

STATUS GIZI WANITA USIA SUBUR (WUS) DAN BALITA DI INDONESIA MENURUT DATA SKRT 2001.

Dina Bisara¹, Suprptini¹, Tin Afifah¹

NUTRITIONAL STATUS OF REPRODUCTIVE AGE WOMEN AND CHILDREN UNDER FIVE: MATERNAL AND CHILD HEALTH STUDY THE 2001 NATIONAL HOUSEHOLD STUDY

Abstract. *The 2001 Maternal and Child Health Study (SKIA) was a part of the 2001 National House Health Survey (NHHS) and carried out by National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health. The NHHS 2001 was the sixth survey. The sample of the study was sub sample of National socio-economic survey. The study covered 26 provinces in Indonesia, excluded Aceh, Maluku and Papua province. The 2001 Maternal and Child Health Study was a nationally representative study of children under five and reproductive age women. A total of 25,072 households, 21,902 reproductive age women 15-49 and 8,274 children under five were interviewed. Nutritional status of the reproductive age women in Indonesia faced two problems. In one hand 14% younger women were suffered from chronic energy deficiency (BMI < 18.5) associated with child survival, pregnancy and birth complication etc. On the other hand 17 % older women were overweight/obese (BMI >= 25) related to degenerative diseases such as high blood pressure, heart attack and diabetes. The Body Mass Index (BMI) is expressed as the ratio of weight in kilograms to the squared of height in meters, kg/m². The result showed that anemia prevalence (haemoglobine <11 g/dl) among children under five years was 47% and the greatest anemia prevalence occurred during the second year of life. The study found high levels of undernutrition in the country. More than 30 % of the children were stunted in other words, too short, and 31 % of the children were underweight and 16 % of the children were wasted classified as being too thin. Underweight reflects both stunting and wasting; while stunted and wasted show evidence both chronic and acute undernutrition. Children were classified as stunted, wasted and underweight if their height-for-age, weight-for-height or weight-for-age Z-score is below - 2 SD from median of the International Reference Population (NCHS/WHO).*

Key word : *Nutritional Status, reproductive health, Child health.*

PENDAHULUAN

Studi Kesehatan Ibu dan Anak (SKIA) 2001 merupakan bagian dari Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001 yang dilakukan secara integrasi dengan studi nasional lainnya (SUSENAS). SKRT sendiri adalah bagian dari Survei Kesehatan Nasional (SURKESNAS). Stu-

di SKIA dalam SKRT 2001 ini merupakan yang pertama kali melakukan tambahan pengukuran status gizi yaitu dengan mengukur tinggi badan (TB), berat badan (BB) dan kadar hemoglobin (Hb). SKRT telah dilaksanakan lima kali sejak tahun 1972. SKRT 2001 ini terdiri dari studi mortalitas, morbiditas, follow up Ibu hamil dan SKIA.

¹Puslitbang Ekologi Kesehatan, Badan Litbagkes

Survei 2001 ini dilakukan di seluruh Propinsi di Indonesia kecuali Aceh, Maluku dan Irian Jaya. Survei dilakukan dengan mengunjungi rumah tangga terpilih, jadi data yang didapat merupakan data dari masyarakat (*Community based*). Jumlah sampel rumah tangga (RT) terpilih adalah 25.072 dari 1567 blok sensus (BS) yang merupakan sub sampel dari Susenas 2001.

Dalam studi SKIA 2001, selain data kesehatan anak terkumpul pula data tentang status kesehatan Wanita Usia Subur (WUS). Dalam tulisan yang akan dikaji lebih lanjut adalah mengenai status gizi WUS dan Balita. Hasil kajian ini dapat digunakan sebagai pendukung kebutuhan informasi dalam rangka perencanaan, pemantauan dan evaluasi program dalam bidang kesehatan khususnya gizi WUS dan Balita.

BAHAN DAN METODA

Sampel SKIA 2001 merupakan bagian dari SKRT 2001, adalah sub sampel modul Susenas 2001 yang menggunakan sampling frame BPS (Sensus 2000), yang mencakup seluruh provinsi Indonesia kecuali Aceh (Nanggroe Aceh Darussalam), Maluku, dan Irian Jaya (Papua). Data SKIA 2001 dikumpulkan langsung dari masyarakat (*community based data*) dengan menggunakan metode *Cross sectional*. Dengan melakukan wawancara dan pengukuran fisik digunakan untuk mendapatkan status gizi pada semua responden terpilih termasuk semua WUS (umur 15-

49 tahun) yang terkena sampel yang jumlahnya 21.902 orang dan semua Balita (0-4 tahun) yang berjumlah 8.274 yang terkena sampel, terdiri dari 1567 BS yang setiap BS diambil 16 rumah tangga (RT) sehingga ada 25.072 RT terpilih.

Pengukuran fisik yang dilakukan adalah Pengukuran Tinggi Badan (TB), Berat Badan (BB) dan pengambilan darah untuk mengukur kadar hemoglobin (Hb) serta slide malaria untuk Ibu hamil.

