

**GAMBARAN STATUS GIZI BALITA PADA IBU YANG
MENIKAH DINI DI KABUPATEN TEMANGGUNG**

Proposal Penelitian

disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
studi pada Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro



disusun oleh

NUR ATMILATI KHUSNA

22030112130087

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2016**

HALAMAN PENGESAHAN

Proposal penelitian dengan judul “Gambaran Status Gizi Balita pada Ibu yang Menikah Dini di Kabupaten Temanggung” telah dipertahankan di hadapan *reviewer* dan telah direvisi.

Mahasiswa yang mengajukan

Nama	: Nur Atmilati Khusna
NIM	: 22030112130087
Fakultas	: Kedokteran
Program Studi	: Ilmu Gizi
Universitas	: Diponegoro Semarang
Judul proposal	: Gambaran Status Gizi Balita pada Ibu yang Menikah Dini di Kabupaten Temanggung

Semarang, 15 Juni 2016
Pembimbing,

Nuryanto, S.Gz.,M.Gizi
NIP. 19781108 200604 1 002

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat Hasil	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Status Gizi Balita	5
2.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Status Gizi Balita	6
2.3 Kerangka Teori	22
2.4 Kerangka Konsep	22
2.5 Hipotesis	23
BAB III. Metode Penelitian	24
3.1 Ruang Lingkup Penelitian	24
3.2 Jenis Penelitian	24
3.3 Populasi dan Sampel	24
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	25
3.5 Pengumpulan Data	28
3.6 Analisis Data	31
Daftar Pustaka	32
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Kategori Status Gizi Balita	6
Tabel 2 Definisi Operasional	25

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner *Food Recall*

Lampiran 2 Kuesioner Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan pada remaja merupakan kehamilan yang berisiko terjadinya kematian ibu dan kelangsungan hidup anaknya.¹ Selain itu, kehamilan pada remaja dapat berdampak negatif terhadap kesehatan, mental dan psikologi, kesempatan berkarir, kemiskinan, dan masa depan perempuan.² Persalinan pada ibu yang berusia kurang dari 20 tahun memiliki kontribusi dalam tingginya angka kematian neonatal, bayi, dan balita, dan angkanya menurut SDKI tahun 2012, lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang berusia 20-39 tahun.³ Kehamilan dan persalinan pada usia muda dapat terjadi karena adanya pernikahan dini.¹

Pernikahan dini menurut UNICEF dalam *Convention on the Rights of The Child*, adalah pernikahan yang dilakukan oleh pasangan yang salah satu atau kedua pihak berumur kurang dari 18 tahun.⁴ Berdasarkan data dari UNICEF, jumlah perempuan yang telah melakukan pernikahan di bawah usia 18 tahun di seluruh dunia mencapai 22 juta jiwa dan diperkirakan 280 juta lainnya berisiko menjadi pengantin sebelum mencapai 18 tahun.⁵

Pernikahan dini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah norma budaya dan sosial yang berlaku di masyarakat, status ekonomi, dan tingkat pendidikan. Norma budaya dan sosial, termasuk yang berkaitan dengan kepercayaan, mempengaruhi umur perempuan untuk menikah.⁶ Penelitian yang dilakukan di Banglades, India, dan Nepal, menunjukkan bahwa tradisi dan peran keluarga dalam pernikahan dini sangat berpengaruh.⁷ Indonesia sendiri juga terdapat budaya yang berkembang di lingkungan masyarakat seperti anggapan negatif terhadap perawan tua jika tidak menikah kurang dari usia 17 tahun atau kebiasaan masyarakat yang menikah di usia sekitar 14-16 tahun menjadi faktor yang mendorong tingginya jumlah perkawinan muda.⁸

Status ekonomi juga berpengaruh terhadap kejadian pernikahan dini, terutama di daerah pedesaan. Keluarga miskin memilih menikahkan anaknya pada usia dini untuk meningkatkan stabilitas ekonomi. Hal tersebut didasari oleh adanya tradisi seperti memberikan mas kawin untuk melamar perempuan. Memberikan mas kawin tersebut dapat sedikit meningkatkan ekonomi keluarga.⁹ Faktor lain yang dapat mempengaruhi pernikahan dini adalah tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan yang rendah mengakibatkan masyarakat susah memperoleh pekerjaan layak sehingga orang tua lebih memilih untuk menikahkan anaknya daripada menambah beban hidup keluarga.⁸

Pernikahan dini dapat berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan balita. Dampak kesehatan pernikahan dini bagi ibu salah satunya adalah terganggunya organ reproduksi. Seorang perempuan yang belum mencapai usia 18 tahun, pertumbuhan organ tubuh terutama organ reproduksinya seperti rahim belum matang untuk bereproduksi dan pertumbuhan panggul juga belum maksimal sehingga apabila hamil merupakan kehamilan yang berisiko.¹ Hamil dan melahirkan di usia dini juga dapat meningkatkan risiko kematian pada ibu dan anak. Jumlah bayi yang lahir mati pada perempuan di bawah umur lebih tinggi dibandingkan dengan wanita usia dewasa.¹⁰ Perempuan yang melahirkan saat berusia kurang dari 16 tahun, empat kali berisiko meninggal dibandingkan dengan wanita yang hamil berusia 20 tahun.¹¹ Anak yang lahir dari ibu yang memiliki kesehatan reproduksi yang belum matang, memiliki kesempatan hidup yang rendah dan lebih besar memiliki masalah gizi pada anaknya seperti pendek, kurus, dan gizi buruk.¹²

Ibu balita yang umurnya kurang dari 18 tahun biasanya memiliki pola asuh terhadap anaknya juga kurang baik, sehingga dapat berdampak pada status gizi anaknya. Hal tersebut karena pola asuh ibu terhadap anak berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu, biasanya ibu yang berusia kurang dari 18 tahun memiliki pendidikan yang rendah, sehingga berakibat pada pola asuh yang kurang baik.

Penelitian yang menghubungkan pernikahan dini dengan status gizi balita di Indonesia masih sedikit. Salah satu contoh penelitian yang meneliti pernikahan dini dan status gizi balita seperti yang dilakukan Afifah yang menganalisis data Riskesdas tahun 2010. Hasil analisis Riskesdas tahun 2010 tersebut, menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi balita dan pernikahan dini. Penelitian tersebut menunjukkan persentase anak pendek meningkat pada ibu yang menikah pada usia dini. Semakin muda usia pernikahan ibu, maka proporsi balita dengan status gizi pendek semakin meningkat.¹ Analisis hasil Riskesdas hanya meneliti pernikahan dini dengan status gizi pendek saja dan hanya menjelaskan beberapa faktor penyebabnya.

Indonesia pada tahun 2010, termasuk negara dengan persentase pernikahan dini tinggi dunia (ranking 37) dan tertinggi kedua di ASEAN setelah Kamboja.¹³ Berdasarkan RISKESDAS tahun 2013, di antara perempuan 10-54 tahun, 2,6 persennya menikah pertama kali pada umur kurang dari 15 tahun dan 23,9 persennya menikah pada umur 15-19 tahun.¹⁴ Jawa Tengah sendiri prevalensi pernikahan dini di usia 15-19 tahun mencapai 36% pada tahun 2014.¹⁵ Salah satu kabupaten yang berada di Provinsi Jawa Tengah, yaitu Kabupaten Temanggung, pada bulan Januari tahun 2016 berdasarkan data dari Kementerian Agama Provinsi Jawa Tengah¹, persentase pernikahan dininya terjadi sebanyak 30,78%. Penelitian yang meneliti status gizi balita dan pernikahan dini di Kabupaten Temanggung belum ada. Oleh karena itu, peneliti memilih untuk meneliti gambaran status gizi balita pada ibu yang menikah dini khususnya di daerah pedesaan di Kabupaten Temanggung. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran status gizi balita pada ibu yang menikah dini di Temanggung.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran status gizi balita yang ibunya menikah dini di Kabupaten Temanggung?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran status gizi balita pada ibu yang menikah dini di Kabupaten Temanggung.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Menganalisis hubungan antara status gizi balita berdasarkan TB/U dan BB/TB dengan ibu yang menikah dini

1.3.2.2 Mendeskripsikan asupan energi pada balita yang ibunya menikah dini dengan status gizi balita

1.3.2.3 Mendeskripsikan asupan protein pada balita yang ibunya menikah dini dengan status gizi balita

1.3.2.4 Mendeskripsikan berat lahir pada balita yang ibunya menikah dini dengan status gizi balita

1.3.2.5 Mendiskripsikan riwayat penyakit infeksi pada balita yang ibunya menikah dini dengan status gizi balita

1.3.2.6 Mendiskripsikan status ekonomi keluarga pada balita yang ibunya menikah dini dengan status gizi balita

1.3.2.7 Mendiskripsikan tingkat pendidikan ibu yang menikah dini dengan status gizi balita

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai status gizi berdasarkan TB/U dan BB/TB balita pada ibu yang melakukan pernikahan dini di kabupaten Temanggung.

1.4.2 Penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan bagi instansi terkait untuk menentukan kebijakan dalam mengurangi kejadian pernikahan dini.

1.4.3 Penelitian ini dapat dijadikan alternatif bahan acuan dalam melakukan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi Balita

Status gizi merupakan keadaan fisiologi seseorang sebagai akibat dari hubungan antara asupan gizi dan kebutuhannya serta dari kemampuan tubuh untuk mencerna, menyerap, dan menggunakan zat gizi tersebut.¹⁶ Status gizi dibedakan antara status gizi buruk, kurang, baik, dan lebih.¹⁷ Para ahli gizi profesional menggunakan tiga istilah untuk menggambarkan masalah status gizi yang serius, yaitu malnutrisi, gizi kurang, dan gizi lebih. Malnutrisi adalah status gizi yang tidak seimbang antara kelebihan atau kekurangan zat gizi tertentu atau energi dalam waktu yang lama. Gizi kurang dapat diartikan sebagai keadaan dimana terjadi defisiensi energi atau defisiensi zat gizi dari asupan makanan yang terjadi dalam waktu yang lama, dan dapat menyebabkan penurunan berat badan yang signifikan atau dapat terkena penyakit terkait dengan defisiensi zat gizi, sedangkan gizi lebih merupakan suatu keadaan dimana terlalu banyak asupan energi atau zat gizi dalam jangka yang lama, sehingga dapat menyebabkan obesitas, penyakit jantung, atau gejala keracunan zat gizi tertentu.¹⁸

Status gizi dan kesehatan balita dapat dilihat dari proses pertumbuhannya.¹⁹ Status gizi anak balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB), serta panjang badan (PB), untuk anak usia 0-24 bulan. Variabel BB dan TB/PB anak balita disajikan dalam bentuk tiga indeks antropometri, yaitu BB/U, TB/U atau PB/U, dan BB/TB atau BB/PB. Penilaian status gizi anak balita, dapat dilihat dari angka berat badan dan tinggi badan setiap anak balita yang dikonversikan ke dalam nilai terstandar (*Zscore*) menggunakan baku antropometri anak balita WHO 2005.¹⁴

Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Indikator BB/U yang rendah dapat disebabkan karena pendek (masalah gizi kronis) atau sedang menderita diare

atau penyakit infeksi lain (masalah gizi akut). Indikator status gizi berdasarkan indeks TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, sedangkan indikator status gizi berdasarkan indeks BB/TB memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat).¹⁴

Tabel 1. Kategori status gizi balita¹⁴:

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang batas (Z-score)
BB/U	Gizi buruk	<-3,0 SD
	Gizi kurang	$\geq -3,0$ s/d <-2,0 SD
TB/U atau PB/U	Gizi Baik	$\geq -2,0$ SD
	Sangat pendek	<-3,0 SD
	Pendek	$\geq -3,0$ s/d <-2,0 SD
BB/TB atau BB/PB	Normal	$\geq -2,0$ SD
	Sangat kurus	<-3,0 SD
	Kurus	$\geq -3,0$ s/d <-2,0 SD
	Normal	$\geq -2,0$ s/d $\leq 2,0$ SD
	Gemuk	>2,0 SD

2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita

2.2.1 Asupan Makan

Asupan makan merupakan faktor langsung yang dapat mempengaruhi status gizi. Status gizi yang baik dapat dicapai dengan pangan yang mengandung zat gizi cukup dan aman untuk dikonsumsi, sedangkan gizi kurang dapat terjadi karena tidak tersedianya zat-zat gizi dalam kualitas dan kuantitas yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh.²⁰

Konsumsi makanan yang bergizi merupakan elemen yang penting untuk hidup sehat bagi anak-anak.²¹ Pada usia balita konsumsi makan dipengaruhi oleh praktik pemberian makan yang diberikan ibu. Praktik pemberian makan dalam awal kehidupan merupakan hal penting yang dapat menentukan status kesehatan dan perkembangan selama hidup. Beberapa praktik pemberian makan dapat berkaitan dengan status gizi yang kurang, misalnya praktik pemberian ASI (Air Susu Ibu) eksklusif, lamanya pemberian ASI, praktik pemberian susu formula, usia saat diberi makanan tambahan,

tipe makanan saat diberi pertama kali, usia saat diberi sayur, minyak, dan makanan hewani pertama kali, metode pemberian makan dan pemberian makan saat sakit.²²

Pemberian ASI dan makanan pendamping merupakan hal yang mendasar bagi kehidupan, pertumbuhan, dan perkembangan anak. Malnutrisi pada bayi dapat meningkat pada usia setelah 6 bulan, ketika ASI sudah tidak dapat mencukupi semua kebutuhan zat gizi pada bayi.²³ Penelitian di India menunjukkan bahwa stunting paling banyak ditemukan pada anak yang berusia 36-47 bulan, dan yang paling rendah pada anak usia 48-59 bulan. Penemuan tersebut dapat disebabkan karena penyapihan dan pemberian makanan tambahan yang kurang baik, yang dapat berakibat pada ketidakcukupan asupan energi dan protein.^{24,25}

2.2.2 Infeksi

Infeksi dan malnutrisi merupakan suatu masalah yang selalu berkaitan. Terdapat dua kemungkinan hubungan antara malnutrisi dan penyakit infeksi, yaitu keadaan gizi seseorang dapat mengubah respons tubuh terhadap infeksi atau penyakit infeksi dapat mengubah status gizi seseorang.²³

Masalah gizi pada bayi dan balita di Indonesia yang disebabkan oleh penyakit infeksi, yang berkaitan erat dengan sanitasi lingkungan.²⁶ Penyakit infeksi yang sering diderita oleh anak balita seperti diare, radang tenggorokan, dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA).^{26,27} Penyakit diare dapat berkaitan dengan peningkatan risiko status gizi kurus dan gizi kurang. Namun hal tersebut dapat dicegah dengan memberikan ASI terhadap anak, karena ASI dapat memberikan dampak perlindungan terhadap masalah gizi kurang.²³ Sakit pada anak, khususnya penyakit diare, memiliki dampak negatif terhadap pertumbuhan anak, terutama dalam menaikkan berat badan.²⁸ Diare dan kondisi lainnya seperti demam dapat mempengaruhi asupan

makan dan penggunaan makanan dalam tubuh, sehingga dapat mempengaruhi status gizi balita.²⁹

Gizi kurang dan keadaan tidak sehat pada anak memiliki hubungan yang sinergis. Penyakit dapat menekan nafsu makan pada anak sehingga menyebabkan gizi kurang, sementara itu kekurangan zat gizi dapat meningkatkan kerentanan pada anak terhadap penyakit infeksi.³⁰ Dalam sebuah penelitian, anak yang diberi makan sedikit saat mengalami sakit dapat menjadikannya malnutrisi dibandingkan anak yang diberi makan banyak saat sakit.²⁵ Hasil penelitian yang dilakukan di Gana pada bayi berusia 6-12 bulan juga menunjukkan bahwa anak yang lebih sering diberi makan saat sakit, status gizinya lebih baik daripada yang jarang diberi makan saat sakit.³¹

2.2.3 Pola Asuh

Hurlock menyatakan bahwa pola asuh orang tua adalah metode yang digunakan orang tua dalam hubungannya dengan anaknya, selain itu pola asuh juga dapat diartikan sebagai cara, bentuk atau strategi dalam pendidikan keluarga yang dilakukan orang tua kepada anaknya. Sehingga anak balita harus mendapat pola asuh dari pemenuhan kebutuhan fisik maupun psikososial, sandang, pangan, gizi, pengobatan cepat dan tepat serta perawatan kesehatan dasar.³² Dalam tumbuh kembang anak, peran ibu sangat dominan untuk mengasuh dan mendidik anak agar tumbuh dan berkembang menjadi anak yang berkualitas. Pola asuh makan pada balita berkaitan dengan kebiasaan makan yang telah ditanamkan sejak awal pertumbuhan manusia.²⁰

