



Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Gizi Buruk Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tawanga Kabupaten Konawe

Alpin

Program dan Perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Kolaka Timur, Sulawesi Tenggara, Indonesia

ABSTRAK

Status gizi buruk ditentukan berdasarkan indikator antropometri berat badan menurut tinggi atau panjang badan (BB/TB) dengan z-skor BB/TB < -3 SD. Status gizi buruk pada balita dapat menimbulkan pengaruh yang dapat menghambat pertumbuhan fisik, mental maupun kemampuan berpikir. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis status gizi dan factor yang memengaruhinya di Wilayah kerja Puskesmas Tawanga Kabupaten Konawe. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif observasional menggunakan desain cross sectional yang melibatkan 97 responden yang dipilih secara simple random sampling. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pemberian ASI Eksklusif yang diukur dengan menggunakan kuesioner. Sedangkan variable independennya adalah karakteristik ibu seperti usia, pendidikan dan pekerjaan. Kuesioner yang digunakan disiapkan oleh peneliti sendiri dengan memperhatikan sumber referensi yang relevan dan telah diuji dan dinyatakan valid dan reliabel. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji Chi Square. Semua tes dengan p-value (p) < 0.05 dianggap signifikan. Analisis statistik dilakukan dengan menggunakan aplikasi SPSS versi 16.0. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi balita penderita gizi buruk sebanyak 7.2%, status gizi buruk dipengaruhi oleh faktor seperti pekerjaan $p=0.001$ sedangkan untuk variable usia dengan $p=0.591$, dan status pendidikan dengan $p=0.596$. Pentingnya ibu bekerja untuk menambah referensi tentang nutrisi baik bagi Balita.

Kata Kunci: Balita, Gizi Buruk, Pendidikan, Pekerjaan, Usia

ABSTRACT

Malnutrition status was determined based on anthropometric indicators of weight according to height or body length (BW/TB) with a z-score of BB/TB < -3 SD. Malnutrition status in toddlers can cause effects that can inhibit physical, mental and thinking abilities. The purpose of this study was to analyze nutritional status and the factors that influence it in the working area of the Tawanga Health Center, Konawe Regency. This research is an observational quantitative study using a cross sectional design involving 97 respondents who were selected by simple random sampling. The variable in this study was exclusive breastfeeding which was measured using a questionnaire. While the independent variables are maternal characteristics such as age, education and occupation. The questionnaire used by the researcher himself by taking into account the relevant reference sources and has been tested and declared valid and reliable. Data analysis in this study used the Chi Square test. All tests with p-value (p) < 0.05 were considered significant. Statistical analysis was performed using the SPSS version 16.0 application. The results showed that the proportion of children under five with severe malnutrition was 7.2%, poor nutritional status was influenced by factors such as work, $p=0.001$, while for the age variable, $p=0.591$, and education status with $p=0.596$. The importance of working mothers to add references to good nutrition for toddlers.

Keywords: Toddler, Malnutrition, Education, Occupation, Age

Korespondensi:

Nama : Alpin
Alamat : Lalingato, Kec. Tirawuta, Kabupaten Kolaka Timur, Sulawesi Tenggara, Indonesia, 93572
No. Hp : 085241847847
e-mail : alpinraymuddin80@gmail.com

PENDAHULUAN

Masalah gizi buruk masih menjadi masalah kesehatan nasional bahkan secara global. Gizi buruk merupakan penyebab kematian tertinggi anak di negara berkembang. Malnutrisi (gizi buruk) adalah keadaan kekurangan energi dan protein berat akibat ketidakseimbangan antara ambilan makanan dengan kebutuhan gizi [1]. Gangguan pemenuhan zat gizi kronis merupakan faktor risiko tinggi terjadinya gizi buruk yang ditandai dengan malabsorpsi atau kegagalan metabolik. Secara antropometri gejala klinis gizi buruk diketahui melalui indikator pengukuran berat badan (BB), tinggi badan (TB) dan lingkaran lengan (LILA) di bawah rata-rata dari standar yang telah ditentukan secara Nasional maupun WHO (World Health Organization). Gizi buruk dapat berefek jangka panjang terhadap perkembangan fisik, mental dan kualitas kehidupan anak [2]. Pengukuran status gizi didasarkan atas Standar WHO 2005 yang telah ditetapkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak [3].

