

KARYA TULIS ILMIAH
DETERMINAN PEMBERIAN VITAMIN A PADA
BALITA USIA 6-59 BULAN DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SDKI 2017)



DISUSUN OLEH
NUR CHOLIZA AZRI
NIM : P05130118076

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PRODI DIPLOMA III GIZI
2021

KARYA TULIS ILMIAH
DETERMINAN PEMBERIAN VITAMIN A PADA
BALITA USIA 6 – 24 BULAN DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SDKI 2017)

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk
Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Gelar Diploma III Gizi

OLEH :

NUR CHOLIZA AZRI
NIM : P05130118076

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PRODI DIPLOMA III GIZI
2021

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**DETERMINAN PEMBERIAN VITAMIN A PADA
BALITA USIA 6-59 BULAN DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SDKI 2017)**

Yang Dipersiapkan dan Dipresentasikan Oleh:

NUR CHOLIZA AZRI
NIM: P05130118076

**Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipresentasikan
Dihadapan Tim Penguji Poltekkes Kemenkes Bengkulu Jurusan Gizi
Pada Tanggal 28 Juli 2021**

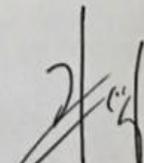
Mengetahui

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

Pembimbing I,

Pembimbing II,


Dr. Demsa Symbolon, SKM., MKM.
NIP. 197608172000032001


Hamsiah, SST.M.Kes
NIP.197408181997032002

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

DETERMINAN PEMBERIAN VITAMIN A PADA BALITA USIA 6-59
BULAN DI INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI 2017)

Yang Dipersiapkan dan Dipresentasikan Oleh :

NUR CHOLIZA AZRI
NIM: P0 5130118076

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan
Tim Penguji Politeknik Kesehatan Bengkulu Jurusan Gizi
Pada Tanggal 28 Juli 2021

Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima
Tim Penguji

Ketua Dewan Penguji

Penguji I



Desri Suryani, SKM., M.Kes
NIP.197312051996022001

Yunita, SKM., M.Gizi
NIP.197506261999032006

Penguji II

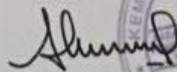
Penguji III

Kamsiah, SST., M.Kes
NIP.197408181997032002

Dr. Demsa Simbolon, SKM., MKM.
NIP. 197608172000032001

Mengesahkan

Ketua Jurusan



Anang Wahyudi S.Gz., MPH.
NIP. 198210192006041002

BIODATA PENULIS



Nama : Nur Choliza Azri
Tempat/Tgl. Lahir : Pancur Negara, 06 April 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Anak Ke : Pertama
Jumlah Saudara : Satu
Alamat : Desa Tanjung Aur 1 Kecamatan Tanjung
Kemuning Kabupaten Kaur Provinsi Bengkulu.

Nama Orang Tua

1. Ayah : Istradi Wansyah
2. Ibu : Deta Octavia

Sosial Media

Instagram : nurcholizaazri_
E-mail : nurcholizaazri64@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2012 : SD Negeri 98 Kaur
2. Tahun 2015 : SMP Negeri 29 Kaur
3. Tahun 2018 : SMA Negeri 2 Kaur
4. Tahun 2021 : Perguruan Tinggi Poltekkes kemenkes
Bengkulu Jurusan Gizi.

**Prodi DIII Gizi, Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2021**

Nur Choliza Azri

**DETERMINAN PEMBERIAN VITAMIN A PADA BALITA USIA 6-59
BULAN DI INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI 2017)**

ABSTRAK

Vitamin A adalah salah satu zat gizi mikro dari golongan vitamin yang sangat diperlukan oleh tubuh yang berguna untuk kesehatan mata dan meningkatkan daya tahan tubuh untuk melawan penyakit misalnya campak, diare dan penyakit infeksi lain. Penelitian bertujuan mengetahui determinan pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia. Penelitian ini desain studi *cross sectional* melanjutkan analisis lanjut Data SDKI. Populasi sampel penelitian ini adalah 5.884 balita umur 6 – 59 bulan di Indonesia. Variabel independen adalah karakteristik keluarga, ibu, dan anak. Variabel dependen adalah pemberian vitamin A pada balita. Analisis data menunjukkan 77,4% diberikan vitamin A pada balita. Faktor yang berhubungan signifikan dengan pemberian vitamin A, status sosial ekonomi sangat miskin beresiko 1,085 kali (OR 1,085; 95% CI 0,875-1,344), akses kesehatan tidak terjangkau beresiko 1,224 kali (OR 1,224; 95% CI 1,077-1,391), ibu yang tidak bersekolah beresiko 1,625 kali (OR 1,625; 95% CI 1,028-2,656) dan berat lahir anak beresiko 2,519 kali (OR 2,519; 95% CI 2,041-3,109) tidak memberikan vitamin A pada balita. Disarankan untuk memberikan vitamin A pada balita sesuai dengan usianya sehingga balita dapat tumbuh dan kembang dengan optimal sesuai usianya untuk menciptakan generasi penerus yang cerdas pada masa yang akan datang.

Kata kunci: Vitamin A, Balita, WUS, SDKI 2017.

ABSTRACT

Vitamin A is one of the micronutrients from the group of vitamins that is needed by the body which is useful for eye health and increases the body's resistance to fight diseases such as measles, diarrhea and other infectious diseases. This study aims to determine the determinants of vitamin A administration to children aged 6-59 months in Indonesia. This research is a cross sectional study design to continue further analysis of IDHS data. The sample population of this study was 5,884 children aged 6 – 59 months in Indonesia. The independent variables were the characteristics of the family, mother, and child. The dependent variable is the administration of vitamin A to children under five. Data analysis showed that 77.4% were given vitamin A to children under five. Factors that were significantly related to the administration of vitamin A, very poor socioeconomic status were at risk of 1.085 times (OR 1.085; 95% CI 0.875-1.344), unaffordable health access was at risk of 1.224 times (OR 1.224; 95% CI 1.077-1.391), mothers who not attending school has a risk of 1.625 times (OR 1.625; 95% CI 1.028-2.656) and a child's birth weight has a risk of 2.519 times (OR 2.519; 95% CI 2.041-3.109) not giving vitamin A to children under five. It is recommended to give vitamin A to toddlers according to their age so that toddlers can grow and develop optimally according to their age to create a smart next generation in the future.

Keywords: *Vitamin A, Toddlers, WUS, IDHS 2017.*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan untuk Allah SWT yang Maha Sempurna, dengan limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya, penyusun dapat menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah dengan judul Determinan Pemberian Vitamin A Pada Balita Usia 6-59 bulan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2017) sebagai syarat untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki, oleh karena itu saran dan kritik yang sifatnya membangun merupakan input dalam penyempurnaan selanjutnya. Semoga dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan dimasa yang akan datang dan masyarakat pada umumnya.

Penyelesaian karya tulis ilmiah ini penyusun telah mendapat masukan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu penyusun mengucapkan terima kasih Kepada :

1. Elliana,SKM.,MPH sebagai Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.
2. Anang Wahyudi,S.Gz.,MPH. sebagai Ketua Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.
3. Ahmad Rizal, SKM., MM sebagai Ketua Prodi DIII Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Bengkulu.
4. Dr. Demsa simbolon,SKM.,MKM sebagai Pembimbing I dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yang telah menuntun dan membimbing serta memberikan banyak arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
5. Kamsiah, SST.,M.Kes sebagai Pembimbing II dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yang telah menuntun dan membimbing

serta memberikan banyak arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

6. Desri suryani, SKM.,M.Kes sebagai Ketua Dewan Penguji dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, yang telah membimbing dan memberikan masukan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
7. Yunita, SKM.,M.Gizi sebagai penguji 1 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, yang telah membimbing dan memberikan masukan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
8. Seluruh Dosen Pengajar di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang tak ternilai selama penulis menempuh pendidikan di Jurusan Gizi.
9. Kedua Orang tua penulis, yang selalu memberikan kasih sayang, do'a, nasehat, serta kesabarannya yang luar biasa dalam setiap langkah hidup penulis, yang merupakan anugerah terbesar dalam hidup. Penulis berharap dapat menjadi anak yang dapat dibanggakan.
10. Keluarga Besar Penulis yang telah memberikan dukungan dan do'a kepada penulis.
11. Seluruh teman angkatan 2018 jurusan gizi yang telah memberikan dukungan kepada penulis.

Saya menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saya menerima saran dan kritik yang bersifat membangun demi perbaikan dalam karya tulis ilmiah ini. Terima kasih.

Bengkulu, Juli 2021

Penyusun

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| BIODATA PENULIS | vi |
| ABSTRAK | v |
| KATA PENGANTAR | viii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR BAGAN | xiii |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 4 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 5 |
| E. Keaslian Penelitian | 6 |
| | |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Balita | 8 |
| B. Vitamin A | 9 |
| 1. Pengertian Vitamin A | 9 |
| 2. Sumber Vitamin A..... | 10 |
| 3. Kekurangan Vitamin A..... | 10 |
| 4. Kebutuhan Vitamin A..... | 11 |
| 5. Konsumsi Kapsul Vitamin A..... | 12 |
| C. Faktor-faktor yang mempengaruhi | 17 |
| D. Kerangka Teori | 25 |
| | |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| A. Desain Penelitian | 26 |

| | |
|--|----|
| B. Kerangka Konsep | 26 |
| C. Hipotesis Penelitian | 27 |
| D. Defenisi Operasional Penelitian | 28 |
| E. Sumber Data | 30 |
| F. Populasi Sampel | 31 |
| G. Instrumen Pengumpul Data | 34 |
| H. Pengumpulan, Pengolahan Dan Analisis Data | 38 |
| | |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| A. Jalan Penelitian | 44 |
| B. Hasil | 46 |
| C. Pembahasan | 52 |
| | |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Kesimpulan | 68 |
| B. Saran | 68 |
| | |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN..... | |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 1.1 Keaslian Penelitian | 8 |
| Tabel 2.1 Sasaran dan Pemberian vitamin A | 16 |
| Tabel 3.1 Definisi Operasional | 28 |
| Tabel 3.2 Besar Sampel Minimal..... | 34 |
| Tabel 3.3 Identifikasi Variabel Penelitian Dari Kuesioner SDKI 2017..... | 36 |
| Tabel 4.1 Distribusi frekuensi pemberian vitamin A pada balita di Indonesia | 46 |
| Tabel 4.2 Distribusi frekuensi karakteristik keluarga,ibu dan balita di Indonesia | 46 |
| Tabel 4.3 Analisis hubungan karakteristik Keluarga dengan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia.. | 47 |
| Tabel 4.4 Analisis hubungan karakteristik Ibu dengan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia... | 48 |
| Tabel 4.5 Hubungan karakteristik anak dengan pemberian Vitamin A pada balita di Indonesia | 49 |
| Tabel 4.6 Pemodelan Awal Analisis Multivariat | 50 |
| Tabel 4.7 Determinan Pemberian Vitamin A pada Balita di Indonesia..... | 51 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|--|----|
| Bagan 2.1 Kerangka Teori | 25 |
| Bagan 3.1 Kerangka Konsep..... | 26 |
| Bagan 3.2 Teknik Pengambilan Data..... | 34 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Vitamin A adalah salah satu zat gizi mikro dari golongan vitamin yang sangat diperlukan oleh tubuh yang berguna untuk kesehatan mata dan untuk kesehatan tubuh (meningkatkan daya tahan tubuh untuk melawan penyakit misalnya campak, diare dan penyakit infeksi lain) (Wahyunita, 2019). Vitamin A termasuk zat gizi yang penting (*essential*) bagi manusia, zat gizi ini tidak dapat dibuat oleh tubuh sehingga harus dipenuhi dari luar. Makanan sumber vitamin A ada yang berasal dari produk hewani seperti daging, telur, susu dan hati juga ada dari produk nabati yang mengandung beta-karoten (pro-vitamin A) yaitu buah-buahan dan sayur-sayuran berwarna warni seperti wortel, bayam, kol, brokoli, semangka, melon, pepaya, mangga, tomat dan kacang polong (Ridwan, 2013).

Kurang vitamin A masih menjadi masalah kesehatan masyarakat menurut (WHO) sebanyak 6-7 juta kasus baru buta senja pada balita tiap tahunnya, kurang lebih 10% diantaranya menderita kerusakan kornea. Pada penderita kerusakan kornea ini 60% meninggal dalam waktu satu tahun, sedangkan diantara yang hidup 25%. Cakupan pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia tahun 2019 yaitu sebesar 76,68% (masih rendah), hal tersebut tidak sesuai dengan target cakupan pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan yang seharusnya seluruh balita (100%) sudah mendapatkan vitamin A. Provinsi dengan persentase

tertinggi cakupan pemberian vitamin A adalah DI Yogyakarta (100,00%), sedangkan provinsi dengan persentase terendah adalah Papua (31,97%). Terdapat dua provinsi belum mengumpulkan datanya, yaitu Provinsi Maluku Utara dan Papua Barat (Kemenkes RI, 2020).

Kekurangan vitamin A penyebab kebutaan di seluruh dunia yang sebenarnya bisa dicegah. Menurut WHO kebutaan anak di dunia kini telah mencapai 1,5 miliar dengan temuan setengah juta kasus baru dalam satu tahun, gangguan penglihatan ini terutama terjadi pada awal kehidupan. Kekurangan vitamin A pada anak selama periode ini berisiko dan berdampak negatif pada kelangsungan hidup anak dan juga dapat mempengaruhi perkembangan anak ketika anak mencapai usia sekolah (Scharfstein, 2013).

Vitamin A sangat dibutuhkan balita untuk pertumbuhan tulang dan gigi yang kuat, untuk penglihatan yang normal, membantu memelihara kulit yang sehat dan mencegah lapisan mulut, hidung, paru-paru dan saluran kencing dari kuman penyakit. Vitamin A yang diberikan pada balita juga berfungsi untuk mengatur sistem kekebalan (*immunesystem*), dimana sistem kekebalan badan ini membantu mencegah atau melawan penyakit dengan membuat sel darah putih yang menghapuskan bakteri dan virus. Strategi penanggulangan kekurangan vitamin A masih bertumpuh dengan cara pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada bayi (6 – 11 bulan) kapsul biru yang mengandung vitamin A 100.000 IU diberikan sebanyak satu kali pada bulan Februari atau Agustus, balita (1 – 5 tahun) kapsul

merah yang mengandung vitamin A 200.000 UI diberikan setiap bulan Februari dan Agustus (Ernawati, 2013).

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan cakupan pemberian vitamin A yaitu salah satunya dengan cara mempromosi melalui penyebaran informasi khususnya tentang vitamin A dan program terpadu lainnya, hal ini perlu dilakukan sebelum bulan kapsul (Februari dan Agustus) dengan tujuan untuk meningkatkan cakupan pemberian kapsul vitamin A yang melibatkan unsur masyarakat dan keluarga (Wahyunita, 2019).

Data hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan persentase balita yang mengonsumsi makanan kaya vitamin A meningkat dalam 10 tahun terakhir, yaitu dari 83% pada SDKI 2007 menjadi 86% pada SDKI 2017. Pola yang sama juga terjadi pada anak yang menerima suplemen vitamin A dalam 6 bulan terakhir.

Berdasarkan hasil studi (Risksedas, 2018) diketahui ada sebanyak 14,6% anak balita dengan kadar serum retinol $< 20\mu\text{g/dl}$, dan cakupan kapsul vitamin A secara nasional pada anak usia 6-59 bulan hanya sebesar 53,5% sesuai standar, 28,8% tidak sesuai standar 17,6% tidak pernah mendapatkan. Temuan ini merupakan indikasi bahwa kekurangan vitamin A apabila tidak diatasi dapat menjadi masalah kesehatan masyarakat. Defisiensi Vitamin A dapat disebabkan oleh beberapa faktor, misalnya konsumsi Vitamin A yang rendah, gangguan dalam proses penyerapan didalam usus halus, gangguan dalam proses

penyimpanan di hati, dan gangguan dalam proses konversi provitamin A menjadi Vitamin A .

Hasil penelitian Ridwan (2010) prevalensi kekurangan vitamin A subklinis pada balita masih tinggi, maka program suplementasi vitamin A dosis tinggi yang diberikan dua kali setahun pada balita usia 6–59 bulan yang dimulai sejak 1978 tetap dilanjutkan. Meskipun program suplementasi vitamin A dosis tinggi tersebut sudah dilakukan dan cakupannya cukup tinggi namun proporsi balita yang tidak terjangkau program tersebut relatif cukup besar sehingga kemungkinan masih terjadi risiko kekurangan vitamin A. Kriteria balita adalah yang berusia 6–59 bulan dengan data cakupan kapsul vitamin A, karakteristik rumah tangga dalam karakteristik kepala keluarga (jenis kelamin, status kawin, kelompok umur, pendidikan dan pekerjaan) dan tahu lokasi pelayanan kesehatan serta akses rumah tangga ke pelayanan kesehatan tersebut.

Hasil penelitian dari Maulina (2018) beberapa faktor mempengaruhi kurangnya konsumsi Vitamin A yakni tingkat pengetahuan yang sejalan dengan jenjang pendidikan, pekerjaan, usia, jumlah anak dan sumber informasi vitamin A yang diperoleh ibu, serta beberapa pengaruh sosio-kultural di masyarakat.

Penelitian ini semakin diperkuat dengan hasil penelitian Kadir (2013) di Indonesia program penanggulangan Vitamin A telah dilaksanakan sejak tahun 1995 dengan suplementasi kapsul Vitamin A dosis tinggi, untuk mencegah masalah kebutaan karena kurang Vitamin A,

dan meningkatkan daya tahan tubuh. Pemberian kapsul Vitamin A menunjang penurunan angka kesakitan dan angka kematian anak (30-50%). Insiden kurang vitamin A (KVA) pada ibu dan balita di daerah miskin perkotaan meningkat. Beberapa data menunjukkan hampir 10 juta balita menderita KVA sub klinis, 60.000 di antaranya disertai dengan bercak bitot yang terancam buta. Selain itu, di beberapa provinsi di Indonesia, ditemukan kasus-kasus baru KVA yang terjadi pada balita bergizi buruk, 10 juta anak balita menderita kekukurangan vitamin A sub kernal, 60 ribu diantaranya memiliki gejala bercak bitot.

Berdasarkan uraian di atas menunjukkan bahwa kepatuhan pemberian kapsul vitamin A pada balita untuk mencegah dan mengatasi penyakit kekurangan vitamin A belum sesuai dengan rekomendasi sesuai usia, Pada bayi usia 6-11 bulan, kapsul vitamin A diberikan satu kali selama rentang waktu tersebut dengan dosis 100.000 IU (*International Unit*). Sedangkan pada anak usia 12-59 bulan, kapsul vitamin A diberikan setiap 6 bulan sekali dengan dosis 200.000 IU setiap pemberian hal inilah yang mendorong penulis untuk melakukan penelitian tentang determinan pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia (analisis data SDKI 2017).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dikemukakan masalah penelitian ini pada balita pemberian vitamin A sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan tulang dan gigi yang kuat, untuk penglihatan yang normal,

membantu memelihara kulit yang sehat dan mencegah lapisan mulut, hidung, paru-paru dan saluran kencing dari kuman penyakit. Rumusan Masalah ini adalah Apakah determinan Pemberian Vitamin A pada Balita di Indonesia ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui Determinan Pemberian Vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia (Analisis Data SDKI 2017).