Pola asuh ibu terhadap anak berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu. Ibu yang berpendidikan tinggi memiliki pola asuh yang baik untuk anaknya, seperti memberikan kapsul vitamin A, melengkapi imunisasi anak, sanitasi yang bagus, dan menggunakan garam yang beryodium.¹⁵

2.2.4 Ketersediaan Pangan

Ketersediaan pangan dalam keluarga dapat mengakibatkan masalah gizi. Hal tersebut dapat terjadi akibat dari ketidakcukupan pangan untuk pertumbuhan normal dan sehat. Ketersediaan pangan berkaitan dengan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga. Ketahanan pangan tingkat rumah tangga yaitu kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup, baik kuantitas dan kualitasnya termasuk kecukupan gizi dan keamanannya.^{33,34}

Kerawanan pangan tingkat rumah tangga dapat mengakibatkan gizi kurang dan anemia pada anak.²¹ Derajat malnutrisi akan semakin berlanjut akibat dari kerawanan pangan dan kurangnya akses untuk mendapatkan makanan.²⁵ Kekurangan pangan dapat menyebabkan seorang anak yang sudah mengalami malnutrisi sedang berubah menjadi malnutrisi berat.³⁵ Selain itu, masalah gizi kurus dapat terjadi karena ketidakcukupan asupan makanan dan penyakit yang disebabkan dari kekurangan makanan dan praktik pemberian makan yang buruk. Berdasarkan penelitian di Brazil, analisis regresi dalam penelitian tersebut menunjukkan bahwa anak yang hidup dengan kerawanan pangan memiliki angka TB/U yang buruk. Risiko stunting juga akan meningkat sebesar 12% pada anak yang ketersediaan pangannya kurang.³⁶

2.2.5 Status Ekonomi

Kemiskinan, tingkat pengetahuan yang rendah, jumlah keluarga yang banyak, kerawanan pangan, keamanan pangan yang kurang, dan tingkat pendidikan yang rendah pada wanita merupakan berbagai faktor penting yang berpengaruh terhadap status kesehatan yang kurang pada anak dari sosial ekonomi yang rendah. Anak yang berasal dari sosial ekonomi yang rendah memiliki status gizi yang rendah juga

dibandingkan dengan seseorang yang memiliki status sosial ekonomi yang tinggi.³⁷

Anak yang berasal dari keluarga yang kurang mampu, risiko mengalami gizi kurang juga akan semakin tinggi dibandingkan dengan anak yang hidup dalam lingkungan keluarga yang baik.³⁸ Hal tersebut dapat disebabkan karena status sosial ekonomi yang rendah dapat mempengaruhi seseorang untuk mengonsumsi makanan yang tidak bergizi.³⁹

2.2.6 Tingkat Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan orang tua, terutama ibu, merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Penelitian yang dilakukan oleh Ebuya *et al* menunjukkan bahwa pendidikan ibu merupakan sebuah prediktor yang penting dalam melihat stunting pada anak. Terdapat sebuah hubungan yang kuat antara tingkat pendidikan ibu dengan kesehatan anak. Anak yang lahir dari ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi, risiko malnutrisi yang bermanifestasi sebagai *underweight*, *wasting*, dan *stunting* pada anak akan semakin rendah.⁴⁰

Tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan peningkatan pengetahuan kesehatan dan peningkatan penggunaan penghasilan dalam rumah tangga untuk meningkatkan pendidikan dan kesehatan anak mereka.⁴¹ Seorang ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih menggunakan keuangan keluarga untuk memenuhi kebutuhan gizi anak. Sedangkan ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah dapat berdampak pada kurangnya status gizi anaknya dan lebih jarang membawa anaknya untuk diimunisasi terhadap penyakit tertentu, serta lebih berisiko tinggi mengalami kematian.^{42,43,6} Tingkat pendidikan ibu juga dapat mempengaruhi praktik pemberian makan kepada anak dengan benar, melalui pengetahuan mereka yang didapat

dari berbagai sumber informasi seperti koran, televisi dan lainnya dengan belajar sendiri.²³

Menurut Glewwe, pendidikan ibu dan kesehatan anak dapat berkaitan karena dengan menempuh pendidikan formal, seorang perempuan secara langsung dapat mempraktikkan pengetahuan mereka tentang kesehatan saat kelak menjadi ibu. Kemampuan perempuan yang dapat membaca dan menghitung yang didapatkan dari sekolah dapat meningkatkan kemampuan untuk mengenali penyakit dan mencari pengobatannya untuk anak mereka. Kemampuan tersebut juga membuat mereka dapat membaca petunjuk pemakaian obat untuk mengobati penyakit anak. Selain itu, lamanya waktu sekolah ibu juga dapat membuat ibu dapat lebih menerima pengobatan moderen.⁴⁴

2.2.7 Pernikahan Dini

Status pernikahan dapat berkaitan dengan status gizi anak yang dilahirkan. Hal tersebut berkaitan dengan usia perempuan saat menikah.¹ Pernikahan dini dapat meningkatkan risiko malnutrisi pada anak. Anak yang dilahirkan oleh ibu yang menikah pada usia dini, lebih tinggi berisiko mengalami malnutrisi dibandingkan dengan ibu yang menikah di usia yang sudah matang.⁴⁵ Seorang ibu yang menikah di usia muda juga sulit untuk dapat memahami tentang masalah gizi yang dihadapi terutama dalam pemenuhan gizi balita. Semakin muda umur ibu pada saat mempunyai anak maka pengalaman yang dimiliki tentang pemenuhan gizi balita semakin sedikit karena ibu yang masih muda cenderung kurang peduli pada kebutuhan anggota keluarganya dan disini termasuk kebutuhan akan konsumsi makanan dalam keluarga terutama untuk balita.⁴⁶

Istiah pernikahan dini (*child marriage*) menurut UNICEF dalam *Convention on the Rights of The Child* adalah pernikahan yang dilakukan oleh pasangan yang salah satu atau kedua pihak berumur

kurang dari 18 tahun.⁴ Batasan umur 18 tahun untuk pria maupun wanita telah diratifikasi lebih dari seratus negara di dunia, namun tidak termasuk Indonesia.¹³ Di dalam hukum Indonesia, yaitu undang-undang perkawinan pasal 7, pernikahan hanya diizinkan jika pihak pria sudah mencapai umur 19 (sembilan belas) tahun dan pihak wanita sudah mencapai umur 16 (enam belas) tahun.⁴⁷ Padahal menurut undang-undang no 39 tahun 1999 mengenai Hak Asasi Manusia, seseorang yang masih berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun masih termasuk kelompok umur anak.⁴⁸ Sebenarnya pencegahan terhadap pernikahan dini di Indonesia sudah diatur dalam UU Anak yaitu tentang Kewajiban dan Tanggung Jawab Keluarga dan Orang Tua Pasal 26 (1), salah satu kewajiban dan tanggung jawab orang tua adalah untuk mencegah terjadinya pernikahan pada usia anak-anak. Namun, kenyataannya pernikahan pada usia anak-anak masih saja terjadi di masyarakat Indonesia.⁴⁹

2.2.7.1 Faktor Pendorong terjadinya Perknikahan Dini

2.2.7.1.1 Norma Sosial dan Budaya

Norma budaya dan sosial, termasuk yang berkaitan dengan kepercayaan, mempengaruhi umur seorang perempuan untuk menikah.⁶ Penelitian yang dilakukan di Banglades, India, dan Nepal, menunjukkan bahwa tradisi dan peran keluarga dalam pernikahan dini berperan penting.⁷ Tanggung jawab orang tua adalah untuk menikahkan anak perempuannya dan melindungi mereka sampai mereka menikah, sehingga dengan menikahkan anaknya dapat membuat orang tua bebas dari tanggung jawab tersebut. Orang tua yang menunda pernikahan anaknya akan dianggap gagal dalam kewajibannya dan harus menghadapi komentar yang buruk dari lingkungannya. Selain itu alasan orang tua menikahkan anaknya pada usia dini adalah karena keamanan dan keselamatan anak perempuan membuat

khawatir orang tua, sehingga dengan pernikahan dapat dijadikan pencegahan dan melindungi anak perempuan terhadap bahaya, seperti kejahatan seksual.⁷ Dalam masyarakat di beberapa negara, salah satunya di Indonesia, terdapat sebuah tradisi yaitu dalam menikahkan anaknya, pihak laki-laki harus memberikan mas kawin, dengan adanya mas kawin tersebut akan memberikan pemasukkan ekonomi bagi keluarga perempuan yang miskin.^{50,51,6}

Organisasi *Plan International* telah melakukan penelitian yang menunjukkan bahwa, kesiapan wanita untuk menikah sering dilihat secara fisik, yaitu dilihat dari sudah mengalami menstruasi atau belum. Penemuan tersebut dapat dilihat dari 81% responden di Pakistan setuju dengan pernyataan “perempuan siap menikah setelah sudah mulai mengalami menstruasi”. Sebanyak 62,6% responden di Indonesia juga setuju dengan pernyataan tersebut. Walaupun menstruasi adalah sebagai tanda untuk menikah dini sudah dapat diterima, namun ada pemikiran bahwa umur juga masih penting dipertimbangkan karena terkait masalah kesiapan dan tanggung jawab perempuan dalam masalah rumah tangga seperti masalah sosial dan ekonomi. Sedangkan laki-laki dilihat dari budaya dan sosial mereka, serta dilihat dari perekonomian dan pendidikan mereka, karena terdapat sebuah nilai yang dibedakan karena jenis kelamin. Hal tersebut dapat dijadikan sebagai alasan mengapa batas umur laki-laki untuk menikah lebih tinggi daripada perempuan. Berdasarkan survey, rata-rata responden menjawab batas umur menikah yaitu 20 tahun untuk laki-laki dan 15 tahun untuk wanita.⁵²

Kepercayaan agama dan praktiknya juga dapat mempengaruhi kejadian pernikahan dini, walaupun tidak ada satu pun agama yang berhubungan dengan pernikahan dini.

Kejadian pernikahan dini umumnya terjadi di wilayah dengan populasi yang dominan memeluk agama kristen (Brazil dan Guetamala, Muslim (Senegal dan Mali, Hindu (India), atau Budha (Sri Lanka). Namun pengaruh agama dalam pernikahan dini tidak selalu signifikan dalam suatu negara, misalnya penelitian yang dilakukan ICRW pada tahun 2007, menemukan bahwa di negara Chad, Malawi, Kamerun, dan Nigeria agama merupakan faktor yang berpengaruh terhadap pernikahan dini, tetapi hal tersebut tidak berpengaruh di negara India dan Banglades.⁵³

Adanya hukum yang mengatur usia pernikahan juga dapat mempengaruhi kejadian pernikahan dini. Penelitian yang dilakukan *Maswikwa et al* menunjukkan bahwa hukum yang konsisten menolak terhadap pernikahan dini secara negatif berhubungan dengan prevalensi pernikahan dini dan kelahiran pada usia remaja. Prevalensi pernikahan dini pada perempuan 40% lebih rendah pada negara yang memiliki hukum yang secara konsisten mengatur batas umur minimum pernikahan pada perempuan, yaitu berusia minimum 18 tahun atau lebih dari 18 tahun, dibandingkan negara lainnya.⁵¹

2.2.7.1.2 Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi berpengaruh terhadap kejadian pernikahan dini. Negara-negara yang miskin memiliki prevalensi pernikahan dini yang tinggi, dan biasanya terjadi pada keluarga yang miskin, yang memiliki sumber keuangan yang sedikit dan memiliki kesempatan yang kecil untuk memberikan pilihan lain selain menikahkan anak perempuannya.⁶ Kemiskinan membuat orang tua memilih keputusan untuk menikahkan anak perempuannya, hal tersebut membuat orang tua berkurang tanggung jawabnya untuk

memberikan makan, pakaian dan pendidikan pada anak perempuan mereka.^{50,51,6}

Kekayaan merupakan sebuah kunci untuk menunda perempuan menikah dini, dan merupakan sebuah faktor yang dapat membedakan tingkat pendidikan dan wilayah tempat tinggal. Dalam penelitian yang dilakukan di Roma menunjukkan bahwa kejadian pernikahan dini sering ditemui pada perempuan yang tinggal dalam rumah tangga yang miskin, yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah, dan yang tinggal di pedesaan.⁵⁴ Di Nigeria pernikahan dini menurun seiring dengan kekayaan dalam rumah tangga meningkat. Namun terdapat negara yang antara keluarga miskin dan kaya kejadian pernikahan dininya hampir sama jumlahnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa hubungan antara status ekonomi dan pernikahan dini tergantung pada struktur ekonomi suatu negara, dan juga tergantung dengan distribusi ekonomi dan tingkat kesenjangannya.⁵³

Wilayah tempat tinggal juga berpengaruh kuat terhadap kejadian pernikahan dini. Kejadian pernikahan dini biasanya lebih tinggi di daerah di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Hal tersebut karena biasanya di pedesaan masih terdapat norma yang tradisional, pilihan hidup yang terbatas, pengaruh masyarakat yang kuat, kesempatan untuk berpendidikan tinggi rendah, dan tingginya angka kemiskinan di daerah pedesaan, yang semua faktor tersebut dapat mempengaruhi pernikahan pada usia kurang dari 18 tahun. Kejadian pernikahan dini lebih besar dua kali lipat di daerah pedesaan dibandingkan diperkotaan, seperti yang terjadi di negara Nigeria dan Kamerun.⁵³

2.2.7.1.3 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap pernikahan pada usia dini, hal tersebut berdasarkan sebuah penelitian yang dilakukan di Banglades, yang menunjukkan bahwa pendidikan pada perempuan berpengaruh terhadap kejadian pernikahan dini.⁵⁵ Tingkat pendidikan yang rendah membuat perempuan susah untuk mengakses informasi tentang kesehatan dan kesejahteraan untuk diri mereka sendiri dan anak mereka.^{56,57} Seorang anak perempuan yang memiliki ibu dengan pendidikan yang rendah dapat menikah lebih awal dan hal tersebut dapat berpengaruh terhadap kemiskinan yang dapat terjadi pada generasi selanjutnya.⁶

Tingkat pendidikan yang tinggi dapat menunda terjadinya pernikahan pada usia dini. Pendidikan yang berkualitas dapat menguatkan perempuan untuk memiliki suara dalam pengambilan keputusan dikeluarganya. Perempuan yang berpendidikan juga dapat meningkatkan pemahaman tentang keadilan terhadap perempuan dan dapat meningkatkan kemampuan mereka yang diperoleh dengan menempuh pendidikan untuk membantu mereka mengambil keputusan dan memiliki penghargaan terhadap diri sendiri yang lebih besar.⁵⁸

Pendidikan juga dapat memperlama umur perempuan untuk menikah, hal tersebut karena adanya hubungan langsung antara lamanya bersekolah dan umur saat menikah.⁵⁸ Fakta dari sub Sahara Afrika dan Asia Barat menunjukkan bahwa semua perempuan yang menempuh pendidikan hanya dari sekolah dasar, kejadian pernikahan dini akan turun sebanyak 14%, sedangkan perempuan yang menempuh sekolah sampai sekolah menengah dapat menurunkan kejadian pernikahan dini sebanyak 64%. Pendidikan sampai sekolah menengah dapat mengurangi pernikahan dini sebanyak 6 kali lipat, sehingga dengan

meningkatkan akses perempuan untuk bersekolah dan memperbaiki kualitas pendidikannya, dapat mencegah terjadinya pernikahan dini pada perempuan.⁵⁸

Pendidikan juga berperan untuk menghentikan lingkaran kemiskinan lintas generasi. Ibu yang tidak bersekolah atau hanya sebentar merasakan pendidikan di bangku sekolah, akan lebih kurang kemampuannya dalam mendidik anak, dan dapat mengakibatkan kemiskinan antar generasi terus menerus.⁵⁸ Seperti yang diungkapkan pada laporan dari *Education For All Global Monitoring*, bahwa pendidikan dapat memberikan perempuan untuk keluar dari kemiskinan, mendapatkan pekerjaan, menjaga kesehatan, dan dapat berpartisipasi dalam masyarakat. Perempuan yang berpendidikan dapat memberikan dampak pada kesehatan anak mereka dan menjadikan pertumbuhan populasi di negara mereka stabil, dengan kecilnya angka berat lahir rendah dan kematian.⁵⁸