Status gizi WUS ditentukan dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) yang rumusnya sebagai berikut: BB/TB^2 (BB dalam kg dan TB dalam meter) dengan menggunakan SPSS. IMT dikategorikan (WHO 1999) ⁽¹⁾, menurut ketentuan sebagai berikut:

IMT	
< 18,5 kg/m ²	Kurang Energi Kronik (KEK)
18,5 – 24,9 kg/m ²	Normal
25-29,9 kg/m ²	Gemuk
30 kg/m ²	Obese
LILA < 23,5 cm	• Risiko KEK

Data status gizi Balita dianalisis dengan merujuk kepada median *International Population NCHS/WHO* (WHO, 1999)⁽¹⁾, dengan menggunakan perangkat lunak Anthropometri Nutrisoft. Indeks yang digunakan adalah TB atau PB untuk umur, BB untuk umur dan BB untuk TB atau PB. Status gizi Balita dikategorikan dalam Tabel sebagai berikut:

Kategori	Indeks		
	TB/Umur	BB/Umur	BB/TB
Z- score <-3 SD	Sangat pendek	Gizi buruk	Sangat kurus
Z- score -3 SD s/d <-2 SD	Pendek	Gizi kurang	Kurus
Z- score -2 SD s/d + 2 SD	Normal	Gizi baik	Normal
Z- score > + 2 SD		Gizi lebih	Gemuk

Catatan: nilai ekstrim Z score <-6 SD dan >+ 6 SD tidak disertakan dalam analisis.

Sedangkan ambang batas anemia untuk WUS adalah $<12,0$ g/dl dan untuk Balita adalah $<11,0$ g/dl. (WHO, 2001)⁽²⁾ Alat yang digunakan adalah merupakan alat yang berstandar Internasional yang direkomendasi oleh WHO maupun Unicef. Untuk mengukur Berat Badan digunakan *Unicef Electronic Scale, Microtoise* untuk mengukur tinggi badan, dan *Hemoque* untuk mengukur kadar Hb. Pewawancara SKJA 2001 adalah bidan dan laboran yang sekaligus melakukan pemeriksaan fisik dan pengukuran, yang direkrut dari Daerah Tk. I & II.

Analisis data ini dilakukan secara deskriptif menggunakan program SPSS. Deskriptif data SKJA 2001 ini dibedakan menurut karakteristik demografi: umur, daerah dan kawasan.

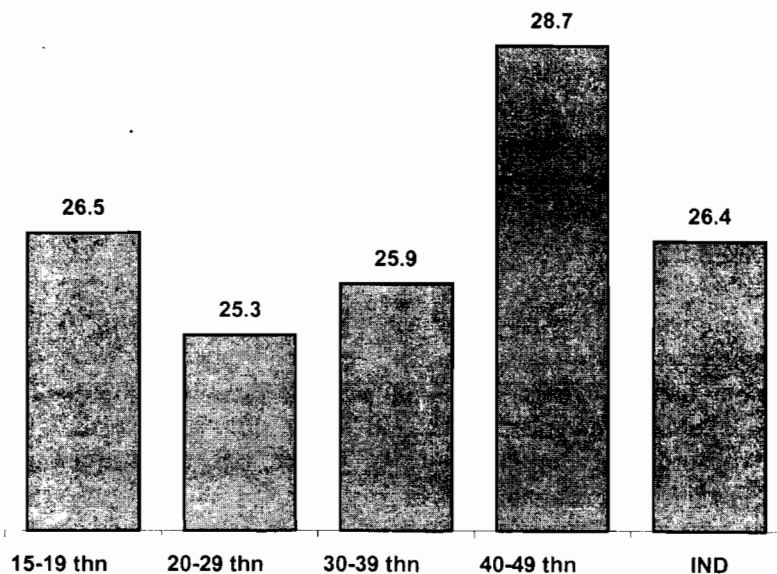
HASIL:

A. STATUS GIZI WUS

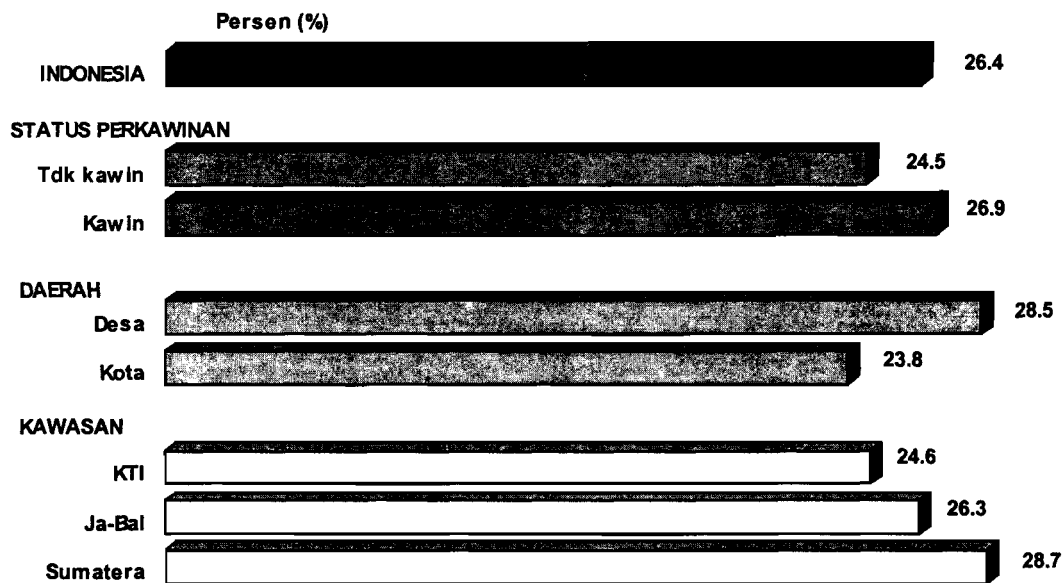
1. Kadar Hemoglobin (Hb) WUS

Dari Gambar 1 terlihat 26,4% WUS di Indonesia mengalami anemia (Hb <12 g/dl). Prevalensi anemia tertinggi pada WUS yang lebih tua, umur 40-49 tahun (28,7%) kemudian diikuti oleh WUS umur 15-19 tahun (26,5%).

Pada Gambar 2 dapat terlihat WUS dengan status kawin mempunyai prevalensi anemia lebih tinggi dibanding yang belum kawin. Sedang menurut wilayah, prevalensi anemia WUS di desa lebih tinggi dibanding yang di kota. Menurut kawasan, prevalensi anemi paling tinggi Sumatera, disusul Jawa dan Bali kemudian Kawasan Indonesia Timur (KTI).

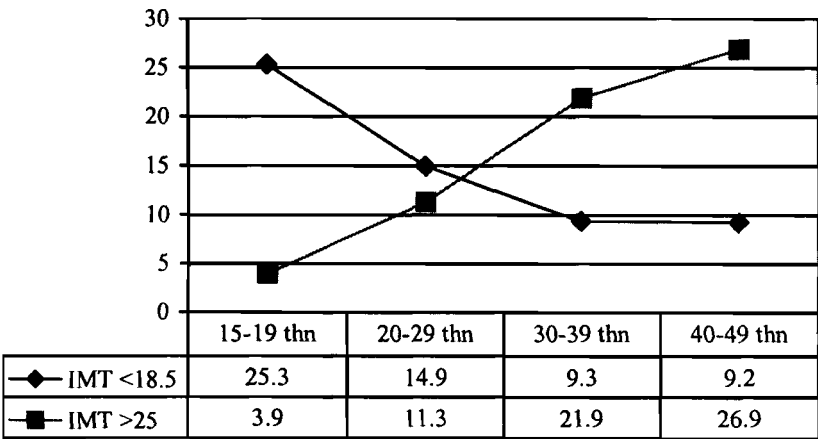


Gambar 1. Persentase Anemia pada WUS Menurut Umur



Sumber data: SKIA 2001, Surkesnas 2001 ⁽³⁾.

Gambar 2. Persentase Anemia WUS Menurut Karakteristik Demografi



Sumber data: SKIA 2001, Surkesnas 2001 ⁽³⁾.

Gambar 3. Prevalensi IMT WUS Menurut Umur

2. Index Masa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) WUS

Pada Gambar 3 tampak bahwa makin muda umur WUS makin KEK ($IMT < 18,5$), sebaliknya makin tua umur WUS makin gemuk/ obese ($IMT > 25,0$). Prevalensi WUS yang banyak mengalami KEK ($IMT < 18,5$) adalah gol.umur 15–19 thn, disusul gol.umur 20–29 tahun. Untuk WUS yang gemuk/obese ($IMT > 25,0$) terlihat paling banyak pada gol. umur 40–49 tahun, diikuti umur 30–39 tahun.

