan karakteristik keluarga (pendidikan terakhir ayah dan ibu, status pekerjaan ayah dan ibu, jumlah anggota rumah tangga, pemanfaatan pelayanan kesehatan, adanya anggota keluarga yang merokok, dan wilayah tempat tinggal).

5.2.1. Gambaran Prevalensi Kecukupan Protein Anak Usia 7 – 12 tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur

Asupan Protein anak dinilai sesuai dengan usia dan jenis kelamin dalam angka Kecukupan Gizi (AKG). Kebutuhan asupan protein anak untuk usia 7 – 9 tahun sebesar 45 gram, sedangkan usia 10 – 12 tahun sebesar 50 gram. Asupan protein dikategorikan kurang dari kebutuhan minimal jika diasup <80% AKG dan cukup jika dikonsumsi protein \geq 80% AKG (WNPG,2004).

Tabel 5.1 Distribusi Kecukupan Protein pada Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Kecukupan Asupan Protein	Jumlah	
	N	%
Kurang (< 80% AKG)	582	82
Cukup (\geq 80% AKG)	128	18
Total	710	100.0

Berdasarkan hasil analisis univariat, pada tabel 5.1 dapat dilihat bahwa sebagian besar anak mengonsumsi protein dalam jumlah yang kurang dari kebutuhan seharusnya. Hal ini dapat dilihat dari hasil tabel yang menunjukkan sebagian besar anak yaitu 82% (582 anak) kurang asupan protein dari kebutuhan yang seharusnya, sedangkan sebesar 18% (128 anak) mengonsumsi protein dalam jumlah yang cukup.

5.2.2. Gambaran Pengeluaran Rumah Tangga untuk makanan

Variabel Pengeluaran Rumah Tangga untuk makanan, dianalisis berdasarkan jumlah pengeluaran tidak hanya jumlah dalam bentuk rupiah, tetapi juga dalam bentuk persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan dibandingkan dengan pengeluaran total dalam sebulan terakhir. Variabel pengeluaran rumah tangga untuk makanan dikategorikan rendah dan tinggi. Pengategorian berdasarkan persentase yang digunakan menjadi kategori cukup adalah $\geq 51,43\%$ (BPS,2010).

Tabel 5.2 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan pada Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan	Jumlah (n = 710)	
	n	%
Pengeluaran RT untuk Makanan		
Rendah (< Rp 1.060.000,-)	355	50
Tinggi (\geq Rp. 1.060.000,-)	355	50
Persentase Pengeluaran RT untuk Makanan		
Rendah (< 51,43% dari pengeluaran total)	127	17,9
Tinggi ($\geq 51,43$ % dari pengeluaran total)	583	82,1

Tabel 5.2 dapat dilihat bahwa distribusi sampel variabel pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang rendah dan tinggi memiliki persentase yang sama yakni sebesar 50%. Namun, jika dianalisis berdasarkan persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan dibandingkan dengan pengeluaran total rumah tangga, persentase pengeluaran yang rendah sebesar 17,9% (127 anak), sedangkan dengan persentase pengeluaran yang tinggi sebesar 82,1% (583 anak).

5.2.3. Gambaran Karakteristik Anak

Penelitian ini pada karakteristik anak dilihat dari jenis kelamin, usia, dan asupan energi. Kategori pada variabel jenis kelamin dibagi atas laki – laki dan perempuan, sedangkan kategori usia terbagi atas 2 kelompok usia sesuai dengan kebutuhan asupan menurut AKG 2004, yakni usia 7-9 tahun dan 10-12

tahun. Dalam mengategorikan asupan energi, peneliti membagi atas rendah dan cukup. Dikatakan cukup jika anak tersebut mengonsumsi $\geq 70\%$ kebutuhan energi dari AKG 2004.

Tabel 5.3 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Karakteristik Anak pada Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Karakteristik Anak	Jumlah (n = 710)	
	N	%
Jenis Kelamin		
Laki – laki	363	51,1
Perempuan	347	48,9
Usia		
7 – 9 tahun	378	53,2
10 – 12 tahun	332	46,8
Asupan Energi		
Kurang ($< 70\%$ AKG)	629	88,6
Cukup ($\geq 70\%$ AKG)	81	11,4

Tabel 5.3 dapat disimpulkan bahwa distribusi sampel karakteristik anak berdasarkan jenis kelamin, pada anak laki – laki lebih besar dibandingkan dengan anak perempuan yakni sebesar 51,1% (363 anak), sedangkan anak perempuan sebesar 48,9% (347 anak). Karakteristik anak berdasarkan usia, rentang usia 7 – 9 tahun sebesar 53,2% (378 anak), sedangkan rentang usia 10 – 12 tahun sebesar 46,8% (332 anak). Karakteristik anak berdasarkan asupan energi, anak dengan persentase asupan energi lebih dari setengah jumlah responden yaitu sebesar 88,6% (629 anak), sedangkan anak dengan persentase asupan energi yang cukup sebesar 11,4% (81 anak).

5.2.4. Gambaran Karakteristik Keluarga

Karakteristik anak dalam penelitian ini dilihat dari Pekerjaan Orang Tua, Pendidikan Orang Tua, Jumlah Anggota Keluarga, Pemanfaatan Pelayanan kesehatan, Adanya Anggota Keluarga yang Merokok, dan Wilayah Tempat Tinggal.

5.2.4.1. Pekerjaan Orang Tua (Ayah dan Ibu)

Pengategorian Pekerjaan Orang tua baik ayah maupun ibu terbagi atas berpenghasilan tetap setiap bulannya seperti orang tua dengan profesi TNI/POLRI dan PNS/Pegawai. Sebaliknya penghasilan tidak tetap setiap bulannya seperti Wiraswasta, Petani, Pedagang, Nelayan, Buruh dan Lainnya.

Tabel 5.4 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Pekerjaan Ayah pada Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Pekerjaan Ayah	Jumlah (n = 710)	
	N	%
Pekerjaan Ayah		
Tidak Berpenghasilan tetap	539	75,9
Berpenghasilan tetap	171	24,1
Status Pekerjaan Ayah		
Tidak Kerja	12	1,7
Sekolah	4	0,6
TNI / POLRI	5	0,7
PNS / Pegawai	61	8,6
Wiraswasta / layanan jasa / dagang	105	14,8
Petani	478	67,3
Nelayan	3	0,4
Buruh	25	3,5
Lainnya	17	2,4

Pada tabel 5.4, dapat dilihat bahwa proporsi yang termasuk kategori penghasilan tidak tetap lebih banyak, yakni lebih dari setengah jumlah orang tua anak jika dibandingkan dengan penghasilan tetap yakni sebesar 75,9% (539 anak) dan pekerjaan ayah dengan penghasilan tetap sebesar 24,1% (171 anak). Sedangkan menurut proporsi status pekerjaan ayah, pekerjaan sebagai petani paling banyak dibandingkan dengan pekerjaan lainnya yakni 67,3% (478 anak).

Tabel 5.5 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Pekerjaan Ibu pada Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Pekerjaan Ibu	Jumlah (n = 710)	
	N	%
Pekerjaan Ibu		
Tidak Berpenghasilan tetap	642	90,4
Berpenghasilan tetap	68	9,6
Status Ibu		
Tidak Kerja	146	20,6
Sekolah	4	0,6
PNS / Pegawai	38	5,4
Wiraswasta / layanan jasa / dagang	30	4,2
Petani	429	60,4
Buruh	1	0,1
Lainnya	62	8,7

Berdasarkan tabel 5.5, dapat dilihat bahwa sebagian besar dari responden termasuk kategori penghasilan tidak tetap jumlahnya yakni sebesar 90,4% (642 anak) sedangkan pekerjaan ibu dengan penghasilan tetap sebesar 9,6% (68 anak). Menurut proporsi status pekerjaan ibu, pekerjaan sebagai petani yang paling banyak dibandingkan dengan pekerjaan lainnya yakni 60,4% (429 anak).

5.2.4.2. Pendidikan Orang Tua (Ayah dan Ibu)

Pengategorian Pendidikan Orang tua baik ayah maupun ibu terbagi atas pendidikan rendah dan tinggi. Kategori pendidikan rendah, jika orang tua tidak tamat SLTA/SMA dan sebaliknya kategori tinggi jika orang tua tamat SLTA/SMA.

Tabel 5.6 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Pendidikan Ayah pada Anak Usia 7-12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Pendidikan Ayah	Jumlah (n = 710)	
	N	%
Pendidikan Ayah		
Rendah (Tidak tamat SLTA/SMA)	561	79
Tinggi (Tamat SMA)	149	21
Status Pendidikan Ayah		
Tidak pernah sekolah	53	7,5
Tidak tamat SD/MI	207	29,2
Tamat SD/MI	209	29,4
Tamat SLTP/MTS	92	13
Tamat SLTA/MA	96	13,5
Tamat D1/D2/D3	24	3,4
Tamat PT	29	4,1

Pada tabel 5.6, dapat dilihat bahwa proporsi pendidikan ayah yang termasuk kategori pendidikan rendah lebih banyak dibandingkan dengan pendidikan tinggi yakni sebesar 79% (561 anak) dan pendidikan ayah kategori tinggi sebesar 21% (149 anak), sedangkan menurut proporsi status pendidikan ayah, Pendidikan tamat SD/MI yang paling banyak dibandingkan dengan status pendidikan lainnya yakni sebesar 29,4% (209 anak).

Tabel 5.7 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Pendidikan Ibu pada Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Pendidikan Ibu	Jumlah (n = 710)	
	N	%
Pendidikan Ibu		
Rendah (Tidak tamat SLTA/SMA)	579	81,5
Tinggi (Tamat SMA)	131	18,5
Status Pendidikan Ibu		
Tidak pernah sekolah	61	8,6
Tidak tamat SD/MI	209	29,4
Tamat SD/MI	219	30,8
Tamat SLTP/MTS	90	12,7
Tamat SLTA/MA	93	13,1
Tamat D1/D2/D3	25	3,5
Tamat PT	13	1,8

Berdasarkan tabel 5.7, dapat dilihat bahwa proporsi pendidikan Ibu yang termasuk kategori pendidikan rendah lebih banyak dibandingkan dengan pendidikan tinggi yakni sebesar 81,5% (579 anak) dan pendidikan ayah kategori tinggi sebesar 18,5% (131 anak). Sedangkan menurut proporsi status pendidikan ayah, Pendidikan tamat SD/MI yang paling banyak dibandingkan dengan status pendidikan lainnya yakni sebesar 30,8% (219 anak).

5.2.4.3. Jumlah Anggota Keluarga

Kategori jumlah anggota keluarga pada penelitian ini terbagi atas 2 kategori, yaitu besar dan kecil. Anggota keluarga dikatakan kecil, jika jumlahnya kurang dari 4 orang dan sebaliknya.

Tabel 5.8 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Jumlah Anggota Keluarga pada Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Jumlah Anggota Keluarga	Jumlah (n = 710)	
	N	%
Anggota keluarga		
Besar (> 4 orang)	600	84,5
Kecil (\leq 4 orang)	110	15,5
Jumlah Anggota Keluarga		
2 orang	2	0,3
3 orang	32	4,5
4 orang	76	10,7
5 orang	149	21
6 orang	157	22,1
7 orang	146	20,6
8 orang	81	11,4
9 orang	40	5,6
10 orang	15	2,1
11 orang	4	0,6
12 orang	4	0,6
13 orang	2	0,3
16 orang	1	0,1
18 orang	1	0,1

Berdasarkan tabel 5.8, dapat dilihat bahwa proporsi jumlah anggota keluarga dengan kategori besar jika keluarga tersebut lebih dari 4 orang. Sebagian besar keluarga dengan jumlah anggota yang besar yakni 84,5% (600 anak),

sedangkan dengan jumlah anggota yang kecil sebesar 15,5% (110 anak). Jumlah anggota keluarga yang paling banyak adalah dengan jumlah 6 orang anggota keluarga atau sebesar 22,1%.

5.2.4.4. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Keluarga dikategorikan memanfaatkan pelayanan kesehatan jika pernah menggunakan salah satu dari fasilitas kesehatan berupa rumah sakit/ Puskesmas/ Puskesmas Pembantu/ praktik dokter/ praktik bidan/ poskesdes/ posyandu, dalam beberapa bulan atau tahun terakhir.

Tabel 5.9 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Keluarga Anak usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Jumlah	
	n	%
Tidak Memanfaatkan Pelayanan kesehatan	137	19,3
Memanfaatkan Pelayanan kesehatan	573	80,7
Total	710	100.0

Berdasarkan tabel 5.9, dapat kita simpulkan bahwa proporsi keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih besar, yakni sebesar 80,7% (573 anggota keluarga). Sedangkan anggota keluarga yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan lebih kecil yakni sebesar 19,3% (137 anggota keluarga).

5.2.4.5 Adanya Anggota Keluarga yang Merokok

Keluarga yang satu atau lebih anggota keluarga yang merokok menjadi kategori dalam penelitian ini sebagai salah satu indikator pengeluaran rumah tangga.

Tabel 5.10 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Adanya Anggota Keluarga yang Merokok pada Keluarga Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Anggota keluarga yang merokok	Jumlah	
	n	%
Ada Anggota keluarga yang merokok	589	83
Tidak ada Anggota keluarga yang merokok	121	17
Total	710	100.0

Berdasarkan tabel 5.10, dapat kita simpulkan bahwa proporsi adanya anggota keluarga yang merokok lebih besar, yakni sebesar 83% (589 anggota keluarga). Sedangkan anggota keluarga yang tidak merokok lebih kecil yakni sebesar 17% (121 anggota keluarga).

5.2.4.6 Wilayah Tempat Tinggal

Wilayah tempat tinggal merupakan klasifikasi tempat tinggal responden tinggal di perkotaan atau perdesaan.

Tabel 5.11 Distribusi Sampel Berdasarkan Variabel Wilayah Tempat Tinggal pada Anak Usia 7 – 12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2010

Wilayah Tempat Tinggal	Jumlah	
	n	%
Perdesaan	537	75,6
Perkotaan	173	24,4
Total	710	100.0

Berdasarkan tabel 5.11, dapat kita simpulkan bahwa proporsi keluarga yang tinggal di daerah perdesaan lebih besar, yakni sebesar 75,6% (537 keluarga). Sedangkan keluarga yang tinggal di perkotaan lebih kecil yakni sebesar 24,4% (173 keluarga).