Perempuan yang berpendidikan memiliki dampak langsung pada pertumbuhan ekonomi. Berdasarkan laporan dari Bank Dunia baru-baru ini menyatakan, 'pendidikan perempuan sangat penting bagi pertumbuhan ekonomi dan dapat mengurangi angka kemiskinan. Selain membantu menghasilkan pendapatan tambahan dan dapat keluar dari lingkaran kemiskinan, investasi di pendidikan perempuan memiliki manfaat ekonomi dan sosial lainnya. Perempuan yang berpendidikan cenderung memiliki anak yang lebih sedikit, sehingga dapat mengurangi ketergantungan rasio dan kenaikan gaji pengeluaran per kapita, yang akhirnya dapat mengangkat rumah tangga keluar dari kemiskinan. Peningkatan pendidikan ibu juga memberikan manfaat antargenerasi dengan meningkatkan tingkat kelangsungan hidup, tingkat pendidikan, dan status gizi anaknya.⁵⁹

2.2.7.2 Dampak Pernikahan Dini

2.2.7.2.1 Dampak Kesehatan Ibu

Pernikahan dini dapat berakibat terjadinya kehamilan pada usia remaja. Kehamilan saat remaja adalah kehamilan yang terjadi pada perempuan usia 10-19 tahun. Pernikahan pada usia muda tidak disarankan dari sudut pandang kesehatan karena berkaitan dengan kesiapan organ reproduksi seorang calon ibu. Seorang perempuan yang belum mencapai usia 18 tahun, pertumbuhan organ tubuh terutama organ reproduksinya seperti rahim belum matang untuk ber-reproduksi dan pertumbuhan panggul juga belum maksimal sehingga apabila hamil merupakan kehamilan yang berisiko.¹

Melahirkan selama masa remaja memiliki dampak negatif bagi ibu dan bayi. Dampak yang ditimbulkan seperti berat lahir rendah, melahirkan prematur, lahir mati, disproporsi *cephalopelvic*, dan kematian pada ibu.⁶⁰ Disproporsi *cephalopelvic* membuat remaja yang hamil berisiko mengalami kesulitan saat melahirkan dan harus melakukan operasi *caesar*. Hal tersebut dapat terjadi karena tulang panggul pada remaja belum matang.⁶¹

Remaja yang sudah menjadi ibu risiko melahirkan prematur akan meningkat dibandingkan dengan ibu yang berumur di atas 18 tahun, bahkan risiko tersebut akan lebih tinggi pada kehamilan kedua.⁶² Kelahiran yang prematur tersebut pada remaja dapat terjadi karena belum matangnya organ reproduksi (seperti pendeknya leher rahim [≤ 25 mm] dan volume uterin yang kecil) dan kerentanan terhadap infeksi, sehingga dapat meningkatkan risiko melahirkan secara prematur pada remaja.⁶¹

Kematangan fisiologi remaja ditandai dengan terjadinya menarke, yang berdasarkan kecepatannya dibagi menjadi tiga

yaitu pematangan yang cepat (sebelum usia 10 tahun), rata-rata (antara umur 10-14 tahun), dan lambat (setelah 14 tahun). Remaja yang hamil cenderung mengalami pematangan yang awal. Seseorang yang tidak berisiko tinggi melahirkan prematur adalah seseorang yang hamil setelah 1 atau 2 tahun setelah mengalami menarke, sehingga masih dapat mengalami pertumbuhan dan pematangan sel.⁶³

Panjang leher rahim juga berpengaruh terhadap kelahiran prematur pada remaja. Remaja yang hamil memiliki leher rahim yang pendek. Leher rahim dengan panjang ≤ 25 mm sebelum 29 minggu usia kehamilan, dikategorikan leher rahim yang pendek. Leher rahim yang pendek dapat meningkatkan risiko infeksi yang dapat mengakibatkan lahir prematur pada ibu hamil remaja. Dengan demikian, perbedaan usia terkait panjangnya leher rahim, yang kemungkinan terjadi karena pertumbuhan dan perkembangan remaja yang belum sempurna, dapat meningkatkan kerentanan remaja untuk kelahiran prematur.⁶³

Selain itu, perempuan yang menikah dini akan lebih cenderung memiliki anak lebih cepat, dan juga akan memiliki anak yang lebih banyak dibandingkan dengan yang menikah pada usia lebih dari 18 tahun. Seperti yang terdapat di Nigeria, rata-rata wanita yang menikah dini, lebih cenderung memiliki anak 1,4 kali lebih banyak dibandingkan dengan yang menikah setelah 18 tahun.⁶⁴

Hamil pada usia dini juga dapat menyebabkan perempuan mengalami kematian. Dibandingkan dengan wanita berusia 20 atau lebih tua, anak-anak perempuan yang melahirkan di usia 10-14 tahun, 5-7 kali berisiko meninggal saat melahirkan, dan mereka yang melahirkan pada usia 15-19 tahun akan berisiko dua kali meninggal saat melahirkan.

2.2.7.2.2 Kesehatan Anak

Pernikahan dini dapat meningkatkan risiko malnutrisi pada anak. Anak yang dilahirkan oleh ibu yang menikah pada usia dini, lebih tinggi berisiko malnutrisi dibandingkan dengan ibu yang menikah di usia yang sudah matang. Pada penelitian yang dilakukan oleh Raj *et al* menunjukkan bahwa kehamilan yang terjadi pada perempuan yang menikah dini secara signifikan berkaitan dengan kejadian *stunting* (pendek), *wasting* (kurus), dan *undereweight* (gizi kurang).⁴⁵ Hal tersebut kemungkinan dapat terjadi karena perempuan yang menikah dini lebih sering diatur oleh suami dan mertuanya, sehingga perempuan tidak bisa bebas untuk memberikan anaknya makanan yang bergizi, hal ini kemungkinan disebabkan karena terbatasnya ketersediaan pangan. Akibat dari terbatasnya ketersediaan pangan dan terbatasnya cadangan zat gizi yang tersimpan di tubuh ibu yang masih remaja dapat mengakibatkan keturunannya mengalami risiko berat lahir rendah dan tidak cukup untuk memberikan ASI pada anaknya.⁴⁵

Pernikahan dini dan kemiskinan juga dikhawatirkan dapat menyebabkan terjadinya gagal tumbuh yang dibawa dari generasi ke generasi (*intergeneration cycle of growth failure*).¹ Teori tersebut menjelaskan bahwa ibu yang memiliki tubuh kecil akan memiliki bayi yang berat lahir rendah, karena ukuran tubuh ibu memiliki pengaruh yang penting pada berat lahir. Kemudian anak yang memiliki berat lahir rendah akan memiliki pertumbuhan yang gagal selama masa kanak-kanak.

Hubungan status gizi balita dan pernikahan dini dapat terjadi karena adanya hubungan dengan tingkat pendidikan ibu yang rendah. Ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi memiliki pola asuh yang baik untuk anaknya, seperti memberikan kapsul vitamin A, melengkapi imunisasi anak,

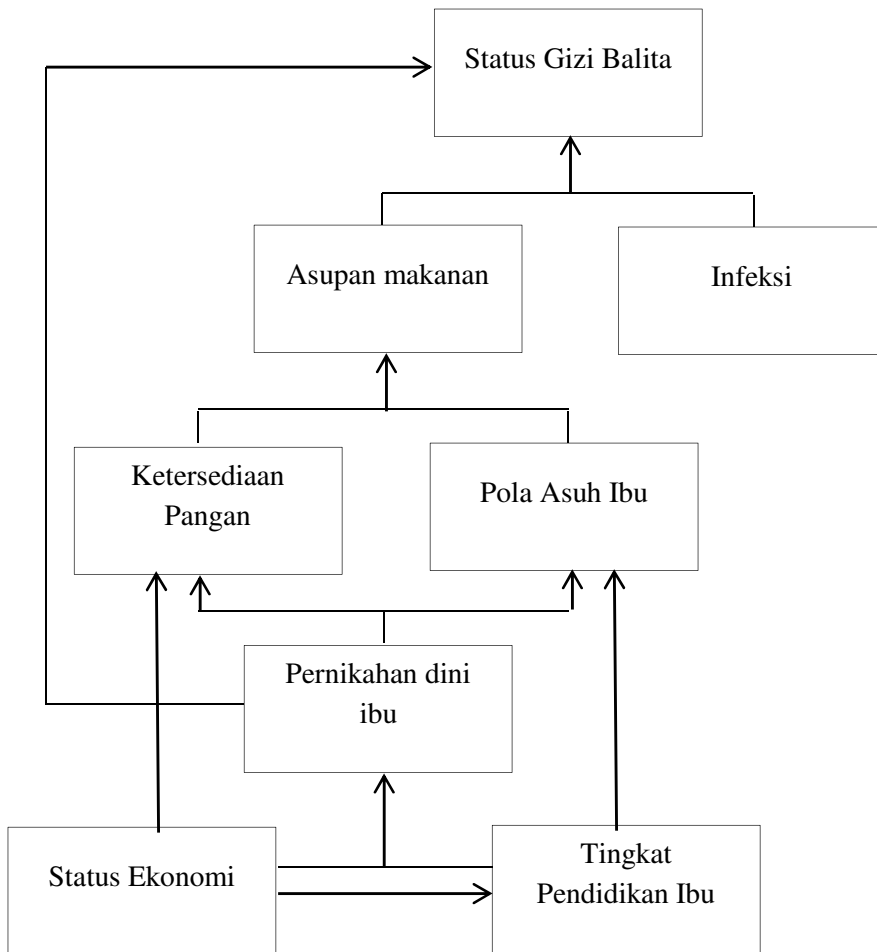
sanitasi yang bagus, dan menggunakan garam yang beryodium. Sedangkan ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah dapat berdampak pada kurangnya status gizi anaknya dan lebih jarang membawa anaknya untuk diimunisasi terhadap penyakit tertentu, serta lebih berisiko tinggi mengalami kematian.^{42,43}

Selain itu, akibat dari pernikahan dini yang dapat terjadi adalah bayi yang dilahirkan akan berisiko mengalami berat lahir rendah. Berat lahir rendah secara signifikan tinggi pada bayi yang ibunya masih remaja, hal tersebut sesuai dengan empat penelitian yang dilakukan di negara yang pendapatannya menengah. Selain itu penelitian yang dilakukan juga di 16 negara yang berpendapatan tinggi juga menunjukkan bahwa berat lahir rendah lebih sering terjadi pada bayi dari ibu yang masih remaja dibandingkan dengan bayi dari ibu yang lebih tua umurnya.⁶⁵

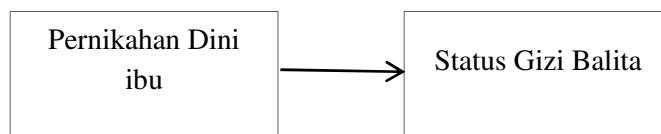
2.2.7.3 Dampak Sosial dan Ekonomi

Pernikahan dini, selain berdampak pada tingkat individu juga bisa berdampak di tingkat nasional dan global dalam segi pendapatan yang rendah dan kemiskinan, sehingga hal tersebut dapat berdampak pada perempuan untuk bekerja agar kebutuhan rumah tangganya terpenuhi.^{6,66} Selain itu, perempuan yang menikah dini juga akan memiliki wewenang yang kecil dalam pengambilan keputusan pada rumah tangganya. Mereka juga lebih besar berisiko untuk berhenti dari sekolah, sehingga mereka akan memiliki penghasilan yang kurang, dan kemampuan mengatur aset rumah tangga lebih rendah.⁶

2.3 Kerangka Teori



2.4 Kerangka Konsep



BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Ruang Lingkup Penelitian

- 3.1.1 Tempat Penelitian : Kabupaten Temanggung
3.1.2 Waktu Penelitian : Mei-Juni 2016
3.1.3 Disiplin Ilmu : Gizi Masyarakat

3.2 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, menggunakan rancangan *cross sectional* dengan tujuan untuk mengetahui gambaran status gizi balita pada ibu yang menikah dini di Temanggung.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

3.3.1.1 Populasi Target : Balita yang ibunya menikah dini di Kabupaten Temanggung

3.3.1.2 Populasi Terjangkau : Balita yang ibunya menikah dini di Kecamatan Gemawang.

3.3.2 Sampel

3.3.2.1 Besar sampel

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times P \times Q}{d^2}$$

Keterangan :

n : besar sampel

Z α : deviat baku alfa 10% (1,645)

P : proporsi kategori variabel yang diteliti 50%

Q : 1-P (1-0,5)

d : presisi 10%

$$n = \frac{1,645^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,10^2}$$

$$n = 67,65$$

$$n = 68$$

untuk menghindari kemungkinan *drop out*, maka perlu dilakukan koreksi dengan menambahkan sejumlah subjek sebesar 10% sehingga jumlah keseluruhan subjek yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 75 subjek.

3.3.2.2 Cara Pengambilan Sampel

Sampel diambil menggunakan metode *cluster random sampling* sesuai kriteria. Sampel diambil pada kecamatan yang memiliki jumlah perempuan yang menikah dini paling banyak.

3.3.2.3 Kriteria Inklusi dan eksklusi

1. Kriteria Inklusi

- Balita yang ibunya menikah pada usia kurang dari 18 tahun
 - Balita yang ibunya menikah pada tahun 2013, 2014 dan 2015
- Balita (usia 0-24 bulan)
- Bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi

- Subjek mengundurkan diri dari penelitian

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel

3.4.1.1 Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah status gizi balita

3.4.1.2 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pernikahan dini

3.4.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Hasil Ukur	Skala pengukuran
1	Pernikahan dini	Merupakan pernikahan ibu kurang dari 18 tahun yang dilihat dari usia saat pertama kali menikah dan dilihat dari kartu akte nikah.	Tahun	Rasio
2	Status Gizi Balita	Merupakan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan yang dikonversikan ke dalam nilai terstandar (Zscore) menggunakan baku antropometri anak balita WHO 2005, dengan menggunakan indikator PB/U, dan BB/PB.	1. PB/U Sangat Pendek; Pendek; Normal ; 2. BB/PB Sangat Kurus; Kurus; Normal; Gemuk.	Interval
3	Berat Lahir	Merupakan berat bayi sewaktu lahir yang dilihat dari kartu catatan lahir. Diklasifikasikan menjadi dua yaitu berat bayi lahir normal dan berat bayi lahir rendah (BBLR). Klasifikasi: BBLR : <2500 gram Normal : >2500 gram	BBLR; Normal;	Ordinal
4	Asupan Energi	Merupakan rerata asupan energi balita yang diperoleh melalui <i>food recall</i> selama 3 hari tidak berturut-turut, yang dihitung menggunakan software <i>nutrisurvey</i> . Tingkat kecukupan zat gizi dihitung dengan membandingkan rata-rata konsumsi harian dengan AKG 2013. Kecukupan Energi {RISKESDAS, 2013 #13} ⁶⁷ : 1.Defisit tingkat berat: <70% 2.Defisit tingkat sedang: 70 - 79% 3.Defisit tingkat ringan: 80-89% 4.Normal : 90-119% 5. Lebih : ≥120%	Kecukupan Energi : 1.Defisit tingkat berat; 2.Defisit tingkat sedang; 3.Defisit tingkat ringan; 4.Normal; 5. Lebih;	Ordinal

5	Asupan Protein	Merupakan rerata asupan protein balita yang diperoleh melalui <i>food recall</i> selama 3 hari tidak berturut-turut, yang dihitung menggunakan software <i>nutrisurvey</i> . Tingkat kecukupan zat gizi dihitung dengan membandingkan rata-rata konsumsi harian dengan AKG 2013 Kecukupan Protein ⁶⁷ : 1. Defisit tingkat berat: <70% 2. Defisit tingkat sedang: 70 - 79% 3. Defisit tingkat ringan: 80-89% 4. Normal : 90-119% 5. Lebih : ≥120%	Kecukupan Protein : 1. Defisit tingkat berat; 2. Defisit tingkat sedang; 3. Defisit tingkat ringan; 4. Normal; 5. Lebih;	Ordinal
6	Riwayat penyakit Infeksi	Merupakan riwayat dari ada atau tidaknya penyakit infeksi yang diderita oleh balita dalam tiga bulan terakhir serta lama dan frekuensi sakit dengan menggunakan kuesioner	Riwayat infeksi: 1. Ada 2. Tidak ada	Nominal
7	Status ekonomi	Merupakan tingkat ekonomi keluarga yang dilihat dari jumlah pendapatan perbulan, kemudian dikategorikan menurut golongan pendapatan dari BPS. ⁶⁸ Kategori kemiskinan: 1. pendapatan <Rp.600.000,00/ bulan: miskin 2. pendapatan ≥Rp.600.000,00/bulan: tidak miskin	1 Miskin 2. Tidak miskin	Ordinal
8	Tingkat Pendidikan Ibu	Merupakan jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh atau ditamatkan orang tua berdasarkan kepemilikan ijazah	Tingkat pendidikan: 1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 3. SMA 4. Sarjana	Ordinal

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Data Primer

Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer, meliputi identitas responden (nama, usia saat menikah, usia saat ini, usia saat hamil pertama, pekerjaan, penghasilan, pendidikan terakhir, alasan menikah dini, usia suami, pekerjaan suami, agama) dan data status gizi balita berdasarkan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan, serta melihat riwayat penyakit infeksi pada balita.