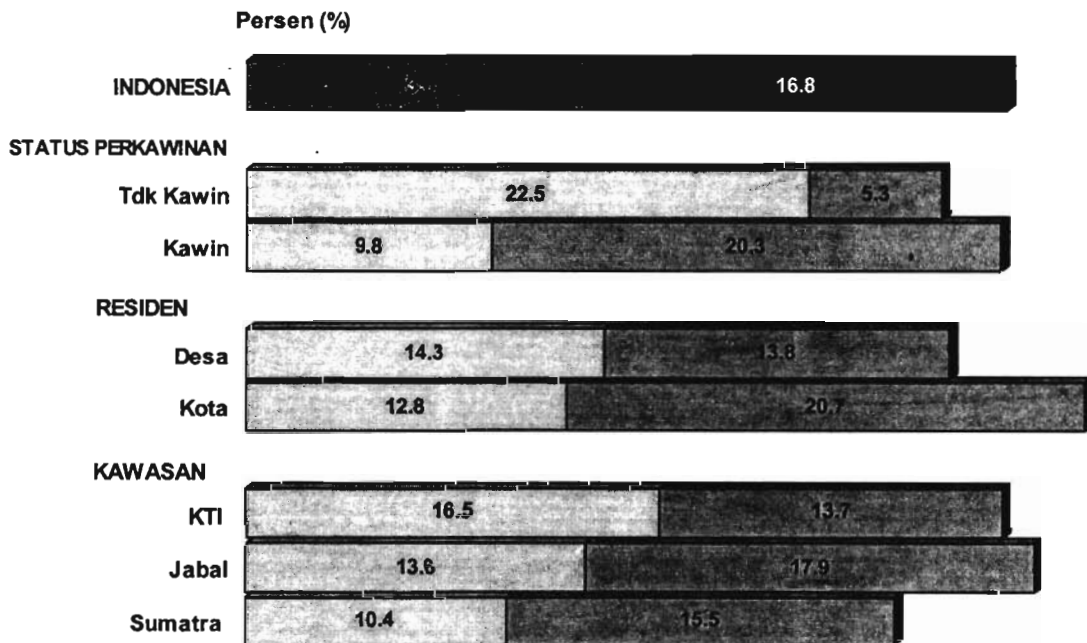
Pada Gambar 4 tampak 13,6% WUS dengan status KEK dan 16,8% gemuk/ obese. WUS yang berstatus tidak kawin KEK ($IMT=22,5\%$) lebih tinggi dari WUS yang berstatus kawin ($IMT=9,8\%$). Di perdesaan WUS yang mengalami KEK

($IMT=14,3\%$) lebih tinggi dari WUS yang di perkotaan ($IMT=12,8\%$). Untuk Kawasan Timur Indonesia paling tinggi persentase KEK pada WUS dibanding kawasan lainnya.

B. Status gizi Balita

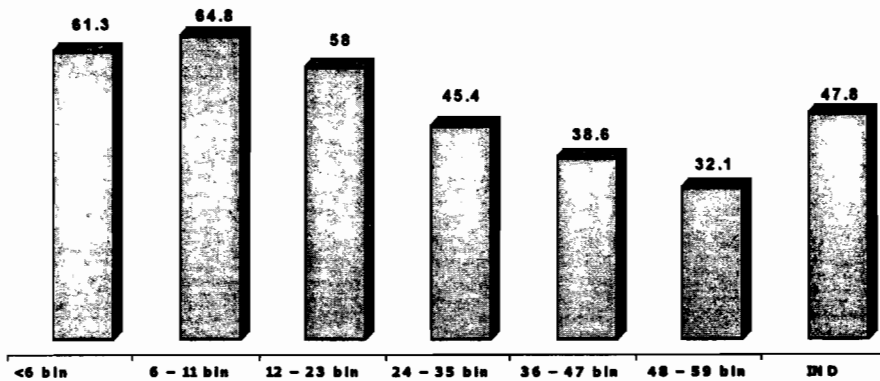
1. Kadar Hemoglobin Balita

Prevalensi anemia Balita umur 0–4 tahun secara keseluruhan adalah sebesar 47,8% dan prevalensi anemia tertinggi pada Balita umur kurang dari 1 (satu) tahun melebihi 60%. Prevalensi anemia pada Balita menurun dengan makin bertambahnya umur.



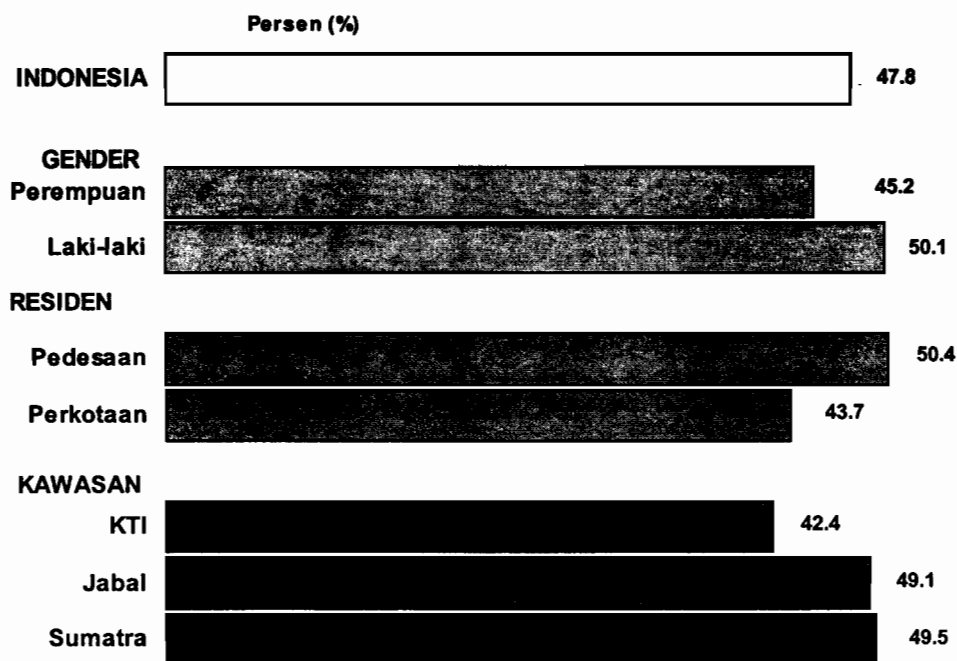
Sumber data: SKIA 2001, Surkesnas 2001⁽³⁾.

