

LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL



**Prediktor Malnutrisi Pada Anak Usia Kurang Dari 5 Tahun Di
Surabaya**

TIM PENGUSUL

Dr. A. Aziz Alimul Hidayat, M.Kes (0008127401)

Gita Marini, S.Kep., Ns., M.Kes (0713028201)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

TAHUN 2018/2019

HALAMAN PENGESAHAN**PENELITIAN HIBAH INTERNAL**

Judul Penelitian : Prediktor Malnutrisi pada Anak Usia Kurang Dari 5 Tahun Di Surabaya

Skema : Penelitian

Jumlah Dana : Rp. 13.900.000

Ketua Penelitian :

a. Nama Peneliti : Dr. A. Aziz Alimul Hidayat, M.Kes

b. NIDN/NIDK : 0008127401

a. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

b. Program Studi : S1 Keperawatan

c. Nomor Hp : 081331340187

d. Alamat Email : azizhidayat@yahoo.com

Anggota Peneliti 1

a. Nama Lengkap : Gita Marini, S.Kep., Ns., M.Kes

b. NIDN : 0713028201

c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Anggota Peneliti 2

a. Nama mahasiswa : Iis Masrifah Yazid

b. NIM : 20151660003

Anggota Peneliti 3

a. Nama mahasiswa : Nazula Nur Mawarda

b. NIM : 20151660004

Surabaya, 25 Juni 2019

Mengetahui,

Ketua Peneliti



Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197403232005011



Dr. A. Aziz Alimul Hidayat, M.Kes
NIDN. 0008127401

Menyetujui,
Ketua LP/LPPM



Dr. Sujinah, M.Pd
NIK. 01202196590004

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI	i
ABSTRAK	v
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	3
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	3
1.4.2 Manfaat Praktis.....	3
BAB 2	5
TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.2 Status Gizi	5
2.1.1 Definisi Status Gizi	5
2.1.2 Faktor Penyebab Masalah Gizi	7
2.1.3 Penilaian Status Gizi	10
2.1 Balita.....	17
2.2.1 Pengertian Balita.....	17
2.2.2 Karakteristik Balita	18
2.2.3 Kebutuhan Gizi Balita	19
2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita.....	19
BAB 3	22
TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	22
3.1 Tujuan	22
3.1.1 Tujuan Umum.....	22
Untuk menganalisis prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia.....	22
3.1.2 Tujuan Khusus	22
3.2 Manfaat	22
3.2.1 Manfaat Teoritis.....	22
3.2.2 Manfaat Praktis.....	22

BAB 4	24
METODELOGI PENELITIAN	24
4.1 Metodelogi Penelitian	24
BAB 5	25
HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI	25
5.1 Hasil.....	25
5.2 Pembahasan.....	28
BAB 6	32
RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA.....	32
6.1 Rencana jangka pendek:.....	32
6.2 Rencana jangka panjang:.....	32
BAB 7	33
PENUTUP	33
7.1 Kesimpulan.....	33
7.2 Saran	33
DAFTAR PUSTAKA	35
LAMPIRAN	37

ABSTRAK

Predictors of Malnutrition in Children Aged Less than 5 Years in Surabaya, Indonesia

Oleh: Abdul Aziz Alimul Hidayat, Eko Prasetyo

Latar Belakang dan Tujuan: Gizi buruk pada anak di masyarakat masih menjadi masalah di Indonesia khususnya di Surabaya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis prediktor gizi buruk di Surabaya, Indonesia.

Metodologi: Penelitian ini menggunakan desain potong lintang dengan 114 keluarga dengan gizi buruk, dipilih secara proporsional dengan sampling acak bertingkat. Data dikumpulkan dengan kuesioner dan wawancara yang diidentifikasi faktor-faktor yang mendasarinya, sedangkan khusus tentang gizi buruk dikumpulkan dengan menggunakan pengukuran berat badan menurut umur yang kemudian dinilai dengan skor Z.

Hasil: Faktor pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga dan riwayat penyakit secara simultan mempengaruhi 93,3% (d disesuaikan $R^2=0,933$) pada variabel gizi buruk pada anak. Prediktor gizi buruk anak yang paling kuat adalah pendapatan keluarga ($b=0,265$), diikuti pendidikan ibu ($b=0,245$), riwayat Penyakit Menular ($b=0,191$) dan pengetahuan ibu ($0,191$) $0,115$).

Kesimpulan: Gizi buruk pada anak di Surabaya, Indonesia, dapat diatasi dengan meningkatkan pendapatan keluarga, meningkatkan pengetahuan dan pendidikan ibu serta mencegah adanya penyakit menular.

Kata Kunci: Gizi buruk, anak, pengetahuan, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, penyakit menular

ABSTRACT

PREDICTORS FACTOR OF DRUG ABUSE BY ADOLESCENTS IN SIDRAP, INDONESIA

By: Abdul Aziz Alimul Hidayat and Eko Prasetyo

Background and Objective: Malnutrition in children in the community is still a problem in Indonesia, especially in Surabaya. This study aimed to analyze the predictors of malnutrition in Surabaya, Indonesia.

Methodology: The study used a cross-sectional design with 114 families with malnutrition, selected by proportionate stratified random sampling. The data were collected with questionnaires and interviews that identified underlying factors, while specifics about malnutrition were collected using weight-for-age measurements that were then assessed by Z score.

Results: Factors of maternal education, maternal knowledge, family income and history of disease simultaneously affected 93.3% (adjusted R 0.933) of malnutrition variables in children. The strongest predictors of child malnutrition were family income ($b = 0.265$), followed by maternal education ($b = 0.245$), history of Infectious Diseases ($b = 0.191$) and maternal knowledge ($b = 0.115$).

Conclusion: Malnutrition in children in Surabaya, Indonesia, could be overcome by improving family income, increasing the knowledge and education of mothers and preventing the existence of infectious diseases.

Key words: Malnutrition, children, knowledge, maternal education, family income, infectious disease.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di Indonesia, masalah gizi khususnya gizi kurang dan gizi kurang masih menjadi perhatian utama yang perlu ditingkatkan perhatiannya.¹ Masalah gizi buruk juga dialami di Provinsi Jawa Timur, berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016 persentase gizi buruk dan gizi kurang pada anak usia 0-23 bulan berturut-turut adalah 6 dan 11,0%.² Gizi buruk juga dialami oleh anak-anak yang berdomisili di Surabaya, Jawa Timur.² Berdasarkan hasil penelitian di salah satu kecamatan Darmokali di Surabaya ditemukan 34,1% balita gizi kurang dan 2,3% balita gizi buruk.³ Tingginya kejadian gizi buruk dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis konsumsi makanan, kehadiran di puskesmas, frekuensi sakit dan lamanya sakit.⁴ Demikian pula studi Kusumayanti dkk.⁵ menggambarkan asupan energi yang tidak memadai dan bentuk makanan tertentu yang diperoleh pasien sebagai faktor yang mempengaruhi kejadian malnutrisi di rumah sakit. Studi tentang Nayak dkk.⁶ diketahui bahwa sekitar 65,44% ibu memiliki pengetahuan kurang tentang gizi buruk, 31,58% ibu memiliki pengetahuan kurang dan hanya 1,0% yang memiliki pengetahuan baik.