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui prevalensi pemberian vitamin A pada balita di Indonesia.
- b. Diketahui karakteristik keluarga, ibu dan balita di Indonesia
- c. Diketahui hubungan faktor keluarga, ibu dan balita dengan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia.
- d. Diketahui determinan pemberian dengan vitamin A pada balita di Indonesia

D. Manfaat Penelitian

1. Masyarakat

Penelitian ini dapat memberikan informasi kepada masyarakat, khususnya ibu balita tentang pentingnya pemberian vitamin A untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Ibu juga mendapatkan informasi tentang pentingnya pemberian vitamin A. Sehingga dapat menjadi acuan bagi masyarakat dalam upaya preventif mencegah penyakit akibat defisiensi vitamin A.

2. Bagi BKKBN dan Instansi terkait

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dalam pengambilan kebijakan dalam perbaikan program terkait sebagai dasar strategi program pemberian vitamin A pada balita.

3. Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi referensi di beberapa jurusan terkait kesehatan pencernaan dan ilmu gizi. Hasil penelitian juga dapat meningkatkan jumlah publikasi yang berkontribusi bagi peneliti dan institusi.

4. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan acuan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian yang lebih mendalam tentang pemberian vitamin A pada Balita.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

| No | Judul Penelitian | Nama Peneliti (Tahun) | Metode | Persamaan dan perbedaan Penelitian | Hasil Penelitian |
|----|--|-----------------------------------|---|---|---|
| 1. | Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Vitamin A dengan Kepatuhan Ibu Memberikan Kapsul Vitamin A Pada Balita Usia 12 – 59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Rowosari Kota Semarang | Frida Cahyaningrum dkk (2017) | Korelasi ,cross sectional Variabel Independent : Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Vitamin A. Variabel dependent : Kepatuhan Ibu Memberikan Kapsul Vitamin A Pada Balita Usia 12 – 59 | Persamaan: Pemberian vitamin A pada balita Perbedaan Menambahkan variabel kepatuhan pada ibu | Ada hubungan pengetahuan ibu tentang vitamin A dengan kepatuhan ibu memberikan kapsul vitamin A pada balita usia 12 – 59 bulan di puskesmas |
| 2. | Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Vitamin A dengan Ketepatan dalam Pemberian Vitamin A Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sruwohrejo Kecamatan Butuh Kabupaten Purworejo | Pratiwi Dyah Kusumanti dkk (2018) | Survei analitik , <i>Retrospective Study</i> Variabel Independent: Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Vitamin A Variabel dependent : Ketepatan Dalam Pemberian Vitamin A Pada Balita | Persamaan Pemberian vitamin A pada balita Perbedaan Menambahkan variabel tingkat pengetahuan ibu | Ada hubungan balita hasil penelitian yang dilakukan bahwa sebagian besar responden tepat dalam pemberian vitamin A pada anaknya, hal tersebut berhubungan dengan tingkat pengetahuan ibu mengenai vitamin A baik. |

| | | | | | |
|----|---|----------------------------|---|--|---|
| 3. | Gambaran Sikap Ibu Tentang Vitamin A Terhadap Pemberian Vitamin A Pada Balita Usia 12-59 Bulan di Puskesmas Senapelan Pekanbaru Tahun 2017 | Silvia Nova(2018) | <p>Analitik Kuantitatif, desain Deskriptif</p> <p>Variabel Independent: Sikap ibu tentang pemberian vitamin A</p> <p>Variabel dependent: Pemberian Vitamin A Pada Balita Usia 12-59 Bulan</p> | <p>Persamaan Pemberian vitamin A pada balita</p> <p>Perbedaan Menambahkan variabel sikap ibu</p> | Terdapat hubungan sikap ibu tentang positif berpengaruh terhadap pemberian vitamin A pada balita, karena responden mengetahui akan pentingnya mengkonsumsi vitamin A untuk balitanya. |
| 4. | Status Pemberian Vitamin A Anak usia 12-59 Bulan dan Cakupan Kapsul Vitamin A di Indonesia (Vitamin A Status Of Indonesian Children 12-59 Months Of Age And The Coverage Of High-Dose Vitamin A Capsules) | Fitrah Ernawati,dkk (2015) | <p>uji Khi-kuadrat, kuesioner</p> <p>Variabel Independent: Pemberian Vitamin A Anak usia 12-59 Bulan</p> <p>Variabel dependent: Cakupan Kapsul Vitamin A di Indonesia</p> | <p>Persamaan Pemberian vitamin A pada balita</p> <p>Perbedaan Cakupan pemberian kapsul vitamin A</p> | Terdapat hubungan penelitian ini menemukan cakupan vitamin A pada anak berusia balita sebesar 82% , nampak ada perbaikan dibandingkan dengan hasil analisis data sekunder Riskesdas 2010 dan 2013 yang menunjukkan bahwa cakupan kapsul vitamin A dosis tinggi untuk anak berusia 12-59 bulan di Indonesia sebesar 70,5 persen dan 75,5 persen. |

| | | | | | |
|----|--|---------------------------|---|---|--|
| 5. | Cakupan Suplementasi Kapsul Vitamin A dalam Hubungannya dengan Karakteristik Rumah Tangga dan Akses Pelayanan Kesehatan Pada Anak Balita di Indonesia Analisis Data Riskesdas 2010 | Endi Ridwan (2013) | <p>data sekunder dari Riset Kesehatan Dasar 2010 (Riskesdas 2010),cross sectional</p> <p>Variabel independent : Suplementasi Kapsul Vitamin A</p> <p>Variabel dependent : Karakteristik Rumah Tangga dan Akses Pelayanan Kesehatan Pada Anak Balita</p> | <p>Persamaan Pemberian suplementasi vitamin a pada balita</p> <p>Perbedaan Menambahkan variabel Karakteristik Rumah Tangga dan Akses Pelayanan Kesehatan Pada Anak Balita menggunakan Data Riskesdas 2010</p> | Terdapat hubungan pada Cakupan kapsul vitamin A lebih terkait dengan pengetahuan KK terhadap lokasi dan akses pelayanan kesehatan yaitu posyandu, puskesmas, bidan Praktik dan dokter Praktik. Terlihat bahwa tidak tahu lokasi dan tidak pernah ke posyandu mempunyai peran penting dalam tingkatan cakupan kapsul vitamin A. |
| 6. | Sejumlah Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Vitamin A pada Balita | Sunarti Hanapi,dkk (2019) | observasional analitik,cross sectional study. | <p>Persamaan Pemberian vitamin A pada balita</p> <p>Perbedaan Variabel dipakai pekerjaan ibu,pendidikan ibu,umur anakdan jenis kelamin</p> | terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pemberian vitamin A pada balita (p value = 0,000),terkait suplementasi vitamin A, lebih dari separuh ibu yang pengetahuannya baik tentang supelemtansi vitamin A mendapatkan suplementasi vitamin A untuk anak balitanya |

| | | | | | |
|----|---|-------------------------------------|--|--|---|
| 7. | Umur Anak, Pekerjaan dan Pendidikan Ibu Berperan Pada Tingkat Pengetahuan Ibu dalam Pemberian Vitamin A | VildaAna Veria Setyawati,dk k(2018) | eksplanatory research,cross sectional. Variabel Independent: Umur Anak, Pekerjaan dan Pendidikan Ibu Variabel dependent: Tingkat Pengetahuan Ibu dalam Pemberian Vitamin A | Persamaan Permbelian vitamin A pada balita Perbedaan Variabel memakai Umur Anak, Pekerjaan dan Pendidikan Ibu | Ada hubungan antara umur anak (0,02), pendidikan ibu (0,04), dan peran petugas kesehatan (0,03) dengan pengetahuan ibu tentang pemberian vitamin A. |
|----|---|-------------------------------------|--|--|---|

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Balita

1. Definisi Balita

Balita merupakan individu atau sekelompok individu dari suatu penduduk yang berada dalam rentan usia tertentu. Usia balita dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu golongan usia bayi (0-2 tahun), golongan batita (2-3 tahun), dan golongan prasekolah (>3-5 tahun). Pada usia tersebut, pertumbuhan seorang anak sangatlah pesat sehingga memerlukan asupan zat gizi yang sesuai dengan kebutuhannya. Kondisi kecukupan gizi tersebut sangatlah berpengaruh dengan kondisi kesehatannya secara berkesinambungan pada masa mendatang (Permana, 2018).

Usia balita adalah periode penting dalam proses tumbuh kembang anak yang merupakan masa pertumbuhan dasar anak. Pada usia balita, perkembangan kemampuan bahasa, berkeaktivitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelihsensi anak berjalan sangat cepat. Balita termasuk ke dalam kelompok usia beresiko tinggi terhadap penyakit. Kekurangan maupun kelebihan asupan zat gizi pada balita dapat mempengaruhi status gizi atau status kesehatannya (Adriani, 2019).

2. Status Gizi Balita

Status gizi balita merupakan hal penting yang harus diketahui oleh setiap orang tua. Perlunya perhatian lebih terhadap tumbuh

kembang anak di usia balita didasarkan fakta bahwa kurang gizi pada masa emas ini bersifat tidak dapat pulih (*irreversible*), sedangkan kekurangan gizi dapat mempengaruhi perkembangan otak anak.

B. Vitamin A

1. Pengertian Vitamin A

Vitamin A adalah vitamin yang larut lemak yang pertama ditemukan. Vitamin A esensial untuk pemeliharaan kesehatan dan kelangsungan hidup. Di seluruh dunia balita diperkirakan terdapat sebanyak 6-7 juta kasus baru kekurangan vitamin A tiap tahun, kurang lebih 10% diantaranya menderita kerusakan kornea. Vitamin A adalah salah satu zat gizi dari golongan vitamin yang sangat diperlukan oleh tubuh yang berguna untuk kesehatan mata (agar dapat melihat dengan baik) dan untuk kesehatan tubuh (meningkatkan daya tahan tubuh untuk melawan penyakit misalnya campak, diare dan penyakit infeksi lain) (Wahyunita, 2019).

Vitamin A merupakan salah satu vitamin yang sangat penting untuk kesehatan mata. Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan rendahnya respon imun, kesuburan, gangguan pada pertumbuhan dan rendahnya perkembangan mental, upaya yang dapat dilakukan untuk melakukan pencegahan terhadap defisiensi vitamin A yaitu melalui penyebaran informasi dan program terpadu mengenai vitamin A (Wahyunita, 2019).

2. Sumber Vitamin A

Vitamin A pada umumnya terdapat di dalam hasil-hasil hewani seperti :

- 1) Daging
- 2) Susu
- 3) Keju
- 4) kuning telur
- 5) hati
- 6) Ikan
- 7) dan telur

Hasil nabati pada umumnya tidak mengandung vitamin A tetapi mengandung zat dalam bentuk provitamin A yang dikenal sebagai beta karoten, misalnya di dalam : 1) buah tomat 2). pepaya 3).wortel 4). dan sayur-sayuran hijau. Semakin hijau daun semakin tinggi kadar karotennya. Wortel, ubi jalar dan waluh kaya akan karoten. Slada dan kol miskin karoten (Permana, 2018).

3. Kekurangan Vitamin A

Kurang vitamin A (KVA) terutama pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) masih merupakan masalah gizi yang dihadapi Indonesia. Kekurangan vitamin A dapat merupakan kekurangan primer akibat kurang konsumsi, atau kekurangan sekunder akibat gangguan penyerapan dan penggunaannya dalam tubuh, kebutuhan yang meningkat ataupun ada gangguan pada konversi karoten menjadi

vitamin A. Kekurangan vitamin A sekunder dapat terjadi pada penderita kurang energi protein dan penyakit hati. Salah satu dampak kekurangan vitamin A adalah kelainan pada mata yang umumnya terjadi pada anak usia 6 bulan sampai 59 bulan (Adriani, 2019).

Masyarakat awam yang belum mengerti tentang vitamin sering kali tidak memperhatikan pola makannya setiap hari dan cenderung menyepelekan kekurangan vitamin pada tubuh mereka, bagi mereka yang penting makan. Padahal kekurangan vitamin tertentu dapat mempengaruhi kesehatan. Dengan banyaknya makanan yang diproses dan instan, sangat mungkin tubuh kekurangan vitamin. Bisa juga karena kita tidak mengonsumsi makanan yang tepat, atau tubuh tidak bisa menyerap karena masalah pencernaan.

Akibat lain yang paling serius dari KVA adalah rabun senja yaitu bentuk Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan buta ayam, pertumbuhan yang tidak normal pada saat anak-anak serta kelainan pada selaput mata dan selaput epitel. Vitamin A berperan menjaga agar kornea mata selalu sehat. Mata yang sehat mengeluarkan mukus, yaitu cairan lemak kental yang dikeluarkan sel epitel mukosa sehingga membantu mencegah terjadinya infeksi. Akan tetapi bila kekurangan vitamin A, sel epitel akan mengeluarkan keratin, yaitu protein yang tidak larut dalam air dan bukan mukus. Bila sel-sel epitel mengeluarkan keratin, sel-sel membran akan kering dan mengeras, hal ini dikenal dengan keratinisasi. Keadaan tersebut bila berlanjut menyebabkan

xeroftalmia (buta ayam). Bila berlanjut terus menyebabkan kebutaan (Maulina, 2018).

4. Kebutuhan Vitamin A

Cakupan pemberian vitamin A pada anak di Indonesia mengalami peningkatan sebesar 4% pada tahun 2012, dengan cakupan pemberian vitamin A sebelumnya hanya 71,5%. Di Indonesia pemberian vitamin A diberikan dalam rangka mencegah kebutaan pada anak, dengan pemberian dilakukan pada bulan Februari dan Agustus, dengan rentang pemberian pada anak usia 6-59 bulan (Wahyunita , 2019). Vitamin A bermanfaat untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian, karena vitamin dapat meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi seperti campak, diare, dan ISPA (infeksi saluran pernafasan atas) (Cahyaningrum, 2017).

5. Konsumsi Kapsul Vitamin A

Melihat prevalensi kekurangan vitamin A subklinis pada anak balita masih tinggi, maka program suplementasi vitamin A dosis tinggi yang diberikan dua kali setahun pada anak balita usia 6–59 bulan yang tetap dilanjutkan. Meskipun program suplementasi vitamin A dosis tinggi tersebut sudah dilakukan dan cakupannya cukup tinggi namun proporsi anak balita yang tidak terjangkau program tersebut relatif cukup besar sehingga kemungkinan masih terjadi risiko kekurangan vitamin A (Ridwan, 2013).

Tabel 2.1
Sasaran dan Dosis Pemberian Vitamin A Menurut
Kelompok Umur

| No | Umur | Vitamin A |
|----|--------------|--------------------------------|
| 1. | 6-11 bulan | Kapsul Vit A Biru (100.000 IU) |
| 2. | 12 -59 bulan | Vit A Merah (200.000 UI) |

Sumber : (Kementrian Kesehatan RI, 2019)

Cara Pemberian:

Petugas harus mencuci tangan sebelum memberikan pelayan pada balita, sesuai mekanisme sebagai berikut:

1. Pemberian Kapsul Vitamin A Biru (100.000 IU) diberikan pada Bayi dan Kapsul Vitamin A Merah (200.000 IU atau bila tidak ada 2 kapsul Vitamin A Biru) diberikan pada Anak Balita pertama kali setelah sasaran selesai di data dan ditimbang.
 - a. Potong ujung kapsul dengan menggunakan gunting yang bersih.
 - b. Pencet kapsul dan pastikan bayi/anak balita menelan semua isi kapsul dan tidak membuang sedikitpun isi kapsul.
 - c. Untuk anak yang sudah bisa menelan isi kapsul dapat diberikan langsung satu kapsul untuk diminum (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

C. Faktor –Faktor Yang Mempengaruhi Pemberian Vitamin A

1. Karakteristik Ibu

a. Umur

Usia adalah waktu sejak dilahirkan sampai dilaksanakannya penelitian yang dinyatakan dengan tahun. Usia < 20 tahun dinamakan remaja, dimana menurut piaget secara psikologi, masa remaja adalah usia dimana individu berinteraksi dengan masyarakat dewasa dan termasuk juga perubahan intekektual yang mencolok. Pada masa remaja terjadi perubahan sikap dan prilaku, sebagian besar remaja bersikap ambivalen terhadap setiap perubahan. Usia 18-40 tahun dinamakan dewasa dini dimana kemampuan mental mencapai puncaknya dalam usia 20 tahun untuk mempelajari dan menyesuaikan diri pada situasi-situasi baru seperti pada misalnya mengingat hal-hal yang pernah dipelajari, penalaran analogis dan berfikir kreatif. Pada masa dewasa ini sering mencapai puncak prestasi. Usia > 40 tahun dinamakan usia madya dini dimana pada masa tersebut pada akhirnya ditandai perubahan-perubahan jasmani dan mental pada masa ini seseorang tinggal mempertahankan prestasi yang telah dicapainya pada usia dewasa (Mahendra & Sri Ardani, 2015).

b. Pendidikan

Menurut Melmambessy Moses pendidikan adalah proses pengalihan pengetahuan secara sistematis dari seseorang kepada

orang lain sesuai standar yang telah ditetapkan oleh para ahli. Dengan adanya transfer pengetahuan tersebut diharapkan dapat merubah sikap tingkah laku, kedewasaan berpikir dan kedewasaan kepribadian ke dalam pendidikan formal dan pendidikan informal. pendidikan merupakan indicator yang mencerminkan kemampuan seseorang untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan. Dengan latar belakang pendidikan pula seseorang dianggap mampu menduduki suatu jabatan tertentu (Akerlof, 2012).

Sebagian besar responden berpendidikan SMA sebanyak 14 responden (60%), selain itu terdapat juga responden yang berpendidikan SMP dikarenakan keterbatasan responden dalam masalah biaya yang menjadikan kendala melanjutkan pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi pula tingkat pengetahuan dan dapat mempermudah dirinya menerima informasi baru. Hal ini didukung dengan penelitian yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang relative rendah berpengaruh terhadap kemampuan dalam menerima dan memahami informasi-informasi tentang cara pencegahan penyakit akibat kurang dalam pemberian suplementasi vitamin A serta makanan yang kaya akan vitamin A, karakteristik responden yang berpengaruh pada tingkat pengetahuan adalah usia, paritas dan pendidikan ibu hamil tersebut (Supia, 2019).

Pendidikan merupakan kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk menerima dan mengembangkan pengetahuan dan teknologi, sehingga semakin meningkatkan produktifitas dan kesejahteraan keluarga. Penelitian ini menunjukkan pendidikan ibu berperan pada tingkat pengetahuan ibu tentang pemberian vitamin A pada bayi atau balita (Setyawati, 2018).

c. Pekerjaan

Pekerjaan mengandung arti melaksanakan suatu tugas yang diakhiri dengan buah karya yang dapat dinikmati oleh manusia yang bersangkutan. Faktor pendorong penting yang menyebabkan manusia bekerja adalah adanya kebutuhan yang harus dipenuhi. Aktivitas dalam kerja mengandung unsur suatu kegiatan sosial, menghasilkan sesuatu, dan pada akhirnya bertujuan untuk memenuhi kebutuhannya. Namun demikian di balik tujuan yang tidak langsung tersebut orang bekerja untuk mendapatkan imbalan yang berupa upah atau gaji dari hasil kerjanya itu. Jadi pada hakikatnya orang bekerja, tidak saja untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya, tetapi juga bertujuan untuk mencapai taraf hidup yang lebih baik (Adriani, 2019).

d. Jumlah Anak

Jumlah memiliki arti banyaknya bilangan atau sesuatu yang dikumpulkan menjadi satu, sedangkan pengertian anak secara

umum adalah keturunan kedua setelah ayah dan ibu. anak adalah seseorang yang belum mencapai umur 21 tahun dan belum pernah kawin. Jumlah anak adalah banyaknya hitungan anak yang dimiliki. Jumlah anak menuju pada kecenderungan dalam membentuk besar keluarga yang diinginkan. Dengan demikian, besar keluarga akan meningkat seiring dengan peningkatan jumlah anak, karena setiap keluarga berupaya untuk mencapai jumlah anak dengan menggunakan caranya tersendiri (Sumini, 2015).