Instrumen pengambilan data meliputi : metlin, *baby scale*, timbangan digital, *microtoise*, kuesioner, dan *form recall* 24 jam.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder yaitu data yang digunakan berdasarkan data yang telah ada dan wawancara langsung meliputi data jumlah pernikahan dini yang terjadi di Jawa Tengah dan Temanggung yang didapatkan dari Kementerian Agama Provinsi Jawa Tengah dan Kantor Wilayah Temanggung.

3.6 Prosedur Penelitian

a. Persiapan Penelitian

1. Mengurus surat izin penelitian ke Kantor Wilayah Kementerian Agama Kabupaten Temanggung dan Puskesmas Kecamatan
2. Mempersiapkan data ibu yang menikah dini dan balita sesuai dengan kriteria inklusi
3. Pelatihan petugas lapangan

Pada tahap ini dilakukan persamaan persepsi antara peneliti dan pengumpul data mengenai pelaksanaan pengambilan data penelitian. Pengumpul data berjumlah 5 orang yang dipilih dengan kualifikasi mahasiswa S1 Ilmu Gizi minimal berada di semester 4 yang selanjutnya diberikan pelatihan sederhana tentang cara penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada responden, teknik wawancara, penjelasan

tentang data yang diperlukan, cara memperoleh dan cara pengisian data secara lengkap dan tepat.

b. Pelaksanaan Pengambilan Data

1. Identifikasi subjek

Untuk mendapatkan jumlah subjek yang diperlukan, peneliti melakukan skrining terhadap ibu yang menikah dini dan balita di Kecamatan Gemawang. Ibu dan balita yang masuk kategori subjek penelitian harus mempunyai kriteria inklusi yang telah ditetapkan, selanjutnya subjek yang memenuhi kriteria diminta persetujuan kesediaan menjadi subjek penelitian dengan menandatangani *informed consent*.

2. Data karakteristik subjek

Data karakteristik subjek meliputi nama usia, tanggal lahir, pekerjaan dan alamat responden. Data ini diperoleh melalui wawancara kepada ibu yang dilakukan oleh peneliti dan pengumpul data dengan menggunakan pedoman pertanyaan atau kuesioner. Data berat lahir dilihat dari kartu catatan lahir.

3. Data status antropometri

Data status antropometri balita yang diambil terdiri dari tinggi badan/panjang badan, berat badan. Pengukuran panjang badan/ tinggi badan dilakukan dengan menggunakan *infantometer* atau *microtoise* dengan kapasitas ukur maksimal 2 meter dengan ketelitian 0.1 cm, pengukuran berat badan dilakukan dengan menggunakan *baby scale* atau timbangan berat badan dengan ketelitian 0,1 kg. Data berat badan dan tinggi badan atau panjang badan dikonversikan ke dalam *zscore*.

4. Data Berat Lahir

Data berat lahir diambil dari berat bayi sewaktu lahir yang dilihat dari kartu catatan lahir.

5. Data Asupan makanan

Data asupan makan balita diambil menggunakan *food recall* selama 3 hari tidak berturut-turut oleh peneliti dan pengumpul data. Data asupan makanan diolah menggunakan program komputer *nutrisurvey*.

6. Data Penyakit Infeksi

Data penyakit infeksi balita diperoleh dengan menanyakan langsung kepada ibu dan dilihat dari pernah tidaknya keadaan tubuh balita menderita infeksi tiga bulan terakhir.

7. Data Status Ekonomi

Data status ekonomi diperoleh dari menanyakan pendapatan keluarga per bulan secara langsung kepada ibu.

8. Data Tingkat Pendidikan

Data tingkat pendidikan ibu diperoleh dengan menanyakan langsung ke responden yang dilakukan peneliti dan pengumpul data.

c. Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul kemudian dilakukan proses *editing*, *coding* dan *entering* ke dalam program komputer, dilanjutkan dengan *cleaning* dan *organizing* untuk tahap analisis data.

1. *Editing* (Pengeditan Data)

Editing adalah merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuisioner.

2. *Coding* (Pengkodean)

Setelah melakukan *editing*, selanjutnya dilakukan pengkodean atau "*coding*", yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

3. *Entry* (Pemasukan Data)

Entering merupakan jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk "kode" (angka atau huruf) dimasukkan kedalam program atau "software" komputer program yang sering digunakan untuk "entri data" penelitian adalah paket program *SPSS for Window*.

4. *Cleaning* (Pembersihan Data)

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode dan ketidak lengkapan, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

3.7 Analisis Data

3.7.1 Analisis univariat

Analisis data yang digunakan dalam penelitian deskriptif adalah analisis univariat. Analisis univariat digunakan untuk menganalisis secara deskriptif karakteristik masing-masing variabel dengan distribusi frekuensi yang akan ditampilkan dalam bentuk narasi dan tabel.

3.7.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hubungan antara status gizi balita berdasarkan TB/U dan BB/TB dengan ibu yang menikah dini melalui uji

Uji hubungan dilakukan menggunakan program komputer dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,1$

DAFTAR PUSTAKA

1. Afifah T. Perkawinan dini dan dampak status gizi. *Gizi Indonesia*. 2011;34(2):11.
2. Gray N, Azzopardi P, Kennedy E, Willersdorf E, Creati M. Improving adolescent reproductive health in Asia and the Pacific: do we have the data? A review of DHS and MICS surveys in nine countries. *Asia-Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*. 2013;25:134-44.
3. Depkes. Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja 2016 [cited 2016 June 10]. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin%20reproduksi%20remaja-ed.pdf>.
4. UNICEF. Child marriage and the law. 2008.
5. UNICEF. REALLY SIMPLE STATS: the UNICEF GHANA internal STATISTICAL bulletin. In: UNICEF, editor.: UNICEF; 2015.
6. Parsons J, Edmeades J, Kes A, Petroni S, Sexton M, Wodon Q. Economic Impacts of Child Marriage: A Review of the Literature. Taylor and Francis. 2015;13(3):11.
7. Vogelstein R. How Elevating the Status of Girls Advances U.S. Foreign Policy Objectives. Ending child marriage. New York: The Council on Foreign Relations; 2013.
8. Qibtiyah M. Faktor yang Mempengaruhi Perkawinan Muda Perempuan. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*. 2014;3(1):50-8.
9. Verma R, Sinha T, Khanna T. Asia Child Marriage Initiative: Summary of Research in Bangladesh, India and Nepal. 2013:36.
10. Children St. Too Young To Wed: The growing problem of child marriage among Syrian girls in Jordan. London: The Save the Children Fund, 2014.
11. WHO. Adolescent pregnancy: WHO; 2016 [cited 2016 April 19]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/#.
12. Prakash R, Singh A, Pathak PK, Parasuraman S. Early marriage, poor reproductive health status of mother and child well-being in India. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011:10.
13. BKKBN. Pernikahan Dini pada Beberapa Provinsi di Indonesia: Dampak Overpopulation, Akar Masalah dan Peran Kelembagaan di Daerah. In: Kependudukan PADSEt, editor.: BKKBN; 2012.
14. RISKESDAS. RISET KESEHATAN DASAR TAHUN 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
15. BKKBN. Survei Pemantauan Pasangan Usia Subur Peserta KB Aktif. In: BKKBN, editor. Jakarta: Puslitbang Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera; 2014.
16. NationalStatisticalOffice, OfficeofAgriculturalEconomicsoftheKingdomofThailand. Food security and nutrition status in Thailand, 2005 - 2011. Bangkok: National Statistical

- Office and Office of Agricultural Economics of the Kingdom of Thailand, 2013.
17. Almatsier S. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2009. 348 p.
 18. L.Thompson J, M.Manore M, A.Vaughan L. The science of nutrition. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings; 2011.
 19. WHO. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Geneva: WHO, 2010.
 20. Adriani M, Kartika V. Pola Asuh Makan pada Balita dengan Status Gizi Kurang di Jawa Timur, Jawa Tengah dan Kalimantan Tengah, Tahun 2011. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 2013;16(2):185–93.
 21. Kandeepana K, Balakumara S, Arasaratnama V. Nutritional status and food insecurity among the children in Northern Sri Lanka. *Procedia Food Science*. 2016;6:5.
 22. Ubeysekara NH, Jayathissa R, Wijesinghe CJ. Nutritional status and associated feeding practices among children aged 6-24 months in a selected community in Sri Lanka: A cross sectional study. *European Journal of Preventive Medicine*. 2015;3(2-1):15-23.
 23. Fekadu Y, Mesfin A, Haile D, Stoecker BJ. Factors associated with nutritional status of infants and young children in Somali Region, Ethiopia: a cross- sectional study. *BMC Public Health*. 2015;15:846.
 24. Mittal A, Singh J, Ahluwalia S. Effect of maternal factors on nutritional status of 1-5-year-old children in urban slum population. *Indian J Community Med*. 2007;32:264-71.
 25. Olack B, Dooling K, Burke H, Feikin DR, Cosmas L, Talley LE, et al. Nutritional Status of Under-five Children Living in an Informal Urban Settlement in Nairobi, Kenya. *J HEALTH POPUL NUTR*. 2011;29(4):357-63.
 26. Hidayat TS, Fuada N. Hubungan Sanitasi Lingkungan, Morbiditas dan Status Gizi Balita di Indonesia. *Penel Gizi Makan*. 2011;34(2):104-13.
 27. Adisasmitho W. Faktor risiko diare pada bayi dan balita di Indonesia: Systematic review penelitian akademik bidang kesehatan masyarakat. *Makara Kesehatan*. 2007;11(1):1-10.
 28. Saha K, LPersson, Rasmussen K, Arifeen S, Frongillo E, Alam D. Appropriate infant feeding practices result in better growth of infants and young children in rural Bangladesh. . *Am J Clin Nutr*. 2008;87(6):1852-61.
 29. Mbori-Ngacha D, Oieno J, Njeru E, Onyango F. Prevalence of persistent diarrhoea in children aged 3–36 months at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *East Afr Med J* 1995;72:711-4.
 30. Pelletier D, EA EJF, Schroeder D, Habicht J. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries *Bull World Health Organ*. 1995;73:443-50.
 31. Nti C, Lartey A. Effect of caregiver feeding behaviours on child nutritional status in rural Ghana. *Int J Consum Stud*. 2007;31:303-9.
 32. Ronald HS. Pedomam dan Perawatan Balita. Bandung: Nuansa Aulia; 2011.

33. Azwar A, editor *Aspek Kesehatan dan Gizi dalam Ketahanan Pangan*. Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII; 2004; Jakarta: LIPI.
34. Soekirman. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta: Depdiknas; 2000.
35. UNICEF. *Kenya civil unrest: UNICEF responds to the immediate needs for children and women affected by post-election violence*. Nairobi: United Nations Children's Fund, 2008.
36. Mutisya M, Kandala N-b, Ngware MW, Kabiru CW. Household food (in)security and nutritional status of urban poor children aged 6 to 23 months in Kenya. *BMC Public Health*. 2015;15:1-10.
37. Babar N, Muzaffar R, MAKhan, Imdad S. Impact of socioeconomic factors on nutritional status in primary school children. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2010;22(4):15-22.
38. Kamiya Y. Socioeconomic Determinants of Nutritional Status of Children in Lao PDR: Effects of Household and Community Factors. *J HEALTH POPUL NUTR*. 2011;29(4):339-48.
39. Zarnowiecki DM, Dollman J, Parletta N. Associations between predictors of children's dietary intake and socioeconomic position: a systematic review of the literature. *Wiley*. 2014;15(5):375–91.
40. Mashal T, Takano T, Nakamura K, Kizuki M, Hemat S, Watanabe M, et al. Factors associated with the health and nutritional status of children under 5 years of age in Afghanistan: family behaviour related to women and past experience of war-related hardships. *BMC Public Health*. 2008;8:1-13.
41. Boyle MH, Y. Racine, Georgiades K, Snelling D, Hong S, Omariba W. The Influence of Economic Development Level, Household Wealth and Maternal Education on Child Health in the Developing World. *Social Science & Medicine*. 2006;63(8):2242-54.
42. Pfeiffer J, Gloyd S, Li LR. Intrahousehold Resource Allocation and Child Growth in Mozambique: An Ethnographic Case Control Study. *Social Science and Medicine* 2001;53:83–97.
43. Smith L, Haddad L. Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era. *World Development*. 2015;68:180-204.
44. Glewwe P. Why Does Mother's Schooling Raise Child Health in Developing Countries? Evidence from Morocco. *J Human Res*. 1999;34(1):124-59.
45. Raj A, Saggurti N, Winter M, Labonte A, Decker MR, Balaiah D, et al. The effect of maternal child marriage on morbidity and mortality of children under5inIndia: cross sectional study of a nationally representative sample. *BMJ*. 2010;34.
46. Kaswari M, Jumirah, Siregar MA. *Gambaran Perilaku Ibu yang Menikah di Usia Dini dalam Pemenuhan Gizi Balita di Desa Pulau Mungkur Kecamatan Gunung Toar Kabupaten Kuantan Singingi Provinsi Riau Tahun 2012*. Repository Universitas Sumatera Utara. 2013:1-6.
47. Undang-Undang tentang Perkawinan, 1 (1974).
48. Undang-undang Republik Indonesia Nomer 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, (1999).

49. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, 23 (2002).
50. Why Does It Happen 2016 [cited 2016 April 19]. Available from: <http://www.girlsnotbrides.org/why-does-it-happen/>.
51. Maswikwa B, Richter L, Kaufman J, Nandi A. Minimum Marriage Age Laws and the Prevalence Of Child Marriage and Adolescent Birth: Evidence from Sub-Saharan Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2015;41(2):58-68.
52. Asia PI. Getting the Evidence: Asia Child Marriage Initiative. Bangkok: Plan International Asia, 2015.
53. Fenn NS, Edmeades J, Lantos H, Onovo O. Child marriage, Adolescent pregnancy and Family formation in West and Central Africa. Senegal: United Nations Children's Fund, 2015.
54. Hotchkiss DR, Godha D, Gage AJ, Cappa C. Risk factors associated with the practice of child marriage among Roma girls in Serbia. *BMC International Health and Human Rights*. 2016;16(6):1-10.
55. Kamal SMM. Decline in Child Marriage and Changes in Its Effect on Reproductive Outcomes in Bangladesh. *J HEALTH POPUL NUTR*. 2012;30(3):317-30.
56. Abu-Ghaida D, Klasen S. The Costs of Missing the Millennium Development Goal on Gender Equity. *World Development*. 2004;32(7):1075-107.
57. Semba RD, Pee Sd, Sun K, Sari M, Akhter N, Bloem MW. Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study. *Lancet*. 2008;371.
58. Asrari L, Jones H, Saunders H, Smith K. Preventing Child Marriage in the Commonwealth: the Role of Education. London: Plan International UK and Royal Commonwealth Society, 2015.
59. Tembon M, Fort L. Girls' Education in the 21st Century: Gender Equality, Empowerment, and Economic Growth Washington DC: World Bank; 2008 [cited 2016 15 May]. Available from: http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/278200-1099079877269/547664-1099080014368/DID_Girls_edu.pdf.
60. Chen C, Tsai C, Sung F, Lee Y, Lu T, Li C. Adverse birth outcomes among pregnancies of teen mothers: age-specific analysis of national data in Taiwan. *Child Care Health Dev*. 2010;36:232-40.
61. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121(Suppl.1):40-8.
62. Khashan AS, Baker PN, Kenny LC. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010;10(36):1-8.
63. Stevens-Simon C, Beach RK, McGregor JA. Does Incomplete Growth and Development Predispose Teenagers to Preterm Delivery? A Template for Research. *Journal of Perinatology*. 2002;22:315-23.

64. Onagoruwa AO, Wodon Q. Impact of Child Marriage on Fertility in Nigeria, Mimeo. Washington, DC: ICRW-World Bank Economic Impacts of Child Marriage Project, 2015.
65. Zhang B, Zhai F, Du S, Popkin BM. The China Health and Nutrition Survey, 1989–2011. *Obes Rev.* 2014;15(1):1-10.
66. Wodon Q, Petroni S, Male C, Onagoruwa A, Savadogo A, Edmeades J, et al. Economic Impacts of Child Marriage: Preliminary findings from analyses of existing data 2015 [cited 2016 19 April]. Available from: <http://www.costsofchildmarriage.org/file/99/download?token=nhEjbcKh>.
67. Ariningsih E. Konsumsi dan Kecukupan Energi dan Protein Rumah Tangga Perdesaan di Indonesia: Analisis Data Susenas 1999, 2002, dan 2005 2009 [cited 2016 30 Mei]. Available from: http://pse.litbang.pertanian.go.id/ind/pdf/files/MP_Pros_B4_2009.pdf.
68. BAPPENAS. Evaluasi Pelayanan Keluarga Berencana Bagi Masyarakat Miskin (Keluarga Prasejahtera/KPS dan Keluarga Sejahtera-I/KS-I). Jakarta: BAPPENAS, 2010.

