ANALISIS FAKTOR DETERMINAN KEJADIAN *OVERWEIGHT* PADA BADUTA USIA 6—23 BULAN BERDASARKAN SSGI 2024

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

KANASTRI PUSPA DEWI, 030002300048

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JULI 2026

Bidang Ilmu : Komunitas

PROPOSAL SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR DETERMINAN KEJADIAN *OVERWEIGHT* PADA BADUTA USIA 6—23 BULAN BERDASARKAN SSGI 2024

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

KANASTRI PUSPA DEWI, 030002300048

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JULI 2026

PERSETUJUAN
Proposal Skripsi

Judul:

ANALISIS FAKTOR DETERMINAN KEJADIAN *OVERWEIGHT* PADA BADUTA USIA 6—23 BULAN BERDASARKAN SSGI 2024

KANASTRI PUSPA DEWI
NIM 030002300048

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Tim Penguji Proposal Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa, Tanggal 30 Juni 2026

Pembimbing

Evi Susanti Sinaga, SKM, MPH

PENGESAHAN TIM PENGUJI DAN DEKAN

Judul:

ANALISIS FAKTOR DETERMINAN KEJADIAN *OVERWEIGHT* PADA BADUTA USIA 6—23 BULAN BERDASARKAN SSGI 2024

Nama Mahasiswa: Kanastri Puspa Dewi

NIM: 030002300048

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari....., Tanggal …….....2026

Ketua penguji
Nama : dr. Magdalena Wartono, MKK …..……
NIK : ……./USAKTI

Anggota Penguji I :
Nama : Evi Susanti Sinaga, SKM, MPH ……...
NIK : 3525/USAKTI

Anggota Penguji II
Nama : dr. Astri Handayani, M.Biomed,AIFO-K ……
NIK : ……../USAKTI

Jakarta, ……. 2026

Dekan FK Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK
NIK: 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Kanastri Puspa Dewi
NIM	: 030.23.048
Program Studi	: Pendidikan Kedokteran
Alamat Korespondensi	: Jl. Pinang Ranti II No. 51 RT 0013 RW 01, Kel. Pinang Ranti, Kec. Makasar, Jakarta Timur, Kode Pos 13560
Telepon / Mobile	: 089699572418
E-mail	: 030002300048@std.trisakti.ac.id
Judul Skripsi	: Analisis Faktor Determinan Kejadian *Overweight* pada Baduta Usia 6—23 Bulan Berdasarkan SSGI 2024

Dengan ini menyatakan bahwa proposal skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Proposal skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan proposal skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No. 17 Tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 8 Juli 2026



Kanastri Puspa Dewi

NIM 030002300048

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul "Analisis Faktor Determinan Kejadian *Overweight* Pada Baduta Usia 6—23 Bulan Berdasarkan SSGI 2024". Proposal skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana pada program studi yang penulis tempuh.

Masalah o*verweight* pada baduta merupakan salah satu tantangan kesehatan masyarakat yang semakin mendapat perhatian karena dapat meningkatkan risiko berbagai penyakit tidak menular di masa mendatang. Melalui pemanfaatan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2024, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai faktor-faktor yang berperan dalam kejadian *overweight* pada baduta di Indonesia sehingga dapat menjadi dasar dalam perumusan kebijakan dan program pencegahan yang lebih efektif.

Dalam penyusunan proposal skripsi ini, penulis menyadari bahwa banyak pihak yang telah memberikan bantuan, bimbingan, dukungan, serta motivasi. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang senantiasa memberikan kesehatan, kekuatan, dan kemudahan dalam setiap proses penyusunan proposal ini.
2. Orang tua dan keluarga yang selalu memberikan doa, dukungan, dan semangat kepada penulis.
3. Bapak/Ibu dosen pembimbing yang telah memberikan arahan, masukan, dan bimbingan selama proses penyusunan proposal skripsi.
4. Seluruh dosen dan staf Program Studi yang telah memberikan ilmu dan bantuan selama masa perkuliahan.
5. Teman-teman terutama serta semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam penyusunan proposal ini.

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih memiliki keterbatasan dan jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan dan penyempurnaan proposal ini. Semoga proposal skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi penulis, institusi pendidikan, serta pihak-pihak yang berkepentingan dalam bidang kesehatan masyarakat dan gizi.

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN PROPOSAL SKRIPSI i
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.**
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI DAN DEKAN..... iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI..... **Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.**
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vi
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR LAMPIRAN..... x
DAFTAR ARTI SINGKATAN..... xi

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 2
1.3 Tujuan..... 2
1.3.1 Tujuan umum..... 2
1.3.2 Tujuan khusus..... 2
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat..... 4

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 5
2.1 Tinjauan pustaka 5
2.1.1 Baduta..... 5
2.1.2 *Overweight* 5
2.1.2.1 Definisi..... 5
2.1.2.2 Epidemiologi..... 7
2.1.2.3 Etiologi..... 7
2.1.2.4 Dampak 9
2.1.2.5 Pengukuran antropometri..... 10
2.1.2.6 Pencegahan..... 10
2.1.3 Faktor yang memengaruhi *overweight* 12
2.1.3.1 Pendidikan ibu..... 12
2.1.3.2 Status ekonomi..... 13
2.1.3.3 Jenis kelamin..... 14
2.1.3.4 Tempat tinggal..... 15
2.1.3.5 Makanan tidak sehat..... 16
2.1.3.6 Minimum dietary diversity (MDD)..... 17
2.1.3.7 Minuman manis (sugar-sweetened beverages/SSB) ... 18
2.1.3.8 Konsumsi protein hewani..... 19
2.1.3.9 Konsumsi buah dan sayur 20
2.1.3.10 Pemantauan pertumbuhan sesuai standar..... 20
2.2 Ringkasan pustaka..... 23
2.3 Kerangka teori..... 27

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....28
3.1 Kerangka konsep 28
3.1.1 Variabel bebas 28
3.1.2 Variabel tergantung 28
3.2 Definisi operasional 29

BAB IV METODE 32
4.1 Desain.....32
4.2 Lokasi dan waktu 32
4.3 Populasi dan subjek.....32
4.3.1 Populasi.....32
4.3.1.1 Populasi Target.....32
4.3.1.2 Populasi Terjangkau.....32
4.3.2 Subjek 33
4.3.3 Kriteria Pemilihan Subjek.....33
4.3.4 Perhitungan Jumlah Sampel.....33
4.4 Bahan dan Instrumen Penelitian 33
4.5 Analisis statistik.....34
4.5.1 Analisis univariat 34
4.5.2 Analisis bivariat 34
4.6 Alur penelitian 36
4.7 Etika penelitian 36
4.8 Penjadwalan penelitian 37
Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian 37

DAFTAR PUSTAKA 38
LAMPIRAN 44

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan Pustaka 23
Tabel 2. Definisi operasional 29
Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian 37

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori.....27
Gambar 2. Kerangka konsep.....28
Gambar 3. Alur kerja.....36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Distribusi karakteristik subjek 44
Lampiran 2. Hubungan faktor dengan *overweight*.....45
Lampiran 3. Kuesioner individu SSGI 2024 46
Lampiran 4. Kuesioner rumah tangga SSGI 2024 55

DAFTAR ARTI SINGKATAN

ASI	Air Susu Ibu
Baduta	Bawah dua tahun
Balita	Bawah lima tahun
BB/PB	Berat Badan menurut Panjang Badan
BB/TB	Berat Badan menurut Tinggi Badan
BB/U	Berat Badan menurut Umur
BMIZ	*Body Mass Index Z-score*
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention*
GDC	*Growth and Development Check*
GMP	*Growth Monitoring and Promotion*
IMT/U	Indeks Massa Tubuh menurut Umur
LAZ	*Length-for-Age Z-score*
MDD	*Minimum Dietary Diversity*
MPASI	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
PB/TB	Panjang Badan/Tinggi Badan
PB/U	Panjang Badan menurut Umur
SD	Standar Deviasi
SSB	*Sugar-Sweetened Beverages*
SSGI	Survei Status Gizi Indonesia
UFB	*Unhealthy Foods and Beverages*
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization
Z-score	Skor Standar (Z-*score*)
WHZ	*Weight-for-Height Z-score*/skor-z Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) atau BB/PB
CSO	*Concurrent Stunting and Overweight*

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Overweight pada baduta merupakan kondisi kelebihan berat badan berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi badan (BB/PB) pada rentang +2 hingga +3 standar deviasi (+2 SD— +3 SD) standar pertumbuhan anak menurut *World Health Organization* (WHO).[1] Indonesia saat ini berada dalam kondisi *double burden of malnutrition* atau beban ganda malnutrisi, di mana masalah kekurangan gizi seperti *stunting* terjadi secara bersamaan dengan masalah kelebihan gizi (*overweight*) dalam populasi yang sama.[2–4] Di Indonesia, berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, prevalensi *overweight* pada baduta usia 0–23 bulan mencapai 4,1% (95% CI: 3,9–4,3). Prevalensi ditemukan sebesar 4,0% pada usia 6–11 bulan dan 2,7% pada usia 12–23 bulan.

Usia 6–23 bulan merupakan periode kritis pertumbuhan dan perkembangan anak karena pada fase ini mulai terjadi pembentukan pola makan, preferensi makanan, serta kebiasaan makan jangka panjang. Praktik *complementary feeding* yang tidak optimal, termasuk rendahnya keragaman pangan dan konsumsi makanan tidak sehat, dapat meningkatkan risiko terjadinya masalah gizi, termasuk *overweight* dan obesitas pada anak.[5–8] Menurut Anggraeni dkk. 2025, pada penelitian di Jember di tahun 2025, pola makan yang tidak seimbang ditemukan meningkatkan risiko obesitas hingga 18 kali lipat.[2] Konsumsi minuman manis yang menjadi kontributor utama risiko obesitas dini ($p<0,05$), kurangnya asupan buah dan sayur, rendahnya kualitas asupan melalui *Minimum Dietary Diversity* (MDD), tingkat pendidikan ibu, kondisi ekonomi keluarga, jenis kelamin laki-laki yang memiliki prevalensi lebih tinggi ($p=0,003$), wilayah tempat tinggal, serta ketidakpatuhan terhadap standar pemantauan pertumbuhan.[2,9–12]

Di sisi lain, beberapa penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang diduga berhubungan dengan kejadian *overweight* tidak selalu memberikan hasil yang konsisten. Hasyim dkk. (2022) tidak menemukan hubungan signifikan pada variabel pendidikan ibu dan jenis kelamin, Nasihah dkk. (2020) pada status ekonomi, Harahap dkk. (2025) pada tempat tinggal, Sibagariang dkk. (2025) pada

konsumsi buah dan sayur, Vanderkooy dkk. (2023) pada konsumsi *unhealthy foods and beverages* (UFB), serta Belew dkk. (2024) pada *Growth Monitoring and Promotion* (GMP).[13–18] Selain itu, Astria Paramashanti dkk. (2022) melaporkan bahwa hubungan *Minimum Dietary Diversity* (MDD) dengan risiko *overweight* masih belum konsisten.[19]

1.2 Perumusan masalah

Apakah faktor sosiodemografi (pendidikan ibu, status ekonomi, jenis kelamin, dan wilayah tempat tinggal), pola konsumsi (*Minimum Dietary Diversity*/MDD, konsumsi minuman manis, makanan tidak sehat, buah dan sayur, serta protein hewani), dan pemantauan pertumbuhan dasar berhubungan dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis faktor determinan kejadian overweight pada baduta usia 6—23 bulan di Indonesia berdasarkan data SSGI 2024 untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat dimodifikasi sebagai dasar upaya pencegahan overweight pada baduta.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis hubungan pendidikan ibu dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.
2. Menganalisis hubungan wilayah tempat tinggal dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.
3. Menganalisis hubungan jenis kelamin anak dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.
4. Menganalisis hubungan status ekonomi keluarga dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.
5. Menganalisis hubungan konsumsi makanan tidak sehat dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.
6. Menganalisis hubungan *Minimum Dietary Diversity* (MDD) dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.

7. Menganalisis hubungan konsumsi minuman manis dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.
8. Menganalisis hubungan konsumsi protein hewani dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.
9. Menganalisis hubungan konsumsi buah dan sayur dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.
10. Menganalisis hubungan pemantauan pertumbuhan dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia.

1.4 Hipotesis

1. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.
2. Terdapat hubungan antara wilayah tempat tinggal (perkotaan dan pedesaan) dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.
3. Terdapat hubungan antara jenis kelamin anak dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.
4. Terdapat hubungan antara status ekonomi keluarga dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.
5. Terdapat hubungan antara konsumsi makanan tidak sehat dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.
6. Terdapat hubungan antara *Minimum Dietary Diversity* (MDD) dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.
7. Terdapat hubungan antara konsumsi minuman manis dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.
8. Terdapat hubungan antara konsumsi protein hewani dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.
9. Terdapat hubungan antara konsumsi buah dan sayur dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.
10. Terdapat hubungan antara pemantauan pertumbuhan dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang gizi masyarakat dan kesehatan anak, dengan menambah bukti ilmiah mengenai determinan kejadian *overweight* pada baduta berdasarkan data nasional terbaru.

1.5.2 Bagi profesi

Bagi institusi dan profesi kesehatan, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam perencanaan serta pengembangan program promotif dan preventif yang berkaitan dengan upaya pencegahan kejadian *overweight* pada baduta.

1.5.3 Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat, penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran orang tua mengenai berbagai faktor yang berperan dalam terjadinya *overweight* pada baduta sehingga upaya pencegahan dapat dilakukan sejak dini.

BAB II

TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan pustaka

2.1.1 Baduta

Berdasarkan SKI 2023, Istilah baduta merupakan singkatan dari kelompok anak yang berusia bawah dua tahun. Secara spesifik, kategori ini mencakup bayi dan anak-anak yang berada dalam rentang usia 0 hingga 23 bulan. Dalam studi kesehatan masyarakat, status gizi pada kelompok baduta diukur berdasarkan parameter umur, berat badan, serta panjang badan anak. Penilaian tersebut kemudian dikonversikan ke dalam nilai standar Z-score menggunakan rujukan WHO Child Growth Standards untuk menentukan kategori gizi seperti *underweight, stunting, wasting*, maupun *overweight.*[20]

2.1.2 *Overweight*

2.1.2.1 Definisi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 2 Tahun 2020 definisi *overweight* atau gizi lebih merujuk pada akumulasi lemak tubuh yang berlebihan akibat ketidakseimbangan energi kronis. Indonesia secara resmi mengadopsi WHO *Child Growth Standards* untuk menilai status gizi ini melalui beberapa indikator antropometri yang disesuaikan dengan kelompok usia.[21]

1. Anak Usia 0–60 Bulan (Balita):
    A. Gizi Lebih (*Overweight*): Status gizi lebih ditetapkan apabila nilai skor-z pada indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) berada pada rentang di atas +2 Standar Deviasi sampai dengan +3 Standar Deviasi (> +2 SD sd +3 SD).[21]
    B. Berisiko Gizi Lebih (*Possible risk of overweight*): Ditetapkan apabila nilai skor-z berada di atas +1 SD sampai dengan +2 SD.[21]
    C. Obesitas (*Obese*): Jika nilai skor-z berada di atas +3 Standar Deviasi (> +3 SD).[21]

2. Anak Usia 5–18 Tahun:
   A. Gizi Lebih (*Overweight*): Ditetapkan berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) dengan ambang batas +1 SD sampai dengan +2 SD.[21]
   B. Obesitas (*Obese*): Ditetapkan apabila IMT/U berada di atas +2 Standar Deviasi (> +2 SD).[21]

Cara pengukuran dan parameter

Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan terhadap standar nasional yang mengacu pada *WHO Child Growth Standards*.[21]

1. Parameter yang Digunakan:
   A. BB/PB atau BB/TB: Menggambarkan apakah berat badan sesuai dengan pertumbuhan panjang/tinggi badannya. Indeks ini sangat spesifik untuk mengidentifikasi anak yang mengalami gizi lebih.[21]
   B. IMT/U: Indeks ini lebih sensitif untuk penapisan (*screening*) anak gizi lebih dan obesitas karena mempertimbangkan proporsi massa tubuh terhadap usia.[21]

2. Ketentuan Pengukuran:
   A. Umur: Dihitung dalam bulan penuh (misalnya, 2 bulan 29 hari dihitung sebagai 2 bulan). [21]
   B. Panjang badan (PB): Digunakan untuk anak usia 0–24 bulan dengan posisi telentang. Jika diukur dalam posisi berdiri, hasil harus dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm. [21]
   C. Tinggi badan (TB): Digunakan untuk anak usia di atas 24 bulan dengan posisi berdiri. Jika diukur telentang, hasil dikoreksi dengan mengurangkan 0,7 cm. [21]

3. Alat dan teknik: pengukuran wajib menggunakan alat dan teknik yang terstandar untuk memastikan akurasi data antropometri. [21]

4. Deteksi dini tren ertumbuhan: Selain pengukuran titik tunggal, Permenkes menekankan pentingnya melihat tren IMT/U. Jika pada anak usia di atas 7–8 bulan ditemukan tren IMT yang meningkat atau BB/U > +1 SD, anak tersebut berisiko mengalami kenaikan massa lemak tubuh dini (*early adiposity rebound*) dan wajib ditindaklanjuti. [21]

2.1.2.2 Epidemiologi

Berdasarkan WHO di mana diperkirakan sekitar 38,2 juta hingga 39 juta anak di bawah usia 5 tahun di seluruh dunia mengalami overweight atau obesitas.[22] Peng dkk. 2020 dan Benayad dkk. 2023 melaporkan prevalensi overweight yang cukup tinggi pada kelompok usia dini, seperti Maroko sebesar 16,5% pada anak usia 0–24 bulan dan Meksiko sebesar 6,5–10,4% pada anak usia di bawah dua tahun.[23,24] Di kawasan Asia, overweight pada anak juga menjadi perhatian dalam konteks double burden of malnutrition.[25]

Di Indonesia, berdasarkan SKI 2023, prevalensi overweight pada baduta usia 0–23 bulan secara nasional mencapai 4,1% (95% CI: 3,9–4,3). Jika ditinjau berdasarkan kelompok usia, prevalensi 4,0% pada usia 6–11 bulan dan 2,7% pada usia 12–23 bulan.[20] Temuan tersebut menunjukkan bahwa overweight pada anak usia dini telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang terjadi di berbagai negara dan kawasan.

2.1.2.3 Faktor-faktor penyebab *overweight*

Penyebab terjadinya *overweight* pada anak bersifat multifaktorial, mencakup interaksi antara faktor perilaku konsumsi, aktivitas fisik, genetik, serta lingkungan sosiodemografi.