Beberapa faktor penyebab gizi buruk pada balita di Indonesia pada umumnya adalah masalah ekonomi, kurangnya pengetahuan, kemiskinan, ketidakmampuan orang tua dalam menyediakan makanan bergizi untuk anaknya, faktor alam, rendahnya asupan gizi pada ibu hamil dan menyusui, kurangnya

pemahaman tentang keamanan pangan, penyakit menular, perbedaan budaya pedesaan dan perkotaan, akses terhadap pelayanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, perilaku merokok, menikah muda dan lain-lain. Namun, tidak semua faktor tersebut menyebabkan gizi buruk terjadi di perkotaan, khususnya di kota Surabaya, Indonesia⁷⁻¹⁰. Indonesia perlu mengatasi masalah gizi buruk karena ada hubungan antara gizi buruk dengan sumber daya manusia. Studi tentang Ruidkk¹¹ menyatakan bahwa gizi buruk dapat mempengaruhi sumber daya manusia dengan menyebabkan hilangnya produktivitas tenaga kerja dan menunda pembangunan nasional. Studi Bhardwaj dkk.¹² juga mencatat upaya penanggulangan gizi buruk melalui program pembelajaran yang mengarah pada peningkatan status gizi.

Berdasarkan permasalahan di atas, pendapatan keluarga, pendidikan dan pengetahuan ibu serta riwayat infeksi anak merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi status gizi. Kekhawatiran ini berkaitan dengan kebutuhan keluarga akan ketersediaan dan produksi pangan untuk anak balita. Upaya untuk mengatasi masalah melibatkan menemukan kemungkinan penyebab kurang gizi, seperti pekerjaan ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga, usia anak, jenis kelamin, riwayat penyakit menular, prioritas makanan keluarga dan larangan makan keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui prediktor gizi buruk pada anak yang tinggal di Surabaya, Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah pada penelitian ini adalah “bagaimana prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi dalam menganalisis prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam mengenai prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

2. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan

tentang prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

3. Bagi keluarga

Memberikan informasi dan saran bagi keluarga mengenai pentingnya pengetahuan tentang prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.2 Status Gizi

2.1.1 Definisi Status Gizi

Nutritional Status (Status Gizi) adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makanan dengan kebutuhan asupan zat gizi yang diperlukan untuk metabolisme tubuh. Setiap individu membutuhkan asupan gizi yang berbeda antarindividu, hal ini tergantung pada usia orang tersebut, jenis kelamin, aktivitas tubuh dalam sehari, berat badan dan lainnya (Risksdas,2017). Menurut Hasdianah, Siyoto, et al. (2014) status gizi merupakan keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi. Status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan anak. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrient (Beck,2011).

Menurut Supriasa (2001) ada beberapa istilah yang perlu diketahui dan berhubungan dengan status gizi yaitu :

a. Gizi (*Nutrition*)

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, *metabolism* dan pengeluaran zat –zat yang tidak

digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ – organ serta menghasilkan energi.

- b. Keadaan gizi merupakan keadaan akibat dari keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat gizi tersebut atau keadaan fisiologik akibat dari tersedianya gizi dalam seluruh tubuh.
- c. Status Gizi (*Nutrition Status*) dimana keadaan keseimbangan atau perwujudan dari nutrire dakan variable tertentu. Contohnya gondok endemic merupakan keadaan seimbang tidaknya asupan dan pengeluaran yodium dalam tubuh.
- d. Malnutrisi yaitu keadaan yang diakibatkan oleh kurang atau kelebihan zat gizi.

Terdapat empat bentuk malnutrisi, yaitu :

1. *Under Nutrition*
2. *Spesific Defisiency*
3. *Over Nutrition*
4. *Imbalance*

- e. Kurang Energi Protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi *energy* dan protein dalam makanan sehari – hari. KEP merupakan defisiensi gizi (*energy* dan Protein) yang paling berat dan meluas terutama pada balita. Pada umumnya penderita KEP berasal dari keluarga yang berpenghasilan rendah.

2.1.2 Faktor Penyebab Masalah Gizi

Beberapa penyebab kurangnya gizi pada anak baik penyebab langsung maupun tidak langsung memiliki beberapa faktor yaitu :

1. Faktor secara langsung.

- a. Infeksi

Status gizi berkaitan dengan pertumbuhan dan perkembangan juga dengan penyakit infeksi (Fikawati,2017). Telah diketahui sejak1950an bahwa kekurangan *energy* protein berhubungan dneganperkembangan kognitif dan dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit infeksi. Terdapat hubungan timbal balik antara status gizidan kejadian infeksi. Sakit yang berulang dapat mempengaruhi status gizi dan apabila gizi memburuk dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi. Bahkan ketika tidak ada gejala yang jelas kondisifisiologis yang berhubungan dengan infeksi dapat mengganggu pertumbuhan dengan menekan nafsu makan, menghambat penyerapan zat gizi, meningkatkan kehilangan mineral, dan tidak dapat memenuhi kecukupan zat gizi untuk pertumbuhan(Fikawati,2017).

Selain itu juga diketahui bahwa infeksi menghambat reaksi imunologis yang normal dengan sumber energi pada tubuh. Adapun penyebab utama gizi buruk ialah penyakit infeksi bawaan anak seperti diare, campak, ISPA, dan rendahnya asupan gizi akibat kurangnya ketersediaan pangan ditingkat rumah tangga atau karena pola asuh yang salah (Adrina & Wirjatmadi,2014)