Lampiran 1

FOOD RECALL 24 JAM

No	Waktu	Jenis Makanan	Bahan Makanan	URT	Berat (g)

Lampiran 2.

KUESIONER PENELITIAN
GAMBARAN STATUS GIZI BALITA PADA IBU YANG MENIKAH DINI DI
KABUPATEN TEMANGGUNG

Nomer Responden :
Tanggal Wawancara :
Nama Pewawancara :

A. Identitas subyek dan responden

1. Nama Ibu :
2. Tanggal lahir ibu :
3. Umur : tahun
4. Agama :
5. Nama Ayah :
6. Umur Ayah : tahun
7. Agama Ayah :
8. Nama Anak :
9. Tanggal lahir anak :
10. Anak ke : dari bersaudara
11. Alamat :
12. No. Telepon :

B. Riwayat Pernikahan Ibu

1. Umur saat menikah pertama kali : tahun
2. Tanggal pernikahan : :
3. Alasan menikah :

C. Kesehatan Reproduksi

1. Usia pertama kali haid (Menarche)

D. Riwayat Kelahiran Anak

1. Berat badan lahir : kg
2. Panjang badan lahir : cm
3. Umur saat melahirkan :
4. Kelahiran terjadi saat kehamilan usia : bulan/minggu
5. Proses melahirkan : sesar/normal
6. Keguguran : pernah/tidak pernah

E. Pengukuran Antropometri

1. Tinggi/panjang badan anak : cm
2. Berat badan anak : kg
3. Tinggi badan ibu : cm
4. Berat badan ibu : kg
5. Tinggi badan ayah : cm
6. Berat badan ayah : kg

F. Status Sosial Ekonomi

1. Jumlah anggota keluarga :
2. Jumlah anak balita :
3. Pendidikan terakhir ibu :
 - a. Tidak sekolah

- b. Tamat SD/ sederajat
 - c. Tamat SMP/ sederajat
 - d. Tamat SMA/ sederajat
 - e. Tamat Perguruan Tinggi
4. Pekerjaan ibu :
- a. Tidak bekerja
 - b. Pegawai negeri
 - c. Pegawai swasta
 - d. Wiraswasta
 - e. Petani
 - f. Pedagang
 - g. Lainnya, sebutkan.....
5. Pendidikan terakhir ayah :
- a. Tidak sekolah
 - b. Tamat SD/ sederajat
 - c. Tamat SMP/ sederajat
 - d. Tamat SMA/ sederajat
 - e. Tamat Perguruan Tinggi
6. Pekerjaan Ayah :
- a. Tidak bekerja
 - b. Pegawai negeri
 - c. Pegawai swasta
 - d. Wiraswasta
 - e. Petani
 - f. Pedagang
 - g. Lainnya, sebutkan.....
7. Anggota keluarga yang bekerja :orang, sebutkan
8. Pendapatan keluarga per bulan :
- a. Pendapatan ayah
 - b. Pendapatan Ibu
 - c. Pendapatan anggota keluarga yang lain, sebutkan.....
-
- Total pendapatan per bulan = Rp.....

G. Riwayat Infeksi

1. Apakah anak ibu memilk cacat sejak lahir?
 - a. Iya, sebutkan.....
 - b. Tidak
2. Apakah dalam tiga bulan terakhir balita ibu mengakami sakit?
 - a. Iya, sebutkan..... berapa kali?....., lama
 - b. Tidak
3. Apakah dalam tiga bulan terakhir balita ibu pernah menderita diare?
 - a. Iya, berapa kali?....., lama.....
 - b. Tidak
4. Apakah diare disertai muntah?

- a. Iya
 - b. Tidak
5. Apakah dalam tiga bulan terakhir balita ibu pernah menderita penyakit ISPA?
- a. Iya, berapa kali?....., lama.....
 - b. Tidak
6. Apakah batuknya disertai pilek?
- a. Iya
 - b. Tidak
7. Apakah disertai sesak nafas?
- a. Iya
 - b. Tidak
8. Apakah disertai demam?
- a. Iya
 - b. Tidak
9. Apakah dalam tiga bulan terakhir balita ibu mengalami demam?
- a. Iya, berapa kali?....., lama.....
 - b. Tidak
10. Apakah balita ibu mengalami cacingan?
- a. Iya
 - b. Tidak
11. Apakah selama 3 bulan terakhir balita ibu pernah di rawat di rumah sakit?
- a. Iya, berapa kali?....., lama.....
 - b. Tidak
12. Saat lahir apakah anak ibu langsung diberi ASI?
- a. Iya
 - b. Tidak, mengapa?.....
13. Jika masih berusia 0-6 bulan, apakah anak diberi ASI Eksklusif?.....
- a. Iya
 - b. Tidak, alasan.....
14. Jika berusia 6-12 bulan, apakah dulu anak ibu diberi ASI Eksklusif?
- a. Iya
 - b. Tidak, alasan.....
15. Jika berusia 6-12 bulan apakah sudah diberi makanan pendamping ASI (MP-ASI)?
- a. Sudah, jenis dan bentuknya.....
 - b. Belum, alasan.....
16. Jika sudah, berapa kali sehari?
- a. 1-3 kali sehari
 - b. 3-5 kali sehari
 - c. >5 kali sehari
17. Jika berusia 12-24 tahun, pemberian makanannya berapa kali sehari?
- a. 1-3 kali sehari
 - b. 3-5 kali sehari

- c. >5 kali sehari
18. Berapa lama anak ibu diberi ASI?
- a. 6 bulan
 - b. 7-12 bulan
 - c. 13-18 bulan
 - d. 19-24 bulan
 - e. Lainnya.....
19. Sejak umur berapa anak ibu diberi susu formula?
- a. 0 bulan
 - b. 1-3 bulan
 - c. 4-5 bulan
 - d. 6-9 bulan
 - e. Lainnya.....
20. Sejak umur berapa anak ibu diberi makanan pendamping ASI?
- a. 0 bulan
 - b. 1-3 bulan
 - c. 4-5 bulan
 - d. 6-9 bulan
 - e. Lainnya.....

**HUBUNGAN USIA IBU MENIKAH DINI DENGAN STATUS
GIZI BATITA DI KABUPATEN TEMANGGUNG**

Artikel Penelitian

disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
studi pada Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro



disusun oleh

NUR ATMILATI KHUSNA

22030112130087

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2016**

HALAMAN PENGESAHAN

Artikel penelitian dengan judul “Hubungan Usia Ibu Menikah Dini dengan Status Gizi Batita di Kabupaten Temanggung” telah dipertahankan di hadapan penguji dan telah direvisi.

Mahasiswa yang mengajukan

Nama	: Nur Atmilati Khusna
NIM	: 22030112130087
Fakultas	: Kedokteran
Program Studi	: Ilmu Gizi
Universitas	: Diponegoro Semarang
Judul Artikel Penelitian	: Hubungan Usia Ibu Menikah Dini dengan Status Gizi Batita di Kabupaten Temanggung

Semarang, 27 Oktober 2016

Pembimbing,

Nuryanto, S.Gz.,M.Gizi

NIP. 19781108 200604 1 002

THE CORRELATION BETWEEN EARLY MARRIED MOTHER WITH NUTRITIONAL STATUS OF UNDER THREE YEARS OLD CHILDREN IN TEMANGGUNG REGENCY

Nur Atmilati Khusna¹, Nuryanto²

ABSTRACT

Background : Early marriage (married under the age of 18) may affect their children's nutritional status. The mothers may risk having stunted, undeweight and wasting children.

Objective : This study was aimed at identifying the correlation between early married mother with the nutritional status of under-three-years-old children in Temanggung Regency.

Methods : This study was an observational research with a cross-sectional design on 72 children at the age of 0-2 years old given birth by early married mothers selected by using consecutive sampling. The mothers belong to those having an early marriage if they were married under the age of 18. The children's nutritional status was gained from the z-score based on WHO 2005 standard anthropometry. The data were then analyzed by using a Chi-Square test.

Results : The average age at marriage of early married mother was at $15,9\pm 0,98$ years old and the children's average age was $10,4\pm 7,16$ months old. The percentage of stunted children given birth by early married mother who married at the age of 14-15 was 43,5% and the percentage of those given birth by early married mother who married at the age of 16-17 was 22,4%. Meanwhile, the percentage of underweight children given birth by early married mother who married at the age of 14-15 was 17,4%.and the percentage of those given birth by early married mother who married at the age of 16-17 was 14,3%. These showed that there was a tendency showing that the younger age at marriage of early married mother, the higher the percentage of the stunted and underweight children, but the results of the statistic analysis showed that the ages at marriage of early married mother had no correlation with the children's nutritional status based on height-for-age ($p=0,067$) dan weight-for-age ($p=0,736$).

Conclusion : There was a tendency showing that the younger age at marriage of early married mother, the higher the percentage of the stunted and underweight children, but there was no correlation between the early married mothers with nutritional status of under-three-years-old children in Temanggung Regency.

Keywords : early marriage, nutritional status of under-three-years-old children, stunting, underweight

¹ Student of Nutrition Science Department, Medical Faculty, Diponegoro University, Semarang

² Lecturer of Nutrition Science Department, Medical Faculty, Diponegoro University, Semarang

HUBUNGAN USIA IBU MENIKAH DINI DENGAN STATUS GIZI BATITA DI KABUPATEN TEMANGGUNG

Nur Atmilati Khusna¹, Nuryanto²

ABSTRAK

Latar Belakang : Pernikahan dini (menikah >18 tahun) dapat berpengaruh pada status gizi anak yang dilahirkan. Ibu yang menikah pada usia dini, berisiko memiliki anak berstatus gizi pendek, gizi kurus dan gizi buruk.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara usia ibu menikah dini dengan status gizi batita di Kabupaten Temanggung.

Metode : Penelitian ini termasuk penelitian observasi dengan desain *cross-sectional* pada 72 anak yang berusia 0-2 tahun dari ibu yang menikah dini dan dipilih secara *consecutive sampling*. Ibu dikatakan menikah dini jika usia ibu saat menikah <18 tahun. Status gizi batita diperoleh dari z-score PB/U dan BB/U menggunakan baku antropometri WHO 2005. Analisis data menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil : Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rerata usia ibu saat menikah dini adalah $15,9 \pm 0,98$ tahun, sedangkan rerata usia batitanya saat ini $10,4 \pm 7,16$ bulan. Persentase anak pendek pada kelompok usia ibu yang menikah dini saat berusia 14-15 tahun sebesar 43,5% dan pada kelompok yang menikah saat usia 16-17 tahun sebesar 22,4%. Persentase anak gizi kurang pada kelompok usia ibu yang menikah dini saat berusia 14-15 tahun adalah 17,4%, sedangkan pada kelompok yang menikah saat usia 16-17 tahun sebesar 14,3%. Hal tersebut menunjukkan adanya kecenderungan semakin dini usia nikah ibu, semakin meningkat persentase anak pendek, tetapi secara statistik tidak berhubungan ($p=0,067$). Begitupula dengan gizi kurang yang juga terdapat kecenderungan semakin dini usia nikah ibu, semakin meningkat persentase gizi kurang, dan secara statistik juga tidak berhubungan ($p=0,736$).

Kesimpulan : Terdapat kecenderungan semakin dini usia ibu menikah, semakin meningkat persentase anak pendek dan gizi kurang, tetapi secara statistik tidak ada hubungan antara usia ibu menikah dini dengan status gizi batita di Kabupaten Temanggung.

Kata Kunci : pernikahan dini, status gizi batita, pendek, gizi kurang

¹ Mahasiswa Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Semarang

² Dosen Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Semarang

PENDAHULUAN

Kejadian kehamilan dan persalinan pada masa remaja merupakan masalah yang serius. Kehamilan pada remaja merupakan kehamilan yang berisiko. Kehamilan pada usia tersebut lebih berisiko mengalami kematian pada ibu dan anak yang dilahirkan kemungkinan untuk bertahan hidupnya rendah.¹ Persalinan pada ibu yang berusia kurang dari 20 tahun memiliki kontribusi dalam tingginya angka kematian neonatal, bayi, dan balita, yang angkanya lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang berusia 20-39 tahun.² Salah satu penyebab kejadian kehamilan dan persalinan pada usia muda dapat terjadi karena sudah melakukan pernikahan pada usia dini.¹

Pernikahan dini menurut WHO adalah pernikahan sebelum usia 18 tahun, yang berlaku baik bagi anak laki-laki maupun perempuan, tetapi kenyatannya lebih umum terjadi pada anak perempuan.³ Berdasarkan data dari UNICEF, jumlah perempuan yang telah melakukan pernikahan di bawah usia 18 tahun di seluruh dunia mencapai 22 juta jiwa dan diperkirakan 280 juta lainnya berisiko menjadi pengantin sebelum mencapai 18 tahun.⁴ Indonesia pada tahun 2010, termasuk negara dengan persentase pernikahan dini tinggi dunia (ranking 37) dan tertinggi kedua di ASEAN setelah Kamboja.⁵

Kejadian pernikahan dini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah norma budaya dan sosial yang berlaku di masyarakat, status ekonomi, dan tingkat pendidikan. Norma budaya dan sosial, termasuk yang berkaitan dengan kepercayaan, mempengaruhi umur perempuan untuk menikah.⁶ Budaya yang berkembang di lingkungan masyarakat Indonesia seperti anggapan negatif terhadap perawan tua jika tidak menikah kurang dari usia 17 tahun atau kebiasaan masyarakat yang menikah di usia sekitar 14-16 tahun menjadi faktor yang mendorong tingginya jumlah perkawinan muda.⁷ Status ekonomi juga berpengaruh terhadap kejadian pernikahan dini, terutama di daerah pedesaan. Keluarga miskin memilih menikahkan anaknya pada usia dini untuk meningkatkan stabilitas ekonomi.⁸ Faktor lain yang dapat mempengaruhi pernikahan dini adalah tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan yang rendah mengakibatkan masyarakat susah memperoleh pekerjaan layak sehingga orang tua

lebih memilih untuk menikahkan anaknya daripada menambah beban hidup keluarga.⁷

Pernikahan dini dapat berdampak buruk terhadap kesehatan ibu dan balita. Salah satu dampaknya adalah terganggunya organ reproduksi pada ibu dan apabila terjadi kehamilan, merupakan kehamilan yang berisiko.¹ Selain itu dapat juga berakibat pada anak yang dilahirkannya. Anak yang lahir dari ibu yang menikah dini memiliki kesempatan hidup yang rendah dan lebih besar memiliki masalah gizi pada anaknya seperti pendek, kurus, dan gizi buruk.⁹ Hal tersebut kemungkinan bisa terjadi karena ibu balita yang umurnya kurang dari 18 tahun biasanya memiliki pola asuh terhadap anaknya kurang baik, pola asuh yang kurang baik tersebut dapat berdampak pada status gizi anaknya. Pada penelitian yang dilakukan Afifah menunjukkan bahwa persentase anak pendek meningkat pada ibu yang menikah pada usia dini. Semakin muda usia pernikahan ibu, maka proporsi balita dengan status gizi pendek semakin meningkat.¹

Berdasarkan Badan Pusat Statistik pada tahun 2010 terdapat enam kabupaten di Jawa Tengah yang memiliki persentase pernikahan dini yang tinggi, salah satunya adalah Kabupaten Temanggung dengan persentase sebesar 23%.¹⁰ Pada bulan Januari tahun 2016 berdasarkan data dari Kementerian Agama Provinsi Jawa Tengah, persentase pernikahan dini di Kabupaten Temanggung terjadi sebanyak 30,78%. Penelitian yang meneliti status gizi balita dan pernikahan dini di Kabupaten Temanggung belum ada. Oleh karena itu, peneliti memilih untuk meneliti hubungan status gizi balita dengan usia ibu menikah dini, khususnya di daerah pedesaan di Kabupaten Temanggung. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan usia ibu saat menikah dengan status gizi balita di Kabupaten Temanggung.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dalam bidang gizi masyarakat dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di wilayah Kecamatan Gemawang dan Bulu, Kabupaten Temanggung pada bulan Juli-Agustus 2016.