Jumlah anak yang diinginkan dikategorikan berdasarkan jumlah anak lahir hidup yang mendasari besar keluarga. Keluarga dikatakan sebagai keluarga kecil, jika maksimal memiliki dua anak. Dengan demikian, pengkategorian jumlah anak yang diinginkan menjadi: 1) sedikit, jika keluarga menginginkan sebanyak banyaknya memiliki dua anak; 2) sedang, jika keluarga menginginkan anak sebanyak tiga hingga lima anak; 3) banyak, jika keluarga menginginkan sedikitnya memiliki enam anak. Berbeda dengan pengkategorian yang dilakukan Muchtar dan Purnomo (2009) yaitu bahwa jumlah anak sedikit adalah jika memiliki 1-2 anak, dan jumlah anak banyak jika memiliki > 2 anak (Listyaningsih, 2015).

2. Karakteristik Keluarga

a. Tempat Tinggal

Penelitian yang dilakukan oleh (Ridwan, 2013) menunjukkan perbedaan signifikan cakupan vitamin A di daerah perkotaan dan pedesaan. Cakupan kapsul vitamin A lebih tinggi di daerah perkotaan yaitu sebesar 75,3%, sedangkan di daerah pedesaan sebesar 65,6%. Kedua variabel yaitu provinsi dan daerah tidak dimasukkan dalam analisis model logistik multivariat karena analisis ini hanya akan menentukan karakteristik rumah tangga dan akses rumah tangga terhadap pelayanan kesehatan terhadap cakupan kapsul vitamin A pada anak berumur 12–59 bulan.

b. Status Sosial Ekonomi

Sosial ekonomi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian kekurangan vitamin A pada balita . Disamping penghasilan yang diperoleh kemungkinan tidak tercukupi untuk dapat terpenuhinya status gizi yang memadai. Keadaan gizi buruk pada masa bayi dan anak-anak akan mengakibatkan terjadinya *lost generation*. Terjadinya masalah gizi buruk sangat kompleks karena berkaitan dengan banyak faktor penyebab diantaranya yaitu, pengetahuan gizi yang kurang, status sosial ekonomi keluarga termasuk kemiskinan, masalah budaya dalam masyarakat dan kepercayaan yang ada di masyarakat

tersebut, cara pengolahan makanan yang dilakukan. Semua itu akan mempengaruhi status gizi anak (Handini & Anita, 2016).

Setiap anak menempuh proses perkembangan yang sangat penting baik mentalnya maupun fisiknya. Status gizi merupakan derajat penilaian kebutuhan gizi anak sesuai dengan umurnya. Dari situ dapat dinilai apakah anak bertumbuh normal, baik saat ini, maupun di waktu lampau, atau ada riwayat pernah mengalami kekurangan gizi. Status sosial ekonomi yang rendah akan mempengaruhi faktor keluarga untuk memberikan makanan yang banyak mengandung vitamin A pada masa tubuh kembang balita serta bisa menimbulkan penyakit akibat kekurangan asupan vitamin A (Ridwan, 2013).

c. Akses Pelayanan Kesehatan

Penelitian Ridwan (2010) Analisis menurut indeks pengetahuan kepala keluarga terhadap 7 lokasi pelayanan kesehatan dalam kaitannya dengan cakupan kapsul vitamin A balita juga memperlihatkan bahwa cakupan kapsul vitamin A berbeda bermakna, dengan cakupan tertinggi mengetahui lokasi dokter praktik (74,4%) diikuti Posyandu (73,1%). Walaupun ada perbedaan nyata, tetapi perbedaan cakupan antara lokasi pelayanan tersebut tidak memiliki arti karena hanya berbeda cakupan antara 1,2% sampai dengan 3,1% di mana faktor jumlah sampel yang dianalisis cukup besar. Akses pelayanan kesehatan diasumsikan

berhubungan dengan cakupan kapsul vitamin A, rumah tangga dengan akses pelayanan kesehatan yang lebih baik mempunyai kesempatan bagi anak balita lebih tinggi untuk mendapatkan kapsul vitamin A.

Akses yang kurang terhadap intervensi vitamin A dan faktor demografi berkontribusi pada peningkatan malnutrisi, mortalitas dan morbiditas pada anak yang luput dari program suplementasi vitamin A. Hasil analisis di Indonesia mengungkapkan bahwa anak balita yang tidak menerima suplementasi vitamin A kemungkinan juga tidak menerima imunisasi pada keluarga dengan bayi dan anak balita dan mempunyai mortalitas lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang menerima vitamin A. Anak yang menerima vitamin A mempunyai morbiditas lebih rendah pada proporsi anemia, diare pada seminggu terakhir, diare akut dan demam.

3. Faktor Anak

a. Umur Anak

Anak di bawah lima tahun (Balita) merupakan masa terbentuknya dasar kepribadian manusia, kemampuan penginderaan, berpikir, keterampilan berbahasa dan berbicara, bertingkah laku sosial dan lain sebagainya. Anak balita merupakan kelompok tersendiri yang dalam perkembangan dan pertumbuhannya memerlukan perhatian yang lebih khusus. Balita

terbagi dalam dua kategori berdasarkan karakteristik, yaitu anak usia satu sampai tiga tahun (batita) dan anak usia prasekolah, Balita sering disebut dengan istilah lain yaitu *toddler*. Pada masa ini tidak kurang 100 milyar sel otak siap untuk distimulasi, agar kecerdasan seseorang dapat berkembang secara optimal di masa mendatang. Banyak penelitian menunjukkan kecerdasan anak usia 0-4 tahun terbangun 50% dari total kecerdasan yang akan dicapai pada usia 18 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa usia empat tahun pertama adalah masa paling menentukan dalam membangun kecerdasan anak dibanding masa-masa sesudahnya (Sunanti, 2016).

b. Jenis Kelamin

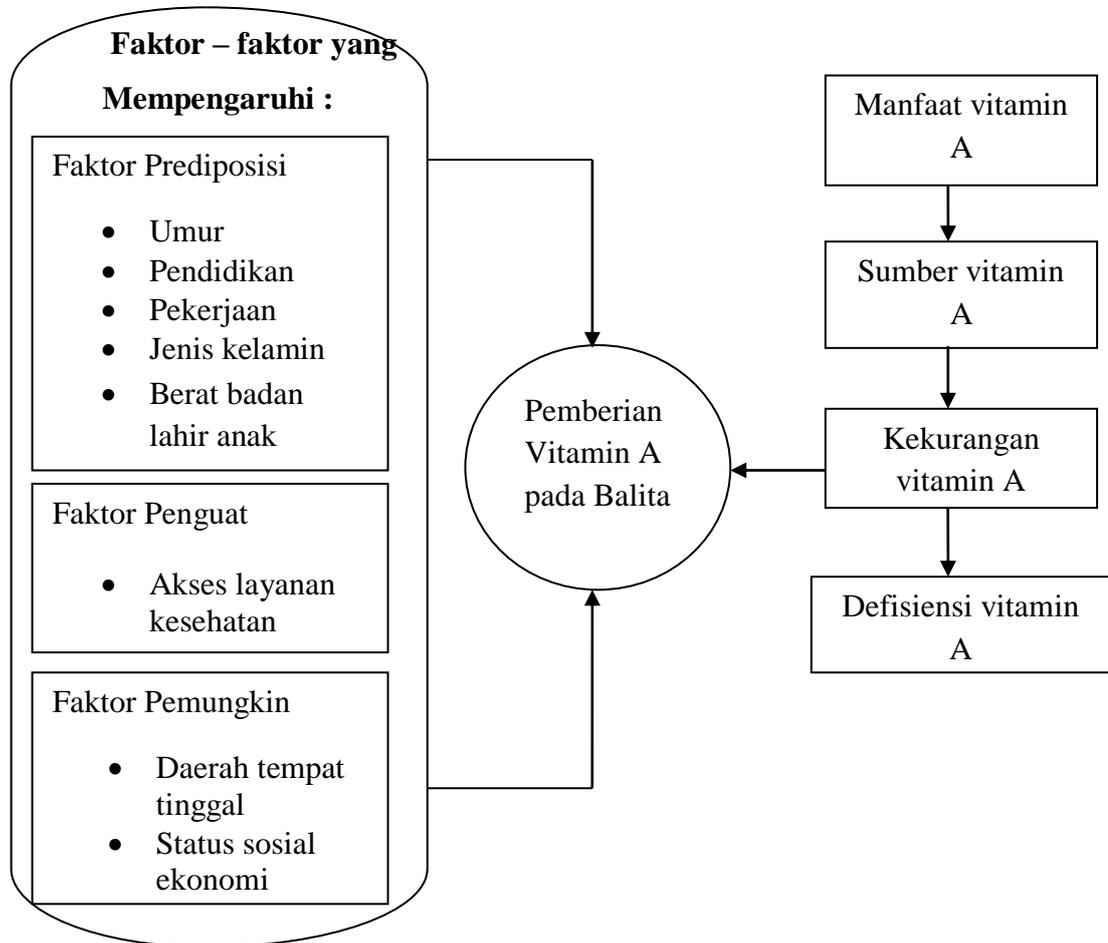
Berdasarkan penelitian Ridwan (2014) mengungkapkan jumlah sampel menurut karakteristik jenis kelamin untuk pemberian vitamin A berdasarkan jenis kelamin. Didapatkan hasil dari Persentase sampel anak laki-laki lebih banyak yaitu sebanyak 51,1 % dibanding dengan anak perempuan sebanyak 48,9%. Persentase tersebut terdistribusi merata pada golongan umur 12-23, 24-35, 36-47 dan 48- 59 bulan.

c. Berat Bayi Lahir Rendah

BBLR telah didefinisikan oleh WHO sebagai bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram. Definisi ini didasarkan pada hasil observasi epidemiologi yang membuktikan bahwa bayi baru

lahir dengan berat kurang dari 2500 gram mempunyai kontribusi terhadap hasil kesehatan yang buruk. Menurut beberapa ahli mendefinisikan BBLR sebagai neonatus dengan berat lahir saat kelahiran kurang dari 2500 gram (2499 gram) tanpa memandang masa kehamilan. BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram) (Haryuningsih, 2018).

D. Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi teori Lawrence Green dan Kreuter (1991) dalam

Notoatmodjo 2007

BAB III

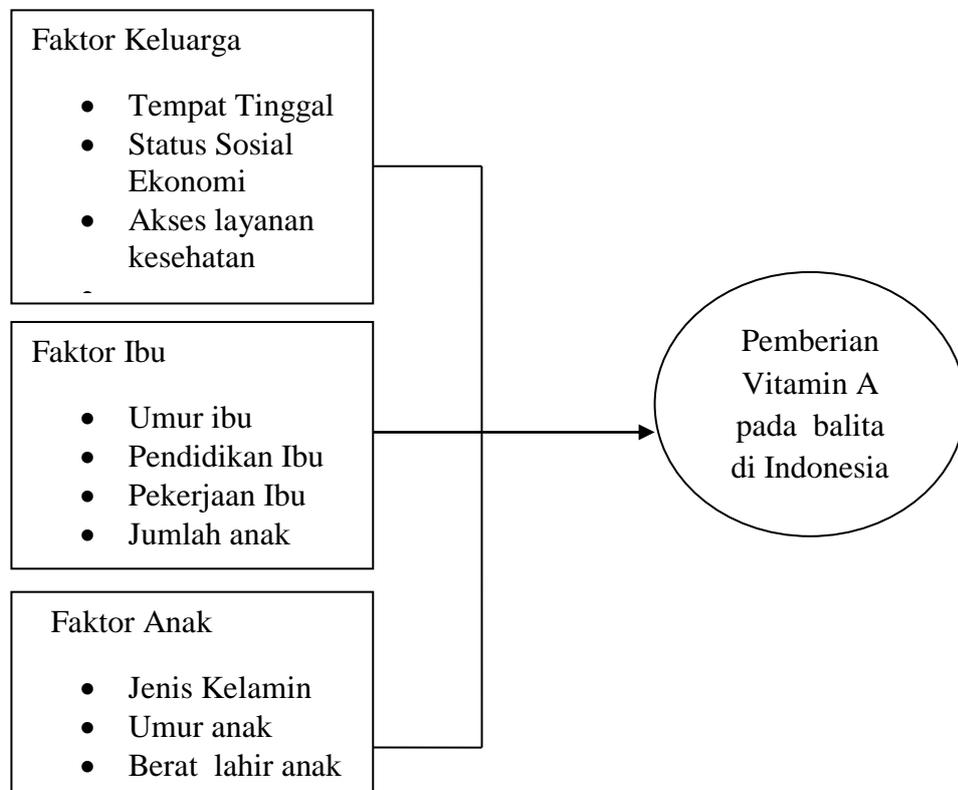
METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder hasil SDKI 2017. Rancangan penelitian yang digunakan adalah desain observasional analitik dengan menggunakan jenis cross sectional guna mengetahui determinan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia.

B. Kerangka Konsep

Adapun variabel independen dalam penelitian ini adalah tempat tinggal, status sosial ekonomi, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jenis kelamin, berat badan lahir anak dan akses layanan kesehatan sedangkan variabel dependennya adalah pemberian vitamin A pada balita.



Gambar 2 .Kerangka Konsep

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (nursalam,2016). Hipotesis Determinan pemberian vitamin A balita di Indonesia (Analisis data SDKI 2017).

1. Ha : Adanya hubungan tempat tinggal terhadap pemberian vitamin a pada balita.

Ho : Tidak Adanya hubungan tempat tinggal terhadap pemberian vitamin a pada balita.

2. Ha : Adanya hubungan pendidikan ibu terhadap pemberian vitamin A pada balita.

Ho : Tidak Adanya hubungan pendidikan ibu terhadap pemberian vitamin A pada balita.

3. Ha : Adanya hubungan pekerjaan ibu terhadap pemebrian vitamin A pada balita.

Ho : Tidak Adanya hubungan pekerjaan ibu terhadap pemebrian vitamin A pada balita.

4. Ha : Adanya hubungan jenis kelamin terhadap pemberian vitamin A pada balita.

Ho : Tidak Adanya hubungan jenis kelamin terhadap pemberian vitamin A pada balita.

5. Ha : Adanya hubungan akses layanan kesehatan terhadap pemberian vitamin A pada balita.

Ho : Tidak Adanya hubungan akses layanan kesehatan terhadap pemberian vitamin A pada balita.

6. Ha : Adanya hubungan umur balita terhadap pemberian vitamin A pada balita.

Ho : Tidak Adanya hubungan umur balita terhadap pemberian vitamin A pada balita.

7. Ha : Adanya hubungan umur ibu terhadap pemberian vitamin A pada balita.

Ho : Tidak Adanya hubungan umur ibu terhadap pemberian vitamin A pada balita.

8. Ha : Adanya hubungan status sosial ekonomi terhadap pemberian vitamin A pada balita.

Ho : Tidak Adanya hubungan status sosial ekonomi terhadap pemberian vitamin A pada balita.

9. Ha : Adanya hubungan jumlah anak terhadap pemberian vitamin A pada balita.

Ho: Tidak Adanya hubungan jumlah anak terhadap pemberian vitamin A pada balita.

10. Ha : Adanya hubungan berat lahir anak terhadap pemberian vitamin A pada balita.

Ho: Tidak Adanya hubungan berat lahir anak terhadap pemberian vitamin A pada balita.

D. Definisi Operasional Variabel

Tabel 3.1
Definisi Operasional

| No | Variabel | Definisi Operasional | Metode | Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|-------------------------|--|----------------------------------|--|--|---------|
| 1. | Tempat tinggal | Tempat tinggal anak bersama orang tua , yang dibedakan menjadi rural dan urban berdasarkan batasan BPS. | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Kuesioner WUS bagian I pengenalan tempat nomor 5 | 0=perkotaan 1=pedesaan | Ordinal |
| 2. | Status sosial ekonomi | Klasifikasi status ekonomi keluarga berdasarkan kepemilikan aset rumah tangga. Untuk menentukan status ekonomi rumah tangga setiap barang atau fasilitas rumah tangga diberi bobot berdasarkan prinsip komponen analisis, dan jumlah skor atas aset atau fasilitas rumah tangga tersebut distandarisasi agar mengikuti distribusi normal, kemudian dibagi dalam 5 kuintil dan menjadi indeks status ekonomi (wealth index) | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Wealth Index di Kuesioner Rumah Tangga Bagian IV kepemilikan barang pertanyaan 121,122,123 | 4=Status ekonomi sangat miskin (0-20%) 4=Status ekonomi miskin (21-40%) 3=Status ekonomi menengah (41-60%) 2=Status ekonomi kaya (61-80%) 1=Status ekonomi sangat kaya (81-100%) | Ordinal |
| 3. | Pendidikan Ibu | Jenjang pendidikan formal pendidikan yang ditamatkan saat wawancara | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Kuesioner WUS pertanyaan no. 108-109 | 1=pendidikan tinggi (PT) 2=pendidikan menengah (SMA/MA dan SMP) 3=pendidikan dasar (<SMP) | Ordinal |
| 4. | Pekerjaan ibu | Sesuatu yang dilakukan ibu | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Kuesioner WUS(W-61) pertanyaan no.909-912 | 0=tidak bekerja 1= bekerja | Nominal |
| 5. | Umur ibu | Masih hidup dimulai dari lahir hingga waktu lakukan pengambilan data SDKI 2017 | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Kuesioner WUS(W-5) pertanyaan no.105-106 | 2= < 20 th 1= 20-35th 3= > 35 th | Nominal |
| 6. | Umur anak | Masih hidup dimulai dari lahir hingga waktu lakukan pengambilan data SDKI 2017 | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Kuesioner WUS pertanyaan no.215 | 0=6-11 bulan 1=12-23 bulan 2= 24-59 bulan | Ordinal |
| 7. | Jenis kelamin | Jenis kelamin anak terakhir berdasarkan hasil survey responden | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Kuesioner WUS pertanyaan no. 213 | 0 =Laki-laki 1=Perempuan | Nominal |
| 8. | Akses layanan kesehatan | Jenis akses kesehatan yang pernah dikunjungi pada saat melakukan pemeriksaan kesehatan | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Kuesioner WUS pertanyaan no.507A-510A | 1= tidak terjangkau 0= terjangkau | Ordinal |

| | | | | | | |
|-----|---------------------|--|-------------------------------|----------------------------------|--|---------|
| 9. | Pemberian Vitamin A | Menerima vitamin A selama 6 bulan sesuai dengan kebutuhan usia balita 6-11 bulan kapsul biru , 2-59 bulan kapsul merah | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Kuesioner WUS pertanyaan no.605 | 1= tidak diberikan vitamin A 0= diberikan vitamin A | Nominal |
| 10. | Berat lahir anak | Berat badan bayi yang ditimbang saat lahir dalam satuan gram berdasarkan data tercatat di KMS/ buku KIA atau berdasarkan ingatan responden | Wawancara Kuesioner SDKI 2017 | Kuesioner WUS pertanyaan no. 428 | 0=Tidak BBLR (>2500 gram) 1= BBLR (<=2500 gram) | Ordinal |

E. Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017. SDKI dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) adalah suatu survei berskala nasional yang dirancang khusus untuk mendapatkan informasi mengenai perilaku kelahiran, keluarga berencana, kesehatan ibu dan anak, kematian ibu dan anak serta pengetahuan tentang HIV/AIDS dan penyakit infeksi menular seksual. Target responden SDKI 2017 adalah wanita umur 15-49 tahun, pria kawin/hidup bersama umur 15-54 tahun, dan remaja pria berstatus belum kawin umur 15-24 tahun. Survei ini dilaksanakan di 34 (tiga puluh empat) provinsi di seluruh Indonesia.