Status gizi merupakan keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makanan dengan kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk metabolisme tubuh. Setiap individu membutuhkan asupan zat gizi yang berbeda antar individu, hal ini tergantung pada usia orang tersebut, jenis kelamin, aktivitas tubuh dalam sehari, berat badan, dan lainnya [4]. Status gizi secara langsung dipengaruhi oleh asupan pangan dan kesehatan, yang secara tidak langsung disebabkan oleh aksesibilitas pangan, pola asuh, pelayanan kesehatan [5].

Data WHO tahun 2013, lebih dari 50% kematian anak di negara berkembang disebabkan kondisi gizi buruk [6]. Di Indonesia kejadian anak gizi buruk mencapai 4.9% pada tahun 2010 dan meningkat sebanyak 5.7% pada tahun 2013 [7]. Meningkatkan kejadian gizi buruk di Indonesia terus berkembang pesat sampai tahun 2018 dengan prevalensi 17.7%. Target Sustainable Development Goals (SDGs) (2019) adalah tidak ada lagi kasus gizi buruk di Indonesia pada tahun 2030. Hal ini menunjukkan bahwa kasus gizi buruk memiliki urgensi yang tinggi untuk ditekan jumlah kejadiannya [8].

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan melaporkan bahwa persentase gizi buruk pada balita usia 0-23 bulan di Indonesia adalah 3,8%, sedangkan persentase gizi kurang adalah 11.4%. Hal tersebut tidak berbeda jauh dengan hasil pemantauan Status Gizi (PSG) yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2017, yaitu persentase gizi buruk pada balita usia 0-23 bulan sebesar 3.5% dan persentase gizi kurang sebesar 11.3%. Pada balita usia 0-59 bulan, hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan bahwa persentase gizi buruk di Indonesia adalah 3.9%, sedangkan persentase gizi kurang adalah 13.8%. Hal tersebut tidak berbeda jauh dengan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2017, yaitu persentase gizi buruk pada balita sebesar 3,8% dan persentase gizi kurang sebesar 14.0% [9].

Sulawesi Tenggara merupakan salah satu Provinsi yang terbilang masih tinggi persentase kasus gizi buruk pada usia 0-23 bulan mencapai 6.3% dan 13.2 % gizi kurang dan pada usia 0-59 bulan persentase gizi buruk mencapai 5.6 dan 16.4 % gizi kurang [9].

Secara umum jumlah kasus gizi buruk di Provinsi Sulawesi Tenggara dalam 5 tahun terakhir mengalami penurunan, jika tahun 2013 ditemukan 333 kasus, maka pada tahun 2017 turun menjadi 220 kasus. Penurunan secara umum kasus gizi buruk ini disebabkan karena kegiatan sweeping/pelacakan dan penanganan terhadap kasus gizi buruk semakin baik dari tahun ke tahun, melalui peningkatan kapasitas petugas pelaksana Pemantauan Status Gizi (PSG), sosialisasi dan advokasi gerakan nasional sadar gizi yang tiap tahun dilaksanakan baik di sarana fasilitas kesehatan (puskesmas, polindes dan posyandu), juga di institusi pendidikan (SD/MI, SMP dan SMA). Akan tetapi, penurunan kasus gizi buruk bukan berarti bahwa tidak ada wilayah di Sulawesi Tenggara yang bebas dari kasus gizi buruk, bahkan rata-rata berada di atas 10 kasus gizi buruk, dengan Kabupaten Bombana, Muna dan Buton memiliki jumlah kasus tertinggi, termasuk Kabupaten Konawe masuk dalam zona merah dengan jumlah kasus di atas 10 (<10) [10].

Dalam upaya penanganan gizi buruk, program gizi memiliki kriteria bahwa 1 kasus gizi buruk di suatu daerah sudah dapat dikategorikan ke dalam Kejadian Luar Biasa (KLB) Gizi Buruk. Mengacu pada kriteria ini,

maka pada tahun 2017 di seluruh wilayah Sulawesi Tenggara telah mengalami KLB gizi. Banyak faktor yang dapat menyebabkan munculnya kasus gizi buruk, namun secara umum disebabkan oleh kondisi ekonomi dan daya beli yang rendah, sebab lain adalah akses ke pelayanan kesehatan terutama kunjungan ke posyandu sangat rendah, faktor pengetahuan orang tua, pola asuh/pola makan dan sosial budaya setempat juga ikut berpengaruh. Sebagai catatan bahwa semua kasus gizi buruk yang ditemukan telah mendapat penanganan [11].

Berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Konawe tren kasus gizi buruk mengalami penurunan yang fluktuatif sejak tahun 2014 sampai tahun 2018 dengan tren kasus tahun 2014 sebanyak 24 kasus kemudian mengalami penurunan pada tahun 2015 sebanyak 14 kasus kemudian meningkat 1 kasus lagi pada tahun 2016 mencapai 15 kasus, pada tahun 2017 meningkat lagi menjadi 23 kasus dan mengalami penurunan yang signifikan menjadi 11 kasus. Meskipun terjadi penurunan namun 11 kasus gizi buruk masih menjadi perhatian penting untuk penanganan yang lebih serius karena 1 kasus gizi buruk ditemukan merupakan KLB. Diketahui Kabupaten Konawe terdistribusi di beberapa wilayah se-Kabupaten Konawe dengan wilayah kerja Puskesmas Tawanga ditemukan 2 kasus gizi buruk [12]. Kemungkinan kasus ini akan mengalami peningkatan karena saat ini situasi pandemik COVID-19.

Pandemi Covid-19 yang terjadi secara global bahkan di Indonesia berimplikasi dalam sendi-sendi kehidupan sosial ekonomi masyarakat terutama dalam pemenuhan kebutuhan dasar khususnya kebutuhan pangan [13,14]. Mewabahnya Covid-19 harusnya dapat menimbulkan hikmah bagi pola hidup sehat, terutama meningkatkan imunitas dengan cara memperbaiki pola konsumsi dan memperhatikan keseimbangan nilai gizi, yang mencakup energi, protein, vitamin, dan mineral dari bahan pangan yang aman dan sehat dikonsumsi [15]. Saat ini hampir seluruh negara di dunia, berusaha untuk memenuhi kebutuhan pangan domestiknya sendiri karena jalur perdagangan internasional terganggu semenjak wabah Covid-19 mulai menyebar. Demikian juga yang terjadi di daerah-daerah Indonesia. Oleh karena itu, produksi dan pengembangan produk pangan domestik menjadi tumpuan utama bagi daerah [16].

Ada banyak faktor yang mempengaruhi kejadian gizi buruk seperti pendapatan yang berhubungan dengan akses terhadap makanan. Aksesibilitas merupakan komponen penting dalam ketahanan pangan keluarga, artinya bahwa rumah tangga mampu memenuhi kecukupan pangan anggota rumah tangga sesuai dengan kebutuhan gizi. Apabila terjadi masalah pada akses, maka keluarga dapat mengalami rawan pangan karena tidak tersedianya pangan pada tingkat rumah tangga sehingga akan berpengaruh pada konsumsi. Ketahanan pangan keluarga dan status gizi balita mempunyai hubungan yang erat, dan sebuah keluarga yang kekurangan pangan akan dapat mempengaruhi status gizi keluarga tersebut, terutama pada balita [17].

Faktor sosial ekonomi meliputi pendapatan per-kapita, pendidikan orang tua, pengetahuan ibu tentang gizi dan jumlah anggota dalam rumah tangga secara tidak langsung juga berhubungan dengan kejadian gizi buruk. Pendapatan akan memengaruhi pemenuhan zat gizi keluarga dan kesempatan dalam mengikuti pendidikan formal. Rendahnya pendidikan disertai rendahnya pengetahuan gizi sering dihubungkan dengan kejadian malnutrisi [18]. Selain itu pemberian air susu ibu (ASI) yang rendah juga dikaitkan dengan malnutrisi. Sehingga oleh WHO maupun secara Nasional dianjurkan pemberian ASI sampai usia 2 tahun. Diketahui ASI mengandung zat gizi berkualitas dapat membantu memperkuat sistem kekebalan bayi di awal kehidupannya dan beberapa penelitian telah menunjukkan manfaat ASI dalam melindungi bayi dari infeksi [19,20] juga sangat diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak serta memberi perlindungan terhadap penyakit [21].

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis “Faktor-Faktor yang memengaruhi kejadian gizi buruk pada Balita dimasa Pandemi Covid-19 di Wilayah kerja Puskesmas Tawanga Kabupaten Konawe Provinsi Sulawesi Tenggara.

METODE

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan desain cross sectional dengan teknik purposive sampling, sehingga setiap partisipan dalam penelitian ini dipilih berdasarkan pertimbangan peneliti. Penelitian

ini melibatkan 97 ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan yang terdaftar dan berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Tawanga Kabupaten Konawe. Untuk mengontrol kualitas data penelitian, peneliti melakukan penyaringan awal dengan menetapkan kriteria sampel. Kriteria inklusi sampel adalah ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan, ibu yang tidak mengalami gangguan psikosomatik, sedangkan bayi yang sakit selama penelitian dan lahir dengan berat badan lahir rendah dikeluarkan dari penelitian.