1. Pola makan dan konsumsi

Menurut Anggraeni *dkk.* 2025, pola makan yang tidak seimbang merupakan faktor risiko paling dominan, di mana anak dengan pola makan tidak teratur memiliki risiko 18,5 kali lipat lebih besar untuk mengalami obesitas (OR=18,5;p=0,006).[2] Kenney, E., dkk. (2024) menyatakan bahwa konsumsi minuman manis seperti minuman ringan dan jus buah dengan tambahan gula secara signifikan berhubungan dengan peningkatan skor-z IMT. Pemberian minuman berenergi tinggi pada usia 18 bulan terbukti meningkatkan berat badan secara bermakna pada usia 24 bulan (p=0,037.[26]

2. Aktivitas fisik dan gaya hidup

Anggraeni dkk. 2025, menemukan anak dengan pola aktivitas rendah memiliki risiko 3,5 kali lebih besar mengalami obesitas dibandingkan anak yang aktif (OR=3,5;p=0,027). [(2)] Sementara, Kenney at al. menemukan penggunaan media layar (*screen time*) oleh ibu dan anak berhubungan dengan penambahan berat badan pada balita.[(26)]

3. Faktor sosiodemografi dan ekonomi

Di wilayah tertentu, status ekonomi tinggi dan pendidikan tinggi ibu (perguruan tinggi) justru menjadi faktor risiko peningkatan skor-z IMT anak. Namun, di wilayah lain seperti Jember, pendidikan dan pendapatan ditemukan tidak berhubungan secara signifikan terhadap kejadian obesitas (p>0,05).[(27)] Balita laki-laki secara statistik ditemukan memiliki hubungan yang lebih signifikan dengan kejadian kegemukan dibandingkan balita perempuan di beberapa wilayah penelitian (p=0,003).[(28)]

4. Faktor biologis dan riwayat lahir

Berdasarkan Pesch *dkk.* 2026*,* Faktor genetik (*cell factors*) menyumbang porsi besar dalam varians IMT anak sebelum usia 5 tahun.[(29)] Menurut Sari Suriani 2019, riwayat berat badan lahir yang berisiko (<2500 gram atau >4000 gram) memiliki korelasi signifikan dengan kejadian kegemukan pada anak (p=0,000;OR=9,6).[(28)]Menurut Rachmawati dkk. (2022), berat badan lahir yang tinggi merupakan faktor risiko dominan terhadap kejadian *overweight* dan obesitas pada balita di Indonesia. Berdasarkan analisis multivariat, anak dengan berat lahir di atas 4.000 gram memiliki risiko 2,2 kali lebih besar untuk mengalami *overweight* dan obesitas di wilayah perkotaan (OR 2,239; 95% CI: 1,497, 3,347) dan 1,9 kali lebih besar di wilayah perdesaan (OR 1,912; 95% CI: 1,392, 2,625) dibandingkan anak dengan berat lahir normal (p = 0,000).[(30)]

5. Riwayat pemberian ASI

Menurut Mantzorou *dkk.* (2022), pemberian ASI eksklusif selama minimal 4 bulan secara signifikan dikaitkan dengan prevalensi *overweight* dan obesitas yang

lebih rendah pada anak usia 2–5 tahun (p < 0,0001). Hasil analisis regresi multivariat menunjukkan bahwa durasi tersebut menurunkan risiko *overweight* dan obesitas pada anak hingga dua kali lipat, terlepas dari faktor usia ibu, pendidikan, status ekonomi, dan kebiasaan merokok (p < 0,0001).[31] Senada dengan hal tersebut, Clayton dkk. (2024) melaporkan bahwa anak yang disusui selama ≥12 bulan memiliki risiko *overweight* yang jauh lebih rendah pada usia 2–3 tahun dibandingkan dengan bayi yang diberikan susu formula (*adjusted* RR 0,33; 95% CI: 0,18, 0,59).[32] Secara spesifik, Khoiriyah (2020) menemukan adanya perbedaan signifikan pada kenaikan berat badan bayi usia 6–12 bulan, di mana bayi yang diberikan ASI eksklusif memiliki rata-rata kenaikan berat badan sebesar 4.305,56 gr, sementara bayi non-eksklusif memiliki kenaikan lebih tinggi sebesar 4.768,63 gr dengan nilai p = 0,011.[33]

2.1.2.4 Dampak

Berdasarkan penelitian Switkowski *dkk.* 2024, Kelebihan berat badan atau *overweight* pada fase awal kehidupan memiliki kaitan yang signifikan dengan parameter kesehatan fisik dan biomarker metabolisme tubuh. Berdasarkan hasil analisis data antropometri, nilai skor-z indeks massa tubuh (*BMI z-score*) berhubungan dengan perubahan tekanan darah sistolik maupun diastolik. Secara klinis, status gizi lebih ini juga teridentifikasi berkaitan dengan gangguan profil lipid yang ditandai oleh fluktuasi kadar trigliserida dan kolesterol *non-HDL* dalam darah. [34]

Switkowski menyatakan juga bahwa dampak metabolik dari akumulasi massa tubuh yang berlebih juga terlihat pada perubahan keseimbangan hormon dan regulasi glukosa. [34] Hasil pemeriksaan laboratorium dalam bagian hasil penelitian menunjukkan adanya korelasi antara peningkatan nilai antropometri dengan kenaikan kadar insulin saat puasa (*fasting insulin*) serta hormon leptin. [34] Sebaliknya, kondisi ini ditemukan berhubungan dengan penurunan kadar adiponektin, di mana ketidakseimbangan gizi tersebut secara keseluruhan dapat memicu risiko gangguan pada proses tumbuh kembang anak.[27,34]

2.1.2.5 Pengukuran antropometri

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, klasifikasi status gizi anak menggunakan standar antropometri WHO yang telah diadopsi di Indonesia. Penegakan diagnosis gizi lebih atau *overweight* pada kelompok baduta (anak usia 0 hingga 23 bulan) dilakukan secara objektif melalui evaluasi antropometri yang merujuk pada standar pertumbuhan internasional. Berdasarkan indeks berat badan menurut panjang badan (BB/PB), seorang baduta diklasifikasikan mengalami gizi lebih atau *overweight* apabila nilai skor-z berada pada rentang di atas +2 hingga +3 standar deviasi (> +2 SD sampai +3 SD).[21]

Selain indikator BB/PB, penggunaan indeks massa tubuh menurut umur (*body mass index-for-age*/IMT/U) diidentifikasi sebagai instrumen yang lebih sensitif untuk melakukan penapisan (*screening*) terhadap risiko kelebihan gizi pada baduta. Ambang batas skor-z di atas +1 SD hingga +2 SD pada grafik IMT/U menandakan bahwa baduta berada dalam kategori berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*). Kategori ini digunakan untuk identifikasi tingkat individu agar dapat segera diberikan intervensi pencegahan sebelum kondisi tersebut berkembang menjadi obesitas[21]

Identifikasi awal terhadap penyimpangan pertumbuhan pada baduta juga dilakukan melalui pengamatan tren berat badan secara periodik menggunakan tabel kenaikan berat badan (*weight increment*). Khusus bagi baduta yang telah berusia di atas 7–8 bulan, tenaga kesehatan wajib mewaspadai tren grafik IMT/U yang meningkat tajam hingga melampaui garis normal. Kondisi tersebut mengindikasikan terjadinya kenaikan massa lemak tubuh dini (*early adiposity rebound*), sebuah tanda patologis awal yang memerlukan tindakan medis segera guna menghindari risiko penyakit tidak menular kronis di masa depan.[21]

2.1.2.6 Pencegahan

Pemerintah Indonesia melalui Permenkes No. 41 Tahun 2014 menetapkan Pedoman Gizi Seimbang sebagai instrumen regulasi utama dalam tata kelola (*governance*) kesehatan publik guna mewujudkan kualitas sumber daya manusia

yang optimal.[35] Keberhasilan implementasi kebijakan ini sangat bergantung pada efektivitas komunikasi informasi dan edukasi guna menjembatani kesenjangan antara regulasi formal dengan realitas praktik pemberian makan di tingkat keluarga.[35]

Strategi preventif terhadap gizi lebih dimulai dengan pengaturan asupan nutrisi yang tepat pada masa awal kehidupan anak. Harahap dkk. 2025 menyatakan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif selama enam bulan pertama terbukti memiliki efek perlindungan yang secara statistik signifikan dalam menurunkan risiko *overweight*.[15] Selain itu, pembatasan atau penghindaran konsumsi minuman manis (*sugar-sweetened beverages*) serta makanan selingan yang tinggi gula, garam, dan lemak trans sangat direkomendasikan guna menjaga keseimbangan energi. Konsumsi harian pangan sumber protein hewani seperti daging, ikan, atau telur, serta buah dan sayuran juga diidentifikasi sebagai komponen kunci untuk memenuhi kebutuhan kepadatan nutrisi anak.[36]

Anggraeni dkk. 2025 menyatakan pada balita, pola aktivitas fisik yang rendah ditemukan meningkatkan risiko obesitas hingga 3,5 kali lipat.[2] Sebaliknya, Kenney dkk. 2024 peningkatan intensitas gerakan fisik secara signifikan berhubungan dengan penurunan laju pertambahan berat badan selama periode pertumbuhan kritis.[26]

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak pemantauan pertumbuhan balita sesuai standar didefinisikan sebagai rangkaian evaluasi antropometri periodik menggunakan parameter *WHO Child Growth Standards*, mencakup penilaian berat badan menurut umur (BB/U), panjang atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U), berat badan menurut panjang atau tinggi badan (BB/PB atau BB/TB), serta indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U). Prosedur evaluasi ini mewajibkan penimbangan berat badan minimal delapan kali dan pengukuran dimensi panjang atau tinggi badan sekurang-kurangnya dua kali dalam kurun waktu satu tahun.[21] Menurut Duan dkk. 2021, keterlibatan balita dalam layanan *Growth and Development Check* (GDC) ditemukan berhubungan secara signifikan dengan status berat badan yang lebih sehat, di mana anak-anak yang mendapatkan

pemeriksaan rutin memiliki probabilitas lebih tinggi untuk mempertahankan skor-z indeks massa tubuh (*BMI z-score*) dalam rentang ideal dibandingkan balita yang tidak terpantau.[37] Melalui observasi tren grafik pertumbuhan secara konsisten, tenaga kesehatan dapat melakukan deteksi dini terhadap risiko *early adiposity rebound* atau kenaikan massa lemak tubuh dini guna melakukan langkah preventif sebelum kondisi gizi tersebut berkembang menjadi *overweight* atau obesitas.[21]

2.1.3 Faktor yang memengaruhi *overweight*

2.1.3.1 Pendidikan ibu

Menurut SSGI 2024, tingkat pendidikan ibu diklasifikasikan menjadi enam kategori, yaitu tidak sekolah, tidak tamat SD/MI, tamat SD/MI, tamat SLTP/MTS, tamat SLTA/MA, dan tamat perguruan tinggi (D1/D2/D3/PT). Pendidikan ibu merupakan determinan sosial yang berpengaruh terhadap status gizi anak karena berkaitan dengan kemampuan dalam memilih makanan, menerapkan praktik pemberian makan yang tepat, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan, sehingga berpotensi memengaruhi kejadian gizi lebih maupun bentuk malnutrisi lainnya.[4]Capaian pendidikan formal ini dipandang sebagai salah satu determinan utama dalam lingkup rumah tangga yang memengaruhi kapasitas kognitif ibu dalam pengambilan keputusan terkait pola asuh gizi serta pemahaman terhadap pesan edukasi kesehatan bagi anak.[38]

Berdasarkan penelitian Li dkk. (2024) menggunakan data *China Health and Nutrition Survey* (CHNS) tahun 1991–2015, anak dengan ibu yang berpendidikan tingkat SMP (*junior middle school*) memiliki nilai *Body Mass Index Z-score* (BMIZ) rata-rata 0,28 lebih rendah dibandingkan anak dari ibu yang tidak berpendidikan (p<0,05). Hasil tersebut tetap signifikan setelah dikontrol terhadap tingkat pendidikan dan status pekerjaan ayah. Anak dari ibu dengan pendidikan sekolah dasar maupun sekolah menengah atas juga cenderung memiliki BMIZ yang lebih rendah dibandingkan kelompok ibu yang tidak berpendidikan, namun hubungan tersebut tidak signifikan secara statistik. Sebaliknya, ibu dengan pendidikan di atas tingkat vokasional menunjukkan hubungan positif dengan BMIZ anak, tetapi hubungan tersebut juga tidak signifikan secara statistik.

Analisis berdasarkan wilayah menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan ibu dan BMIZ anak di wilayah perkotaan. Sebaliknya, di wilayah pedesaan, ibu dengan pendidikan perguruan tinggi atau lebih memiliki anak dengan BMIZ 1,18 lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak berpendidikan (p<0,01). Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa hubungan antara tingkat pendidikan ibu dan BMIZ anak dipengaruhi oleh tingkat pendapatan keluarga.[12]

Pada penelitian Hasyim dkk. 2022, tingkat pendidikan ibu ditemukan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan status gizi balita, dengan nilai statistik menunjukkan p=0,920 (p>0,05). Hal ini mengindikasikan bahwa tinggi atau rendahnya jenjang pendidikan formal seorang ibu tidak secara otomatis menentukan kondisi nutrisi anak.[13] Oleh karena perbedaan data ini, diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan pendidikan ibu dengan *overweight* pada balita.

2.1.3.2 Status ekonomi

Menurur SKI 2023, status ekonomi keluarga didefinisikan sebagai posisi yang ditempati oleh individu atau rumah tangga berdasarkan kepemilikan materi, kekayaan, serta kedudukan sosial dalam masyarakat. Dalam pengukurannya, variabel ini sering kali menggunakan proksi berupa kuintil indeks kepemilikan (*wealth quintile*) yang mencakup akumulasi aset rumah tangga seperti kendaraan pribadi, peralatan elektronik (mesin cuci, lemari es), jenis bahan bangunan rumah, serta akses terhadap fasilitas sanitasi.[20]

Menurut Li dkk. 2024 faktor ekonomi keluarga menunjukkan hubungan signifikan terhadap nilai BMIZ anak balita. Pada kelompok rumah tangga dengan pendapatan per kapita tertinggi, rerata BMIZ anak ditemukan lebih tinggi dibandingkan kelompok pendapatan terendah, meskipun hubungan antar tingkat pendapatan tidak menunjukkan pola linear yang konsisten.[12] Di Indonesia, temuan penelitian mengonfirmasi bahwa tingkat pendapatan keluarga berhubungan erat dengan status gizi anak balita (p=0,037), dengan prevalensi kategori gemuk yang ditemukan lebih tinggi pada kelompok keluarga dengan pendapatan di atas Upah

Minimum Provinsi (30,8%) dibandingkan dengan keluarga berpendapatan rendah (21,7%).[3]

Menurut Nasihah dkk. 2020, di wilayah Gresik ditemukan hasil di mana variabel pendapatan orang tua (p = 0,254) dan pendidikan ibu (p = 0,237) tidak menunjukkan korelasi yang nyata dengan obesitas balita.[14]

2.1.3.3 Jenis kelamin

Jenis kelamin juga diduga memengaruhi kerentanan anak terhadap faktor lingkungan yang berhubungan dengan overweight. Sebuah studi longitudinal pada *toddler* oleh Riley *dkk.* 2020 menunjukkan bahwa hubungan antara *household chaos* dan peningkatan BMI z-score hanya ditemukan pada anak laki-laki (b = 0,12; p = 0,003), sedangkan pada anak perempuan hubungan tersebut tidak bermakna (p = 0,78). Hasil tersebut menunjukkan bahwa jenis kelamin dapat memoderasi pengaruh lingkungan terhadap risiko *overweight* sejak usia dini.[39] Temuan ini diperkuat oleh beberapa studi *cross-sectional* internasional dan lokal. Penelitian oleh Suriani (2019) di Cilegon menemukan adanya hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan kegemukan (p = 0,003), di mana anak laki-laki memiliki risiko 15,3 kali lebih besar untuk mengalami gizi lebih dibandingkan anak perempuan (OR = 15,300). Proporsi kejadian kegemukan dalam studi tersebut mencapai 29,8% pada laki-laki, jauh lebih tinggi dibandingkan perempuan yang hanya sebesar 2,7%[28].

Kondisi serupa ditemukan dalam penelitian Benayad dkk. (2024) di Maroko, yang melaporkan bahwa jenis kelamin laki-laki merupakan prediktor signifikan terhadap kejadian *overweight* dan obesitas dengan nilai aOR = 1,56 (p = 0,01) . Selain itu, analisis lintas sektoral di China oleh Li dkk. (2024) menunjukkan bahwa anak laki-laki memiliki rata-rata skor-z IMT (BMIZ) yang secara statistik lebih tinggi (0,58) dibandingkan anak perempuan (0,48) dengan nilai p = 0,022 . Hal ini kemungkinan disebabkan oleh asupan energi dan protein pada anak laki-laki yang lebih besar serta nafsu makan yang cenderung lebih tinggi dibandingkan anak perempuan.[24]

Pada penelitian Hasyim dkk. 2022 jenis kelamin menunjukkan hasil yang tidak signifikan terhadap status gizi anak, dengan nilai p=0,223.[3] Analisis Harahap

dkk. di wilayah Bangka Belitung mempertegas temuan ini, di mana risiko gizi lebih pada anak laki-laki tidak menunjukkan perbedaan yang nyata dibandingkan anak perempuan, baik di wilayah perkotaan (odds ratio/OR = 0,99; p>0,05) maupun di perdesaan (OR = 0,99; p>0,05).[15] Ketikakkonsistenan temuan ini memerlukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan antara jenis kelamin dengan *overweight*.

