

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN BERAT-KURANG (*UNDERWEIGHT*) PADA BALITA DI PERKOTAAN DAN PERDESAAN INDONESIA BERDASARKAN DATA RISKESDAS TAHUN 2013

Ria Helda Pratiwi^{*)}, Ir. Suyatno, M.Kes^{**)}, Drs. Ronny Aruben, Ma^{**)}

E-mail : riaheldapратиwi@yahoo.com

^{*)} Mahasiswa Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

^{**)} Staf Pengajar Bagian Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

ABSTRACT

The underweight remains a public health problem to toddlers in Indonesia. The purpose of the study was to identify the factors related to underweight toddler in urban and rural Indonesia. The study uses Riskesdas of Indonesia in year 2013 with the design of cross-sectional study. The total sample 78.535 respondents. Analysis of the data using univariate and bivariate analysis with the chi-square statistical test ($p = 0,05$). The results showed that underweight toddler higher at the age of 0-23 months both in the urban (41,9%) and rural (46,7%), underweight higher in toddler girl both in the urban (18,9%) and rural (23,1%), underweight toddler was higher on the mother's age at risk to have a toddler underweight both in the urban (18,2%) and rural (21,8%), underweight toddler higher in mother who have low education both in the urban (17,3%) and rural (21,6%), underweight toddler higher in mother does not work both in urban (18,6%) and rural (23,3%), underweight toddler higher in family income poor both in urban (18,6%) and rural (22,3%). Underweight toddler higher who ever had acute respiratory infection disease both in urban (17,5%) and rural (22,5%), diarrhea disease both in urban (15,9%) and rural (18,6%), pulmonary tuberculosis disease both in urban (17,8%) and rural (22,1%). Underweight toddler higher in neonatal visit not complete both in urban (18%) and rural (22,5%), underweight toddler higher in toddler who do weighing irregular both in urban (21,1%) and rural (24,4%), underweight toddler higher in mother who have not Growth Chart Card (KMS) both in urban (22,5%) and rural (25,9%), underweight toddler higher in toddler who did not complete immunization both in urban (21,6%) and rural (25,8%), underweight toddler higher in mother who has not given breastfeeding both in urban (59,9%) and rural (62,3%), underweight toddler higher in mother that give food complement of breast milk to toddler age < 6 months both in urban (39,2%) and rural (43%). The factors related to underweight toddler in urban and rural Indonesia based on data Riskesdas 2013 were genders toddlers, age of mother, employment, family income, acute respiratory infection disease, diarrhea disease, pulmonary tuberculosis, neonatal visits, monitoring of weighing, have a Growth Chart Card (KMS), immunization status, granting breastfeeding, the first ages toddlers given food complement of breast milk (MP-ASI).

Keywords : nutritional status of children, underweight toddler

PENDAHULUAN

Gizi buruk dan gizi kurang, gabungan istilah tersebut biasa disebut berat-kurang (*Underweight*) merupakan masalah utama bidang kesehatan, khususnya diberbagai negara berkembang (WHO, 2004). *UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)* menyatakan *underweight* sebagai penyebab lebih dari 1/3 dari 9,2 juta kematian pada anak dibawah usia 5 tahun di dunia.

Balita merupakan usia dimana anak sedang mengalami proses pertumbuhan yang relatif pesat dan membutuhkan asupan gizi yang relatif besar. Perubahan yang terjadi pada balita dari waktu ke waktu merupakan petunjuk awal perubahan status gizi balita. Saat periode 6 bulan, balita yang berat badannya tidak mengalami kenaikan dua kali berisiko mengalami *underweight* 12,6 kali dibandingkan pada balita yang berat badannya naik terus .

Berdasarkan model penyebab *underweight* yang dikembangkan *UNICEF*, *underweight* disebabkan oleh banyak faktor yang saling terkait baik secara langsung dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan tidak cukupnya asupan gizi secara kuantitas dan kualitas, sedangkan secara tidak langsung di pengaruhi oleh jangkauan dan kualitas

pelayanan kesehatan, pola asuh anak yang kurang memadai, kurang baiknya kondisi sanitasi lingkungan serta rendahnya ketahanan pangan di tingkat rumah tangga ^{1,2}