- b. Status Kesehatan

Kebutuhan gizi erat kaitannya dengan derajat status kesehatan mengapa demikian itu terjadi karena kebutuhan zat gizi orang sakit berbeda dengan orang sehat, karena sebagian sel tubuh orang sakit telah mengalami kerusakan dan perlu diganti, sehingga membutuhkan zat gizi yang lebih banyak. Selain untuk membangun kembali sel tubuh yang telah rusak, zat gizi yang lebih juga sangat diperlukan (Adriani & Wirjatmadi,2014)

c. Jenis Kelamin

Jenis kelamin menentukan besar kecilnya kebutuhan gizi seseorang. Dimana anak laki – laki lebih banyak membutuhkan tenaga dan protein lebih banyak dibandingkan dengan perempuan (Soetjningsih,2013). Menurut Fikawati (2017) Pada usia 10 – 12 tahun kebutuhan gizi pada naka laki – laki lebih besar daripada perempuan karena angka kecukupan gizi untuk energy, tiamin, riboflavin, niasin, vitamin B6 dan seng lebih besar pada laki – laki dibanding dengan perempuan. Hal ini terjadi karena akitvitas fisik anak laki – laki biasanya lebih besar daripada perempuan. Aktivitas yang lebih tinggi mendorong anak laki – laki untuk makan lebih banyak sehingga juga diperlukan vitamin dan mineral lebih besar jumlahnya untuk membantu metabolisme zat gizi makro. Sedangkan pada perempuan kebutuhan zat besi lebih besar daripada laki – laki karena untuk mempersiapkan masa menstruasi yang akan dialami perempuan.

d. Umur

Anak yang sedang mengalami pertumbuhan memerlukan makanan bergizi yang lebih banyak dibandingkan orang dewasa per kilogram berat badannya. Dengan semakin bertambahnya umur semakin meningkat pula kebutuhan zat tenaga bagi tubuh (Adriani & Wirjatmadi,2014)

e. Jenis pekerjaan orang tua

Status ekonomi rumah tangga dapat dilihat dari pekerjaan yang dilakukan oleh kepala rumah tangga maupun anggota rumah tangga yang lain. Jenis pekerjaan yang dilakukan orang tua dan anggota keluarga lain akan menentukan seberapa besar sumbangan mereka terhadap keuangan rumah tangga yang kemudian akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti pangan yang bergizi dan perawatan kesehatan (Adriani & Wirjatmadi, 2014). Menurut Handayani (2013) bahwa ibu yang memiliki pekerjaan diluar rumah sampai sore sehingga perhatian gizi anaknya berkurang dan mengakibatkan anak memiliki gizi kurang.

f. Pengetahuan

Yaitu merupakan hasil dari tau dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang dengan bertambahnya usia, tingkat pengetahuan seseorang akan bertambah. Hal ini disebabkan semakin banyak umur semakin banyak pula pengalaman yang didapatkan (Notoatmodjo, 2007). Menurut Proverwati (2009) tingkat pendidikan formal merupakan faktor yang ikut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan menekuni pengetahuan yang diperoleh. Kualitas pelayanan khususnya ibu dalam keluarga ditentukan oleh penguasaan informasi dan faktor ketersediaan waktu yang memadai.

f. Pendapatan Keluarga (Sosial Ekonomi)

Pendapatan merupakan pengaruh yang kuat terhadap status gizi. Setiap kenaikan pendapatan umumnya mempunyai dampak langsung terhadap status gizi

penduduk. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas makanan. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik primer maupun sekunder jika tingkat pendapatan naik, jumlah dan jenis makanan cenderung membaik pula namun mutu makanan tidak selalu membaik jika tidak digunakan untuk membeli pangan atau bahan pangan berkualitas gizi tinggi (Adriana, 2012).

g. Jumlah anggota Keluarga

Kasus gizi kurang banyak ditemukan dengan jumlah anggota keluarga yang besar dibandingkan dengan keluarga kecil. Keluarga dengan jumlah anak yang banyak dan jarak kelahiran yang sangat dekat akan menimbulkan leboh banyak masalah yakni pendapatan keluarga yang pas –pasan sedangkan anak banyak maka pemerataan kecukupan makan didalam keluarga akan sulit dipenuhi (Wirjatmadi, 2014).

h. Pola Asuh Gizi

Pola asuh gizi adalah berupa sikap dan perilaku ibu atau penagih lain dalam pemberian makan, kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya semua berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan fisik dan mental (Munawaroh, 2015)

2.1.3 Penilaian Status Gizi

Menurut Supriasa (2001) Penilaian status gizi dibagi menjadi 2 yaitu secara langsung dan secara tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dibagi menjadi 4 yaitu : antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Sedangkan pada penilaian tidak langsung dibagi menjadi 2 yaitu survey konsumsi, Statistik

Vital, Faktor Ekologi, Masing – masing penilaian tersebut akan dibahas dibawah ini:

1. Penilaian secara langsung

a. Antropometri

Secara umum antropometri adalah ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Penggunaan antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energy. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh. Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi, kombinasi antara beberapa parameter disebut indeks antropometri. Di Indonesia ukuran baku hasil pengukuran dalam negeri belum ada, maka untuk berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) digunakan baku HAVARD yang disesuaikan untuk Indonesia (100% baku Indonesia = 50 persentile baku Havard) dan untuk lingkaran lengan atas (LLA) digunakan baku WOLANSKI. Berdasarkan ukuran baku tersebut, penggolongan status gizi menurut indeks antropometri adalah seperti yang tercantum di :

Tabel 2.1 Ambang Batas Status Gizi Berdasarkan Indeks Menurut Supriasa, 2001

Status gizi	Ambang Batas Baku Untuk Keadaan Gizi Berdasarkan Indeks				
	<i>BB</i> U	<i>BB</i> U	<i>BB</i> TB	<i>BB</i> U	<i>BB</i> TB
Gizi Baik	>80%	>85%	>90%	<85%	<85%
Gizi Kurang	61 – 80%	71 – 85%	81 – 90%	71 – 85%	76 – 85%
Gizi Buruk	≤60%	≤70%	≤80%	≤70%	≤75%

1. Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikangambaran massa tubuh, massa tubuh sangat senditif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit Infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi, berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin maka berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur, sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat 2 kemungkinan perkembangan berat badan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat dari keadaan normal.

Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu pengukuran status gizi. Mengingat karakteristik berat badan yang labil, maka indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini seseorang saat (*current nutritional status*).

2. Tinggi Badan Menurut Umur TB/U

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal, pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring pertumbuhan umur, pertumbuhan tinggi badan tidak bisa seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap kekurangan gizi dalam waktu yang pendek, pengaruh definisi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Berdasarkan karakteristik tersebut di atas, maka indeks ini menggambarkan status gizi masa lalu, Beatondan Bengoa (1973) menyatakan

bahwa indeks TB/U di samping memberikan gambaran status gizi masa lampau, juga lebih erat kaitannya dengan status sosial-ekonomi.

3. Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan, dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu.