2.1.3.4 Tempat tinggal

Domisili balita diklasifikasikan ke dalam area perkotaan (*urban center*) atau perdesaan (*rural*) yang ditentukan berdasarkan karakteristik pembangunan infrastruktur serta jangkauan layanan publik.[20] Secara global, angka kejadian gizi lebih atau *overweight* ditemukan jauh lebih tinggi pada populasi balita di wilayah perkotaan, yaitu mencapai 5,4%, sementara di wilayah perdesaan tercatat hanya sebesar 3,5%. Tren yang sama teridentifikasi di kawasan Asia, di mana prevalensi kelebihan berat badan di area perkotaan mencapai 5,3%, secara statistik lebih besar dibandingkan kawasan perdesaan sebesar 3,5%.[40]

Pada penelitian Li dkk. 2024, Balita yang tinggal di wilayah dengan indeks urbanisasi tertinggi memiliki nilai *Body Mass Index Z-score* (BMIZ) paling tinggi. Analisis ANOVA menunjukkan bahwa perbedaan BMIZ berdasarkan tingkat urbanisasi wilayah bermakna secara statistik (p<0,05). Ibu yang menetap di wilayah perkotaan memiliki peluang 4,55 kali lipat lebih tinggi untuk mempraktikkan perilaku pemberian makanan tidak sehat (*unhealthy feeding practices*) kepada anaknya dibandingkan ibu di perdesaan [*Adjusted Odds Ratio* (AOR) = 4,55; 95% CI = 3,61, 7,78].[41] Penduduk perkotaan ditemukan memiliki kecenderungan yang secara signifikan lebih tinggi untuk mengonsumsi makanan olahan bermerek dalam kemasan (*packeted branded processed foods*) serta minuman ringan (*soft drinks*), minuman energi, dan jus buah dibandingkan dengan penduduk perdesaan (p<0,05).[42]

Berdasarkan analisis data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 khusus untuk wilayah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, prevalensi gizi lebih pada anak usia 0–24 bulan tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara wilayah perkotaan (urban) sebesar 6,83% dan wilayah perdesaan (rural) sebesar 7,26%.[15,20] Temuan ini secara statistik mengonfirmasi bahwa tempat tinggal tidak

memiliki hubungan yang nyata dengan kejadian overnutrition di wilayah tersebut (p>0,05), yang mengindikasikan bahwa masalah gizi lebih telah merambah ke wilayah perdesaan dan tidak lagi didominasi oleh area metropolitan saja.[15]

2.1.3.5 Makanan tidak sehat

Berdasarkan Costa dkk. 2023, nsumsi makanan olahan ultra (*ultra-processed foods*) seperti daging dan ikan olahan berupa *nuggets*, hamburger, atau sosis, serta camilan asin dalam kemasan (*packaged salty snacks*) terbukti berhubungan dengan hasil pertumbuhan yang buruk pada masa kanak-kanak awal.[43] Berdasarkan data penelitian, peningkatan skor konsumsi kelompok makanan ini berhubungan secara signifikan dengan skor *BMI-for-age Z-score* yang lebih tinggi, di mana prevalensi *overweight* (BMI/U >+2 SD) ditemukan meningkat dari 7,6% menjadi 12,9% pada anak usia 2 hingga 4 tahun.[43] Di Indonesia, jenis daging atau ikan olahan dengan pengawet serta makanan yang mengandung garam tinggi (makanan asin) secara resmi dikategorikan sebagai jenis konsumsi makanan berisiko bagi kesehatan penduduk.[20,43]

Menurut Ayal dkk. 2025, Kelompok makanan manis seperti biskuit, cokelat, permen, es krim, dan berbagai jenis kue (*cookies, candies, pastries, or frozen desserts*) juga diidentifikasi sebagai kontributor utama kejadian kelebihan berat badan karena nilai gizinya yang rendah namun padat energi.[44] Ardiningsih dkk. 2025 menyebutkan asupan makanan dan minuman manis yang berlebihan pada periode pemberian makanan tambahan berhubungan erat dengan peningkatan risiko obesitas dan penyakit degeneratif di masa depan.[9] Penelitian Anggraeni dkk. 2025 di Kabupaten Jember menunjukkan bahwa faktor pola makan yang tidak seimbang, termasuk ketergantungan pada makanan olahan, dapat meningkatkan kemungkinan seorang anak mengalami obesitas hingga 18,5 kali lipat dibandingkan dengan anak yang memiliki pola makan seimbang.[2] Di sisi lain, penelitian Amaha 2025 di Senegal terhadap anak usia 12–35 bulan menemukan bahwa konsumsi makanan dan minuman tidak sehat (UFB) yang tinggi memberikan kontribusi energi yang besar (rata-rata 22,2%), namun tidak ditemukan hubungan signifikan antara konsumsi UFB tersebut dengan hasil antropometri (berat badan/pertumbuhan).[45]

2.1.3.6 *Minimum dietary diversity* (MDD)

Menurut SKI 2023 dan SSGI 2024, MDD merupakan indikator kualitas makanan yang menilai kecukupan asupan mikronutrien pada anak usia 6–23 bulan berdasarkan konsumsi minimal 5 dari 8 kelompok makanan dalam kurun waktu 24 jam terakhir.[4,20] Dalam SKI 2023 dan SSGI 2024 juga menyatakan delapan kelompok pangan tersebut meliputi ASI, serealia/umbi-umbian, kacang-kacangan, produk olahan susu, daging/ikan, telur, sayur/buah kaya vitamin A, serta buah dan sayur lainnya.[4,20] Berdasarkan Nafista dkk. 2022, pemberian makanan yang beragam sesuai standar ini memiliki dampak positif karena mampu mengurangi risiko gangguan tumbuh kembang dan malnutrisi pada masa awal pertumbuhan anak seperti *stunting, wasting* dan obesitas.[10]

Berdasarkan laporan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, proporsi anak usia 6–23 bulan di Indonesia yang telah mencapai standar MDD secara nasional adalah sebesar 60,9%.[6] Angka ini menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan analisis data tahun 2017 yang mencatatkan prevalensi sebesar 53,95%. Capaian ini sangat bervariasi berdasarkan kelompok umur, di mana anak usia 12–23 bulan memiliki tingkat keberagaman pangan yang jauh lebih baik (67,1%) dibandingkan anak usia 6–11 bulan (47,3%).[10]

Hubungan antara *Minimum Dietary Diversity* (MDD) dan *overweight* pada anak masih menunjukkan hasil yang beragam. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa keragaman pangan yang lebih baik dapat menurunkan risiko obesitas. Xu dkk. (2022) melaporkan bahwa rendahnya keragaman konsumsi pada kelompok pangan yang direkomendasikan meningkatkan risiko obesitas pada anak, sehingga konsumsi pangan yang lebih beragam diduga berperan dalam mencegah terjadinya kelebihan berat badan.[46] Namun, penelitian Paramashanti dkk. (2024) menemukan bahwa walaupun anak usia 6–23 bulan yang memenuhi kriteria Minimum Dietary Diversity (MDD) memiliki risiko lebih rendah mengalami *concurrence of stunting and overweight* (CSO) dibandingkan anak yang tidak memenuhi MDD (AOR = 0,08; 95% CI: 0,01–0,47), hubungan antara keragaman pangan dan *overweight* dalam berbagai studi masih menunjukkan hasil yang inkonsisten, bergantung pada kelompok pangan yang mendominasi pola makan anak.[19]

2.1.3.7 Minuman manis (*sugar-sweetened beverages*/SSB)

Konsumsi minuman manis adalah konsumsi minuman manis, baik rumahan maupun pabrikan, oleh baduta usia 6–23 bulan dalam 24 jam terakhir sebelum survei, sebagaimana diukur dalam SSGI 2024.[4] Menurut Ayal *dkk.* 2025, konsumsi *sugar-sweetened beverages* (SSB) atau minuman berpemanis gula mencakup asupan cairan yang mengandung gula tambahan, seperti soda, minuman berenergi, minuman olahraga, teh, kopi, dan jus buah.[44] Produk-produk ini memiliki nilai nutrisi yang terbatas, sering kali hanya memberikan energi tanpa nutrisi penting lainnya, sehingga dapat menggantikan posisi makanan yang lebih bergizi dalam diet anak.[44] Menurut Dai dkk. 2021, bukti ilmiah menunjukkan bahwa konsumsi SSB secara signifikan meningkatkan risiko *overweight* (kelebihan berat badan), obesitas, diabetes, penyakit kardiovaskular, serta karies gigi.[47]

Berdasarkan hasil penelitian Ayal *dkk.* 2025, prevalensi konsumsi minuman atau camilan berpemanis pada anak usia 6–23 bulan mencapai 25,40% di dua belas negara Afrika, sementara di wilayah tertentu di Indonesia seperti Kabupaten Semarang, angka konsumsi tinggi mencapai 63,93%. Beberapa faktor yang secara signifikan meningkatkan peluang asupan minuman manis meliputi bertambahnya usia anak (terutama usia 12–23 bulan), paparan media, status kekayaan rumah tangga yang menengah ke atas, serta tingginya ketersediaan pangan di rumah tangga. Sebaliknya, anak yang masih mendapatkan ASI (*currently breastfeeding*) menunjukkan kecenderungan yang lebih rendah untuk mengonsumsi minuman manis dibandingkan anak yang tidak disusui.[9,44]

Meskipun ditemukan bukti bahwa terdapat hubungan antara konsumsi SSB dengan overweight pada anak usia 2–5 tahun, studi lainnya tidak menemukan hubungan, dengan tingkat kepastian bukti yang rendah. Selain itu secara spesifik, konsumsi jus buah 100% diidentifikasi tidak memiliki kaitan dengan peningkatan adipositas atau risiko kelebihan berat badan pada kelompok anak-anak.[36] Oleh karena ketidakkonsistenan hasil penelitian ini, diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan konsumsi SSB dengan *overweight* pada balita.

2.1.3.8 Konsumsi protein hewani

Berdasarkan data penelitian Stokes *dkk.* 2021, terdapat hubungan yang signifikan antara asupan protein hewani (*animal protein*) selama masa bayi dengan risiko obesitas di kemudian hari.[48] Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa asupan protein hewani yang lebih tinggi pada usia 0 hingga 2 tahun berhubungan dengan indeks massa tubuh (*Body Mass Index/BMI*) yang lebih tinggi pada masa kanak-kanak dan remaja. Sebaliknya, asupan protein nabati (*plant protein*) dilaporkan tidak menunjukkan bukti adanya hubungan dengan peningkatan *BMI* atau skor z *BMI* tersebut.[48]

Secara lebih rinci Stokes *dkk.* 2021, asupan protein dari sumber susu (*dairy protein*) dan sumber hewani non-susu seperti daging, ikan, serta telur ditemukan meningkatkan risiko *overweight* di masa kanak-kanak atau remaja. Dalam sebuah analisis lintasan pertumbuhan, asupan protein hewani dan total protein pada masa bayi berhubungan dengan lintasan berat badan dan skor *SDS BMI* hingga usia 10 tahun. Selain itu, asupan protein hewani pada usia 12 bulan ditemukan berkaitan dengan faktor pertumbuhan pada usia enam tahun.[48]

Selain pengaruhnya terhadap berat badan, menurut Das *dkk.* 2020 asupan protein hewani juga berperan penting dalam lintasan pertumbuhan linier (*linear growth trajectory*) anak. Konsumsi protein hewani pada rentang usia 15 hingga 17 bulan ditemukan berhubungan positif secara signifikan dengan skor *Length-for-Age z (LAZ)* pada usia 18 bulan ($p < 0,03$). Temuan ini menegaskan bahwa protein hewani menjadi salah satu nutrien yang secara statistik menunjukkan hubungan signifikan dalam mengarahkan lintasan pertumbuhan selama fase awal kehidupan.[49]

Di sisi lain, Arnesen *dkk.* 2022, berbagai uji klinis acak (*randomized controlled trials*) secara umum menemukan efek yang nihil (*null effects*) dari pemberian diet tinggi protein terhadap penambahan berat badan pada bayi.[50] Studi spesifik mengenai pemberian daging sebagai makanan pendamping pertama juga menunjukkan tidak adanya pengaruh yang signifikan terhadap berat badan, panjang badan, maupun ketebalan lipatan kulit (*skinfold thickness*).[7] Oleh karena itu

diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan konsumsi protein hewani dengan *overweight* pada baduta.

2.1.3.9 Konsumsi buah dan sayur

Konsumsi buah dan sayur yang cukup sangat penting untuk mendukung pertumbuhan optimal anak serta mencegah berbagai dampak kesehatan, termasuk *overweight* dan obesitas.[51] Menurut WHO dan UNICEF, rendahnya konsumsi buah dan sayur sejak usia dini merupakan praktik makan tidak sehat yang berkaitan dengan peningkatan risiko penyakit tidak menular serta dapat memengaruhi terbentuknya kebiasaan makan yang berkontribusi terhadap *overweight* dan obesitas di kemudian hari.[52,53]

Menurut Thompson *dkk.* 2022, secara spesifik, jumlah variasi sayuran yang dikonsumsi pada usia 9 bulan berhubungan positif dengan jumlah dan variasi konsumsi sayuran pada masa kanak-kanak awal.[54] Selain itu, integrasi intervensi berupa *family coaching* dan *play therapy* dilaporkan secara efektif dapat meningkatkan porsi konsumsi buah dan sayur sekaligus menurunkan rata-rata berat badan pada anak dengan kondisi *overweight* atau obesitas. Intervensi berbasis keluarga ini terbukti mampu meningkatkan kecukupan konsumsi buah dan sayur secara signifikan dalam periode waktu tertentu.[51] Di sisi lain, menurut Sibagariang *dkk.* 2025 sebuah studi analisis menemukan bahwa konsumsi buah dan sayur (p=0,509) tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian *overweight* pada anak.[16]

2.1.3.10 Pemantauan pertumbuhan sesuai standar

Pemantauan pertumbuhan merupakan sebuah prosedur sistematis yang bertujuan untuk mengevaluasi ukuran, proporsi, serta komposisi tubuh anak secara periodik sebagai rujukan dalam menilai status nutrisi dan tren perkembangan (*growth trends*).[21] Sesuai dengan standar pelayanan minimal di Indonesia, aktivitas ini mencakup penimbangan berat badan (BB) sekurang-kurangnya delapan kali dalam setahun serta pengukuran dimensi panjang atau tinggi badan (PB/TB) minimal dua kali dalam periode satu tahun.[20] Menurut SSGI 2024, pemantauan pertumbuhan sesuai standar merupakan pemantauan pertumbuhan

balita dalam 12 bulan terakhir berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, yang dilakukan melalui penimbangan berat badan minimal delapan kali dan pengukuran panjang badan/tinggi badan minimal dua kali dalam satu tahun. Frekuensi penimbangan maupun pengukuran dihitung maksimal satu kali setiap bulan, serta tidak termasuk pengukuran yang dilakukan pada saat survei atau ketika anak sedang sakit.[4]

Keterlibatan anak dalam pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan (*Growth and Development Check*/GDC) ditemukan berhubungan secara signifikan dengan penurunan risiko gizi lebih pada masa awal kehidupan.[55] Berdasarkan hasil pengujian statistik, balita yang menjalani pemantauan pertumbuhan setidaknya satu kali dalam 12 bulan terakhir memiliki nilai skor-z indeks massa tubuh (*BMI z-score*) yang lebih rendah dan risiko menyandang status *overweight* atau obesitas yang jauh lebih kecil dibandingkan balita yang tidak mendapatkan layanan tersebut ($p<0,001$).[37] Secara klinis, pengawasan antropometri secara reguler terbukti mampu menjaga berat badan anak tetap berada pada rentang yang ideal dan secara nyata menekan prevalensi kejadian gizi lebih di tingkat populasi.[21]

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, pemantauan tren pertumbuhan berperan krusial sebagai instrumen deteksi dini terhadap risiko kenaikan massa lemak tubuh dini atau *early adiposity rebound*.[21] Pelaksanaan pemantauan yang konsisten di fasilitas kesehatan memberikan dasar bagi tenaga medis untuk melakukan tata laksana pencegahan sebelum gangguan nutrisi berkembang menjadi masalah kesehatan yang lebih serius di masa depan.[21] Meskipun penelitian lain menemukan adanya hubungan antara pemantauan pertumbuhan (*growth monitoring*) dan status gizi anak, Belew dkk. 2024 menemukan desain penelitian yang digunakan belum dapat membuktikan bahwa pemantauan pertumbuhan secara langsung menyebabkan perbaikan pertumbuhan anak.[18]

2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

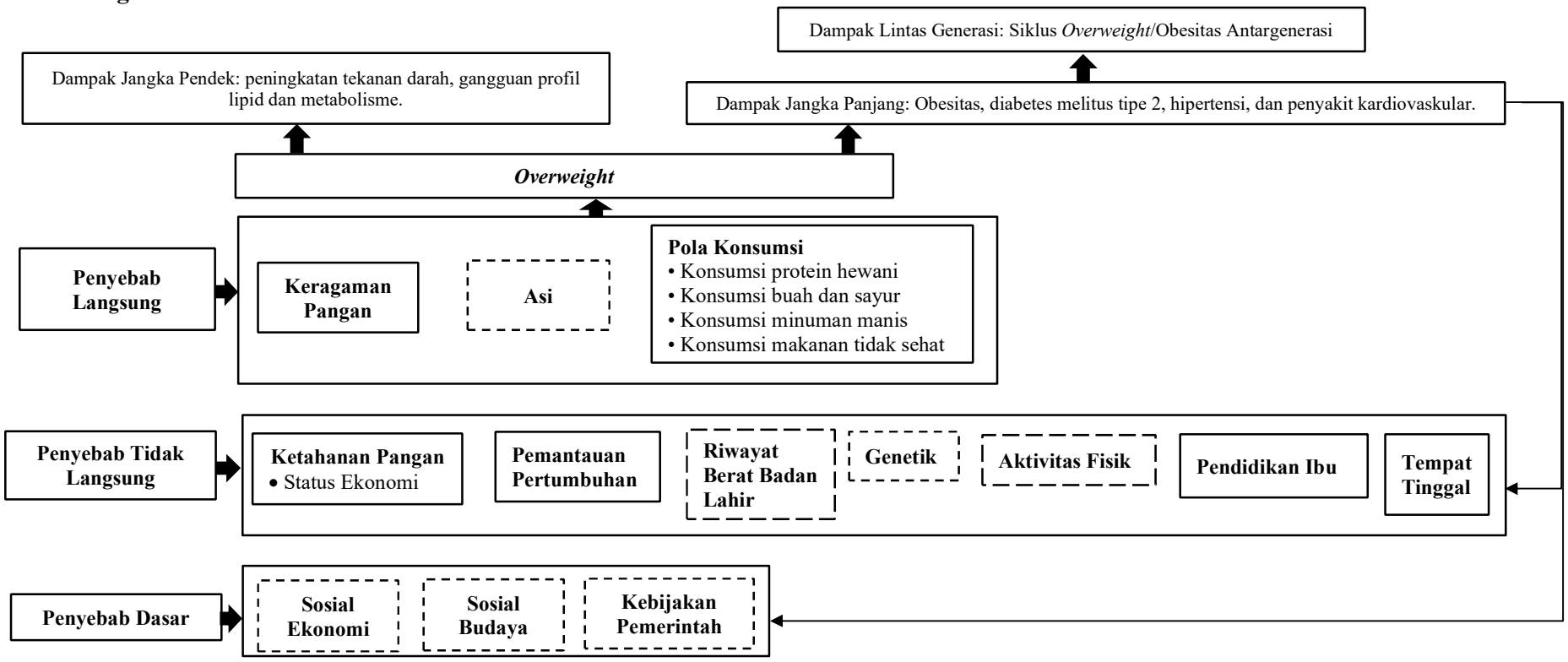
Peneliti	Lokasi & Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Li dkk. (2024)[12]	China; Longitudinal (analisis data CHNS 1991–2015)	Anak <5 tahun	Pendidikan ibu	1991–2015	Pendidikan menengah ibu menurunkan BMIZ ($p<0,05$), sedangkan pendidikan tinggi di pedesaan meningkatkan BMIZ ($p<0,01$).
SOFI (FAO, UNICEF, WHO) (2023)[40]	Global; Analisis tren	Balita	Tempat tinggal	2012–2022	Prevalensi *overweight* lebih tinggi di wilayah urban (5,4%) dibanding rural (3,5%); di Asia 5,3% vs 3,5%.
Harahap dkk. (2025)[15]	Bangka Belitung; *Cross-sectional*	417 anak (0–24 bulan)	Tempat tinggal	-	Tidak terdapat hubungan signifikan antara tempat tinggal dan gizi lebih ($p>0,05$).
Hasyim & Saputri (2022)[13]	Lampung; *Cross-sectional*	62 balita	Pendidikan ibu, status ekonomi, jenis kelamin	-	Pendidikan ibu ($p=0,920$) dan jenis kelamin ($p=0,223$) tidak berhubungan signifikan, sedangkan pendapatan keluarga berhubungan signifikan ($p=0,037$; PR=0,364; 95%CI:0,244–0,449).
Suriani (2019)[28]	Cilegon; *Cross-sectional*	94 balita	Jenis kelamin	Mei–Juli 2018	Jenis kelamin laki-laki berhubungan signifikan dengan kegemukan ($p=0,003$; OR=15,300).
Nasihah *dkk.* (2020)[14]	Gresik; *Cross-sectional*	43 balita	Status ekonomi	Agustus 2020	Status ekonomi tidak berhubungan signifikan dengan obesitas ($p>0,05$).