Gambar 4. IMT WUS Menurut Karakteristik Demografi



Sumber data: SKIA 2001, Surkesnas 2001⁽³⁾.

Gambar 5. Prevalensi Anemia Menurut Umur Balita



Sumber data: SKIA 2001, Surkesnas 2001⁽³⁾.

Gambar 6. Prevalensi Anemia Balita Menurut Karakteristik Demografi

Prevalensi anemia pada Balita yang tinggal di perdesaan lebih tinggi dibanding yang tinggal di perkotaan. Sedangkan menurut kawasan, Balita di Sumatera lebih banyak yang menderita anemia dibanding kawasan lainnya. Menarik di sini, prevalensi anemia Balita yang tinggal di kawasan Jawa-Bali dan Sumatera sedikit lebih tinggi di dibandingkan dengan Balita yang tinggal di KTI. Hal ini kemungkinan SKRT 2001 ini Provinsi Papua dan Maluku tidak termasuk dalam penelitian yang diketahui angka malaria tinggi.

2. Status gizi Balita (*Stunting, Underweight dan Wasting*)

Sekitar 34% Balita pendek dengan nilai Z s/d < -2 SD, dimana 16% antaranya sangat pendek dengan nilai $Z < -3$ SD. Tiga puluh satu persen Balita berstatus gizi kurang dengan nilai $Z < -2$ SD, di mana 8,5% di antaranya gizi buruk dengan nilai $Z < -3$ SD. Sekitar 16% Balita kurus dengan nilai $Z < -2$ SD, dimana 5,9% di

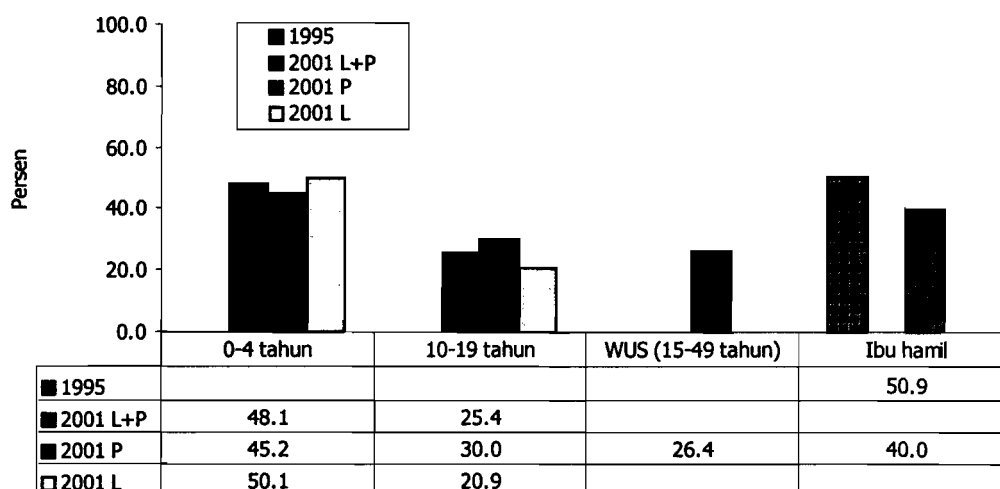
antaranya sangat kurus. Menurut jenis kelamin status gizi Balita dari ketiga indikator hampir sama. Status gizi Balita di perdesaan lebih jelek dari Balita di perkotaan. Balita di Sumatera dan KTI mempunyai status gizi lebih jelek dari Balita di Jawa-Bali.

BAHASAN

A. Anemia WUS dan Balita

Anemia gizi yang disebabkan karena kekurangan zat besi merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. Salah satu kelompok masyarakat yang rawan menderita anemia gizi adalah Wanita Usia Subur (WUS) termasuk Ibu hamil, Ibu nifas, remaja putri, dan Balita. Prevalensi anemia pada WUS hasil SKIA 2001 tidak banyak berbeda dengan data Helen Keller Indonesia (HKI) 2000⁽⁴⁾ yaitu antara 22-32% di provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur.

Gambar 7. Prevalensi Anemia Balita, remaja, WUS dan Bumil, SKRT 1995 dan 2001



Tabel 1. Status Gizi Balita (*stunting*, *underweight* dan *wasting*) Menurut Karakteristik Demografi, SKIA 2001

