

## FAKTOR RISIKO KURANG ENERGI KRONIS PADA IBU HAMIL DI JAWA BARAT (Analisis Lanjutan)

*Iman Sumarno<sup>1</sup>*

### ABSTRACT

#### RISK FACTORS OF CHRONIC ENERGY DEFICIENCY AMONG PREGNANT WOMAN IN WEST JAVA (An Advance Analysis)

**Background:** Chronic Energy Deficiency (CED) in pregnancy reduces the quality of human resources. It is a high risk of having low birth weight babies and a high risk of maternal mortality and sickness. Therefore, it is a priority to solve the problem. In 2002, the Province of West Java conducted mapping of CED in pregnant women

**Objective.** This article is an advance analysis of the risk factor of the CED past the analysis of the report to the local government of West Java.

**Method:** The design is a rapid survey that planned to represent each district in the Province of West Java. Within each district are drawn systematically 30 clusters. Using maximum variance of 50%, the sample of each district is 420 pregnant women. The main data are hemoglobin concentration, upper arm circumference, socioeconomic of the household sample, and history of health and pregnancy.

**Results:** It found that the education level of the pregnant women is varying from never had schools to the university and mostly 42.3% graduated from middle school. Average expenditure for food over total expenditure is 71.8%. The prevalence of CED is 30.6% in the Province of West Java, the lowest is 19.3% in the city of Bandung and the highest is 50.7% in the district of Purwakarta. The risk factors of CED are as follows. Ever has sick, percent food expenditure, anemic and wasting before pregnancy is high risk of CED. Using contraceptive devices before pregnancy, graduated from high school, and ever had miscarriage are protective for CED. The most high risk is wasting before pregnancy with the risk of 2.56 times and the most protective is using contraceptive device with risk of 0,565 times.

**Conclusion:** Based on the above analysis the effort to overcome the CED in pregnancy should be a preventive measure before getting pregnant or even before marriage. [Penel Gizi Makan 2005, 28(2): 66—73]

**Keyword:** *chronic energy, pregnant women, risk factors*

### PENDAHULUAN

**K**urang energi kronis (KEK) pada kehamilan merupakan masalah gizi di Indonesia. DepKes RI pada tahun 1996 menyitir hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia 1995 bahwa ibu hamil KEK mempunyai kecenderungan melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR), mempunyai risiko kesakitan dan mengalami kesulitan dalam proses melahirkan (1,2). Penelitian Sumarno dkk (3) juga menunjukkan bahwa wanita hamil KEK di Jawa Barat mempunyai risiko melahirkan BBLR 2,3 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak KEK. Padahal BBLR mempunyai risiko kematian yang tinggi serta akan mengalami gangguan tumbuh kembang (4,5). Oleh karena itu

Departemen Kesehatan RI pada tahun 1999 mempublikasi pedoman alat ukur lingkaran lengan atas (LILA) untuk wanita usia subur sebagai alat penapisan KEK (6). Pada pedoman ini ditetapkan batas LILA < 23,5 cm sebagai risiko KEK

Untuk mengetahui cara penanggulangan ibu hamil KEK diperlukan informasi penyebabnya. Namun, untuk itu diperlukan waktu yang lama dan sampel yang besar. Dalam waktu yang terbatas dapat dilakukan analisis faktor risiko karena tidak dapat ditelusuri urutan kejadiannya, kecuali dengan teori yang ada. Banyak analisis faktor risiko KEK, tetapi kebanyakan hanya menggunakan analisis bivariat. Padahal, untuk analisis yang lebih baik

<sup>1</sup> Peneliti pada Pusftbang Gizi dan Makanan, Badan Litbang Kesehatan, Depkes RI

diperlukan analisis multivariat (ganda). Tulisan ini menyajikan faktor risiko KEK dengan regresi logistik ganda yang merupakan analisis lanjutan dari laporan dan makalah-makalah yang sudah diterbitkan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui besaran masalah KEK pada ibu hamil di masing-masing kabupaten/kota di Jawa Barat dan untuk mengetahui faktor risiko KEK pada kehamilan di Jawa Barat.

## BAHAN DAN CARA

Data dalam tulisan ini merupakan bagian dari pemetaan anemia di Provinsi Jawa Barat.