Pada penelitian yang telah dilakukan terdahulu, *underweight* berhubungan erat dengan pemberian asupan makanan yang kurang dan kualitas makan yang rendah, bila hal ini terjadi bersamaan dengan munculnya penyakit infeksi maka dapat berakibat semakin buruknya status gizi balita. Mendukung dari hasil penelitian diatas, penelitian dari jurnal Internasional Leonor rodriguez mengatakan kurangnya asupan protein dan kalori adalah alasan yang mendasari meningkatnya kerentanan terhadap penyakit infeksi. Pendukung terjadinya *underweight* pada balita adalah keadaan keluarga yang memburuk yaitu rendah sosial ekonomi, rendah pendidikan dan kurangnya hasil pertanian, sehingga menyebabkan kurangnya ketersediaan makanan dalam rumah tangga. Minimnya akses rumah tangga untuk mendapatkan sarana kesehatan akan memperburuk status gizi balita ³.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 merupakan riset berbasis komunitas berkala sejak tahun 2007 yang mengumpulkan data dasar dan indikator kesehatan yang merepresentasikan gambaran wilayah

nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Tujuan utama dari Riskesdas tahun 2013 adalah menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan diberbagai tingkat administrasi.

Riskesdas tahun 2013 telah mengumpulkan data-data tentang status gizi balita (BB/U) yang terdiri dari gizi buruk, gizi kurang, gizi normal dan gizi lebih. Menurut data Riskesdas tahun 2007 tercatat bahwa *underweight* (BB/U) sebesar 18,4 persen, lalu tahun 2010 sebesar 17,9 persen. Prevalensi *underweight* mengalami kenaikan pada Riskesdas tahun 2013, sebesar 19,6 persen yang terdiri dari 5,7 persen gizi buruk dan 13,9 persen gizi kurang. Bila dibandingkan dengan pencapaian sasaran MDGs tahun 2015 yaitu 15,5 persen maka prevalensi *underweight* secara nasional harus diturunkan minimal 4,1 persen dalam periode 2013 sampai 2015.

Hasil Riskesdas 2013 menurut wilayah tempat tinggal di Indonesia, gizi kurang di perdesaan (15,3%) lebih tinggi dibanding perkotaan (12,5%) dan gizi buruk di perdesaan (7,3%) lebih tinggi dibanding perkotaan (4,3%)⁹. Kemungkinan hal tersebut terjadi dikarenakan adanya perbedaan budaya

masyarakat perkotaan dan perdesaan dalam hal kebutuhan makanan dan status sosial.

Masyarakat perkotaan lebih baik dalam hal tingkat ekonomi dan pengetahuan tentang gizi. Sedangkan masyarakat perdesaan masih banyak yang mengalami kemiskinan, kurang persediaan makanan dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi. Peneliti Leonor rodriguez dalam jurnal internasional tahun 2011 mengatakan, bahwa balita *underweight* terjadi di daerah perdesaan dan dalam kelompok-kelompok yang kurang mampu, sedangkan daerah perkotaan ditemukan kegemukan⁴.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan *underweight* pada balita di perkotaan dan perdesaan Indonesia berdasarkan data Riskesdas tahun 2013.

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 dengan studi cross sectional. Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik yang bertujuan untuk memperoleh penjelasan dan menggali mengapa serta bagaimana suatu fenomena terjadi.

Pada penelitian ini populasi yang terdapat dalam Riskesdas yaitu seluruh ibu

sebanyak 294.959 yang mewakili 33 provinsi. Sampel penelitian ialah ibu yang mempunyai balita sebanyak 78.535 sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, namun terjadi *missing* terkait variabel ASI sebanyak 56.485 dan MP-ASI sebanyak 60.100.

Variabel terikat yaitu *underweight* pada balita di perkotaan dan perdesaan Indonesia. Variabel bebas adalah usia balita, jenis kelamin balita, usia ibu, tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, tingkat pendapatan keluarga, penyakit diare balita, penyakit ISPA balita, penyakit TB paru balita, pemantauan penimbangan balita, status imunisasi, kunjungan neonatal, kepemilikan KMS, pemberian ASI, dan usia pertama pemberian MP-ASI.

Analisis data menggunakan analisis univariat yaitu dengan membuat tabel distribusi frekuensi. Analisis bivariat menggunakan uji *Chi-square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Balita di wilayah kota dan desa di Indonesia paling banyak berusia 24-59 bulan dan jenis kelamin laki-laki.