F. Populasi dan Sampel

1) Populasi penelitian

Populasi penelitian adalah 5.884 balita usia 6-59 bulan yang dilahirkan dalam kurun waktu 5 tahun sebelum penelitian SDKI 2017 dilaksanakan dan tercatat dalam survei SDKI 2017.

2) Sampel penelitian

Sampel yang digunakan adalah balita yang dilahirkan dan merupakan anak terakhir dari wanita usia subur yang sudah mengalami kelahiran. Unit analisis untuk penelitian ini adalah seluruh anak yang lahir hidup dari seluruh kelahiran hidup yang berasal dari wanita usia subur kemudian diambil sampel anak

terakhir, unit sampling ini adalah ibu yang mempunyai balita. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh ibu dan anak yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode total sampling kriteria inklusi sebagai berikut :



Bagan 3.3 Teknik Pengambilan Sampel

G. Kriteria inklusi dan Eksklusi

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi penelitian dalam penelitian ini yaitu :

1. Ibu balita bersedia menjadi responden
2. Anak tinggal dengan keluarga
3. Anak kandung
4. Anak terakhir

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi penelitian ini yaitu :

1. Responden yang tidak melengkapi jawaban dari kuesioner
2. Data tidak lengkap dalam dataset (data missing)
3. Anak sakit

H. Besar Sampel

Dalam teknik pengambilan sampel SDKI 2017 menggunakan metode *two-stage stratified sampling*. Besar sampel dalam penelitian ini dihitung berdasarkan rumus besar sampel penelitian analitis kategorik tidak berpasangan (Dahlan, 2010). Besar nilai deviat baku alpha adalah 1,96 (nilai z pada 95% confidence interval $\alpha = (0,05)$ dan $(\alpha) 90\%$, maka deviat baku beta ($Z\beta$) 1,28. Berdasarkan penelitian sebelumnya proporsi pada kelompok yang diambil dari pustaka (P_1) adalah 0,44 dan selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna (P_1-P_2) adalah 0,09 maka besar sampel adalah :

$$\text{Rumus: } n_1 = n_2 = \left(\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}}{P_1 - P_2} \right)^2$$

Ket :

$Z\alpha$ = deviat baku alfa (1,96)

$Z\beta$ = deviat baku beta (1,28)

P_2 = proporsi pada kelompok yang sudah diketahui nilainya (0,65)

Q_2 = $1 - P_2$ (0,35)

P_1 = proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan judgemer peneliti (0,56)

Q_1 = $1 - P_1$ (0,44)

$P_1 - P_2$ = selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna (0,09)

P = proporsi total = $(P_1 + P_2)/2$

Q = $1 - P$ (0,40)

| Variabel Independen | Variabel Dependen | P_1 | P_2 | Σ Sampel | Sumber |
|---------------------|---------------------|-------|-------|-----------------|----------------|
| Pendidikan ibu | Pemberian Vitamin A | 0,52 | 0,50 | 75 | (Ridwan, 2013) |

Tabel 3.2
Hitungan Sampel Minimum

| Variabel Independen | Sampel |
|-------------------------|--------|
| Tempat Tinggal | 89 |
| Pendidikan Ibu | 365 |
| Pekerjaan Ibu | 68 |
| Jenis Kelamin | 78 |
| Berat Lahir Anak | 48 |
| Akses Layanan Kesehatan | 42 |
| Sosial Ekonomi | 109 |
| Umur Ibu | 156 |
| Umur Anak | 180 |

Berdasarkan hasil perhitungan dengan rumus di atas diperoleh besar sampel minimal yaitu 365 sampel. Dapat disimpulkan bahwa sampel yang sudah ada melebihi sampel minimum yaitu berjumlah 5.884 sampel. Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh SDKI 2017, peneliti memilih sampel diantara populasi sesuai dengan penelitian ini yaitu anak berusia 6-59 bulan, anak kandung, anak terakhir yang hidup dan anak yang tinggal dengan keluarga.

I. Waktu dan Lokasi Penelitian

Pada penelitian ini dilakukan pada bulan oktober 2020 sampai dengan Juli 2021 dengan menggunakan data SDKI 2017 dan penelitian ini dilakukan di Indonesia.

J. Instrumen Pengumpul Data

Penelitian ini menggunakan data hasil pengumpulan SDKI 2017 dengan metode wawancara menggunakan kuesioner terhadap sampel ibu dan balita. Kuesioner yang digunakan dalam SDKI telah melalui proses uji coba oleh BPS.

Tabel 3.3
Indetifikasi variabel penelitian dari kuesioner SDKI 2017

| No. | Variabel | Pertanyaan | Nomor Kuesioner | Data SDKI | No. Variabel di Data |
|-----|--------------------------|--|--|-------------------------|---|
| 1. | Tempat tinggal | Daerah tempat tinggal ? a. Perkotaan b. Perdesaan | Bagian Pengenalan Tempat Pertanyaan No.5 Halaman W-1 | IDBR71F L No. 30 | V025 |
| 2. | Pekerjaan | 912: Dalam 12 bulan terakhir, apakah ibu/saudari pernah berkerja? a. Ya b. Tidak | Bagian 9. Latar Belakang Suami/Pas ang an dan Pekerjaan Responden Pertanyaan No.912 Halaman W61 | IDBR71F L No. 501 | V731 |
| 3. | Tingkat pendidikan | 108 :Apakah jenjang pendidikan tertinggi yang pernah ibu duduki ? a. Pendidikan tinggi b. Pendidikan menengah (SMA/MA dan SMP) c. Pendidikandasar (<SMP) | Bagian 1. Latar Belakang Responden Pertanyaan No.108 Halaman W- 6 | IDBR71FL No. 52 | V106 |
| 4. | Umur ibu | Pada bulan apa dan tahun berapa ibu/saudari dilahirkan ? Berapa umur ibu /saudari pada ulang tahun terakhir ? BANDINGKAN DAN PERBAIKI 105 DAN ATAU 106 JIKA TIDAK SESUAI | Bagian 1 latar belakang responden no 105 dan 106 | IDBR71FL No.17 | V013 |
| 5. | Status Sosial Ekonomi | 121: Apakah rumah tangga ini memiliki: a. Listrik b. Radio c. Televisi d. Telepon Rumah. e. Komputer/Laptop f. Lemari Es g. Kipas Angin h. Mesin Cuci i. Pendingin Ruangan (AC) 122: Apa ada anggota rumah tangga ini memiliki: a. Jam Tangan b. Telepon Seluler c. Sepeda d. Sepeda Motor/Skuter e. Delma/Gerobak Ditarik Binatang f. Mobil atau Truk g. Kapal/Perahu Motor 123: Apakah ada anggota rumah | Bagian IV Keadaan tempat Tinggal Pertanyaan No.121,122, 123 Halaman RT-6 | IDBR71FL No. 103 | V190,V11 9V120,V1 2 ,V122, V153 ,V169A, V123, V124 , S118C |

| | | | | | |
|----|---------------------|---|---|----------|-----------|
| | | tangga yang memiliki rekening bank atau lembaga keuangan lainnya yang resmi? a. Ya b. Tidak | | | |
| 6. | Pemberian vitamin A | 605 : apakah (NAMA) menerima vitamin A selama 6 bulan terakhir ? TUNJUKKAN LEAFLET KAPSUL. Ya.Merah.....1 Ya.Biru.....2 Tidak.....3 Tidak Tahu8 | Bagian 6.kesehatan dan gizi anak Pertanyaan 605 Halaman W-43 | Data WUS | S605 |
| 7. | Umur anak | Pada bulan apa dan tahun berapa (NAMA) dilahirkan | Bagian 2 riwayat kelahiran no.215 | Data WUS | Umur anak |
| 8. | jenis kelamin | Apakah (NAMA) laki-laki atau perempuan | Bagian 2 riwayat kelahiran no.213 | Data WUS | B4\$01 |
| 9. | Akses Kesehatan | 451. Siapa Yang Memeriksa Ibu/Saudari? Petugas Kesehatan Dokter Kandungan.....11 Dokter Umum.....12 Praktik Bidan/ Bidan Desa.....13 Perawat.....14 Orang Lain Dukun Bayi/Paraji.....21 Lainnya.....96 452. Dimana Tempat Pemeriksaan Dilakukan? Rumah Rumah Responden.....11 Rumah Orang Lain.....12 Ukbn Poskesdes/Polindes..21 Posyandu.....22 Lainnya.....23 Pemerintah Rumah Sakit.....31 Klinik Pemerintah.....32 Puskesmas.....33 Pustu/Pusling.....34 Bidan Didesa.....35 Lainnya.....36 | Bagian 4. Kehamilan Dan Pemeriksaan Sesudah Melahirkan, No. 451-452, Halaman W-32 | Data WUS | M64S |

| | | | | | |
|-----|------------------------------|---|--|----------|------|
| | | Swasta Rumah Sakit Swasta/Rsia/Rs Bersali.....41 Klinik Swasta/Rumah Bersalin/Balai Pengobatan.....42 Praktik Dokter Kandungan Dan Kebidanan.....43 Praktik Dokter Umum.....44 Praktik Bidan.....45 Praktik Perawat.....46 Lainnya.....47 | | | |
| 10. | Berat bayi lahir rendah BBRL | 428. berapa berat badan bayi ketika dilahirkan? | Bagian 4 kehamilan dan pemeriksaan sesudah melahirkan. No 428 Halaman W-27 | IDIR71FL | M19A |

K. Pengolahan Dan Analisi Data

Pengolahan data kuantitatif dilakukan melalui beberapa tahap, yang terdiri dari:

1. Pemeriksaan data

Dilakukan *editing* data untuk memastikan bahwa data yang diperoleh adalah data bersih yaitu data tersebut telah terisi semua, konsisten, relevansi, dan dapat dibaca dengan baik. Hal ini dilakukan dengan melakukan analisis atau pembersihan terhadap data yang hilang (*missing data*), sehingga tidak digunakan dalam analisis.

2. Koding data

Tiap data dilakukan *recoding* untuk memudahkan keperluan analisa statistik dalam penelitian.

3. Pembersihan Data

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan (*entry*), apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut mungkin terjadi pada saat kita *entry* data ke komputer.

4. Pengolahan Data

Data tersebut yang sudah dimasukkan ke dalam komputer dan sudah diedit serta dicek kembali, dilakukan pengolahan data dengan menggunakan perangkat komputer yang menyediakan program untuk pengolahan/analisis data.

L. Analisis Data

Analisis data adalah proses lanjutan dari proses pengolahan data untuk melihat bagaimana menginterpretasikan data, kemudian menganalisis data dari hasil yang sudah ada pada tahap pengolahan data (Priyono, 2016). Jenis analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

1. Analisis Data Univariat

Analisis data univariat adalah analisi terhadap satu variabel analisis ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Variabel diteliti melalui distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel. Distribusi frekuensi atau tabel frekuensi adalah susunan data dalam suatu tabel yang telah diklasifikasikan menurut kelas atau kategori-kategori tertentu. Variabel data kategorik disajikan dalam bentuk statistik deskriptif yang mencakup penyebarannya. Analisis univariat dlam penelitian ini berfungsi untuk mengetahui gambaran variabel penelitian.

2. Analisis Data Bivariat

Analisis data bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel. Dalam analisis bivariat, dilakukan beberapa tahap. Dalam penelitian ini, untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen digunakan uji statistic nonparametric teknik analisi bivariate dengan uji *chi square* dan

regresi logistik, hal ini dikarenakan data yang digunakan dalam penelitian ini bersifat kategorik.

- a. Analisis proporsi atau presentase, dengan membandingkan distribusi silang antara dua variabel (independen dengan variabel dependen).
- b. Analisis dari hasil uji statistik (*Chi square, Z test, T test*). Melihat dari hasil uji statistic ini akan dapat disimpulkan adanya hubungan antara dua variabel (variabel independen dengan variabel dependen), apakah menghasilkan hubungan yang bermakna atau tidak bermakna.
- c. Analisis keeratan hubungan antara dua variabel (variabel independen dengan variabel dependen), dengan melihat nilai *Odds Ratio* (RO). Besar kecilnya nilai OR menunjukkan besarnya keeratan hubungan antara variabel yang diuji.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara lebih dari dua variabel. Untuk melihat variabel mana yang paling dominan berhubungan dari beberapa variabel independen terhadap variabel dependen dengan menggunakan uji *regresi logistik*. Metode ini memiliki keuntungan memegang variabel tertentu yang bersifat konstan untuk menilai pengaruh independen dari variabel kunci yang diminati. Ini cocok untuk menilai pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen diukur dalam skala nominal (Hardani et al., 2020).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Jalan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017. SDKI 2017 merupakan survei ketujuh yang diselenggarakan di Indonesia melalui program *Demographic and Health Surveys* (DHS). *Demographic and Health Surveys* (DHS) telah mengumpulkan, menganalisis, dan menyebarkan data yang akurat dan representatif tentang populasi, kesehatan HIV, dan gizi melalui lebih dari 400 survei di lebih dari 90 negara. Penelitian ini bertujuan mengetahui determinan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia. Variabel independen dalam penelitian ini adalah status ekonomi, tempat tinggal, pekerjaan ibu, pendidikan ibu, umur ibu, jenis kelamin, dan berat badan lahir rendah. Variabel dependennya adalah pemberian vitamin A pada balita di Indonesia. Data dalam penelitian ini diperoleh dari hasil pengumpulan SDKI 2017 dengan wawancara menggunakan kuesioner terhadap sampel wanita usia subur (15-49 tahun) pernah kawin.

Pelaksanaan penelitian ini dibagi menjadi beberapa langkah sebagai berikut:

1. Dimulai dari mengidentifikasi topik penelitian dengan melakukan review topik yang ada pada laporan SDKI 2017 atau mereview artikel yang telah publish dengan menggunakan data SDKI 2017.

2. Kenali data sekunder dengan mereview kuesioner SDKI yang berkaitan dengan topik yang akan diteliti.
3. Menyusun pertanyaan penelitian terkait topik penelitian yang digunakan dan membuat abstrak singkat untuk mendapatkan akses data.
4. Melakukan registrasi melalui website DHS <https://dhsprogram.com/> dan mengirimkan abstrak singkat yang sudah dibuat untuk mendapatkan akses data SDKI terkait topik penelitian, sehingga setelah mendapatkan persetujuan untuk akses data selanjutnya menyusun metode penelitian.
5. Melakukan identifikasi variabel dengan mereview kembali variabel yang akan dipakai dalam penelitian.
6. Mempersiapkan data untuk analisis (melakukan pembersihan data dengan melihat missing data, membuat variabel baru untuk mempermudah analisis data).
7. Analisis data (melakukan analisis data sesuai dengan tujuan dan metode sampling) dimana dalam penelitian ini data dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat diolah menggunakan program SPSS 26. Dan langkah selanjutnya adalah menyusun hasil penelitian dan pembahasan penelitian yang telah dianalisis.

B. Hasil

1. Analisis Univariat

a. Pemberian vitamin A pada balita

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Pemberian vitamin A pada balita di Indonesia

| Pemberian vitamin A | Frekuensi (n=5.884) | Persentase(%) |
|---------------------------|---------------------|---------------|
| Diberikan vitamin A | 4.557 | 77,4 |
| Tidak diberikan vitamin A | 1.327 | 22,6 |

Tabel 4.1 menjelaskan sampel balita umur 6-59 bulan 5.884 di Indonesia sebagian besar (77,4%) balita yang diberikan vitamin A.

b. Karakteristik Keluarga, Ibu dan balita

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga,ibu dan balita di Indonesia

| Karakteristik Keluarga,Ibu dan Balita | Frekuensi (n=5.884) | Persentase (%) |
|---------------------------------------|---------------------|----------------|
| Status Sosial Ekonomi | | |
| Sangat kaya | 961 | 16,3 |
| Kaya | 1.004 | 17,1 |
| Menengah | 1.076 | 18,3 |
| Miskin | 1.222 | 20,8 |
| Sangat miskin | 1.621 | 27,5 |
| Daerah Tempat Tinggal | | |
| Perkotaan | 3.024 | 51,4 |
| Perdesaan | 2.860 | 48,6 |
| Akses layanan kesehatan | | |
| Terjangkau | 3.658 | 62,2 |
| Tidak terjangkau | 2.225 | 37,8 |
| Umur Ibu | | |
| < 20 tahun | 107 | 1,8 |
| 20-35 tahun | 3.946 | 67,1 |
| > 35 tahun | 1.831 | 31,1 |
| Pendidikan Ibu | | |
| Tinggi | 1.053 | 17,9 |
| Menengah | 3.269 | 55,6 |
| Dasar | 1.474 | 25,1 |
| Tidak sekolah | 88 | 1,5 |
| Pekerjaan Ibu | | |
| Bekerja | 3.229 | 54,9 |
| Tidak bekerja | 2.647 | 45,1 |
| Jenis kelamin | | |
| Laki-laki | 3.010 | 51,2 |
| Perempuan | 2.874 | 48,8 |
| Berat lahir anak | | |
| Normal (≥ 2500 gr) | 5.419 | 92,1 |
| BBLR (< 2500 gr) | 465 | 7,9 |

Tabel 4.2 menurut karakteristik keluarga menunjukkan bahwa status sosial ekonomi keluarga sebagian besar (27,5 %) sangat miskin, sedangkan tempat tinggal keluarga (51,4%) di perkotaan serta akses layanan kesehatan (62,2%) terjangkau. Menurut karakteristik ibu menunjukkan bahwa sebagian besar umur ibu 20-35 tahun (67,1%), dengan pendidikan Ibu menengah (SMP/SMA) (55,6%) dan ibu yang bekerja (54,9%). Sedangkan menurut karakteristik balita menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin anak merupakan laki-laki (51,2%) sedangkan berat lahir anak menunjukkan normal (92,1%).