Karakteristik	Status Gizi Balita					
	Pendek & sangat pendek (<i>Stunting</i> /TB/Umur)		Gizi kurang & gizi buruk (<i>Underweight</i> /BB/Umur)		Kurus & sangat kurus (<i>Wasting</i> /BB/TB;PB)	
	<-3 SD	-3-<-2 SD	<-3 SD	-3-<-2 SD	<-3 SD	-3-<-2 SD
Umur anak						
0-5	8,5	8,2	0,4	3,5	3,3	5,0
6-11	11,3	11,9	4,6	12,1	4,6	10,2
12-23	18,4	20,1	9,8	24,9	8,2	10,6
24-35	15,3	16,8	10,1	24,6	5,7	11,0
36-47	17,3	21,0	9,6	25,7	6,4	9,7
48-59	18,6	23,6	9,9	28,1	3,8	9,0
Jenis Kelamin						
Laki-laki	16,4	18,5	9,0	23,0	6,5	10,4
Perempuan	15,4	18,0	8,0	21,8	5,2	9,1
Daerah						
Perkotaan	11,5	16,1	7,0	20,8	4,8	10,0
Pedesaan	18,9	19,7	9,5	23,5	6,5	9,6
Wilayah						
Sumatera	19,3	16,3	9,0	22,9	10,3	9,7
Jawa-Bali	14,2	18,6	7,4	20,7	3,8	9,2
KTI	18,9	18,6	11,8	27,6	8,9	11,5
Total	16,0	18,3	8,5	22,5	5,9	9,7

Sumber data: SKIA 2001, Surkesnas 2001⁽³⁾.

Tampak dari Gambar 7 prevalensi anemia yang tinggi pada Balita kemungkinan ini erat kaitannya dengan Ibu sejak hamil memang sudah anemia sehingga melahirkan anak yang anemia pula terutama yang berumur < satu tahun (Gambar 5). Dimana prevelensi anemia pada Bumil 50% (SKRT 1995) ⁽⁵⁾ dan 40% (SKRT 2001). Bahkan sejak remaja muda (umur 10-19 tahun) Wanita Indonesia, prevalensi anemia memang sudah tinggi, yaitu sebesar 30 % (SKRT 2001).

Salah satu penyebab utama kematian Ibu di Indonesia adalah perdarahan, dimana anemia pada Ibu hamil akan memperburuk keadaan ini. Ibu hamil dengan anemia lebih rentan terkena infeksi dan akan memperburuk kemungkinan selamat jika terjadi perdarahan terutama pada saat melahirkan (De Mayeurs, 1985) ⁽⁶⁾. Data tahun 2001 di berbagai negara berkembang menyebutkan bahwa 50% kematian Ibu hamil/melahirkan terjadi pada waktu persalinan dan dalam 1 hari

pertama setelah melahirkan (Nancy L.Sloan dkk, 2001)⁽⁷⁾. Angka kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi, walaupun sudah menurun dari 425 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 (SKRT 1986)⁽⁸⁾ menjadi 343 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 (SDKI)⁽⁹⁾. Dari hasil SKRT 2001 diperoleh AKI 396 per 100.000 kelahiran hidup.

B. Index Masa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) WUS

Prevalensi IMT pada WUS menunjukkan 14,7 % mengalami kekurangan energi kronik (IMT= < 18,5. Sebaliknya tampak bahwa 17 % WUS dapat dikategorikan dengan status gemuk/obese (IMT= >25)). KEK terutama pada WUS muda sedangkan WUS dengan umur tua cenderung gemuk/obese yang berisiko penyakit-penyakit degeneratif seperti hipertensi, penyakit jantung dan degeneratif (Gambar 3).

Angka prevalensi KEK pada WUS hasil SKRT tahun 2001 ini ternyata tidak menurun jika dibandingkan dengan data pada survei rumah tangga di lima provinsi (Jawa Barat, Jawa Tengah, NTT, Maluku dan Irian Jaya) 1995, yang menunjukkan KEK pada WUS 14,5 %⁽¹⁰⁾. Persentase KEK pada WUS ini tidak berbeda dengan data tahun 1999-2000 di Provinsi Jawa Barat, DKI, Jawa Tengah, dan Jawa Timur yang berkisar 12-18 % (HKI, 2000)⁽⁴⁾.

Kekurangan energi kronik dari data SKIA 2001 ini adalah terutama WUS umur muda (gambar 3). KEK yang diderita oleh seorang Ibu sejak remaja ini akan menyebabkan pertumbuhan panggul terhambat atau rongga panggul menjadi sempit (WHO, 1995)⁽¹¹⁾. Hasil temuan Titik dkk⁽¹⁰⁾ menyebutkan status gizi yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan adalah antara lain partus lama sebagai akibat dari pertumbuhan rongga panggul yang

sempit (CPD= Cepalo-Pelvic Disproportion). Hal ini tidak saja berdampak kematian Ibu tapi juga kematian bayi. Diperkirakan 80-95% kematian maternal di negara-negara berkembang adalah disebabkan komplikasi kehamilan (Campbell dkk, 1991)⁽¹²⁾..

Selain itu KEK pada WUS muda yang hamil akan berisiko melahirkan BBLR. Proporsi BBLR diketahui berdasarkan estimasi diperoleh dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Estimasi BBLR SDKI 1991⁽¹³⁾, 1994⁽¹⁴⁾ dan 1997⁽⁹⁾ masing-masing sebesar 7,3%, 7,1 % dan 7,7%.