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah batita usia 0-36 bulan yang ibunya menikah dini di wilayah Kecamatan Gemawang dan Bulu. Pemilihan subjek penelitian dilakukan dengan *consecutive sampling* berdasarkan kriteria inklusi, yaitu batita yang ibunya menikah pada usia kurang dari 18 tahun dan menikah diantara tahun 2013-2016, serta mendapat persetujuan dari orang tua (responden) untuk menjadi subjek penelitian dengan responden menandatangani *informed consent*. Subjek akan dikeluarkan dari penelitian apabila mengundurkan diri saat tahapan penelitian berlangsung. Kecamatan yang dipilih sebagai wilayah pengambilan sampel adalah kecamatan yang memiliki jumlah perempuan menikah dini paling banyak. Sampel penelitian ini tersebar pada dua kecamatan tersebut sebanyak 72 sampel, 41 sampel di Kecamatan Gemawang dan 31 di Kecamatan Bulu.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah usia ibu menikah dini, yang menikah kurang dari 18 tahun dan dilihat dari kartu akte nikah. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah status gizi batita, dengan menggunakan indeks PB/U, dan BB/U. Status gizi tersebut diperoleh dari hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan yang dikonversikan ke dalam nilai terstandar (*Z-score*) menggunakan baku antropometri anak batita WHO 2005. Indeks PB/U dikategorikan menjadi sangat pendek (<-3 SD), pendek (-3 SD sampai dengan <-2 SD), normal (-2 SD sampai dengan 2 SD), dan tinggi (>2 SD). Indeks BB/U dikategorikan menjadi gizi buruk (<-3 SD), gizi kurang (-3 SD sampai dengan <-2 SD), dan gizi baik (≥ -2 SD).¹¹ Variabel lain dalam penelitian ini meliputi berat lahir, asupan energi dan protein, riwayat penyakit infeksi batita, status ekonomi, dan tingkat pendidikan ibu. Data berat lahir yaitu berat dalam gram pada saat bayi lahir yang didapat dari kartu catatan lahir dan diklasifikasikan menjadi dua yaitu berat bayi lahir normal (>2500 gram) dan berat bayi lahir rendah (BBLR/ <2500 gram). Data asupan energi dan protein diperoleh melalui wawancara menggunakan *food recall* 3x24 jam dan diolah menggunakan program *Nutrisurvey*. Tingkat kecukupan zat gizi dihitung dengan membandingkan rata-rata konsumsi harian dengan kebutuhan individu yang dihitung menggunakan rumus Nelson. Kemudian persen kecukupan energi dan

protein dikategorikan sebagai berikut, defisit tingkat berat (<70%), defisit tingkat sedang (70 - 79%), defisit tingkat ringan (80-89%), normal (90-119%), lebih ($\geq 120\%$).¹² Data riwayat penyakit infeksi batita dilihat dari ada atau tidaknya penyakit infeksi yang diderita oleh batita dalam tiga bulan terakhir serta lama dan frekuensi sakit dengan menggunakan kuesioner. Status ekonomi dilihat dari jumlah pendapatan perbulan, kemudian dikategorikan menurut golongan pendapatan dari BPS, yaitu miskin (pendapatan <Rp.600.000,00/ bulan), tidak miskin (pendapatan \geq Rp.600.000,00/bulan).¹³ Data tingkat pendidikan ibu diperoleh melalui wawancara menggunakan kuisisioner terstruktur.

Data yang diperoleh kemudian diolah dan dianalisis secara statistik menggunakan program komputer. Uji statistik menggunakan uji *Chi-Square*.

HASIL PENELITIAN

Sampel penelitian ini adalah 72 subjek batita yang ibunya menikah dini di wilayah Kecamatan Gemawang dan Kecamatan Bulu. Kedua wilayah kecamatan tersebut merupakan sebagian besar adalah daerah pedesaan, dengan karakteristik sampel sebagai berikut :

Karakteristik Responden (Orang Tua Batita)

Karakteristik responden penelitian dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 1. Karakteristik Responden

Usia Orang Tua (Tahun)	Median	Minimum	Maksimum	Rerata	Simpang Baku
Usia Ibu	18	15	20	17,9	$\pm 1,11$
Usia Ibu saat Menikah	16	14	17	15,9	$\pm 0,98$

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa rerata usia ibu saat menikah dini adalah $15,9 \pm 0,98$ tahun, dengan usia yang paling dini yaitu 14 tahun dan maksimal berusia 17 tahun.

Tabel 2. Alasan Menikah Dini Responden

Alasan Menikah Dini	n	%
Pendidikan Rendah	30	41,7
Status Ekonomi Rendah	23	31,9
Hamil di luar nikah	16	22,2
Lain-lain	3	4,2

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan responden (ibu), sebanyak 41,7% responden memutuskan untuk menikah dini karena pendidikan mereka yang rendah.

Tabel 3. Tingkat Pendidikan Responden

Tingkat Pendidikan Orang Tua	n	%
Pendidikan Ibu		
Tidak Sekolah/TidakTamat SD	1	1,4
SD	12	16,7
SMP	58	80,6
SMA	1	1,4
Pendidikan Ayah		
Tidak Sekolah/TidakTamat SD	3	4,2
SD	28	38,9
SMP	34	47,2
SMA	7	9,7

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa pendidikan ibu yang paling banyak adalah lulusan Sekolah Menengah Pertama (SMP) dengan persentase sebesar 80,6% dari total responden. Begitu juga dengan pendidikan Ayah sebagian besar subjek adalasan lulusan SMP sebanyak 47,2%.

Tabel 4. Karakteristik Sosial Ekonomi Responden

Variabel	n	%
Pekerjaan Orang tua		
Pekerjaan Ibu		
Ibu Rumah Tangga	67	93,1
Petani	4	4,5
Pedagang	1	1,4
Pekerjaan Ayah		
Buruh Tani	2	2,8
Buruh Pabrik	1	1,4
Mekanik bengkel	1	1,4
Pedagang	8	11,1
Pegawai Swasta	6	8,3
Pekerja Pabrik	1	1,4
Petani	40	55,6
Serabutan	2	2,8
Sopir	1	1,4
Swasta	2	2,8
Tukang Bangunan	3	4,2
Wiraswasta	5	6,9
Status Ekonomi Responden		
Miskin	25	34,7
Tidak Miskin	47	65,3
Keluarga dan Status Tempat tinggal		
Keluarga inti/tinggal di rumah sendiri	6	8,3
Keluarga besar/tinggal bersama orang tua responden	66	91,7

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebanyak 93,1% ibu subjek merupakan ibu rumah tangga dan sebanyak 55,6% ayah subjek berkerja sebagai petani. Hasil wawancara dengan semua responden didapatkan bahwa rerata penghasilan dari keluarga inti per bulan adalah Rp 1.281.944,00. Penggolongan status ekonomi keluarga pada tabel diatas berdasarkan pendapatan responden menunjukkan status ekonomi miskin sebanyak 34,7%. Tabel di atas juga menunjukkan bahwa yang masih tinggal dalam sebuah keluarga besar sebanyak 91,7% dan bestatus masih tinggal dengan orang tuanya (kakek/nenek subjek).

Karakteristik Subjek Penelitian (Batita)

Beberapa karakteristik subjek penelitian dapat dilihat di bawah ini:

Tabel 5. Gambaran Umum Jenis Kelamin Subyek

Jenis Kelamin Batita	n	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	31	43,1
Perempuan	41	56,9
Total	72	100

Sebagian besar subjek penelitian ini sebanyak 56,9% berjenis kelamin perempuan.

Tabel 6. Gambaran Berat Lahir Subjek

Klasifikasi Berat Lahir	n	%
Berat Lahir		
BBLR	10	13,9
Normal	62	86,1
Total	72	100

Penelitian ini menunjukkan bahwa dalam 72 sampel yang diteliti terdapat 13,9% batita yang memiliki berat badan lahir rendah. Berat badan lahir rendah adalah berat lahir di bawah 2500 gram.

Tabel 7. Umur dan Data Antropometri Subjek

Variabel	Rerata	Simpang Baku
Umur (bulan)	10,4	±7,16
Berat Badan (kg)	9,9	±2,04
Panjang Badan (cm)	68,7	±9,04
Z-score PB/U (SD)	-0,9	±1,90
Z-score BB/U (SD)	-0,4	±1,43

Subjek penelitian ini rata-rata memiliki umur $10,47 \pm 7,16$ bulan. Status gizi subjek dilihat dengan menghitung *z-score* untuk PB/U dan BB/U. Rerata *z-score* untuk PB/U adalah $-0,933 \pm 1,90$ SD dan *z-score* untuk BB/U reratanya adalah $-0.407 \pm 1,43$ SD.

Tabel 8. Klasifikasi Status Gizi menurut PB/U dan BB/U

Status Gizi	n	%
Klasifikasi PB/U		
Pendek	21	29,2
Normal	51	70,8
Klasifikasi BB/U		
Kurang	11	15,3
Baik	61	84,7

Status gizi berdasarkan PB/U pada 72 subjek menunjukkan bahwa 29,2% berstatus gizi pendek. Pada tabel 8 dapat diketahui juga bahwa berdasarkan BB/U status gizi subjek menunjukkan bahwa 15,3% berstatus gizi kurang.

Tabel 9. Gambaran Riwayat Penyakit Infeksi Subjek

Variabel	n	%
Riwayat Penyakit Infeksi		
Ada	15	20,8
Tidak	57	79,2

Subjek dalam penelitian ini sebagian besar memiliki riwayat penyakit infeksi seperti ISPA dan diare selama tiga bulan terakhir. Persentase batita dalam penelitian ini yang memiliki riwayat penyakit infeksi adalah sebesar 20,8%.

Tabel 10. Gambaran Asupan Energi dan Protein

Variabel	n	%
Kecukupan Energi		
Defisit Tingkat Berat	26	36,1
Defisit Tingkat Sedang	9	12,5
Defisit Tingkat Ringan	9	12,5
Normal	19	26,4
Lebih	9	12,5
Kecukupan Protein		
Defisit Tingkat Berat	67	93,1
Defisit Tingkat Sedang	2	2,8
Defisit Tingkat Ringan	1	1,4
Normal	1	1,4
Lebih	1	1,4

Penelitian ini juga menghitung asupan energi dan protein yang dikonsumsi batita menggunakan *recall* 3x24 jam. Perhitungan kecukupan energi subjek menunjukkan bahwa sebanyak 36.1% subjek mengalami defisit tingkat berat, yang menunjukkan asupan <70% dari kebutuhan. Kecukupan energi dan protein sebagian besar subjek juga mengalami defisit energi tingkat berat. Sebanyak 93.1% subjek mengalami defisit tingkat berat protein.

Tabel 11. Riwayat Pemberian ASI

Riwayat Pemberian ASI	n	%
ASI Eksklusif	39	54,2
Tidak ASI Eksklusif	33	45,8

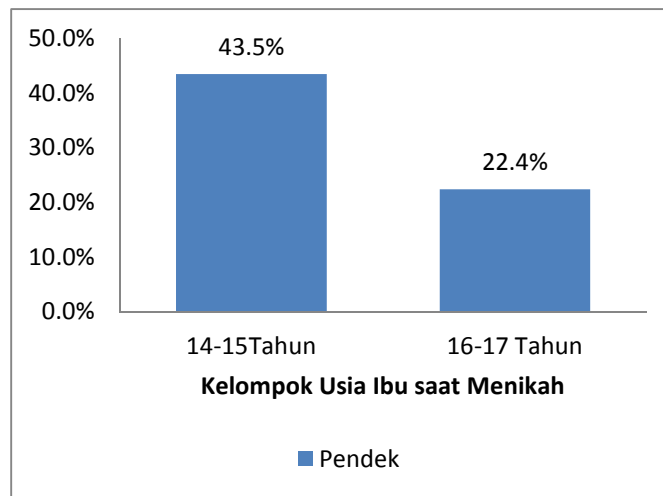
ASI eksklusif merupakan pemberian ASI pada anak yang dilakukan dari bayi lahir sampai berusia 6 bulan tanpa diberi makanan/minuman apapun selain ASI. Dari 72 subjek dalam penelitian ini, sebanyak 54,2% telah diberikan ASI eksklusif.

Hubungan Usia Ibu Menikah Dini dengan Status Gizi Batita

Tabel 12. Hasil Uji *Chi-Square* (Usia Ibu Menikah Dini dan Status Gizi PB/U)

Usia Ibu Saat Menikah	Klasifikasi Status Gizi PB/U				<i>p</i>
	Pendek		Normal		
	n	%	n	%	
14-15	10	43,5	13	56,5	0,067
16-17	11	22,4	38	77,6	
Total	21	29,2	46	70,8	

Berdasarkan tabel 13 yang menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna ($p=0,067$) antara usia Ibu menikah dini dengan panjang badan menurut umur anak. Namun, jika dilihat dari proporsi status gizi PB/U dengan usia ibu menikah dini dapat terlihat kecenderungan pada gambar 1. Gambar 1 menunjukkan bahwa persentase batita pendek lebih banyak pada usia ibu saat menikah antara 14 tahun dan 15 tahun, dibandingkan dengan kelompok usia antara 16-17 tahun.

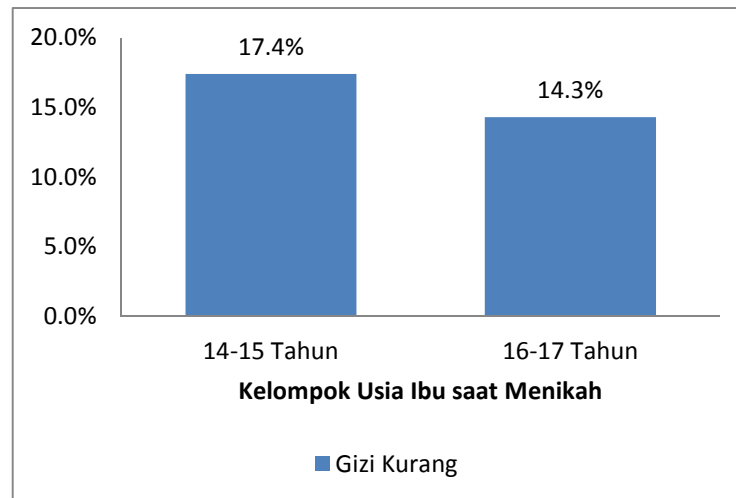


Gambar 1 Kecenderungan Kejadian Anak Pendek berdasarkan Usia Ibu Menikah Dini

Tabel 13. Hasil Uji *Chi-Square* (Usia Ibu Menikah Dini dan Status Gizi BB/U)

Usia Ibu Saat Menikah	Klasifikasi Status Gizi BB/U				<i>p</i>
	Kurang		Baik		
	n	%	n	%	
14-15	4	17,4	19	82,6	0,736
16-17	7	14,3	42	85,7	
Total	11	15,3	61	84,7	

Uji hubungan antara usia ibu menikah dini dengan BB/U anak juga menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna ($p=0,736$). Gambar 2 menunjukkan bahwa terdapat juga kecenderungan antara persentase status gizi BB/U dengan usia ibu menikah dini yaitu semakin rendah usia ibu saat menikah semakin tinggi persentase gizi kurang, dan sebaliknya semakin tinggi kelompok usia saat ibu menikah semakin rendah persentase gizi kurangnya. Oleh karena itu dari dua uji statistik antara kedua indikator menunjukkan bahwa usia ibu menikah dini tidak berhubungan dengan status gizi anak berdasarkan PB/U ataupun BB/U.