4. Lingkar Lengan Atas Menurut Umur LLA/U

Lingkar lengan atas memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. Lingkar lengan atas berkorelasi dengan indeks BB/U maupun BB/TB

5. Indeks Massa Tubuh (IMT)

Masalah kekurangan dan kelebihan gizi pada orang dewasa (usia 18 tahun keatas) merupakan masalah penting, karena selain mempunyai risiko penyakit-penyakit tertentu, juga dapat mempengaruhi produktifitas kerja, oleh karena itu pemantauan keadaan tersebut perlu dilakukan secara berkesinambungan. Salah satu cara adalah dengan mempertahankan berat badan yang ideal atau normal. Di Indonesia istilah *Body Mass Indeks / IMT* merupakan alat yang sederhana untuk memantau status gizi khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan, maka mempertahankan berat badan normal memungkinkan seseorang dapat mencapai harapan hidup lebih panjang.

Gambar 2.1 Rumus Perhitungan IMT

Rumus perhitungan IMT adalah sebagai berikut

$$IMT = \frac{\text{berat badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

berat badan dalam kilogram

dibagi kuadrat tinggi badan dalam meter

Tabel 2.2 Kategori Ambang Batas IMT menurut Depkes (2017)

Kategori		IMT
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	<17,0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17,0-18,5
Normal	-	>18,5-25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	>25,0-27,0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	>27,0

6. Tebal Lemak Bawah Kulit Menurut Umur

Pengukuran lemak tubuh melalui pengukuran ketebalan lemak bawah kulit (*Skinfold*) dilakukan pada beberapa bagian tubuh misalnya pada bagian lengan atas

(Tricep dan Biceps), lenganbawah (*Forearm*), Tulang belikat (*Subscapular*) di tengah garisketiak, sisi dada, perut, Suprailiaka, paha, tempurung lutut, danpertengahan tungkai bawah. Umumnya lemak bawah kulit untukpria 3,1 kg dan pada wanita 5,1 kg.

7. Rasio Lingkar Pinggang Dan Pinggul

Banyaknya lemak daam perut menunjukkan ada beberapaperubahan metabolisme termasuk daya tahan terhadap insulindan meningkatnya produksi asam lemak bebas di bandingdengan banyaknya lemak bawah kulit/ pada kaki dan tangan.Perubhan metabolisme ini memberikan gambarang tentangpemeriksaan penyakit yang berhubungandengan perbrdaandistribusi lemak tubuh. Pada studi prospektif menunjukan bahwarasio pinggang dan pinggul berhubngan erat dengan penyakitkardiovaskular. Rata-rata rasio lingkat pinggang dan pinggulpenderita penyakit kardiovaskular dengan orang yang sehatadalah 0,938 dan 0,925.

b. Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang didasarkan atau perubahanyang terjadi dan dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Halini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ – organ yang dekat dengan permukaantubuh seperti kelenjar tiroid. Metode ini digunakan untukmengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukanpemeriksaan fisik yaitu tanda (Sign) dan gejala (Symptom) atauiwayat penyakit.

c. Biokimia

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan specimenyang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macamjaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah,urine, tinja dan juga beberapa

jaringan tubuh seperti hati dan otot. Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik maka penentuan kimia faali dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

d. Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (Khususnya Jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan umumnya dapat digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemic (*epidemic of night blindness*) cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

2. Penilaian Tidak Langsung

a. Survey Konsumsi Makanan

Metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Penggunaan pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu. Survey ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

b. Statistik Vital

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisa data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi. Penggunaannya dipertimbangkan sebagai indikator tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat.

c. Faktor Ekologi

Bengoa mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi dan lain-lain. Penggunaan pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi.

2.1 Balita

2.2.1 Pengertian Balita

Balita adalah anak yang berumur 0-59 bulan, pada masa ini ditandai dengan proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat dan disertai dengan perubahan yang memerlukan zat-zat gizi yang jumlahnya lebih banyak dengan kualitas yang tinggi. Akan tetapi, balita termasuk kelompok yang rawan gizi serta mudah menderita kelainan gizi karena kekurangan makanan yang dibutuhkan. Konsumsi makanan memegang peranan penting dalam pertumbuhan fisik dan kecerdasan anak sehingga konsumsi makanan berpengaruh besar terhadap status gizi anak untuk mencapai pertumbuhan fisik dan kecerdasan anak (Ariani, 2017). Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak di bawah lima tahun. Menurut Sediaotomo (2010), balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak pra sekolah (3-5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik, namun kemampuan lain masih terbatas. Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan pada masa itu

menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak pada periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang kembali, karena itu sering disebut golden age atau masa keemasan.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2011) menjelaskan balita merupakan usia dimana anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Proses pertumbuhan dan perkembangan setiap individu berbeda-beda, bisa cepat maupun lambat tergantung dari beberapa faktor, yaitu nutrisi, lingkungan dan sosial ekonomi keluarga.

2.2.2 Karakteristik Balita

Balita adalah anak usia kurang dari lima tahun sehingga bayi usia di bawah satu tahun juga termasuk golongan ini. Balita usia 1-5 tahun dapat dibedakan menjadi dua, yaitu anak usia lebih dari satu tahun sampai tiga tahun yang dikenal dengan batita dan anak usia lebih dari tiga tahun sampai lima tahun yang dikenal dengan usia pra sekolah (Proverawati & Wati, 2010). Menurut karakteristik, balita terbagi dalam dua kategori, yaitu anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak usia pra sekolah. Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif, artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan oleh ibunya (Sodiaotomo, 2010).

Laju pertumbuhan masa batita lebih besar dari masa usia pra sekolah sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif besar. Pola makan yang diberikan sebaiknya dalam porsi kecil dengan frekuensi sering karena perut balita masih kecil sehingga tidak mampu menerima jumlah makanan dalam sekali makan (Proverawati & Wati, 2010).

Sedangkan pada usia pra sekolah anak menjadi konsumen aktif. Mereka sudah dapat memilih makanan yang disukainya. Pada usia ini, anak mulai bergaul dengan lingkungannya atau bersekolah playgroup sehingga anak mengalami beberapa perubahan dalam perilaku. Pada masa ini anak akan mencapai fase gemar memprotes sehingga mereka akan mengatakan “tidak” terhadap ajakan. Pada masa ini berat badan anak cenderung mengalami penurunan, ini terjadi akibat dari aktifitas yang mulai banyak maupun penolakan terhadap makanan.

2.2.3 Kebutuhan Gizi Balita

Kebutuhan gizi yang harus dipenuhi pada masa balita di antaranya adalah energi dan protein. Kebutuhan energi sehari untuk tahun pertama kurang lebih 100-200 kkal/kg berat badan. Energi dalam tubuh diperoleh terutama dari zat gizi karbohidrat, lemak dan protein. Protein dalam tubuh merupakan sumber asam amino esensial yang diperlukan sebagai zat pembangun, yaitu untuk pertumbuhan dan pembentukan protein dalam serum serta mengganti sel-sel yang telah rusak dan memelihara keseimbangan cairan tubuh.