Sebagian besar responden di perkotaan memiliki usia tidak berisiko (65,8%), berpendidikan tinggi (54%), tidak bekerja (65%), pendapatan tidak miskin (82,9), balita

tidak terinfeksi ISPA (73,3%), balita tidak terinfeksi diare (97,4%), balita tidak terinfeksi TB Paru (98,9%), kunjungan neonatal tidak lengkap (77,8%), penimbangan balita yang tidak teratur (67,1%), status imunisasi balita lengkap (93,5%), tidak memiliki KMS (52,3%), masih memberikan ASI ke balitanya (51,4%), pemberian MP-ASI pada balita usia < 6 bulan (72,2%).

Sedangkan di desa sebagian besar responden memiliki usia tidak berisiko (65,6%), berpendidikan rendah (75%), tidak bekerja (55,7%), berpendapatan miskin (57,2%), balita yang tidak terinfeksi ISPA (75,9%), balita yang tidak terinfeksi diare (97,4%), balita yang tidak terinfeksi TB paru (98,9%), kunjungan neonatal tidak lengkap (63,4%), pemantauan penimbangan balita tidak teratur (60,3%), status imunisasi balita lengkap (85,8%), mempunyai KMS (51,2%), masih memberikan ASI ke balitanya (52,5%), dan pemberian MP-ASI pada balita usia < 6 bulan (72,6%).

Hasil uji *chi-square* pada tabel 1 menunjukkan ada hubungan antara usia balita dengan *underweight* pada balita baik di perkotaan maupun perdesaan Indonesia.

Dalam penelitian ini, usia balita yang cenderung mengalami *underweight* ialah usia 0-23 bulan, hal ini diindikasikan berhubungan

dengan perilaku penelitian yang menyatakan, balita usia 0-24 pemberian ASI dan MP-ASI. Terdapat bulan yang sudah tidak diberi ASI

Tabel 1. Hasil analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan underweight pada balita di perkotaan dan perdesaan Indonesia berdasarkan data Rikesdas tahun 2013

	Underweight				Tidak Underweight				p-value	
	Kota		Desa		Kota		Desa		Kota	Desa
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Usia Balita										
a. 0-23 bulan	5.902	41,9	7.887	46,7	8.182	58,1	9.009	53,3	0,000	0,000
b. 24-59 bulan	160	0,8	1.372	5,2	21.098	99,2	24.925	94,8		
JK Balita										
a. Laki-laki	2.803	15,5	4.357	19,8	15.296	84,5	17.599	80,2	0,000	0,000
b. Perempuan	3.259	18,9	4.902	23,1	13.984	81,1	16.335	76,9		
Usia Responden										
a. Berisiko	1.822	18,2	3.087	21,8	10.272	81,8	11.765	78,2	0,000	0,017
b. Tidak berisiko	4.240	15,1	6.172	20,8	19.008	84,9	22.169	79,2		
Pendidikan										
a. Rendah	2.801	17,3	6.998	21,6	13.435	82,7	25.385	78,4	0,648	0,128
b. Tinggi	3.261	17,1	2.261	20,9	15.845	82,9	8.549	79,1		
Pekerjaan										
a. Tidak bekerja	4.279	18,6	5.607	23,3	18.690	81,4	18.454	76,7	0,000	0,000
b. Bekerja	1.783	14,4	3.652	19,1	10.590	85,6	15.480	80,9		
Pendapatan										
a. Miskin	1.124	18,6	5.504	22,3	4.919	81,4	19.216	77,7	0,001	0,000
b. Tidak miskin	4.938	16,9	3.755	20,3	24.361	83,1	14.718	79,7		
Kunj Neonatal										
a. Lengkap	1.122	14,3	3.106	19,6	6.725	85,7	12.701	80,4	0,000	0,000
b. Tidak lengkap	4.940	18	6.153	22,5	22.555	82	21.233	77,5		
Penimbangan										
a. Tidak teratur	5.003	21,1	6.381	24,4	18.721	78,9	19.787	75,6	0,000	0,000
b. Teratur	1.059	9,1	2.878	16,9	10.559	90,9	14.147	83,1		
KMS										
a. Punya	1.909	11,3	3.794	17,2	14.960	88,7	18.321	82,8	0,000	0,000
b. Tidak punya	4.153	22,5	5.465	25,9	14.320	77,5	15.613	74,1		
Status imunisasi										
a. Tidak lengkap	498	21,6	1.581	25,8	1.810	78,4	4.558	74,2	0,000	0,000
b. Lengkap	5.564	16,8	7.678	20,7	27.470	83,2	29.376	79,3		
Penyakit ISPA										
a. Ya	1.463	17,1	2.026	22,1	7.969	82,9	8.369	77,9	0,000	0,000
b. Tidak	4.599	15,5	7.233	19,5	21.311	84,5	25.565	80,5		
Penyakit Diare										
a. Ya	85	15,9	359	18,6	573	84,1	786	81,4	0,004	0,000
b. Tidak	5.977	15,2	8.900	16,6	28.707	84,8	32.987	83,4		
TB Paru										