5.3. Analisis Bivariat

5.3.1. Hubungan Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan dengan Kecukupan Protein

Tabel 5.12 Hubungan antara Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan	Kecukupan Protein				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
Pengeluaran RT untuk Makanan								
Rendah(<Rp1.060.000,-)	304	85,6	51	14,4	355	100	1,651	0,015
Tinggi(≥Rp. 1.060.000,-)	278	78,3	77	21,7	355	100	(1,12-2,44)	
Total	582	82,0	128	18,0	710	100		
Persentase Pengeluaran RT untuk Makanan								
Rendah (<51,43%)	80	63	47	37	127	100	0,275	<0,0001
Tinggi (≥ 51,43%)	502	86,1	81	13,9	583	100	(0,18-0,42)	
Total	127	100	128	18,0	710	100		

Berdasarkan tabel 5.12 terdapat tabel hubungan antara variabel pengeluaran rumah tangga dan kecukupan konsumsi protein. Tabel menunjukkan kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada rumah tangga dengan pengeluaran rumah tangga lebih rendah, yakni sebesar 85,6%. Sedangkan, terdapat 78,3% keluarga dengan pengeluaran rumah tangga untuk makan yang lebih tinggi. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,015 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pengeluaran rumah tangga untuk makanan dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang diperoleh adalah sebesar 1,65. Anak beresiko 1,65 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada keluarga dengan pengeluaran rumah tangga untuk makanan rendah.

Untuk variabel persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan dengan pengeluaran total, rumah tangga dengan persentase pengeluaran yang tinggi juga lebih cenderung kurang konsumsi protein, yakni sebesar 86,1% dibandingkan dengan persentase pengeluaran yang lebih rendah yakni sebesar 63%. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar <0,0001 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara persentase

pengeluaran rumah tangga untuk makanan dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang diperoleh adalah sebesar 0,27. Sehingga anak beresiko 3 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada keluarga dengan persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan tinggi.

5.3.2. Hubungan Karakteristik Anak dengan Kecukupan Protein anak

Tabel 5.13 Hubungan antara Karakteristik Anak dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Karakteristik Anak	Kecukupan Protein				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
Jenis kelamin								
Laki- laki	301	82,9	62	17,1	363	100	1,140	0,566
Perempuan	281	81,0	66	19,0	347	100	(0,78-	
Total	582	82,0	128	18,0	710	100	1,67)	
Usia								
7 – 9 tahun	301	79,6	77	20,4	378	100	0,709	0,102
10 – 12 tahun	281	84,6	51	15,4	332	100	(0,48-	
Total	582	82,0	128	18,0	710	100	1,05)	
Asupan Energi								
Kurang(<70%AKG)	553	87,9	76	12,1	629	100	13,047	<0,0001
Cukup(≥70% AKG)	29	35,8	52	64,2	81	100	(7,81-	
Total	582	82,0	128	18,0	710	100	21,81)	

Berdasarkan tabel 5.13 terdapat tabel hubungan antara variabel Karakteristik anak (jenis kelamin, usia, dan asupan energi) dan kecukupan konsumsi protein. Tabel diatas menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada anak yang berjenis kelamin laki - laki, yakni sebesar 82,9%; sedangkan terdapat 81,0% anak dengan jenis kelamin perempuan. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,566 yang berarti terdapat hubungan yang tidak bermakna antara pengeluaran rumah tangga untuk makanan dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang diperoleh adalah sebesar 1,140. Anak beresiko 1,2 kali

lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak berjenis kelamin laki-laki.

Untuk variabel usia anak, anak dengan rentang usia 10 – 12 tahun lebih cenderung kurang konsumsi protein, yakni sebesar 84,6% dibandingkan dengan anak yang berusia 7 – 9 tahun yaitu sebesar 79,6%. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,102 yang berarti terdapat hubungan yang tidak bermakna antara rentang usia anak dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk usia yang diperoleh adalah sebesar 0,709. Sehingga anak beresiko 1,4 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak di rentang usia 10 – 12 tahun.

Sedangkan untuk variabel asupan energi, tabel diatas menunjukkan bahwa mereka yang kurang asupan energi cenderung kurang konsumsi protein, yakni sebesar 87,95% dibandingkan mereka yang asupan energinya cukup yaitu sebesar 35,8%. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar <0,0001 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara asupan energi dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk variabel asupan energi adalah sebesar 13,047. Anak beresiko 13 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak yang kurang asupan energi.

5.3.3. Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Kecukupan Protein anak

5.3.3.1. Pekerjaan Orang Tua (Ayah dan Ibu)

Tabel 5.14 Hubungan antara Pekerjaan Orang Tua dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Pekerjaan Orang Tua	Kecukupan Protein				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Cukup					
	n	%	n	%	N	%		
Pekerjaan Ayah								
Penghasilan tidak tetap	456	84,6	83	15,4	539	100	1,962	0,002
Penghasilan tetap	126	73,7	45	26,3	171	100	(1,29-2,97)	
Total	582	82,0	128	18,0	710	100		
Pekerjaan Ibu								
Penghasilan tidak tetap	541	84,3	101	15,7	642	100	3,527	<0,0001
Penghasilan tetap	41	60,3	27	39,7	68	100	(2,07-5,99)	
Total	582	82,0	128	18,0	710	100		

Universitas Indonesia

Berdasarkan tabel 5.14 terdapat tabel hubungan pekerjaan orang tua baik ayah maupun ibu dan kecukupan konsumsi protein. Untuk variabel pekerjaan ayah menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada anak dengan ayah yang berpenghasilan tidak tetap, yakni sebesar 84,6%; sedangkan terdapat 73,7% anak dengan ayah yang berpenghasilan tetap. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,002 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan ayah dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk pekerjaan ayah yang diperoleh adalah sebesar 1,962. Anak beresiko 1,9 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak dengan ayah berpenghasilan tidak tetap.

Untuk variabel pekerjaan ibu menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada anak dengan ibu yang berpenghasilan tidak tetap, yakni sebesar 84,3%; sedangkan terdapat 60,3% anak dengan ibu yang berpenghasilan tetap. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar $<0,0001$ yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk pekerjaan ibu yang diperoleh adalah sebesar 3,527. Anak beresiko 3,5 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak dengan ibu berpenghasilan tidak tetap.

5.3.3.2. Pendidikan Orang Tua (Ayah dan Ibu)

Tabel 5.15 Hubungan antara Pendidikan Orang Tua dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Pendidikan Orang Tua	Kecukupan Protein				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Cukup		n	%		
	n	%	n	%				
Pendidikan Ayah								
Rendah (tidak tamat SLTA)	470	83,8	91	16,2	561	100	1,706	0,021
Tinggi(tamat SLTA)	112	75,2	37	24,8	149	100	(1,11-2,64)	
Total	582	82,0	128	18,0	710	100		
Pendidikan Ibu								
Rendah (tidak tamat SLTA)	493	85,1	86	14,9	579	100	2,705	<0,0001
Tinggi(tamat SLTA)	89	67,9	42	32,1	131	100	(1,75-4,167)	
Total	582	82,0	128	18,0	710	100		

Berdasarkan tabel 5.15 terdapat tabel hubungan pendidikan orang tua baik ayah maupun ibu dan kecukupan konsumsi protein. Untuk variabel pendidikan ayah menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada anak dengan ayah yang berpendidikan rendah (tidak tamat SLTA), yakni sebesar 83,8%, sedangkan terdapat 75,2% anak dengan ayah yang berpendidikan tinggi (tamat SLTA). Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,021 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ayah dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk pendidikan ayah yang diperoleh adalah sebesar 1,706. Anak berisiko 1,7 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak dengan ayah berpendidikan rendah.

Untuk variabel pendidikan ibu menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada anak dengan ibu yang berpendidikan rendah (tidak tamat SLTA), yakni sebesar 85,1%, sedangkan terdapat 67,9% anak dengan ibu yang berpendidikan tinggi (tamat SLTA). Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar <0,0001 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu

dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk pendidikan ibu yang diperoleh adalah sebesar 2,705. Anak beresiko 2,7 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak dengan ibu berpendidikan rendah.

5.3.3.3. Jumlah Anggota Keluarga

Tabel 5.16 Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Jumlah keluarga	anggota	Kecukupan Protein				Total		OR (95% CI)	P value
		Kurang		Cukup					
		n	%	n	%	n	%		
Jumlah keluarga	anggota	504	84,0	96	16,0	600	100	2,154	
Besar (> 4 orang)		78	70,9	32	29,1	110	100	(1,35-3,43)	0,002
Kecil (≤ 4 orang)		582	82,0	128	18,0	710	100		
Total									

Berdasarkan tabel 5.16 terdapat tabel hubungan jumlah anggota keluarga dan kecukupan konsumsi protein. Pada variabel tersebut, menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada keluarga yang memiliki jumlah anggota keluarga yang besar, yakni sebesar 84%; sedangkan terdapat 70,9% anak dengan jumlah anggota keluarga yang kecil. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,002 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk jumlah anggota keluarga yang diperoleh adalah sebesar 2,154. Anak beresiko 2,1 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak dengan jumlah anggota keluarga besar.

5.3.3.4. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Tabel 5.17 Hubungan antara Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	Kecukupan Protein				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Cukup		N	%		
	n	%	n	%	N	%		
Pemanfaatan pelayanan								
Tidak	125	91.2	12	8.8	137	100	2.644	
Ya	457	79.8	116	20.2	573	100	(1.41-	0.003
Total	582	82.0	128	18.0	710	100	4.95)	

Berdasarkan tabel 5.17 terdapat tabel hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan kecukupan konsumsi protein. Pada variabel tersebut, menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada keluarga yang memiliki tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan, yakni sebesar 91,2%, sedangkan terdapat 79,8% anak dengan keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,003 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang diperoleh adalah sebesar 2,644. Anak beresiko 2,6 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak dengan keluarga yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

5.3.3.5. Adanya Anggota Keluarga yang Merokok

Tabel 5.18 Hubungan antara Adanya Anggota Keluarga yang Merokok dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Anggota merokok	keluarga	Kecukupan Protein				Total		OR (95% CI)	P value
		Kurang		Cukup		n	%		
		n	%	n	%	n	%		
Anggota merokok	keluarga								
Ya		494	83.9	95	16.1	589	100	1.950	
Tidak		88	72.7	33	27.3	121	100	(1.24-	0.006
Total		582	82.0	128	18.0	710	100	3.08)	

Berdasarkan tabel 5.18 terdapat tabel hubungan anggota keluarga yang merokok dan kecukupan konsumsi protein. Pada variabel tersebut, menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada keluarga yang adanya anggota keluarga yang merokok, yakni sebesar 83,9%; sedangkan terdapat 72,7% anak dengan keluarga yang tidak merokok. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,006 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara adanya anggota keluarga yang merokok dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk adanya anggota keluarga yang merokok diperoleh adalah sebesar 1,950.

5.3.3.6. Wilayah Tempat Tinggal

Tabel 5.19 Hubungan antara Wilayah Tempat Tinggal dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Wilayah tempat tinggal	Kecukupan Protein				Total		OR (95% CI)	P value
	Kurang		Cukup					
	n	%	n	%	n	%		
Wilayah tempat tinggal								
Perdesaan	464	86.4	73	13.6	537	100	2.963	<0.0001
Perkotaan	118	68.2	55	31.8	173	100	(1.97-	
Total	582	82.0	128	18.0	710	100	4.44)	

Berdasarkan tabel 5.19 terdapat tabel hubungan wilayah tempat tinggal dan kecukupan konsumsi protein. Pada variabel tersebut, menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada keluarga yang tinggal di daerah perdesaan, yakni sebesar 91,2%; sedangkan terdapat 68,2% anak dengan keluarga yang tinggal di daerah perkotaan. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar <0,0001 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara wilayah tempat tinggal dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk wilayah tempat tinggal yang diperoleh adalah sebesar 2,963.

5.4. Hasil Analisis Multivariat

5.4.1. Pemilihan Kandidat Multivariat

Langkah awal yang dilakukan dalam analisis multivariat adalah membuat pemodelan lengkap. Pemilihan variabel independen tersebut menggunakan seleksi bivariat. Berdasarkan hasil seleksi bivariat, terpilih 13 variabel independen yang dapat masuk ke dalam model multivariat. Variabel tersebut diantaranya adalah jenis kelamin, usia, asupan energi, pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu, pemanfaatan pelayanan kesehatan, jumlah anggota keluarga, adanya anggota keluarga yang merokok, wilayah tempat tinggal, proporsi pengeluaran rumah tangga dan pengeluaran rumah tangga untuk makanan. Hasil seleksi bivariat dapat dilihat dalam tabel 5.20 berikut ini.

Tabel 5.20 Nilai p dari Tiap Variabel Independen

Variabel	Nilai p
jenis kelamin	0,501*
usia	0,082
asupan energi	0,000
Pendidikan ibu	0,000
Pendidikan ayah	0,018
Pekerjaan ayah	0,002
Pekerjaan ibu	0,000
Pemanfaatan Pelayanan kesehatan	0,001
Jumlah anggota keluarga	0,002
Adanya anggota keluarga merokok	0,005
Wilayah tempat tinggal	0,000
Proporsi pengeluaran rumah tangga	0,000
Pengeluaran rumah tangga untuk makanan	0,011

*nilai $p > 0,25$ tidak dimasukkan ke permodelan multivariat

Penentuan masuknya variabel independen ke dalam model multivariat adalah variabel dengan nilai signifikansi kurang dari 0,25. Pada tabel diatas terlihat bahwa variabel yang tidak masuk ke dalam model multivariat adalah jenis kelamin. Jadi terdapat dua belas variabel yang dimasukkan ke dalam model awal multivariat.

5.4.2. Model Lengkap

Model awal untuk analisis multivariat adalah sebagai berikut.

Tabel 5.21 Model Awal Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda Model Risiko antar Variabel Independen dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Variabel	Nilai p	Exp (B)	95% CI for Exp (B)	
			Lower	Upper
Usia	0,695	0,913	0,578	1,441
Asupan energi	0,000	12,267	6,815	22,081
Pendidikan ibu	0,310	1,439	0,713	2,903
Pendidikan Ayah	0,966	0,984	0,469	2,065
Pekerjaan Ayah	0,006	0,361	0,173	0,752
Pekerjaan ibu	0,015	2,658	1,209	5,840
Pemanfaatan Pelayanan kesehatan	0,010	2,573	1,257	5,263
Jumlah anggota keluarga	0,379	1,299	0,725	2,327
Adanya anggota keluarga yang merokok	0,663	1,146	0,620	2,118
Wilayah tempat tinggal	0,000	2,965	1,688	5,209
Proporsi pengeluaran rumah tangga	0,367	1,264	0,759	2,106
Pengeluaran RT untuk makanan	0,001	0,385	0,223	0,664

Setelah model awal analisis multivariat terbentuk, dilakukan pengeluran variabel secara bertahap dimulai dari variabel yang memiliki nilai p terbesar. Variabel yang memiliki nilai p terbesar, yaitu pendidikan ayah, dikeluarkan dari model. Setelah variabel pendidikan ayah dikeluarkan dari model, terlihat bahwa hasil perbandingan OR tidak ada yang lebih dari 10%. Dengan demikian variabel pendidikan ayah dikeluarkan dari model. Kemudian variabel usia anak dikeluarkan dan hasil perbandingan nilai OR tidak ada yang lebih dari 10%. Selanjutnya variabel yang memiliki nilai p terbesar adalah adanya anggota keluarga yang merokok. Setelah variabel usia ibu dikeluarkan dari model, hasil perbandingan OR tidak ada yang lebih dari 10% sehingga variabel usia ibu dikeluarkan. Kemudian dilakukan pengeluran untuk variabel pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang memiliki nilai p terbesar. Setelah variabel pengeluaran rumah tangga untuk makanan, ditemukan bahwa

hasil perbandingan OR tidak ada yang lebih dari 10%. Jadi variabel pendidikan ibu dikeluarkan dari model. Variabel terakhir yang dikeluarkan adalah variabel pendidikan ibu dengan nilai p terbesar. Setelah pendidikan ibu dikeluarkan, hasil perbandingan OR ada yang lebih dari 10%. Dengan demikian variabel pendidikan ibu tidak boleh dikeluarkan karena *ber-counfounding* dengan variabel lainnya.