Lemak merupakan sumber kalori berkonsentrasi tinggi yang mempunyai tiga fungsi, yaitu sebagai sumber lemak esensial, zat pelarut vitamin A, D, E dan K serta memberikan rasa sedap dalam makanan. Kebutuhan karbohidrat yang dianjurkan adalah sebanyak 60-70% dari total energi yang diperoleh dari beras, jagung, singkong dan serat makanan. Vitamin dan mineral pada masa balita sangat diperlukan untuk mengatur keseimbangan kerja tubuh dan kesehatan secara keseluruhan (Dewi, 2013).

2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita

Faktor yang secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi status gizi

adalah asupan makanan dan penyakit infeksi. Beberapa faktor yang melatarbelakangi kedua faktor tersebut, misalnya faktor ekonomi dan keluarga (Soekirman, 2012).

1. Ketersediaan dan Konsumsi Pangan

Penilaian konsumsi pangan rumah tangga atau secara perorangan merupakan cara pengamatan langsung yang dapat menggambarkan pola konsumsi penduduk menurut daerah, golongan sosial ekonomi dan sosial budaya. Konsumsi pangan lebih sering digunakan sebagai salah satu teknik untuk memajukan tingkat keadaan gizi. Penyebab masalah gizi yang pokok di tempat paling sedikit dua pertiga dunia adalah kurang cukupnya pangan untuk pertumbuhan normal, kesehatan dan kegiatan normal. Kurang cukupnya pangan berkaitan dengan ketersediaan pangan dalam keluarga. Tidak tersedianya pangan dalam keluarga yang terjadi terus menerus akan menyebabkan terjadinya penyakit kurang gizi. Gizi kurang merupakan keadaan yang tidak sehat karena tidak cukup makan dalam jangka waktu tertentu. Kurangnya jumlah makanan yang dikonsumsi baik secara kualitas maupun kuantitas dapat menurunkan status gizi. Apabila status gizi tidak cukup maka daya tahan tubuh seseorang akan melemah dan mudah terserang infeksi.

2. Infeksi

Penyakit infeksi dan keadaan gizi anak merupakan dua hal yang saling mempengaruhi. Dengan infeksi, nafsu makan anak mulai menurun dan mengurangi konsumsi makanannya, sehingga berakibat berkurangnya zat

gizi ke dalam tubuh anak. Dampak infeksi yang lain adalah muntah dan mengakibatkan kehilangan zat gizi. Infeksi yang menyebabkan diare pada anak dapat mengakibatkan cairan dan zat gizi dalam tubuh berkurang. Terkadang orang tua juga melakukan pembatasan makan akibat infeksi yang diderita sehingga menyebabkan asupan zat gizi sangat kurang sekali bahkan bila berlanjut lama dapat mengakibatkan terjadinya gizi buruk.

3. Pengetahuan Gizi

Pengetahuan tentang gizi adalah kemampuan memilih makanan yang merupakan sumber zat-zat gizi dan kemampuan dalam mengolah bahan makanan. Status gizi yang baik penting bagi kesehatan setiap orang, termasuk ibu hamil, ibu menyusui dan anaknya. Pengetahuan gizi memegang peranan yang sangat penting dalam penggunaan dan pemilihan bahan makanan dengan baik sehingga dapat mencapai keadaan gizi yang seimbang.

4. Higiene Sanitasi Lingkungan

Sanitasi lingkungan yang buruk akan menyebabkan anak lebih mudah terserang penyakit infeksi yang akhirnya dapat mempengaruhi status gizi. Sanitasi lingkungan sangat terkait dengan ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban, jenis lantai rumah serta kebersihan peralatan makan pada setiap keluarga. Semakin tersedia air bersih untuk kebutuhan sehari-hari, maka semakin kecil risiko anak terkena penyakit kurang gizi (Soekirman, 2012).

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan

3.1.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

3.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

3.2 Manfaat

3.2.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi dalam menganalisis prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

3.2.2 Manfaat Praktis

1. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam mengenai prediktor malnutrisi

pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

2. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia

3. Keluarga dan Remaja

Memberikan informasi dan saran bagi keluarga mengenai pentingnya pengetahuan tentang prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia.

BAB 4

METODELOGI PENELITIAN

4.1 Metodologi Penelitian

Subyek dan lokasi studi: Studi potong lintang dilakukan di Surabaya, kota Indonesia, dari bulan April sampai Mei, 2017. Sebanyak 114 anak gizi buruk usia 0-5 tahun menjadi subjek penelitian ini. Teknik pengambilan sampel proportional stratified random sampling digunakan untuk merekrut responden. Responden penelitian adalah orang tua dari anak yang memenuhi kriteria inklusi berikut: (1) Orang tua yang memiliki anak berusia 0-5 tahun dengan diagnosis medis gizi buruk saat ini dan (2) Orang tua yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Prediktor gizi buruk: Variabel prediktor gizi buruk terdiri dari pekerjaan ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga, usia anak, jenis kelamin, riwayat penyakit menular, prioritas makanan keluarga dan larangan makan keluarga, semuanya diukur menggunakan kuesioner dengan 20 pertanyaan. Reliabilitas kuesioner diuji dengan Cronbach's α (0,82). Pada kuesioner penilaian pekerjaan ibu dikategorikan 1 = Tidak bekerja, 2 = Bekerja; pendidikan ibu dikategorikan sebagai 1 = Sekolah Dasar, 2 = Sekolah Menengah Pertama, 3 = Sekolah Menengah Atas dan 4 = Perguruan Tinggi/Universitas; pengetahuan ibu dikategorikan sebagai 1=Pengetahuan rendah, 2 = Pengetahuan cukup dan 3 = Pengetahuan baik; pendapatan keluarga dikategorikan 1 =<Rupiah 750.000, 2 = Rupiah 750.000–<1.150.000, 3=>Rupiah1.150.000; prioritas makanan keluarga dikategorikan 1 = Prioritas 2 = Tidak diprioritaskan dan larangan makan keluarga dikategorikan sebagai 1=Pantang, 2=Tidak pantang.

Malnutrisi: Data gizi buruk diukur dengan antropometri, berat badan berdasarkan usia menggunakan az-score dan standar referensi WHO-NCHS digunakan untuk mengklasifikasikan subjek sebagai malnutrisi sedang = $-3SD$ hingga $-2SD$ atau malnutrisi berat= $<-3SD$.

Analisis statistik: Semua data dianalisis dengan menggunakan software SPSS versi 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Analisis deskriptif seperti frekuensi, rata-rata, standar deviasi dan persentase digunakan untuk menggambarkan pengukuran karakteristik responden. Analisis regresi logistik berganda digunakan untuk menguji prediktor gizi buruk anak di Surabaya, Indonesia. Tingkat signifikansi ditetapkan pada $p<0,05$.