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pemberian ASI Eksklusif yang diukur dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner yang digunakan disiapkan oleh peneliti sendiri dengan memperhatikan sumber referensi yang relevan dan telah diuji dan dinyatakan valid dan reliabel. Data disajikan sebagai angka dan persentase untuk variabel kategoris. Data kontinu dinyatakan sebagai mean \pm standar deviasi (SD), atau median dengan Interquartile Range (IQR). Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji Chi Square untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan eksklusivitas ASI. Semua tes dengan p-value (p) \leq 0.05 dianggap signifikan. Analisis statistik dilakukan dengan menggunakan aplikasi SPSS versi 16.0.

Semua peserta dalam penelitian ini telah menandatangani surat kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Tidak ada insentif ekonomi yang ditawarkan atau disediakan untuk partisipasi dalam penelitian ini. Penelitian ini dilakukan sesuai dengan pertimbangan etis dari Deklarasi Helsinki. Penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Haluoleo dengan nomor: 100/KEPK-IAKMI/VII/2021.

HASIL

Tabel distribusi frekuensi tentang karakteristik responden atau Ibu balita dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden (Ibu Balita)

Karakteristik	n	%
Umur (Tahun)		
15-19 tahun	5	5.2
20-24 tahun	16	16.7
25-29 tahun	33	34.4
30-34 tahun	27	28.1
35-39 tahun	12	12.5
40-44 tahun	3	3.1
Pendidikan		
S1	6	6.1
SMA	74	76.2
SLTP	12	12.5
SD	5	5.2
Pekerjaan		
PNS/TNI/POLRI	3	3.1
WIRASWASTA	4	4.1
IRT (IBU RUMAH TANGGA)	85	87.6
PETANI	5	5.2

Pada table 1 menunjukkan bahwa dominan ibu memiliki usia 25-29 tahun sebanyak 34.4%, tingkat pendidikan SMA sebanyak 76.2% dan tidak bekerja atau hanya sebagai ibu rumah tangga sebanyak 90.6%.

Tabel 2 Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Gizi Buruk Pada Balita

Variable Independen	Status Gizi		p-value
	Buruk	Normal	
Usia			
≥ 35 tahun	0 (0.0)	15 (100)	0.591
< 35 tahun	7 (8.5)	75 (91.5)	
Status Pendidikan			
Rendah	0 (0.0)	16 (100)	0.596
Tinggi	7 (8.6)	74 (91.4)	
Status Pekerjaan			
Bekerja	4 (44.4)	5 (55.6)	0.001
Tidak bekerja	3 (3.4)	85 (96.6)	

Pada table 2 menunjukkan bahwa dominan Balita yang memiliki status gizi normal mempunyai ibu usia < 35 tahun dengan tingkat pendidikan tinggi dan tidak bekerja atau hanya sebagai ibu rumah tangga.

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini didapatkan fakta bahwa ibu yang berusia < 35 tahun lebih dominan memiliki balita yang berstatus gizi normal, hal ini sangat sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa Usia merupakan indikator penting dalam menentukan produktifitas seseorang dibandingkan dengan orang yang lebih tua, orang yang masih muda memiliki produktifitas yang lebih tinggi, karena kondisi fisik dan kesehatan orang muda yang masih prima. Meskipun secara statistic tidak berhubungan antara status gizi buruk dengan usia ibu muda.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan secara statistic antara usia ibu dengan kejadian balita pendek di Kabupaten Temanggung dengann nilai $p=0.067$ [22] yang menyatakan bahwa semakin muda usia ibu saat menilah maka cenderung memiliki anak tubuh pendek lebih besar. Hasil penelitian serupa pernah dilakukan di puskesmas Bahu Manado yang juga menemukan tidak adanya hubungan usia ibu dengan gizi buruk pada balita [23].

Pendidikan ialah salah satu poin penting dalam kehidupan terutama pendidikan kesehatan Gizi sangat diperlukan untuk membentuk prilaku positif dalam hal memenuhi kebutuhan gizi sebagai salah satu unsur penting yang mendukung status kesehatan seseorang, pendidikan gizi dilakukan untuk menghasilkan perilaku yang dibutuhkan untuk memelihara, mempertahankan, ataupun meningkatkan keadaan gizi baik terutama gizi balita [24]. Tingkat pendidikan berhubungan dengan status gizi karena dengan meningkatnya pendidikan kemungkinan akan meningkatkan pendapatan sehingga dapat meningkatkan daya beli makanan [25].