a. Ya	98	17,8	101	22,1	280	82,2	357	77,9	0,008	0,011
b. Tidak	6.010	13,2	9.158	21,4	28.954	86,8	33.577	78,6		
Pemberian ASI										
a. Ya	2.064	41,5	2.655	45,1	2.912	58,5	3.227	54,9	0,000	0,000
b. Tidak	2.815	59,9	4.042	62,3	1.887	40,1	2.448	37,7		
Usia MP-ASI										
a. < 6 bulan	2.498	39,2	2.999	43	3.878	60,8	3.975	57	0,000	0,000
b. ≥ 6 bulan	567	23,1	752	28,6	1.888	76,9	1.880	71,4		

lagi ternyata keadaan gizinya lebih rendah. Ibu yang memberikan MP-ASI ke balita usia < 6 bulan, akan mempengaruhi kesehatan dan status gizi balita.

Balita dengan *underweight* lebih banyak terjadi pada balita perempuan. Hasil uji *chi-square* menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin balita dengan *underweight* pada balita baik di kota maupun desa.

Dalam penelitian ini *underweight* lebih banyak ditemukan pada ibu usia berisiko. Uji *chi-square* menghasilkan bahwa ada hubungan usia ibu dengan *underweight* pada balita di perkotaan maupun perdesaan Indonesia.

Usia ibu berisiko yang tergolong masih muda cenderung lebih memperhatikan kepentingannya sendiri, sehingga dalam mengasuh anak dapat terganggu terutama pada balita usia 2 tahun pertama kehidupannya. Sedangkan ibu yang tergolong usia tua (lebih dari 35 tahun) ialah usia paling berisiko untuk ibu melahirkan, kesakitan bahkan kematian

anak dan ibu dapat terjadi karena faktor usia ibu yang sudah tua. Jika pengasuhan anak kurang baik dan balita sering mengalami kesakitan, maka hal tersebut akan mempengaruhi terjadinya status gizi *underweight* pada balita.

Hasil pengujian *chi-square* status pekerjaan responden dengan *underweight* pada balita menunjukkan bahwa, ada hubungan signifikan antara status pekerjaan responden dengan *underweight* pada balita di kota maupun desa Indonesia.

Balita *underweight* lebih banyak ditemukan pada ibu yang tidak bekerja. Menurut peneliti, adanya ibu yang bekerja maka dapat menambah pendapatan keluarga sehingga mempengaruhi daya beli keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi anak, sebaliknya ibu yang tidak bekerja dan mempunyai pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dalam memenuhi kebutuhan zat gizi anak.

Hasil uji *chi-square* menyatakan ada hubungan yang signifikan antara tingkat

pendapatan keluarga dengan *underweight* pada balita. Pada penelitian ini baik di kota maupun desa, keluarga yang memiliki balita *underweight* tergolong berpendapatan miskin. Pendapatan mempengaruhi daya beli keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi anak dan anggota keluarga lainnya. Tidak tersedianya makanan dalam keluarga akan menentukan kualitas dan kuantitas bahan makanan serta akan mempengaruhi asupan zat gizi anak.

Hubungan tingkat pendidikan responden dengan *underweight* pada balita menunjukkan bahwa, tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan *underweight* pada balita di perkotaan maupun perdesaan Indonesia. Sehingga dapat diartikan, ibu yang mempunyai pendidikan tinggi ataupun rendah mempunyai peluang yang sama untuk terjadinya *underweight* pada balita.

Pendidikan yang tinggi belum tentu menjamin ibu untuk berperilaku baik terkait kesehatan dan status gizi balita. Ibu yang berpendidikan tinggi maupun rendah, saling mempunyai kesempatan dalam mendapatkan informasi dan pengetahuan yang baik untuk menunjang perilaku kesehatan dan status gizi balita. Informasi dan pengetahuan kesehatan gizi balita tidak hanya didapatkan dalam

pendidikan formal, tetapi bisa didapatkan dari media massa, posyandu, kader, bidan, lingkungan setempat seperti keluarga dan tetangga.

Penelitian yang sesuai, bahwa pendidikan ibu tidak memiliki pengaruh bermakna terhadap kejadian *underweight* pada balita⁵.