### 1. Desain

Untuk mendapatkan gambaran masalah KEK pada kehamilan di seluruh kabupaten/kota, yang sekaligus menggambarkan masalah KEK di Provinsi Jawa Barat, dalam waktu singkat diterapkan metode survei cepat dengan desain potong lintang. Survei ini dirancang untuk mendapatkan gambaran prevalensi ibu hamil KEK pada tingkat kabupaten/kota. Untuk itu digunakan 30 klaster untuk tiap kabupaten/kota.

### 2. Populasi dan Sampel

Populasi adalah ibu hamil yang tinggal di masing-masing kota dan kabupaten di Provinsi Jawa Barat. Sampel adalah ibu hamil yang tinggal di kampung (klaster) terpilih dan terpilih menjadi sampel, tidak menderita penyakit kronis dan sehat pada saat pemeriksaan (tidak menderita infeksi).

Jumlah sampel dihitung berdasarkan asumsi prevalensi KEK 50% atau keragaman tertinggi dengan alfa 0,05 delta 7%, maka jumlah sampel ( $n$ ) = 204 ibu hamil. Karena survei dilakukan dengan desain klaster, maka jumlah  $n$  dikalikan efek desain 2 menjadi 408; dibulatkan menjadi 420 orang. Dengan demikian jumlah sampel per klaster =  $420/30 = 14$  ibu hamil per klaster.

### 3. Data yang Dikumpulkan

Data yang dikumpulkan adalah kadar Hb, lingkaran lengan atas, sosial ekonomi keluarga, pola konsumsi ibu hamil, kesehatan, riwayat kesehatan serta riwayat kehamilan dan kelahiran.

### 4. Cara Pengumpulan Data

Data sosial ekonomi, pola konsumsi pangan, riwayat kesehatan dan kehamilan dikumpulkan dengan wawancara. Keadaan kesehatan diperiksa oleh dokter Puskesmas. Pemeriksaan Hb dikumpulkan melalui pengambilan darah dari ujung jari petugas pengambil darah yang terlatih. Lingkaran lengan atas diukur dengan pita lingkaran lengan atas oleh tenaga gizi terlatih.

### 5. Cara Pengolahan dan Analisis Data

Spesimen darah diproses dengan metode cyanmeth-hemoglobin yang dibaca dengan spektrofotometer. Kemudian dikelompokkan ke dalam kategori anemia dengan batas 11 mg/dl. Lingkaran lengan dikelompokkan ke dalam KEK bila lingkaran lengan  $\leq 23,5$  cm. Data hasil wawancara dicek, dimasukkan ke dalam komputer. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan regresi logistik ganda.

### 6. Pengendalian Kualitas Data

Kualitas data dikendalikan dengan cara:

- Uji-coba instrumen di masyarakat.
- Pelatihan petugas pengumpul data dengan wawancara dan spesimen darah.
- Spesimen darah dianalisis di laboratorium tidak lebih dari 4 jam sejak pengambilan.
- Dilakukan supervisi selama pengumpulan data.
- Pengecekan kelengkapan dan konsistensi data di lapangan.
- Pengecekan ketepatan data-entry dengan pemasukan ulang sebanyak 10% data yang dimasukkan.
- Standardisasi proses dan hasil analisis laboratorium.

## HASIL

Gambaran sosial ekonomi sampel disajikan berupa tingkat pendidikan sampel dan suaminya serta kelas ekonomi keluarga.

### 1. Tingkat Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan ibu banyak dihubungkan dengan tingkat kesehatan dan gizi, disajikan pada Tabel 1 di bawah ini. Proporsi sampel ibu hamil yang tidak sekolah di Jawa Barat masih 3% dengan rentang nilai terendah 0,2% di Kota Tasik, Kota Bandung dan Kabupaten Garut dan tertinggi 13,7% di Kabupaten Bogor.