Menurut Gusti, balita yang memiliki ibu yang berpendidikan rendah memiliki risiko untuk mengalami status gizi kurang dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi. Namun penelitian yang dilakukan oleh Masithah [26] memiliki hasil yang berbeda yakni, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan status gizi balita. Berdasarkan literatur, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah diberikan pengertian mengenai suatu informasi dan semakin mudah untuk mengimplementasikan pengetahuannya dalam perilaku khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Dengan demikian, pendidikan ibu yang relative rendah juga akan berkaitan dengan sikap dan tindakan ibu dalam menangani masalah kurang gizi pada anak balitanya

Tingkat pendidikan seseorang akan berkaitan erat dengan wawasan pengetahuan mengenai sumber gizi dan jenis makanan yang baik untuk konsumsi keluarga. Ibu rumah tangga yang berpendidikan akan cenderung memilih makanan yang lebih baik dalam mutu dan jumlahnya, dibanding dengan ibu yang pendidikan lebih

rendah [27].

Hasil uji statistik dengan menggunakan Chi Square menemukan bahwa nilai $p=0.001$ yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan kejadian gizi buruk pada balita. Hal ini dapat dikatakan bahwa ibu yang tidak bekerja dapat mencegah untuk memiliki balita dengan status gizi buruk dibandingkan dengan ibu yang bekerja. Hal ini bertolak belakang dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa ibu yang bekerja justru dapat mencegah kejadian status gizi buruk pada Balita, dikarenakan ibu bekerja dapat menjamin ekonomi keluarga dan juga lebih mungkin untuk mengakses informasi tentang gizi anak dibandingkan ibu yang tidak bekerja [28]. Sejalan dengan teori bahwa pekerjaan yang baik tentu akan memberikan penghasilan atau pendapatan yang baik pula, sehingga dapat mencukupi kebutuhan akan pangan dan kesehatan, jika dilihat dari pekerjaan dan di tunjang dengan jumlah anggota keluarga yang besar kemungkinan besar untuk mencukupi kebutuhan akan pangan tidak akan tercapai sehingga status gizi anak juga tidak akan baik.

Partisipasi tenaga kerja wanita berhubungan langsung dengan reduksi waktu yang disediakan untuk menyusui anak dan merawat anak sehingga mempunyai konsekwensi negatif terhadap gizi anak. Bertambah luasnya lapangan kerja, semakin mendorong banyaknya kaum wanita yang bekerja terutama di sektor swasta. Di satu sisi hal ini berdampak positif bagi pertambahan pendapatan, namun di sisi lain berdampak negatif terhadap pembinaan dan pemeliharaan anak terutama dalam menjaga asupan gizi balita [29].

Keterbatasan penelitian ini ada pada kurangnya variable yang diteliti karena hanya focus pada karakteristik responden, sehingga kami menyarankan dilakukan penelitian selanjutnya dengan melibatkan variable yang lebih luas.

KESIMPULAN

Pada penelitian ini variable karakteristik yang berhubungan dengan kejadian status gizi buruk adalah status pekerjaan ibu. Pada penelitian ini dominan ibu tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga dengan status gizi normal. Oleh karena itu sangat disarankan agar ibu Balita yang bekerja di luar rumah dapat mengatur waktu untuk memberikan perhatian khusus bagi nutrisi Balita.

REFERENSI

1. Aryani LD, Riyandry MA. Vitamin D sebagai Terapi Potensial Anak Gizi Buruk. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. 2019;1(1):61–70.
2. Saboya M, Khara T, Irena A. Harmonized Training Package Version 2 Module 13: Management of Severe Acute Malnutrition. ENN, Oxford <http://www.ennonline.net/ourwork/capacitydevelopment/htpversion2>. 2011;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Standar Antropometri Anak [Internet]. 2020. Available from: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No__2_Th_2020_ttg_Standar_Antropometri_Anak.pdf
4. Nabela Anisa P. Gambaran Pengetahuan Gizi, Asupan Zat Gizi Makro Dan Status Gizi Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Simpang Tiga. Poltekkes Kemenkes Riau; 2020.
5. Supariasa IDN, Nyoman D. Penilaian status gizi. Jakarta: Jakarta. EGC; 2002.
6. Haileslassie K, Mulugeta A, Girma M. Feeding practices, nutritional status and associated factors of lactating women in Samre Woreda, South Eastern Zone of Tigray, Ethiopia. *Nutrition journal*. 2013;12(1):1–11.
7. Kemenkes RI. Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Gizi Masyarakat Tahun 2015-2019 [Internet]. Jakarta: Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan; 2018. Available from: <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-465909-3tahunan-904.pdf>
8. Kemenkes RI. Gizi dan kesehatan masyarakat. Jakarta: Rajawali Pers; 2019.