5.4.3 Model Akhir

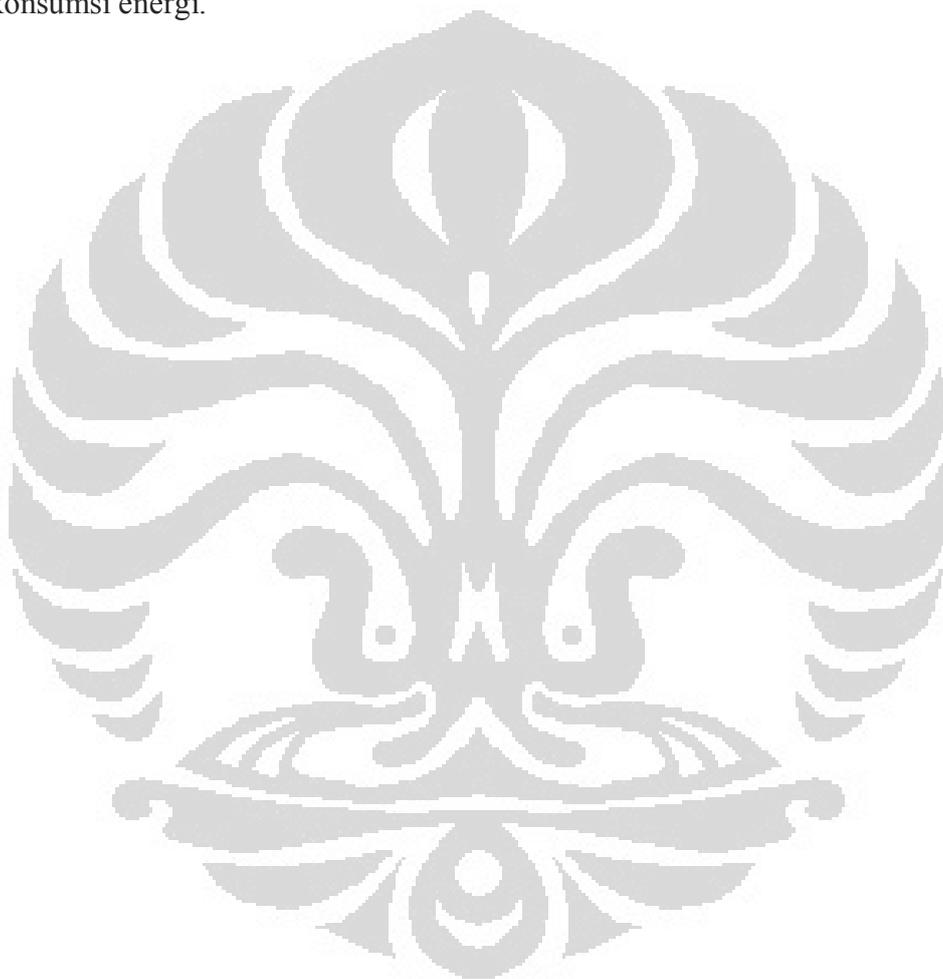
Model akhir didapatkan dari model awal multivariat yang telah dikeluarkan variabel yang memiliki nilai p lebih dari 0,05. Dalam tabel akhir hasil analisis multivariate di bawah ini adalah variabel yang memiliki nilai p di bawah 0,05. Berikut tabel 5.22 yang menunjukkan model akhir analisis multivariat dengan menggunakan Regresi Logistik Ganda antar variabel independen.

Tabel 5.22 Model Akhir Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda Model Risiko antar variabel Independen dengan Kecukupan Konsumsi Protein

Variabel	Nilai p	Exp (B)	95% CI for Exp (B)	
			Lower	Upper
Asupan energi	0,000	13,024	7,360	23,047
Pendidikan ibu	0,201	1,472	0,814	2,663
Pekerjaan ayah	0,006	0,374	0,187	0,749
Pekerjaan ibu	0,006	2,903	1,355	6,221
Pemanfaatan pelayanan kesehatan	0,008	2,633	1,295	5,355
Jumlah anggota rumah tangga	0,381	1,293	0,728	2,295
Wilayah tempat tinggal	0,000	3,004	1,717	5,258
Proporsi pengeluaran RT	0,001	0,403	0,239	0,679

Hasil analisis multivariat yang ditampilkan dalam tabel diatas menunjukkan bahwa anak usia 7 – 12 tahun dengan asupan energi yang rendah, pendidikan ibu yang rendah, pekerjaan ayah yang penghasilan tidak tetap, keluarga yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan, jumlah anggota

keluarga yang besar, keluarga yang tinggal di perdesaan, dan proporsi pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang tinggi cenderung kurang konsumsi protein. Selain itu, hasil tersebut menunjukkan bahwa variabel asupan energi merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kecukupan konsumsi anak dengan *odd ratio* sebesar 13,024. Dengan demikian dapat disimpulkan anak yang kurang konsumsi energi memiliki peluang 13 kali untuk kurang konsumsi protein dibandingkan dengan anak yang cukup konsumsi energi.



BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam beberapa hal yang patut menjadi bahan pertimbangan. Keterbatasan dalam penelitian tersebut adalah sebagai berikut :

1. Peneliti menggunakan data sekunder, sehingga penelitian ini terbatas dalam hal penggunaan variabel yang disesuaikan dengan kebutuhan serta variabel yang ada pada data sekunder tersebut.
2. Peneliti menggunakan metode desain *cross sectional*, sehingga hubungan antar variabel baik dependen maupun independen bukan merupakan hubungan sebab akibat.
3. Pada hasil pengukuran konsumsi makanan individu, Riskesdas menggunakan metode *food recall* 24 jam. Metode ini dilakukan hanya satu hari, sehingga metode tersebut memiliki kelemahan yaitu tidak menggambarkan asupan makanan sehari - hari bila hanya dilakukan *recall* satu hari (Gibson,2005). Untuk itu, penelitian ini tidak menggambarkan asupan sehari – hari anak tersebut yang menjadi sampel penelitian ini.

6.2 Kecukupan Konsumsi Protein

Prevalensi ketidakcukupan konsumsi protein pada anak usia 7 – 12 tahun di provinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2010 menurut data Riskesdas 2010 adalah sebesar 58,1%. Persentase tersebut merupakan persentase terbesar kurang konsumsi protein di Indonesia dibandingkan dengan provinsi lain. Namun dengan pengolahan dilakukan sesuai dengan kriteria eksklusi dan inklusi peneliti, hasil penelitian ini, anak usia 7 – 12 tahun yang kurang konsumsi protein menjadi sebesar 82% . Jumlah ini sangat besar, lebih dari separuh anak – anak usia 7 – 12

tahun di Nusa Tenggara Timur kurang konsumsi protein. Jika dibandingkan dengan provinsi terdekat yakni Nusa Tenggara Barat, jumlah kecukupan konsumsi dibawah minimal (80% dari AKG) hanya sebesar 37,3%.

Kesenjangan kecukupan konsumsi protein antara NTT dan NTB dipengaruhi oleh banyak faktor. Menurut Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur dan Nusa Tenggara Barat pada tahun 2007, salah satu aspek perbedaan antara NTT dan NTB jika dilihat adalah perbedaan angka kemiskinan. Menurut BPS 2010, Jumlah penduduk miskin di NTT lebih banyak yaitu sebesar 1.014.100 orang (21,23%) dibandingkan dengan NTB 1.009.400 orang (19,73%). Jumlah penduduk miskin mengindikasikan bahwa angka kemiskinan erat dengan pemenuhan kebutuhan konsumsi makanan bergizi dengan kualitas dan kuantitas yang baik akan lebih sedikit pada mereka yang miskin.

Aspek lain seperti Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan dalam rupiah dengan menggunakan data BPS tahun 2007, Provinsi NTB lebih besar yaitu Rp 223.839,- dibandingkan dengan NTT yaitu Rp 196.332,-. Pengeluaran rumah tangga dapat dijadikan indikator bahwa semakin besar pengeluaran rumah tangga untuk makanan, maka kemampuan untuk memenuhi kebutuhan konsumsi lebih baik dibandingkan yang rendah. Konsumsi protein masih menggunakan data dari BPS tahun 2007, rata – rata konsumsi penduduk secara keseluruhan di Provinsi NTB juga lebih besar yakni 60,6 gram/orang/hari, sedangkan NTT hanya 52,30 gram/orang/hari. Tidak hanya konsumsi protein yang rendah, begitu pula halnya dengan rata - rata konsumsi energi penduduk di kedua provinsi tersebut. NTB lebih besar yaitu 2.061,86 kkal/hari dibandingkan dengan NTT yaitu 1.952,14 kkal/hari.

Kecukupan konsumsi tidak terlepas dari ketersediaan produksi bahan pangan. Provinsi NTT umumnya lebih memilih untuk mengonsumsi jagung sebagai bahan makanan pokok dibandingkan penduduk Indonesia lainnya yang mengonsumsi beras. Dibandingkan kandungan protein antara jagung dan beras. Produksi padi di NTB lebih besar yaitu 1.774.499 ton dibandingkan NTT yaitu setengahnya dari NTB sebesar 555.493. Namun, NTT lebih unggul dalam

Universitas Indonesia

produksi jagung yaitu 653.620 ton dibandingkan NTB yaitu 249.005 ton. Konsumsi protein tidak hanya pada protein hewani. Protein nabati juga memiliki peran dalam hal pemenuhan asupan. Jika dibandingkan produksi kedelai, NTB jauh lebih unggul dalam produksi kedelai yakni sebesar 93.122 ton dibandingkan NTT hanya 1.780 ton dalam setahun.

6.3 Pengeluaran Rumah tangga untuk Makanan

Pengeluaran rumah tangga untuk makanan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada rumah tangga dengan pengeluaran rumah tangga lebih rendah, yakni sebesar 85,6%; sedangkan terdapat 78,3% keluarga dengan pengeluaran rumah tangga untuk makan yang lebih tinggi. Hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,015 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara pengeluaran rumah tangga untuk makanan dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang diperoleh adalah sebesar 1,65. Anak beresiko 1,65 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada keluarga dengan pengengeluaran rumah tangga untuk makanan rendah.

Persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan dengan pengeluaran total, rumah tangga dengan persentase pengeluaran yang tinggi juga cenderung kurang konsumsi protein, yakni sebesar 86,1% dibandingkan dengan persentase pengeluaran lebih rendah yakni sebesar 63,0%. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *p-value* sebesar <0,0001 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang diperoleh adalah sebesar 0,709 yang berarti variabel tersebut bersifat protektif. Sehingga anak beresiko 3 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada keluarga dengan persentase pengengeluaran rumah tangga untuk makanan tinggi.

Pengeluaran Rumah Tangga untuk makanan sangat bergantung pada pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga yang akan terpenuhi kebutuhannya, serta harga setiap kebutuhan yang akan dipenuhi sesuai dengan harga pasar. Untuk makanan, pengeluaran rumah tangga menjadi penting dalam hal pemenuhan kebutuhan. Penelitian ini menyimpulkan bahwa rendahnya pengeluaran rumah tangga untuk makanan berhubungan dengan kurangnya asupan anak. Ravallion and Van de Walle (1991) menemukan bahwa naiknya harga pada makanan akan meningkatkan kemiskinan di Indonesia, sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan meningkatnya harga, pemenuhan ketersediaan pengeluaran rumah tangga menjadi terganggu.

Proporsi pengeluaran rumah tangga untuk makanan dibandingkan pengeluaran total yang besar, cenderung memiliki anak yang kurang konsumsi protein. Ini dapat terjadi sejalan dengan jumlah anggota keluarga yang besar pula. Dengan jumlah anggota keluarga yang besar pada responden penelitian ini, dapat menjadi penyebab tingginya proporsi pengeluaran rumah tangga untuk makan, sehingga konsumsi harus terbagi antara anak dengan anggota keluarga yang lain sehingga cenderung lebih rendah konsumsi protein pada anak.

Penelitian ini sejalan dengan Engel's law yang mengemukakan bahwa hubungan antara pendapatan keluarga dan pengeluaran rumah tangga. Semakin tinggi pendapatan keluarga makan semakin tinggi pengeluaran rumah tangga. Angus Deaton dan Christina Paxson (1998) dalam jurnalnya menjelaskan bahwa tingkat status ekonomi, ukuran rumah tangga dan permintaan akan makanan berpengaruh satu sama lain. Sehingga semakin besarnya jumlah anggota pada keluarga menyebabkan semakin tinggi pula permintaan pada keluarga yang berpengaruh negatif pada tingkat pengeluaran rumah tangga.

6.4 Karakteristik Anak

6.4.1 Jenis Kelamin

Uji statistik menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,566 yang berarti terdapat hubungan yang tidak bermakna antara pengeluaran rumah tangga untuk makanan

Universitas Indonesia

dengan kecukupan konsumsi protein. Meskipun demikian, pada analisis bivariat menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada anak yang berjenis kelamin laki - laki, yakni sebesar 82,9 %, sedangkan terdapat 81,0 % anak dengan jenis kelamin perempuan. *Odds Ratio* untuk pengeluaran rumah tangga untuk makanan yang diperoleh adalah sebesar 1,140. Anak beresiko 1,2 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak berjenis kelamin laki-laki.

Penelitian ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Apriadi (1986) bahwa anak laki – laki lebih banyak membutuhkan energi dan protein dibandingkan dengan anak perempuan. Karena diasumsikan bahwa anak laki - laki lebih banyak melakukan aktivitas dibandingkan anak perempuan. Oleh karena itu, disebabkan kebutuhan lebih tinggi anak laki –laki lebih rentan terhadap kecukupan konsumsi protein. Namun tidak halnya pada penelitian ini, jenis kelamin tidak memiliki pengaruh pada asupan protein. Baik laki – laki maupun perempuan tidak ada perbedaan kecukupan konsumsi protein.