2. Analisis Bivariat

- a. Hubungan karakteristik keluarga, ibu dan balita dengan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia

Tabel 4.3. Analisis hubungan karakteristik Keluarga dengan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia

| Karakteristik Keluarga | Pemberian Vitamin A | | | | Total | <i>p-value</i> |
|--------------------------------|---------------------|------|---------------------------|------|-------|----------------|
| | Diberikan vitamin A | | Tidak diberikan vitamin A | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Status Sosial Ekonomi | | | | | | |
| Sangat kaya | 733 | 16,1 | 228 | 17,2 | 961 | 16,3 |
| Kaya | 845 | 18,5 | 159 | 12 | 1.004 | 17,1 |
| Menengah | 821 | 18 | 255 | 19,2 | 1.076 | 18,3 |
| Miskin | 984 | 21,6 | 238 | 17,9 | 1.222 | 20,8 |
| Sangat miskin | 1.174 | 25,8 | 447 | 33,7 | 1.621 | 27,5 |
| Daerah tempat Tinggal | | | | | | |
| Perkotaan | 2.334 | 51,2 | 690 | 52 | 3.024 | 51,4 |
| Perdesaan | 2.223 | 48,8 | 637 | 48 | 2.860 | 48,6 |
| Akses layanan kesehatan | | | | | | |
| Terjangkau | 2.895 | 63,5 | 763 | 57,5 | 3.658 | 62,2 |
| Tidak terjangkau | 1.661 | 36,5 | 564 | 42,5 | 2.225 | 37,8 |

* : Kandidat Multivariat ($p \leq 0,25$)

Pada tabel 4.3 menunjukkan bahwa hasil analisis bivariat hubungan karakteristik keluarga dengan pemberian vitamin A pada balita umur 6-59 bulan di Indonesia. Berdasarkan sosial ekonomi ada hubungan dengan pemberian vitamin A ($P=0,000 < 0,05$), sedangkan daerah tempat tinggal tidak ada perbedaan proporsi pemberian vitamin A ($P= 0,617 > 0,05$) dan akses layanan kesehatan ada hubungan dengan pemberian vitamin A ($P=0,000 < 0,05$).

Hasil uji statistik pada variabel status sosial ekonomi dan akses layanan kesehatan diperoleh nilai ($p<0,25$) maka dapat disimpulkan sebagai kandidat untuk dianalisis secara multivariat menggunakan uji regresi logistik.

Tabel 4.4. Analisis hubungan karakteristik Ibu dengan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia

| Karakteristik Ibu | Pemberian Vitamin A | | | | Total | | <i>p-value</i> |
|-----------------------|---------------------|------|---------------------------|------|-------|------|----------------|
| | Diberikan Vitamin A | | Tidak Diberikan vitamin A | | | | |
| | n | % | N | % | n | % | |
| Umur Ibu | | | | | | | |
| < 20 tahun | 76 | 1,7 | 31 | 2,3 | 107 | 1,8 | 0,256 |
| 20- 35 tahun | 3.055 | 67,0 | 891 | 67,1 | 3.946 | 67,1 | |
| >35 tahun | 1.426 | 31,3 | 405 | 30,5 | 1.831 | 31,1 | |
| Pendidikan Ibu | | | | | | | |
| Tinggi | 783 | 17,2 | 270 | 20,3 | 1.053 | 17,9 | 0,000* |
| menengah | 2.618 | 57,5 | 651 | 49,1 | 3.269 | 55,6 | |
| Dasar | 1.113 | 24,4 | 406 | 27,2 | 1.474 | 25,1 | |
| Tidak sekolah | 43 | 0,9 | 45 | 3,4 | 88 | 1,5 | |
| Pekerjaan Ibu | | | | | | | |
| Bekerja | 2.487 | 54,7 | 742 | 56 | 3.229 | 55 | 0,403 |
| Tidak bekerja | 2.063 | 45,3 | 584 | 44 | 2.647 | 45 | |

* : Kandidat Multivariat ($p \leq 0,25$)

Pada tabel 4.4 menunjukkan bahwa hasil analisis bivariat hubungan karakteristik ibu dengan pemberian vitamin A pada balita umur 6-59 bulan di Indonesia. Berdasarkan kelompok umur ibu tidak ada perbedaan proporsi

pemberian vitamin A ($P=0,256 > 0,05$), sedangkan pendidikan ibu ada hubungan dengan pemberian vitamin A ($P=0,000 < 0,05$) dan pekerjaan ibu tidak ada perbedaan proporsi pemberian vitamin A ($P= 0,403 >0,05$).

Hasil uji statistik pada variabel pendidikan ibu diperoleh nilai ($p<0,25$) maka dapat disimpulkan sebagai kandidat untuk dianalisis secara multivariat menggunakan uji regresi logistik.

Tabel 4.5. Hubungan karakteristik anak dengan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia.

| Karakteristik Anak | Pemberian Vitamin A | | | | Total | | <i>p-value</i> |
|----------------------------|---------------------|------|---------------------------|------|-------|------|----------------|
| | Diberikan Vitamin A | | Tidak Diberikan vitamin A | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Jenis Kelamin | | | | | | | |
| Laki-laki | 2.335 | 51,2 | 675 | 50,9 | 3.010 | 51,2 | 0,811 |
| Perempuan | 2.222 | 48,8 | 652 | 49,1 | 2.874 | 48,8 | |
| Berat lahir anak | | | | | | | |
| Normal (≥ 2500 gram) | 4.290 | 94,1 | 1.129 | 85,1 | 5.419 | 92,1 | 0,000* |
| BBLR (< 2500 gram) | 267 | 5,9 | 198 | 14,9 | 465 | 7,9 | |

* : Kandidat Multivariat ($p \leq 0,25$)

Pada tabel 4.5 menunjukkan bahwa hasil analisis bivariat hubungan karakteristik anak dengan pemberian vitamin A pada balita umur 6-59 bulan di Indonesia. Berdasarkan jenis kelamin tidak ada perbedaan proporsi pemberian vitamin A ($P= 0,811 > 0,05$) dan berat lahir anak ada hubungan dengan pemberian vitamin A ($P=0,000 < 0,05$)

Hasil uji statistik pada variabel berat lahir anak diperoleh nilai ($p<0,25$) maka dapat disimpulkan sebagai kandidat untuk dianalisis secara multivariat menggunakan uji regresi logistik.

3. Analisis Multivariat

Tabel 4.6 Pemodelan Awal Analisis Multivariat

| Variabel | B | <i>p-value</i> | OR (95%CI) |
|--------------------------------|--------|----------------|--------------------|
| Status Sosial Ekonomi | | | |
| Sangat kaya | - | 0,000 | 1 |
| Kaya | -0,421 | 0,000 | 0,656(0,521-0,826) |
| Menengah | 0,098 | 0,371 | 1,103(0,890-1,366) |
| Miskin | -0,153 | 0,170 | 0,859(0,689-1,068) |
| Sangat miskin | 0,240 | 0,023 | 1,271(1,033-1,564) |
| Daerah tempat tinggal | | | |
| Perkotaan | | | 1 |
| Perdesaan | 0,122 | 0,067 | 1,130(0,991-1,289) |
| Akses layanan kesehatan | | | |
| Terjangkau | | | 1 |
| Tidak terjangkau | | 0,001 | 1,232(1,084-1,401) |
| Umur ibu | | | |
| < 20 tahun | - | 0,277 | 1 |
| 20-35 tahun | -0,049 | 0,485 | 0,952(0,829-1,093) |
| > 35 tahun | 0,306 | 0,170 | 1,358(0,877-2,103) |
| Pendidikan Ibu | | | |
| Tinggi | - | 0,000 | 1 |
| Menengah | -0,371 | 0,000 | 0,690(0,579-0,822) |
| Dasar | -0,189 | 0,071 | 0,828(0,675-1,016) |
| Tidak sekolah | 0,852 | 0,000 | 2,344(1,483-3,707) |
| Pekerjaan ibu | | | |
| Bekerja | | | 1 |
| Tidak bekerja | -0,002 | 0,979 | 0,998(0,878-1,136) |
| Jenis kelamin | | | |
| Laki-laki | | | 1 |
| Perempuan | 0,001 | 0,991 | 1,001(0,884-1,133) |
| Berat lahir anak | | | |
| Normal (≥ 2500 gram) | | | 1 |
| BBLR (<2500gram) | 0,957 | 0,000 | 2,604(2,101-3,227) |

Tabel 4.6 di atas menunjukkan variabel dengan nilai $p < 0,05$ adalah status sosial ekonomi, akses layanan kesehatan, pendidikan ibu dan berat lahir anak. Artinya semua variabel tersebut akan dimasukkan ke dalam tahap pemodelan selanjutnya. Sedangkan variabel tempat tinggal, umur ibu, pekerjaan ibu, dan jenis kelamin mempunyai nilai $p \text{ value}(p > 0,05)$ sehingga variabel tersebut dikeluarkan dari model. Langkah selanjutnya semua variabel yang memiliki nilai $p > 0,05$ akan dikeluarkan satu persatu dari model.

Tabel 4.7. Determinan Pemberian Vitamin A pada Balita di Indonesia

| Variabel | B | p-value | OR (95% CI) |
|--------------------------------|--------|---------|--------------------|
| Status Sosial Ekonomi | | | |
| Sangat kaya | - | 0,000 | 1 |
| Kaya | -0,433 | 0,000 | 0,649(0,515-0,817) |
| Menengah | -0,207 | 0,065 | 0,813(0,652-1,013) |
| Miskin | 0,052 | 0,632 | 1,054(0,851-1,305) |
| Sangat miskin | 0,081 | 0,457 | 1,085(0,875-1,344) |
| Akses layanan kesehatan | | | |
| Terjangkau | | | 1 |
| Tidak terjangkau | 0,202 | 0,002 | 1,224(1,077-1,391) |
| Pendidikan Ibu | | | |
| Tinggi | - | 0,000 | 1 |
| Menengah | -0,392 | 0,000 | 0,675(0,567-0,805) |
| Dasar | 0,397 | 0,013 | 0,770(0,626-0,947) |
| Tidak sekolah | 0,502 | 0,038 | 1,652(1,028-2,656) |
| Berat lahir anak | | | |
| Normal (≥ 2500 gram) | | | 1 |
| BBLR (< 2500 gram) | 0,924 | 0,000 | 2,519(2,041-3,109) |
| Constant | -1,054 | | |

Tabel 4.7 menunjukkan hasil ada hubungan antara status sosial ekonomi, akses layanan kesehatan, pendidikan ibu dan berat lahir anak dengan pemberian vitamin A pada balita. Keluarga yang memiliki status sosial sangat miskin beresiko 1,085 kali tidak diberikan vitamin A dibandingkan dengan keluarga sangat kaya. Keluarga dengan akses layanan kesehatan tidak terjangkau lebih beresiko 1,224 kali tidak diberikan vitamin A dibandingkan keluarga dengan akses layanan terjangkau. Ibu yang tidak sekolah beresiko 1,652 kali tidak diberikan vitamin A dibandingkan ibu dengan pendidikan tinggi. Anak dengan BBLR (< 2500 gram) beresiko 2,519 kali tidak diberikan vitamin A dibandingkan anak dengan normal (≥ 2500 gram).

Model persamaan regresi logistik sebagai berikut :

$$\text{Logit } P(\text{pemberian vitamin A}) = -1,054 + (-0,433 * \text{kaya}) + (-0,207 * \text{menengah}) + (-0,052 * \text{miskin}) + (0,081 * \text{sangat miskin}) + (0,202 * \text{tidak terjangkau}) + (-0,392 * \text{menengah}) + (0,397 * \text{dasar}) + (0,502 * \text{tidak sekolah}) + (0,924 * \text{BBLR})$$

Bedasarkan persamaan regresi logistik multivariat probabilitas anak dengan pemberian vitamin A kurang dapat dihitung dengan persamaan berikut :

$$P = \frac{1}{1+e^{-(\alpha+\beta_1X_1+\beta_2X_2+\beta_3X_3+\dots+\beta_kX_k)}}$$

$$P = \frac{1}{1+e^{-(1,054+ -0,433+ -0,207+ 0,052+0,081+0,202+ -0,392+ 0,397+0,502+0,924)}}$$

$$P = \frac{1}{1+e^{-(2,18)}} = \frac{1}{1,18} = 0,84 = 84 \%$$

Persamaan diatas artinya anak yang lahir dikeluarga sangat miskin, tidak akses layanan kesehatan dan pendidikan ibu yang tidak sekolah, serta berat lahir rendah mempunyai probabilitas dalam pemberian vitamin A sebesar 84% dibandingkan dengan anak tanpa faktor resiko.

C.Pembahasan

a. Pemberian vitamin A pada balita di Indonesia

Vitamin A merupakan salah satu zat gizi dari golongan vitamin yang sangat diperlukan oleh tubuh yang berguna untuk kesehatan mata (agar dapat melihat dengan baik) dan untuk kesehatan tubuh (meningkatkan daya tahan tubuh untuk melawan penyakit misalnya campak, diare dan penyakit infeksi lain). Vitamin A termasuk zat gizi yang penting (essensial) bagi manusia, zat gizi ini tidak dapat dibuat oleh tubuh sehingga harus dipenuhi dari luar (Wahyunita , 2019).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa balita usia 6-59 bulan yang mendapatkann praktek pemberian vitamin A (77,4%). Hal ini

menunjukkan tergolong cukup baik ibu yang melakukan praktek pemberian vitamin A pada balita. Namun jika dibandingkan dengan pencapaian target pemberian vitamin A pada balita yang ditetapkan oleh Kemenkes RI yaitu 86% maka, capaian pemberian vitamin A di tingkat Indonesia masih belum mencapai target (Cahyaningrum & Setyanti, 2017). Sedangkan menurut penelitian Ridwan (2016) cakupan pemberian vitamin A dinegara berkembang seperti Ethiopia menunjukkan sebesar 83,1%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan KassaMesfin, & Gebremedhin (2020) di Etiopia Selatan pada tahun 2016 bahwa cakupan kumulatif pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan 75% masih dibawah rekomendasi WHO dan target nasional tingkat minimum yang dapat diterima sebesar 80%. Menurut DHS Ethiopia 2016, 45% dari balita menerima vitamin A sebelumnya di 6 bulan survei. Pada tahun 2011, cakupan nasional usia bahkan lebih tinggi 56%. Di Ethiopia pemberian vitamin A didistribusikan melalui tiga strategi: *Enhanced Outreach Strategy (EOS)*, Hari Kesehatan Masyarakat dan Program Penyuluhan Kesehatan rutin. Namun survei yang dilakukan pada tahun 2012 menyimpulkan bahwa 38% anak-anak 6 hingga 71 bulan memiliki kadar vitamin A serum yang rendah dan 1,7% memiliki bintik Bitot.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Kundurai & Shukla (2021) di India, menurut UNICEF, hanya 56% anak

usia 6–59 bulan yang menerima cakupan pemberian vitamin A dua dosis di India. Sedangkan menurut Survei Kesehatan Keluarga Nasional pada tahun 2015–2016 mengungkapkan bahwa sekitar 60% anak-anak usia 6–59 bulan menerima suplementasi Vitamin A dan 44% anak-anak berusia 6-23 tahun telah mengambil makanan yang diperkaya Vitamin A. Cakupan ini bervariasi dengan berbagai karakteristik sosial ekonomi dan demografi, dengan demikian, cakupan pemberian vitamin A penuh, yaitu 2 dosis pemberian vitamin A per anak per tahun, telah meningkat dari 25% pada tahun 2006 menjadi 63% pada tahun 2012. Dari 15 negara bagian, 6 telah melaporkan cakupan penuh pemberian vitamin A di atas 80%, termasuk Bihar, Gujarat, Madhya Pradesh, Odisha, Rajasthan dan Tamil Nadu. Cakupan pemberian vitamin A yang rendah ini juga serupa dengan beberapa penelitian di Afrika Selatan 42%, Ghana 23% , Kenya 32%, Timor Leste 40%, Zimbabwe 32%.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Mostafa (2019) di Bangladesh, menurut survei status gizi mikro dilakukan pada tahun 2011, terlihat bahwa hanya 77% dari keluarga dengan balita usia 6-59 bulan dilaporkan menerima kapsul vitamin A dalam 6 bulan sebelumnya. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Bangladesh (BDHS) yang dilakukan pada tahun 2014, hanya 62% anak telah menerima vitamin A dalam 6 bulan sebelumnya. Untuk mengurangi prevalensi defisiensi vitamin A, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Bangladesh, menetapkan target untuk mencapai cakupan

vitamin A sebesar 90% tahun 2016 melalui Bidang Gizi Penduduk Kesehatan Program pengembangan suplementasi vitamin A berkala dengan dosis tinggi, program pemberian vitamin A untuk anak-anak sering dibarengi dengan kesehatan nasional seperti imunisasi. Sejak pemberian vitamin A dengan dosis yang lebih tinggi dapat mempertahankan status vitamin A yang lebih baik hanya sampai 3 bulan, program semacam itu harus diutamakan fokus pada peningkatan fungsi kekebalan tubuh dan menurunkan angka kematian akibat campak, diare, dan penyakit lainnya. Dua tinjauan sistematis menyarankan menganggap bahwa pemberian vitamin A reguler menghasilkan pengurangan 24-28% kematian serta penurunan insiden diare dan campak dan prevalensi masalah penglihatan, termasuk rabun senja dan xerophthalmia. Sepuluh negara (yaitu, Bolivia, Bhutan, Djibouti, Eritrea, India, Kiribati, Mikronesia, Sao Tome dan Principe, Swaziland, dan Togo) memiliki cakupan vitamin A antara 40%-69% .

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Kundu (2021) di Ghana, berdasarkan laporan kesehatan Ghana menunjukkan bahwa cakupan vitamin A suplementasi adalah 80% dan 20% anak-anak tidak akan menerima vitamin A suplemen pada tahun sebelumnya. Upaya yang dilakukan di Ghana untuk memerangi kekurangan vitamin A dengan mendistribusikan vitamin A. Vitamin A untuk setiap anak usia 6 hingga 59 bulan setiap 6 bulan. Di Amansie timur, zona hutan, 36,4%, Eura Sekyedumasi di zona sabana, 32,5%, Kumasi, daerah pinggiran kota,

31,2%. 79,1% ibu melaporkan bahwa anak mereka telah menerima setidaknya satu kapsul vitamin A di tahun sebelumnya. 54,9% dilaporkan telah menerima satu dosis dan 45,1% telah menerima dua dosis.

Penyaluran vitamin A terintegrasi dengan kesehatan rutin layanan, seperti program imunisasi, dan dikelola serta didukung oleh Kementerian Kesehatan Ghana. pengurangan 24% dalam risiko semua kematian pada anak berusia 6-59 bulan sebagai respons terhadap suplementasi vitamin A, analisis yang sama menunjukkan bahwa suplementasi vitamin A menghasilkan pengurangan 15% dalam insiden dan prevalensi kebutaan malam dan pengurangan 68% dalam prevalensi kebutaan xerophthalmia.

Pada balita, akibat kekurangan vitamin A akan meningkatkan kesakitan dan kematian, mudah terkena penyakit infeksi seperti diare, radang paru-paru, pneumonia, dan akhirnya kematian. Akibat lain yang berdampak sangat serius adalah buta senja dan manifestasi lain *Xerophthalmia* termasuk kerusakan kornea dan kebutaan, kekurangan vitamin A membuat mata menjadi kering. Hal ini karena selaput lendir dan selaput bening mata mengalami kekeringan. Jika berlarut-larut akan menyebabkan penebalan selaput lendir, berlipat-lipat, dan berkerut, tampak bercak putih seperti busa sabun (bercak Bitot). Selanjutnya selaput bening mata akan mengalami perlukaan dan akhirnya bisa mengakibatkan kebutaan permanen yang tidak bisa dipulihkan lagi, Tanda-tanda kekurangan terlihat bila simpanan tubuh habis terpakai. Kekurangan Vitamin A dapat merupakan kekurangan primer akibat kurang konsumsi

atau kekurangan sekunder karena gangguan penyerapan dan penggunaannya dalam tubuh, kebutuhan yang meningkat ataupun karena gangguan pada konversi karoten menjadi vitamin A (Cahyaningrum & Setyanti, 2017).