BAB 5

HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

5.1 Hasil

Karakteristik sampel: Karakteristik responden yang dominan meliputi usia ibu, dengan sebagian besar ibu berusia 28-31 tahun (36,8%), tidak bekerja (68,4%), berpendidikan SMP (47,4%) dan kurang pengetahuan tentang gizi buruk (52,7%). Sebagian besar anak berusia antara 12 dan 21 bulan dan berjenis kelamin laki-laki (57,9%). Karakteristik responden disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1: Frekuensi dan persentase karakteristik responden (n=114)

Karakteristik responden	Frekuensi	Persentase
Pekerjaan Ibu		
Pekerjaan	36	31.6
Tidak bekerja	44	68.4
pendidikan ibu		
Sekolah dasar	24	21.1
sekolah menengah pertama	54	47.4
SMA	36	31.6
Universitas	0	00.0
sepengetahuan ibu		
Bagus	12	10.5
Cukup	42	36.9
Lebih sedikit	60	52,7
jenis kelamin anak		
Anak laki-laki	66	57.9
Gadis	48	42.1
	SD	Berarti
Umur ibu (tahun)	4.059	29.6
Usia anak (bulan)	13,767	30.7

Variabel pendapatan keluarga, pantangan makanan, prioritas makanan keluarga dan riwayat penyakit menular.

Tabel 2 menunjukkan karakteristik pendapatan keluarga, dengan sebagian besar responden memiliki pendapatan rendah (<Rp750.000/bulan).

Tabel 2: Frekuensi dan persentase pendapatan keluarga (n=114)

Variabel	Frekuensi	Persentase
Pendapatan bulanan (Rupiah)		
<750.000	66	57.9
750.000-1.115.000	18	15.8
> 1.115.000	30	26.3
Larangan dalam makanan keluarga		
Ada	24	21.1
Tidak ada	90	78.9
Riwayat penyakit menular		
Ada	84	73.7
Tidak ada	30	26.3
Prioritas makanan keluarga		
Ada	24	21.1
Tidak ada	90	78.9

Selanjutnya, 78,9% tidak memiliki pantangan makanan dalam keluarga, 73,7% responden memiliki riwayat penyakit menular dan sebagian besar responden (78,9%) tidak memiliki budaya makanan keluarga sebagai prioritas.

Malnutrisi: Tabel 3 menunjukkan derajat gizi buruk yang diukur dengan menggunakan Zscore. Sebagian besar responden mengalami gizi buruk ringan (85,1%).

Tabel 3 Frekuensi dan Persentase Derajat Gizi Anak (n=114) Persentase

Frekuensi Gizi Buruk	Persentase
Cahaya 97	85.1
Berat 17	14.9

Hubungan antara variabel bebas dengan gizi buruk:

Tabel 4 menunjukkan hubungan antara gizi buruk dengan variabel lain seperti pekerjaan ibu, pendidikan ibu, pengetahuan gizi ibu, pendapatan keluarga, usia

anak, jenis kelamin, riwayat penyakit menular, prioritas makanan keluarga dan pantangan makanan keluarga.

Tabel 4. Matriks korelasi variabel bebas dengan gizi buruk
(n=114)

Variabel independen	R	nilai-p
Pekerjaan ibu	0,222	0,018
pendidikan ibu	0,877	0,000
sepengetahuan ibu	0,683	0,000
Pendapatan keluarga	0,831	0,000
usia anak	0,015	0,871
Seks	0,009	0,922
Riwayat penyakit menular	0,781	0,000
Prioritas makanan keluarga	0,169	0,073
Larangan makan keluarga	0,169	0,073

Hasil uji korelasi Pearson pada variabel yang berhubungan dengan gizi buruk pada anak di Surabaya, Indonesia signifikan. Pekerjaan ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga, riwayat penyakit menular dan variabel lain seperti usia anak, jenis kelamin, prioritas makanan keluarga dan pantangan berhubungan dengan gizi buruk.

Faktor-faktor yang memprediksi malnutrisi: Analisis regresi linier berganda dilakukan untuk menguji variabel-variabel yang secara signifikan memprediksi malnutrisi pada anak. Setelah memeriksa asumsi regresi linier berganda dan variabel independen seperti pekerjaan ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga, usia anak, jenis kelamin anak, riwayat penyakit menular, prioritas makanan keluarga dan pembatasan makanan keluarga, hanya ada empat variabel signifikan yang menjadi prediktor gizi buruk pada anak yang tinggal di Surabaya, Indonesia.

Tabel 5: Faktor-faktor yang Memprediksi Malnutrisi (n=114)

Prediktor	B	SE	Beta	T	nilai-p
Pekerjaan ibu	0,032	0,019	0,050	1.653	0.101
pendidikan ibu	0.245	0,024	0,526	10.125	0,000
sepengetahuan ibu	0,115	0,020	0,582	5.889	0,000
Pendapatan keluarga	0.265	0,022	0,582	12.123	0,000
Riwayat penyakit menular R:	0.191	0,031	0.230	6.122	0,000

0,968, Disesuaikan R₂: 0,933

Tabel 5 menunjukkan bahwa pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga dan riwayat penyakit secara bersamaan mempengaruhi 93,3% (adjusted R 0,933) variabel gizi buruk pada anak. Prediktor gizi buruk anak yang paling kuat adalah pendapatan keluarga (B = 0,265), diikuti pendidikan ibu (B = 0,245), riwayat pemasangan infus (B = 0,191) dan pengetahuan ibu (B = 0,115). Variabel “pendapatan keluarga” berpengaruh terhadap gizi buruk anak, dengan B = 0,265 ($p < 0,01$). Variabel ini menunjukkan bahwa prediksi gizi buruk pada anak akan menjadi 0,265 kali lebih besar jika pendapatan keluarga rendah. Pola ini juga terlihat pada penilaian variabel pendidikan ibu, [B = 0,245 ($p < 0,01$)] yang menunjukkan bahwa prediksi gizi buruk pada anak akan menjadi 0,245 kali lebih besar jika tingkat pendidikan ibu rendah. Pengetahuan ibu (B=0,115, $p < 0,01$) menunjukkan bahwa anak akan mengalami gizi buruk jika pengetahuan ibu rendah dan riwayat infeksi bervariasi, dengan B=0,191 ($p < 0,01$), menunjukkan adanya prediksi bahwa anak akan kurang gizi jika memiliki riwayat penyakit menular.