Begitu pula dengan hasil survei dari NHANES II (National Health and Nutrition Examination Survey) rata – rata asupan sehari protein untuk anak laki – laki 107 gram/hari dan untuk perempuan 65 gram/hari. Dapat diasumsikan bahwa anak laki – laki cenderung lebih banyak konsumsi protein dibandingkan dengan perempuan. Ketika dihubungkan dengan kurangnya konsumsi protein, laki – laki dan perempuan terdapat ketidak bermaknaan variabel jenis kelamin. Dapat diasumsikan bahwa ada faktor lain yang lebih berpengaruh seperti faktor ekonomi sehingga anak tersebut kurang konsumsi protein.

6.4.2 Usia Anak

Rentang usia 10 – 12 tahun, lebih cenderung kurang konsumsi protein, yakni sebesar 84,6% dibandingkan dengan anak yang berusia 7–9 tahun yaitu sebesar 79,6%. dari data tersebut terdapat kecenderungan anak usia 10 – 12 tahun kurang konsumsi protein. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,102 yang berarti terdapat hubungan yang tidak bermakna antara

Universitas Indonesia

rentang usia anak dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk usia yang diperoleh adalah sebesar 0,709. Sehingga anak beresiko 1,4 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak di rentang usia 10 – 12 tahun.

Usia anak sesuai dengan penelitian Iyangbe dan Orewa (2009) yang megemukakan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin terhadap jumlah kecukupan asupan. Peneliti mengasumsikan bahwa usia anak yang 7 - 9 tahun lebih memilih makanan dibandingkan dengan usia 10 - 12 tahun. Namun pada hasil, peneliti menemukan bahwa usia 10-12 tahun lebih rentan kurang konsumsi protein dikarenakan lebih terpengaruh dengan teman sebaya dan lingkungan sekolah. Dan memasuki masa remaja, anak usia 10 – 12 tahun lebih membutuhkan asupan lebih mempersiapkan masa remaja, sehingga rentan akan kurang konsumsi protein.

6.4.3 Asupan Energi

Analisis bivariat variabel asupan energi, tabel diatas menunjukkan bahwa mereka yang kurang asupan energi cenderung kurang konsumsi protein, yakni sebesar 87,95% dibandingkan mereka yang asupan energinya cukup yaitu sebesar 35,8%. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar <0,0001 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara asupan energi dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk variabel asupan energi adalah sebesar 13,047. Anak beresiko 13 kali lebih besar kurang kecukupan konsumsi protein terjadi pada anak yang kurang asupan energi.

Asupan energi yang rendah diasumsikan asupan protein pun menjadi semakin rendah dalam arti tidak terpenuhi dengan cukup. Energi didapatkan dari jumlah total makanan yang dikonsumsi baik jenis karbohidrat, protein, lemak, dan zat gizi lain. Protein hanya menyumbang 4 kkal sama halnya seperti karbohidrat, sehingga hanya sedikit sumbangan energi.

6.5 Karakteristik Keluarga

6.5.1 Pekerjaan Orang Tua

Penelitian ini ditemukan bahwa pekerjaan orang tua terbanyak adalah petani, yaitu 67,3% untuk pekerjaan Ayah dan 60,4% untuk pekerjaan ibu. Kategori Nelayan dan Sekolah merupakan sebagian kecil dari jumlah seluruh orang tua. Kategori pekerjaan terbagi atas berpenghasilan tetap dan tidak tetap, penghasilan tetap apabila orang tua berprofesi sebagai TNI/POLRI dan PNS/Pegawai, sedangkan profesi lainnya termasuk kategori berpenghasilan tidak tetap.

Jumlah orang tua dengan penghasilan tidak tetap lebih dari setengahnya yaitu ayah yang tidak berpenghasilan tetap sebanyak 75,9% sedangkan ibu sebesar 90,4%. Terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan orang tua baik ibu maupun ayah dengan kecukupan konsumsi protein anak. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa proporsi orang tua yang memiliki penghasilan tidak tetap lebih besar memiliki anak yang kurang konsumsi protein. Hal tersebut dikarenakan bahwa orang tua dengan penghasilan tidak tetap cenderung untuk sulit untuk memenuhi kebutuhan akan asupan makanan anak terutama protein. Ayah dengan penghasilan tidak tetap berpeluang 1,9 kali lebih besar memiliki anak yang kurang asupan protein. Demikian halnya dengan Ibu dengan penghasilan tidak tetap memiliki peluang 3,5 kali lebih besar memiliki anak yang kurang asupan protein.

Penelitian yang dilakukan oleh Oktaviani yang menunjukkan bahwa karakteristik keluarga menjadi faktor lainnya yang berhubungan dengan kecukupan protein pada anak. Hasil Penelitian yang dilakukan di SLTP Negeri 57 Jakarta terhadap siswa peserta didik dengan jumlah sampel 100 orang menyimpulkan bahwa jenis pekerjaan ayah memiliki hubungan yang bermakna terhadap kecukupan protein (Oktaviani, 2007).

Pekerjaan ibu sesuai dengan pendapat Glick dan Sahn (1997) bahwa ibu yang bekerja maka akan menambah pendapatan keluarga, sehingga akan lebih mudah dalam pemenuhan ketersediaan pangan dalam rumah tangga perihal konsumsi anak dan keluarga.

6.5.2 Pendidikan Orang Tua

Penelitian ini ditemukan bahwa tingkat pendidikan orang tua terbanyak tamat SD, yaitu 29,4% untuk tingkat pendidikan Ayah dan 30,8% untuk pendidikan ibu. Kategori tamat PT dan tamat Diploma merupakan sebagian kecil dari jumlah seluruh orang tua. Kategori pendidikan dikatakan rendah jika orang tua anak tersebut tidak tamat SLTA/SMA, dan sebaliknya.

Jumlah orang tua dengan pendidikan rendah adalah lebih dari setengah, untuk pendidikan ayah sebesar 79% dan pendidikan ibu 81,5%. Terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan orang tua baik ibu maupun ayah dengan kecukupan konsumsi protein anak. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa proporsi orang tua yang memiliki pendidikan rendah lebih besar memiliki anak yang kurang konsumsi protein. Hal tersebut menunjukkan bahwa orang tua dengan pendidikan rendah cenderung tidak memperhatikan asupan makanan anak terutama protein. Ayah dengan pendidikan rendah berpeluang 1,7 kali lebih besar memiliki anak yang kurang asupan protein. Demikian halnya dengan Ibu yang pendidikan rendah memiliki peluang 2,7 kali lebih besar memiliki anak yang kurang asupan protein.

Pendidikan orang tua menjadi peran penting dalam pengetahuan orang tua terhadap pemilihan jenis bahan makanan keluarga, terutama pendidikan ibu. Pendidikan orang tua yang tinggi sejalan dengan pengetahuannya akan gizi. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Yi Lin *et al* (2011) yang dilakukan pada 661 anak-anak usia *preschooler* dengan metode regresi linear ganda yang ingin mengetahui hubungan antara protein hewani, nabati dan kelompok sumber protein lain terhadap faktor sosio-ekonomi dan faktor gaya hidup. Hasil penelitian Yi Lin *et al* menunjukkan anak dengan ayah dan ibu berpendidikan lebih tinggi, akan memiliki anak yang konsumsi protein baik itu nabati maupun hewani lebih tinggi. Pendidikan orang tua memiliki peran dalam sumber asupan protein anak.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rogers dan Emmett (2003). Penelitian tersebut dilakukan pada 993 anak berumur 18 bulan

Universitas Indonesia

dengan metode penelitian analisis multivariat secara longitudinal menggunakan kuesioner pada ibu anak tersebut. Hasilnya adalah bahwa anak dengan ibu yang berpendidikan akan menyesuaikan lebih baik dengan kebiasaan makanan sehat sehingga akan terlihat perbedaan jumlah asupan pada ibu dengan yang berpendidikan lebih tinggi dan lebih rendah.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Iyangbe dan Orewa (2009) yang melakukan penelitian pada dua daerah perdesaan pada pemerintahan di Nigeria di daerah orhhimonwon dan ikpoba-okha. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pola konsumsi energi-protein pada rumah tangga diperdesaan berpendapatan rendah dengan menggunakan *survey* data yang dikumpulkan selama juli sampai oktober tahun 2005 dengan jumlah sampel sebesar 90 rumah tangga yang dipilih secara acak dengan jumlah total individu sebesar 384 orang. Penelitian ini di wawancara dengan 48-jam *food recall* dan mencari informasi mengenai asupan makanan harian. Hasilnya adalah mereka dengan orang tua berpendidikan lebih tinggi mengonsumsi protein yang lebih tinggi pula.

6.5.3 Jumlah Anggota Keluarga

Penelitian ini menjelaskan bahwa jumlah anggota keluarga dengan ukuran yang besar, lebih dari setengah rumah tangga yaitu sebesar 84,5%. Kategori anggota keluarga besar jika dalam satu rumah tangga lebih dari 4 orang. Terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kecukupan konsumsi protein anak. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa proporsi anggota keluarga yang besar lebih besar memiliki anak yang kurang konsumsi protein. Hal tersebut menunjukkan bahwa besarnya jumlah anggota keluarga akan cenderung lebih sedikit porsi yang diterima pada setiap anggota keluarga. Anggota keluarga yang besar berpeluang 2,1 kali lebih besar memiliki anak yang kurang asupan protein.

Jumlah anggota keluarga berperan dalam hal pembagian konsumsi di lingkungan rumah tangga tersebut. Semakin besar jumlah anggota keluarga maka

akan semakin kecil porsi makan yang akan didapatkan masing – masing anggota keluarga dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga yang kecil. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Olansunkanmi (2011) di Nigeria. Penelitian dilakukan dengan data primer dengan metode *cross-sectional* dengan sampel acak sebanyak 120 rumah tangga. Hasilnya adalah rumah tangga dengan jumlah anggota lebih besar yakni 5-7 orang, maka frekuensi mengonsumsi protein hewani lebih sedikit dibandingkan dengan anggota keluarga yang kecil. Anggota keluarga yang kecil akan lebih sering mengonsumsi protein hewani dibandingkan dengan anggota keluarga dengan jumlah yang besar.

6.5.4 Pemanfaatan Pelayanan kesehatan

Pada penelitian ini ditemukan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada keluarga yang memiliki tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan, yakni sebesar 91,2 %. Sedangkan terdapat 79,8% anak dengan keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Keluarga yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan akan cenderung 2,6 kali lebih besar memiliki anak yang kurang konsumsi protein.

Dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan, keluarga tersebut sedikit banyak akan mendapatkan terpaparnya informasi mengenai kesehatan, termasuk tentang asupan gizi. Informasi kesehatan dapat diperoleh dari berbagai macam sumber. Namun, informasi yang didapat belum tentu informasi yang benar. Pendidikan ibu menjadi faktor penting dalam memilih dan memilah informasi yang benar sehingga dapat diterapkan dalam keluarga. Pendidikan dan pengetahuan akan informasi berkaitan erat dengan pola asuh yang diterapkan pada anak. Pemerintah sendiri telah berbenah perihal memaksimalkan keberlangsungan penyelenggaraan posyandu dan puskesmas sebagai layanan kepada masyarakat dibidang kesehatan.

6.5.5 Adanya Anggota Keluarga yang Merokok

Pada penelitian ini ditemukan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada keluarga yang adanya anggota keluarga yang merokok, yakni sebesar 83,9%. Dari penelitian ini terdapat hubungan yang bermakna antara adanya keluarga yang merokok dengan kecukupan konsumsi protein. Adanya keluarga yang merokok akan berpeluang 1,9 kali lebih besar memiliki anak yang kurang konsumsi protein dibandingkan yang bukan perokok.

Adanya anggota yang merokok mengindikasikan adanya pengeluaran tambahan pada keluarga dalam hal pembelian rokok yang umumnya konsisten mengeluarkan biaya hampir setiap hari sesuai dengan jumlah rokok yang dikonsumsi. Penelitian dari Badan Pusat Statistik di Indonesia menunjukkan bahwa bahan rokok kretek filter memberikan sumbangan terbesar ke dua kepada Garis Kemiskinan (8,31% di perkotaan dan 7,11% di perdesaan). Ini menunjukkan bahwa pengeluaran rumah tangga yang seharusnya untuk bahan makanan dan bahan non makanan yang lebih penting untuk terpenuhi dibandingkan dengan rokok.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Jun Ma *et al* (2000) yang meneliti tentang perubahan kebiasaan. Penelitian tersebut mencari hubungan antara kebiasaan merokok, minum alkohol dan asupan makanan pada 50 daerah di Columbia dengan jumlah sampel sebesar 6.754 orang dengan menggunakan uji t-test dan multivariat. Hasilnya adalah kebiasaan merokok yang tinggi cenderung lebih rendah jumlah penyediaan makan dan asupan gizinya.

Selain itu, hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Yi Lin *et al* (2011) yang dilakukan pada 661 anak-anak usia *preschooler* dengan metode regresi linear ganda yang ingin mengetahui hubungan antara protein hewani, nabati dan kelompok sumber protein lain terhadap faktor sosio-ekonomi dan faktor gaya hidup. Penelitian Yi Lin *et al* menunjukkan anak dengan ayah dan ibu yang perokok, akan memiliki anak yang konsumsi protein baik itu nabati maupun hewani lebih rendah dibandingkan orang tua yang bukan perokok.

Universitas Indonesia

Begitu pula penelitian yang dilakukan oleh Rogers dan Emmett (2003), penelitian yang dilakukan pada 993 anak berumur 18 bulan dengan metode penelitian analisis multivariat secara longitudinal menggunakan kuesioner pada ibu anak tersebut menunjukkan bahwa anak dengan orang tua perokok cenderung akan kurang konsumsi protein.

6.5.6 Wilayah Tempat Tinggal

Hubungan wilayah tempat tinggal dan kecukupan konsumsi protein menunjukkan bahwa kecenderungan terjadinya kurang konsumsi protein lebih banyak ditemukan pada keluarga yang tinggal di daerah perdesaan, yakni sebesar 91,2%, sedangkan terdapat 68,2% anak dengan keluarga yang tinggal di daerah perkotaan. Selain itu, hasil uji statistik juga menunjukkan nilai *P-value* sebesar $<0,0001$ yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara wilayah tempat tinggal dengan kecukupan konsumsi protein. *Odds Ratio* untuk wilayah tempat tinggal yang diperoleh adalah sebesar 2,963.

Pada penelitian Chandra dan Moeis (2007), menyatakan bahwa pola konsumsi rumah tangga dipengaruhi oleh faktor geografis seperti perkotaan dan perdesaan. Pemaparan tersebut sejalan dengan kondisi yang dijelaskan dalam makalah Ariningsih (2009) menyatakan bahwa terdapatnya perbedaan jumlah konsumsi protein masyarakat yang berada di perkotaan dan diperdesaan. Masalah gizi sangat terkait dengan ketersediaan dan aksesibilitas pangan penduduk. Rendahnya aksesibilitas pangan (kemampuan rumah tangga untuk selalu memenuhi kebutuhan pangan anggotanya) terjadi penurunan konsumsi makanan yang beragam, bergizi-seimbang, dan aman di tingkat rumah tangga.