Peneliti	Lokasi & Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Stokes dkk. (2021)[48]	Global (9 Kohort di Eropa dan AS); *Systematic Review of Prospective Cohort Studies*	Bayi dan baduta usia 0–2 tahun dengan *follow-up* hingga usia 18 tahun.	Asupan protein (total protein, protein hewani, protein nabati, dan protein susu) serta kejadian obesitas (BMI, BMI z-score, lemak tubuh).	Data dikumpulkan hingga Maret 2020 (Rentang *follow-up* subjek hingga 18 tahun).	Terdapat hubungan positif yang signifikan antara asupan total protein dan protein hewani pada dua tahun pertama kehidupan dengan peningkatan BMI di masa kanak-kanak dan remaja (6 dari 7 kohort menunjukkan hasil signifikan). Meta-analisis menunjukkan setiap kenaikan 1% energi dari protein berhubungan dengan kenaikan BMI sebesar 0,05 kg/m² (95% CI: 0,02, 0,08).
Arnesen dkk. (2022)[50]	*Systematic Review*	Balita & anak	Protein hewani	Bervariasi	Asupan protein hewani tinggi berhubungan dengan peningkatan IMT (OR=1,03; p<0,05), namun pada bayi usia 6–12 bulan tidak ditemukan hubungan signifikan (p>0,05).
Sibagariang dkk. (2025)[16]	Tanjung Anom; *Cross-sectional*	52 anak	Buah & sayur	April 2025	Tidak terdapat hubungan signifikan dengan gizi lebih (p=0,509).
Clayton dkk. (2024)[32]	Lokasi: New York State, AS. Desain: *Population-based longitudinal cohort study*.	2492 anak dari kohort *Upstate KIDS*.	pengenalan MPASI (buah/sayur, grains, dairy, protein), dan *z-score* BMI anak.	Sejak kelahiran (2008–2010) hingga tindak lanjut usia 7–9 tahun.	Pengenalan buah & sayur usia 5–8 bln menurunkan risiko obesitas usia 7–9 thn (aRR 0,45; p < 0,05).

Peneliti	Lokasi & Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Kenney dkk. (2024)[26]	Amerika Serikat; Longitudinal	Bayi & balita	Minuman manis (SSB)	6–36 bulan	Konsumsi SSB usia 18 bulan meningkatkan berat badan pada usia 24 bulan (p=0,037; ΔBB=0,357 kg).
WHO Guideline (2023)[36]	Global; *Guideline*	Anak 6–23 bulan	SSB/Jus buah 100%	-	Mayoritas studi tidak menemukan hubungan signifikan antara 100% jus buah dan *overweight* (β=0,01), namun WHO tetap merekomendasikan pembatasan konsumsi.
Anggraeni dkk.(2025)[2]	Jember; *Cross-sectional*	100 balita	Makanan tidak sehat (UFB)	4 bulan	Pola makan tidak seimbang merupakan faktor risiko dominan obesitas (p=0,006; OR=18,5).
Vanderkooy dkk.(2023)[17]	Senegal; *Cross-sectional*	724 anak (12–35 bulan)	*Unhealthy Foods & Beverages* (UFB)	-	Konsumsi UFB tidak berhubungan signifikan dengan status antropometri berdasarkan WHZ (β=0,01; 95% CI: −0,17–0,19; p=0,925), meskipun berhubungan dengan kualitas diet yang buruk.
Astria Paramashanti dkk. (2024)[19]	Bantul, DI Yogyakarta; *Cross-sectional*	189 anak usia 6–23 bulan	*Minimum Dietary Diversity* (MDD), CSO	-	Anak yang memenuhi MDD cenderung memiliki risiko CSO lebih rendah (aOR=0,14; 95% CI: 0,03–2,43), namun hubungan tersebut tidak signifikan.
Duan dkk. (2021)[37]	China; *Cross-sectional*	3.067 anak (0–5 tahun)	*Growth & Development Check* (GDC)	-	Pemantauan pertumbuhan rutin menurunkan risiko *overweight*/obesitas (β=-0,380; p<0,001).

Peneliti	Lokasi & Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Belew *dkk.* (2024)[18]	Ethiopia; *Cross-sectional*	576 pasangan ibu–anak	*Growth Monitoring and Promotion* (GMP)	Maret–April 2022	Hubungan langsung GMP dengan penurunan *overweight* belum dapat dipastikan.

2.3 Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka teori *overweight* di Indonesia, dimodifikasi dari "*Logical Framework of the Nutritional Problems*" Unicef, 2013 *Adapted from* Unicef 1990.

Keterangan :

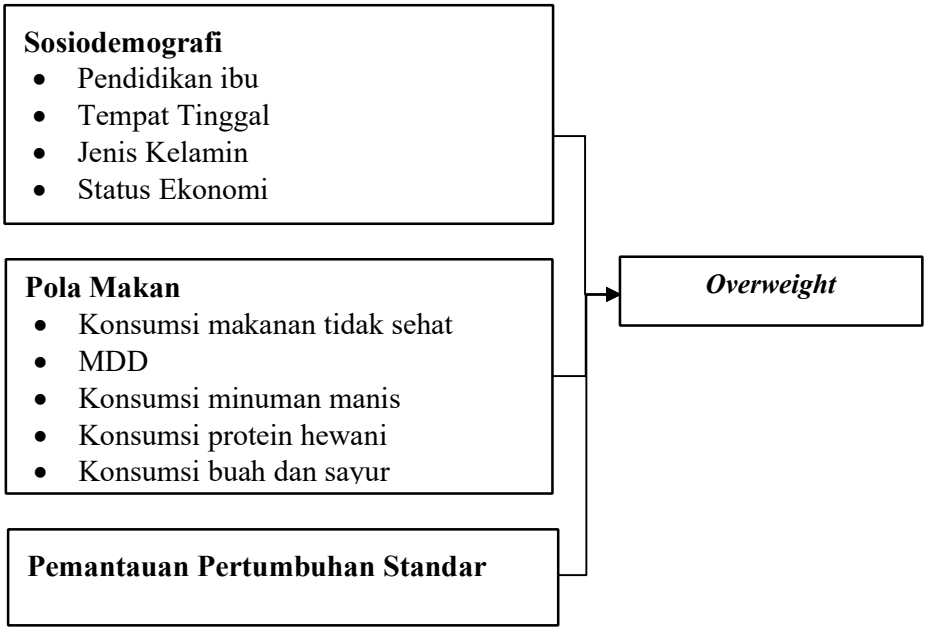
: yang diteliti

: yang tidak diteliti

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

3.1.1 Variabel bebas

- Sosiodemografi (pendidikan ibu, ekonomi, jenis kelamin, tempat tinggal)
- Pola Perilaku Makan (*minimum dietary diversity* (MDD), minuman manis, protein hewani, buah dan sayur, makanan tidak sehat
- Pelayanan kesehatan (pemantauan pertumbuhan standar)

3.1.2 Variabel tergantung

Status *overweight* pada anak usia 6—23 bulan.

3.2 Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Baduta	Baduta didefinisikan sebagai kelompok anak usia di bawah dua tahun (0–23 bulan).	Usia dan tanggal lahir	Mengurangi usia saat pengambilan data dengan tanggal lahir.	Usia dalam bulan	Rasio	SSGI 2024 [4]
Overweight	Proporsi baduta usia 6–23 bulan yang mengalami *overweight* berdasarkan indikator berat badan menurut panjang badan (BB/PB) dengan nilai z-score > +2 SD sampai ≤ +3 SD sesuai Standar Pertumbuhan Anak WHO yang digunakan dalam SSGI 2024.	Data antropometri SSGI 2024	Menggunakan nilai *z-score* BB/PB berdasarkan hasil pengukuran berat badan dan panjang badan.	1: *Overweight* (BB/PB > +2 SD sampai ≤ +3 SD) 2: Tidak *overweight* (BB/PB ≤ +2 SD atau > +3 SD)	Nominal	SSGI 2024[4]
Pendidikan Ibu	Proporsi baduta usia 6–23 bulan berdasarkan jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah ditamatkan oleh ibu.	Kuesioner Rumah Tangga SSGI 2024	Wawancara pada Blok IV kolom 409 dengan keterangan anggota rumah tangga (ART) 2 (istri/ibu).	1: <13 tahun 2: ≥13 tahun	Ordinal	SSGI 2024[4]
Tempat Tinggal	Proporsi baduta usia 6–23 bulan berdasarkan klasifikasi wilayah tempat tinggal.	Kuesioner Rumah Tangga SSGI 2024	Berdasarkan kode klasifikasi desa pada variabel P105.	1: Perkotaan 2: Perdesaan	Nominal	SSGI 2024[4]

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Jenis Kelamin Anak	Proporsi baduta usia 6–23 bulan berdasarkan jenis kelamin biologis.	Kuesioner Individu/RT SSGI 2024	Wawancara dan pencatatan pada variabel P404 (Ruta).	1: Laki-laki 2: Perempuan	Nominal	SSGI 2024[4]
Status Ekonomi Keluarga	Proporsi baduta usia 6–23 bulan berdasarkan tingkat kesejahteraan rumah tangga yang diukur melalui kuintil kepemilikan aset.	Kuesioner Rumah Tangga SSGI 2024	Berdasarkan indeks kepemilikan barang pada Blok VI variabel P601–P608.	1: Terbawah 2: Menengah Bawah 3: Menengah 4: Menengah Atas 5: Teratas	Ordinal	SSGI 2024[4]
Konsumsi Makanan Tidak Sehat	Proporsi baduta usia 6–23 bulan yang mengonsumsi makanan kategori tidak sehat (*Unhealthy Processed Foods*/UPF) dalam 24 jam terakhir.	Kuesioner Individu SSGI 2024	Berdasarkan variabel P1108s (daging olahan), P1108v (ikan/udang yang diawetkan), P1108x (kue/permen/es krim), dan P1108y (keripik/chiki/MSG).	1: Ya 2: Tidak	Nominal	SSGI 2024[4]
Minimum Dietary Diversity (MDD)	Proporsi baduta usia 6–23 bulan yang mengonsumsi minimal 5 dari 8 kelompok pangan dalam 24 jam terakhir.	Kuesioner Individu SSGI 2024	Menghitung jumlah kelompok pangan yang dikonsumsi berdasarkan variabel P1108.	1: Memenuhi (≥5 kelompok) 2: Tidak memenuhi (<5 kelompok)	Nominal	SSGI 2024[4]
Konsumsi Minuman Manis (SSB)	Proporsi baduta usia 6–23 bulan yang mengonsumsi minuman manis, baik buatan rumah maupun	Kuesioner Individu SSGI 2024	Berdasarkan variabel P1108g (air gula, kental manis, teh manis, dan	1: Ya 2: Tidak	Nominal	SSGI 2024[4]

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Mengukur	Hasil	Skala	Referensi
	pabrikan, dalam 24 jam terakhir.		sejenisnya) dan P1108i (jus buah).			
Konsumsi Protein Hewani	Proporsi baduta usia 6–23 bulan yang mengonsumsi minimal satu jenis protein hewani (jeroan, daging, unggas, telur, ikan, atau udang) dalam 24 jam terakhir.	Kuesioner Individu SSGI 2024	Berdasarkan variabel P1108q (jeroan), P1108r (daging), P1108t (telur), dan P1108u (ikan/udang).	1: Ya 2: Tidak	Nominal	SSGI 2024[4]
Konsumsi Buah dan Sayur	Proporsi baduta usia 6–23 bulan yang mengonsumsi buah dan/atau sayur dalam 24 jam terakhir.	Kuesioner Individu SSGI 2024	Berdasarkan variabel P1108m (sayuran hijau), P1108n (umbi berwarna oranye), P1108o (buah kaya vitamin A), dan P1108p (buah/sayur lain).	1: Ya 2: Tidak (Zero konsumsi buah/sayur)	Nominal	SSGI 2024[4]
Pemantauan Pertumbuhan Sesuai Standar	Proporsi baduta usia 6–23 bulan yang memperoleh pemantauan pertumbuhan sesuai standar dalam 12 bulan terakhir.	Kuesioner Individu SSGI 2024	Menghitung frekuensi layanan pada variabel P1301AK4 (penimbangan) dan P1301BK4 (pengukuran panjang badan).	1: Ya (sesuai standar) 2: Tidak	Nominal	SSGI 2024[4]

BAB IV

METODE

4.1 Desain

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian dilakukan untuk menganalisis hubungan faktor sosiodemografi, perilaku makan, dan pemantauan pertumbuhan terhadap kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini menggunakan data sekunder Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2024 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pengumpulan data SSGI 2024 dilakukan pada tahun 2024 di seluruh wilayah Indonesia.

Penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan pada bulan Agustus 2026.

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh anak yang tercatat dalam data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2024.

4.3.1.1 Populasi Target

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh baduta usia 6—23 bulan yang yang tercatat dalam Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024.

4.3.1.2 Populasi Terjangkau

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh baduta usia 6—23 bulan yang yang tercatat dalam Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 yang dipilih dengan datanya tersedia dan lengkap.

4.3.2 Subjek

Subjek penelitian adalah anak usia 6–23 bulan dalam populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi.

Sampel penelitian diperoleh menggunakan teknik *total sampling*, yaitu seluruh subjek yang memenuhi kriteria penelitian diikutsertakan dalam analisis.

4.3.3 Kriteria Pemilihan Subjek

A. Kriteria Inklusi

1. Anak usia 6–23 bulan yang tercatat dalam data SSGI 2024.
2. Memiliki data antropometri yang lengkap untuk menentukan status *overweight.*
3. Memiliki data lengkap terkait pendidikan ibu, status ekonomi keluarga, jenis kelamin anak, tempat tinggal, *Minimum Dietary Diversity* (MDD), konsumsi minuman manis, konsumsi buah dan sayur, konsumsi protein hewani, konsumsi makanan tidak sehat, dan pemantauan pertumbuhan standar.

B. Kriteria Eksklusi

Responden dengan data antropometri dan data variabel penelitian yang tidak lengkap atau tidak valid.

4.3.4 Perhitungan Jumlah Sampel

Penelitian ini menggunakan teknik total sampling, sehingga seluruh anak usia 6–23 bulan yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan sampel penelitian. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan *total sampling* sehingga tidak dilakukan perhitungan besar sampel karena jumlah sampel yang digunakan sama dengan seluruh populasi baduta yang memenuhi kriteria pada data SSGI 2024.

4.4 Bahan dan Instrumen Penelitian

Bahan penelitian yang digunakan dalam studi ini adalah data sekunder Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2024 yang mencakup:

- Kuesioner Rumah Tangga SSGI 2024 digunakan untuk memperoleh data:
    - Tempat tinggal (kode P105).
    - Pendidikan ibu (kode P409).
    - Status ekonomi keluarga (kode P601–P608).

- Jenis kelamin anak (kode P404).

- Kuesioner Individu SSGI 2024 digunakan untuk memperoleh data:
  - *Minimum Dietary Diversity* (MDD) (kode P1108).
  - Konsumsi minuman manis (kode P1108g dan P1108i).
  - Konsumsi protein hewani (kode P1108q, P1108r, P1108t, dan P1108u).
  - Konsumsi buah dan sayur (kode P1108m, P1108n, P1108o, dan P1108p).
  - Konsumsi makanan tidak sehat (kode P1108s, P1108v, P1108x, dan P1108y).
  - Pemantauan pertumbuhan sesuai standar (kode P1301AK4 dan P1301BK4).
- Data antropometri SSGI 2024 digunakan untuk memperoleh data status gizi baduta berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) yang digunakan untuk menentukan status *overweight* pada baduta.

4.5 Analisis statistik

4.5.1 Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan persentase masing-masing variabel penelitian, baik variabel independen maupun variabel dependen.

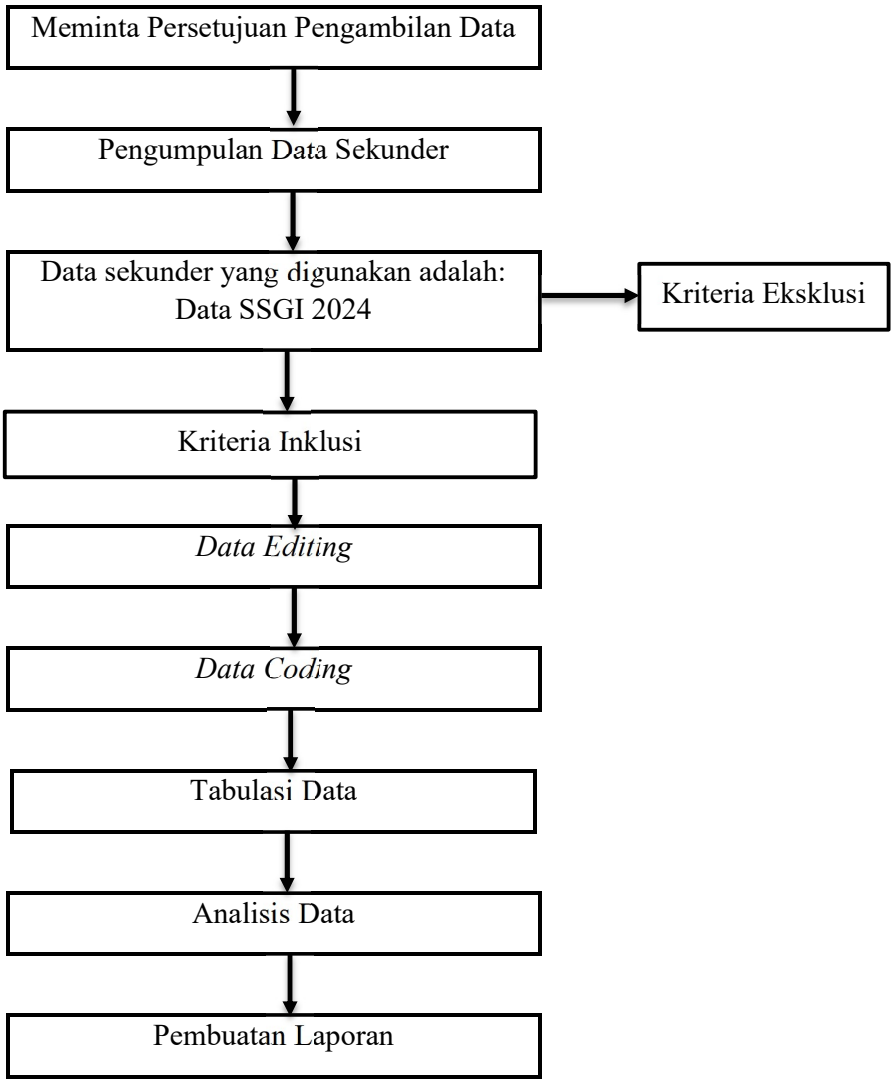
Variabel yang dianalisis meliputi pendidikan ibu, status ekonomi keluarga, jenis kelamin anak, tempat tinggal, *Minimum Dietary Diversity* (MDD), konsumsi minuman manis, konsumsi buah dan sayur, konsumsi protein hewani, konsumsi makanan tidak sehat, pemantauan pertumbuhan, dan kejadian *overweight.*

4.5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara faktor sosiodemografi, perilaku makan, dan pemantauan pertumbuhan dengan kejadian *overweight* pada anak usia 6–23 bulan.