5.2 Pembahasan

Faktor-faktor yang memprediksi gizi buruk di Surabaya, Indonesia, adalah pendapatan keluarga, tingkat pendidikan ibu, riwayat penyakit menular pada anak dan pengetahuan ibu tentang pengobatan gizi buruk. Hal ini sesuai

dengan penelitian Kusumayanti dkk.⁵ yang menyatakan bahwa kejadian gizi buruk dapat disebabkan oleh riwayat penyakit infeksi dan asupan energi yang tidak mencukupi. Kuntari dkk.¹³ melaporkan bahwa adanya faktor penyakit ibu dan penyakit kronis juga berkontribusi terhadap risiko tingginya kejadian gizi buruk di Kabupaten Bantul Yogyakarta, Indonesia. Nuzuladkk.¹⁴ juga menyatakan pengaruh penyakit menular, pola asuh, asupan makanan dan pengetahuan ibu terhadap kejadian gizi buruk di Kabupaten Banyuwangi Jawa Timur Indonesia. Temuan serupa dilaporkan dari negara lain di dunia. Menurut studi Asimand Nawaz¹⁵. kejadian gizi buruk di Pakistan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pendapatan yang rendah, kurangnya pemberian ASI eksklusif, dll. dkk.¹⁶ Dijelaskan bahwa penyebab gizi buruk di India antara lain pola asuh keluarga yang tidak tepat selain konsumsi zat gizi yang minimal seperti sayuran dan sereal serta kacang-kacangan, yang dapat menyebabkan defisiensi zat gizi mikro.

Temuan penelitian ini juga memiliki persamaan dan perbedaan dengan penelitian sebelumnya, termasuk penelitian Nnyepi dkk.¹⁷, yang melaporkan temuan sebagai berikut: kejadian gizi buruk akan meningkat pada anak yang dibesarkan oleh orang tua tunggal, kejadian gizi buruk menurun bila pendapatan keluarga meningkat dan bila tingkat pendidikan orang tua tinggi, gizi buruk pada anak menurun, sehingga pemberian makanan dapat menurunkan kejadian gizi buruk. Mengenai faktor prediktif yang berbeda ini, dalam penelitian kami, memiliki anak yang dibesarkan oleh orang tua tunggal tidak akan menyebabkan perbedaan angka gizi buruk yang signifikan karena budaya Indonesia selalu melibatkan partisipasi keluarga dalam pengasuhan anak, termasuk dalam

pengambilan keputusan; Demikian pula, status menyusui tidak diteliti dalam penelitian ini karena di antara anak-anak ini, ada riwayat keberhasilan menyusui.

Meskipun terdapat perbedaan dalam penelitian-penelitian di atas, namun sejalan dengan konsep sehat dan sakit, yang menjelaskan bahwa masalah kesehatan yang kompleks diakibatkan oleh berbagai masalah lingkungan, baik alami maupun buatan, yang bersifat sosio-kultural dan perilaku, yang melibatkan populasi dan genetik. Aspek kesehatan masyarakat yang disebut sebagai kesejahteraan psikososial somatik merupakan hasil dari empat faktor yang meliputi lingkungan, perilaku, keturunan dan pelayanan kesehatan. Ketidakseimbangan lingkungan dan perilaku dapat menyebabkan masalah kesehatan, karena keturunan sangat dipengaruhi oleh distribusi populasi. Berdasarkan hal tersebut, maka lingkungan merupakan penentu kondisi sehat suatu penyakit¹⁸.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor penyebab masalah gizi buruk sangat erat kaitannya. Misalnya, pendapatan keluarga rata-rata yang rendah dapat menyebabkan pembelian jenis makanan yang juga rendah gizi, sehingga mengakibatkan konsumsi makanan bergizi juga rendah. Rendahnya tingkat pendidikan ibu dapat berhubungan dengan rendahnya tingkat pengetahuan tentang pengasuhan anak di rumah dan dapat memicu terjadinya gizi buruk pada anaknya. Riwayat penyakit menular juga merupakan faktor risiko malnutrisi jika digabung dengan faktor lain dan pada akhirnya dapat menjadi penyebab malnutrisi. Dengan demikian, prediksi gizi buruk pada anak akan meningkat 0,2 kali lebih besar jika pendapatan keluarga rendah dan akan ada peningkatan 0,2 kali lebih besar jika tingkat pendidikan ibu rendah, peningkatan 0,1 kali besar jika pengetahuan ibu

rendah dan peningkatan 0,19 kali lebih besar jika anak memiliki riwayat penyakit menular.

Kajian ini berimplikasi pada penerapan problem solving practice pada masalah kesehatan khususnya kejadian gizi buruk pada anak, serta apakah kebijakan tersebut dapat ditentukan dalam program gizi perkotaan di perkotaan. Oleh karena itu, perlu direkomendasikan kepada pemerintah kota agar dikembangkan program prioritas untuk mengatasi masalah gizi buruk. Keterbatasan dalam penelitian ini terletak pada penggunaan kuesioner dalam mencari prediktor gizi buruk, karena terkadang jawaban responden tidak menunjukkan keadaan yang sebenarnya

BAB 6

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

6.1 Rencana jangka pendek:

Publikasi ilmiah pada jurnal nasional ber-ISSN dan ESSN

6.2 Rencana jangka panjang:

Dapat dijadikan informasi dan pengetahuan dalam bidang kesehatan tentang prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Penelitian ini menentukan faktor-faktor yang memprediksi kejadian gizi buruk pada anak di Surabaya, Indonesia yang merupakan kota terbesar kedua di Indonesia. Faktor tersebut adalah pendidikan, pendapatan keluarga, pengetahuan dan riwayat penyakit menular. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendapatan keluarga, pendidikan, pengetahuan dan riwayat infeksi mempengaruhi gizi buruk di Surabaya. Namun, prediktor gizi buruk anak yang paling kuat adalah pendapatan keluarga, diikuti oleh pendidikan ibu, riwayat infeksi dan pengetahuan ibu. Saran yang dapat diberikan untuk meningkatkan pendapatan dan pendidikan keluarga, meningkatkan kesadaran dan mendorong pencegahan gizi buruk di Surabaya.