Proporsi sampel yang berpendidikan lulus SD 13,3%, lulus SLTP tertinggi 42,3%. Ibu dengan pendidikan lulus SLTA terendah 11,9% di Kabupaten Karawang dan tertinggi 55,2% di Kabupaten Tasikmalaya. Cukup besar proporsi sampel ibu hamil yang berpendidikan di atas SLTA yaitu mencapai 19,5% dengan rentang proporsi terendah 8,2% di Kabupaten Subang dan tertinggi 39,3% di kota Depok

Tabel 1  
Distribusi Sampel Menurut Tingkat Pendidikan

Kabupaten/Kota	n	Kode Tingkat Pendidikan					
		1	2	3	4	5	6
03 Kab Bogor	422	13,7	24,9	32,5	17,1	11,6	0,2
04. Kab. Sukabumi	421	1,2	23,8	44,9	20,2	9,7	0,2
05. Kab. Cianjur	418	3,4	20,1	51,0	15,3	9,3	1,0
06. Kab Bandung	420	1,9	5,5	47,6	26,7	16,0	2,4
07. Kab. Garut	420	0,2	14,0	52,6	21,2	10,2	14,0
08. Kab Tasikmalaya	422	0,5	9,0	55,2	23,0	10,4	1,9
09. Kab. Ciamis	422	0,9	6,9	45,3	26,3	16,6	4,0
10. Kab. Kuningan	419	1,7	10,7	54,2	16,7	15,3	1,4
11. Kab. Cirebon	420	3,8	20,2	42,1	17,6	14,5	1,7
12. Kab. Majalengka	460	1,7	8,7	58,9	20,4	9,1	1,1
13. Kab. Sumedang	420	1,4	6,4	48,3	25,5	16,4	1,9
14. Kab. Indramayu	424	7,8	22,9	42,0	18,6	8,3	0,5
15. Kab. Subang	451	5,9	13,7	51,7	18,4	8,2	2,0
16. Kab. Purwakarta	420	2,4	11,0	46,7	21,0	17,6	1,4
17. Kab. Karawang	424	5,0	31,8	37,7	11,6	12,7	1,2
18. Kab. Bekasi	440	5,5	19,1	39,5	21,4	13,4	1,1
28. Kota Cimahi	417	0,2	5,3	24,2	33,1	33,6	3,6
71. Kota Bogor	421	2,1	13,1	33,5	26,1	22,8	2,4
72. Kota Sukabumi	420	1,0	5,7	42,1	26,7	21,7	2,9
73. Kota Bandung	420	0,2	5,0	26,7	33,3	31,4	3,3
74. Kota Cirebon	420	4,8	13,3	28,3	18,8	31,2	3,6
75. Kota Bekasi	420	4,0	12,6	31,0	24,5	24,5	3,3
77. Kota Tasikmalaya	420	0,2	9,0	49,3	21,2	18,3	1,9
78. Kota Depok	420	1,7	6,9	26,9	20,2	39,3	5,0
Jawa Barat	10181	3,0	13,3	42,3	21,8	17,5	2,0

Keterangan: 1. Tidak sekolah  
2. Tamat SD  
3. Tamat SLTP

4. Tamat SLA  
5. Tamat D1-D3  
6. Universitas

### 2. Tingkat Ekonomi Rumahtangga Sampel

Proporsi belanja pangan terhadap belanja total biasa digunakan sebagai proksi gambaran tingkat

ekonomi rumahtangga. Bila proporsi belanja pangan mencapai 60% ke atas maka rumahtangga dianggap miskin. Rata-rata persen belanja pangan di Jawa Barat adalah 71,8% dan median 73,8% (Tabel 2).

Hal ini menggambarkan bahwa lebih dari separuh keluarga sampel mempunyai proporsi belanja pangan 71,8% atau dapat dikategorikan miskin.

**Tabel 2**  
**Persen Pengeluaran**

Kabupaten/Kota	n	Rata-rata	Median
03. Kab Bogor	422	83,6	88,2
04. Kab. Sukabumi	421	79,3	83,3
05. Kab. Cianjur	418	80,3	83,3
06. Kab Bandung	420	64,1	66,7
07. Kab. Garut	420	66,6	66,7
08. Kab Tasikmalaya	422	77,3	81,1
09. Kab. Ciamis	422	63,7	60,5
10. Kab. Kuningan	419	63,9	66,7
11. Kab. Cirebon	420	66,7	65,1
12. Kab. Majalengka	460	82,0	87,5
13. Kab. Sumedang	420	66,3	69,1
14. Kab. Indramayu	424	83,2	88,0
15. Kab. Subang	451	85,3	90,9
16. Kab. Purwakarta	420	70,3	75,0
17. Kab. Karawang	424	63,4	65,2
18. Kab. Bekasi	440	80,1	85,7
28. Kota Cimahi	417	69,4	69,2
71. Kota Bogor	421	70,2	73,1
72. Kota Sukabumi	420	75,4	75,0
73. Kota Bandung	420	63,0	63,6
74. Kota Cirebon	420	61,7	61,5
75. Kota Bekasi	420	69,0	69,9
77. Kota Tasikmalaya	420	66,6	66,6
78. Kota Depok	420	71,9	75,0
Jawa Barat	10181	71,8	73,8