Uji statistik yang digunakan adalah uji Chi-square. Apabila terdapat sel dengan nilai *expected count* kurang dari 5, maka digunakan uji *Fisher's Exact Test*. Nilai kemaknaan statistik ditetapkan pada $p < 0,05$.

4.6 Alur penelitian



Gambar 3. Alur kerja penelitian

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder SSGI 2024 yang diperoleh melalui prosedur perizinan resmi. Seluruh data yang digunakan tidak mencantumkan identitas responden sehingga kerahasiaan responden tetap terjaga. Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	Waktu											
	Jan		Feb		Mar		Apr		Mei		Juni	
Pemilihan judul												
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)**												
Persiapan ujian												

DAFTAR PUSTAKA

1. Trejo D, Hauck G, Jewell J, et al. Childhood Overweight A Call for Prevention in Latin America and the Caribbean [Internet]. Perú; Available from: www.unicef.org/lac

2. Eka Yulis Anggraeni Z, Natasa Zulka A, Eka Rahmawati L, et al. Analisis Kejadian Gangguan Kelebihan Gizi (Overwight) pada Anak di Kecamatan Panti Kabupaten Jember. The Indonesian Journal of Health Science. 2025;17(1):71–8. doi: 10.32528/tijhs.v16i2.3276

3. Hasyim DI, Saputri N. Hubungan faktor sosiodemografi dengan status gizi pada anak balita. Jurnal Riset Kebidanan Indonesia. 2022;6(1):18–23. doi: 10.32536/jrki.v6i1.215

4. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Survei Status Gizi Indonesia 2024 Tim Penyusun SSGI 2024 dalam Angka.

5. Yunitasari E, Al Faisal AH, Efendi F, Kusumaningrum T, Yunita FC, Chong MC. Factors associated with complementary feeding practices among children aged 6–23 months in Indonesia. BMC Pediatr. 2022;22(1):727. doi: 10.1186/s12887-022-03728-x

6. Lutter CK, Grummer-Strawn L, Rogers L. Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. Nutr Rev. 2021;79(8):825–46. doi: 10.1093/nutrit/nuaa143

7. D'Auria E, Borsani B, Pendezza E, et al. Complementary Feeding: Pitfalls for Health Outcomes. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):7931. doi: 10.3390/ijerph17217931

8. Pérez-Escamilla R, Jimenez EY, Dewey KG. Responsive Feeding Recommendations: Harmonizing Integration into Dietary Guidelines for Infants and Young Children. Curr Dev Nutr. 2021;5(6):nzab076. doi: 10.1093/cdn/nzab076

9. Ardiningsih ES, Agushybana F, Shaluhiyah Z. Key Factors Influencing High Sweet Beverage Consumption During Complementary Feeding Period. Jurnal Promkes. 2025;13(2):193–204. doi: 10.20473/jpk.v13.i2.2025.193-204

10. Nafista UF, Nurhaeni N, Rachmawati Imami Nur. Keterkaitan Pemilihan Keberagaman dengan Status Gizi Anak. Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes. 2022;13(3):617–23.

11. Mafhungo T, Cele LP, Mathibe M, Modjadji P. Nutritional Challenges Among Children Under Five in Limpopo Province, South Africa: Complementary Feeding Practices and Dietary Diversity Deficits. Nutrients . 2025;17(11). doi: 10.3390/nu17111919

12. Li S, Mohamed Nor N, Kaliappan SR. Do maternal socioeconomic status influence child overweight? Heliyon. 2024;10(2). doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e24630

13. Hasyim DI, Saputri N. Hubungan faktor sosiodemografi dengan status gizi pada anak balita. Jurnal Riset Kebidanan Indonesia. 2022;6(1):18–23. doi: 10.32536/jrki.v6i1.215

14. Nasihah D, Faqihatus Syarifah Has D, Rahma A, et al. The Association of Parents Social Economic, Physical Activity, and Formula Milk Consumption with Obesity for Toddlers in the Working Area of Puskesmas Sidayu, Gresik District.

15. Harahap AN, Hikmayani NH, Sumardiyono S. Factors Related to Overnutrition in Early Childhood in Urban and Rural Areas of Bangka Belitung Islands Province (An Analysis Of 2023 SKI Data). Journal of Health and Nutrition Research. 2025;4(1):220–34. doi: 10.56303/jhnresearch.v4i1.361

16. Sibagariang EE, Hulu VT, Ginting ATB. Risk Factors for Overweight Among Students at SDN 104219 Tanjung Anom. Open Access Health Scientific Journal. 2025;6(2):316–23. doi: 10.55700/oahsj.v6i2.99

17. Vanderkooy A, Ferguson EL, Sy NY, et al. High unhealthy food and beverage consumption is associated with poor diet quality among 12–35-month-olds in Guédiawaye Department, Senegal. Front Nutr. 2023;10. doi: 10.3389/fnut.2023.1125827

18. Belew AK, Worku N, Gelaye KA, et al. Utilisation of growth monitoring and promotion services and associated factors among mothers of children younger than 2 years in Gondar Zuria District, northwest Ethiopia: a community-based, cross-sectional study. BMJ Open. 2024;14(2). doi: 10.1136/bmjopen-2023-076147

19. Paramashanti BA, Huda TM, Alam A, Dibley MJ. Trends and determinants of minimum dietary diversity among children aged 6-23 months: a pooled analysis of Indonesia Demographic and Health Surveys from 2007 to 2017. Public Health Nutr. 2022;25(7):1956–67. doi: 10.1017/S1368980021004559

20. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. SKI 2023 dalam Angka Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

21. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak. 2020.

22. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. 2025.

23. Cárdenas-Villarreal VM, Hernandez-Barrera L, Castro-Sifuentes D, Guevara-Valtier MC, Trejo-Valdivia B. Trends in overweight and obesity in children under 24 months of age in Mexico (2012-2020): analysis of four

national health surveys. Cad Saude Publica. 2023;39(12). doi: 10.1590/0102-311XEN046123

24. Benayad FZ, Hilali S El, Razine R, et al. Prevalence and Predictive Determinants of Overweight and Obesity in Children Aged 0-24 Months In Morocco: A Cross-Sectional Study. Roczniki Panstwowego Zakladu Higieny / Annals of the National Institute of Hygiene. 2023;74(4):395–406. doi: 10.32394/rpzh.2023.0285

25. Peng W, Mu Y, Hu Y, Li B, Raman J, Sui Z. Double burden of malnutrition in the asia-pacific region-a systematic review and meta-analysis. Vol. 10, Journal of Epidemiology and Global Health. Atlantis Press International; 2020. p. 16–27. doi: 10.2991/JEGH.K.191117.002

26. Kenney E, Frongillo EA, McIver KL, Dowda M, Pate RR. Child and mother characteristics associated with 6-month weight gain for infants and toddlers during 6 to 36 months. Pediatr Obes. 2024;19(9). doi: 10.1111/ijpo.13148

27. Fitriliani A, Anggileo Pramesona B, Nareswari S. Obesitas pada Anak : Penyebab dan Konsekuensi Jangka Panjang. Vol. 13. 2023.

28. Suriani S. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kegemukan Pada Balita di Kelurahan Warnasari Kecamatan Citangkil Kota Cilegon. Faletehan Health Journal [Internet]. 2019;6(1):1–10. Available from: www.journal.lppm-stikesfa.ac.id/ojs/index.php/FHJ

29. Pesch MH, Lumeng JC. Early Childhood Obesity: A Developmental Perspective. 2026;57. doi: 10.1146/annurev-devpsych-050620

30. Rachmawati R, Salimar, Sudikno, Irawan IR, Sari YD. Faktor Sosiodemografi yang Berhubungan dengan Overweight dan Obesitas Pada Balita di Indonesia, Perbandingan Perdesaan dan Perkotaan. Penel Gizi Makan. 2022;45(1):23–34.

31. Mantzorou M, Papandreou D, Vasios GK, et al. Exclusive Breastfeeding for at Least Four Months Is Associated with a Lower Prevalence of Overweight and Obesity in Mothers and Their Children after 2–5 Years from Delivery. Nutrients. 2022;14(17). doi: 10.3390/nu14173599

32. Clayton PK, Putnick DL, Trees IR, et al. Early Infant Feeding Practices and Associations with Growth in Childhood. Nutrients . 2024;16(5). doi: 10.3390/nu16050714

33. Khoiriyah H. Analisis Peningkatan Berat Badan Bayi yang Diberikan ASI Eksklusif dan Tidak Diberikan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Ganjar Agung Kecamatan Metro Barat Kota Metro Tahun 2020. 2020;8. doi: 2541-5387

34. Switkowski KM, Kronsteiner-Gicevic S, Rifas-Shiman SL, Lightdale JR, Oken E. Evaluation of the Prime Diet Quality Score from Early Childhood

Through Mid-Adolescence. Journal of Nutrition. 2024;154(6):1890–906. doi: 10.1016/j.tjnut.2024.04.014

35. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Pedoman Gizi Seimbang. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 41 Tahun 2014 Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014.

36. World Health Organization. WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age. World Health Organization; 2023. 76 p.

37. Duan C, Mei L, Ge T, Jiang Q. Influence of the growth and development check (Gdc) on overweight/obesity of children under-5 years in China: A propensity score analysis. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(3):1–12. doi: 10.3390/ijerph18031203

38. Belay DG, Aragaw FM, Teklu RE, et al. Determinants of Inadequate Minimum Dietary Diversity Intake Among Children Aged 6–23 Months in Sub-Saharan Africa: Pooled Prevalence and Multilevel Analysis of Demographic and Health Survey in 33 Sub-Saharan African Countries. Front Nutr. 2022;9. doi: 10.3389/fnut.2022.894552

39. Riley HO, Lo SL, Rosenblum K, et al. Sex Differences in the Association between Household Chaos and Body Mass Index z-Score in Low-Income Toddlers. Childhood Obesity. 2020;16(4):265–73. doi: 10.1089/chi.2019.0186

40. FAO IUW& W. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO; 2023. doi: 10.4060/cc3017en

41. Jemere DF, Alemayehu MS, Belew AK. Unhealthy food consumption and its associated factors among infants and young children in Gondar city, northwest Ethiopia: a community based cross sectional study. BMC Nutr. 2023;9(1). doi: 10.1186/s40795-023-00722-z

42. Choudhury SR, Shamim AA, Shaheen N, et al. Identification of frequently consumed commercially prepared ready-to-eat foods and beverages in Bangladesh. Bioresearch Communications. 2021;7(2):1019–30. doi: 10.3329/brc.v7i2.54377

43. Costa CDS, Buffarini R, Flores TR, Neri D, Freitas Silveira M, Monteiro CA. Consumption of ultra-processed foods and growth outcomes in early childhood: 2015 Pelotas Birth Cohort. British Journal of Nutrition. 2023;129(12):2153–60. doi: 10.1017/S0007114522002926

44. Ayal BG, Geto AK, Feleke SF, et al. Sugar-sweetened beverage/snack consumption and its determinants among infant and young children aged 6–23 months in twelve Sub-Saharan African countries: Evidence from 2019–

2023 Demographic Health Survey data. PLoS One. 2025;20(12 December). doi: 10.1371/journal.pone.0338308

45. Amaha ND. Prevalence and Determinants of Unhealthy Food and Beverage Consumption Among Children Aged 6–23 Months in Mekelle, Northern Ethiopia. Food Sci Nutr. 2025;13(8). doi: 10.1002/fsn3.70729

46. Xu H, Du S, Liu A, Zhang Q, Ma G. Low Dietary Diversity for Recommended Food Groups Increases the Risk of Obesity among Children: Evidence from a Chinese Longitudinal Study. Nutrients. 2022;14(19). doi: 10.3390/nu14194068

47. Dai J, Soto MJ, Dunn CG, Bleich SN. Trends and patterns in sugar-sweetened beverage consumption among children and adults by race and/or ethnicity, 2003-2018. Public Health Nutr. 2021;24(9):2405–10. doi: 10.1017/S1368980021001580

48. Stokes A, Campbell KJ, Yu HJ, et al. Protein Intake from Birth to 2 Years and Obesity Outcomes in Later Childhood and Adolescence: A Systematic Review of Prospective Cohort Studies. Vol. 12, Advances in Nutrition. Oxford University Press; 2021. p. 1863–76. doi: 10.1093/advances/nmab034

49. Das S, Sanchez JJ, Alam A, et al. Dietary Magnesium, Vitamin D, and Animal Protein Intake and Their Association to the Linear Growth Trajectory of Children from Birth to 24 Months of Age: Results From MAL-ED Birth Cohort Study Conducted in Dhaka, Bangladesh. Food Nutr Bull. 2020;41(2):200–10. doi: 10.1177/0379572119892408

50. Arnesen EK, Thorisdottir B, Lamberg-Allardt C, et al. Protein intake in children and growth and risk of overweight or obesity: A systematic review and meta-analysis. Vol. 66, Food and Nutrition Research. Swedish Nutrition Foundation; 2022. doi: 10.29219/fnr.v66.8242

51. Rohayati. Integration Of Family Coaching And Play Therapy Increase Fruit And Vegetable Consumption In Obese Children: Case Report. 2021; Available from: http://nursingjurnal.respati.ac.id/index.php/JKRY/index

52. Park H, Choi JE, Jun S, et al. Metabolic complications of obesity in children and adolescents. Vol. 67, Clinical and Experimental Pediatrics. Korean Pediatric Society; 2024. p. 347–55. doi: 10.3345/cep.2023.00892

53. WHO and UNICEF. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices : Definitions and Measurement Methods. World Health Organization; 2021. 122 p.

54. Thompson HR, Borger C, Paolicelli C, Whaley SE, Reat A, Ritchie L. The Relationship between Breastfeeding and Initial Vegetable Introduction with Vegetable Consumption in a National Cohort of Children Ages 1–5 Years from Low-Income Households. Nutrients. 2022;14(9). doi: 10.3390/nu14091740

55. Zhang Y, Huang X, Yang Y, et al. Double burden of malnutrition among children under 5 in poor areas of China. PLoS One. 2018;13(9):e0204142. doi: 10.1371/journal.pone.0204142

LAMPIRAN

Lampiran 1. Distribusi karakteristik subjek studi (n= ...)

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pendidikan ibu		
Rendah (<13 tahun)		
Tinggi (≥13 tahun)		
Status ekonomi keluarga		
Kuintil 1 (Sangat miskin)		
Kuintil 2 (Miskin)		
Kuintil 3 (Menengah)		
Kuintil 4 (Kaya)		
Kuintil 5 (Sangat kaya)		
Jenis kelamin anak		
Laki-laki		
Perempuan		
Tempat tinggal		
Perkotaan		
Pedesaan		
Minimum Dietary Diversity (MDD)		
Memenuhi syarat (≥ 5 dari 8 kelompok makanan)		
Tidak memenuhi syarat (< 5 kelompok makanan)		
Konsumsi minuman manis		
Ya (≥ 1 kali/hari atau sering)		
Tidak (< 1 kali/hari atau jarang)		
Konsumsi protein hewani		
Ya (Mengonsumsi)		
Tidak (Tidak mengonsumsi)		
Konsumsi buah dan sayur		
Cukup (≥ 5 porsi/hari)		
Kurang (< 5 porsi/hari)		
Konsumsi makanan tidak sehat		
Ya (Sering/Setiap hari)		
Tidak (Jarang/Tidak pernah)		
Pemantauan pertumbuhan sesuai standar		
Ya		
Tidak		

Lampiran 2. Tabel Hubungan (Hubungan pendidikan ibu, status ekonomi keluarga, jenis kelamin anak, tempat tinggal, Minimum Dietary Diversity (MDD), konsumsi minuman manis, konsumsi protein hewani, konsumsi buah dan sayur, konsumsi makanan tidak sehat, dan pemantauan pertumbuhan dengan *Overweight* pada baduta (n = ...))