Vitamin A bermanfaat untuk menurunkan angka kematian dan angka kesakitan, karena vitamin A dapat meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi seperti campak, diare, dan infeksi saluran pernapasan akut. Upaya-upaya pencegahan kebutaan di Indonesia telah dilaksanakan pada tahun 1967 ketika kebutaan dinyatakan sebagai bencana Nasional sejak 1984 Upaya Kesehatan Mata/Pencegahan Kebutuhan (UKM/PK) sudah diintegrasikan ke dalam kegiatan pokok Puskesmas. upaya yang dapat dilakukan untuk melakukan pencegahan terhadap defisiensi vitamin A yaitu melalui penyebarluasan informasi dan program terpadu mengenai vitamin A. Pemberian kapsul vitamin A sesuai dengan rekomendasi usia, Pada bayi usia 6-11 bulan, kapsul vitamin A diberikan satu kali selama rentang waktu tersebut dengan dosis 100.000 IU (International Unit). Sedangkan pada anak usia 12-59 bulan, kapsul vitamin A diberikan setiap 6 bulan sekali dengan dosis 200.000 IU (Wahyunita , 2019).

Memperhatikan pola makan setiap hari seperti mengkonsumsi bahan makanan yang banyak mengandung vitamin A yang umumnya terdapat pada bahan hewani seperti daging, susu, keju ,kuning telur, hati, ikan dan telur. Pada bahan nabati pada umumnya tidak mengandung

vitamin A tetapi mengandung zat dalam bentuk provitamin A yang dikenal sebagai beta karoten, misalnya di dalam buah tomat, pepaya, wortel dan sayur-sayuran hijau. Semakin hijau daun semakin tinggi kadar karotennya. Wortel, ubi jalar dan waluh kaya akan karoten. Slada dan kol miskin karoten (Permana, 2018).

b. Karakteristik Keluarga, Ibu dan Balita dengan Pemberian Vitamin A

1. Daerah Tempat Tinggal dengan Pemberian Vitamin A

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa daerah tempat tinggal bukanlah faktor yang berhubungan dengan pemberian vitamin A. Setengah dari 51,2% tempat tinggal diperkotaan dengan pemberian vitamin A baik, sedangkan setengah dari 52% tempat tinggal diperdesaan dengan pemberian vitamin A kurang. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,617$ ($p > 0,05$) artinya tidak ada hubungan antara tempat tinggal dengan pemberian vitamin A pada balita.

Dalam hasil penelitian Srivastava & Kumar (2021) menyatakan daerah tempat tinggal diperdesaan dengan pemberian vitamin A memiliki 1,3 kali beresiko dibandingkan dengan tempat tinggal diperkotaan (OR=1,03; 95% CI 1,00 -1,07).

Sejalan dalam penelitian Lartey (2019) di Sri Lanka menunjukkan bahwa anak yang tinggal di sektor perkebunan teh 2,40 kali mungkin lebih besar beresiko untuk gagal dalam pemberian vitamin A baik dibandingkan dengan anak yang tinggal diperkotaan (OR=2,40; 95% CI 1,23 – 3,3,8). Diperkuat oleh hasil penelitian Beyene et al.,(2015) di

Northwest Ethiopia menyatakan anak yang lahir dari ibu yang tinggal dipertanian memiliki praktek pemberian vitamin A lebih tinggi (AOR=2,09; 95% CI 1,12 - 2,93) dibandingkan dengan anak lahir dipertanian. Ini serupa dengan penelitian yang dilakukan di Indonesia, rendahnya praktek pemberian pemberian vitamin A di pertanian mungkin disebabkan oleh kurang kesadaran akan pentingnya pemberian vitamin A dan keanekaragaman makanan yang banyak mengandung vitamin A di masyarakat pertanian dibandingkan dipertanian yang memiliki akses terhadap media masa.

Dalam hasil penelitian Adriani (2019) di Indonesia menyatakan anak yang tinggal dipertanian memiliki peluang untuk mendapatkan pemberian vitamin A dan mengkonsumsi lima atau lebih tinggi kelompok makanan yang mengandung vitamin A 1,34 kali lebih tinggi dibandingkan anak yang tinggal dipertanian (OR=1,28; 95% CI 1,074-1,543). Hal ini disebabkan karena wilayah pertanian lebih banyak menyediakan akses fasilitas umum seperti pasar/pertanian, sekolah dan lain-lain.

2. Umur Ibu dengan Pemberian vitamin A

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umur ibu bukanlah faktor yang berhubungan dengan pemberian vitamin A. Mayoritas ibu umur 20-35 tahun dengan pemberian vitamin A kurang sebesar 67,1%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,256$ ($p>0,256$) yang artinya tidak ada hubungan antara umur ibu dengan pemberian vitamin A.

Sejalan dalam hasil penelitian Novarianti & Syukri Izhar (2021) di Indonesia mayoritas ibu umur >25 tahun 53,0% melakukan praktek pemberian vitamin A dan mengetahui keanekaragaman makanan yang mengandung vitamin A, dibanding kan ibu umur < 25 tahun 51,1%. Diperkuat oleh penelitian Mostafa et al., (2019) di Bangladesh menyatakan mayoritas ibu umur 20-34 tahun baik dalam pemberian vitamin A, ibu umur 20-34 tahun 84,9%, umur 15-19 tahun 81,1%, umur 35-49 tahun 78,9%. Dalam penelitian Kassa et al.,(2020) di Ethopia menyatakan hubungan pemberian vitamin A dengan umur ibu, mayoritas ibu umur 25-34 tahun 63,9%, umur 35-49 tahun 8,1%, dan umur < 20 tahun 28%. Hal ini disebabkan ibu umur 25-34 tahun memiliki emosi yang lebih stabil dan matang dari umur <20 tahun. Kematangan emosional dapat tercermin dalam praktek pemberian vitamin A pada balita yang baik.

3. Pekerjaan Ibu dengan Pemberian Vitamin A

penelitian ini menunjukkan bahwa pekerjaan ibu bukanlah faktor yang berhubungan dengan pemberian vitamin A. Mayoritas ibu yang bekerja dengan pemberian vitamin A kurang sebesar 56%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,403(p>0,05)$ yang artinya tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan pemberian vitamin A.

Sejalan dalam penelitian Adriani, (2019) di Indonesia menyatakan anak dari ibu yang bekerja memiliki peluang untuk tidak diberikan vitamin A lebih besar dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga. Hal ini disebabkan faktor pekerjaan berpengaruh pada

peran ibu yang memiliki bayi/anak balita seperti timbulnya suatu masalah pada ketidakaktifan ibu berkunjung ke Posyandu, karena mereka mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan yang belum cukup, sehingga berdampak pada tidak adanya waktu para ibu untuk membawa anak mereka ke Posyandu untuk mendapatkan vitamin A karena kesibukan mereka dalam bekerja. Kelompok ibu dengan jenis pekerjaan ibu rumah tanggalah yang lebih dominan mengunjungi Posyandu untuk mendapatkan vitamin A dari pada yang berkegiatan atau bekerja di luar rumah.

Diperkuat dalam hasil penelitian Tassew et al., (2019) di Ethopia menyatakan dalam pemberian vitamin A dengan pekerjaan ibu, ibu yang bekerja memiliki resiko (AOR=1,77; 95% CI 1,54 – 2,5) dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hal ini bisa jadi bahwa kemampuan mencari nafkah ibu merupakan faktor penting dalam pemberian makanan yang mengandung vitamin A baik. Sejalan dalam hasil penelitian Aghaji & Duke (2019) di Nigeria menyatakan ibu yang tidak bekerja untuk pemberian MPASI memiliki resiko 1 kali lebih mungkin dibandingkan dengan ibu yang bekerja (OR=0,71; 95% CI 0,52-0,98).

4. Jenis Kelamin dengan Pemberian vitamin A

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin bukanlah faktor yang berhubungan dengan pemberian vitamin A. setengah dari 51,2% anak laki-laki dengan pemberian vitamin A yang baik. Hasil uji

chi square diperoleh nilai $p=0,811$ ($p>0,05$) artinya tidak ada hubungan antara jenis kelamin anak dengan pemberian vitamin A.

Dalam hasil penelitian Kassa et al., (2020) menyatakan anak dengan jenis kelamin perempuan dengan pemberian vitamin A memiliki 1 kali lebih beresiko dibandingkan dengan anak jenis kelamin laki-laki (OR=1,1; 95% CI 1,01 -1,18). Sejalan dalam hasil penelitian Kabir et al., (2012) di Bangladesh menyatakan mayoritas anak laki-laki lebih banyak mendapatkan pemberian vitamin A dibandingkan anak perempuan. Pada anak laki-laki sebesar 76,7%, perempuan 66,2%, untuk keanekaragaman makanan anak laki-laki 43,2%, perempuan 40,7%. Diperkuat dalam hasil penelitian Song et al., (2017) di Cina menyatakan lebih dari setengah anak laki-laki 51,0%, dibandingkan anak perempuan kurang dari setengah 49,0% dalam pemberian vitamin A yang baik pada balita.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Koroma et al., (2020) di Sierra Leone menyatakan anak perempuan lebih dari setengah 56,1% dibandingkan anak laki-laki sebesar 43,8%.

c. Determinan Pemberian Vitamin A pada balita

1. Status Sosial Ekonomi dengan Pemberian vitamin A

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara status sosial ekonomi dengan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia. Keluarga dengan status sosial ekonomi sangat miskin beresiko 1,085 kali untuk memberikan vitamin A kurang dibandingkan

dengan keluarga status sosial ekonomi sangat kaya (OR 1,085 ; 95% CI 0,875-1,344).

Sejalan dengan hasil penelitian Mostafa et al., (2019) di Bangladesh menyatakan pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan dengan status sosial ekonomi sangat miskin memiliki resiko (AOR = 2,16 ; 95% CI 1,23 – 3,77) dan (AOR=2,63; 95% CI 1,39 – 4,94) artinya anak dengan status sosial ekonomi sangat miskin 2,16 kali dan termiskin 2,63 kali dengan pemberian vitamin A kurang dibandingkan dengan pemberian vitamin A baik. Sejalan dengan penelitian Srivastava & Kumar (2021) menyatakan status sosial ekonomi sangat miskin berpeluang 1,45 kali dengan pemberian vitamin A kurang dibandingkan dengan pemberian vitamin A baik (OR=1,45; 95% CI 0,94–2,24).

Hasil penelitian Adriani (2019) di Indonesia menyatakan anak dari keluarga dengan indeks kekayaan tertinggi lebih cenderung diberikan vitamin A pada usia balita dan makanan yang mengandung banyak vitamin A sebesar 1,5 kali lebih tinggi dibandingkan anak dari ibu dengan indeks kekayaan rendah.

Hubungan ini bisa jadi karena yang menyatakan bahwa pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang perilaku anggota keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan keluarga yang lebih memadai. Dalam hal ini termasuk pelayanan kesehatan yang didapatkan selama kehamilan ibu dan balita. Hal ini disebabkan apabila seseorang mengalami kurang gizi maka secara langsung akan menyebabkan

hilangnya produktifitas kerja karena kekurangan fisik, menurunnya fungsi kognitif yang akan mempengaruhi tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi keluarga.

2. Akses Layanan Kesehatan dengan Pemberian Vitamin A

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna secara statistic antara akses layanan kesehatan dengan pemberian vitamin A di indonesia. Keluarga dengan akses tidak terjangkau beresiko 1,224 kali lebih mungkin dengan tidak diberikan vitamin A dibandingkan dengan diberikan vitamin A (OR=1,224; 95% CI 1,077-1,391).

Hasil penelitian Mostafa et al., (2019)di Bangladesh menyatakan resiko kurang diberikan vitamin A pada balita tidak pernah ke klinik dokter (AOR= 1,58; 95% CI 1,13-2,21) dan dengan mendatangi kelompok posyandu (AOR=1,78; 95% CI 1,07-2,96), lebih mungkin untuk memenuhi pemberian frekuensi vitamin A pada balita. Perbedaan ini mungkin terjadi karena keterbatasan biaya dan pengetahuan yang lebih sedikit tentang pemberian vitamin A pada balita. Hasil penelitian Nassy (2018) di Kenya menyatakan resiko kurang diberikan vitamin A pada balita tidak tahu klinik dokter (OR= 1,233; 95% CI 1,133-1,341) dan mendatangi rumah sakit (AOR=1,258; 95% CI 1,149-1,378), lebih mungkin untuk memenuhi pemberian frekuensi vitamin A pada balita.

Hasil penelitian Ridwan, (2018) di Indonesia faktor risiko kurang diberikan vitamin A yang paling besar adalah tidak pernah ke posyandu yaitu 1,735. Hal ini berarti balita yang tidak pernah ke posyandu

mempunyai risiko 1,735 kali (95% CI 1,602–1,880). Demikian juga KK yang tidak tahu lokasi posyandu, balitanya berisiko 1,267 kali (95% CI (1,147– 1,401) untuk tidak mendapatkan kapsul vitamin A.

Hubungan ini bisa jadi karena yang menyatakan bahwa akses layanan kesehatan yang memadai akan menunjang perilaku kesadaran anggota keluarga untuk pergi ke pelayanan kesehatan terdekat melakukan pemeriksaan terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita dalam pemberian vitamin A.

3. Pendidikan Ibu dengan Pemberian Vitamin A

Pada penelitian ini pendidikan ibu berhubungan dengan pemberian vitamin A di Indonesia. Ibu yang tidak sekolah 1,652 kali lebih mungkin dengan pemberian vitamin A kurang dibandingkan dengan pemberian vitamin A baik (OR 1,652; 95% CI 1,028-2,656).

Dalam hasil penelitian Chen et al., (2018) di Tanzania menyatakan anak dari ibu tidak bersekolah 2 kali lebih mungkin untuk tidak memenuhi pemberian vitamin A (AOR=1,41; 95% CI 1,03 -1,94) dan frekuensi pemberian vitamin A (AOR=1,70; 95% CI 1,09-2,60) dibandingkan dengan ibu pendidikan menengah (AOR=1,69; 95% 1,14-2,54).

Diperkuat dalam hasil penelitian Kassa et al., (2020) di Ethiopia menyatakan pemberian vitamin A dengan ibu yang tidak berpendidikan memiliki 1,48 kali lebih berisiko dibandingkan dengan ibu tingkat pendidikan menengah (OR=1,48;95% CI 1,21 – 1,96). Hasil penelitian

Berde & Kruger (2019) di Afrika menyatakan ibu dengan pendidikan primer/rendah 1,43 kali lebih beresiko dengan ibu tingkat pendidikan sekunder/tinggi (OR 1,43; 95% CI 1,39-1,47).

Hasil penelitian Ridwan (2014) di Indonesia menyatakan kemungkinan anak dari ibu dengan yang pendidikan tinggi 1,3 kali lebih tinggi untuk mengkonsumsi vitamin A dibandingkan dengan anak dari ibu dengan pendidikan rendah, ibu dengan pendidikan PT lebih cenderung membawa anaknya untuk ke layanan kesehatan dibandingkan dengan ibu yang pendidikan SD dan tidak masuk sekolah. Hal ini bisa dimungkinkan karena ibu memiliki kemampuan untuk memahami informasi dan mengetahui pentingnya vitamin A pada masa pertumbuhan dan perkembangan usia balita. Ibu yang memiliki pengetahuan baik akan mempermudah dan lebih memahami akan pentingnya kegiatan Posyandu pada balitanya. Seseorang yang berpengetahuan baik dapat lebih memelihara tingkat kesehatannya dari pada seseorang yang berpengetahuan kurang

4. Berat Lahir Anak dengan Pemberian Vitamin A

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa berat badan lahir anak ada hubungan dengan pemberian vitamin A. berat lahir anak dengan BBLR (<2500gram) 2,519 kali lebih beresiko mungkin dengan pemberian vitamin A kurang dibandingkan dengan pemberian vitamin A baik.

Hasil penelitian Kimwele & Ochola (2017) di Noirobi, Kenya menyatakan ada hubungan antara konsumsi pemberian vitamin A pada

balita dengan berat badan lahir anak. Anak dengan berat badan lahir rendah sangat beresiko terkena penyakit defisiensi vitamin A. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Mokori et al., (2017) di Uganda anak dengan berat badan lahir normal pemberian vitamin A 58,8% dibandingkan dengan anak berat badan lahir rendah pemberian vitamin A 53,8%.

Dalam penelitian Dewi (2018) di Indonesia BBRL 2,406 kali beresiko diberikan vitamin A kurang dibandingkan diberikan vitamin A yang baik (OR 2,406; 95%CI 1,120-5,169). Pengetahuan dan pemahaman akan pentingnya pemberian vitamin A pada bayi menjadi suatu kebutuhan bagi semua petugas kesehatan dan masyarakat luas terutama ibu - ibu yang mempunyai bayi dan balita. Rendahnya cakupan pemberian vitamin A dipengaruhi oleh rendahnya informasi dan edukasi pelaksanaan vitamin A kepada masyarakat oleh petugas kesehatan. Selain itu persepsi dan pendapat masyarakat yang kurang paham tentang vitamin A juga menjadi penghambat. Begitu juga ibu yang pengetahuannya kurang kadang-kadang memberikan vitamin A pada bayi dikarenakan pada saat pemberian vitamin A ibu tidak datang ke posyandu (Syamsyiah & Hardisman, 2014).

Pada penelitian Shenai, (2016) Ibu yang pengetahuannya kurang kadang-kadang memberikan vitamin A pada bayi dikarenakan pada saat pemberian vitamin A ibu tidak datang ke posyandu. Vitamin A yang dititipkan kader pada ibu untuk diberikan pada bayi dan balitanya kadang ibu lupa untuk memberikan pada balitanya. Jika ibu mengetahui manfaat

dan pelayanan yang dilakukan diposyandu serta gunanya balita dibawa terus-menerus keposyandu dan arti pentingnya KMS sebagai alat untuk mencatat dan mengamati perkembangan kesehatan anak yang mudah dilakukan ibu, maka seorang ibu dapat menilai dan berbuat sesuatu untuk berusaha memperbaiki dan meningkatkan kesehatan anaknya. Hal ini sesuai dengan teori bahwa pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan dasar untuk berbuat, karena itu kemampuan seseorang melakukan sesuatu tergantung pengetahuan yang ia miliki. Atas dasar pengetahuan tentang posyandu, tujuan dan manfaat yang diperoleh di posyandu memungkinkan ibu untuk hadir pada setiap pelaksanaan posyandu.

Hubungan dalam hal ini Berat badan lahir menentukan pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental pada masa balita. Vitamin A sangat bermanfaat untuk proses fisiologis dalam tubuh secara normal, meningkatkan fungsi penglihatan, proses pertumbuhan sel, meningkatkan imunitas dan pertumbuhan, serta menjaga tubuh dari penyakit infeksi (Awasthi, 2020).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Prevalensi pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia sebagian besar (77,4 %) adalah kategori pemberian vitamin A baik
2. Karakteristik keluarga dengan akses layanan kesehatan sebagian besar (62,2%) terjangkau, dan karakteristik Ibu bahwa sebagian besar umur ibu 20-35 tahun (67,1%) serta karakteristik balita menurut berat lahir anak menunjukkan normal (92,1%).
3. Ditemukan adanya hubungan yang signifikan secara statistik dari faktor keluarga adalah status sosial ekonomi ($P=0,000 < 0,05$), akses layanan kesehatan ($P=0,000 < 0,05$), dan faktor ibu adalah pendidikan ibu ($P=0,000 < 0,05$), serta faktor anak adalah berat lahir anak ($P=0,000 < 0,05$).
4. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan di Indonesia adalah status BBLR beresiko 2,519 kali tidak diberikan vitamin A dibandingkan anak dengan normal.