Rata-rata persen belanja pangan antar kabupaten/kota berkisar antara terendah 61,7% di Kota Cirebon dan tertinggi 83,6% di Kabupaten Bogor. Median yang merupakan kasus ke 50% (di tengah) mencapai 73,8%. Median terendah 61,5 di Kota Cirebon dan tertinggi 88,2 juga di Kabupaten Bogor. Kombinasi median dan rata-rata semakin meyakinkan bahwa lebih dari 50% rumah tangga

sampel membelanjakan lebih dari 70% biaya rumah tangga untuk makan.

### 3. Prevalensi Kurang Energi Kronis

Prevalensi KEK pada tingkat provinsi adalah 30,6%, berkisar antara yang terendah 19,5% di Kota Cimahi dan tertinggi 50,7 di Kabupaten Purwakarta (Tabel 4).

Tabel 4  
Prevalensi Kurang Energi Kronis

No	Kabupaten/Kota	n	Prevalensi
03	03. Kab Bogor	422	29,8
04	04. Kab. Sukabumi	421	24,6
05	05. Kab. Cianjur	418	36,7
06	06. Kab Bandung	420	29,0
07	07. Kab. Garut	420	29,0
08	08. Kab Tasikmalaya	422	32,5
09	09. Kab. Ciamis	422	29,1
10	10. Kab. Kuningan	419	23,6
11	11. Kab. Cirebon	420	34,2
12	12. Kab. Majalengka	460	44,6
13	13. Kab. Sumedang	420	27,9
14	14. Kab. Indramayu	424	33,7
15	15. Kab. Subang	451	25,9
16	16. Kab. Purwakarta	420	50,7
17	17. Kab. Karawang	424	32,3
18	18. Kab. Bekasi	440	37,6
28	28. Kota Cimahi	417	19,5
71	71 Kota Bogor	421	24,0
72	72. Kota Sukabumi	420	30,8
73	73. Kota Bandung	420	19,3
74	74. Kota Cirebon	420	35,2
75	75. Kota Bekasi	420	27,0
77	77. Kota Tasikmalaya	420	30,2
78	78. Kota Depok	420	27,4
	Jawa Barat	10181	30,6

Gambaran di atas menunjukkan bahwa KEK sudah di atas 20% dan merupakan masalah kesehatan masyarakat.

#### 4. Faktor Risiko KEK

Mengingat tingginya prevalensi KEK dan risikonya terhadap kualitas sumber daya manusia, diperlukan informasi faktor risiko KEK yang dapat digunakan sebagai bahan rencana penanggulangan KEK. Untuk mendapatkan faktor risiko digunakan analisis logistik ganda. Adapun hasil logistik ganda dengan cara *stepwise* disajikan pada Tabel 4 dibawah ini.

Model logistik ganda di bawah ini mempunyai kemampuan prediksi positif 99,6%. Namun, kemampuan prediksi negatifnya hanya 1,5% dengan kemampuan prediksi total 69,8.

Adapun peubah yang berhubungan dengan KEK adalah sebagai berikut:

1. Ibu hamil yang pernah sakit dalam jangka waktu lebih dari 2 minggu mempunyai risiko menjadi KEK 1,66 kali dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak pernah sakit.
2. Ibu yang ikut keluarga berencana (KB) sebelum hamil mempunyai risiko KEK 0,56 kali dibandingkan dengan mereka yang tidak ikut KB.