Berbagai penelitian, banyak dari peneliti membedakan perdesaan dan perkotaan dalam variabelnya. Dalam pemenuhan kecukupan konsumsi protein. Variasi makanan di perkotaan umumnya lebih banyak dibandingkan di perdesaan. Di perkotaan, sangat mudah untuk dijumpai bahan pangan protein serta produk olahan protein di pusat perbelanjaan dan mudah untuk disajikan di rumah.

6.6 Faktor yang Paling Dominan Terhadap Kecukupan Konsumsi Protein

Faktor yang berhubungan bermakna dengan kecukupan konsumsi protein adalah asupan energi, pekerjaan ibu, wilayah tempat tinggal, pemanfaatan pelayanan kesehatan, pengeluaran rumah tangga untuk makanan dalam rupiah, persentase pengeluaran rumah tangga untuk makanan, dan pekerjaan ayah setelah dikontrol oleh variabel-variabel yang lain. Sedangkan yang paling berpengaruh terhadap kecukupan konsumsi protein dari ketujuh faktor tersebut adalah asupan energi. Anak yang asupan energi kurang akan memiliki peluang 13,5 kali lebih besar beresiko kurang konsumsi protein dibandingkan anak yang cukup asupan energi. Begitu pula dengan variabel lain seperti pekerjaan ibu dengan penghasilan tidak tetap, wilayah tempat tinggal di perdesaan, rumah tangga yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan, pengeluaran rumah tangga untuk makanan rendah, persentase pengeluaran rumah tangga yang tinggi dan pekerjaan ayah yang tidak berpenghasilan tetap akan beresiko memiliki anak yang kurang konsumsi protein. Semakin sedikit jumlah energi yang dikonsumsi semakin sedikit pula protein yang dikonsumsi. Sehingga hipotesis awal ditolak, bahwa faktor yang paling dominan terhadap kecukupan protein adalah asupan energi.

Variabel kedua yang berpengaruh terhadap kecukupan konsumsi protein. Anak yang tinggal di daerah perdesaan akan memiliki peluang 3 kali lebih besar beresiko kurang konsumsi protein dibandingkan anak yang tinggal di daerah perkotaan. Variabel kedua yang berpengaruh terhadap kecukupan protein adalah wilayah tempat tinggal. Tempat tinggal memiliki pengaruh yang besar terhadap kecukupan protein terkait aksesibilitas dan variasi sumber protein yang dikonsumsi. Variabel ketiga yang berpengaruh terhadap kecukupan protein adalah pekerjaan ibu. Anak dengan ibu yang tidak berpenghasilan tetap akan memiliki peluang 2,9 kali lebih besar beresiko kurang konsumsi protein dibandingkan anak yang memiliki ibu yang bekerja. Ibu yang bekerja dapat menambah pendapatan keluarga sehingga lebih mudah dalam hal penyediaan makanan di tingkat rumah tangga.

Universitas Indonesia

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 82% anak yang konsumsi protein kurang dari kebutuhan seharusnya sesuai Angka Kecukupan Gizi (AKG).
2. Pengeluaran Rumah Tangga dalam penelitian ini yaitu < Rp 1.060.000,- yaitu sebesar 50% .
3. Persentase pengeluaran rumah tangga, semakin miskin suatu keluarga, maka semakin tinggi pula proporsi pengeluaran untuk makanan terhadap pengeluaran total. Pada penelitian ini, rata – rata proporsi pengeluaran rumah tangga untuk makanan terhadap pengeluaran total adalah sebesar 69,03%.
4. Karakteristik Anak terbagi atas jenis kelamin, usia, dan Asupan Energi. Untuk jenis kelamin, anak laki –laki sebanyak 51,1% dan perempuan 48,9%. Sedangkan usia, anak usia 7-9 tahun sebesar 53,2% dan anak usia 10-12 tahun sebesar 46,8%. Dan asupan energi sebesar 88,6% dan sebaliknya.
5. Karakteristik Keluarga terdiri atas Pekerjaan Orang tua, Pendidikan Orang tua, Jumlah anggota keluarga, Pemanfaatan pelayanan kesehatan, adanya anggota keluarga yang merokok, dan wilayah tempat tinggal. Pekerjaan ayah dengan penghasilan tidak tetap sebesar 75,9% dan pekerjaan ibu yang berpenghasilan tidak tetap sebesar 90,4%. Pendidikan Ayah kategori rendah sebesar 79% dan pendidikan ibu kategori rendah sebesar 81,5%. Untuk Jumlah anggota keluarga dengan kategori besar yaitu sebesar 84,5%. Keluarga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan sebesar 80,7%. Selanjutnya adanya anggota keluarga yang merokok sebesar 83%, serta, responden yang tinggal di daerah perdesaan sebesar 75,6% .
6. Terdapat hubungan bermakna antara Pengeluaran Rumah tangga, Karakteristik anak pada asupan energi dan karakteristik keluarga (Pekerjaan Orang tua, Pendidikan Orang tua, Jumlah anggota keluarga, Pemanfaatan pelayanan kesehatan, adanya anggota keluarga yang merokok, dan wilayah tempat tinggal) terhadap kecukupan konsumsi protein.
7. Tidak terdapat hubungan bermakna antara antara jenis kelamin dan usia terhadap kecukupan konsumsi protein.

8. Faktor yang paling dominan berhubungan kecukupan konsumsi protein adalah Asupan energi (OR 13,5).

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Penelitian dan Peneliti Lain

1. Diharapkan terdapat penelitian lain yang menggunakan disain yang berbeda selain *cross sectional*, yakni disain yang bisa menjelaskan hubungan kausalitas (sebab-akibat) antara variabel independen dan dependennya sehingga dapat diketahui faktor-faktor yang merupakan penyebab terjadinya kecukupan konsumsi protein, seperti penelitian kualitatif mengenai makanan tabu tinggi protein/bergizi tinggi yang ada di Nusa Tenggara Timur.
2. Sebaiknya terdapat penelitian lain yang menggunakan sampel yang lebih luas cakupannya agar dapat menggambarkan keseluruhan populasi penduduk tidak hanya di Nusa Tenggara Timur, namun seluruh Indonesia.

7.2.2 Bagi Kementerian Kesehatan

1. Diharapkan pemerintah memiliki program khusus untuk memantau dan mengontrol pelaksanaan program diversifikasi pangan di Indonesia Hal ini bertujuan agar seluruh masyarakat Indonesia baik di perkotaan ataupun perdesaan mendapatkan distribusi yang merata terhadap pangan.
2. Upaya dalam memprioritaskan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) tentang Gizi Seimbang lebih digencarkan di daerah perdesaan dan pada ibu, karena berperan dalam hal pengadaan konsumsi keluarga, serta mengurangi pengeluaran rumah tangga untuk konsumsi rokok diganti menjadi makanan yang lebih bergizi.
3. Dinas kesehatan sebaiknya memiliki perhatian yang lebih dalam rangka pemenuhan kebutuhan protein, tidak hanya pada konsumsi protein hewani yang harganya lebih mahal, namun dapat divariasikan mengonsumsi protein nabati yang lebih murah.
4. Memanfaatkan bahan pangan lokal bernilai gizi tinggi sebagai sumber makanan dalam rumah tangga serta pentingnya suplementasi pada anak sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. 2004. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Arisman. 2010. *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Atmarita, Fallah TS. 2004. *Analisis Situasi gizi dan kesehatan masyarakat*. www.gizi.net/kep/download/makalah-wnpg8.doc
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Indonesia.
- Badan Pusat Statistik. 2009. *Pengeluaran Untuk Konsumsi Penduduk Indonesia*. Jakarta.BPS.
- Badan pusat Statistik. 2010. *Statistik sosial Kependudukan Nusa Tenggara Timur 2010*. Juni 15. 2012. http://ntt.bps.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=282:statistik-sosial-kependudukan-ntt-2010&catid=24publikasi&itemid=51
- Badan Pusat Statistik. 2012. *Indikator konsumsi terpilih Indonesia 1999,2002-2011* .Juni 15. 2012 http://www.bps.go.id/tabsub/view.php?kat=1&tabel=1&daftar=1&id_subyek=05¬ab+8
- Bamiro, Olansunkanmni M. 2011. *Consumption analysis of proteinous foods in Remo division Ogun State, Nigeria*. Continental J. Agricultural Economics 5 (2): 1 – 7.
- Berdanier, Carolyn D. 2002. *Handbook of nutrition and food*.America: CRC Press.
- Berg A. 1986. *Peranan Gizi dalam Pembangunan*. Jakarta. Penerbit Rajawali.
- Brown, Judith E. et.al., 2005. *Nutrition Through the Life Cycle. 2nd Edition. United States of America*: Thomson Wadsworth.
- Cameron, Noel. 2002. *Human Growth and Development*. California: Academic Press.
- Cresci, Gail et.al., 2009. *Nutrition assessment “Patient history”*. Chicago: American Dietetic Association.
- Deaton Agus and Christina Paxson. 1998. *Economic of scale, Household Size, dan the Demand for food*, The journal of Political Economy, Vol 106(5): 897-893.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. 2007. *Profil kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2007*.
- Direktorat Akademik, Departemen Pendidikan Nasional.2009. *Pedoman Umum Pemilihan Ketua Program Studi Berprestasi*. Indonesia.

- Eastwood, Martin. 2003. *Principles of Human Nutrition*. 2nd Edition. Edinburgh, UK: Blackwell Science.
- Engel P.L., Menon P, Hadad L. 1997. *Care and Nutrition : Concepts and Measurement*. International Food Policy research Institute.
- Engle P. L., Menon, P. & Haddad, L. 1999. *Care and nutrition: Concepts and measurement*. World Development 27(8), 1309-1337.
- Fabiosa, Jacinto F. 2005. *Growing Demand for Animal-Protein-Source Products in Indonesia: Trade Implications, Working Paper 05-WP 400 Center for Agricultural and Rural Development, Iowa State University, Ames, Iowa 50011-1070*
- FAO, Retrived 20 Februari 2012, from <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/fs-data/ess-fadata/en/>
- Foster, P. 1992. *The World Food Problem Tackling the causes of undernutrition in the Third World*. Lynne Reiner Publisher, Boulder.
- Garrow, J.S. 1996. *Human Nutrition and Dietetics*. Singapore : Churchill Livingstone.
- Gibson,R.S., 2005. *Principle of Nutritional Assasement (2nd Edition)*. New York : Oxford University Press.
- Grantham-McGregor, S.M; Powell, C.A; Walker S.p; Himes, J.H Nutritional supplementation, psychosocial stimulation and mental development of stunted children:the Jamaican study. .(1991).Lancet 388: 1-5
- Glick, P., & Sahn, D. 1997. *Gender and education impacts on employment and earnings in a developing country: The case of Guinea*. Economic Development and Cultural Change. 45(4), 793-823.
- Hastono, Sutanto Priyo. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas indonesia. Depok.
- Iyangbe, C.O dan S.I. Orewa. 2009 *Determinants of Daily Protein Intake among Rural and Low-Income Urban Households in Nigeria*. American-Eurasian Journal of Scientific Research 290-301.
- Jackson, Alan. 2002. *Essentials of Human Nutrition*. Ed. Jim Mann and A. Stewart Truswell. 2nd Edition. New york: Oxford University Press.
- Jun Ma, Nancy M. Betts, and Jeff S. Hampl (2000) *Clustering of Lifestyle Behaviors: The Relationship Between Cigarette Smoking, Alcohol Consumption, and Dietary Intake*. American Journal of Health Promotion: November/December 2000, Vol. 15 (2): 107-117.
- Kardjati,dkk. 1985. *Aspek kesehatan Anak balita*. Jakarta.Yayasan obor indonesia.

- Kartasapoetra, G dan H, marsetyo. 2008. Ilmu Gizi Korelasi Gizi, Kesehatan dan Produktivitas Kerja. Jakarta. Rineka cipta.
- Kulsum, Lakshmi JA and Prakash J. 2008. *Food Intake and Energy Protein Adequacy of Children from an Urban Slum in Mysore, India – a Qualitative Analysis*. Energy Protein Adequacy of Diets of Indian Children: 163-172.
- Lameshow, Stanley et.al., 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia. 2004. *Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VI Tahun 2004 Ketahanan Pangan dan Gizi Era Otonomi Daerah dan Globalisasi*. Jakarta.
- Leonberg, Beth L. 2008. *ADA pocket to pediatric nutrition assessment*. American Dietetic Association.
- Lin, Yi, et.al., 2011. *Dietary sources of animal and plant protein intake among Flemish preschool children and the association with socio-economic and lifestyle-related factors*. Nutrition Journal : 97.
- Lucas, Betty L., Sharon A. 2012. Feucht and Beth N. Ogata. *Nutrition in Childhood*. Mahan, L. Kathleen. Krause's Food and Nutrition Care Process. 13th Edition. Missouri: Elseiver Saunders 397.
- Martorell, R. 1985. *Child growth retardation: a discussion of in a causes and it relationship to health*. In: a Blaxter K, Waterlow JC (eds) Nutritional adaptation in a man.. John Libbery, London : 13 -29
- Neil, Kweethai C. 2004. *"Dietary Trends, International."* James, Delores C.S. Nutrition and Well-Being A to Z. Texas: Thomson Gale : 162-165.
- Notoatmodjo, S. 2003. Pendidikan dan Perilaku kesehatan. Jakarta. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta Rineka cipta.
- Oktaviani, Pipim. 2007. *Faktor – faktor yang berhubungan dengan kurang energi dan protein pada peserta didik SLTP Negeri 57 Jakarta pada tahun 2007*. Skripsi Sarjana. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Rachman, HPS. 2001. *Kajian Pola Konsumsi dan Permintaan Pangan di Kawasan Timur Indonesia. Disertasi Doktor. Program Pascasarjana. Institut Pertanian Bogor. Bogor Foster P. 1992. The world food problem: Tackling the causes of undernutrition in the third world*. Lynne Rienner Publishers, Boulder: (1) 367

- Ravallion, M. and van der Walle, D. 1991. *The Impact on Poverty of Food Pricing Reforms: a Welfare Analysis for Indonesia*, Journal of Policy Modeling 13(2):281-99.
- Rogers and P Emmett. 2003. The effect of maternal smoking status, educational level and on food and nutrient intakes in preschooler children : results from the Avon Longitudinal Study of parents and children. European journal of clinical nutrition 57 : 854-864.
- Saliem, Handewi P. and Ening Ariningsih. 2012. *Consumption Change and Household Expenditure in Rural Areas: Analysis of Susenas Data 1999 – 2005*.
- Satter, E. 2000. *Child of Mine-feeding with love and good sense*. California: Bull Publishing Co.
- Savage JS, et.al., 2007. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. J Law Med Ethics : 22-34.
- Suhardjo. 1989. *Sosio Budaya Gizi*. Bogor: IPB PAU Pangan dan Gizi.
- Suhardjo. 2003. *Berbagai cara pendidikan gizi*. Bogor. PT: Bumi aksara
- Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII. 2004. *Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi*. Jakarta: LIPI.
- Whitney, Ellie and Sharon Rody Rofles. 2008. *Understanding Nutrition*. Eleventh Edition. United States of America: Thomson Wardsworth.
- Zulfita, Fita. 2003. *Hubungan karakteristik keluarga dengan kurang energi dan protein di Provinsi Maluku tahun 1996 – 1999*. Skripsi sarjana. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