7.2 Saran

1. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam mengenai faktor prediktor penyalahgunaan narkoba oleh remaja di Sidrap, Indonesia

2. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun

di Surabaya, Indonesia

3. Keluarga dan Remaja

Memberikan informasi dan saran bagi keluarga mengenai pentingnya pengetahuan tentang prediktor malnutrisi pada anak usia kurang dari 5 tahun di Surabaya, Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A., 2004. Tertarik dengan masalah gizi dan tantangan di masa mendatang. Disampaikan Pada Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi Jakarta: Hotel Sahid Jaya, 24 September, 2004.
- Kementerian Kesehatan RI., 2017. Profil Kesehatan Indonesia 2016. Pusat data dan Informasi. Kementerian Kesehatan RI., Jakarta.
- Sari, E., 2017. Status gizi balita di posyandu mawarkelurahan darmokali surabaya. Keperawatan, Vol. 6.
- Welasasih, BD dan RB Wirjatmadi, 2012. Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi balita Stunting. Kesehatan Masyarakat J. Indonesia, 8: 99-104.
- Kusumayanti, IGA, H. Hadi dan S. Susetyowati, 2004. Faktor-faktor Yang mempengaruhi kejadian malnutrisi pasien dewasa di ruang rawat inap rumah sakit. J. Gizi Klinik Indonesia, 1:9-17.
- Nayak, BS, B. Unnikrishnan, A. George, YN Shashidhara and SC Mundkur, 2018. Pengetahuan ibu tentang gizi buruk: Studi potong lintang berbasis masyarakat. Indian J. Public Health Res. Dev., 9: 34-41.
- Saputra, W. and RH Nurriska, 2012. Faktor demografi dan risiko gizi buruk dan gizi kurang. Makara Kesehatan, 16:95-101.
- Devi, M., 2012. Analisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap status gizi balita di pedesaan. teknol. Kejuruan, 33:183-192.
- Istiono, WW, H. Suryadi dan M. Haris, 2009. Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi balita. Berita Kedokteran Masyarakat, Vol. 25.

- Adriani, M. dan M.Kes, 2016. Pengantar Gizi Masyarakat.PrenadaMedia, Indonesia.
- Ruia,A.,RKGuptaandG.Bandyopadhyay,2018. Implikasi kekurangan gizi pada sumber daya manusia: Menjembatani ketimpangan melalui kebijakan ekonomi yang kuat.IndiaJ.Kesehatan PublikRes. Dev., 9:75-79.
- Bhardwaj, R., RD Avasthi dan N. Tripathi, 2017. Penelitian untuk menilai efektivitas program pengajaran terstruktur pada pengetahuan ibu balita tentang gizi buruk di PratapNagar Jaipur. Int. J.Nurs. pendidikan Res., 5: 225-228.
- Kuntari, T., NA Jamil and O. Kurniati, 2013. Faktor risiko malnutrisi pada balita. Kemas: Nat. Kesehatan MasyarakatJ., 7: 572-576.
- Nuzula, F., MN Oktaviana and RS Anggari, 2017. Analisis terhadap faktor-faktor penyebab gizi kurang pada balita di desa banyuanyar kecamatan kalibaru banyuwangi. J. Ilmiah Kesehatan Rustida, 3: 359-364.
- Asim, M. dan Y. Nawaz, 2018. Malnutrisi anak di Pakistan:Bukti dari literatur. Anak-anak, Jil. 5.10.3390/anak-anak5050060.
- Birdi,TJ,S.Joshi,S.KotianandS.Shah,2014.Kemungkinan penyebab malnutrisi di Melghat, wilayah suku Maharashtra, India. Global J. HealthSci., 6: 164-173.
- Nnyepi, M., T. Bandeke dan S. Mahgoub, 2006. Faktor-faktor yang mempengaruhi prevalensi gizi buruk pada anak di bawah usia tiga tahun di Botswana. Af. J. FoodAgric. nutrisi Dev., Vol. 6.
- Soejoeti, SZ, 2005. Konsep sehat, Sakit dan penyakit dalam konteks sosial budaya. Majalah Cermin Dunia Kedokteran.

LAMPIRAN

1. Laporan Keuangan

1. HONORARIUM				
HONOR	HONOR/HARI	WAKTU JAM/MINGGU	MINGGU	JUMLAH (RP)
Perawat Rumah Sakit 1	70.000	3	32	2.240.000
Perawat Rumah Sakit 2	70.000	3	32	2.240.000
SUB TOTAL				4.480.000
2. BAHAN HABIS PAKAI				
Kertas HVS A4	Lembar observasi, absensi, lembar evaluasi, dll	3 rim	50.000	150.000
Bolpoint	Pelatihan	10 lusin	15.000	150.000
Odner	Arsip File	5 set	20.000	100.000
Map	Arsip File	5 set	12.000	60.000
Spidol boardmaker	Pelatihan	5	10.000	50.000
Tintan Printer	Pencetakan berkas	6 biji	140.000	840.000
Kertas Sertifikat	Bukti Sebagai Duta	5 pack	50.000	250.000
Flasdisk (8 GB)	Penyimpanan Data Kegiatan	2 buah	90.000	180.000
Buku Pedoman	Media Pelatihan	20 buku	25.000	500.000
Buku petunjuk	Media Pelatihan	20 buku	25.000	500.000
Pulsa Internet	Media Pembelajaran	8 GB	50.000	200.000
Poster	Media pelatihan serta media informasi	10 poster	15.000	150.000
Benner roll	Informasi Program Pos	1 buah	100.000	100.000
Leaflet	Media informasi	200 lbr	3.000	600.000
Pojok Perawat	Pusat Perawat	1 tempat	500.000	500.000
PIN Perawat	Tanda sebagai DUTA Perawat	4 Perawat	25.000	100.000
SUB TOTAL				4.430.000
3. PERJALANAN				
Material	Tujuan	Kuantitas	Jumlah (Rp.)	
Ketua	a. Pengorganisasian persiapan kegiatan b. Pendampingan pendidikan dari <i>UMSurabaya</i> c. Evaluasi kegiatan, dll.	60 kali	3.500.000	
Anggota	a. Pengorganisasian persiapan kegiatan	60 kali	1.800.000	

	b. Pendampingan pendidikan dari <i>UMSurabaya</i> c. Evaluasi kegiatan, dll.			
SUB TOTAL				4.300.000
4. LAIN-LAIN				
Material	Tujuan	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Jumlah (Rp.)
Pemberian <i>Door Prise</i> Kegiatan	Motivasi dan Penghargaan partisipasi kegiatan	20 buah	34.500	960.000
SUB TOTAL				960.000
TOTAL ANGGARAN YANG DIPERLUKAN (Rp)				13.900.000,-

2. Lampiran Jadwal Penelitian

NO.	KEGIATAN	BULAN DESEMBER-JUNI					
		1	2	3	4	5	6
1.	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan tim pembantu peneliti						
2.	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja						
3.	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian						
4.	Menyusun proposal dan Mengurus perijinan penelitian						
5.	Mempersiapkan, menyediakan bahan dan peralatan penelitian						
6.	Melakukan Penelitian						
7.	Melakukan pemantauan atas pengumpulan data, Menyusun dan mengisi format tabulasi, Melakukan analisis data, Menyimpulkan hasil analisis, Membuat						

	tafsiran dan kesimpulan hasil serta membahasnya						
8.	Menyusun laporan penelitian						