Tabel 5  
Faktor Risiko KEK

Peubah	Beta	Signifikan (P)	Risiko	Kepercayaan 95 %	
				bawah	atas
Pernah sakit	0,505	0,000	1,66	1,32	1,91
Ikut KB	-0,572	0,000	0,565	0,321	0,875
Lulus SLA	-0,240	0,000	0,787	0,485	0,876
Pernah keguguran	-0,200	0,000	0,819	0,696	0,967
% belanja pangan	0,006	0,000	1,006	1,001	1,028
Anemia	0,246	0,000	1,279	1,115	1,568
Kurus sebelum hamil	0,365	0,035	2,562	1,256	13,765

- Ibu yang lulus SLTA atau lebih mempunyai risiko KEK 0,79 kali dari risiko KEK pada ibu hamil yang tidak lulus SD
- Ibu yang pernah keguguran mempunyai risiko KEK 0,82 kali dibandingkan dengan yang tidak pernah mengalami keguguran
- Keadaan ekonomi yang digambarkan dengan persen belanja pangan berhubungan dengan KEK. Setiap belanja pangan naik 10% risiko KEK naik 0,06% . Suatu dampak yang sangat kecil
- Ibu yang anemia mempunyai risiko mengalami KEK 1,28 kali dari mereka yang tidak anemia. Hubungan ini kemungkinan besar arahnya dari KEK menuju anemia.
- Ibu yang sudah kurus sebelum hamil mempunyai risiko KEK 2,56 kali dari mereka yang tidak kurus.

## BAHASAN

Dari analisis logistik ganda diperoleh 7 faktor risiko KEK. Peubah masih perlu penjelasan adalah pernah mengalami keguguran, lulus SLTA dan anemia. Bagaimana mereka yang pernah keguguran sebelum kehamilan sekarang justru mempunyai risiko yang rendah untuk menjadi KEK. Kemungkinan setelah mengalami keguguran maka perhatian terhadap kehamilan menjadi lebih besar dan hati-hati, lebih giat memeriksakan kehamilan dan berusaha lebih keras untuk mempertahankan kehamilan agar selamat sampai melahirkan bayi sehat.

Dalam hubungan dengan kesehatan balita, pendidikan ibu berhubungan dengan kesehatan anak melalui pola asuh yang lebih baik. Namun sehubungan dengan KEK mungkin kesadaran akan kesehatan kehamilan lebih tinggi sehingga lebih banyak melakukan upaya agar kandungan sehat dan selamat. Dapat juga pendidikan istri yang tinggi mempunyai suami dengan pendidikan yang sama atau lebih tinggi yang memungkinkan mempunyai pekerjaan dengan gaji yang relatif tinggi. Dengan kata lain istri dengan pendidikan yang tinggi cenderung mempunyai tingkat sosial ekonomi yang baik.

Hubungan anemia dengan KEK kemungkinan justru ibu yang KEK menjadi anemia. KEK berarti kurang energi dan protein yang mempunyai dampak yang sangat luas dalam metabolisme. Mereka yang KEK akan mengalami gangguan metabolisme. Selain itu KEK yang mengalami kurang protein selain energi juga mempunyai persediaan protein yang kurang sehingga tidak dapat memasok untuk pembentukan Hb.

Peubah lain seperti sakit-sakitan menunjukkan adanya penyakit yang perlu diobati sebelum ibu menjadi hamil. Karena pengobatan sesudah hamil banyak larangan yang dapat membahayakan kesehatan janin maupun ibunya. Ikut KB memang dapat mencegah dari KEK bila dihubungkan dengan sosial ekonomi maupun hormonal. Penggunaan alat kontrasepsi hormonal dapat mengakibatkan kegemukan dan keuntungan kesehatan lain (7). Munir menunjukkan bahwa jarak kehamilan berhubungan dengan menurunnya risiko KEK (8). Berg mempertegas bahwa persen belanja pangan yang menggambarkan keadaan ekonomi

rumah tangga berkaitan dengan KEK melalui berbagai cara baik konsumsi makanan, sanitasi dan penggunaan pelayanan kesehatan (9).

Mereka yang sudah kurus sebelum hamil memang diketahui mempunyai risiko yang tinggi untuk menjadi KEK saat hamil. Hasil analisis yang sama juga ditemukan oleh Azma saat mengolah data Sukabumi (10).