Hubungan kunjungan neonatal dengan *underweight* pada balita menghasilkan bahwa, ada hubungan antara kunjungan neonatal dengan *underweight* pada balita di perkotaan maupun perdesaan Indonesia.

Responden dengan balita *underweight* lebih banyak ditemukan pada responden yang tidak mendapatkan kunjungan neonatal lengkap.

Tenaga kesehatan dalam kunjungan neonatal tidak hanya membantu ibu dalam pemeriksaan kesehatan dan perawatan bayi baru lahir saja. Tetapi tenaga kesehatan harus siap berperan aktif dan profesional untuk memfasilitasi serta memberi dukungan pada ibu dalam menambah pengetahuan terkait kesehatan dan gizi anak. Sehingga ibu mempunyai kebiasaan yang baik untuk mengasuh anaknya.

Penelitian sesuai di Indonesia berdasarkan data Riskesdas dan Susenas tahun 2007 yang menyatakan, kunjungan neonatal

berhubungan dengan kejadian sakit dan risiko *underweight* pada balita⁶.

Hubungan pemantauan penimbangan balita dengan *underweight* menghasilkan bahwa, ada hubungan antara pemantauan penimbangan balita dengan *underweight* pada balita baik di perkotaan maupun perdesaan Indonesia.

Menurut asumsi peneliti, pemantauan penimbangan balita sangat berhubungan dengan *underweight* pada balita, sebab *underweight* tidak terjadi secara tiba-tiba tetapi ditandai dengan kenaikan berat badan yang tidak cukup selama beberapa bulan yang dapat dilihat dengan melakukan penimbangan balita setiap bulannya.

Uji *Chi-square* hubungan kepemilikan KMS dengan *underweight* pada balita di perkotaan maupun perdesaan menyatakan bahwa, ada hubungan kepemilikan KMS dengan *underweight* pada balita.

Dalam penelitian ini, responden yang mempunyai balita *underweight* ialah responden yang tidak mempunyai KMS.

KMS bukan hanya berisi tentang grafik pertumbuhan balita, tetapi terdapat status imunisasi, penanggulangan diare, pemberian kapsul vitamin A, kondisi kesehatan, pemberian ASI eksklusif, MP-ASI, pemberian

makanan anak dan rujukan ke puskesmas dan rumah sakit. Catatan penting tersebut tidak hanya dimiliki oleh tenaga kesehatan tetapi ibu juga harus mengetahui pertumbuhan dan perkembangan balita dari catatan KMS.

Hubungan status imunisasi dengan *underweight* pada balita menunjukkan bahwa, ada hubungan status imunisasi dengan *underweight* pada balita di perkotaan maupun perdesaan Indonesia.

Dalam penelitian ini, *underweight* ditemukan lebih banyak pada balita dengan status imunisasi tidak lengkap. Menurut peneliti, balita yang mendapatkan imunisasi lengkap akan lebih baik dibandingkan dengan yang status imunisasinya tidak lengkap. Hal tersebut dikarenakan imunisasi akan memberikan perlindungan terhadap jenis penyakit yang berbahaya untuk kesehatan balita.

Hasil uji *chi-square* menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara penyakit ISPA dengan *underweight* pada balita baik di perkotaan maupun perdesaan Indonesia.

Balita yang terinfeksi ISPA mempengaruhi pola makan balita, makan jadi tidak enak sehingga kuantitas asupan makan berkurang dan hal tersebut akan mempengaruhi status gizi balita bila penyakit ISPA berlangsung lama. Balita dengan

underweight mempunyai peluang 8,40 kali menderita ISPA dibandingkan dengan balita status gizi baik⁶.

Hubungan penyakit diare dengan *underweight* pada balita menghasilkan bahwa, ada hubungan yang signifikan antara penyakit diare dengan *underweight* pada balita di perkotaan dan perdesaan Indonesia.

Balita *underweight* dan kejadian penyakit diare ialah saling terkait. Diare menyebabkan balita *underweight* dan *underweight* dapat memperberat diarenya. Balita yang menderita diare akan terjadi penurunan asupan zat gizi akibat kurangnya nafsu makan, menurunnya absorpsi, kebiasaan mengurangi makan pada saat sakit, dan peningkatan kehilangan cairan akibat penyakit diare secara terus menerus sehingga tubuh akan lemas.

Hubungan penyakit TB paru balita dengan *underweight* pada balita menghasilkan bahwa, ada hubungan yang signifikan antara penyakit TB paru dengan *underweight* pada balita di perkotaan dan perdesaan Indonesia.