3. Status Gizi Balita

Masalah anak secara umum merupakan masalah dan tanggung jawab keluarga, yang dimulai sejak sepasang pria dan wanita sepakat membentuk keluarga di mana salah satu tujuannya adalah untuk memperoleh keturunan. Suatu bangsa dianggap mempunyai derajat keadaan anak yang baik bila seluruh atau sebagian besar derajat keadaan anak dalam keluarga juga baik. Bagi Indonesia, kesepakatan untuk memperhatikan anak telah merupakan upaya yang secara falsafah terkandung dalam Pancasila dan UUD 1945. Kita menyadari untuk dapat mewujudkan manusia Indonesia yang berkualitas harus dilakukan dengan memperhatikan keadaan manusia sejak usia dini/ masa anak-anak.⁽¹⁵⁾

Menurut hasil Susenas 2000, Balita di Indonesia merupakan 10% dari jumlah penduduk yang ada (20.302.376 Balita dari jumlah penduduk 201.241.999 orang).⁽¹⁶⁾

SKIA 2001 ini menunjukkan status gizi Balita masih jauh dari target bahkan menurut WHO, jika prevalensi *wasting* di atas 10%, menunjukkan negara tersebut mempunyai masalah gizi yang sangat serius dan berhubungan erat dengan angka

kematian Balita. Angka kematian bayi tahun 1991-1992 di 5 provinsi (Jawa Barat, Jawa Tengah, NTT, Maluku dan Irian Jaya) berkisar 70-79% dan angka kematian Balita berkisar 97-110. (Soemantri dkk, 1995) ⁽¹⁷⁾. Menurut SDKI 1994 Angka Kematian Bayi (AKB) 66, dan menurut SDKI 1997 AKB 52. Sedang Angka Kematian Balita (AKBA) menurut SDKI 1994 sebesar 93, dan menurut SDKI 1997 AKBA sebesar 71 ⁽⁹⁾.

Status gizi pada anak dapat dipengaruhi oleh intake makanan dan penyakit yang diderita oleh anak (Mosley, 1984.) ⁽¹⁸⁾. Penyakit infeksi yang erat kaitannya dengan status gizi Balita seperti diare, ISPA, campak dan malaria (Martorell, 1984) ⁽¹⁹⁾. SDKI 1991, 1994, dan 1997 menemukan prevalensi diare maupun ISPA tidak menurun atau sama, yaitu diare berkisar 10-12% dan ISPA berkisar 9-10%.

Hasil SKIA, dari pengukuran berat badan dan tinggi badan Balita akan diperoleh indikator: *stunting*=pendek dan sangat pendek (tinggi badan-umur), *underweight*=gizi kurang dan gizi buruk (berat badan-umur) dan *wasting*=kurus dan sangat kurus (tinggi badan-berat badan) sesuai z-score yang ditetapkan WHO. ⁽¹⁾

Tiga puluh empat persen Balita pendek dan sangat pendek (*stunting*) dengan nilai $Z < -2$ SD, bahkan di antaranya ada 16% Balita yang sangat pendek ($Z\text{-Score} < -3$ SD). Dilihat dari umur Balita pada data yang diperoleh SKIA, cenderung makin bertambah umur makin pendek maupun sangat pendek. Indikator ini menunjukkan adanya kekurangan energi kronik pada Balita, artinya Balita dengan umur tua makin kekurangan energi kronik. Balita laki-laki sedikit lebih pendek dari Balita perempuan. Sedangkan Balita di perdesaan lebih pendek dari Balita di perkotaan. Demikian juga dengan Balita di KTI & Sumatera lebih pendek dari Balita

di Jawa-Bali (Tabel 1). Tiga puluh satu persen Balita mempunyai $Z\text{-Score} < -2$ SD, artinya 31 % berstatus gizi kurang dan gizi buruk (*underweight*), di antaranya yang gizi buruk ($Z\text{-Score} < -3$ SD) adalah sebesar 8 %. Angka 31% tersebut masih jauh dari target (20%) (Depkes, 2001).⁽⁹⁾ Dibandingkan dengan hasil studi HKI tahun 2000 ⁽¹¹⁾, Balita umur 12- 23 bulan dengan gizi kurang dan gizi buruk berkisar antara 32%-40% untuk Jakarta, Jabar, Jateng, dan Jatim. Sedangkan dari hasil SKIA 2001 dengan golongan umur sama gizi kurang ada 34,7%, jadi menunjukkan tidak berbeda. Kalau dibandingkan dengan hasil Susenas 1999 (Unicef, 2000) ⁽¹²⁾, gizi kurang dan gizi buruk sebesar 26,4% dengan menggunakan dacin untuk pengukuran BB, maka persentase gizi kurang dan gizi buruk hasil SKIA 2001 ini lebih tinggi.

Seperti dengan *stunting*, indikator *underweight* juga makin bertambah umur Balita, makin kurang gizi. Hal ini dimungkinkan karena umumnya bayi masih cukup mendapatkan gizi yang baik dari ASI, di mana sekitar 90% Balita mendapatkan ASI, sedangkan Balita yang lebih tua mendapatkan MP-ASI yang kurang cukup gizi. Persentase gizi kurang pada Balita laki-laki dan Balita perempuan relatif sama. Persentase Balita gizi kurang/gizi buruk di perdesaan lebih tinggi dari Balita di perkotaan. Jika menurut kawasan, maka persentase Balita dengan gizi kurang dan gizi buruk di KTI dan Sumatera lebih tinggi dibandingkan Balita di Jawa-Bali (Tabel 1).