Variabel	***Overweight***		**Nilai p**
	Ya, n(%)	**Tidak, n(%)**	
Pendidikan ibu			
Rendah (<13 tahun)			
Tinggi (≥13 tahun)			
Status ekonomi keluarga			
Kuintil 1 (Sangat miskin)			
Kuintil 2 (Miskin)			
Kuintil 3 (Menengah)			
Kuintil 4 (Kaya)			
Kuintil 5 (Sangat kaya)			
Jenis kelamin anak			
Laki-laki			
Perempuan			
Tempat tinggal			
Perkotaan			
Pedesaan			
Minimum Dietary Diversity **(MDD)**			
Memenuhi syarat			
Tidak memenuhi syarat			
Konsumsi minuman manis			
Ya			
Tidak			
Konsumsi protein hewani			
Ya			
Tidak			
Konsumsi buah dan sayur			
Cukup			
Kurang			
Konsumsi makanan tidak sehat			
Ya			
Tidak			
Pemantauan pertumbuhan sesuai standar			
Ya			
Tidak			

Analisis data menggunakan Chi-square; Batas kebermaknaan statistik yang digunakan p < 0,05

Lampiran 3. Kuesioner Individu SSGI 2024

Kemenkes

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN
RISET KESEHATAN NASIONAL
STUDI STATUS GIZI INDONESIA 2024

SSGI 2024 Survei Status Gizi Indonesia

RAHASIA	KUESIONER INDIVIDU	SSGI-2024-IND

PENGENALAN TEMPAT (SALIN DARI BLOK I)

Provinsi	Kab/Kota	Kecamatan	Desa/Kel	K/D	Nomor Blok Sensus	Nomor Kode Sampel	No. Urut RT

VII. KETERANGAN PENGUMPULAN DATA SAMPEL BALITA

701	Tanggal bulan wawancara	☐☐–☐☐	702	Tanggal bulan pengukuran	☐☐–☐☐
703	Nama pengumpul data				
704	a. Nama ART balita	....		b. Nomor urut ART balita	☐☐
705	Nomor Induk Kependudukan (NIK) ART balita	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐			

NO. URUT ART UNTUK PERTANYAAN P706 – P709, JIKA BUKAN ART DALAM RUTA INI ISIKAN KODE '00'

706	Tuliskan nama dan nomor urut ayah kandung	a. Nama ayah kadung	....	b. Nomor urut ART (Blok IV)	☐☐
707	Tuliskan nama dan nomor urut ibu kandung	a. Nama ibu kandung	....	b. Nomor urut ART (Blok IV)	☐☐
708	Nama yang diwawancara:		709	Nomor urut ART (Blok IV)	☐☐

BLOK VIII. MORBIDITAS BALITA

801	**Dalam 1 bulan terakhir**, apakah [NAMA BALITA] pernah didiagnosis **ISPA** oleh tenaga kesehatan?		☐
	1. Ya, ≤ 2 minggu terakhir 2. Ya, > 2 minggu – 1 bulan	3. Tidak ➔ **P 803** 8. Tidak tahu ➔ **P 803**	
802	Jenis tenaga kesehatan yang mendiagnosis ➔ **P 804**	1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat	☐
803	**Dalam 1 bulan terakhir**, apakah [NAMA BALITA] pernah mengalami gejala berikut? (**Isikan Kode 1 =Ya, Kode 2 = Tidak**)		
	a. Demam/panas ☐	c. Pilek/hidung tersumbat	☐
	b. Batuk berdahak/batuk kering selama ≤ 14 hari ☐	d. Sakit tenggorokan	☐
804	**Dalam 1 bulan terakhir**, apakah [NAMA BALITA] pernah didiagnosis **DIARE/MENCRET** oleh tenaga kesehatan?		☐
	1. Ya, diare selama ≤ 2 minggu 2. Ya, diare selama > 2 minggu	3. Tidak ➔ **P 806** 8. Tidak tahu ➔ **P 806**	
805	Jenis tenaga kesehatan yang mendiagnosis ➔ **P 807**	1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat	☐
806	**Dalam 1 bulan terakhir**, apakah [NAMA BALITA] pernah mengalami gejala berikut? **(Isikan Kode: 1 = Ya, selama ≤ 2 minggu, 2 = Ya, selama > 2 minggu, 3 = Tidak, 8 = Tidak tahu)**		
	a. BAB 3-6 kali dalam 24 jam ☐	c. Konsistensi tinja lebih cair dan encer	☐
	b. BAB > 6 kali dalam 24 jam ☐		
807	**Dalam 1 tahun terakhir**, apakah [NAMA BALITA] pernah didiagnosis **PNEUMONIA/RADANG PARU-PARU** oleh tenaga kesehatan?		☐
	1. Ya, kurang dari 1 bulan terakhir 2. Ya, 1-12 bulan	3. Tidak ➔ **P 809** 8. Tidak tahu ➔ **P 809**	
808	Jenis tenaga kesehatan yang mendiagnosis ➔ **P 810**	1. Dokter 2. Bidan 3. Perawat	☐
809	**Dalam 1 tahun terakhir**, apakah [NAMA BALITA] pernah mengalami gejala berikut? (**Isikan Kode 1 =Ya, 2 = Tidak)**		
	a. Demam/panas ☐	d. Kesulitan bernapas dengan atau tanpa nyeri dada	☐
	b. Batuk berdahak/batuk kering ☐	e. Napas cuping hidung	☐
	c. Napas cepat ☐	f. Napas dengan tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam	☐
810	**Dalam 1 tahun terakhir**, apakah [NAMA BALITA] pernah didiagnosis **Tuberkulosis PARU/FLEK PARU** oleh tenaga kesehatan?		☐
	1. Ya, dalam 6 bulan terakhir 2. Ya, 7-12 bulan terakhir	3. Tidak ➔ **P 812** 8. Tidak tahu ➔ **P 812**	

811	Jenis tenaga kesehatan yang mendiagnosis	1. Dokter	2. Bidan	3. Perawat	☐
812	**Dalam 1 tahun terakhir**, apakah [NAMA BALITA] pernah mempunyai riwayat tinggal bersama/diasuh/pernah kontak dengan penderita TB paru/Flek paru?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	☐

BLOK IX. RIWAYAT KEHAMILAN

901	Kehamilan [NAMA BALITA] adalah yang ke:	_____(Jika kehamilan pertama → **P903**		88. Tidak tahu →**P904**	☐☐
902	Jarak kehamilan [NAMA BALITA] dengan kehamilan sebelumnya	1. < 2 tahun	2. ≥ 2 tahun	8. Tidak tahu	☐
903	Umur ibu pada saat mulai kehamilan [NAMA BALITA] (Tahun penuh)	_____tahun		8. Tidak tahu **(88)**	☐☐
904	Apakah selama hamil [NAMA BALITA] pernah mengikuti Kelas Ibu Hamil?	1. Ya 3. Lupa →**P906**		2. Tidak →**P906** 8. Tidak tahu →**P906**	☐
905	Selama hamil [NAMA BALITA] berapa kali ibu pernah mengikuti Kelas Ibu Hamil?	_____kali			☐☐

906	Apakah [NAMA BALITA] memiliki buku KIA? (*Terbitan Kemenkes/Dinkes/atau lainnya yang isinya sama persis dengan terbitan Kemenkes*) 1. Ya, dapat menunjukkan 2. Ya, tidak dapat menunjukkan (disimpan, kader, bidan, Posyandu) 3. Pernah memiliki tetapi hilang 4. Tidak pernah memiliki → **P909**		☐
907	Apakah **tenaga kesehatan** pernah menjelaskan tentang isi dan kegunaan buku KIA?	1. Ya	2. Tidak ☐
908	Apakah Ibu/Responden pernah membicarakan/ membahas isi buku KIA dengan keluarga di rumah (suami atau anggota keluarga lainnyai)?	1. Ya	2. Tidak ☐

909 Pemeriksaan kehamilan (ANC) [NAMA BALITA]

Tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC)	**KODE** 1. Ya 2. Tidak → **baris berikutnya** 8. Tidak tahu → **baris berikutnya**	Frekuensi pemeriksaan kehamilan (ANC) Umur kehamilan (0-3 bulan)	Umur kehamilan (4-6 bulan)	Umur kehamilan (7 bulan - lahir)
(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**
a. Dokter kandungan	☐	☐☐	☐☐	☐☐
b. Dokter umum	☐	☐☐	☐☐	☐☐
c. Bidan	☐	☐☐	☐☐	☐☐
d. Tenaga kesehatan lainnya	☐	☐☐	☐☐	☐☐

JIKA KODE JAWABAN KOLOM (2) P909 SEMUA BARIS (a s.d. d) kode 2 ATAU 8 LANJUTKAN KE P913

910	Tempat pemeriksaan kehamilan paling sering dikunjungi untuk ANC	1. RS pemerintah/swasta	2. Klinik/rumah bersalin	3. Puskesmas	☐
		4. Puskesmas pembantu	5. Praktik dokter/bidan mandiri	6. Polindes/Poskesdes	
		7. Posyandu	8. Rumah		

911 Pemeriksaan USG ketika kehamilan [NAMA BALITA]

Tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan USG	**KODE** 1. Ya 2. Tidak → **baris berikutnya** 8. Tidak tahu → **baris berikutnya**	Frekuensi pemeriksaan USG Umur kehamilan (0-3 bulan)	Umur kehamilan (4-6 bulan)	Umur kehamilan (7 bulan - lahir)
(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**
a. Dokter kandungan	☐	☐☐	☐☐	☐☐
b. Dokter umum	☐	☐☐	☐☐	☐☐
c. Bidan	☐	☐☐	☐☐	☐☐
d. Tenaga kesehatan lainnya	☐	☐☐	☐☐	☐☐

JIKA KODE JAWABAN KOLOM (2) P911 SEMUA BARIS (a s.d. d) kode 2 ATAU 8 LANJUTKAN KE P913

912	Tempat pemeriksaan USG kehamilan yang paling sering dikunjungi	1. RS pemerintah/swasta	2. Klinik/rumah bersalin	☐
		3. Puskesmas	4. Praktik dokter/bidan mandiri	

913	Apakah selama kehamilan [NAMA BALITA], ibu pernah mendapatkan/diberi/membeli TTD?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	☐
914	Apakah selama kehamilan [NAMA BALITA], ibu pernah mendapatkan/diberi MMS?	1. Ya	2. Tidak	8. Tidak tahu	☐

JIKA P913 DAN P914 KODE 2 ATAU 8 LANJUT KE P915e

915 Gunakan **Buku KIA atau dokumen catatan lain** atau ingatan ibu [BALITA NAMA] untuk mengisi jawaban pertanyaan

KODE KOLOM 2

1 Berdasarkan catatan → **KOLOM 3**

2 Berdasarkan ingatan → **KOLOM 3**

8 Tidak tahu → **Baris Berikutnya**

.	Pertanyaan	Sumber Informasi [KODE]	Jawaban
	(1)	(2)	(3)
	a. Sumber informasi dan usia kehamilan [NAMA BALITA] **berapa minggu** pertama kali mendapat TTD/MMS	☐	☐☐ minggu
	b. Sumber informasi dan usia kehamilan [NAMA BALITA] **berapa minggu** ibu mulai minum TTD/MMS	☐	☐☐ minggu
	c. Sumber informasi dan jumlah TTD/MMS yang diterima ibu selama hamil [NAMA BALITA]	☐	☐☐☐ butir
	d. Sumber informasi dan jumlah TTD/MMS yang diminum ibu selama hamil [NAMA BALITA]	☐	☐☐☐ butir
	e. Sumber informasi dan usia kehamilan saat [NAMA BALITA] dilahirkan (**dalam minggu**)	☐	☐☐ minggu
	f. Sumber informasi dan berat bayi lahir (dalam gram)	☐	☐☐☐☐ gram
	g. Sumber informasi dan panjang bayi lahir (dalam centimeter)	☐	☐☐,☐ cm

916 Apakah selama kehamilan [NAMA BALITA] ibu **pernah didiagnosis** oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) mengalami gangguan komplikasi kehamilan, berikut? **Isikan kode: 1 = Ya 2 = Tidak 8 = Tidak tahu**

a. Hipertensi/tekanan darah tinggi	☐	f. Diabetes	☐
b. Pre-eklampsia	☐	g. Gangguan Jantung	☐
c. Anemia (Hb < 11 g/dl)	☐	h. Perdarahan	☐
d. Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) (LiLA < 23,5 cm)	☐	i. Infeksi (malaria, TB, HIV, sifilis, atau hepatitis B)	☐
e. Obesitas prahamil atau kenaikan berat badan berlebih selama hamil	☐	j. Pertumbuhan janin terhambat	☐

917 Apakah setelah melahirkan [NAMA BALITA] ibu atau pasangan menggunakan alat atau cara kontrasepsi modern? ☐

1. Sterilisasi wanita	3. IUD/Spiral/AKDR	5. Implant/susuk KB	7. Kondom	8. Tidak tahu→**P1001**
2. Sterilisasi pria	4. Suntikan	6. Pil	9. Tidak menggunakan →**P1001**	

918 Kapan ibu atau pasangan melakukan pemasangan/penggunaan alat atau cara kontrasepsi tersebut? ☐

1. Bersamaan dengan proses persalinan
2. Setelah persalinan selesai, tetapi sebelum pulang dari fasilitas kesehatan
3. Setelah pulang dari fasilitas kesehatan sampai dengan 42 hari setelah persalinan
4. Di atas 42 hari setelah persalinan

BLOK X. RIWAYAT IMUNISASI DASAR BALITA 0-59 BULAN

1001 Apakah [NAMA BALITA] mempunyai Buku KIA atau dokumen catatan lainya yang berisi catatan imunisasi? ☐

1. Buku KIA/catatan imunisasi terisi lengkap
2. Buku KIA/catatan imunisasi terisi tidak lengkap
3. Ada Buku KIA/catatan imunisasi tidak terisi
4. Tidak punya Buku KIA/catatan imunisasi

Untuk menjawab pertanyaan 1002 salin dari buku KIA atau catatan imunisasi, jika imunisasi tidak tercatat pada buku KIA atau catatan lainnya, tanyakan kepada responden (berdasarkan ingatan), PERHATIKAN UMUR ANAK DENGAN KESESUAIAN UMUR PEMBERIAN IMUNISASI

1002 **1** Ya diimunisasi, berdasarkan catatan, ada tanggal → **KOLOM 3**
2 Ya diimunisasi, berdasarkan catatan, tidak ada tanggal → **KOLOM 4**
3 Ya diimunisasi, berdasarkan ingatan → **KOLOM 4**
4 Tidak imunisasi → **Baris Berikutnya**
7 Belum waktunya diberikan → **Baris Berikutnya**
8 Tidak Tahu→ **Baris Berikutnya**

TANGGAL IMUNISASI
Tuliskan tanggal-bulan-tahun saat imunisasi diberikan

UMUR SAAT IMUNISASI
Tuliskan angka **'88'** jika responden tidak tahu /tidak ingat umur saat pemberian imunisasi

.	Jenis Imunisasi	Status & Sumber Informasi [KODE]	Tanggal-bulan-tahun imunisasi	Umur saat diimunisasi (dalam bulan)
	(1)	(2)	(3)	(4)
	a. **Hepatitis B 0** Diberikan sesaat setelah bayi lahir sampai bayi berumur 7 hari yang disuntikkan di paha bayi	☐	☐☐–☐☐–☐☐	☐☐
	b. **BCG** Diberikan segera setelah lahir atau segera mungkin sebelum berumur 1 bulan dan disuntikkan di lengan	☐	☐☐–☐☐–☐☐	☐☐

	(kanan) atas (biasanya meninggalkan bekas (***scar***) di bawah kulit)			
	c. **DPT-HB-Hib 1** DPT-HB-Hib biasanya disuntikkan di paha dan mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan OPV 2	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	d. **DPT-HB Hib 2** Mulai diberikan pada saat anak berusia 3 bulan bersama dengan OPV 3	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	e. **DPT-HB Hib 3** mulai diberikan pada saat anak berusia 4 bulan bersama dengan OPV 4	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	f. **DPT-HB-Hib Lanjutan** Mulai diberikan pada saat anak berusia 18 bulan	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	g. **PCV 1** PCV biasanya disuntikkan pada paha kiri mulai diberikan pada saat anak berusia 2 bulan bersama dengan DPT-HB-Hib 1 dan OPV 2	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	h. **PCV 2** Mulai diberikan pada saat anak berusia 3 bulan bersama dengan DPT-HB-Hib 2 dan OPV 3	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	i. **PCV 3** Mulai diberikan pada saat anak berusia 12 bulan	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	j. **Campak-Rubella (MR)** Diberikan satu kali mulai berusia 9 bulan dan disuntikkan di paha atau lengan kiri atas	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	k. **Campak-Rubella lanjutan (MR/MMR)** Mulai diberikan saat berusia 18-24 bulan	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	l. **Rotavirus 1** Mulai diprogramkan pada tahun 2023 mulai diberikan saat bayi usia 2 bulan	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	m. **Rotavirus 2** Mulai diprogramkan pada tahun 2023 mulai diberikan saat bayi usia 3 bulan	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐
	n. **Rotavirus 3** Mulai diprogramkan pada tahun 2023 mulai diberikan saat bayi usia 4 bulan	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐

PERTANYAAN KHUSUS UNTUK IMUNISASI POLIO

	KODE KOLOM (2)	TANGGAL IMUNISASI Tuliskan tanggal-bulan-tahun saat imunisasi diberikan	UMUR SAAT IMUNISASI Tuliskan **'88'** jika responden tidak tahui/tidak ingat umur saat pemberian imunisasi	KODE KOLOM (5) 1. Vaksin Polio Tetes OPV 2. Vaksin Polio Suntik IPV
1	Ya diimunisasi, berdasarkan catatan, ada tanggal ➔ **KOLOM 3**			
2	Ya diimunisasi, berdasarkan catatan, tidak ada tanggal ➔ **KOLOM 4**			
3	Ya diimunisasi, berdasarkan ingatan ➔ **KOLOM 4**			
4	Tidak imunisasi ➔ **Baris Berikutnya**			
7	Belum waktunya diberikan ➔ **Baris Berikutnya**			
8	Tidak Tahu➔ **Baris Berikutnya**			

	Jenis Imunisasi	Status & Sumber Informasi [KODE]	Tgl-bln-tahun imunisasi	Umur saat imunisasi (dalam bulan)	Cara pemberian vaksin
	1	2	3	4	5
	o. **Polio 1** OPV-1 (vaksin polio tetes mulai diberikan segera setelah lahir dan/atau mulai usia 1 bulan), IPV-1 (vaksin polio suntik dan diberikan mulai usia 2 bulan)	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐	☐
	p. **Polio 2** OPV-2 (vaksin polio tetes mulai diberikan usia 2 bulan) IPV-2 (vaksin polio suntik diberikan mulai usia 3 bln)	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐	☐
	q. **Polio 3** OPV-3 (vaksin polio tetes mulai diberikan usia 3 bulan), IPV-3 (vaksin polio suntik diberikan mulai 4 bln)	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐	☐
	r. **Polio 4** OPV (vaksin polio tetes mulai diberikan usia 4 bulan)	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐	
	s. **Polio suntik/injeksi tambahan 1** IPV tambahan untuk melengkapi OPV, sehingga poin ini dijawab pada anak yang sudah diberikan imunisasi OPV, mulai diberikan sejak usia 4 bulan	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐	
	t. **Polio suntik/injeksi tambahan 2**	☐	☐☐-☐☐-☐☐	☐☐	

	Mulai diprogramkan pada tahun 2023, dimulai sejak usia 9 bulan				

BLOK XI. RIWAYAT PEMBERIAN ASI DAN MP-ASI BALITA 0-23 BULAN

DITANYAKAN PADA ART USIA 0-23 BULAN, ART 24-59 BULAN KE BLOK XII

1101	a. Apakah sesaat setelah lahir atau **dalam waktu satu jam setelah kelahiran** [NAMA] bayi langsung diletakkan di dada/perut ibu dengan kulit ibu dan bayi melekat **tanpa penghalang**?	1. Ya	2. Tidak ➔**P1102**	8. Tidak tahu ➔**P1102**	☐
	b. Barapa lama [NAMA] diletakkan di dada/perut ibu?	1. < 1 jam	2. ≥ 1 jam		☐
1102	Apakah [NAMA] pernah disusui/diberi ASI?	1. Ya	2. Tidak ➔**P1106**	8. Tidak tahu ➔**P1106**	☐
1103	Apakah saat ini [NAMA] masih disusui/diberi ASI (Air Susu Ibu)?	1. Ya ➔**P1105**	2. Tidak		☐
1104	Jika sudah tidak diberi ASI, pada umur berapa [NAMA] disapih?	_____ bulan ➔ **P1106**	88. Tidak tahu➔ **P1106**		☐☐
1105	Apakah dalam 24 jam terakhir [NAMA] hanya mendapatkan ASI saja dan tidak diberi minuman (cairan) dan atau makanan lain?	1. Ya	2. Tidak		☐
1106	Pada umur berapa [NAMA BALITA] **mulai rutin setiap hari** mendapatkan/diberi minuman (cairan)/makanan selain ASI?				☐☐