Gambar 2 Kecenderungan Kejadian Anak Gizi Kurang berdasarkan Usia Ibu Menikah Dini

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan rerata usia ibu saat menikah dini sebesar $15,9 \pm 0,98$ tahun, dimana menurut UU Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, rerata umur tersebut masih kurang dari 18 tahun, sehingga termasuk dalam kelompok umur anak.¹⁴ Perempuan yang menikah terlalu dini atau masih masuk kelompok umur anak, secara mental belum siap untuk menghadapi masa kehamilan dan persalinan, yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan keturunan selanjutnya.¹

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi sebagian besar responden memilih untuk menikah dini adalah karena tingkat pendidikan responden yang rendah, sehingga hal tersebut menjadi salah satu alasan orang tua mereka untuk menikahkan mereka pada usia dini. Menurut UNICEF terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian pernikahan dini yaitu kemiskinan, persepsi bahwa perkawinan dapat melindungi anak perempuan, nama baik keluarga, norma sosial, hukum agama yang mengizinkan praktik menikah dini, dan sistem hukum negara yang mengatur pernikahan dini tidak kuat.¹⁵ Namun, yang merupakan penyebab utama seseorang memutuskan untuk

menikah dini adalah karena faktor status ekonomi, tingkat pendidikan dan faktor luar, seperti tekanan orang tua dan pengaruh lingkungan.¹⁶

Faktor status ekonomi yang rendah, mempengaruhi 31,9% responden pada penelitian ini untuk menikah dini. Menurut beberapa penelitian, pernikahan dini merupakan salah satu cara untuk meningkatkan status ekonomi keluarga, sehingga keluarga mendorong anak perempuannya untuk menikah dini.^{16, 17} Keputusan tersebut juga dapat berkaitan dengan terbatasnya informasi tentang dampak dari pernikahan dini yang berhubungan juga dengan tingkat pendidikan orang tua yang rendah.¹⁶

Faktor lain yang dapat mempengaruhi anaknya untuk menikah dini adalah tekanan dari orang tua. Beberapa responden juga mengaku bahwa alasan menikah dini adalah karena orang tua memaksa anaknya untuk menikah. Dalam sebuah penelitian lain di daerah pedesaan di India, keputusan orang tua berperan besar dalam menentukan anak perempuannya untuk menikah. Orang tua mendorong anak perempuannya untuk menikah dini dengan maksud untuk melindungi nama baik keluarga karena orang tua takut mendapat penilaian sosial akibat anaknya yang terlambat menikah.¹⁸ Memiliki anak perempuan yang belum menikah berarti membuat hilangnya status sosialnya dan menjadi beban ekonomi bagi keluarganya.¹⁹

Tidak hanya karena faktor pendidikan, alasan lain yang mempengaruhi terjadinya pernikahan dini yaitu karena anak perempuan sudah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan atau hamil di luar nikah, sehingga terpaksa dinikahkan. Beberapa responden (22,2%) dalam penelitian ini, memutuskan menikah dini karena telah hamil sebelum menikah. Penyebab terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja bisa terjadi karena adanya kebiasaan seksual remaja yang tidak diimbangi dengan pengetahuan yang cukup mengenai praktik seks yang aman.²⁰ Menurut Ginting dan Wantania pengetahuan yang rendah tentang kesehatan reproduksi, kehamilan, dan kesehatan pada ibu muda dapat terjadi karena sebagian besar sumber informasi tentang reproduksi bersumber dari media massa.²¹

Berdasarkan penelitian ini 72 batita yang ibunya menikah dini di Kecamatan Gemawang dan Bulu memiliki rerata usia pada saat ini $10,4 \pm 7,16$ bulan. Penelitian ini menunjukkan bahwa berdasarkan PB/U terdapat 29,2% subjek berstatus gizi pendek, sedangkan berdasarkan BB/U 15,3% subjek berstatus gizi kurang. Menurut WHO prevalensi pendek pada penelitian ini termasuk dalam kategori derajat masalah kesehatan masyarakat yang sedang, begitupula dengan gizi kurang juga termasuk dalam kategori yang sedang.²² Indikator status gizi berdasarkan indeks BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut, karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Indikator status gizi berdasarkan indeks TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama.¹¹

Uji hubungan antar variabel dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu saat menikah dengan status gizi batita berdasarkan PB/U maupun BB/U. Namun, jika dilihat kecenderungannya semakin dini usia menikah, maka kejadian pendek pada anak semakin tinggi. Hal ini terlihat pada kelompok usia 14-15 tahun persentase anak pendeknya sebesar 43,5%, lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok umur 16-17 tahun yang hanya 22,4%. Hasil penelitian ini juga sama dengan penelitian Afifah yang melihat hubungan antara usia ibu saat menikah dengan status gizi pendek yang dilihat dari kecenderungan semakin muda usia ibu saat menikah, maka proporsi batita dengan status gizi pendek semakin meningkat.¹

Hubungan antara usia ibu saat menikah dengan status gizi batita berdasarkan BB/U yang di uji menggunakan *Chi square* juga tidak menunjukkan hubungan. Hal tersebut berbeda dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Raj *et al.* Penelitian tersebut menunjukkan bahwa kehamilan yang terjadi pada perempuan yang menikah dini secara signifikan berkaitan dengan kejadian *stunting* (pendek), *wasting* (kurus), dan *underweight* (gizi kurang).²³ Seperti halnya dengan hubungan usia ibu saat menikah dengan status gizi PB/U, status

gizi BB/U juga menunjukkan kecenderungan semakin muda usia ibu saat menikah semakin meningkat kejadian gizi kurang.

Status gizi batita berdasarkan PB/U dan BB/U yang tidak berhubungan dengan usia ibu menikah dini dapat terjadi karena usia ibu saat menikah pertama kali, merupakan faktor tidak langsung yang mempengaruhi status gizi anak dan juga adanya faktor-faktor lain yang lebih berpengaruh terhadap status gizi. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi status gizi batita yaitu asupan makan (energi dan protein) dan riwayat penyakit infeksi, yang merupakan faktor langsung, serta faktor tidak langsung seperti riwayat berat lahir, tingkat pendidikan orang tua, status ekonomi, dan pemberian ASI eksklusif.

Berdasarkan penelitian ini meskipun tidak terdapat hubungan antara status gizi batita dan usia ibu menikah dini, tetapi dalam penelitian ini menunjukkan bahwa anak yang dilahirkan dari ibu yang menikah dini ternyata mereka mengalami defisit energi dan protein. Kecukupan energi batita yang mengalami *stunting* sebanyak 11 batita (52%) mengalami defisit energi tingkat berat. Batita yang mengalami gizi kurang sebanyak 5 (45,4%) batita kecukupan energinya defisit tingkat berat. Batita yang tidak mengalami pendek kecukupan energinya sebanyak 29,4% defisit tingkat berat dan normal. Batita yang gizi baik sebanyak 34,4% kecukupan energinya juga mengalami defisit tingkat berat. Kecukupan protein batita pendek pada penelitian ini sebanyak 20 batita (95,2%) mengalami defisit tingkat berat, sedangkan batita yang mengalami gizi kurang hampir seluruhnya (81,8%) mengalami defisit protein. Begitupula pada batita yang normal asupan proteinnya sebagian besar defisit. Penelitian yang dilakukan oleh Katona *et al* menunjukkan bahwa asupan yang tidak adekuat dapat berakibat pada penurunan berat badan, penurunan daya tahan tubuh, kerusakan mukosa, mudah terserang patogen, dan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan batita.²⁴ Asupan energi dan protein yang masih rendah tersebut kemungkinan disebabkan karena nafsu makan anak yang masih kurang. Kondisi ini jika terus terjadi maka akan memperburuk kondisi gizi dan kesehatan.²⁵

Asupan makan sebagian besar subjek penelitian ini yang mengalami defisit tingkat berat kemungkinan dapat terjadi karena pola asuh ibu yang kurang

tepat. Ibu yang masih muda memiliki psikologis yang kurang matang sehingga membuat mereka kurang baik dalam merawat anaknya.²⁶ Pola asuh juga dapat berkaitan dengan tingkat pendidikan ibu. Tingkat pendidikan ibu dapat mempengaruhi praktik pemberian makan kepada anak dengan benar, melalui pengetahuan mereka yang didapat dari berbagai sumber informasi seperti koran, televisi dan lainnya dengan belajar sendiri.²⁷ Praktik pemberian makan dalam awal kehidupan merupakan hal penting yang dapat menentukan status kesehatan dan perkembangan selama hidup.²⁸

Asupan zat gizi yang tidak adekuat berkaitan dengan buruknya pemberian makan, seperti pemberian makanan yang jenisnya tidak bervariasi. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Kruger dan Gericke, menemukan bahwa ibu yang memiliki pengetahuan tentang gizi yang kurang dapat berkaitan dengan praktik pemberian makan yang tidak tepat. Hal tersebut dapat terlihat dari pemilihan makan yang dilakukan ibu tidak berdasar pada nilai gizi yang terkandung dalam makanan, tetapi makanan dipilih karena dapat mengenyangkan saja.²⁹ Dalam penelitian ini juga terlihat pada anak yang sudah diberi makan bahwa ibu memberikan makan kepada anaknya kebanyakan tidak bervariasi. Kebanyakan ibu memberi makan anaknya hanya nasi dan kuah sayur. Pemberian protein hewani ataupun nabati, sayuran, dan buah-buahan juga jarang diberikan.

Praktik pemberian ASI (Air Susu Ibu) eksklusif, lamanya pemberian ASI, praktik pemberian susu formula, dan usia saat diberi makanan tambahan juga dapat berkaitan dengan status gizi.²⁸ Dalam penelitian ini diambil data praktik pemberian ASI eksklusif dan usia saat diberi makanan. Dari 72 subjek 45,8% tidak memberikan ASI eksklusif. Ibu muda yang baru pertama kali memiliki bayi mungkin memiliki kesulitan dalam memberikan ASI, sehingga berdampak pada pemberian ASI yang kurang bagi anaknya.²⁶ Alasan sebagian responden tidak memberikan ASI eksklusif pada anaknya diantaranya karena saat lahir ASI belum keluar, puting payudara terluka, merasa bayinya belum kenyang jika hanya diberi ASI, merasa anaknya bisa tidur nyenyak jika diberi makan saat usia kurang dari 6 bulan. Hal ini juga hampir sama dengan penelitian di Amerika Serikat, bahwa penyebab ibu remaja tidak memberikan ASI eksklusif pada anaknya karena,

puting payudara terluka, merasa bahwa ASI yang diproduksi tidak cukup untuk bayi dan merasa bahwa bayi tidak merasa kenyang setelah diberi ASI.³⁰

Persentase batita dalam penelitian ini yang memiliki riwayat penyakit infeksi sebesar 20,8%. Penyakit infeksi yang dilihat adalah riwayat ISPA dan diare. Penelitian yang dilakukan Al-anshori menunjukkan bahwa riwayat ISPA merupakan faktor risiko terjadinya pendek pada anak.³¹ ISPA yang diderita oleh anak biasanya disertai dengan kenaikan suhu tubuh, sehingga terjadi kenaikan energi dan zat gizi lainnya. Kondisi tersebut apabila tidak diimbangi asupan makan yang adekuat, maka akan timbul malnutrisi dan gagal tumbuh.³² Anak yang sakit dan diperburuk dengan diare, kehilangan nafsu makan, pengalihan kebutuhan zat gizi untuk respon imun, dan hilangnya nitrogen melalui urin, dapat memicu kekurangan zat gizi dan dapat merusak mekanisme pertahanan tubuh. Hal tersebut jika terjadi dalam jangka waktu yang lama dapat mempengaruhi status gizi.²⁴

Faktor tidak langsung yang berpengaruh terhadap status gizi anak adalah salah satunya status sosial ekonomi. Penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 93,1% ibu subjek merupakan ibu rumah tangga dan sebanyak 55,6% ayah subjek berkerja sebagai petani. Sebagian besar ibu yang merupakan ibu rumah tangga dapat terjadi akibat dari pendidikan ibu yang rendah. Hal tersebut karena pendidikan yang rendah dapat membatasi ibu untuk bekerja. Hasil wawancara dengan semua responden didapatkan bahwa rerata penghasilan dari keluarga per bulan adalah Rp 1.281.944,00. Jumlah penghasilan keluarga dikategorikan menurut golongan pendapatan dari BPS, yaitu miskin (pendapatan <Rp.600.000,00/ bulan), tidak miskin (pendapatan \geq Rp.600.000,00/bulan).¹³ Berdasarkan kategori tersebut status ekonomi responden menunjukkan bahwa keluarga yang miskin sebanyak 34,7% dan yang tidak miskin sebanyak 65,3%. Pendapatan ini merupakan pendapatan yang diperoleh dari total pendapatan jumlah anggota keluarga yang bekerja, sehingga dalam penelitian ini sebagian besar subjek termasuk dalam golongan tidak miskin. Hal tersebut dapat dilihat dari semua responden, sebanyak 91,7% responden masih tinggal bersama orang tuanya (kakek/nenek subjek) dalam sebuah keluarga besar.

Data mengenai berat lahir batita yang ibunya menikah dini dalam penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 10 batita (13.9%) memiliki berat badan lahir kurang dari 2500 gram (BBLR). Batita yang mengalami *stunting* terdapat 6 batita dan 1 batita gizi kurang yang mengalami BBLR. Batita yang berstatus gizi normal dari penelitian ini sebagian besar memiliki berat lahir yang normal (93,6%). Secara teori berat lahir rendah secara signifikan tinggi pada bayi yang ibunya masih remaja, hal tersebut sesuai dengan empat penelitian yang dilakukan di negara yang pendapatannya menengah. Selain itu penelitian yang dilakukan juga di 16 negara yang berpendapatan tinggi juga menunjukkan bahwa berat lahir rendah lebih sering terjadi pada bayi dari ibu yang masih remaja dibandingkan dengan bayi dari ibu yang lebih tua umurnya.³³ Status kesehatan anak dapat dipengaruhi oleh status gizi ibu sebelum terjadi konsepsi. Jika asupan gizi calon ibu memadai maka pertumbuhan organ tubuh dan fungsi reproduksi dapat berkembang dengan baik, sehingga dapat mempengaruhi status kesehatan bayi yang akan dilahirkannya kelak. Anak perempuan yang pendek apabila menikah pada usia dini akan melahirkan bayi yang cenderung mempunyai berat badan lahir rendah.¹

SIMPULAN

Terdapat kecenderungan semakin dini usia ibu menikah, semakin meningkat persentase anak pendek dan gizi kurang, tetapi secara statistik tidak berhubungan.

SARAN

Penundaan usia menikah dini pada remaja sebaiknya perlu dilakukan, karena pernikahan pada usia dini memiliki kecenderungan berstatus gizi pendek atau gizi kurang pada anak yang dilahirkan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan kemudahan yang telah diberikan-Nya. Ucapan terimakasih penulis ucapkan kepada responden dan keluarga di wilayah Kecamatan Gemawang dan Bulu yang telah bersedia menjadi subjek dalam penelitian ini. Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan kepada Nuryanto, S.Gz., M.Gizi yang telah membimbing dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Afifah T. Perkawinan dini dan dampak status gizi. *Gizi Indonesia*. 2011;34(2):11.
2. Gray N, Azzopardi P, Kennedy E, Willersdorf E, Creati M. Improving adolescent reproductive health in Asia and the Pacific: do we have the data? A review of DHS and MICS surveys in nine countries. *Asia-Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*. 2013;25:134-44.
3. WHO. Child marriages: 39 000 every day New York: WHO; 2013 [cited 2016 (11 Oktober 2016)]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/child_marriage_20130307/en/.
4. UNICEF. Really Simple Stats: the UNICEF Ghana internal Statistical bulletin. In: UNICEF, editor.: UNICEF; 2015.
5. BKKBN. Pernikahan Dini pada Beberapa Provinsi di Indonesia: Dampak Overpopulation, Akar Masalah dan Peran Kelembagaan di Daerah. In: Kependudukan PADSEt, editor.: BKKBN; 2012.
6. Parsons J, Edmeades J, Kes A, Petroni S, Sexton M, Wodon Q. Economic Impacts of Child Marriage: A Review of the Literature. *Taylor and Francis*. 2015;13(3):11.
7. Qibtiyah M. Faktor yang Mempengaruhi Perkawinan Muda Perempuan. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*. 2014;3(1):50-8.
8. Verma R, Sinha T, Khanna T. Asia Child Marriage Initiative: Summary of Research in Bangladesh, India and Nepal. 2013:36.
9. Prakash R, Singh A, Pathak PK, Parasuraman S. Early marriage, poor reproductive health status of mother and child well-being in India. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011:10.
10. BPS. Analisis Data Perkawinan Usia Anak di Indonesia. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2016.
11. RISKESDAS. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
12. Ariningsih E. Konsumsi dan Kecukupan Energi dan Protein Rumah Tangga Perdesaan di Indonesia: Analisis Data Susenas 1999, 2002, dan 2005 2009 [cited 2016 30 Mei]. Available from: http://pse.litbang.pertanian.go.id/ind/pdf/MP_Prod_B4_2009.pdf.
13. BAPPENAS. Evaluasi Pelayanan Keluarga Berencana Bagi Masyarakat Miskin (Keluarga Prasejahtera/KPS dan Keluarga Sejahtera-I/KS-I). Jakarta: BAPPENAS, 2010.
14. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, 23 (2002).
15. UNICEF. Child marriage is a violation of human rights, but is all too common 2016 [23 September 2016]. Available from: <http://data.unicef.org/child-protection/child-marriage.html>.