ANALISIS UNIVARIAT

1. Variabel Asupan protein

persen_prot

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	582	82.0	82.0	82.0
	cukup	128	18.0	18.0	100.0
	Total	710	100.0	100.0	

2. Variabel Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan

a. Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan (dalam rupiah)

pengeluaran_rupiah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	355	50.0	50.0	50.0
	tinggi	355	50.0	50.0	100.0
	Total	710	100.0	100.0	

b. Proporsi Pengeluaran Rumah Tanga untuk makanan terhadap pengeluaran total

persenpengeluaran

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	127	17.9	17.9	17.9
	tinggi	583	82.1	82.1	100.0
	Total	710	100.0	100.0	

3. Variabel Karakteristik Anak

a. Jenis kelamin

jns_kel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	363	51.1	51.1	51.1
	perempuan	347	48.9	48.9	100.0
	Total	710	100.0	100.0	

b. Usia

umur_anak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid usia 7-9 tahun	378	53.2	53.2	53.2
usia 10-12 tahun	332	46.8	46.8	100.0
Total	710	100.0	100.0	

c. Asupan Energi

persen_ener

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	629	88.6	88.6	88.6
cukup	81	11.4	11.4	100.0
Total	710	100.0	100.0	

4. Variabel Karakteristik Keluarga

a. Pekerjaan Orang tua

i. Pekerjaan ayah

Status pekerjaan utama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak kerja	12	1.7	1.7	1.7
Sekolah	4	.6	.6	2.3
TNI/Polri	5	.7	.7	3.0
PNS/Pegawai	61	8.6	8.6	11.5
Wiraswasta/layan jasa/dagang	105	14.8	14.8	26.3
Petani	478	67.3	67.3	93.7
Nelayan	3	.4	.4	94.1
Buruh	25	3.5	3.5	97.6
Lainnya	17	2.4	2.4	100.0
Total	710	100.0	100.0	

kerja_ayah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak berpenghasilan tetap	539	75.9	75.9	75.9
berpenghasilan tetap	171	24.1	24.1	100.0
Total	710	100.0	100.0	

ii. Pekerjaan Ibu**Status pekerjaan utama**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak kerja	146	20.6	20.6	20.6
Sekolah	4	.6	.6	21.1
PNS/Pegawai	38	5.4	5.4	26.5
Wiraswasta/layan jasa/dagang	30	4.2	4.2	30.7
Petani	429	60.4	60.4	91.1
Buruh	1	.1	.1	91.3
Lainnya	62	8.7	8.7	100.0
Total	710	100.0	100.0	

kerja_ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak berpenghasilan tetap	642	90.4	90.4	90.4
berpenghasilan tetap	68	9.6	9.6	100.0
Total	710	100.0	100.0	

b. Pendidikan Orang tua**i. Pendidikan ayah****pend_ayah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rendah	561	79.0	79.0	79.0
tinggi	149	21.0	21.0	100.0
Total	710	100.0	100.0	

Status pendidikan tertinggi tamat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak pernah sekolah	53	7.5	7.5	7.5
Tidak tamat SD/MI	207	29.2	29.2	36.6
Tamat SD/MI	209	29.4	29.4	66.1
Tamat SLTP/MTS	92	13.0	13.0	79.0
Tamat SLTA/MA	96	13.5	13.5	92.5
Tamat D1/D2/D3	24	3.4	3.4	95.9
Tamat PT	29	4.1	4.1	100.0
Total	710	100.0	100.0	

ii. Pendidikan ibu**pend_ibu**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rendah	579	81.5	81.5	81.5
tinggi	131	18.5	18.5	100.0
Total	710	100.0	100.0	

Status pendidikan tertinggi tamat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak pernah sekolah	61	8.6	8.6	8.6
Tidak tamat SD/MI	209	29.4	29.4	38.0
Tamat SD/MI	219	30.8	30.8	68.9
Tamat SLTP/MTS	90	12.7	12.7	81.5
Tamat SLTA/MA	93	13.1	13.1	94.6
Tamat D1/D2/D3	25	3.5	3.5	98.2
Tamat PT	13	1.8	1.8	100.0
Total	710	100.0	100.0	

c. Jumlah anggota Keluarga

anggota_RT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid besar	600	84.5	84.5	84.5
kecil	110	15.5	15.5	100.0
Total	710	100.0	100.0	

d. Pemanfaatan Pelayanan kesehatan

manfaat_yalkes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak memanfaatkan	137	19.3	19.3	19.3
memanfaatkan	573	80.7	80.7	100.0
Total	710	100.0	100.0	

e. Adanya Anggota keluarga yang merokok

rokok_ART

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	589	83.0	83.0	83.0
tidak ada	121	17.0	17.0	100.0
Total	710	100.0	100.0	

f. Wilayah tempat tinggal

dae_tinggal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pedesaan	537	75.6	75.6	75.6
perkotaan	173	24.4	24.4	100.0
Total	710	100.0	100.0	

ANALISIS BIVARIAT**1. Variabel Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan****a. Pengeluaran Rumah Tangga untuk Makanan (dalam rupiah)****Crosstab**

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
pengeluaran_rupiah	rendah	Count	304	51	355
		% within pengeluaran_rupiah	85.6%	14.4%	100.0%
	tinggi	Count	278	77	355
		% within pengeluaran_rupiah	78.3%	21.7%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within pengeluaran_rupiah	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.443 ^a	1	.011		
Continuity Correction ^b	5.957	1	.015		
Likelihood Ratio	6.480	1	.011		
Fisher's Exact Test				.014	.007
Linear-by-Linear Association	6.434	1	.011		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 64.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengeluaran_rupiah (rendah / tinggi)	1.651	1.118	2.437
For cohort persen_prot = kurang	1.094	1.020	1.172
For cohort persen_prot = cukup	.662	.480	.914
N of Valid Cases	710		

b. Proporsi Pengeluaran Rumah Tanga untuk makanan terhadap pengeluaran total

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
persenpengeluaran	rendah	Count	80	47	127
		% within persenpengeluaran	63.0%	37.0%	100.0%
	tinggi	Count	502	81	583
		% within persenpengeluaran	86.1%	13.9%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within persenpengeluaran	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	37.701 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	36.153	1	.000		
Likelihood Ratio	32.669	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	37.648	1	.000		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,90.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for persenpengeluaran (rendah / tinggi)	.275	.179	.422
For cohort persen_prot = kurang	.732	.638	.839
For cohort persen_prot = cukup	2.664	1.966	3.609
N of Valid Cases	710		

2. Variabel Karakteristik Anak
a. Jenis kelamin

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
jns_kel	laki-laki	Count	301	62	363
		% within jns_kel	82.9%	17.1%	100.0%
	perempuan	Count	281	66	347
		% within jns_kel	81.0%	19.0%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within jns_kel	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.452 ^a	1	.501		
Continuity Correction ^b	.330	1	.566		
Likelihood Ratio	.452	1	.501		
Fisher's Exact Test				.558	.283
Linear-by-Linear Association	.451	1	.502		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 62,56.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jns_kel (laki-laki / perempuan)	1.140	.778	1.672
For cohort persen_prot = kurang	1.024	.956	1.097
For cohort persen_prot = cukup	.898	.656	1.229
N of Valid Cases	710		

b. Usia

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
umur_anak	usia 7-9 tahun	Count	301	77	378
		% within umur_anak	79.6%	20.4%	100.0%
	usia 10-12 tahun	Count	281	51	332
		% within umur_anak	84.6%	15.4%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within umur_anak	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.001 ^a	1	.083		
Continuity Correction ^b	2.671	1	.102		
Likelihood Ratio	3.023	1	.082		
Fisher's Exact Test				.096	.051
Linear-by-Linear Association	2.997	1	.083		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 59.85.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur_anak (usia 7-9 tahun / usia 10-12 tahun)	.709	.481	1.047
For cohort persen_prot = kurang	.941	.878	1.008
For cohort persen_prot = cukup	1.326	.961	1.829
N of Valid Cases	710		

c. Asupan Energi

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
persen_ener	kurang	Count	553	76	629
		% within persen_ener	87.9%	12.1%	100.0%
	cukup	Count	29	52	81
		% within persen_ener	35.8%	64.2%	100.0%
Total	Count		582	128	710
	% within persen_ener		82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.319E2 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	128.379	1	.000		
Likelihood Ratio	100.657	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	131.696	1	.000		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.60.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for persen_ener (kurang / cukup)	13.047	7.806	21.807
For cohort persen_prot = kurang	2.456	1.832	3.292
For cohort persen_prot = cukup	.188	.144	.246
N of Valid Cases	710		

3. Variabel Karakteristik Keluarga

a. Pekerjaan Orang tua

i. Pekerjaan ayah

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
kerja_ayah	tidak berpenghasilan tetap	Count	456	83	539
		% within kerja_ayah	84.6%	15.4%	100.0%
	berpenghasilan tetap	Count	126	45	171
		% within kerja_ayah	73.7%	26.3%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within kerja_ayah	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.469 ^a	1	.001	.002	.001
Continuity Correction ^b	9.743	1	.002		
Likelihood Ratio	9.806	1	.002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10.454	1	.001		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,83.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kerja_ayah (tidak berpenghasilan tetap / berpenghasilan tetap)	1.962	1.298	2.965
For cohort persen_prot = kurang	1.148	1.042	1.265
For cohort persen_prot = cukup	.585	.425	.805
N of Valid Cases	710		

ii. Pekerjaan Ibu

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
kerja_ibu	tidak berpenghasilan tetap	Count	541	101	642
		% within kerja_ibu	84.3%	15.7%	100.0%
	berpenghasilan tetap	Count	41	27	68
		% within kerja_ibu	60.3%	39.7%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within kerja_ibu	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23.913 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	22.319	1	.000		
Likelihood Ratio	19.823	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	23.880	1	.000		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,26.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kerja_ibu (tidak berpenghasilan tetap / berpenghasilan tetap)	3.527	2.076	5.994
For cohort persen_prot = kurang	1.398	1.149	1.700
For cohort persen_prot = cukup	.396	.281	.558
N of Valid Cases	710		

b. Pendidikan Orang tua
i. Pendidikan ayah

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
pend_ayah	rendah	Count	470	91	561
		% within pend_ayah	83.8%	16.2%	100.0%
	tinggi	Count	112	37	149
		% within pend_ayah	75.2%	24.8%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within pend_ayah	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.907 ^a	1	.015	.022	.012
Continuity Correction ^b	5.339	1	.021		
Likelihood Ratio	5.559	1	.018		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5.899	1	.015		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pend_ayah (rendah / tinggi)	1.706	1.105	2.634
For cohort persen_prot = kurang	1.115	1.009	1.231
For cohort persen_prot = cukup	.653	.466	.915
N of Valid Cases	710		

ii. Pendidikan ibu

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
pend_ibu	rendah	Count	493	86	579
		% within pend_ibu	85.1%	14.9%	100.0%
	tinggi	Count	89	42	131
		% within pend_ibu	67.9%	32.1%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within pend_ibu	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.406 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	20.257	1	.000		
Likelihood Ratio	19.086	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.376	1	.000		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,62.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pend_ibu (rendah / tinggi)	2.705	1.755	4.169
For cohort persen_prot = kurang	1.253	1.109	1.417
For cohort persen_prot = cukup	.463	.338	.636
N of Valid Cases	710		

c. Jumlah anggota Keluarga

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
anggota_RT	besar	Count	504	96	600
		% within anggota_RT	84.0%	16.0%	100.0%
	kecil	Count	78	32	110
		% within anggota_RT	70.9%	29.1%	100.0%
Total	Count	582	128	710	
	% within anggota_RT	82.0%	18.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.780 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.912	1	.002		
Likelihood Ratio	9.729	1	.002		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	10.765	1	.001		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,83.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for anggota_RT (besar / kecil)	2.154	1.352	3.432
For cohort persen_prot = kurang	1.185	1.046	1.342
For cohort persen_prot = cukup	.550	.390	.776
N of Valid Cases	710		

d. Pemanfaatan Pelayanan kesehatan

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
manfaat_yalkes	tidak memanfaatkan	Count	125	12	137
		% within manfaat_yalkes	91.2%	8.8%	100.0%
	memanfaatkan	Count	457	116	573
		% within manfaat_yalkes	79.8%	20.2%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within manfaat_yalkes	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.869 ^a	1	.002	.001	.001
Continuity Correction ^b	9.107	1	.003		
Likelihood Ratio	11.305	1	.001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9.855	1	.002		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,70.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for manfaat_yalkes (tidak memanfaatkan / memanfaatkan)	2.644	1.413	4.947
For cohort persen_prot = kurang	1.144	1.071	1.222
For cohort persen_prot = cukup	.433	.246	.761
N of Valid Cases	710		

e. Adanya Anggota keluarga yang merokok

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
rokok_ART	ada	Count	494	95	589
		% within rokok_ART	83.9%	16.1%	100.0%
	tidak ada	Count	88	33	121
		% within rokok_ART	72.7%	27.3%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within rokok_ART	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.435 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	7.698	1	.006		
Likelihood Ratio	7.740	1	.005		
Fisher's Exact Test				.006	.004
Linear-by-Linear Association	8.423	1	.004		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,81.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for rokok_ART (ada / tidak ada)	1.950	1.235	3.078
For cohort persen_prot = kurang	1.153	1.028	1.293
For cohort persen_prot = cukup	.591	.419	.835
N of Valid Cases	710		

f. Wilayah tempat tinggal

Crosstab

			persen_prot		Total
			kurang	cukup	
dae_tinggal	pedesaan	Count	464	73	537
		% within dae_tinggal	86.4%	13.6%	100.0%
	perkotaan	Count	118	55	173
		% within dae_tinggal	68.2%	31.8%	100.0%
Total		Count	582	128	710
		% within dae_tinggal	82.0%	18.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	29.322 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	28.103	1	.000		
Likelihood Ratio	26.692	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	29.280	1	.000		
N of Valid Cases ^b	710				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for dae_tinggal (pedesaan / perkotaan)	2.963	1.978	4.438
For cohort persen_prot = kurang	1.267	1.138	1.410
For cohort persen_prot = cukup	.428	.315	.580
N of Valid Cases	710		

ANALISIS MULTIVARIAT**NILAI OMNIBUS VARIABEL****Nilai Omnibus jenis kelamin**

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step	Step	.452	1	.501
1	Block	.452	1	.501
	Model	.452	1	.501