1. 0 - 7 hari	3. 1 - < 2 bulan	5. 3 - < 4 bulan	7. 5 - < 6 bulan	9. ≥ 7 bulan	10. Tidak tahu ➔ **P1108**
2. 8 - 29 hari	4. 2 - < 3 bulan	6. 4 - < 5 bulan	8. 6 - < 7 bulan	11. Tidak berlaku ➔ **P1108**	

1107 Apa saja jenis minuman (cairan)/makanan selain ASI**, yang rutin setiap hari diberikan kepada [NAMA]** pada rentang umur tersebut?
(ISIKAN KODE 1 JIKA YA DAN KODE 2 JIKA TIDAK)

a. Susu formula	☐	f. Air tajin	☐
b. Susu non-formula	☐	g. Buah dihaluskan (pisang, dll)	☐
c. Bubur formula	☐	h. Bubur nasi/nasi tim/nasi/lauk dihaluskan	☐
d. Biskuit	☐	i. Sari buah	☐
e. Bubur tepung/ bubur saring	☐	j. Lainnya, sebutkan _____	☐

DITANYAKAN PADA ART USIA 0 - 23 BULAN, ART 24 – 59 BULAN KE BLOK XII

PERTANYAAN ANAK USIA 0 - 23 BULAN
PERTANYAAN 1108 LAKUKAN DENGAN METODE *RECALL* 24 JAM (GUNAKAN LEMBAR BANTU)

Dalam 24 jam terakhir (mulai dari waktu/jam bangun tidur kemarin hingga 24 jam berikutnya) makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA] ?
[KODE JAWABAN KOLOM (2): 1 = YA ATAU 2 = TIDAK ATAU 8 = TIDAK TAHU]
JIKA JAWABAN KOLOM (2) BERKODE 2 ATAU 8 ➔ BARIS BERIKUTNYA
[KOLOM (3) JIKA JAWABAN LEBIH DARI 7 ISIKAN 7]

1108	Kelompok Bahan Pangan	Konsumsi 24 jam terakhir [KODE]	Frekuensi konsumsi 24 jam terakhir
	(1)	(2)	(3)
	a. Air Susu Ibu (ASI)	☐	☐
	b. Susu formula	☐	☐
	c. Susu lainnya (susu bubuk, susu skim, susu UHT, susu kemasan, atau susu segar)	☐	☐
	d. Yogurt	☐	☐
	e. Keju atau makanan lain yang terbuat dari susu	☐	
	f. Air putih	☐	
	g. Minuman/cairan lain (seperti madu, air gula, kental manis, teh, air tajin, susu kedelai, dll)	☐	
	h. Air kaldu (seperti kaldu ayam, kaldu daging, atau kaldu ikan)	☐	
	i. Jus atau sari buah dengan termasuk produk rumahan/pabrikan	☐	
	j. Makanan bayi instant kemasan, misalnya Sun, Milna, Cerelac, Promina dll	☐	
	k. Nasi, roti, mie, bubur, jagung, sagu atau makanan lain yang dibuat dari padi-padian seperti beras, gandum, sorgum, dll	☐	
	l. Kentang, ubi kayu/ketela pohon/singkong, talas, dan makanan lain dari akar- akaran atau akar umbi	☐	
	m. Sayuran hijau (bayam, kangkung, katuk, daun singkong, daun labu dll.)	☐	
	n. Labu kuning, wortel, atau ubi jalar yang umbinya berwarna oranye atau ungu (bukan warna kulitnya)	☐	

	o. Buah-buahan yang kaya vitamin A yang masak, seperti mangga, pepaya, nangka, cempedak, kesemek, melon kunin			☐	
	p. Buah atau sayuran lainnya (seperti apel, alpukat, kapri, terong, oyong dll)			☐	
	q. Ati, ampela, ginjal, jantung, paru, atau jeroan lainnya			☐	
	r. Daging: ayam, sapi, kambing, babi atau itik			☐	
	s. Daging/ikan olahan (sosis, baso, kornet, nugget)			☐	
	t. Telur (ayam, itik, bebek, angsa, puyuh, dan lainnya)			☐	
	u. Ikan/udang/kerang/makanan laut dalam kondisi segar			☐	
	v. Ikan/udang/kerang/makanan laut dalam kondisi diawetkan/diasinkan/dikeringkan			☐	
	w. Makanan dari kacang-kacangan (kedelai, kacang (kc) merah, kc tolo, kc jogo, kc hijau, kc babi, kc tanah, tahu, tempe, dll.)			☐	
	x. Makanan padat, setengah padat, makanan lumat lainnya yang manis termasuk kue-kue seperti nagasari/papais, cucur, pancong, permen, es krim			☐	
	y. Keripik, kerupuk, chiki, dan sejenisnya yang tinggi garam dan lemak (perasa MSG) (contohnya taro, chiki balls, popcorn, piatos, chitatos, mie kremes, dan lainnya)			☐	
1109	**Apakah dalam 24 jam terakhir**, (dari bangun tidur kemarin hingga 24 jam berikutnya) [NAMA] makan makanan padat, semi padat atau lumat?	1. Ya		2. Tidak → **BLOK XII P1201**	☐
1110	**Berapa kali** [NAMA] makan makanan padat, setengah padat atau makanan lumat **selama 24 jam terakhir** (dari bangun tidur kemarin hingga 24 jam berikutnya)? **JIKA 7 KALI ATAU LEBIH ISIKAN KODE "7", JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE "8"**				☐

BLOK XII. PENDAMPINGAN KELUARGA BALITA DAN PMT BALITA

	PERTANYAAN 1201 DAN 1202 UNTUK ART BALITA 0-59 BULAN				
1201	Apakah di wilayah [RESPONDEN] ada Tim Pendamping Keluarga (TPK) yang bertugas mendampingi keluarga berisiko stunting?	1. Ada	2. Tidak ada	8. Tidak tahu	☐
1202	a. Apakah rumah tangga [RESPONDEN] termasuk Keluarga Berisiko Stunting?	1. Ya	2. Tidak →**P1203**	8. Tidak tahu	☐
1202	b. Apakah [NAMA BALITA] mendapatkan pendampingan dari Tim Pendamping Keluarga (TPK)?	1. Ya	2. Tidak		☐
	ART USIA 0-5 BULAN LANJUT KE BLOK XIII				
1203	a. Berdasarkan hasil penimbangan berat badan dan atau pengukuran panjang/tinggi badan**, dalam 12 bulan terakhir, apakah [NAMA BALITA] termasuk anak dengan kondisi?**	1. Gizi kurang atau kurus 2. Berat badan kurang 3. Berat badan tidak naik	4. Tidak ada masalah/normal 8. Tidak tahu		☐
	b. **Dalam 12 bulan terakhir** apakah [NAMA BALITA] mendapat bantuan makanan dari **Program PMT Pemulihan?**	1. Ya	2. Tidak →**P1301**		☐

1204 Isikan bentuk, frekuensi, jumlah **PMT pemulihan** yang diperoleh [NAMA BALITA] **selama 12 bulan terakhir**, serta jumlah yang konsumsi, dan alasan utama tidak dihabiskan/konsumsi balita

Jenis PMT	Diterima Balita 1. Ya 2. Tidak →**Baris berikutnya**	Frekuensi mendapat bantuan PMT	Jumlah total PMT yang didapatkan (paket/porsi/kaleng/butir)	Jumlah total PMT yang dihabiskan Balita	Alasan Utama PMT tidak dihabiskan Balita [KODE]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
a. PMT (siap saji/makanan matang)	☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐
b. PMT (bahan makanan mentah)	☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐
c. Bantuan makanan berupa susu	☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐
d. Bantuan makanan berupa telur	☐	☐☐	☐☐☐	☐☐☐	☐

KODE KOLOM 6	1. Anak tidak mau	3. Ada efek samping (mual, alergi,lainnya)	5. Dimakan ART lain	
	2. Anak bosan	4. Lupa memberikan	8. Tidak tahu	

BLOK XIII. AKSES PELAYANAN KESEHATAN BALITA 0-59

1301 **Dalam 12 bulan terakhir**, apakah BALITA mengakses layanan kesehatan berikut? Isikan jawaban terkait jenis layanan, tempat, dan frekuensi pemanfaatan di bawah ini ***(Sumber informasi buku KIA/catatan lain/ingatan ibu atau responden)***

KODE KOLOM (3): 1. Posyandu; 2. Puskesmas Pembantu; 3. Klinik/praktik dokter/bidan/perawat; 4. Puskesmas; 5. Rumah sakit; 6. PAUD/TK/sederajat; 7. Kunjungan petugas ke rumah

Jenis pelayanan	Dilakukan 1. Ya 2. Tidak → **baris berikutnya** 7. Tidak berlaku → **baris berikutnya** 8. Tidak tahu → **baris berikutnya**	Tempat Mendapatkan layanan [KODE]	Frekuensi pemanfaatan dalam 12 bulan terakhir
(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**
a. Penimbangan berat badan balita	☐	☐	☐☐
b. Pengukuran tinggi/panjang badan balita	☐	☐	☐☐
c. Pengukuran LiLA balita	☐	☐	☐☐
d. Pemantauan perkembangan	☐	☐	☐☐
e. Konseling/konsultasi gizi	☐	☐	☐☐
f. Pemberian vitamin A dosis tinggi	☐	☐	☐
g. Pemberian obat cacing	☐	☐	☐
h. Pengobatan ketika anak balita sakit	☐	☐	☐☐
i. PMT penyuluhan tinggi protein hewani	☐	[redacted]	☐☐

1302 **Dalam 3 bulan terakhir**, apakah BALITA mengakses layanan kesehatan berikut? Isikan jawaban terkait jenis layanan, tempat, dan frekuensi pemanfaatan di bawah ini

KODE KOLOM (3): 1. Posyandu; 2. Puskesmas Pembantu; 3. Klinik/praktik dokter/bidan/perawat; 4. Puskesmas; 5. Rumah sakit; 6. PAUD/TK/sederajat; 7. Kunjungan petugas ke rumah

Jenis pelayanan	Dilakukan 1. Ya 2. Tidak → **baris berikutnya** 7. Tidak tahu → **baris berikutnya**	Tempat mendapatkan layanan [KODE]	Frekuensi pemanfaatan dalam 3 bulan terakhir
(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**
a. Penimbangan berat badan balita	☐	☐	☐
b. Pengukuran tinggi/panjang badan balita	☐	☐	☐
c. Pemantauan perkembangan	☐	☐	☐

BLOK XIV. PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP STUNTING

Pengetahuan dan sikap terhadap stunting ditanyakan kepada responden dengan cara membacakan setiap pernyataan dan pilihan jawaban:

Sangat setuju, Setuju, Ragu-ragu, Tidak setuju, Sangat tidak setuju. Tulis kode jawaban sesuai jawaban responden. Dalam keadaan terpaksa karena responden tidak paham Bahasa Indonesia, diperbolehkan menggunakan bahasa yang mudah dipahami responden dengan syarat:

TIDAK MENGUBAH ARTI ATAU MAKNA SETIAP PERNYATAAN.
ISIKAN SALAH SATU KODE JAWABAN UNTUK SETIAP PERNYATAAN BERIKUT SESUAI JAWABAN RESPONDEN

KODE JAWABAN: **4 = Sangat setuju**; **3 = Setuju**; **2 = Ragu-ragu**; **1 = Tidak setuju**; **0 =Sangat tidak setuju**

1401	Anak stunting adalah **anak yang cebol atau kerdil**	☐
1402	Anak stunting adalah anak dengan **ukuran tubuh yang pendek akibat kekurangan gizi dalam waktu lama**	☐
1403	Anak stunting adalah anak dengan **berat badan lebih rendah dibanding anak normal seusianya**	☐
1404	Anak stunting adalah anak dengan **tinggi badan lebih pendek dibanding anak normal seusianya**	☐
1405	Anak stunting **lebih disebabkan oleh faktor keturunan daripada faktor gizi dan kesehatan**	☐
1406	Penyebab anak stunting adalah **pada saat ibu hamil dan masa balita kurang makan sayur**	☐
1407	Penyebab anak stunting adalah pada **saat ibu hamil dan masa balita kurang makan lauk hewani seperti telur, ikan, ayam, dan daging**	☐
1408	Penyebab anak stunting adalah **anak sulit makan dan porsi makannya sedikit**	☐
1409	Penyebab anak stunting adalah **anak sering sakit atau sakit yang berulang**	☐
1410	Penyebab anak stunting adalah **perilaku cara merawat dan memberi makan anak tidak tepat**	☐

1411	Anak stunting dapat **dicegah dengan cara ibu hamil dan anak balita lebih banyak makan sayur**	☐
1412	Anak stunting dapat **dicegah dengan cara ibu hamil dan anak balita lebih banyak makan lauk hewani seperti telur, ikan, ayam, dan daging**	☐
1413	Anak stunting dapat **dicegah dengan cara menyusui secara eksklusif yaitu sejak lahir sampai usia 6 bulan hanya diberi ASI saja**	☐
1414	Ibu hamil yang **tidak mengonsumsi Tablet Tambah Darah berisiko melahirkan bayi dengan berat badan kurang dari 2,5 kg yang dapat menjadi risiko anak stunting**	☐
1415	Stunting dapat **dideteksi apabila bayi dan anak balita dipantau berat badan dan tinggi badannya secara rutin**	☐
1416	Anak stunting dapat **berdampak pada gangguan perkembangan dan kecerdasan otak anak**	☐
1417	Anak stunting dapat **berdampak pada masa dewasa mudah terkena penyakit hipertensi, diabetes atau sakit gula**	☐
1418	Anak yang tinggal di **lingkungan yang kotor atau lingkungan yang tidak bersih lebih berisiko stunting**	☐
1419	Anak **gemuk pasti tidak stunting**	☐
1420	Anak **stunting tidak masalah yang penting anak sehat**	☐

BLOK XV. PENGUKURAN ANTROPOMETRI

1501	Apakah ibu kandung balita sedang hamil?	1. Ya	2. Tidak			☐
1502	Apakah ibu kandung balita ditimbang?	1. Ya	2. Tidak → **P1504**			☐
1503	Berat badan ibu kandung balita (dalam kg)	_____ , ____kg	☐☐☐,☐☐			
1504	Apakah Balita ditimbang?	1. Ya	2. Tidak → **P1510**			☐
1505	Kondisi Balita saat ditimbang	1. Sehat 2. Sakit ringan	3. Sakit parah/kronis 4. Diare	5. Hidrocefalus 6. Oedema		☐
1506	Cara Balita ditimbang	1. Sendiri → **P1509**	2. Digendong ibu kandung → **P1508**	3. Digendong bukan ibu kandung		☐
1507	Berat badan penggendong	_____ , ____kg	☐☐☐,☐☐			
1508	Berat badan penggendong dengan balita	_____ , ____kg	☐☐☐,☐☐			
1509	Berat Badan Balita (dalam kg)	_____ , ____kg	☐☐,☐☐			
1510	Apakah Balita diukur Panjang Badan/Tinggi Badan?	1. Ya	2. Tidak → **P1513**			☐
1511	Posisi pengukuran Panjang Badan/Tinggi Badan Balita	1. Telentang	2. Berdiri			☐
1512	Panjang Badan/Tinggi Badan Balita (dalam cm)	_____ , ____cm	☐☐☐,☐			
1513	Apakah Balita diukur LiLA?	1. Ya	2. Tidak → **P1515**			☐
1514	Lingkar Lengan Atas (dalam cm)	_____ , ____cm	☐☐,☐			
1515	Apakah Ibu Kandung Balita diukur Tinggi Badan?	1. Ya	2. Tidak → **P1517**			☐
1516	Tinggi Badan ibu kandung Balita (dalam cm)	_____ , ____cm	☐☐☐,☐			
1517	Apakah Balita diukur berat badan dan atau tinggi badan pada bulan Juni 2024?	1. Ya, berdasarkan catatan 2. Ya, berdasarkan ingatan 3. Tidak diukur 8. Tidak tahu				☐

Jika ART balita dan atau ibu kandung tidak dapat diukur antropometri catat alasannya pada catatan hasil pengumpulan data

ANAK USIA 0-6 BULAN LANJUTKAN KE BLOK XVI
ANAK USIA 7-59 BULAN KE CATATAN HASIL PENGUMPULAN DATA

BLOK XVI. KONSUMSI IBU BAYI 0-6 BULAN

1601	Apakah saat ini ibu kandung masih menyusui [NAMA BAYI]?	1. Ya	2. Tidak → **CATATAN HASIL PENGUMPULAN DATA**	☐
1602	Apakah ibu kandung balita diwawancara riwayat konsumsi 24 jam terakhir?	1. Ya	2. Tidak → **CATATAN HASIL PENGUMPULAN DATA**	☐

PERTANYAAN RIWAYAT KONSUMSI IBU KANDUNG ANAK USIA 0 - 6 BULAN
LAKUKAN DENGAN METODE *RECALL* 24 JAM (GUNAKAN LEMBAR BANTU)

Dalam 24 jam terakhir (mulai dari waktu/jam bangun tidur kemarin hingga 24 jam berikutnya)
makanan apa sajakah yang dimakan [NAMA IBU KANDUNG BAYI] ?
[KODE JAWABAN KOLOM (2): 1 = YA ATAU 2 = TIDAK ATAU 8 = TIDAK TAHU]
KODE 1 JIKA SETIDAKNYA MENGONSUMSI MINIMAL 15 GRAM (KIRA-KIRA 1 SENDOK MAKAN)