16. Marshan JN, Rakhmadi MF, Rizky M. Prevalence of Child Marriage and Its Determinants among Young Women in Indonesia. Child Poverty and Social Protection Conference: The SMERU Research Institute.
17. UNICEF. Child Marriage 2016 [23 September 2016]. Available from: http://www.unicef.org/protection/57929_58008.html.
18. Sarkar P. Determinants and Effect of Early Marriage in Bangladesh, 2007. Research Journal of Applied Sciences 2009;4(5):178-84.
19. Johnson-Lans S, Jones P. Child Brides in Rural India. 2011.
20. Utomo ID, Utomo A. Adolescent Pregnancy in Indonesia: A Literature Review. Australian Demographic and Social Research Institute, the Australian National University, 2013.
21. Ginting F, Wantania J. Pengetahuan, sikap dan perilaku remaja yang hamil tentang kehamilan remaja di Manado. Buletin IDI Manado. 2012:47-59.
22. WHO. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Geneva: WHO, 2010.
23. Raj A, Saggurti N, Winter M, Labonte A, Decker MR, Balaiah D, et al. The effect of maternal child marriage on morbidity and mortality of children under5inIndia: cross sectional study of a nationally representative sample. BMJ. 2010;34.
24. Katona P, Katona J. The Interaction between Nutrition and Infection. Clinical Infectious Diseases. 2008;46:1582-8.
25. Nurcahyo K, Briawan D. Konsumsi Pangan, Penyakit Infeksi, dan Status Gizi Anak Balita Pasca Perawatan Gizi Buruk. Jurnal Gizi dan Pangan. 2010;5(3):164-70.
26. Nube M, Asante FA, Asenyo-Okyere WK. Understanding the health and nutritional status of children in Ghana. Journal of Agricultural Economics. 1997;17:59-74.
27. Fekadu Y, Mesfin A, Haile D, Stoecker BJ. Factors associated with nutritional status of infants and young children in Somali Region, Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2015;15:846.
28. Ubeysekara NH, Jayathissa R, Wijesinghe CJ. Nutritional status and associated feeding practices among children aged 6-24 months in a selected community in Sri Lanka: A cross sectional study. European Journal of Preventive Medicine. 2015;3(2-1):15-23.
29. Kruger R, Gericke GJ. A qualitative exploration of rural feeding and weaning practices, knowledge and attitudes on nutrition. Public Health Nutrition. 2003;6(2):217-23.
30. Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed methods study. International Breastfeeding Journal. 2011;6(14).
31. Al-Anshori H, Nuryanto, editors. Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 12-24 Bulan (Studi di Kecamatan Semarang Timur). Semarang: Universitas Diponegoro; 2013.
32. Abuya BA, Ciera J, Kimani-Murage E. Effect of mother's education on child's nutritional status in the slums of Nairobi. BMC Pediatrics. 2012;12(1):1-10.

33. Zhang B, Zhai F, Du S, Popkin BM. The China Health and Nutrition Survey, 1989–2011. *Obes Rev.* 2014;15(1):1-10.

LAMPIRAN

Uji Chi Square

Usia Menikah 2 * Baru Klasifikasi PB/U Crosstabulation

			Baru Klasifikasi PB/U		Total
			Pendek	Normal	
Usia Menikah 2	14-15	Count	10	13	23
		Expected Count	6.7	16.3	23.0
		% within Usia Menikah 2	43.5%	56.5%	100.0%
	16-17	Count	11	38	49
		Expected Count	14.3	34.7	49.0
		% within Usia Menikah 2	22.4%	77.6%	100.0%
Total	Count	21	51	72	
	Expected Count	21.0	51.0	72.0	
	% within Usia Menikah 2	29.2%	70.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.351 ^a	1	.067		
Continuity Correction ^b	2.410	1	.121		
Likelihood Ratio	3.243	1	.072		
Fisher's Exact Test				.095	.062
Linear-by-Linear Association	3.304	1	.069		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,71.

b. Computed only for a 2x2 table

Usia Menikah 2 * Baru Klasifikasi BBU Crosstabulation

			Baru Klasifikasi BBU		Total
			Gizi Kurang	Gizi Baik	
Usia Menikah 2	14-15	Count	4	19	23
		Expected Count	3.5	19.5	23.0
		% within Usia Menikah 2	17.4%	82.6%	100.0%
	16-17	Count	7	42	49
		Expected Count	7.5	41.5	49.0
		% within Usia Menikah 2	14.3%	85.7%	100.0%
Total		Count	11	61	72
		Expected Count	11.0	61.0	72.0
		% within Usia Menikah 2	15.3%	84.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.117 ^a	1	.733		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.115	1	.735		
Fisher's Exact Test				.736	.492
Linear-by-Linear Association	.115	1	.735		
N of Valid Cases ^b	72				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,51.

b. Computed only for a 2x2 table

No	Nama Anak	Jenis Kelamin	Usia (bulan)	Usia Ibu saat Me nikah	Usia Ayah Saat Men ikah	BB Lahir	Klasifikasi Berat Lahir	PB lahir	Data Antropometri Batita Saat ini		Z score PB/U	Z scor BB/U	Klasifikasi		Persen Kecukupan Asupan		Pemberian ASI
									BB	PB			PB/U	BB/U	Energi	Protein	
1	AF	Laki-laki	8	16.0	20	2,9	Normal	48	9.0	65.0	-2,5	0.4	Pendek	Baik	85%	43%	eksklusif
2	RA	Laki-laki	1	17.0	19	2,9	Normal	48	5.0	57.0	3,7	0.8	Normal	Baik	149%	66%	eksklusif
3	MA	Perempuan	5	16.0	23	2,7	Normal	48	6.5	62.0	-0,8	-0.5	Normal	Baik	107%	47%	eksklusif
4	AK	Perempuan	25	15.0	21	3,1	Normal	49	8.2	79.0	-2,3	-2.5	Pendek	Kurang	50%	26%	eksklusif
5	IF	Laki-laki	11	15.0	28	2,1	BBLR	44	8.3	67.7	-3,0	-1.1	Pendek	Baik	67%	31%	eksklusif
6	NA	Perempuan	2	17.0	21	2,5	Normal	47	4.6	55.0	-1,0	-0.8	Normal	Baik	108%	47%	eksklusif
7	KM	Perempuan	4	15.0	20	3,2	Normal	42	5.0	65.0	1,3	-2.0	Normal	Kurang	98%	43%	eksklusif
8	NL	Laki-laki	2	15.0	22	2,2	BBLR	40	2.5	53.5	-2,5	-4.4	Pendek	Kurang	116%	51%	tidak eksklusif
9	ZR	Perempuan	6	17.0	24	3	Normal	48	7.2	65.0	-0,3	-0.1	Normal	Baik	94%	46%	eksklusif
10	AZ	Perempuan	11	17.0	20	2,8	Normal	50	9.1	70.0	-1,1	0.3	Normal	Baik	47%	22%	tidak eksklusif
11	SV	Perempuan	17	16.0	22	2,1	BBLR	42	6.9	72.0	-2,7	-2.8	Pendek	Kurang	62%	37%	tidak eksklusif
12	AM	Perempuan	4	14.0	22	3,3	Normal	50	5.7	63.0	0,4	-1.0	Normal	Baik	185%	107%	tidak eksklusif
13	HA	Laki-laki	16	16.0	21	3,9	Normal	48	10.2	88.2	2,8	-0.3	Normal	Baik	82%	44%	eksklusif
14	NH	Laki-laki	5	17.0	25	3,1	Normal	48	6.9	60.0	-2,8	-0.8	Pendek	Baik	91%	40%	eksklusif
15	ZC	Perempuan	4	17.0	24	3,1	Normal	50	5.8	62.0	0,0	-0.9	Normal	Baik	99%	43%	eksklusif
16	US	Perempuan	13	17.0	23	3,1	Normal	51	11.0	79.0	1,6	1.5	Normal	Baik	79%	37%	tidak eksklusif

17	FI	Perempuan	16	16.0	30	3	Normal	49	9.5	79.0	0,1	-0.3	Normal	Baik	68%	45%	tidak eksklusif
18	MV	Laki-laki	20	15.0	20	4,2	Normal	50	9.1	69.0	-5,4	-1.8	Pendek	Baik	57%	26%	tidak eksklusif
19	AN	Perempuan	30	17.0	25	2,9	Normal	49	6.5	76.1	-4,1	-4.1	Pendek	Kurang	52%	25%	eksklusif
20	MG	Laki-laki	6	17.0	25	3,7	Normal	49	8.1	66.0	-0,8	0.2	Normal	Baik	142%	158%	eksklusif
21	CA	Perempuan	25	15.0	20	3,1	Normal	49	7.7	76.1	-3,2	-2.9	Pendek	Kurang	48%	25%	tidak eksklusif
22	OK	Perempuan	9	17.0	25	2,3	BBLR	46	7.5	66.5	-1,5	-0.6	Normal	Baik	81%	38%	eksklusif
23	GH	Laki-laki	12	15.0	21	3,4	Normal	50	9.5	75.0	-1,6	-0.1	Normal	Baik	56%	39%	eksklusif
24	EO	Perempuan	7	16.0	20	2,1	BBLR	45	5.7	66.0	-0,6	-2.4	Normal	Kurang	92%	49%	eksklusif
25	AP	Perempuan	15	16.0	22	2,8	Normal	51	9.3	73.7	-1,7	-0.3	Normal	Baik	63%	34%	tidak eksklusif
26	ST	Perempuan	2	17.0	21	3,8	Normal	51	6.3	65.0	4,0	1.7	Normal	Baik	113%	50%	tidak eksklusif
27	RY	Perempuan	6	16.0	19	3,2	Normal	47	7.7	66.0	0,1	0.4	Normal	Baik	84%	53%	tidak eksklusif
28	SS	Perempuan	2	17.0	19	2,3	BBLR	48	4.9	52.0	-2,4	-0.3	Pendek	Baik	121%	53%	eksklusif
29	GR	Laki-laki	2	15.0	18	2,7	Normal	46	6.1	55.0	-1,7	0.7	Normal	Baik	136%	60%	tidak eksklusif
30	ID	Perempuan	9	17.0	29	3,1	Normal	50	8.4	68.0	-0,9	0.2	Normal	Baik	59%	29%	tidak eksklusif
31	BK	Laki-laki	19	16.0	24	3,8	Normal	48	11.5	80.7	-1,2	0.3	Normal	Baik	58%	28%	tidak eksklusif
32	RY	Laki-laki	15	17.0	36	2,8	Normal	50	7.4	75.7	-1,6	-2.6	Normal	Kurang	44%	22%	eksklusif
33	RZ	Laki-laki	16	14.0	27	2,5	Normal	50	8.4	70.0	-3,9	-1.9	Pendek	Baik	45%	23%	tidak eksklusif
34	SG	Laki-laki	17	16.0	19	2,1	BBLR	46	10.5	85.0	1,4	-0.2	Normal	Baik	66%	42%	eksklusif
35	LF	Perempuan	6	15.0	24	3,1	Normal	49	9.5	70.0	1,9	1.9	Normal	Baik	93%	45%	eksklusif

36	AT	Perempuan	18	17.0	24	2,7	Normal	51	10.5	74.0	-2,3	0.2	Pendek	Baik	80%	69%	eksklusif
37	HF	Perempuan	18	15.0	22	3,2	Normal	48	9.5	76.0	-1,6	-0.6	Normal	Baik	57%	29%	eksklusif
38	SO	Perempuan	12	16.0	26	2,4	BBLR	44	9.0	74.7	0,0	0.1	Normal	Baik	85%	54%	tidak eksklusif
39	JN	Perempuan	12	16.0	25	3	Normal	48	9.0	70.7	-1,5	0.1	Normal	Baik	55%	25%	eksklusif
40	AI	Perempuan	4	17.0	42	2,7	Normal	49	7.3	63.0	-0,4	1.0	Normal	Baik	68%	30%	tidak eksklusif
41	RF	Perempuan	13	14.0	22	3,2	Normal	48	8.0	68.0	-2,8	-1.1	Pendek	Baik	62%	54%	eksklusif
42	JZ	Perempuan	26	17.0	19	3	Normal	50	11.8	86.0	-0,4	-0.1	Normal	Baik	48%	47%	eksklusif
43	AS	Laki-laki	13	16.0	26	3,8	Normal	51	9.5	76.7	-0,4	-0.4	Normal	Baik	74%	32%	tidak eksklusif
44	AP	Laki-laki	13	16.0	17	2,8	Normal	50	10.4	68.7	-3,7	0.5	Pendek	Baik	67%	31%	tidak eksklusif
45	BM	Laki-laki	3	17.0	18	3,5	Normal	50	6.5	62.0	0,1	0.1	Normal	Baik	106%	50%	tidak eksklusif
46	YR	Laki-laki	12	16.0	26	4	Normal	56	10.0	76.7	0,1	0.5	Normal	Baik	77%	37%	tidak eksklusif
47	DM	Perempuan	12	17.0	24	2,8	Normal	47	7.2	65.0	-3,5	-1.7	Pendek	Baik	57%	29%	tidak eksklusif
48	NP	Laki-laki	4	17.0	21	2,9	Normal	50	6.5	61.0	-1,4	-0.6	Normal	Baik	96%	42%	eksklusif
49	KR	Laki-laki	10	14.0	22	3,1	Normal	50	10.8	75.0	0,7	1.6	Normal	Baik	82%	68%	tidak eksklusif
50	AE	Perempuan	4	16.0	25	2,6	Normal	49	7.0	62.0	0,0	0.7	Normal	Baik	93%	41%	eksklusif
51	RQ	Perempuan	0	15.0	24	3,1	Normal	49	3.1	49.0	-0,1	-0.3	Normal	Baik	179%	78%	eksklusif
52	AB	Laki-laki	11	14.0	20	3	Normal	49	8.4	69.0	-2,4	-1.0	Pendek	Baik	74%	44%	eksklusif
53	WW	Perempuan	14	14.0	22	2,5	Normal	46	7.6	76.7	-0,1	-1.6	Normal	Baik	69%	50%	eksklusif
54	JS	Laki-laki	26	16.0	26	3,3	Normal	50	12.8	91.0	0,7	0.2	Normal	Baik	73%	68%	tidak eksklusif

55	KK	Perempuan	5	16.0	23	3	Normal	50	8.6	59.0	-2,3	1.9	Pendek	Baik	102%	52%	tidak eksklusif
56	FM	Laki-laki	5	16.0	18	2,1	BBLR	45	5.5	60.0	-2,8	-2.5	Pendek	Kurang	99%	50%	tidak eksklusif
57	HZ	Perempuan	8	15.0	19	2,5	Normal	46	7.9	70.0	0,5	0.0	Normal	Baik	75%	33%	eksklusif
58	AR	Laki-laki	16	16.0	22	3,3	Normal	51	10.7	79.0	-0,5	0.2	Normal	Baik	91%	38%	eksklusif
59	MM	Laki-laki	1	17.0	25	3	Normal	49	4.7	54.0	2,2	2.3	Normal	Baik	133%	58%	eksklusif
60	JC	Perempuan	1	15.0	21	3,8	Normal	51	5.3	53.0	-0,4	1.8	Normal	Baik	124%	55%	tidak eksklusif
61	FL	Perempuan	2	14.0	18	3	Normal	49	5.3	55.0	-1,0	0.3	Normal	Baik	108%	47%	eksklusif
62	KH	Laki-laki	10	17.0	23	2,95	Normal	50	8.5	71.0	-1,0	-0.7	Normal	Baik	74%	42%	eksklusif
63	CH	Perempuan	6	16.0	24	2,5	Normal	45	6.6	66.0	0,1	-0.9	Normal	Baik	95%	48%	eksklusif
64	AW	Perempuan	22	17.0	11	2,5	Normal	46	8.0	75.0	-3,1	-2.4	Pendek	Kurang	124%	72%	eksklusif
65	NS	Perempuan	9	16.0	24	3,4	Normal	48	9.5	78.0	3,2	1.2	Normal	Baik	70%	33%	tidak eksklusif
66	VA	Laki-laki	11	15.0	26	3,2	Normal	48	8.2	64.0	-4,6	-1.2	Pendek	Baik	77%	34%	tidak eksklusif
67	GD	Laki-laki	7	16.0	27	3,2	Normal	48	7.2	65.5	-1,7	-1.2	Normal	Baik	75%	35%	eksklusif
68	ZF	Laki-laki	17	16.0	22	2,9	Normal	49	8.5	78.0	-1,2	-2.0	Normal	Kurang	85%	89%	tidak eksklusif
69	DR	Perempuan	8	17.0	22	3,4	Normal	50	8.8	73.0	1,8	0.8	Normal	Baik	69%	30%	tidak eksklusif
70	AA	Perempuan	5	15.0	29	3	Normal	50	7.5	61.0	-1,4	0.7	Normal	Baik	87%	41%	tidak eksklusif
71	ZZ	Laki-laki	5	17.0	25	3,5	Normal	50	10.1	63.0	-1,4	2.9	Normal	Baik	95%	41%	eksklusif
72	UM	Laki-laki	23	15.0	23	2,4	BBLR	47	9.6	80.0	-2,3	-1.8	Pendek	Baik	66%	60%	tidak eksklusif