B. Saran

1. Bagi BKKBN dan Kementerian Kesehatan, perlunya meningkatkan pendidikan gizi yang komprehensif dan program promosi kesehatan harus fokus pada tentang pentingnya praktek pemberian pemebrian

vitamin A baik pada balita usia 6-59 bulan. Para tenaga kesehatan dan badan yang bertanggung jawab juga harus mampu untuk memberikan perhatian, nasihat dan konseling serta penyuluhan kesehatan terkait tentang pentingnya pemberian vitamin A pada balita.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes Bengkulu, diharapkan penelitian ini nantinya dapat menambah pengetahuan dan ilmu baru terkait determinan yang berhubungan dengan pemberian vitamin A pada balita usia 6-59 bulan sehingga menjadi bahan ajar yang dapat dibahas di beberapa jurusan terkait dengan ilmu gizi.
3. Bagi Masyarakat, khususnya ibu penting untuk memberikan vitamin A pada balita usia 6-59 bulan tepat waktu (diberikan setiap 6 sekali atau 2 kali tahun) yang diselenggarakan pada bulan febuari dan agustus.
4. Bagi Penelitian Lain, diharapkan selanjutnya lebih mengembangkan penelitian ini dengan meneliti variabel lain yang belum diteliti dalam penelitian ini, tentunya menggunakan data yang mewakili seluruh masyarakat di Indonesia (data nasional).

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, P. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Vitamin a Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Kandai Kota Kendari. *Jurnal SMART Kebidanan*, 6(1), 20. <https://doi.org/10.34310/sjkb.v6i1.234>
- Aghaji, A. E., Duke, R., & Aghaji, U. C. W. (2019). Inequitable coverage of vitamin A supplementation in Nigeria and implications for childhood blindness. *BMC Public Health*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6413-1>
- Akerlof. (2012). Analisis Pengaruh Pendidikan, Pelatihan, dan Pengalaman Kerja terhadap Produktivitas Kerja Pegawai Dinas Pertambangan dan Energi Provinsi Papua. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Berde, A. S., Bester, P., & Kruger, I. M. (2019). Coverage and factors associated with vitamin A supplementation among children aged 6 – 59 months in twenty-three sub-Saharan African countries. 22(10), 1770–1776. <https://doi.org/10.1017/S1368980018004056>
- Beyene, M., Worku, A. G., & Wassie, M. M. (2015). Dietary diversity, meal frequency and associated factors among infant and young children in Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2333-x>
- Cahyaningrum, F., & Setyanti, P. (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Vitamin a Dengan Kepatuhan Ibu Memberikan Kapsul Vitamin a Pada Balita Usia 12 – 59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowosari Kota Semarang. *Jurnal Ilmiah Maternal*, 2(1), 1–6.
- Chen, D., Wu, N., Corbett, K., Horton, S., Saleh, N., & Mosha, T. C. E. (2018). Effectiveness of social marketing in improving knowledge , attitudes and practice of consumption of vitamin A-forti fi ed oil in Tanzania. 22(3), 466–475. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003373>
- HANDINI, M. C., & ANITA, A. (2016). Pengaruh Pengetahuan Gizi, Status Sosial Ekonomi, Gaya Hidup Dan Pola Makan Terhadap Status Gizi Anak (Studi Kausal di Pos PAUD Kota Semarang Tahun 2015). *JPUD - Jurnal Pendidikan Usia Dini*, 10(2), 213–232. <https://doi.org/10.21009/jpud.102.02>
- Hardani, Andriani, H., Ustiawaty, J., Utami, E. F., Istiqomah, R. R., Fardani, R. A., ... Auliya, N. H. (2020). *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif* (Cetakan I; H. Abadi, ed.). Yogyakarta: CV. Pustaka Ilmu Group.
- Haryuningsih, W. (2018). Hubungan antara kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan kejadian kematian bayi di Kabupaten Bantul Tahun 2016. In *Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta*. Retrieved from <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1753/>

- Kabir, I., Khanam, M., Agho, K. E., Miharshahi, S., Dibley, M. J., & Roy, S. K. (2012). Determinants of inappropriate complementary feeding practices in infant and young children in Bangladesh: Secondary data analysis of Demographic Health Survey 2007. *Maternal and Child Nutrition*, 8(SUPPL. 1), 11–27. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00379.x>
- Kadir, A., Nani, S., Makassar, H., Nani, S., & Makassar, H. (2013). *Memberikan Vitamin a Pada Balitadi Wilayah Puskesmas Cempaeparepare Tahun 2012*. 2, 1–8.
- Kassa, G., Mesfin, A., & Gebremedhin, S. (2020). Uptake of routine vitamin A supplementation for children in Humbo district, southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09617-1>
- KEMENKES RI. (2020). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* (Vol. 42). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Bulan Kapsul Vitamin A Terintegrasi Program Kecacingan Dan Crash Program Campak*.
- Kimwele, A., & Ochola, S. (2017). Complementary Feeding and the Nutritional Status of Children 6-23 Months Attending Kahawa West Public Health Center, Nairobi. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 06(02), 17–26. <https://doi.org/10.9790/1959-0602061726>
- Koroma, A. S., Conteh, S. G., Bah, M., Kamara, H. I., Turay, M., Kandeh, A., ... Hodges, M. H. (2020). Routine vitamin A supplementation and other high impact interventions in Sierra Leone. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4), 1–11. <https://doi.org/10.1111/mcn.13041>
- Kundu, S., Rai, B., & Shukla, A. (2021). Prevalence and determinants of Vitamin A deficiency among children in India: Findings from a national cross-sectional survey. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 11(February), 100768. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100768>
- Lartey, S. (2019). Vitamin a Supplementation in Preschool Children. Coverage and Factors Determining Uptake in Three Districts of Ghana. *JOJ Ophthalmology*, 8(1). <https://doi.org/10.19080/jojo.2019.08.555726>
- Listyaningsih, U., & Sumini, S. (2015). Jumlah Anak Ideal Menurut Remaja Di Daerah Istimewa Yogyakarta. *Populasi*, 23(2), 38–54. <https://doi.org/10.22146/jp.15694>
- Mahendra, M., & Sri Ardani, I. (2015). Pengaruh Umur, Pendidikan Dan Pendapatan Terhadap Niat Beli Konsumen Pada Produk Kosmetik the Body Shop Di Kota Denpasar. *E-Jurnal Manajemen Universitas Udayana*, 4(2), 254813.

- Maulina, N. (2018). Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Cakupan Imunisasi Vitamin A. *Jurnal Aceh Medika*, 2(2), 224–232.
- Mokori, A., Schonfeldt, H., & Hendriks, S. L. (2017). Child factors associated with complementary feeding practices in Uganda. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 30(1), 24–31. <https://doi.org/10.1080/16070658.2016.1225887>
- Mostafa, I., Islam, S. F., Mondal, P., Faruque, A. S. G., Ahmed, T., & Hossain, M. I. (2019). Factors affecting low coverage of the vitamin A supplementation program among young children admitted in an urban diarrheal treatment facility in Bangladesh. *Global Health Action*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1588513>
- Novarianti, W., Syukri, M., Izhar, M. D., Ridwan, M., & Faisal, F. (2021). Status Gizi dan Pemberian Kapsul Vitamin A sebagai Faktor Risiko Pneumonia Balita Usia 18-59 Bulan. *Jurnal Bidan Cerdas*, 3(2), 47–54. <https://doi.org/10.33860/jbc.v3i2.418>
- Permana, Y. E., Santoso, E., & Dewi, C. (2018). Implementasi Metode Dempster-Shafer untuk Diagnosa Defisiensi (Kekurangan) Vitamin pada Tubuh manusia. *Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, 2(3), 1194–1203.
- Priyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif* (2016th ed.; T. Chandra, ed.). Surabaya: Zifatama Publishing.
- Ridwan, E. (2010). *Cakupan Suplementasi Kapsul Vitamin A Dalam Akses Pelayanan Kesehatan Pada Anak Balita Di Indonesia Analisis DATA RISKESDAS 2010 (Vitamin A Supplementation Coverage in Relationship to Household Characteristics and Access to Health Care Among Children Und. 2010*, 1–9.
- Ridwan, E. (2013). Cakupan Suplementasi Kapsul Vitamin a Dalam Hubungannya Dengan Karakteristik Rumah Tangga Dan Akses Pelayanan Kesehatan Pada Anak Balita Di Indonesia Analisis Data Riskesdas 2010. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(1 Jan), 1–9. <https://doi.org/10.22435/bpsk.v16i1>
- Ridwan, E. (2014). Kapsul Vitamin a Dan Morbiditas Anak Balita: Analisis Data Riskesdas 2007. *Gizi Indonesia*, 35(1), 64–72. <https://doi.org/10.36457/gizindo.v35i1.123>
- Scharfstein, M., & Gaurf. (2013). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- SDKI. (2018). Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. In *BKKBN BPS Kemenkes RI USAID*. <https://doi.org/0910383107> [pii]r10.1073/pnas.0910383107

- Setyawati, V. A. V., & Zahrina, M. D. (2018). *Jurnal Kesmas (Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa*. [Http://Openjurnal.Unmuhpnk.Ac.Id/Index.Php/Jkkmk](http://Openjurnal.Unmuhpnk.Ac.Id/Index.Php/Jkkmk) *Umur Anak, Pekerjaan Dan Pendidikan Ibu Berperan Pada Tingkat Pengetahuan Ibu Dalam Pemberian Vitamin A*. 88–90.
- Shenai, J. P. (1999). Vitamin A supplementation in very low birth weight neonates: Rationale and evidence. *Pediatrics*, *104*(6), 1369–1974. <https://doi.org/10.1542/peds.104.6.1369>
- Simbolon, D., Chalidyanto, D., & Ernawati. (2013). Determinan Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Rumah Sakit Pemerintah Indonesia (Analisis Data Rifaskes 2011). *Kebijakan Kesehatan Indonesia*, *02*(4), 202–214.
- Song, P., Wang, J., Wei, W., Chang, X., Wang, M., & An, L. (2017). The prevalence of vitamin a deficiency in Chinese children: A systematic review and Bayesian meta-analysis. *Nutrients*, *9*(12). <https://doi.org/10.3390/nu9121285>
- Srivastava, S., & Kumar, S. (2021). Does socio-economic inequality exist in micro-nutrients supplementation among children aged 6–59 months in India? Evidence from National Family Health Survey 2005–06 and 2015–16. *BMC Public Health*, *21*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10601-6>
- Sunanti, F, N. (2016). Karakteristik Orang Tua dan Perkembangan Balita Usia 12-59 Bulan. *Jurnal Care*, *4*(3), 50–61.
- Supia, D. R., & Rahayuningsih, F. B. (2019). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Vitamin A Dengan Metode Scramble Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Di Desa Kertonatan Kecamatan Kartasura ...*. Retrieved from <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/73298>
- Syamsyiah, S., & Hardisman. (2014). *Analisis kebijakan inisiasi menyusui dini (imd) dan pemberian air susu ibu eksklusif di rs bersalin budi kemuliaan jakarta*. *37*(94), 205–218.
- Tassew, A. A., Tekle, D. Y., & Belachew, A. B. (2019). *Factors affecting feeding 6-23 months age children according to minimum acceptable diet in Ethiopia: A multilevel analysis of the Ethiopian Demographic Health Survey*. 1–14. <https://doi.org/org/10.1371/journal.pone.0203098>
- Wahyunita, V. D., Sulatriningsih, K., & Harahap, I. Z. (2019). Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Vitamin A pada Balita Di Kelurahan Ciriung Cibinong Kabupaten Bogor. *Quality: Jurnal Kesehatan*, *13*(2), 50–53. <https://doi.org/10.36082/qjk.v13i2.88>

L

A

M

P

I

R

A

N



Oct 22, 2020

Nur choliza azri Deyta octavia
Poltekkes kemenkes bengkulu
Indonesia
Phone: +6285377669953
Email: nurcholizaazri64@gmail.com
Request Date: 10/22/2020

Dear Nur choliza azri Deyta octavia:

This is to confirm that you are approved to use the following Survey Datasets for your registered research paper titled: "DETERMINAN PEMBERIAN VITAMIN A PADA BALITA (ANALISIS DATA SDKI 2017)":

Indonesia

To access the datasets, please login at: https://www.dhsprogram.com/data/dataset_admin/login_main.cfm. The user name is the registered email address, and the password is the one selected during registration.

The IRB-approved procedures for DHS public-use datasets do not in any way allow respondents, households, or sample communities to be identified. There are no names of individuals or household addresses in the data files. The geographic identifiers only go down to the regional level (where regions are typically very large geographical areas encompassing several states/provinces). Each enumeration area (Primary Sampling Unit) has a PSU number in the data file, but the PSU numbers do not have any labels to indicate their names or locations. In surveys that collect GIS coordinates in the field, the coordinates are only for the enumeration area (EA) as a whole, and not for individual households, and the measured coordinates are randomly displaced within a large geographic area so that specific enumeration areas cannot be identified.

The DHS Data may be used only for the purpose of statistical reporting and analysis, and only for your registered research. To use the data for another purpose, a new research project must be registered. All DHS data should be treated as confidential, and no effort should be made to identify any household or individual respondent interviewed in the survey. Please reference the complete terms of use at: <https://dhsprogram.com/Data/terms-of-use.cfm>.

The data must not be passed on to other researchers without the written consent of DHS. However, if you have coresearchers registered in your account for this research paper, you are authorized to share the data with them. All data users are required to submit an electronic copy (pdf) of any reports/publications resulting from using the DHS data files to: references@dhsprogram.com.

Sincerely,

Bridgette Wellington

Bridgette Wellington
Data Archivist
The Demographic and Health Surveys (DHS) Program

PERHITUNGAN SAMPEL

$$\begin{aligned}n_1 = n_2 &= \left(\frac{Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2}}{p_1 - p_2} \right)^2 \times 2 \\&= \left(\frac{1,96 \sqrt{2,0,3648} + 1,28 \sqrt{0,0979 + 0,2304}}{0,25} \right)^2 \times 2 \\&= \left(\frac{1,96,0,7296 + 1,28,0,3283}{0,25} \right)^2 \times 2 \\&= \left(\frac{1,67 + 0,72}{0,25} \right)^2 \times 2 \\&= \left(\frac{2,39}{0,25} \right)^2 \times 2 \\&= (9,56)^2 = 91 \times 2 \\&= 182 + 10\% \times 2 \text{ (untuk mencegah drop out)} \\&= 182,2 \times 2 \\&= 364,4 \\&= 365 \text{ sampel}\end{aligned}$$

Analisis Univariat

Vit.A

| | | |
|---|---------|------|
| N | Valid | 5884 |
| | Missing | 0 |

Vit.A

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid diberikan vitamin A | 4557 | 77.4 | 77.4 | 77.4 |
| tidak diberikan vitamin A | 1327 | 22.6 | 22.6 | 100.0 |
| Total | 5884 | 100.0 | 100.0 | |

Statistics

sosial ekonomi

| | | |
|---|---------|------|
| N | Valid | 5884 |
| | Missing | 0 |

sosial ekonomi

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid sangat kaya | 961 | 16.3 | 16.3 | 16.3 |
| kaya | 1004 | 17.1 | 17.1 | 33.4 |
| menengah | 1076 | 18.3 | 18.3 | 51.7 |
| miskin | 1222 | 20.8 | 20.8 | 72.5 |
| sangat miskin | 1621 | 27.5 | 27.5 | 100.0 |

sosial ekonomi

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | sangat kaya | 961 | 16.3 | 16.3 | 16.3 |
| | kaya | 1004 | 17.1 | 17.1 | 33.4 |
| | menengah | 1076 | 18.3 | 18.3 | 51.7 |
| | miskin | 1222 | 20.8 | 20.8 | 72.5 |
| | sangat miskin | 1621 | 27.5 | 27.5 | 100.0 |
| | Total | 5884 | 100.0 | 100.0 | |

Statistics

tempat tinggal

| | | |
|---|---------|------|
| N | Valid | 5884 |
| | Missing | 0 |

tempat tinggal

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Perkotaan | 3024 | 51.4 | 51.4 | 51.4 |
| | Perdesaan | 2860 | 48.6 | 48.6 | 100.0 |
| | Total | 5884 | 100.0 | 100.0 | |

Statistics

pendidikan ibu

| | | |
|---|---------|------|
| N | Valid | 5884 |
| | Missing | 0 |

Hubungan karakteristik ibu

umur ibu

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 20-35 tahun | 3946 | 67.1 | 67.1 | 67.1 |
| > 35 tahun | 1831 | 31.1 | 31.1 | 98.2 |
| < 20 tahun | 107 | 1.8 | 1.8 | 100.0 |
| Total | 5884 | 100.0 | 100.0 | |

Statistics

akses kesehatan

| | | |
|---|---------|------|
| N | Valid | 5884 |
| | Missing | 0 |

pendidikan ibu

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Menengah | 3269 | 55.6 | 55.6 | 55.6 |
| Rendah | 1562 | 26.5 | 26.5 | 82.1 |
| Tinggi | 1053 | 17.9 | 17.9 | 100.0 |
| Total | 5884 | 100.0 | 100.0 | |

Statistics

pekerjaan ibu

| | | |
|---|---------|------|
| N | Valid | 5884 |
| | Missing | 0 |

pekerjaan ibu

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Bekerja | 3229 | 54.9 | 55.0 | 55.0 |
| | tidak bekerja | 2647 | 45.0 | 45.0 | 100.0 |
| Total | | 5884 | 100.0 | | |

Statistics

umur ibu

| | | |
|---|---------|------|
| N | Valid | 5884 |
| | Missing | 0 |

akses kesehatan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Terjangkau | 3658 | 62.2 | 62.2 | 62.2 |
| | tidak terjangkau | 2225 | 37.8 | 37.8 | 100.0 |
| Total | | 5884 | 100.0 | | |

Statistics

jenis kelamin

| | | |
|---|---------|------|
| N | Valid | 5884 |
| | Missing | 0 |

jenis kelamin

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | laki-laki | 3010 | 51.2 | 51.2 | 51.2 |

| | | | | |
|-----------|------|-------|-------|-------|
| Perempuan | 2874 | 48.8 | 48.8 | 100.0 |
| Total | 5884 | 100.0 | 100.0 | |

BBRL

| | | |
|---|---------|------|
| N | Valid | 5884 |
| | Missing | 0 |

BBRL

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid normal (>2500gram) | 5419 | 92.1 | 92.1 | 92.1 |
| BBRL (<2500gram) | 465 | 7.9 | 7.9 | 100.0 |
| Total | 5884 | 100.0 | 100.0 | |

Analisis Bivariat

sosial ekonomi * pemberian vitamin A

Crosstab

| | | | pemberian vitamin A | | Total |
|----------------|-------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|-------|
| | | | diberikan vitamin A | tidak diberikan vitamin A | |
| sosial ekonomi | sangat kaya | Count | 733 | 228 | 961 |
| | | % within pemberian vitamin A | 16.1% | 17.2% | 16.3% |
| | Kaya | Count | 845 | 159 | 1004 |
| | | % within pemberian vitamin A | 18.5% | 12.0% | 17.1% |
| | menengah | Count | 821 | 255 | 1076 |
| | | % within pemberian vitamin A | 18.0% | 19.2% | 18.3% |
| | miskin | Count | 984 | 238 | 1222 |

| | | | | |
|---------------|------------------------------|--------|--------|--------|
| | % within pemberian vitamin A | 21.6% | 17.9% | 20.8% |
| sangat miskin | Count | 1174 | 447 | 1621 |
| | % within pemberian vitamin A | 25.8% | 33.7% | 27.5% |
| Total | Count | 4557 | 1327 | 5884 |
| | % within pemberian vitamin A | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 57.529 ^a | 4 | .000 |
| Likelihood Ratio | 58.840 | 4 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 13.636 | 1 | .000 |
| N of Valid Cases | 5884 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 216.73.