9. Kemenkes RI. Hasil utama RISKESDAS 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta; 2018.
10. Dinkes Propinsi Sultra. Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara 2019. Kendari: Bidang Data dan Informasi; 2019.
11. Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara. Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2017. Provinsi Sulawesi Tenggara; 2018.
12. Dinkes Kabupaten Konawe. Profil Kesehatan Kabupaten Muna Barat. Muna Barat: Seksi Data; 2018.
13. Masniadi R, Angkasa MAZ, Karmeli E, Esabella S. Telaah kritis ketahanan pangan Kabupaten Sumbawa dalam menghadapi pandemi covid-19. *Indonesian Journal of Social Sciences and Humanities*. 2020;1(2):109–20.
14. Kusnan A, Sulastrianah S, Rhenislawaty R. Peningkatan Peran Civitas Perguruan Tinggi Dalam Upaya Tanggap Bencana Nasional Melalui Edukasi Dan Pencegahan Penyebaran Wabah Pada Masa Pandemi Covid 19 Di Kabupaten Kolaka. *Journal of Community Engagement in Health*. 2020;3(2):257–65.
15. Rohmani FN. Desain dan Pengembangan Media Edukasi Gizi: Tas Bekal" Perbanyak Konsumsi Buah dan Sayur". Poltekkes Kemenkes Yogyakarta; 2021.
16. Hirawan FB, Verselita AA. Kebijakan pangan di masa pandemi Covid-19. *CSIS Indonesia*; 2020.
17. Arlius A, Sudargo T, Subejo S. Hubungan ketahanan pangan keluarga dengan status gizi balita (studi di desa palasari dan puskesmas kecamatan legok, kabupaten tangerang). *Jurnal Ketahanan Nasional*. 2017;23(3):359–75.
18. Kuntari T, Jamil NA, Kurniati O. Faktor risiko malnutrisi pada balita. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*. 2013;7(12):572–6.
19. Rifa'atul Mahmudah I, Alifariki MRLO. Pola Konsumsi Karbohidrat dan Status Gizi pada Siswa Kelas XI SMAN 1 Sampara. *Jurnal ILKES [Internet]*. 2019;8(1). Available from: <http://www.ilkeskh.org/index.php/ilkes/article/view/138>
20. Salma WO, Ruwiah R, Muchtar F, Mudjahidah NH, Nurdin KDS, Bastaman MR. Ikan teri *Engraulis encrasicolus* berpotensi sebagai pangan fungsional. *AcTion: Aceh Nutrition Journal*. 2021;6(1):75–81.
21. Alifariki LO. Gizi Anak dan Stunting. Yogyakarta: Yogyakarta. Penerbit LeutikaPrio; 2020.
22. Khusna NA, Nuryanto N. Hubungan usia ibu menikah dini dengan status gizi Balita di Kabupaten Temanggung. *Journal of Nutrition College*. 2017;6(1):1–10.
23. Labada A, Ismanto AY, Kundre R. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Status Gizi Balita yang Berkunjung di Puskesmas Bahu Manado. *Jurnal Keperawatan*. 2016;4(1).
24. Hariyani S. Gizi untuk Kesehatan ibu dan anak. Edisi Pertama. Jakarta: Graha Ilmu; 2011.
25. Departemen Gizi FKM Universitas UI. Kesehatan Masyarakat FKM UI. Gizi dan kesehatan masyarakat. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada. 2012.
26. Masithah T, Martianto D. Hubungan pola asuh makan dan kesehatan dengan status gizi anak balita di Desa Mulya Harja. IPB (Bogor Agricultural University); 2005.
27. Merryana A, Wirjatmadi B. Gizi dan kesehatan balita. Jakarta: Kencana. 2014.
28. Khotimah H, Kuswandi K. Hubungan karakteristik ibu dengan status gizi balita di desa sumur bandung kecamatan cikukur kabupaten lebak tahun 2013. *Jurnal Obstretika Scientia*. 2015;2(1):55–73.
29. Gunawan G, Fadlyana E, Rusmil K. Hubungan status gizi dan perkembangan anak usia 1-2 tahun. *Sari Pediatri*. 2016;13(2):142–6.