Nilai Omnibus pendidikan ibu

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step	Step	19.086	1	.000
1	Block	19.086	1	.000
	Model	19.086	1	.000

Nilai Omnibus Usia anak

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step	Step	3.023	1	.082
1	Block	3.023	1	.082
	Model	3.023	1	.082

Nilai Omnibus Pendidikan Ayah

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step	Step	5.559	1	.018
1	Block	5.559	1	.018
	Model	5.559	1	.018

Nilai Omnibus Asupan Energi

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step	Step	100.657	1	.000
1	Block	100.657	1	.000
	Model	100.657	1	.000

Nilai Pekerjaan Ayah

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step	Step	9.806	1	.002
1	Block	9.806	1	.002
	Model	9.806	1	.002

Nilai Omnibus Pekerjaan Ibu

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	19.823	1	.000
	Block	19.823	1	.000
	Model	19.823	1	.000

Nilai omnibus adanya anggota yang merokok

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	7.740	1	.005
	Block	7.740	1	.005
	Model	7.740	1	.005

Nilai Omnibus Pemanfaatan**Pelayanan Kesehatan**

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	11.305	1	.001
	Block	11.305	1	.001
	Model	11.305	1	.001

Nilai Omnibus Wilayah tempat tinggal

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	26.692	1	.000
	Block	26.692	1	.000
	Model	26.692	1	.000

Nilai Omnibus Jumlah anggota**Rumah tangga**

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	9.729	1	.002
	Block	9.729	1	.002
	Model	9.729	1	.002

Nilai Omnibus Pengeluaran rumah tangga untuk makanan (dalam rupiah)

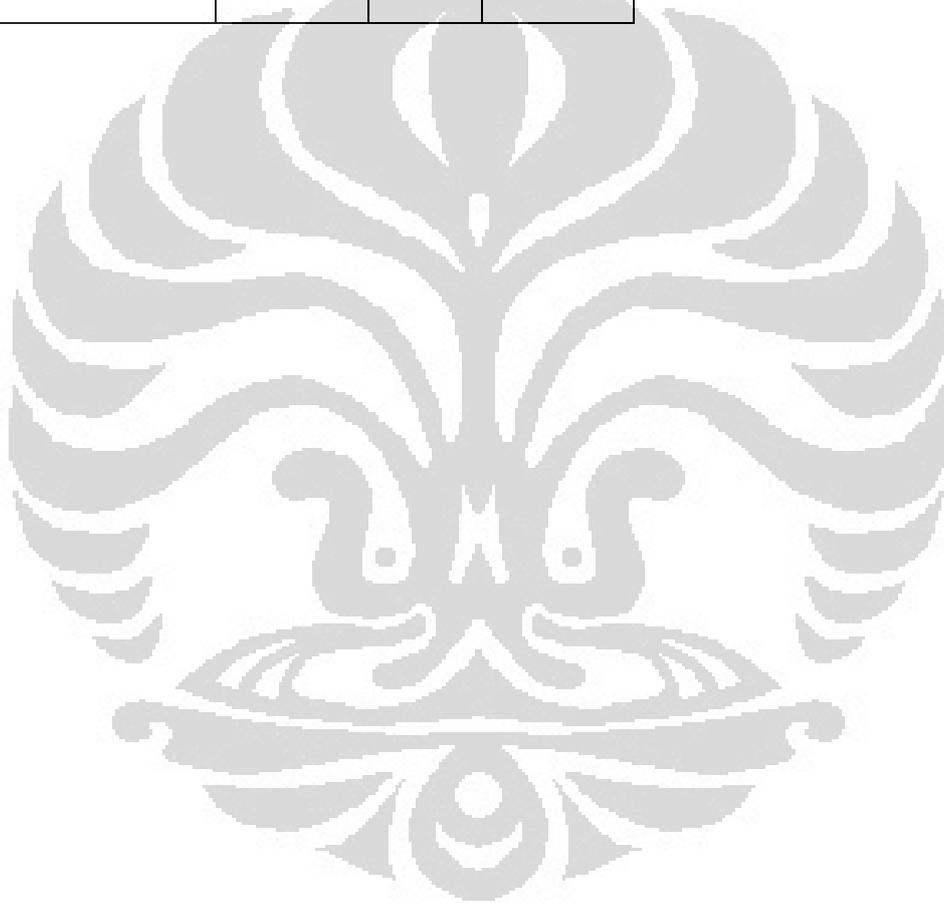
Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	6.480	1	.011
	Block	6.480	1	.011
	Model	6.480	1	.011

**Nilai Omnibus Proporsi pengeluaran
rumah tangga untuk makanan**

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	32.669	1	.000
Block	32.669	1	.000
Model	32.669	1	.000



Permodelan Awal

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
umur_anak	-.091	.233	.154	1	.695	.913	.578	1.441
persn_ener	2.507	.300	69.869	1	.000	12.267	6.815	22.081
pend_ibu	.364	.358	1.033	1	.310	1.439	.713	2.903
pend_ayah	-.016	.378	.002	1	.966	.984	.469	2.065
kerja_ayah	-1.019	.374	7.407	1	.006	.361	.173	.752
kerja_ibu	.978	.402	5.922	1	.015	2.658	1.209	5.840
manfaat_yalkes	.945	.365	6.692	1	.010	2.573	1.257	5.263
anggota_RT	.262	.297	.775	1	.379	1.299	.725	2.327
rokok_ART	.137	.313	.190	1	.663	1.146	.620	2.118
dae_tinggal	1.087	.287	14.293	1	.000	2.965	1.688	5.209
pengeluaran_rupiah	.235	.260	.812	1	.367	1.264	.759	2.106
persenpengeluaran	-.955	.278	11.778	1	.001	.385	.223	.664
Constant	-6.902	1.310	27.742	1	.000	.001		

Variable(s) entered on step 1: umur_anak, persn_ener, pend_ibu, pend_ayah, kerja_ayah, kerja_ibu, manfaat_yalkes, anggota_RT, rokok_ART, dae_tinggal, pengeluaran_rupiah, persenpengeluaran.

Pendidikan ayah dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
umur_anak	-.091	.233	.153	1	.695	.913	.578	1.441
persn_ener	2.509	.296	71.704	1	.000	12.291	6.877	21.968
pend_ibu	.356	.305	1.360	1	.243	1.428	.785	2.597
kerja_ayah	-1.023	.361	8.040	1	.005	.360	.177	.729
kerja_ibu	.976	.400	5.943	1	.015	2.654	1.211	5.818
manfaat_yalkes	.947	.363	6.791	1	.009	2.577	1.264	5.251
anggota_RT	.262	.297	.775	1	.379	1.299	.725	2.327
rokok_ART	.137	.313	.191	1	.662	1.147	.621	2.118
dae_tinggal	1.087	.287	14.323	1	.000	2.966	1.689	5.209
pengeluaran_rupiah	.234	.260	.811	1	.368	1.264	.759	2.104
persenpengeluaran	-.954	.277	11.871	1	.001	.385	.224	.663
Constant	-6.913	1.284	29.008	1	.000	.001		

Umur anak dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
persn_ener	2.520	.295	72.843	1	.000	12.429	6.968	22.169
pend_ibu	.361	.305	1.399	1	.237	1.434	.789	2.607
kerja_ayah	-1.023	.361	8.047	1	.005	.360	.177	.729
kerja_ibu	.979	.400	5.992	1	.014	2.661	1.215	5.826
manfaat_yalkes	.950	.363	6.854	1	.009	2.585	1.270	5.263
anggota_RT	.262	.297	.779	1	.378	1.300	.726	2.329
rokok_ART	.143	.312	.210	1	.647	1.154	.626	2.129
dae_tinggal	1.087	.287	14.287	1	.000	2.964	1.687	5.207
pengeluaran_rupiah	.231	.260	.791	1	.374	1.260	.757	2.098
persenpengeluaran	-.951	.277	11.804	1	.001	.386	.225	.665
Constant	-7.080	1.213	34.069	1	.000	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: persn_ener, pend_ibu, kerja_ayah, kerja_ibu, manfaat_yalkes, anggota_RT, rokok_ART, dae_tinggal, pengeluaran_rupiah, persenpengeluaran.

Adanya anggota keluarga yang merokok

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
persn_ener	2.527	.295	73.492	1	.000	12.521	7.026	22.314
pend_ibu	.359	.305	1.391	1	.238	1.432	.788	2.602
kerja_ayah	-.999	.356	7.883	1	.005	.368	.183	.740
kerja_ibu	.997	.398	6.275	1	.012	2.709	1.242	5.908
manfaat_yalkes	.945	.363	6.775	1	.009	2.574	1.263	5.244
anggota_RT	.281	.295	.908	1	.341	1.324	.743	2.359
dae_tinggal	1.101	.285	14.899	1	.000	3.007	1.719	5.259
pengeluaran_rupiah	.205	.253	.655	1	.418	1.227	.747	2.016
persenpengeluaran	-.961	.276	12.167	1	.000	.382	.223	.656
Constant	-6.940	1.174	34.948	1	.000	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: persn_ener, pend_ibu, kerja_ayah, kerja_ibu, manfaat_yalkes, anggota_RT, dae_tinggal, pengeluaran_rupiah, persenpengeluaran.

Pengeluaran Rumah tangga untuk makanan (dalam rupiah) dikeluarkan

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	persn_ener	2.567	.291	77.694	1	.000	13.024	7.360	23.047
	pend_ibu	.387	.302	1.635	1	.201	1.472	.814	2.663
	kerja_ayah	-.984	.355	7.699	1	.006	.374	.187	.749
	kerja_ibu	1.066	.389	7.515	1	.006	2.903	1.355	6.221
	manfaat_yalkes	.968	.362	7.146	1	.008	2.633	1.295	5.355
	anggota_RT	.257	.293	.769	1	.381	1.293	.728	2.295
	dae_tinggal	1.100	.286	14.846	1	.000	3.004	1.717	5.258
	persenpengeluaran	-.908	.266	11.648	1	.001	.403	.239	.679
	Constant	-6.912	1.171	34.840	1	.000	.001		

a. _yalkes, anggota_RT, dae_tinggal, persenpengeluaran.

Pendidikan ibu dikeluarkan

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
persn_ener	2.579	.291	78.387	1	.000	13.188	7.451	23.343
kerja_ayah	-.905	.350	6.687	1	.010	.405	.204	.803
kerja_ibu	1.190	.378	9.922	1	.002	3.286	1.567	6.890
manfaat_yalkes	1.002	.362	7.675	1	.006	2.723	1.341	5.532
anggota_RT	.252	.292	.745	1	.388	1.286	.726	2.279
dae_tinggal	1.153	.283	16.569	1	.000	3.168	1.818	5.520
persenpengeluaran	-.926	.265	12.209	1	.000	.396	.236	.666
Constant	-6.786	1.161	34.133	1	.000	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: persn_ener, kerja_ayah, kerja_ibu, manfaat_yalkes, anggota_RT, dae_tinggal, persenpengeluaran.

Dengan mengeluarkan variabel ibu, data menjadi *counfounding*

Maka hasil akhir :

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
persn_ener	2.567	.291	77.694	1	.000	13.024	7.360	23.047
pend_ibu	.387	.302	1.635	1	.201	1.472	.814	2.663
kerja_ayah	-.984	.355	7.699	1	.006	.374	.187	.749
kerja_ibu	1.066	.389	7.515	1	.006	2.903	1.355	6.221
manfaat_yalkes	.968	.362	7.146	1	.008	2.633	1.295	5.355
anggota_RT	.257	.293	.769	1	.381	1.293	.728	2.295
dae_tinggal	1.100	.286	14.846	1	.000	3.004	1.717	5.258
persenpengeluaran	-.908	.266	11.648	1	.001	.403	.239	.679
Constant	-6.912	1.171	34.840	1	.000	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: persn_ener, pend_ibu, kerja_ayah, kerja_ibu, manfaat_yalkes, anggota_RT, dae_tinggal, persenpengeluaran.



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

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

No : 7249 /H2.F10/PPM.00.00/2012

27 Februari 2012

Lamp. : ---

Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

Kepada Yth.
Kepala Badan Litbangkes
Kementerian Kesehatan RI
 Jl. Percetakan Negara No.29
 Jakarta 10560

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

Nama : Fitri Handayani
 NPM : 0806340611
 Thn. Angkatan : 2008/2009
 Peminatan : Gizi Kesehatan Masyarakat

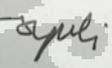
Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data Riskesdas 2010, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Hubungan Pengeluaran Rumah Tangga Untuk Makanan Dengan Kecukupan Protein Pada Anak Usia 7-12 Tahun di Provinsi Nusa Tenggara Timur Pada Tahun 2010*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat dinomor telp. (021) 7863501.

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

a.n Dekan FKM UI

Wakil Dekan,



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

Tembusan:

- Pembimbing skripsi
- Ansp



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

RISET KESEHATAN DASAR 2010

PERTANYAAN RUMAH TANGGA DAN INDIVIDU

RAHASIA

RKD10. RT

I. PENGENALAN TEMPAT				
1	Provinsi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	Kabupaten/Kota*)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3	Kecamatan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4	Desa/Kelurahan*)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan (K) 2. Perdesaan (D)	<input type="checkbox"/>	
6	a. Nomor RW		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b. Nomor RT			
7	Nomor Kode Sampel		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8	Nomor urut sampel rumah tangga		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9	Nomor urut rumah tangga SP 2010		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10	Terpilih sampel pemeriksaan laboratorium	1. Ya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>	
11	Alamat rumah			
II. KETERANGAN RUMAH TANGGA				
1	Nama kepala rumah tangga:			
2	Banyaknya anggota rumah tangga:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3	Banyaknya balita (0-4 tahun)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4	Banyaknya anggota rumah tangga yang diwawancarai:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA				
1	Nama Pengumpul Data:		4 Nama Ketua Tim:	
2	Tgl. Pengumpulan data: (tgl-bln-thn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 Tgl. Pengecekan: (tgl-bln-thn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Tanda tangan Pengumpul Data		6 Tanda tangan Ketua Tim:	

*) coret yang tidak perlu

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

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

APABILA JUMLAH ART > 4 ORANG LANJUTKAN PADA HALAMAN BERIKUTNYA

Kode kolom 3	Kode kolom 5	Kode kolom 8	Kode kolom 9
Hubungan dg kepala rumah tangga 4 = Menantu 5 = Cucu 6 = Orang tua/ mertua 7 = Famili lain 8 = Pembantu rumah tangga 9 = Lainnya	Status Kawin 1 = Belum kawin 2 = Kawin 3 = Cerai hidup 4 = Cerai mati	Pendidikan Tertinggi 4 = Tamat SLTP/MTS 5 = Tamat SLTAMA	Status Pekerjaan Utama 4 = PNS/Pegawai 5 = Wiraswasta/layan jasa/ dagang 6 = Petani 7 = Nelayan 8 = Buruh 9 = Lainnya

IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART)	Hubungan dengan kepala rumah tangga	Jenis Kelamin	Status Kawin	Tanggal Lahir	Umur	Khusus ART > 5 tahun	Khusus ART ≥ 10 tahun	Khusus ART perempuan 10-54 tahun	Apakah ART semalam tidur menggunakan kelambu	Jika "ya" Apakah kelambu ber-insektisida?	ART diwawan-carai?
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tgl: <input type="checkbox"/> Bln: <input type="checkbox"/> Thn: <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> Hr (2) <input type="checkbox"/> Bln (3) <input type="checkbox"/> Thn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUNAKAN LEMBAR TAMBAHAN APABILA JUMLAH ART > 8 ORANG

Kode kolom 3		Kode kolom 5		Kode kolom 8		Kode kolom 9	
Hubungan dg kepala rumah tangga		Status Kawin		Pendidikan Tertinggi		Status Pekerjaan Utama	
1 = Kepala RT	4 = Menantu	1 = Belum kawin	3 = Ceraai hidup	4 = Tamat SLTP/MTS	4 = PNS/Pegawai	1 = Tidak kerja	7 = Nelayan
2 = Istri/suami	5 = Cucu	2 = Kawin	4 = Ceraai mati	5 = Tamat SLTAMA	5 = Wiraswasta/layan jasasr dagang	2 = Sekolah	8 = Buruh
3 = Anak	6 = Orang tua/mertua			7 = Tamat SD/MI	6 = Petani	3 = TNI/Polri	9 = Lainnya
	7 = Famili lain						
	8 = Pembantu rumah tangga						
	9 = Lainnya						

V. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

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

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

VII. PENGELUARAN RUMAH TANGGA

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

VII.B. PENGELUARAN RUMAH TANGGA (LANJUTAN)

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

PENGENALAN TEMPAT									
(Kutip dari Blok I. PENGENALAN TEMPAT RKD10.RT)									
Prov	Kab/ Kota	Kec	Desa/Kel	K/D	No Kode Sampel	No. urut sampel RT	No urut RT SP 2010	SAMPEL BS LABORATORIUM	
									1.Ya 2.Tidak <input type="checkbox"/>

VIII. KETERANGAN INDIVIDU

A. IDENTIFIKASI RESPONDEN

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

B. PENYAKIT MENULAR

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

MALARIA

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

LANJUTKAN KE B09

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

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

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

C. PENGETAHUAN DAN PERILAKU (SEMUA ART UMUR \geq 15 TAHUN)			
HIV/AIDS			
C01	Apakah [NAMA] pernah mendengar tentang HIV/AIDS	1. Ya 2 Tidak \rightarrow C07	<input type="checkbox"/>
C02	Apakah HIV/AIDS dapat ditularkan melalui: DIBACAKAN DAN ISIKAN KODE JAWABAN DENGAN 1=YA, 2=TIDAK, ATAU 8=TIDAK TAHU		
	a. Hubungan seksual yang tidak aman	<input type="checkbox"/>	f. Penularan dari ibu ke bayi selama hamil
	b. Penggunaan jarum suntik bersama	<input type="checkbox"/>	g. Membeli sayuran segar dari petani/penjual yang terinfeksi HIV/AIDS
	c. Transfusi darah	<input type="checkbox"/>	h. Makan sepiring dengan orang yang terkena virus HIV/AIDS
	d. Penularan dari ibu ke bayi saat persalinan	<input type="checkbox"/>	i. Melalui makanan yang disiapkan oleh ODHA (Penderita HIV/AIDS)
	e. Penularan dari ibu ke bayi saat menyusui	<input type="checkbox"/>	j. Melalui gigitan nyamuk

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

C23	JIKA ART WANITA BERUMUR 10 - 59 TAHUN → Da. KESEHATAN REPRODUKSI JIKA ART WANITA BERUMUR >= 60 tahun → BLOK IX. KONSUMSI INDIVIDU JIKA ART LAKI-LAKI 10 - 24 Tahun → Df01 JIKA ART LAKI-LAKI ≥ 25 Tahun → BLOK IX. KONSUMSI INDIVIDU
-----	---

D. KESEHATAN REPRODUKSI

Da. MASA REPRODUKSI PEREMPUAN (KHUSUS ART PEREMPUAN 10-59 TAHUN)

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

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

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

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

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

Dc. ALAT/CARA KB (KHUSUS PEREMPUAN PERNAH KAWIN USIA 10-59 TAHUN)															
Dc01	Apakah [NAMA] dan pasangannya, memakai alat kontrasepsi/alat/cara KB untuk mencegah kehamilan?	1. Sekarang menggunakan 2. Pernah/ Tidak menggunakan lagi → Dc06 3. Tidak pernah sama sekali → Dc06	<input type="checkbox"/>												
Dc02	Alat/cara KB apakah, yang sedang [NAMA] dan pasangannya pakai? Bacakan poin a sampai k. ISIKAN KODE 1=YA ATAU 2 = TIDAK	<table border="0"> <tr> <td>a. Sterilisasi wanita <input type="checkbox"/></td> <td>e. Suntikan <input type="checkbox"/></td> <td>i. Pantang berkala/kalender <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Sterilisasi pria <input type="checkbox"/></td> <td>f. Kondom <input type="checkbox"/></td> <td>j. Sanggama terputus <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Pil <input type="checkbox"/></td> <td>g. Diafragma/intravag <input type="checkbox"/></td> <td>k. Lainnya (sebutkan: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. IUD/AKDR/Spiral <input type="checkbox"/></td> <td>h. Amenorrhea Laktasi <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> </table>	a. Sterilisasi wanita <input type="checkbox"/>	e. Suntikan <input type="checkbox"/>	i. Pantang berkala/kalender <input type="checkbox"/>	b. Sterilisasi pria <input type="checkbox"/>	f. Kondom <input type="checkbox"/>	j. Sanggama terputus <input type="checkbox"/>	c. Pil <input type="checkbox"/>	g. Diafragma/intravag <input type="checkbox"/>	k. Lainnya (sebutkan: <input type="checkbox"/>	d. IUD/AKDR/Spiral <input type="checkbox"/>	h. Amenorrhea Laktasi <input type="checkbox"/>	
a. Sterilisasi wanita <input type="checkbox"/>	e. Suntikan <input type="checkbox"/>	i. Pantang berkala/kalender <input type="checkbox"/>													
b. Sterilisasi pria <input type="checkbox"/>	f. Kondom <input type="checkbox"/>	j. Sanggama terputus <input type="checkbox"/>													
c. Pil <input type="checkbox"/>	g. Diafragma/intravag <input type="checkbox"/>	k. Lainnya (sebutkan: <input type="checkbox"/>													
d. IUD/AKDR/Spiral <input type="checkbox"/>	h. Amenorrhea Laktasi <input type="checkbox"/>													
Dc03	a. Apakah ada biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan alat/cara KB yang digunakan sekarang?	1. Ya 2. Tidak → Dc04	<input type="checkbox"/>												
	b. Apakah [NAMA] mengetahui jumlah rupiah yang dibayarkan	1. Ya 2. Tidak → Dc04	<input type="checkbox"/>												
	c. Jika ya, tuliskan jumlahnya dalam rupiah	Rp <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													
Dc04	Dimana [NAMA] mendapat pelayanan cara/alat KB tersebut? 01. RS Pemerintah 05. Puskesmas pembantu 09. Bidan Praktek 02. RS Swasta 06. Klinik 10. Perawat Praktek 03. RS Bersalin 07. Tim KB Keliling/Tim Medis Keliling 11. Polindes /Poskesdes 04. Puskesmas 08. Dokter Praktek 12. Lainnya, tuliskan.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Dc05	Sudah berapa lama [NAMA] menggunakan (alat/cara KB yang digunakan sekarang) secara terus menerus?(Bulan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
LANJUTKAN KE Dc08. Dc06-Dc07 khusus untuk responden yang tidak menggunakan alat/cara KB.															
Dc06	Alasan utama tidak menggunakan alat/cara KB ? JANGAN MEMBACAKAN ALTERNATIF JAWABAN	<table border="0"> <tr> <td>01. Dilarang pasangan</td> <td>06. Ingin punya anak</td> </tr> <tr> <td>02. Dilarang agama</td> <td>07. Takut efek samping</td> </tr> <tr> <td>03. Mahal</td> <td>08. Tidak menginginkan</td> </tr> <tr> <td>04. Sulit diperoleh</td> <td>09. Tidak perlu lagi</td> </tr> <tr> <td>05. Belum punya anak</td> <td>10. Lainnya</td> </tr> </table>	01. Dilarang pasangan	06. Ingin punya anak	02. Dilarang agama	07. Takut efek samping	03. Mahal	08. Tidak menginginkan	04. Sulit diperoleh	09. Tidak perlu lagi	05. Belum punya anak	10. Lainnya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
01. Dilarang pasangan	06. Ingin punya anak														
02. Dilarang agama	07. Takut efek samping														
03. Mahal	08. Tidak menginginkan														
04. Sulit diperoleh	09. Tidak perlu lagi														
05. Belum punya anak	10. Lainnya														
Jika jawaban Dc01=2, lanjutkan ke P.Dc07 Jika jawaban Dc01=3, lanjutkan ke P.Dc08															
Dc07	Sudah berapa lama tidak menggunakan alat/cara KB ?(bulan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Dc08	Dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA] pernah melakukan pemeriksaan alat kelamin kepada tenaga kesehatan (Pap Smear/IVA Inspekulo Visual Asam cuka) ?	1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>												
Dd. KEHAMILAN, PERSALINAN DAN PEMERIKSAAN SESUDAH MELAHIRKAN (PEREMPUAN PERNAH KAWIN USIA 10-59 TAHUN)															
Dd01	Apakah ibu pernah hamil dan melahirkan, selama periode waktu 1 Januari 2005 sampai sekarang?	1. Ya 2. Tidak → De01	<input type="checkbox"/>												
Sekarang saya ingin menanyakan tentang pengalaman ibu waktu hamil dan bersalin khususnya untuk anak yang lahir terakhir.															
Dd02	a. Tuliskan [NAMA ANAK] dan nomor urut ART anak terakhir (Jika tidak ada dalam daftar ART tuliskan kode 00)	Nama ART	Nomor urut ART: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
	b. Berapa umur ibu saat melahirkan [NAMA ANAK] terakhir tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Dd03	Urutan kelahiran [NAMA ANAK] terakhir dari semua yang dilahirkan hidup	Anak ke.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Dd04	Jarak kelahiran [NAMA ANAK] terakhir dengan anak sebelumnya (Tulis "000" jika anak pertama) bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LANJUTKAN KE BLOK IX. KONSUMSI

KESEHATAN ANAK

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

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

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

JIKA KODE JAWABAN Ea13 S/D Ea15 SEMUANYA BERKODE 2 ATAU 3 ATAU 1 → Ea18

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

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

JIKA CATATAN IMUNISASI PARTI LENGKAP LANJUTKAN KE Ea18
JIKA CATATAN IMUNISASI PARTI TIDAK LENGKAP LANJUTKAN KE Ea18

Ea18	Apakah [NAMA] pernah mendapat imunisasi berikut : (INFORMASI DAPAT DIPEROLEH DARI BERBAGAI SUMBER)		
a. Imunisasi Hepatitis B-0, biasanya diberikan sesaat setelah bayi lahir sampai bayi berumur 7 hari yang disuntikkan di paha bayi?	1. Ya 2. Tidak → Ea13c	8. Tidak tahu → Ea18c	<input type="checkbox"/>
b. Pada umur berapa hari [NAMA] diimunisasi Hepatitis B 0? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK HARI (biasanya HB-0 diberikan 0-7 hari)	..... hari		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Imunisasi BCG yang biasanya mulai diberikan umur 1 hari dan disuntikkan di lengan atas atau paha serta meninggalkan bekas (scar) di bawah kulit?	1. Ya 2. Tidak → Ea18e	8. Tidak tahu → Ea18e	<input type="checkbox"/>
d. Pada umur berapa [NAMA] diimunisasi BCG? (ISI HARI ATAU BULAN) JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK HARI DAN BULAN	..... hari		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	..... bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. Imunisasi polio, cairan merah muda atau putih yang biasanya mulai diberikan pada umur 2 bulan dan diteteskan ke mulut?	1. Ya 2. Tidak → Ea18h 7. Belum waktunya (umur belum 2 bulan) → Ea18h 8. Tidak Tahu → Ea18h		<input type="checkbox"/>
f. Pada umur berapa [NAMA] pertama kali diimunisasi polio? JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88" UNTUK BULAN	.....bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. Berapa kali [NAMA] diimunisasi polio?	..... kali		<input type="checkbox"/>
h. Imunisasi DPT-HB combo (Difteri Pertusis Tetanus-Hepatitis B combo) yang biasanya disuntikkan di paha dan biasanya mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan polio?	1. Ya 2. Tidak → Ea18k 7. Belum waktunya (umur belum 2 bulan) → Ea18k 8. Tidak tahu → Ea18k		<input type="checkbox"/>
i. Pada umur berapa (NAMA) pertama kali diimunisasi DPT-HB Combo. JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "88"	..... bulan		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j. Berapa kali [NAMA] diimunisasi DPT-HB Combo?	..... kali		<input type="checkbox"/>

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

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

XI. PEMERIKSAAN LABORATORIUM	
Nomor Stiker	TEMPELKAN STIKER NOMOR (7 DIGIT) DISINI
PEMERIKSAAN RDT (SEMUA UMUR)	
1. Pemeriksaan RDT?	1. Ya 2. Tidak →XI.6 <input type="checkbox"/>
JIKA YA, JAWABAN 2a - 5 DIKUTIP DARI FORM M1	
2. a. Tanggal pengambilan darah jari <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Nama pengambil darah jari
3. Apakah [NAMA] mengalami	
a. Panas dalam 2 hari ini?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
b. Minum obat program ACT dalam 1 bulan ini?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
c. Pernah sakit malaria sebelumnya dalam 1 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
d. Mendapat transfusi darah 1 bulan terakhir?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
e. Bermalam di luar kota 1 bulan terakhir? Sebutkan	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
4. a. Waktu penetasan buffer: Jam <input type="text"/> <input type="text"/> Menit <input type="text"/> <input type="text"/>	b. Waktu pembacaan RDT Jam <input type="text"/> <input type="text"/> Menit <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Hasil pemeriksaan dipstik darah (<i>Rapid Diagnostic Test</i>)	1. Negatif 2. <i>Plasmodium falcifarum</i> (Pf) 3. <i>Plasmodium vivax</i> (Pv) 4. Pf dan Pv (Mix) 5. Hasil tidak sah <input type="checkbox"/>
SEDIAAN APUS DARAH TEBAL (SEMUA UMUR)	
6. Apakah diambil Sediaan Apus Darah Tebal?	1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
SPUTUM (KHUSUS ART UMUR ≥ 15 TAHUN)	
7. Pengambilan Sputum	a. Sewaktu 1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>
	b. Pagi 1. Ya 2. Tidak <input type="checkbox"/>