Penelitian yang sesuai menyatakan, ada hubungan yang signifikan antara status gizi balita dengan kejadian TB paru balita. Balita *underweight* meningkatkan risiko 6 kali lebih besar untuk terinfeksi TB paru dibandingkan dengan balita status gizi normal.

Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pemberian ASI dengan *underweight* pada balita di perkotaan maupun perdesaan Indonesia.

Berdasarkan penelitian ini, balita *underweight* lebih banyak yang sudah tidak diberikan ASI. Data UNICEF tahun 2006 menyatakan bahwa kesadaran ibu untuk memberikan ASI di Indonesia baru 14%, itupun diberikan hanya sampai balita usia 4 bulan⁷.

Dalam penelitian ini balita *underweight* lebih banyak pada ibu yang memberikan MP-ASI ke balitanya sebelum usia enam bulan. Terdapat kepercayaan ibu yaitu ketika balita sudah diberikan ASI lalu balita tetap menangis, maka tandanya balita masih lapar dan akhirnya diberikan makanan atau minuman lain selain ASI. Hal tersebut akan menjadikan kebiasaan ibu untuk memberikan anak balitanya MP-ASI yang tidak sesuai dengan usianya.

Penelitian SDKI tahun 2007 menyatakan, hanya 41% balita usia 6-23 bulan yang menerima MP-ASI sesuai dengan praktek-praktek yang direkomendasikan mengenai pengaturan waktu, frekuensi dan kualitas MP-ASI⁸.

KESIMPULAN

1. *Underweight*

(berat-kurang) di Indonesia berjumlah 15.321 balita, terdiri 6.062 (17,2%) di perkotaan dan perdesaan sebanyak 9.259 (21,4%).

2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan *underweight* pada balita, baik di perkotaan maupun perdesaan adalah usia balita, jenis kelamin balita, usia responden, status pekerjaan, tingkat pendapatan, penyakit ISPA balita, penyakit diare balita, penyakit TB paru balita, kunjungan neonatal, pemantauan penimbangan balita, dan kepemilikan KMS, status imunisasi, pemberian ASI, dan usia pertama pemberian MP-ASI.
3. Faktor yang tidak berhubungan dengan *underweight* pada balita, baik di perkotaan maupun perdesaan adalah tingkat pendidikan Ibu.

SARAN

1. Bagi Lembaga
 - a) Diharapkan data kesehatan balita khususnya terkait ASI dan MP-ASI dapat dilakukan evaluasi kembali kuesionernya, karena dalam penelitian ini terkait data ASI dan MP-ASI banyak terdapat *missing*.
 - b) Diharapkan agar lebih banyak lagi mahasiswa yang melakukan uji sensitivitas terhadap skor Riskesdas terkait kesehatan dan gizi anak khususnya balita.
2. Bagi Peneliti
 - a) Peneliti selanjutnya diharapkan dapat lebih mengembangkan penelitian yang telah dilakukan, menambahkan variabel-variabel yang terkait dengan *underweight* pada balita dan diharapkan semakin lebih spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Fitriani, F., dkk. 2009. *Gambaran Penyebab Kesulitan Makan Pada Anak Pra Sekolah Usia 3-5 tahun di Perumahan Top Amin Mulya Jakabaring Palembang*. Jurnal
2. Dinesh Kumar, et al. 2006. *Influence of Infant Feeding Practise on Nutritional Status of Underfive Children*
3. Hassam Saqib Lodhi.,Mahmud Ur Rehman.,Fahd Saqib Lodhi.,Salim Wazir.,Huma Jadoon. 2010. Assessment Of Nutritonal Status Of 1-5 Year Old Children In An Urban Union Council Of Abbottabad. *Journal Ayub Meical College Abbottabad*; 22(3).
4. Leonor Rodriguez.,Elsa Cervantes.,Rocio Ortiz. 2011. *Malnutrition and Gastrointestinal and Respiratory Infections in Children: A Public Health Problem*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,8, 1174-1205.
5. Istiono, W. 2009. *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita*. Yogyakarta: FK Universitas Gadjah Mada. *Berita Kedokteran Masy* Vol.25 No 3 hal 150-155
6. Indonesia. 2010. *Menyusui: Sepuluh Langkah Menuju Sayang Bayi*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
7. Unicef Indonesia. 2012. *Ringkasan Kajian Gizi Ibu dan Anak*. (<http://www.unicef.org/indonesia/id/about.html>) diakses tanggal 5 April 2014)