Enam belas persen Balita kurus dan sangat kurus (*wasting*) dengan nilai $Z < -2$ SD, diantaranya 6% Balita dengan kekurangan gizi berat (sangat kurus) dengan nilai $Z < -3$ SD. Tampak ada kecenderungan dengan meningkatnya umur Balita makin kurus sampai umur 24-35 bulan dan

kemudian sedikit lebih baik setelah umur 36-58 bulan. Persentase kurus dan sangat kurus pada Balita laki-laki dan Balita perempuan juga relatif sama. Persentase Balita kurus/sangat kurus lebih tinggi di perdesaan dari pada Balita di perkotaan dan persentase Balita kurus/sangat kurus tinggi di KTI dan Sumatera dibandingkan Jawa-Bali (Tabel 3).

SIMPULAN

1. Prevalensi anemia yang tinggi pada Balita erat kaitannya dengan tingginya prevalensi anemia pada Bumil (Ibu yang anemia, melahirkan anak yang anemia); dan tampak bahwa prevalensi anemia yang tinggi sudah di mulai sejak wanita usia remaja.
2. Status gizi WUS menghadapi beban ganda, disatu -pihak menghadapi KEK pada WUS muda yang dapat mengakibatkan BBLR pada bayinya dan komplikasi pada persalinan yang berdampak kematian maternal dan bayi, di pihak lain WUS yang lebih tua menghadapi obese yang akan mempertinggi faktor risiko terjadinya penyakit degeneratif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Bapak Soeharsono Soemantri selaku koordinator Surkesnas yang telah mengizinkan kami untuk memakai data Surkesnas 2001. Terima kasih pula kepada Badan Litbangkes yang telah mengusahakan dana sehingga Surkesnas 2001 dapat terlaksana.

DAFTAR RUJUKAN

1. WHO, Physical Status: The use and interpretation of Anthropometry, 1999

2. WHO, United Nations Children Fund, United Nations University. Iron Deficiency Anemia, Assessment, Prevention, and Control. *A guide for programme managers*; 2001
3. Badan Litbang Kesehatan, Laporan SKRT 2001: SKIA, SURKESNAS 2001, Jakarta; 2002.
4. Helen Keller Indonesia (HKI). Monitoring The Economic Crisis: Impact and Nutrition 1998-2000; 2000
5. Badan Litbang Kesehatan, Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995, Jakarta; 1997
6. De Mayeurs, S, 1985. Anemia among pregnant women in three countries. *J. of South East Asia*, 5, 3:231-236.
7. Nancy L. Sloan, A. Langer, B. Hernandez, M. Romero, B. Winiteaf. The Etiology of deatermal Mortality in Developing countries: " What do verbal Autopsies Tell us ?". *Bulletin of the world Health Organization*; 2001
8. Badan Litbang Kesehatan, Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1986, Jakarta; 1988
9. Macro Int, BKKBN, Depkes, BPS, Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997, Calrvilton, Maryland, USA; 1998
10. Titiek Setyowati dan Budi Utomo, Hubungan Antara Status Gizi Ibu Dan Morbiditas Maternal, Prosiding Lokakarya Hasil Analisis SKRT 1995: Studi Morbiditas dan Mortalitas Maternal Di 5 Propinsi CHN III, Jakarta, 15 - 16 Desember 1997 hal.84-92
11. WHO. 'Maternal Anthropometry and Pregnancy Outcomes', volume 73, Geneva; 1995
12. Campbell, O.M.R and Graham, W.J. 'Measuring the Determinants of Maternal Morbidity and Mortality: Defining and Selecting Outcomes and Determinants and Demonstrating Associations', Maternal and Child Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Mdicine; 1991
13. Macro Int, BKKBN, Depkes, BPS, Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 1992, Calrvilton, Maryland, USA; 1992.
14. Macro Int, BKKBN, Depkes, BPS, Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 1994, Calrvilton, Maryland, USA; 1995

15. Badan Pusat Statistik (BPS), *Indikator kesehatan anak 1998*, Jakarta – Indonesia, hal. 3,27, 30-31
16. Badan Pusat Statistik (BPS). *Survei Ekonomi Nasional (Susenas) 2000*, Jakarta, 2001
17. S. Soemantri, Omas B. Rajagukguk. *Tingkat kematian Ibu, Bayi dan Anak di lima provinsi CHN-III*, Jakarta, 15-16 Desember 1997 hal. 43.
18. Mosley, W. Henry and Lincoln C. Chen. *Child Survival, Strategies for Research, Child Survival: Resaarch and Policy. Population and Development Review*; 1984
19. Reynaldo Martorell and Teresa J. Ho. *Child Survival, Strategies for Research, Malnutrition, Morbidity and Mortality. Population and Development Review*; 1984