tempat tinggal * pemberian vitamin A

Crosstab

| | | | pemberian vitamin A | | Total |
|----------------|-----------|------------------------------|---------------------|---------------------------|--------|
| | | | diberikan vitamin A | tidak diberikan vitamin A | |
| tempat tinggal | perkotaan | Count | 2334 | 690 | 3024 |
| | | % within pemberian vitamin A | 51.2% | 52.0% | 51.4% |
| | perdesaan | Count | 2223 | 637 | 2860 |
| | | % within pemberian vitamin A | 48.8% | 48.0% | 48.6% |
| Total | | Count | 4557 | 1327 | 5884 |
| | | % within pemberian vitamin A | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .250 ^a | 1 | .617 | | |
| Continuity Correction ^b | .219 | 1 | .639 | | |
| Likelihood Ratio | .250 | 1 | .617 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .640 | .320 |
| Linear-by-Linear Association | .250 | 1 | .617 | | |
| N of Valid Cases ^b | 5884 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 645.01.

b. Computed only for a 2x2 table

pendidikan ibu * pemberian vitamin A

Crosstab

| | | | pemberian vitamin A | | Total |
|----------------|----------|------------------------------|---------------------|---------------------------|--------|
| | | | diberikan vitamin A | tidak diberikan vitamin A | |
| pendidikan ibu | menengah | Count | 2618 | 651 | 3269 |
| | | % within pemberian vitamin A | 57.5% | 49.1% | 55.6% |
| | rendah | Count | 1156 | 406 | 1562 |
| | | % within pemberian vitamin A | 25.4% | 30.6% | 26.5% |
| | tinggi | Count | 783 | 270 | 1053 |
| | | % within pemberian vitamin A | 17.2% | 20.3% | 17.9% |
| Total | | Count | 4557 | 1327 | 5884 |
| | | % within pemberian vitamin A | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--|-------|----|-----------------------|
| | | | |

| | | | |
|------------------------------|---------------------|---|------|
| Pearson Chi-Square | 29.358 ^a | 2 | .000 |
| Likelihood Ratio | 29.220 | 2 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 23.153 | 1 | .000 |
| N of Valid Cases | 5884 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 237.48.

pekerjaan ibu * pemberian vitamin A

Crosstab

| | | | pemberian vitamin A | | Total |
|---------------|---------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|--------|
| | | | diberikan vitamin A | tidak diberikan vitamin A | |
| pekerjaan ibu | bekerja | Count | 2487 | 742 | 3229 |
| | | % within pemberian vitamin A | 54.7% | 56.0% | 55.0% |
| | tidak bekerja | Count | 2063 | 584 | 2647 |
| | | % within pemberian vitamin A | 45.3% | 44.0% | 45.0% |
| Total | | Count | 4550 | 1326 | 5876 |
| | | % within pemberian vitamin A | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .699 ^a | 1 | .403 | | |
| Continuity Correction ^b | .648 | 1 | .421 | | |
| Likelihood Ratio | .700 | 1 | .403 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .415 | .211 |
| Linear-by-Linear Association | .699 | 1 | .403 | | |
| N of Valid Cases ^b | 5876 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 597.33.

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .699 ^a | 1 | .403 | | |
| Continuity Correction ^b | .648 | 1 | .421 | | |
| Likelihood Ratio | .700 | 1 | .403 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .415 | .211 |
| Linear-by-Linear Association | .699 | 1 | .403 | | |
| N of Valid Cases ^b | 5876 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 597.33.

b. Computed only for a 2x2 table

umur ibu * pemberian vitamin A

Crosstab

| | | | pemberian vitamin A | | Total |
|----------|-------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|--------|
| | | | diberikan vitamin A | tidak diberikan vitamin A | |
| umur ibu | 20-35 tahun | Count | 3055 | 891 | 3946 |
| | | % within pemberian vitamin A | 67.0% | 67.1% | 67.1% |
| | > 35 tahun | Count | 1426 | 405 | 1831 |
| | | % within pemberian vitamin A | 31.3% | 30.5% | 31.1% |
| | < 20 tahun | Count | 76 | 31 | 107 |
| | | % within pemberian vitamin A | 1.7% | 2.3% | 1.8% |
| Total | | Count | 4557 | 1327 | 5884 |
| | | % within pemberian vitamin A | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--|-------|----|-----------------------|
| | | | |

| | | | |
|------------------------------|--------------------|---|------|
| Pearson Chi-Square | 2.723 ^a | 2 | .256 |
| Likelihood Ratio | 2.578 | 2 | .276 |
| Linear-by-Linear Association | .124 | 1 | .724 |
| N of Valid Cases | 5884 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24.13.

akses kesehatan * pemberian vitamin A

Crosstab

| | | | pemberian vitamin A | | Total |
|-----------------|------------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|--------|
| | | | diberikan vitamin A | tidak diberikan vitamin A | |
| akses kesehatan | Terjangkau | Count | 2895 | 763 | 3658 |
| | | % within pemberian vitamin A | 63.5% | 57.5% | 62.2% |
| | tidak terjangkau | Count | 1661 | 564 | 2225 |
| | | % within pemberian vitamin A | 36.5% | 42.5% | 37.8% |
| Total | | Count | 4556 | 1327 | 5883 |
| | | % within pemberian vitamin A | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 15.966 ^a | 1 | .000 | | |
| Continuity Correction ^b | 15.710 | 1 | .000 | | |
| Likelihood Ratio | 15.807 | 1 | .000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .000 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 15.963 | 1 | .000 | | |
| N of Valid Cases ^b | 5883 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 501.88.

b. Computed only for a 2x2 table

jenis kelamin * pemberian vitamin A

Crosstab

| | | | pemberian vitamin A | | Total |
|---------------|-----------|------------------------------|---------------------|---------------------------|--------|
| | | | diberikan vitamin A | tidak diberikan vitamin A | |
| jenis kelamin | laki-laki | Count | 2335 | 675 | 3010 |
| | | % within pemberian vitamin A | 51.2% | 50.9% | 51.2% |
| | perempuan | Count | 2222 | 652 | 2874 |
| | | % within pemberian vitamin A | 48.8% | 49.1% | 48.8% |
| Total | | Count | 4557 | 1327 | 5884 |
| | | % within pemberian vitamin A | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .057 ^a | 1 | .811 | | |
| Continuity Correction ^b | .043 | 1 | .835 | | |
| Likelihood Ratio | .057 | 1 | .811 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .827 | .418 |
| Linear-by-Linear Association | .057 | 1 | .811 | | |
| N of Valid Cases ^b | 5884 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 648.16.

b. Computed only for a 2x2 table

bbri * pemberian vitamin A

Crosstab

| | | | pemberian vitamin A | | Total |
|-------|--------------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|--------|
| | | | diberikan vitamin A | tidak diberikan vitamin A | |
| bbri | normal (>2500gram) | Count | 4290 | 1129 | 5419 |
| | | % within pemberian vitamin A | 94.1% | 85.1% | 92.1% |
| | BBRL (<2500gram) | Count | 267 | 198 | 465 |
| | | % within pemberian vitamin A | 5.9% | 14.9% | 7.9% |
| Total | | Count | 4557 | 1327 | 5884 |
| | | % within pemberian vitamin A | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|----------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.160E2 ^a | 1 | .000 | | |
| Continuity Correction ^b | 114.710 | 1 | .000 | | |
| Likelihood Ratio | 101.230 | 1 | .000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .000 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 115.931 | 1 | .000 | | |
| N of Valid Cases ^b | 5884 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 104.87.

b. Computed only for a 2x2 table

Analisis Multivariat

1. Pemodelan Awal Analisis Multivariat

Variables in the Equation

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95.0% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------|--------|------|---------|----|------|--------|-----------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1 ^a | | | 31.688 | 4 | .000 | | | |
| sosial_ekonomi | | | | | | | | |
| sosial_ekonomi(1) | -.455 | .118 | 14.883 | 1 | .000 | .634 | .504 | .799 |
| sosial_ekonomi(2) | .063 | .110 | .333 | 1 | .564 | 1.066 | .859 | 1.322 |
| sosial_ekonomi(3) | -.232 | .113 | 4.230 | 1 | .040 | .793 | .635 | .989 |
| sosial_ekonomi(4) | .040 | .110 | .131 | 1 | .717 | 1.041 | .839 | 1.290 |
| tempattinggal(1) | .122 | .067 | 3.348 | 1 | .067 | 1.130 | .991 | 1.289 |
| pend_ibu | | | 21.072 | 2 | .000 | | | |
| pend_ibu(1) | .206 | .079 | 6.743 | 1 | .009 | 1.228 | 1.052 | 1.434 |
| pend_ibu(2) | .388 | .092 | 17.825 | 1 | .000 | 1.475 | 1.231 | 1.766 |
| peker_ibu(1) | -.002 | .066 | .001 | 1 | .979 | .998 | .878 | 1.136 |
| umr_ibu | | | 2.570 | 2 | .277 | | | |
| umr_ibu(1) | -.049 | .071 | .488 | 1 | .485 | .952 | .829 | 1.093 |
| umr_ibu(2) | .306 | .223 | 1.887 | 1 | .170 | 1.358 | .877 | 2.103 |
| aks_kesh(1) | .209 | .065 | 10.225 | 1 | .001 | 1.232 | 1.084 | 1.401 |
| jenis_KL(1) | .001 | .064 | .000 | 1 | .991 | 1.001 | .884 | 1.133 |
| BBRL(1) | .957 | .109 | 76.420 | 1 | .000 | 2.604 | 2.101 | 3.227 |
| Constant | -1.498 | .112 | 179.764 | 1 | .000 | .224 | | |

a. Variable(s) entered on step 1: sosial_ekonomi, tempattinggal, pend_ibu, peker_ibu, umr_ibu, aks_kesh, jenis_KL, BBRL.

Determinan pemberian vitamin A pada balita di Indonesia

Variables in the Equation

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95.0% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------|--------|------|---------|----|------|--------|-----------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1 ^a | | | 31.650 | 4 | .000 | | | |
| sosial_ekonomi | | | | | | | | |
| sosial_ekonomi(1) | -.437 | .118 | 13.835 | 1 | .000 | .646 | .513 | .813 |
| sosial_ekonomi(2) | .080 | .109 | .535 | 1 | .464 | 1.083 | .874 | 1.343 |
| sosial_ekonomi(3) | -.215 | .112 | 3.652 | 1 | .056 | .807 | .648 | 1.005 |
| sosial_ekonomi(4) | .063 | .109 | .338 | 1 | .561 | 1.065 | .861 | 1.319 |
| pend_ibu | | | 21.288 | 2 | .000 | | | |
| pend_ibu(1) | .174 | .077 | 5.096 | 1 | .024 | 1.190 | 1.023 | 1.385 |
| pend_ibu(2) | .397 | .090 | 19.542 | 1 | .000 | 1.487 | 1.247 | 1.772 |
| aks_kesh(1) | .202 | .065 | 9.631 | 1 | .002 | 1.224 | 1.077 | 1.391 |
| BBRL(1) | .924 | .107 | 74.117 | 1 | .000 | 2.519 | 2.041 | 3.109 |
| Constant | -1.452 | .093 | 241.297 | 1 | .000 | .234 | | |

a. Variable(s) entered on step 1: sosial_ekonomi, pend_ibu, aks_kesh, BBRL.

| No. | Variabel | Pertanyaan |
|-----|-----------------------|--|
| 1. | Tempat tinggal | Daerah tempat tinggal ? a. Perkotaan b. Perdesaan |
| 2. | Pekerjaan | 912: Dalam 12 bulan terakhir, apakah ibu/saudari pernah berkerja? c. Ya d. Tidak |
| 3. | Tingkat pendidikan | 108 :Apakah jenjang pendidikan tertinggi yang pernah ibu duduki ? d. Pendidikan tinggi e. Pendidikan menengah (SMA/MA dan SMP) f. Pendidikandasar (<SMP) |
| 4. | Umur ibu | Pada bulan apa dan tahun berapa ibu/saudari dilahirkan ? Berapa umur ibu /saudari pada ulang tahun terakhir ? BANDINGKAN DAN PERBAIKI 105 DAN ATAU 106 JIKA TIDAK SESUAI |
| 5. | Status Sosial Ekonomi | 121: Apakah rumah tangga ini memiliki: j. Listrik k. Radio l. Televisi m. Telepon Rumah. n. Komputer/Laptop o. Lemari Es p. Kipas Angin q. Mesin Cuci r. Pendingin Ruangan (AC) 122: Apa ada anggota rumah tangga ini memiliki: h. Jam Tangan i. Telepon Seluler j. Sepeda k. Sepeda Motor/Skuter l. Delma/Gerobak Ditarik Binatang m. Mobil atau Truk n. Kapal/Perahu Motor 123: Apakah ada anggota rumah tangga yang memiliki rekening bang atau lembaga keuangan lainnya yang resmi? c. Ya d. Tidak |
| 6. | Pemberian vitamin A | 605 : apakah (NAMA) menerima vitamin A selama 6 bulan terakhir ? TUNJUKKAN LEAFLET KAPSUL. Ya.Merah.....1 Ya.Biru.....2 Tidak.....3 Tidak Tahu8 |
| 7. | Umur anak | Pada bulan apa dan tahun berapa (NAMA) dilahirkan |
| 8. | jenis kelamin | Apakah (NAMA) laki-laki atau perempuan |

| | | |
|----|-----------------|--|
| 9. | Akses Kesehatan | 451. Siapa Yang Memeriksa Ibu/Saudari? |
|----|-----------------|--|

| | | |
|-----|------------------------------|---|
| | | Petugas Kesehatan Dokter Kandungan.....11 Dokter Umum.....12 Praktik Bidan/ Bidan Desa.....13 Perawat.....14 Orang Lain Dukun Bayi/Paraji.....21 Lainnya.....96 452. Dimana Tempat Pemeriksaan Dilakukan? Rumah Rumah Responden.....11 Rumah Orang Lain.....12 Ukbm Poskesdes/Polindes..21 Posyandu.....22 Lainnya.....23 Pemerintah Rumah Sakit.....31 Klinik Pemerintah.....32 Puskesmas.....33 Pustu/Pusling.....34 Bidan Didesa.....35 Lainnya.....36 Swasta Rumah Sakit Swasta/Rsia/Rs Bersali.....41 Klinik Swasta/Rumah Bersalin/Balai Pengobatan.....42 Praktik Dokte Kandungan Dan Kebidanan.....43 Praktik Dokter Umum.....44 Praktik Bidan.....45 Praktik Perawat.....46 Lainnya.....47 |
| 10. | Berat bayi lahir rendah BBRL | 428. berapa berat badan bayi ketika dilahirkan? |



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
JURUSAN DIPLOMA III GIZI
Jalan Indra Giri No.3 Padang Harapan Bengkulu



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGANKARYA TULIS ILMIAH

Pembimbing I : **Dr. Demsa Simbolon, SKM., MKM**
Nama : Nur Choliza Azri
Nim : P05130118076
Judul : Determinan Pemberian Vitamin A pada Balita usia 6-59 bulan
(Analisis Data SDKI 2017)

| No | Tanggal | Konsultasi | Paraf |
|-----|-------------------|---------------------------------|-------|
| 1. | 14 September 2020 | Konsultasi judul Proposal KTI | |
| 2. | 18 September 2020 | Pembuatan matriks Penelitian | |
| 3. | 28 September 2020 | Konsultasi BAB I | |
| 4. | 12 Oktober 2020 | Konsultasi BAB II | |
| 5. | 05 november 2020 | Konsultasi BAB II | |
| 6. | 07 Januari 2021 | Analisis Defenisi Operasional | |
| 8 | 11 Januari 2021 | Konsultasi Perhitungan Sampel | |
| 9. | 13 Januari 2021 | Konsultasi Proposal | |
| 10. | 08 febuari 2021 | ACC Tanda Tangan Proposal | |
| 11. | 09 April 2021 | Revisi proposal | |
| 12 | 31 Mei 2021 | Konsultasi BAB 4-5 | |
| 13. | 03 Juni 2021 | Konsultasi BAB 4-5 | |
| 14. | 17 Juli 2021 | Konsultasi BAB 4-5 | |
| 15. | 24 Juli 2021 | Tanda tangan karya tulis ilmiah | |

Pembimbing I

Dr. Demsa Simbolon, SKM., MKM.

NIP. 197608172000032001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
JURUSAN DIPLOMA III GIZI
Jalan IndraGiri No.3 Padang Harapan Bengkulu

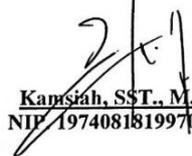


LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Pembimbing II : Kamsiah, SST., M. Kes.
Nama : Nur Choliza Azri
NIM : P0 5130118076
Judul : Determinan pemberian vitamin A pada balita usia
6-59 bulan (analisis data SDKI 2017)

| No | Tanggal | Konsultasi | Saran Perbaikan | Paraf |
|----|------------|--------------------------------------|--|-------|
| 1 | 17/09/2020 | Pengarahan sistem bimbingan | Mencari masalah dan judul penelitian | 2/1 |
| 2 | 18/09/2020 | Konsul judul dan masalah penelitian | ACC judul Karya Tulis Ilmiah | 2/1 |
| 3 | 12/10/2020 | Konsul Bab 1-3 | Perbaiki sistem penulisan dan latar belakang | 2/1 |
| 4 | 05/11/2020 | Konsul Bab 1-3 | Perbaiki kerangka konsep cari beberapa referensi kemudian dimodifikasi | 2/1 |
| 5 | 07/01/2021 | Konsul Bab 1-3 | Perbaiki DO, sesuaikan dengan penelitian | 2/1 |
| 6 | 11/01/2021 | Konsul perhitungan sampel | Sesuaikan dengan data | 2/1 |
| 7 | 21/01/2021 | Revisi bab 1-3 | Rapikan penulisan dan pahami | 2/1 |
| 8 | 01/02/2021 | Acc untuk seminar proposal | Perelajari bab 1-3 dan persiapkn ujian proposal dengan baik | 2/1 |
| 9 | 11/02/2021 | Sidang proposal karya tulis ilmiah | Sidang proposal dan saran | 2/1 |
| 10 | 17/04/2021 | Konsultasi revisi karya tulis ilmiah | Perbaiki Analisis hasil univariat | 2/1 |
| 11 | 31/05/2021 | Konsultasi revisi karya tulis ilmiah | Perbaiki Analisis hasil univariat dan bivariat | 2/1 |
| 12 | 03/06/2021 | Konsultasi Bab 4 dan 5 | Perbaiki penulisan pembahasan | 2/1 |
| 13 | 17/07/2021 | Konsul Bab 5 | Perbaiki kesimpulan sesuaikan dengan tujuan | 2/1 |
| 14 | 24/07/2021 | Acc untuk seminar hasil | Persiapkan dan pelajari bab 1-5 | 2/1 |

Pembimbing II


Kamsiah, SST., M. Kes.
NIP. 197408181997032002