Pembahasan di atas menunjukkan bahwa sebaiknya upaya penanggulangan ibu hamil KEK dilakukan sebelum hamil. Sebagai contoh perbaikan gizi anak remaja atau murid sekolah sebelum mereka menikah akan membantu mengurangi risiko KEK saat hamil. Sehingga pada saat menikah dan siap menjadi ibu mereka pada kondisi kesehatan dan gizi yang baik. Apabila sudah menikah ikuti program KB, gunakan alat kontrasepsi yang sesuai, agar jarak kehamilan jarang dan badan menjadi sehat. Wanita usia subur yang sering sakit akan cenderung menjadi kurus dan pada saat hamil menjadi KEK.

## KESIMPULAN

1. Prevalensi ibu hamil KEK di Jawa Barat 30,6% dengan distribusi di kabupaten dan kota berkisar antara yang terendah 19,3% dan yang tertinggi 50,7%.
2. Faktor risiko KEK pada ibu hamil di Jawa Barat terbagi dalam keadaan sosial ekonomi, kesehatan dan gizi serta keikutsertaan dalam program.
3. Faktor pendidikan dan keadaan ekonomi rumah tangga memerlukan program jangka menengah di luar sektor kesehatan. Namun, kesehatan dapat memberikan sumbangan dalam bentuk peningkatan akses pada pelayanan kesehatan.
4. Peningkatan akses pada pelayanan kesehatan dapat memperbaiki keadaan kesehatan dan gizi. Di samping itu upaya perbaikan keadaan kesehatan dan gizi dapat berbentuk pengobatan dan pencegahan.
5. Faktor keikutsertaan dalam program KB dapat ditingkatkan melalui program KB yang terarah dengan meningkatkan akses terhadap alat kontrasepsi serta penyuluhan KB yang intensif.

## SARAN

1. Perbaikan keadaan kesehatan dan gizi dapat dilakukan sejak remaja dan dapat melalui sekolah atau kelompok lain, berupa penyuluhan dan suplementasi serta pengobatan agar pada saat menikah mereka sudah dalam kondisi kesehatan dan gizi yang baik.
2. Program KB perlu diaktifkan kembali dengan penyuluhan intensif dan peningkatan akses terhadap alat kontrasepsi. Hal ini penting untuk meningkatkan kesehatan dan gizi ibu hamil dan mencegah penularan HIV.
3. Program kesehatan sekarang sudah makin terarah dengan meningkatkan akses pelayanan kesehatan pada keluarga miskin. Namun, upaya pencegahan berupa penyuluhan kesehatan dan gizi terhadap masyarakat perlu ditingkatkan.

## RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman penanggulangan ibu hamil kekurangan energi kronis*. Jakarta: Depkes RI, 1996.
2. Minggu, D. Kesehatan ibu hamil dan janin yang dalam kandungannya. *MKMI* 1995, 13(5).
3. Sumarmo, I; E Saraswati; E Musa; Yhazhazy; R Aryanti; dkk. *Risiko ibu hamil anemia untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR)*. Bandung: Kerjasama Dinkes Prov. Jawa Barat dengan Puslitbang Gizi Depkes RI, 1998.
4. Guyard, B; J Fricker; and Chaulia M. Determinants of prematurity and low weight. *Bulletin of Public Health Nutrition*, 1992: 38.
5. Departemen Kesehatan RI. *Status kesehatan, pelayanan kesehatan, perilaku hidup sehat, dan kesehatan lingkungan*. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan Depkes RI, 2002.
6. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman alat ukur Lingkar Lengan Atas (LLA) pada wanita usia subur*. Jakarta: Depkes RI, 1999.

7. Jensen, JT and L Speroff. Health benefits of oral contraceptives. *Obstet-Gynecol-Clin North Am* 2000, 27(4): 705—721.
8. Munir, M. *Gambaran faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi ibu hamil di Kecamatan Sumbang Kabupaten Banyumas Jawa Tengah tahun 2002*. Skrripsi. Depok: FKM Ui, 2003.
9. Berg, A. *Peranan gizi dalam pembangunan nasional*. Jakarta: Rajawali, 1986.
10. Azma, N. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ibu hamil risiko KEK (Kurang Energi Kronis) di Kota Sukabumi tahun 2002*.