JIKA JAWABAN KOLOM (2) BERKODE 2 ATAU 8 ➔ BARIS BERIKUTNYA			
1603	**Kelompok Bahan Pangan**	**Konsumsi 24 jam terakhir [KODE]**	**Frekuensi konsumsi 24 jam terakhir**
	(1)	**(2)**	**(3)**
	a. Air putih	☐	☐☐
	b. Nasi, bubur, jagung, sagu, sorgum, bihun, roti, mei, makaroni, pasta	☐	
	c. Kentang, singkong, ubi jalar putih, talas, keladi, porang, tiwul	☐	
	d. Kedelai, kacang hijau, kacang koro, kacang tolo, kacang merah, tahu, tempe, susu kedelai	☐	
	e. Kacang tanah, kacang mete, kacang arab, kenari, selasih, wijen, kwaci	☐	
	f. Sayuran hijau gelap (bayam, sawi hijau, kangkung, katuk, daun singkong, brokoli, dll.)	☐	
	g. Sayuran lainnya (terong, mentimun, lobak, kubis, kol, sawi putih, labu siam, dll)	☐	
	h. Buah kaya vitamin A (mangga matang, pepaya matang, nangka, cempedak, kesemek, melon kuning)	☐	
	i. Buah lainnya (apel, alpukat, pisang, melon, nanas, jeruk, dll.)	☐	
	j. Labu kuning, wortel, paprika merah, ubi jalar oranye atau ungu (bukan warna kulitnya)	☐	
	k. Jus atau sari buah dengan termasuk produk rumahan/pabrikan	☐	
	l. Ikan, udang, kerang, makanan laut dalam kondisi segar	☐	
	m. Ikan, udang, kerang, makanan laut dalam kondisi diawetkan/diasinkan/dikeringkan	☐	
	n. Daging sapi, kerbau, kambing, domba, babi, rusa, daging lainya	☐	
	o. Ayam, bebek, itik, angsa, puyuh, burung, unggas lainnya,	☐	
	p. Ular, kura-kura, kodok, buaya, daging putih lainnya	☐	
	q. Hati, ginjal, jantung, paru, jeroan lainnya	☐	
	r. Daging/ikan olahan (sosis, nugget, baso, kornet, lainnya)	☐	
	s. Telur (ayam, itik, bebek, angsa, puyuh, dan lainnya)	☐	
	t. Susu	☐	
	u. Keju, yoghurt, dadih, produk susu lainnya	☐	
	v. Serangga (belalang, ulat sagu, jangkrik, larva lebah, laron, “entung”, dan lainnya)	☐	
	w. Keripik, kerupuk, rempeyek, keripik lainya	☐	
	x. Donat, roti goreng, samosa, bolang baling, odading, onde-onde, cucur, bakwan, aneka gorengan	☐	
	y. Mie instan dan bumbunya	☐	
	z. Makanan dari restoran cepat saji (ayam goreng kentaki, fried chiken)	☐	
	aa. Cokelat, permen, kue kering, kue, biskuit, es krim, atau es loli, aneka kudapan manis	☐	
	bb. Minuman ringan, soda, minuman cokelat, minuman energi	☐	
	cc. Teh manis, kopi manis, atau minuman herbal manis	☐	
1604	**Berapa kali** [IBU BALITA] makan makanan lengkap **selama 24 jam terakhir** (dari bangun tidur kemarin hingga 24 jam berikutnya)? **JIKA 7 KALI ATAU LEBIH ISIKAN KODE “7”, JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE “8”**		☐
1605	**Berapa kali** [IBU BALITA] makan makanan kudapan **selama 24 jam terakhir** (dari bangun tidur kemarin hingga 24 jam berikutnya)? **JIKA 7 KALI ATAU LEBIH ISIKAN KODE “7”, JIKA TIDAK TAHU ISIKAN KODE “8”**		☐
CATATAN HASIL PENGUMPULAN DATA			

Lampiran 4. Kuesioner Rumah Tangga SSGI 2024

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN
RISET KESEHATAN NASIONAL
STUDI STATUS GIZI INDONESIA 2024
KUESIONER RUMAH TANGGA

RAHASIA | SSGI-2024-RT

BLOK I. PENGENALAN TEMPAT			
101	Provinsi		☐☐
102	Kabupaten/Kota*)		☐☐
103	Kecamatan		☐☐☐
104	Desa/ Kelurahan*)		☐☐☐
105	Klasifikasi Desa/Kelurahan	1. Perkotaan 2. Perdesaan	☐
106	Nomor Blok Sensus		☐☐☐☐
107	Nomor Kode Sampel		☐☐☐☐☐
108	No. Urut Sampel Rumah Tangga		☐☐
109	Nama Kepala Rumah Tangga		
110	Alamat lengkap rumah	Kode Pos: ☐☐☐☐☐	
111	No. Handphone Kepala Rumah Tangga		

BLOK II. KETERANGAN HASIL PENGUMPULAN DATA				
201	Apakah RUTA diwawancarai?	1. Ya	2. Tidak ➔P208	☐
202	Jumlah Anggota Rumah Tangga (ART)	_____orang		☐☐
203	Jumlah ART balita (0-59 bulan)	_____balita		☐
204	Jumlah ART balita diwawancara	_____orang		☐
205	Jumlah ART balita diukur	_____orang		☐
206	Jumlah rumah tangga dalam satu bangunan sensus	_____Ruta		☐
207	Jumlah ART dalam satu bangunan sensus	_____orang		☐☐
208	Keterangan hasil wawancara 1. Semua ART balita diwawancara dan diukur 2. Tidak semua ART balita diwawancara atau diukur 3. Semua ART balita tidak bisa diwawancara dan diukur sampai akhir survei 4. Tidak ada balita 5. Rumah tangga menolak 6. Rumah tangga tidak ditemukan 7. *Force majeure* (bencana/konflik) 8. Semua ART balita tidak *eligible*			☐

BLOK III. KETERANGAN PENGUMPUL DATA					
301	Tanggal pengumpulan data	☐☐–☐☐–☐☐☐☐			
302	Nama pengumpul data		305	Nama ketua Tim	
303	Nomor telepon		306	Nomor telepon	
304	Tanda tangan		307	Tanda tangan	

CEK ULANG, JIKA P208 KODE 3, 4, 5, 6, 7, ATAU 8 HENTIKAN WAWANCARA, LANJUTKAN RUTA BERIKUTNYA

BLOK IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. Urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART) & Nomor Induk Kependudukan (NIK)	Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan	Status Kawin [KODE]	Tanggal Lahir	Umur	KHUSUS BALITA Kepemilikan Akte Kelahiran 1. Ya 2. Tidak	Khusus ART ≥3 Tahun Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 Thn Status Pekerjaan [KODE]	Kepemilikian Jaminan Kesehatan [KODE] Jika tidak memiliki jaminan kesehatan → P 413	Pemanfaatan Jaminan Kesehatan DALAM SETAHUN TERAKHIR 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Khusus ART Balita 1. Diwawancara 2. Tidak diwawancara
(401)	(402)	(403)	(404)	(405)	(406)	(407)	(408)	(409)	(410)	(411)	(412)	(413)
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl ☐☐	a. ☐☐ Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln ☐☐	b. ☐☐ Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn ☐☐☐☐	c. ☐☐☐ Thn						
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl ☐☐	a. ☐☐ Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln ☐☐	b. ☐☐ Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn ☐☐☐☐	c. ☐☐☐ Thn						
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl ☐☐	a. ☐☐ Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln ☐☐	b. ☐☐ Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn ☐☐☐☐	c. ☐☐☐ Thn						
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl ☐☐	a. ☐☐ Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln ☐☐	b. ☐☐ Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn ☐☐☐☐	c. ☐☐☐ Thn						
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl ☐☐	a. ☐☐ Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln ☐☐	b. ☐☐ Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn ☐☐☐☐	c. ☐☐☐ Thn						

Kode Kolom (403) Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga

01 Kepala Rumah Tangga	06 Cucu
02 Istri/Suami	07 Orang Tua/Mertua
03 Anak Kandung	08 Pembantu Ruta/Sopir
04 Anak Angkat/Tiri	09 Famili lain
05 Menantu	10 Lainnya

Kode Kolom (405) Status Kawin

1 Belum Kawin
2 Kawin
3 Cerai Hidup
4 Cerai Mati

Kode Kolom (409) Pendidikan Tertinggi

1 Tidak/Belum Sekolah	5 Tamat SMP/MTs
2 PAUD (3-6 Th)	6 Tamat SMA/ MAN
3 Tidak Tamat SD/MI	7 Tamat DI, DII, DIII
4 Tamat SD/MI	8 Tamat DIV / PT

Kode Kolom (410) Status Pekerjaan

1 Tidak Bekerja	6 Petani/ Buruh Tani
2 Sekolah	7 Nelayan
3 PNS/TNI/Polri/BUNM/BUMD	8 Buruh/ Sopir/ Ojek/Pembantu
4 Pegawai Swasta	9 Lainnya
5 Wiraswasta	

Kode Kolom (411) Kepemilikan Jaminan Kesehatan

01 BPJS PBI	08 Asuransi Kesehatan Swasta
02 BPJS non PBI	16 Lainnya
04 Jamkesda	32 Tidak memiliki

JIKA JAWABAN LEBIH DARI 1 JUMLAHKAN KODE JAWABAN

BLOK IV. KETERANGAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

No. Urut ART	Nama Anggota Rumah Tangga (ART) & Nomor Induk Kependudukan (NIK)	Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga [KODE]	Jenis Kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan	Status Kawin [KODE]	Tanggal Lahir		Umur			KHUSUS BALITA Kepemilikan Akte Kelahiran 1. Ya 2. Tidak	Khusus ART ≥3 Tahun Pendidikan tertinggi yang ditamatkan [KODE]	Khusus ART ≥ 10 Thn Status Pekerjaan [KODE]	Kepemilikian Jaminan Kesehatan [KODE] Jika tidak memiliki jaminan kesehatan → P 413	Pemanfaatan JKN DALAM SETAHUN TERAKHIR 1. Ya 2. Tidak 8. Tidak tahu	Khusus ART Balita 1. Diwawancara 2. Tidak diwawancara
(401)	(402)	(403)	(404)	(405)	(406)		(407)			(408)	(409)	(410)	(411)	(412)	(413)
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl	☐☐	a.	☐☐	Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln	☐☐	b.	☐☐	Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn	☐☐☐☐	c.	☐☐☐	Thn						
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl	☐☐	a.	☐☐	Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln	☐☐	b.	☐☐	Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn	☐☐☐☐	c.	☐☐☐	Thn						
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl	☐☐	a.	☐☐	Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln	☐☐	b.	☐☐	Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn	☐☐☐☐	c.	☐☐☐	Thn						
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl	☐☐	a.	☐☐	Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln	☐☐	b.	☐☐	Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn	☐☐☐☐	c.	☐☐☐	Thn						
☐☐		☐☐	☐	☐	Tgl	☐☐	a.	☐☐	Hr	☐	☐	☐	☐☐	☐	☐
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Bln	☐☐	b.	☐☐	Bln						
	☐☐☐☐☐☐☐☐				Thn	☐☐☐☐	c.	☐☐☐	Thn						

Kode Kolom (403) Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga

01 Kepala Rumah Tangga	06 Cucu
02 Istri/Suami	07 Orang Tua/Mertua
03 Anak Kandung	08 Pembantu Ruta/Sopir
04 Anak Angkat/Tiri	09 Famili lain
05 Menantu	10 Lainnya

Kode Kolom (405) Status Kawin

5 Belum Kawin
6 Kawin
7 Cerai Hidup
8 Cerai Mati

Kode Kolom (409) Pendidikan Tertinggi

1 Tidak/Belum Sekolah	5 Tamat SMP/MTs
2 PAUD (3-6 Th)	6 Tamat SMA/ MAN
3 Tidak Tamat SD/MI	7 Tamat DI, DII, DIII
4 Tamat SD/MI	8 Tamat DIV / PT

Kode Kolom (410) Status Pekerjaan

1 Tidak Bekerja	6 Petani/ Buruh Tani
2 Sekolah	7 Nelayan
3 PNS/TNI/Polri/BUNM/BUMD	8 Buruh/ Sopir/ Ojek/Pembantu
4 Pegawai Swasta	9 Lainnya
5 Wiraswasta	

Kode Kolom (411) Kepemilikan Jaminan Kesehatan

01 BPJS PBI	08 AsuransiKesehatan Swasta
02 BPJS non PBI	16 Lainnya
04 Jamkesda	32 Tidak memliki

JIKA JAWABAN LEBIH DARI 1 JUMLAHKAN KODE JAWABAN

KETERANGAN RESPONDEN RUMAH TANGGA					
414	Nama ART yang diwawancara:		415	Nomor Urut ART **(Jika bukan ART tulis 00)**	☐☐

BLOK V. KESEHATAN LINGKUNGAN

LAKUKAN VERIFIKASI DAN OBSERVASI PADA PERTANYAAN DI BAWAH INI

501	Apa **jenis sumber air utama** yang digunakan oleh rumah tangga untuk kebutuhan **minum**? **1.** Air Kemasan bermerek **2.** Air isi Ulang 3. Air ledeng/PDAM 4. Sumur bor/pompa 5. Sumur gali terlindung 6. Sumur gali tak terlindung 7. Mata air terlindung 8. Mata air tak terlindung 9. Penampungan air hujan 10. Air permukaan (sungai/danau/irigasi) 11. Lainnya	☐☐
	Jika P501 selain kode 3 → P503	
502	**Jika P501 rumah tangga menggunakan air ledeng/PDAM**, apa sarana/media yang digunakan rumah tangga untuk mengakses sumber utama air untuk kebutuhan minum? 1. Perpipaan dengan meteran 2. Perpipaan tanpa meteran 3. Hidran umum 4. Keran umum 5. Terminal air 6. Tidak ada 8. Tidak tahu	☐
503	Dimana lokasi sarana air minum tersebut? 1. Di dalam rumah → **P 505** 2. Di dalam kawasan pagar rumah → **P 505** 3. Di luar kawasan pagar rumah	☐
504	Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengambil air ke lokasi sarana air minum pulang pergi termasuk mengantri? 1. ≤ 30 menit 2. > 30 menit	☐
505	Apa **sumber air utama** yang digunakan rumah tangga selain untuk kebutuhan minum (mandi/cuci pakaian/lainnya)? 1. Air kemasan bermerek 2. Air isi ulang 3. Air ledeng/PDAM 4. Sumur bor/pompa 5. Sumur gali terlindung 6. Sumur gali tak terlindung 7. Mata air terlindung 8. Mata air tidak terlindung 9. Penampungan air hujan, 10. Air permukaan (sungai/danau/irigasi) 11. Lainnya	☐☐
	Jika P505 selain kode 3 → P507	
506	**Jika P505 rumah tangga menggunakan air ledeng/PDAM**, apa sarana/media yang digunakan rumah tangga untuk mengakses sumber utama air selain untuk kebutuhan minum (mandi/cuci pakaian/lainnya)? 1. Perpipaan dengan meteran 2. Perpipaan tanpa meteran 3. Hidran umum 4. Keran umum 5. Terminal air 6. Tidak ada 8. Tidak tahu	☐
507	Dimana lokasi sarana air selain untuk kebutuhan minum tersebut? 1. Di dalam rumah → **P 509** 2. Di dalam kawasan pagar rumah → **P 509** 3. Di luar kawasan pagar rumah	☐
508	Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mengambil air ke lokasi sarana air selain untuk keperluan minum pulang pergi termasuk mengantri? 1. ≤ 30 menit 2. >30 menit	☐
509	Apakah RumahTangga memiliki sarana buang air besar (jamban) dan siapa yang menggunakan? 1. Ya, digunakan hanya ART sendiri → **P 511** 2. Ya, digunakan bersama ART tertentu → **P 511** 3. Ya, tetapi tidak digunakan 4. Tidak ada sarana buang air besar	☐
510	Jika tidak menggunakan atau tidak memiliki sarana buang air besar, **dimana** biasanya buang air besar? 1. MCK atau jamban umum → **P 512** 2. Jamban tetangga/saudara → **P 512** 3. Sawah/kebun/tanah lapang/danau/kolam/sungai/pantai/laut → **P 515**	☐
511	Dimana lokasi sarana buang air besar tersebut? 1. Di dalam rumah 2. Di dalam kawasan pagar rumah 3. Di luar kawasan pagar rumah	☐
512	Apa jenis kloset (dudukan) yang biasanya digunakan oleh anggota rumah tangga ketika buang air besar (BAB)? 1. Leher angsa 2. Plengsengan tanpa tutup 3. Plengsengan dengan tutup 4. Cemplung 5. Lainnya	☐
513	Dimanakah tinja tersebut dialirkan/ditampung? **1.** IPAL → **P 515** 2. Septic tank/sumur tinja kedap 3. Cubluk/sumur tinja tidak kedap 4. Lubang tanah bertutup 5. Lubang tanah tidak bertutup 6. Kolam/sungai/danau/laut → **P 515** 7. Sawah/kebun/tanah lapang → **P515** 8. Lainnya → **P 515**	☐
514	Apakah penampungan tinja pernah dikosongkan/dikuras? **1. Ya, ≤ 5 tahun terakhir** 2. Ya, > 5 tahun terakhir 3. Tidak tahu 4. Tidak pernah	☐
515	Dimana tempat utama pembuangan air limbah kamar mandi? 1. Penampungan tertutup 2. Penampungan terbuka 3. Tidak ada/tanpa penampungan (ke tanah) 4. Dialirkan langsung ke got/saluran air/sungai	☐

516	Dimana tempat utama pembuangan air limbah dapur? 1. Penampungan tertutup 2. Penampungan terbuka 3. Tidak ada/tanpa penampungan (ke tanah) 4. Dialirkan langsung ke got/saluran air/sungai				☐
BLOK VI. KEPEMILIKAN ASET DAN PERLINDUNGAN SOSIAL					
601	Status kepemilikan bangunan rumah yang ditempati	1. Milik sendiri 2. Kontrak/sewa	3. Bebas sewa 4. Rumah dinas	5. Lainnya	☐
602	Luas bangunan rumah (bulatkan dalam meter persegi)	_____ m^2			☐☐☐☐
603	Apa jenis sumber penerangan utama di rumah?	1. Listrik PLN	2. Listrik non-PLN ➔ **P605**	3. Bukan listrik ➔**P605**	☐
604	Daya yang terpasang di rumah tangga:				
	a. Meteran 1	☐	**Pilihan jawaban daya yang terpasang di rumah tangga** 1. Listrik 450 Watt 2. Listrik 900 Watt 3. Listrik 1300 Watt 4. Listrik 2200 Watt 5. Listrik >2200 Watt 7. Tidak memiliki meteran		
	b. Meteran 2	☐			
	c. Meteran 3	☐			
605	Bahan bakar utama yang digunakan Rumah Tangga untuk memasak: 1. Listrik 2. LPG 3. Gas alam/biogas 4. Minyak tanah 5. Arang/briket batubara 6. Kayu bakar 7. Tidak memasak				☐
606	Apakah Rumah Tangga ini memiliki barang-barang sebagai berikut? **Isikan kode 1 = Ya 2 = Tidak**				
	a. Tabung gas ≥ 5,5 kg	☐	i. Emas/perhiasan (minimal 10 gram)		☐
	b. Mesin cuci	☐	j. Sepeda motor		☐
	c. Lemari es	☐	k. Perahu		☐
	d. *Air conditioner* (AC)	☐	l. Perahu motor		☐
	e. Pemanas air (*water heater*)	☐	m. Mobil		☐
	f. Telepon rumah	☐	n. TV layar datar (LCD/ LED minimal 30 inch)		☐
	g. Smartphone	☐	o. Tanah/lahan		☐
	h. Komputer/ laptop	☐	p. Hewan ternak (kaki empat)		☐
607	Apakah rumah tangga menerima Kartu Keluarga Sejahtera/Kartu Perlindungan Sosial?		1. Ya	2. Tidak	☐
608	**Dalam satu tahun terakhir** apakah Rumah Tangga pernah mendapat bantuan berikut? **(Isikan Kode 1 = Ya, Kode 2 = Tidak)**				
	a. Program Keluarga Harapan (PKH)	☐	d. Program Subsidi Listrik (gratis/pemotongan biaya)		☐
	b. Program Bantuan Sembako (BPNT)	☐	e. Program Bantuan Beras		☐
	c. Bantuan Langsung Tunai (BLT)	☐	f. Lainnya (insidentil), sebutkan _____		☐
CATATAN PENGUMPULAN DATA					